



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

**Kreftpasienters erfaringer med kostholdsveiledning
Cancer patients' experiences with dietary advice**

Guro Ugelstad og Pål Lindsetmo

Totalt antall sider inkludert forsiden: 68

Molde, Innleveringsdato:29.05.18



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Trine Tafjord og Stine Hauvik

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Opgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 29.05.2018

*”La din mat være din medisin,
og la medisin være din mat”*

- Hippokrates, ca 400 år f.Kr

Sammendrag

Antall ord: 10042

Bakgrunn: I 2016 var det 32'827 registrerte krefttilfeller i Norge. I følge av en slik kreftdiagnose kan det å opprettholde en optimal ernæringsstatus være en utfordring. Tilstrekkelig kostholdsveiledning er et sentral tema for pasientens bedringssprosess og opplevelse av behandlingsforløpet.

Hensikt: Belyse kreftpasienters erfaringer med kostholdsveiledning i et kronisk sykdomsforløp.

Metode: En systematisk litteraturstudie basert på elleve forskningsartikler; åtte kvalitative og tre kvantitative studier.

Resultat: I møte med en kreftdiagnose fikk mange pasienter en motivasjon til å endre livsstil. Kostholdsveiledningen kreftpasienter mottok ble sett på som mangelfull og det uttrykkes et ønske om mer og bedre informasjon fra helsepersonell. Flere pasienter opplevde usikkerhet relatert til kostholdets betydning for helsen, men hadde endret livsstil grunnet et ønske om velvære.

Konklusjon: Kostholdsveiledning er ønsket fra pasienter som i møte med en kreftdiagnose fikk en god motivator til å legge om sin livsstil. Pasienters møte med helsepersonell er varierte og sykepleiere bør inneha kunnskap og ferdigheter til å kunne tilpasse informasjonen individuelt.

Nøkkelord: Kreft, kosthold, kostholdsveiledning, erfaringer, kreftpasienter.

Abstract

Word count: 10042

Background: In 2016 there were a total of 32'827 registered cases of cancer in Norway. Due to the cancer diagnosis it can be challenging to maintain an optimal nutrition status. Sufficient nutrition guidance is therefore essential for improving the patient's healing process and experience of the course of treatment.

Aim: Enlighten cancer patients experience with diet guidance during and after treatment.

Method: A systematic literature study based on eleven research articles, eight numbers qualitative and three many quantitative.

Results: In the face of a cancer diagnosis, many patients received a motivation to change their lifestyle. The dietary advice cancer patients received were considered inadequate and expressed a wish for more and better information from health professionals. Several patients experienced uncertainty related to the diet's importance to health, but had changed their lifestyle due their own desire for well-being.

Conclusion: Dietary advice is wanted from patients who in the face of a cancer diagnosis received a good motivator to change their lifestyle. Patients' meeting with healthcare professionals is varied and nurses should possess the knowledge and skills to be able to customize the information individually.

Keywords: Cancer, diet, diet guidance, experiences, cancer patient.

Innhold

1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2 Studiens hensikt	3
1.3 Begrepsavklaring	3
2.0 Teoribakgrunn	4
2.1 Kommunikasjon	4
2.1.1 Kostveiledning	4
2.1.2 Mestring	5
2.2 Ernæring.....	6
2.2.1 Kreft og ernæring	6
3.0 Metodebeskrivelse	8
3.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterter	8
3.1.1 Inklusjonskriterier	8
3.1.2 Eksklusjonskriterter	8
3.1.3 Begrunnelse for inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	9
3.3 Datainnsamling	10
3.3.1 PICO-skjema	10
3.4 Litteratursøkestrategi	10
3.4.1 Søkeprosessen	11
3.4.2 Søkehistorikk	11
3.5 Kvalitetsvurdering.....	13
3.6 Etiske hensyn	14
3.7 Analyse.....	15
4.0 Resultat	17
4.1 Diagnose – Motivasjon for livsstilsendring	17
4.1.1 Vendepunkt	17
4.1.2 Mat som mestring.....	18
4.1.3 Velvære	18
4.2 Ønske om mer og bedre kostholdsveiledning	19
4.2.1 Mangelfull og motstridende informasjon.....	19
4.2.2 Sekundære kilder til informasjon	20

4.3	Usikkerhet knyttet til kostholdet betydning	21
4.3.1	Svekket tiltro til kostholds betydning for helse	21
4.4	Kroppsvekt	22
4.4.1	Overvekt - en barriere for kostholdsveiledning	22
4.4.2	Uønsket vektforandring.....	22
4.4.3	Skyldfølelse.....	23
5.0	Diskusjon.....	24
5.1	Metodediskusjon	24
5.1.1	Inklusjon/eksklusjonskriterier	24
5.1.2	Søkestrategi.....	25
5.1.3	Kvalitetsvurdering og etiske hensyn	25
5.1.4	Analyse.....	26
5.2	Resultatdiskusjon	27
5.2.1	Kostholdsendring – en meningsfull mestringsstrategi?	27
5.2.2	Betydningen av tilstrekkelig informasjon og tilrettelegging.....	28
5.2.3	Utfordringer ved kosthold og kreft	30
6.0	Konklusjon.....	33
6.1	Konsekvenser for praksis	33
6.2	Forslag til videre forskning	33
	Litteraturliste	34

Vedlegg

Vedlegg 1 - PICO-skjema

Vedlegg 2 - Søkehistorikk

Vedlegg 3 - Oversiktstabell

Vedlegg 4 - Eksempel på sjekklister

Vedlegg 5 - Presentasjon av hovedfunn i artikler

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I 2016 var det 32'827 nye registrerte krefttilfeller i Norge og aldri før har så mange overlevd (Kreftregisteret 2018). Prognosene er blitt betydelig bedret i takt med utviklingen av nye behandlingsmetoder og norske kreftpasienter er i dag på verdenstoppen for overlevelse ifølge en verdenomspennende kartlegging (Allemani et al. 2018). Kreft kan ansees som en kronisk sykdom etter som overlevelse ofte innebærer større eller mindre plager, enten relatert til sykdommen eller relatert til den gjennomgåtte behandlingen. Dette vil si at vi regner også pasienter som har avsluttet en vellykket behandling som kreftpasienter i denne sammenhengen. Oppsummert var det 262'884 personer i Norge som hadde hatt minst en kreftdiagnose ved utgangen av 2016. En økning på 80'000 i løpet av de siste ti årene (Kreftregisteret 2018).

I følge kreftregisterets prognoser kan det forventes at i 2030 vil opp mot 40'000 mennesker i Norge få kreft hvert år. En slik økning vil stille store krav til sykepleietjenesten i tiden som kommer fremover (Lorentsen og Grov 2016). I følge av en kreftdiagnose kan det for pasienten være en utfordring å opprettholde en optimal ernæringsstatus. Kostholdsveiledning er derfor en viktig del av behandlingstilbudet. Hensiktsmessige kostråd kan også bidra til å redusere påkjenningen av symptomer av sykdommen og bivirkninger av behandlingen. Kostholdsveiledning har derfor direkte innvirkning på pasientens velvære (Bye 2012).

For å sikre rask kreftbehandling og rehabilitering er det innført som et strategisk tiltak: *pakkeforløp for kreft* (Helsedirektoratet 2016). Formålet med pakkeforløpene er å sikre organisering av utredning og behandling, kommunikasjon/dialog med pasient og pårørende, samt ansvarsplassering og konkrete forløpstider. I disse behandlingsforløpene er det lagt føringer for hva som er de beste behandlingsstrategiene og tidsrammer for de forskjellige tiltakene. Det er i langt mindre grad beskrevet konkrete sykepleietiltak og et fåtall av pakkeforløpene har inkludert oppfølgingsintervensjoner (Lorentsen og Grov 2016).

I nasjonal kreftstrategi utgitt av Helse- og Omsorgsdepartementet (2018) legges det vekt på en mer brukerorientert kreftomsorg. Her defineres noen av de nasjonale målsetningene som:

Kreftpasienter skal bli godt ivaretatt gjennom hele pasientforløpet og skal ha enkel tilgang til kvalitetssikret informasjon om sykdommen, behandlingsmetoder, mulighet for deltagelse i kliniske studier, og konsekvenser av behandlingen, inkludert mulige senefester (Helse- og Omsorgsdepartementet 2018).

Pasienter rammet av kreft opplever mange vanskelige perioder både før, under og etter behandlingen. Pakkeforløpet skal bidra med å hjelpe pasienten gjennom perioder med mye usikkerhet og ventetid. Selv etter en vellykket behandling kan mange pasienter oppleve vanskeligheter med å vende tilbake til sitt normale liv og frykt for tilbakefall kan oppstå. Mangel på informasjon, uventede bivirkninger og opphøret av støtte fra behandlingsapparatet kan være noen av faktorene som bidrar til at også friskmeldte pasienter opplever psykisk stress (Lorentsen og Grov 2016).

I følge norske myndigheter er manglende kompetanse hos helsepersonell en av årsakene til at mange pasientgrupper ikke får den kostbehandlingen de har behov for. Det identifiseres som et hovedproblem i helsetjenesten at ernæring ikke vektlegges tilstrekkelig (Helse- og omsorgsdepartementet 2012). Å ivareta pasientens ernæringsstatus er et av sykepleierens mange ansvarsområder og utføres ofte selvstendig (Stubberud, Kondrup og Almås 2016).

Ved valg av tema har vi vektlagt et emne som engasjerer oss og som vi kan dra nytte av i arbeidslivet. Kostholdsveiledning er noe man vil måtte forholde seg til som sykepleier uansett hvilken pasientgruppe man jobber med. Fra praksis har vi observert at flere sykepleiere kvier seg for å gi råd og veiledning til pasienter grunnet liten tro på egne kunnskaper og misoppfatninger om hva pasientene ønsker fra helsepersonell. Ut i fra egne erfaringer fra praksis mener vi det er relevant å belyse pasientenes perspektiv for å bevisstgjøre helsepersonell i sin yrkesutøvelse og sin betydning i møtet med pasientene.

1.2 Studiens hensikt

Hensikten med denne litteraturstudien er å belyse kreftpasienters erfaringer med kostholdsveiledning i et kronisk sykdomsforløp.

1.3 Begrepsavklaring

Kosthold: Matvaner i form av hva, hvordan og når man spiser.

Kreftpasienter: Alle som på et tidspunkt av livet har fått en kreftdiagnose.

Kronisk sykdomsforløp: Aktiv kreft eller sekundærsykdommer og bivirkninger i etterkant relatert til enten kreften eller behandlingen.

Erfaringer: Opplevelser, følelser, minner, tanker og meninger som pasientene sitter igjen med i etterkant.

2.0 Teoribakgrunn

I dette kapitlet vil vi trekke inn relevant teori som kan knyttes til vår hensikt om kreftpasienters erfaringer med kostholdsveiledning i et kronisk sykdomsforløp.

2.1 Kommunikasjon

2.1.1 Kostveiledning

Når man skal veilede noen innen kosthold er det viktig å ha gode kunnskaper, men det alene er ofte ikke nok for å kunne være en påvirkningskraft for pasientens matvaner og livsstil. Det er minst like viktig å ha god kommunikasjon med pasienten. For å oppnå forandring gjennom informasjon må man bygge på et rasjonelt menneskesyn, der gjensidig respekt er viktig, og man ser på hverandre som fornuftige mennesker. Selv om fornuften tilsier at man skal spise sunt og holde seg aktiv er dette lettere sagt enn gjort. Dersom man ønsker å oppnå noe mer enn å bare gi informasjon, må man ha en dialog med pasienten. På denne måten kan man vurdere om pasienten har forstått budskapet man ønsker å formidle (Sjøen og Thoresen 2008). ”En god kostsamtale inneholder kommunikasjon preget både av enveis nøytral informasjon og av toveis dialog” (Sjøen og Thoresen 2008).

Uansett om det gjelder barn, voksne eller eldre er samtalen et viktig verktøy.

Hovedformålet med en slik samtale vil være å realitetsorientere pasienten om ens egen nåværende situasjon, og hvordan kosthold kan ha positiv innvirkning på livskvaliteten. Informasjonen som gis bør være tilpasset hver enkelte pasient. I en samtale bør fokuset være på pasienten, og at man som helsepersonell forsøker å sette seg inn i pasientens syn på hvorfor man har denne samtalen (Sjøen og Thoresen 2008).

I følge Kristoffersen (2016a) har man som helsepersonell et pedagogisk ansvar overfor pasientene. I et slikt pedagogisk arbeid er det viktig at den som yter helsehjelpen har gode kunnskaper innen både pedagogikk og kommunikasjon. Man må være i stand til å lytte aktivt for å skape en god og fortrolig relasjon med pasienten. Når pasienter skal endre livsstil er det viktig at pasienten selv er i stand til å motta og bearbeide helseinformasjon. Pasienten må også være motivert for å gjøre endringer. Oppfatning av sykdom er et svært subjektiv fenomen. Sykdomsoppfatningen kan derfor både være en innvirkning på

pasienters vilje og motivasjon til å endre livsstil, men også en kilde for håpløshet (Kristoffersen 2016a).

For at vi, som giver av informasjon, skal kunne forstå hvordan pasienter tar til seg informasjon, er det viktig at informasjonen er lagt fram på et slikt nivå at pasienten kan forstå det. Det innebærer en viss grad av individuelt tilrettelagt informasjon. Det må også være mulig for pasienten å gjennomføre de tiltakene som blir gitt, om ikke kan det skape større grad av håpløshet hos pasienten. Til slutt er det viktig at pasienten anser det som meningsfullt å gjennomføre tiltakene for å bedre egen helsesituasjon (Kristoffersen 2016a).

2.1.2 Mestring

I følge Lazarus og Folkman (1984) er mestring definert som kontinuerlig skiftende kognitive og atferdsmessige anstrengelser for å klare spesifikke indre og ytre krav som kan vurderes som krevende, eller som overstiger personens ressurser og truer velværet (Lazarus og Folkman 1984, i Reitan 2010). Å mestre består av utfordringer og strategier som er rettet mot å kontrollere både indre og ytre konflikter og krav (Reitan 2010). Når en person står overfor utfordringer, skjer det automatiske og ubevisste vurderinger av situasjonen som er fordelt på tre nivåer ifølge Lazarus. Disse tre nivåene er som innebærer at personen danner seg forestillinger, tolker, føler og vurderer situasjonen, for så å velge en handling for å mestre situasjonen (Lazarus 1991, i Reitan 2010).

Fjerstad (2010) sier at mestring er et lite ord som omhandler store ting – det å takle utfordringer både av det praktiske og det emosjonelle slaget. Helsepersonell har en viktig oppgave i å styrke pasientens evne til å ta egne valg og gjenvinne kontroll i livet sitt (Eide og Eide 2011).

En mestringsprosess omhandler flere ulike faser. Primærvurdering, sekundærvurdering og mestringsmetoder. I den første fasen, primærvurdering, tar pasienten utgangspunkt i egen oppfatning av situasjonen. Denne oppfatningen avgjør om pasienten ser på situasjonen som positiv, nøytral eller belastende. En slik vurdering betegnes ikke som psykologisk stress. En belastende situasjon vil oppfattes som tap, trussel eller en utfordring. I fase to, sekundærvurdering, ser pasienten på ulike muligheter for å kunne håndtere den aktuelle situasjonen. Man vil lete etter tidligere erfaringer fra lignende situasjoner og finne ut om

en har nok kunnskaper og de nødvendige ferdighetene til å håndtere situasjonen (Kristoffersen 2016b).

Aktiv og problemorientert mestringsstrategi kan benyttes for å mestre stressende situasjoner. Problemorientert mestring omhandler ulike typer aktive og direkte strategier man kan ta i bruk for å håndtere en utfordrende situasjon. Pasienten leter aktivt etter måter å finne kunnskap om problemet på. Dette er en strategi som pasienter med håp om å kunne forbedre egen situasjon velger. Aktiv og problemorientert mestring omfatter også følelsesmessig bearbeiding av problematiske situasjoner som ikke kan gjøres noe med (Kristoffersen 2016b). Endringer og påkjenninger som vanligvis ikke oppstår i et normalt livsforløp blir betegnet som en traumatisk krise. Eksempler på dette kan være sykdom og ulykke. Dette er til belastning for pasienten, både psykisk, fysisk, sosialt og emosjonelt. Pasienter kan utvikle angst og depresjon som følge av usikkerheten det medfører å få en kronisk diagnose. Dette krever at helsepersonell viser forståelse for pasientens situasjon (Eide og Eide 2011).

Å være syk og lide kan innebære flere ulike erfaringer. Bland annet vil det å være syk innebære innsikt i hvor skjørt et menneske kan være, og hvor sårbar selv den sterkeste kan bli. Man vil igjennom den samme prosessen kunne få et nytt perspektiv på livet. Mange setter større pris på de små, hverdagslige tingene man ellers tar for gitt. Et annet aspekt ved det å være syk er at sykdom medfører ofte frykt og usikkerhet både for egen helse, men også for hvordan det har innvirkning på de som står pasienten nær. Å være syk gjør en sårbar (Travelbee 1999).

2.2 Ernæring

2.2.1 Kreft og ernæring

Nedsatt matlyst og vektendring er en av de vanligste utfordringene blant pasienter med kreft. Disse utfordringene kan forekomme i alle stadiene av sykdomsforløpet. Hos pasienter som har utviklet metastaser er forekomsten av vekttap og underernæring svært fremtredende. Det er antydning at omtrent 25-30% av kreftpasientene dør som konsekvens av ernæringsutfordringer, og ikke på grunn av tumorvekst i vitale organsystemer (Bye 2012). Flere studier fastslår at ernæringsstatus har mye å si for hvordan pasienten tåler

behandlingen, men også at resultatene er dårlig dokumentert. Stoffskifteforandringer hos kreftpasienter kan gjøre det utfordrende å ta til seg næring på normal måte. Dårlig ernæringsstatus påvirker kreftpasienter på lik måte som andre pasienter med akutt eller kronisk sykdom. Vi vet at ernæringsstatus har innvirkning på allmenntilstand og øker risikoen for komplikasjoner og påvirker immunsystemet negativt slik at en lettere blir mottakelig for infeksjoner (Bye 2012).

Sykdom og behandling kan føre til mange ulike symptomer eller bivirkninger som kan få konsekvenser for ernæringsstatus. En kreftsvulst kan sitte slik at den er til fysisk hinder i mage-tarm-systemet. Det er ikke uvanlig at tumorer har innvirkning på lukt- og smaksorgan. Man kan få skader i munn og svelg som en bivirkning av behandling, noe som gjør det smertefullt å spise. Mange får også psykiske påkjenninger som påvirker appetitten (Bye 2012).

I forbindelse med behandlingen eller selve sykdommen kan mange pasienter oppleve smaksforandringer. Kreftcellene kan forårsake smaksforandringer, men også gi spisevegring eller skape metthetsfølelse. Proteinrik mat kan få en metallisk smak, søt smak kan føles harskt og sterke smaker kan virke strammere (Sortland 2011). Man kan se ernæringsutfordringer i form av vektnedgang, økt risiko for underernæring og appetittløshet. Appetittløshet fører til nedsatt ernæringsstatus som igjen fører til slapphet og nedsatt allmenntilstand. Av hensyn til pasientens livskvalitet er det viktig med tiltak for å forebygge vekttap og underernæring (Sortland 2011).

3.0 Metodebeskrivelse

Denne bacheloroppgaven er utført som en systematisk litteraturstudie i tråd med retningslinjene utgitt av Høgskolen i Molde (Eines et al. 2018). En systematisk litteraturstudie er en studie hvor man systematisk svarer på en problemstilling gjennom å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning (Forsberg og Wengstrøm 2013). En beskrivelse av metoden er viktig for fortelle noe om hvordan man bør fremskaffe eller etterprøve kunnskap ifølge Dalland (2012). I metodekapittelet vil vi derfor gi en beskrivelse av datainnsamling, litteratursøkestrategi, kvalitetsvurdering, etiske hensyn og analyse av funnene fra de inkluderte artiklene.

3.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterter

Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse kreftpasienters erfaringer med kostholdsveiledning i et kronisk sykdomsforløp. For å finne relevante studier som kunne være nyttige for vår hensikt og perspektiv satte vi opp en liste med kriterier artiklene måtte møte.

3.1.1 Inklusjonskriterier

- Originalartikler.
- Pasienter som har fått en kreftdiagnose.
- Pasientperspektiv.
- Pasienter over 18 år.
- Forskning utført etter 2012.
- Fagfellevurdert.
- Vurdert av forskningsetisk komité.
- Engelsk, norsk, svensk eller dansk språk.
- Vitenskapelige anerkjente tidsskrift.

3.1.2 Eksklusjonskriterter

- Pasienter under 18 år.
- Forskning utført før 2012.

3.1.3 Begrunnelse for inklusjons- og eksklusjonskriterier

Vi ønsket å inkludere pasienter som har kreft eller som på et tidspunkt i livet har hatt en kreftdiagnose. Dette fordi kreft medfører ernæringsproblematikk som setter kostholdet på prøve. En del pasienter som overlever kreft har økt risiko for å utvikle livsstilssykdommer som diabetes type 2 og hjerte- og karsykdom (Davies et al. 2010 sitert i Murphy og Girot 2012, 40). Vi ønsket ikke å utelukke noen typer kreft etter som det store flertallet av kreftsykdommer kan skape kostholds- og ernæringsvansker både under og etter behandling.

I vår studie har vi valgt å ekskludere pasienter under 18. Dette er at fordi vi blant annet finner det interessant å avdekke hvordan pasientene opplever kostholdsveiledning når livsstil kan ha innvirkning på helsen. Barn og unge står i en særegen posisjon da de ofte trenger spesiell oppfølging og at det i tillegg ikke forskes like mye på barn som voksne av etiske hensyn, og er derfor ekskludert.

Vi har valgt å vektlegge kvalitativ forskning i vår litteraturstudie ettersom hensikten baserer seg på pasientenes erfaringer. Kvalitativ forskning benyttes for å undersøke subjektive menneskelige erfaringer, opplevelser og holdninger (Nortvedt et.al 2012). Vi ekskluderte ikke kvantitative forskningsartikler som var relevante for vår hensikt, fordi de kunne bygge opp under funnene fra de kvalitative artiklene. Vi søkte kun etter studier utført mellom 2012-2018 for å kun benytte nyere forskning. Våre språkkunnskaper begrenset videre søket til artikler skrevet på engelsk, norsk, svensk og dansk.

3.3 Datainnsamling

Datainnsamlingen er grunnlaget for selve litteraturstudien og skal beskrives så tydelig som mulig (Eines et al. 2018).

3.3.1 PICO-skjema

Det første vi fortok oss var å sette opp et PI(C)O-skjema for å få en hensiktsmessig struktur i søket. Dette er viktig å være så presis som mulig (Nortvedt et al. 2012). Vi valgte å kun bruke engelske søkeord, da nesten alle utgitte artikler er skrevet på engelsk. Et PICO-skjema er et verktøy som skjematisk strukturerer søkeord (Nortvedt et al. 2012).

P står for patient/problem, og forteller oss om hvilken pasientgruppe eller pasientutfordringer vi ønsker å finne ut mer om.

I står for intervensjon og forteller oss hvilke tiltak og intervensjoner vi søker på.

C står for comparison, eller sammenligning på norsk, og brukes om man skal sammenligne ett eller flere tiltak.

O står for outcome, utfall på norsk, og forteller hvilket utfall vi er interesserte i å finne ut mer om (Nortvedt et al 2012).

I vår problemstilling var det ikke nødvendig å sammenligne tiltak, derfor ble C, comparison, tatt vekk. Vi sto da igjen med et PIO-skjema. (Se vedlegg 1). Med dette som grunnlag fortok vi et prøvesøk i Ovid Medline for å se om det var nok litteratur om det tema vi ønsket å fordype oss i.

3.4 Litteratursøkestrategi

Her vil vi systematisk legge frem vår søkestrategi i de forskjellige databasene for å vise hvordan vi fant våre inkluderte forskningsartikler. Metoden skal beskrives så grundig at andre skal kunne etterprøve de samme søkene (Eines et al. 2018).

3.4.1 Søkeprosessen

Vi har i hovedsak forholdt oss til fem databaser for artikkelsøkingen vår: Ovid Medline, ProQuest, SveMed+, British Nursing Index og Ovid Nursing. Kun to av databasene gav treff vi valgte å inkludere i vårt datamateriale. Alle søkene ble begrenset likt ved å klikke på Advanced Search og justerte søket etter våre kriterier (se kapittel 3.1). Vi brukte SveMed+ for å finne aktuelle MeSH-termer. MeSH er en forkortelse for Medical subject headings og kan brukes som synonymer eller stikkord (Nortvedt et al. 2012). Videre benyttet vi boolske operatører for å kombinere søkeordene. Vi benyttet oss av "OR" i den første fasen for å utvide søket, deretter brukte vi "AND" for å avgrense ved at to eller flere søkeord måtte opptre sammen for å kunne få et treff. For eksempel ved å søke kun på ordet "nutrition" i Ovid Medline vil man få 183'087 treff, og "diet" vil gi et treff på 359'879 treff. Ved og benytte den boolske operatøren OR får vi et totalt antall treff på både "nutrition" og "diet", som i dette tilfellet ble 501'834 treff totalt.

For å ikke gå glipp av forskjellige bøyninger av et søkeord tok vi i bruk trunkering. Med trunkering kan man søke på stammen av et ord (Nortvedt et al. 2012) Vi brukte for eksempel Nurs* og kunne derfor få treff på nurse, nurses og nursing. I denne fasen av datainnsamlingen leste vi kun overskrifter og sammendrag som kunne si noe om kreftpasienters erfaringer med kostholdsveiledning. De som virket relevante ble med videre til kvalitetsvurdering. Vi utførte fire systematiske søk med ulike kombinasjoner av søkeordene, samt fem manuelle søk hvor vi inkluderte én artikkel.

3.4.2 Søkehistorikk

Her vil vi beskrive fremgangsmåten vi brukte for å komme fram til relevante forskningsartikler.

Ovid Medline: Søk nr. 1: 20.03.18

I midten av Mars 2018 startet vi med det første søket vårt i Ovid Medline som er en av verdens største databaser for søk på artikler innen medisin, sykepleie, odontologi, preklinisk vitenskap med mer (Nortvedt et al. 2012). Vi startet søket med ordet "cancer" under P i vårt PIO-skjema. Dette gav et treff på 1'275'956 resultater. Deretter søkte vi på "cancer survivor" som også sto under P. På dette fikk vi 1'158 treff. Med disse to søkeordene valgte vi å benytte "OR" imellom noe som gav oss 1'275'956 treff. Vi

begrenset så søket med tanke på språk, årstall, utgivelser, alder, se kapittel 3.1. Under bokstaven I søkte vi etter "Nutrition" som gav 183'087 treff og "Diet" som resulterte i 359'879 treff. Også disse to valgte vi å bruke "OR" for å utvide søket og fikk 501'834 treff. I tillegg la vi til "Advice" og fikk 63'678 treff. Vi valgte til slutt å kombinere de forskjellige søkeordene med "AND" for å begrense søket. Vi fikk til slutt et resultat på 21 artikler. Av disse leste vi syv sammendrag, fem ble kvalitetsvurdert og fire ble inkludert. Alle artikler vi leste ble kvalitetsvurdert underveis. (Se vedlegg 2.)

Proquest: Søk nr. 2 dato: 11.04.18

Proquest er en database med hovedfokus på vitenskapelige artikler innen sykepleie (Nortvedt et al. 2012). I april gjorde vi flere søk i denne databasen ved forskjellige kombinasjoner av søkeordene i vårt PIO-skjema. I dette søket brukte vi søkeordene "Cancer" og "Neoplasm*" under bokstaven P og vi benyttet "OR" for å utvide søket. Under I benyttet vi "Nurse" og "Nursing" med "OR" imellom. Under O satte vi "Diet Therapy". Alle bokstavene ble så kombinert med "AND" til slutt. Vi begrenset søket etter samme kriteriene som beskrevet tidligere. Dette gav et resultat på 26 artikler, hvor vi leste tre sammendrag, disse ble alle kvalitetsvurdert og inkludert i vår studie.

Proquest: Søk nr. 3 Dato: 17.04.18

I dette søket valgte vi å starte med ordene "Cancer" og "Neoplasm*" under bokstaven P. Vi utvidet søket med bruk av "OR" mellom disse. Videre satte vi opp "Diet" og "Food" samt "Nurse" og "Nursing" under bokstaven I og benyttet "OR" mellom disse. Under O søkte vi med ordene "Advice" og "Guid*" brukte "OR" imellom. Alle disse kombinerte vi med "AND". Vi begrenset også søket etter de samme kriteriene som tidligere beskrevet i kapittel 3.1. Dette gav et resultat på 50 artikler, vi leste to sammendrag og etter kvalitetsvurderingen inkluderte vi én ny artikkel. Vi så også igjen flere artikler fra tidligere søk.

Proquest: Søk nr. 4 Dato: 17.04.18

I dette søket brukte vi søkeordene "Cancer" og "Adenoma" under bokstaven P og brukte "OR" mellom de. Vi brukte "Nurse" og "Nursing", samt "Diet" og "lifestyle" under bokstaven I og brukte "OR" i mellom. "Experience" og "Perception" ble satt under bokstaven O. Søket ble videre avgrenset som beskrevet i 3.1. Alle disse søkeordene ble kombinert med "AND". Dette gav et resultat på 101 artikler hvor vi leste fire sammendrag,

tok med to videre til kvalitetsvurdering og valgte til slutt å inkludere begge disse to nye artiklene. I dette søket dukket det også opp flere artikler vi allerede hadde inkludert.

Manuelt søk:

Å gjøre manuelle søk kan gjøres på ulike måter. En av disse er å bruke referansen fra artiklene som er relevante for studiens hensikt, på denne måten vil man finne nye artikler som er relevante til studien (Forsberg og Wengstrøm 2013).

I litteraturlisten til flere av artiklene fant vi titler som virket relevante for vår oppgave. Vi gjorde flere søk på disse titlene via PubMed. Vi søkte i alt på fem artikler og leste fem sammendrag, videre kvalitetsvurderte vi to artikler og ble tilslutt sittende igjen med en artikkel som vi valgte å inkludere en artikkel skrevet av Maley, Warren og Devine (2013). (Se Vedlegg 2).

3.5 Kvalitetsvurdering

Et krav i retningslinjene for bacheloroppgave ved Høgskolen i Molde (Eines et al. 2018) skal alle innhentede forskningsartikler kvalitetsvurderes. I denne fasen har vi også innhentet nye sjekklister hos nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2018).

Totalt endt vi opp med tolv artikler sammenlagt fra alle søkene. Vi leste alle artiklene først hver for oss, for så å diskutere sammen etterpå hvilke artikler vi ville inkludere og ekskludere. En artikkel ble for eksempel forkastet grunnet feil perspektiv og var derfor ikke relevant for vår hensikt. Etter dette satt vi igjen med elleve artikler som vi leste høyt for hverandre mens vi fylte ut sjekklistene for å vurdere forskningen. Vi benyttet sjekklister for kvalitativ og kvantitativ forskning (Folkehelseinstituttet 2018). Vi brukte listene som hjelpemiddel for være sikre på at vi kunne stole på resultatene i hver enkelt artikkel. Vi benyttet sjekklister for kvalitativ forskning på åtte av artiklene, sjekklister for tverrsnittstudie på to artikler og sjekklister for kohortstudie på én artikkel. I sjekklistene var det ti punkter med flere spørsmål knyttet til studiens utførelse. Alle punktene kunne besvares med ”ja”, ”uklart” og ”nei”. Vi satte en begrensning på 80% ”Ja” for å kunne vurdere artiklene som gode. For å bestå testen måtte altså 8 av 10 punkter kunne besvares med «ja». På denne måten kom vi frem til om artiklene var av god, middels eller dårlig

kvalitet. Etter denne gjennomgangen satt vi igjen med elleve artikler som ble inkludert i vår litteraturstudie.

Ett av våre inklusjonskriterier for artiklene var at de ble publisert i et fagfellevurdert tidsskrift. For å finne ut om tidsskriftet er fagfellevurdert benyttet vi oss av Norsk Senter for Forskningsdatas register over vitenskapelige publiseringskanaler (NSD 2016). Målet med fagfellevurdering er å sikre kvalitetsvurdering av forskningen som blir utgitt. Dette gjøres av uavhengige eksperter innen samme fagfelt (Nortvedt et al. 2012). Alle inkluderte artikler i dette studiet er publisert i tidsskrifter fagfellevurdert til nivå en eller nivå to.

3.6 Etiske hensyn

For vår litteraturstudie ønsket vi kun artikler som hadde blitt etisk vurdert. Når man forsker på mennesker er det flere ulike etiske prinsipper som bør overholdes, blant annet krav til privatliv, informert samtykke, frivillighet og krav til å bli riktig gjengitt (Forsberg og Wengstrøm 2013). Å ha fått en kreftdiagnose eller overlevd et sykdomsforløp med kreft kan være svært traumatisk og det går inn på psyken hos den enkelte pasient. Det er derfor viktig at pasientene blir godt ivaretatt med tanke på etikk og personvern under studien (Forsberg og Wengstrøm 2013). I en kvalitativ studie får man innblikk i pasienters livsverden, og det er derfor viktig å overholde pasienters krav om privatliv. Dette gjøres enklest ved å anonymisere pasienten (Dalland 2012).

Det har blitt utarbeidet flere forskningskomitéer for ivaretagelse av disse prinsippene. Komitéene har som hovedfokus å beskytte personene det blir utført forskning på. Helsinkideklarasjonen fra 1964 er den mest kjente. Den setter krav til fremgangsmåte og kvalifikasjonen til deltagerne i forskningen. Deklarasjonen fokuserer også på at helse og integritet til forsøkspersonene skal komme først, ifølge Dalland (2012). Brinchmann (2016) utdyper videre at det skal alltid tas hensyn til individet fremfor samfunns- eller forskningsnytt, man må i tillegg vurdere om forskningen kan innebære potensiell risiko for deltagerne. Helsinkideklarasjonen er viktig innen alt av helsefaglig og medisinsk forskning, og anbefales som retningslinjer for forskning som omfatter mennesker (Brinchmann 2016). På bakgrunn av dette satte vi krav om at vårt datamateriale måtte være etisk vurdert av en etisk forskningskomité.

3.7 Analyse

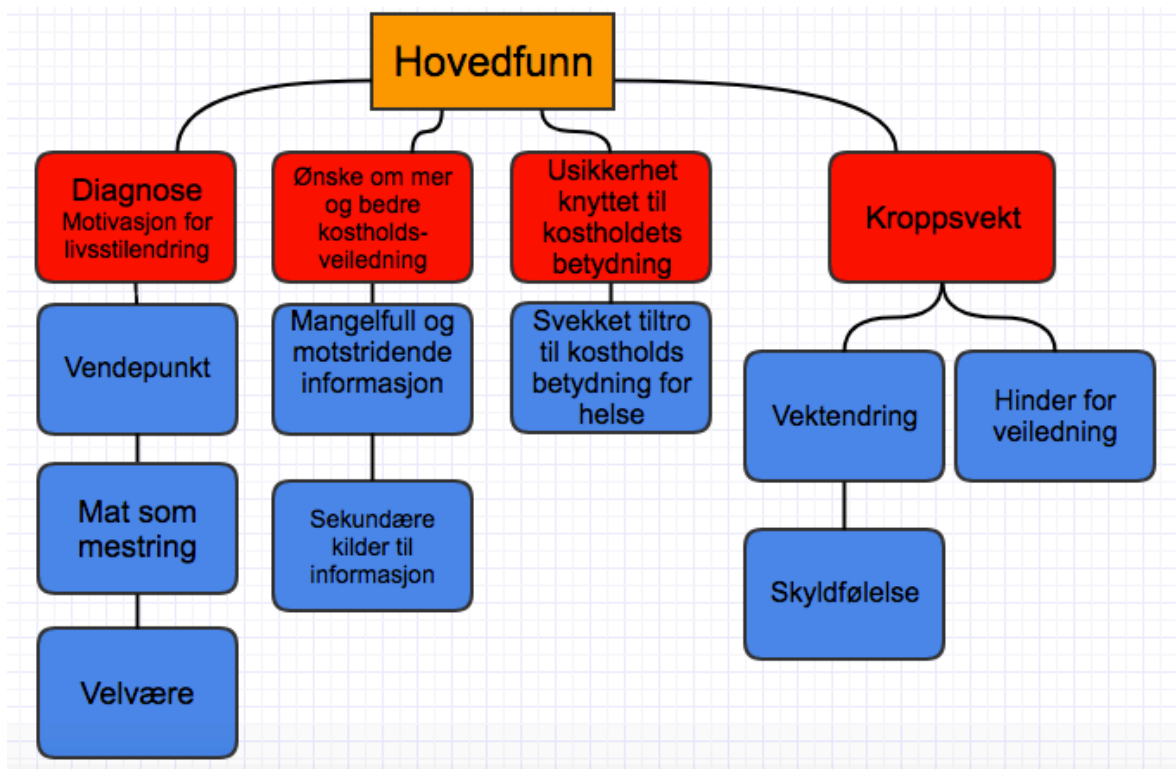
Her vil vi presentere hvordan vi bearbejdet de innhentede forskningsartiklene og funnene våre på en systematisk måte. I følge Eines et al. (2018) er dette viktig slik at det er mulig for andre å følge arbeidet lagt ned i analyseprosessen. For å analysere vår datainnsamling benyttet vi oss av Evans' fire faser (Evans 2002). Evans' fire faser blir benyttet for å få systematisk oversikt over arbeidsprosessen med datainnsamling fra forskningsartikler.

Fase 1 - Datainnsamling: Samle inn primærstudier som man ønsker å anvende i eget litteraturstudie hvor alle inklusjon/eksklusjonskriterier er møtt, en kvalitetsvurdering er foretatt og etiske hensyn er ivaretatt (Evans 2002). Dette har vi lagt fram i metodebeskrivelsen.

Fase 2 – Identifikasjon av hovedfunn: For å identifisere hovedfunnene kreves det at alle artiklene er godt gjennomlest slik at man kan danne seg en helhetsforståelse for innholdet (Evans 2002). Her valgte vi å lese hver for oss og markere funn vi kunne knytte til hensikten i forskjellige fargekoder. Vi noterte ned funnene våre på egne ark, som vi la sammen med sine tilhørende artikler slik at vi lettere kunne sammenligne funnene våre i fase 3 og sette opp en tabell.

Fase 3 – Sammenligning av hovedfunn på tvers av forskningsartiklene: I denne fasen ønsker man å identifisere temaer på tvers av studiene. Vi kan ikke påstå at våre funn er såkalte hovedfunn før vi ser at temaet går igjen i flere artikler uavhengig av hverandre. Først når dette foreligger kan man videre klassifisere undertema og analysen sjekkes opp mot konsistens (Evans 2002). Her valgte vi å lage en tabell ut av notatene vi hadde laget til hver artikkel. Vi nummererte artiklene etter alfabetisk rekkefølge på forfatter og plasserte de i vannrett linje øverst, deretter noterte vi funnene i loddrett linje og for å lettere se gjennomgående temaer. Se vedlegg 5.

Fase 4 – Sammenfatning av funn gjort i fase 3: Den siste fasen innebærer å samle felles funn for å sammenfatte en beskrivelse av fenomenene. Hovedtemaene og undertemaene blir så lagt frem i resultatkapittelet (Evans 2002). På dette stadiet valgte vi å kategorisere funnene våre i hovedfunn med tilhørende underkategorier. For å tydeliggjøre dette har vi valgt å visualisere funnene i en modell:



Figur 1 – skjematisk presentasjon av hovedfunn

4.0 Resultat

I dette kapitlet vil vi presentere funnene fra våre elleve inkluderte forskningsartikler for å belyse kreftpasienters erfaringer med kostholdsveiledning i et kronisk sykdomsforløp.

4.1 Diagnose – Motivasjon for livsstilsendring

I ni av forskningsartiklene blir kreftdiagnosen fremstilt som en motivasjon for livsstilsendring bland deltagerne (Anderson et al. 2012, Sutton et al. 2017, Avery et al. 2014, Beeken et al. 2016, James-Martin et al. 2013, Kassianos et al. 2015, Maley, Warren og Devine, 2013, Pullar et al. 2012 og Shahrudin et al. 2013). Kassianos et al. (2015) fant at de fleste som hadde vært gjennom kreft, fikk en økt bevissthet til kosthold etter behandlingsperioden. Nesten alle deltagerne i studien foreslo en fase der de kunne reevaluere sitt forhold til mat (Kassianos et al. 2015). Noen av deltagerne beskrev selv at de så på kreften som et vendepunkt for den helhetlige helsen sin. En kvinne uttalte etter å ha lagt om sin livsstil at «The ultimate responsibility lies with yourself. You've only got one body. Typically you don't get a second chance to make it right» (Maley, Warren og Devine, 2013, 234). En annen kvinne beskrev sitt møte med brystkreft som «Wake up call to take better care of yourself» (Maley, Warren og Devine 2013, 236).

4.1.1 Vendepunkt

I fem av forskningsartiklene blir det mest gunstige tidspunktet for kostholdsveiledning referert til som «The teachable moment» (Anderson et al. 2012, Sutton et al. 2017, Avery et al. 2014, James-Martin et al. 2013 og Beeken et al. 2016). Dette er altså når pasienten er på sitt mest mottagelige og motivert til å nyttiggjøre seg den nye kunnskapen i praksis. Vi har valgt å oversette dette til pasientens «vendepunkt».

James-Martin et al. (2013) belyser betydningen av riktig tidspunkt for at pasienten skal kunne ta stilling til veiledning. Fire pasienter fortalte at de hadde vært i «sjokk» på diagnosetidspunktet og ute av stand til å ta til seg noe som helst av informasjon (James-Martin et al. 2013). Sutton et al. (2017) belyser vanskeligheten pasientene hadde med å huske informasjon gitt på ugunstig tidspunkt. Noen av deltagerne kunne ikke huske om de hadde fått spesifikke råd angående diett eller livsstil. En pasient fortalte: “I am a bit

disillusioned by it all, because no one at any stage, to this day now has mentioned diets... not a sausage. Not anyone, not doctors, not nurses, not anyone” (Sutton et al. 2017, 323).

Mange anerkjente at det kan være vanskelig å huske informasjonen gitt i sammenheng med diagnosetidspunktet. Dette på grunn av det psykologiske stresset det medfører å få en slik diagnose. Mange mente det var til svært god hjelp å ha med en partner til konsultasjoner, for å bedre kunne huske informasjon som ble gitt (Sutton et al. 2017). Mange variasjoner spiller inn og timingen må derfor tilpasses individuelt. Vendepunktet er ofte det kritiske øyeblikket etter diagnosen blir satt, og rundt tiden hvor behandlingen er påbegynt (Avery et al. 2014).

4.1.2 Mat som mestring

Flere av deltagerne hadde, til tross for usikkerhet og liten tiltro til sammenhengen mellom kosthold og kreft, lagt om kostholdet sitt. Begrunnelsen deltagerne gav for dette var positive effekter på lagtidshelsen og økt velvære, dette kommer frem på tvers av fem artikler (Anderson et al. 2012, Avery et al. 2014, Beeken et al. 2016, Kassianos et al. 2015 og Maley, Warren og Devine, 2013).

I tillegg til å anerkjenne at kostholdet hadde betydning for den generelle helsen i et større perspektiv, fortalte flere av de kvinnelige deltagerne at de valgte mat for å gjenvinne kontroll over livet sitt og for å i det minste ha den beste livskvaliteten de kunne få (Maley, Warren og Devine 2013). Flere mannlige deltagere brukte også kostholdsendringer som mestringsstrategi og uttalte at de følte at de «gjorde noe for å hjelpe» (Avery et al. 2014, 4) og at endringene hjalp for å få kontroll over usikkerheten sykdommen og fremtiden gav (Avery et al. 2014). Dette funnet støttes opp av Kassianos hvor deltagerne forklarte videre at dette var et tiltak som kom fra deres egen beslutning og ikke fordi de ble fortalt det. Nesten alle deltagerne valgte å bruke ordet kontroll i denne sammenhengen (Kassianos et al. 2015).

4.1.3 Velvære

I de samme fem artiklene (Anderson et al. 2012, Avery et al. 2014, Beeken et al. 2016, Kassianos et al. 2015 og Maley, Warren og Devine, 2013) ble også velvære tatt opp som en medvirkende motiverende faktor for livsstilsendring. En av deltagerne i Avery et al.

(2014) sin studie ba om kostholdsveiledning nettopp fordi han følte det kunne ha en positiv effekt på livskvaliteten og uttalte at veiledningen «would make a difference to my well being...» (Avery et al. 2014. 6). For andre deltagere handlet det om å gjøre det som føltes riktig for dem. I Beeken et al. (2016) sin studie forteller en deltager følgende: «I just felt (dietary changes) would be better for my health» (Beeken et al. 2016. 779). Velvære ble også sett sammenheng med kroppsvekt og mange ønsket å ta kroppen sin tilbake, men majoriteten av deltagerne i Anderson et al. (2012) sin studie hadde et større ønske som en av deltagerne valget å formulere som: «Thriving... not just surviving» (Anderson et al. 2012, 40) dette ble brukt som et uttrykk for deltagerens mer overordnet ønske om å få mest mulig ut av livene sine.

4.2 Ønske om mer og bedre kostholdsveiledning

I åtte av artiklene kom det frem at deltagerne hadde ønsker om mer og bedre kostholdsveiledning enn det de hadde mottatt av helsepersonell (Beeken et al. 2016, Anderson et al. 2012, Sutton et al. 2017, Pullar et al. 2012, Maley, Warren og Devine, 2013, James-Martin et al. 2013, Heidari og Mardani-Hamooleh, 2015 og Avery et al. 2014). I en kvantitativ studie av Pullar et al. (2012) ble det avdekket at ingen av deltagerne kunne si at de hadde fått kostholdsveiledning av verken sykepleier eller lege, 61% svarte at de følte de hadde mottatt for lite informasjon og 98% av deltagerne var «muligens» eller «veldig» interesserte i ytterligere kostholdsveiledning. Beeken et al. (2016) foretok en kvalitativ studie for å kartlegge hvilke informasjonskilder pasienten hadde benyttet seg av og hvordan de mottok informasjon.

4.2.1 Mangelfull og motstridende informasjon

I Beeken et al. (2016) sin studie var deltagerne veldig positiv til idéen om kostholdsveiledning, men kunne tenkt seg mer fra helsepersonell. De rådene de hadde fått var få og vage, som generell kostholdsveiledning. Flere av deltagerne måtte selv be om informasjon, mens noen hadde gitt opp og betalt private helseaktører for tilstrekkelig veiledning. De deltagerne som fikk ernæringsråd ble ofte bare mer forvirret av motsigende råd. En pasient ble anbefalt vitamin- og mineraltilskudd av sykepleier, men hennes lege gav uttrykk for å ikke ha noe tiltro til dette (Beeken et al. 2016). Én annen pasient trakk frem hvordan en sykepleier hadde anbefalt råd som var direkte motstridende med

nasjonale helseråd som den kjente kampanjen fem om dagen. En sykepleieren hadde anbefalt: «White bread, warm rice, the odd bit of vegetable that's not green in colour and maybe half the fruit a day» fortalte en av deltagerne (Anderson et al. 2012, 38). Pasientene opplevde å få kontrabeskjeder og motstridende råd, noe som kom fram i tre andre artikler (Anderson et al. 2012, Sutton et al. 2017 og Avery et al. 2014).

4.2.2 Sekundære kilder til informasjon

Som et resultat av mangelfull informasjon og motstridende råd hadde flere pasienter benyttet seg av sekundære informasjonskilder som for eksempel: internett, media, venner, familie og frivillige organisasjoner. Dette kommer frem i seks av artiklene: (Sutton et al. 2017, Beeken et al. 2016, Heidari og Mardani-Hamooleh, 2015, James-Martin et al. 2013 og Kassianos et al. 2015, Shaharudin et al. 2013). En pasient fortalte følgende:

Well I have done a lot of research on prostate cancer. After I was diagnosed and before I decided what to eat and to have for my diagnosis, I spent many days on the internet, reading everything I could about all those treatments and what the success ratios were, about impotence and all the other stuff and also a lot of the research on diet (Kassianos et al. 2015, 822).

Flere deltagere mente at internett er det verste stedet å finne informasjon, siden det kan være vanskelig å skille troverdig fakta fra den store mengden av kjerringråd. En pasient uttrykte:

There is so much information and so many claims and counter-claims, some good-hearted or good-willed, some just out to make money and it is just impossible to tell one from the other (Beeken et al. 2016, 780).

Kun én deltager prøvde å sammenligne info fra nett opp mot forskningsartikler. Denne deltageren fant lite til felles mellom disse (Beeken et al. 2016). Pasientene ønsket i hovedsak kostholdsveiledning fra helsepersonell som lege, sykepleiere og ernæringsfysiologer kommer det frem i fire av studiene (Maley, Warren og Devine, 2013, James-Martin et al. 2013, Wright et al. 2017, Avery et al. 2014). Deltagerne hadde høye forventninger til helsepersonellens ekspertise om kosthold, men noen ganger ble disse

forventningene ikke innfridd. Mange av pasientene var oppmerksomme på tilfellene der personalets mangel kunnskaper var fremtredende (Kassianos et al. 2015).

4.3 Usikkerhet knyttet til kostholdet betydning

Usikkerhet i forhold til kostholdets betydning og kreft dukker opp som tema i syv artikler (Anderson et al. 2012, Sutton et al. 2017, Avery et al. 2014, Beeken et al. 2016, Kassianos et al. 2015, Shaharudin et al. 2013 og Maley, Warren og Devine, 2013). I Shaharudin et al. (2013) sin studie var det delte meninger om hvor vidt kreft hadde sammenheng med kosthold, 61,1 % mente ja, 33,6 % mente nei og 4.3 % svarte at de ikke visste.

4.3.1 Svekket tiltro til kostholds betydning for helse

I Avery et al. sin studie (2014) uttrykker deltagerne usikkerhet til hvor vidt kreft kunne være forårsaket av kosthold og hvor vidt kosthold kunne forebygge videre utvikling eller tilbakefall (Avery et al. 2014). Maley, Warren og Devine (2013) underbygger dette funnet og trekker fram hvordan denne usikkerheten kan føre til ambivalens hos pasientene.

Uncertainty may contribute to the ambivalence about lifestyle as a contributor to cancer risk. A pessimistic bias in the presence of high ambiguity may reinforce a lack of confidence in the efficacy of health behaviours in disease prevention (Maley, Warren og Devine, 2013, 237).

Pasientene trakk selv fram mangelen på kunnskapsbaserte informasjon og brukte ord som ”fakta”, ”bevis”, ”teori”, ”studier” og ”vitenskap” i sine refleksjoner angående kredibilitet (Kassianos et al. 2015).

Well what I would feel confident about is whether there would be some evidence-based advice because I think there is probably a lot of... if you look at television and magazines, newspapers, etcetera, there are facts that come and go and I would be more impressed if I could say that there are some researched, evidence-based (facts) (Kassianos et al. 2015, 822)

Troverdig informasjon ble av studiens deltagere betraktet som viktig for håndteringen av pasientenes tilstand og for å redusere risiko for tilbakefall (Kassianos et al. 2015).

4.4 Kroppsvekt

4.4.1 Overvekt - en barriere for kostholdsveiledning

Kroppsvekt kom opp som tema til kreftbehandling i syv artikler (Anderson et al. 2012, Sutton et al. 2017, Beeken et al. 2016, James-Martin et al. 2013, Kassianos et al. 2015 og Maley, Warren og Devine 2013, Pullar et al. 2012). Sutton et al. (2017) sin studie skiller seg noe her fra de andre studiene siden pasientene fokuserte på personalets kroppsvekt. Noen av deltagerne identifiserte overvekt som en hindring i å ta kostholdsveiledning på alvor.

I was very disappointed about a (HCP) who was obese telling (me) what to eat... If (they were) within a reasonable weight (themselves). But if somebody presented information to me, what like they did, I just wouldn't take any notice of it all... I think you've got to practise what you preach. (Sutton et al. 2017, 325).

I Pullar et al. (2012) sin undersøkelse hevder samtlige overvektige pasienter at de ikke fikk kostholdsveiledning. Til tross for dette svarte 33, 3% av deltagerne at informasjonen møtte deres behov (Pullar et al. 2012). I Maley, Warren og Devine (2013) sin studie ble det hevdet at leger ikke diskuterte vekt like mye som pasientene hadde ønsket. En av deltagerne forklarte dette på følgende måte: "You're getting some bad news and people don't want to bring up weight" fordi dette kunne være på et tidspunkt hvor: "You don't need any more negatives in your life" (Maley, Warren og Devine, 2013, 235). En annen kvinne tilføyde at hennes lege hadde begynt å le da hun spurte om det kunne være en sammenheng mellom hennes vekttoppgang og cellegiftbehandlingen (Maley, Warren og Devine, 2013).

4.4.2 Uønsket vektforandring

I underkategorien uønsket vektforandring fant vi resultat i tre artikler (Maley, Warren og Devine 2013, Beeken et al. 2016 og Anderson et al. 2012). For deltagerne i Maley, Warren

og Devine (2013) sin studien hadde halvparten gått ufrivillig ned i vekt og halvparten opp. For én av de som hadde gått opp i vekt kom dette uventet på, ettersom hun ikke visste at dette kunne være en bivirkning av cellegiften. Flere av kvinnene i studien følte at helsepersonellet ikke hadde forberedt de på at vektøkning kunne forekomme og dette bidro til en opplevelse av frustrasjon og krise, samt å bli stemplet som om de hadde full kontroll over vekten sin og dermed også skyld. I Anderson et al. (2012) sin studie fremkommer det også at noen deltagere opplevde vesentlig vekttap mens andre fikk problemer med at de la på seg alt for mye. Anderson et al. (2012) forklarte dette med at deltagerne ofte mistolket kostholdsrådene de fikk av helsepersonell. Deltagerne fortalte at de ble oppfordret til å spise ”junk food” for å legge på seg etter kirurgisk behandling. Dette skapte både forvirring og bekymring for en av pasientene som uttalte følgende:

I mean prior surgery it's low sugar, no salt, all the rest of it, and then suddenly after surgery it was no, no, you must eat to get your strength back up again, you must reverse all that and drink full fat milk and take plenty of salt, (...) I found that quite difficult (Anderson et al. 2012, 38).

4.4.3 Skyldfølelse

Skyldfølelse ble knyttet til kosthold og vekt i tre andre studier (Kassianos et al. 2015, Maley, Warren og Devine, 2013, Anderson et al. 2012). Diskusjoner om kroppsvekt vekker sterke reaksjoner hos deltagerne. Sårbarhet, tap av kontroll og skyld var noen av følelsene som deltagerne gav uttrykk for. For flere av deltagerne ble særlig overvekt knyttet til skyldfølelse. En pasient uttalte “It's one more thing I need to worry about” (Maley, Warren og Devine, 2013, 234). Noen av deltagerne i Kassianos et al. (2015) sin studie snakket om mat med negativt ladet ord som: weakness, frustration, indulgence og naughty (Kassianos et al. 2015, 823), noe som kunne indikere skam.

5.0 Diskusjon

I henhold til retningslinjene for bacheloroppgave ved Høgskolen i Molde (2018) skal diskusjonskapitlet inneholde både drøfting av metodens ulike deler og drøfting av resultatet fra litteraturstudien. Vi vil i dette kapitlet dra paralleller mellom teoribakgrunn, funn i artikler og egne erfaringer opp mot studiens hensikt om å belyse kreftpasienters erfaringer med kostholdsveiledning i et kronisk sykdomsforløp.

5.1 Metodediskusjon

I metodediskusjonen vil vi kritisk vurdere litteraturstudiens fremgangsmåte, styrker og svakteter i søkestrategien, kvalitetsvurderingen og analyseprosessen (Eines et al. 2018).

5.1.1 Inklusjon/eksklusjonskriterier

Vi valgte i utgangspunktet å benytte forskning som maks skulle være fem år gammel, men vurderte på grunnlag av flere gode funn å utvide begrensningen til seks år. Artiklene vi søkte etter er derfor utgitt mellom 2012 og 2018. Dette kan sees på som både en styrke og en svakhet. Vi mener at det er en styrke å kun benytte den aller siste forskningen, men kan heller ikke utelukke at vi har gått glipp av mye god forskning ved å begrense søkene, og kan dermed være en stor svakhet ved vår litteraturstudie. Vi ser det derfor som en svakhet å ekskludere forskning fra tidligere enn 2012, da vi kan ha gått glipp av relevante studier. Ettersom vi var ute etter pasienterfaringer søkte vi i hovedsak etter kvalitative forskningsartikler. Vi har også valgt å inkludere tre artikler med kvantitativt fokus. Dette kan anses som en svakhet, siden hensikten vår har et kvalitativt design, men vi valgte likevel å ha med disse, da de kvantitative artiklene var basert på spørreskjema som belyste pasienterfaringer på en større skala. Vi mener likevel å se en god sammenheng mellom de kvalitative og kvantitative funnene.

En annen svakhet er at et flertall av studiene baserer seg på en vestlig diett, og setter derfor ikke global folkehelse i perspektiv. I studiene kommer det frem at majoriteten av deltagerne er begrenset til vestlig diett. Vi hadde ikke dette som inklusjonskriterie, men typen diett er gjengående i et sterkt flertall av studiene. Muligens kunne vi fått andre resultater om vi hadde fokusert på et større mangfold i diett.

5.1.2 Søkestrategi

Vi startet søkeprosessen med å lage et PI(C)O-skjema (Vedlegg 1). Dette ble grunnlaget for våre søk i databasene (Vedlegg 2). Vi mener dette styrker vår oppgave, ved at søkene ble utført systematisk. En svakhet vi ønsker å belyse er vår manglende erfaring med å foreta systematiske søk og at ved noen av søkene ble ikke søkeordene under bokstaven P inkludert. Dette er en svakhet ved våre søk. PI(C)O-skjemaet inneholdt trunkering og MeSH-termer som vi fant i SveMed+ ved veiledning fra bibliotekar. Styrken med dette var at vi utvidet søket vårt tidlig i datainnsamlingsfasen.

Vi benyttet kun fem databaser (Medline, ProQuest, SveMed+, British Nursing Index og Ovid Nursing) i søkeprosessen, dette kan ha ført til at vi har gått glipp av relevant forskning og er en svakhet i vår oppgave. Vi fikk allikevel relevante treff i to av databasene og valgte med dette å inkludere elleve artikler som vi anså som relevante til for vår hensikt.

Alle søk ble lagret og gjenskapt i ettertid, basert på beskrivelse gitt i kapittel 3.3.1 søkehistorikk og vedlegg 2 for søkehistorikk. Dette for å forsikre oss om at vår beskrivelse stemte. Vi tok også i bruk manuelle søk, noe vi ser på som en svakhet. Ved manuelle søk vil det være vanskelig å gjenskape et søk, i tillegg risikerer man å ende opp med et tilfeldig utvalg av artikler. Vi inkluderte derfor kun én artikkel fra de manuelle søkene som vi anser for å være av god kvalitet, og undres hvorfor denne ikke kom opp i våre systematiske søk. Vi kan ikke utelukke av vi har begrensede kunnskaper om hvordan de forskjellige databasene fungerer som trolig har svekket våre søk og funn av artikler.

5.1.3 Kvalitetsvurdering og etiske hensyn

Alle inkluderte artikler er kontrollert opp mot Folkehelseinstituttets (2018) sjekklister for kritisk vurdering av forskningsartikler. De har alle, etter vår mening, innfridd de nødvendige punktene på sjekklistene. Dette ser vi på som en styrke. Som beskrevet i Nortvedt et al. (2012) skal en god artikkel bygges opp etter IMRAD-prinsippet. Det vil si at en god artikkel skal være oppbygd med en introduksjon, metode, resultat, og diskusjon. De bør også ha et sammendrag i starten av artikkelen. Alle inkluderte artikler er bygd opp med dette prinsippet. Dette anses å være en styrke ved vårt studie.

Et inklusjonskriterie var at artiklene skulle være etisk vurdert. Dette skal sikre at pasientenes privatliv og personlige rettigheter er ivaretatt. Alle menneskene det er forsket på i denne sammenhengen er pasienter med en kreftdiagnose, noe som gjør det ekstra viktig å ta hensyn til etiske prinsipp som samtykke, anonymitet og frivillighet.

5.1.4 Analyse

I analyseprosessen har vi tatt utgangspunkt i Evans fire faser (Evans 2002). Disse fasene har hjulpet oss til å jobbe mer strukturert ved å gi oss en tilnæringsmåte for å finne og kategorisere artiklene. Dette ser vi på som en styrke. Vi lagde en tabell for å skjematisk kunne ha oversikt over hovedfunn med tilhørende underkategorier (se figur 1, side 13). Dette gjorde det enklere å sammenfatte hovedfunnene i etterkant. (Se vedlegg 5).

Alle inkluderte artikler er skrevet på engelsk, noe som er et fremmedspråk for oss. Vi tar høyde for at viktig informasjon kan ha gått tapt i oversettelsesprosessen. Vi har kunne brukt verktøy som Google oversetter, men vi følte oss ikke trygge på at oversettelsen ble korrekt da Google oversetter ikke tar høyde for kontekst. Vi har derfor slått opp enkeltord etter behov. Dette kan være en svakhet i litteraturstudien.

5.2 Resultatdiskusjon

I resultatdiskusjonen vil vi diskutere studiens resultat opp imot studiens hensikt, som var å belyse kreftpasienters erfaringer med kostholdsveiledning i et kronisk sykdomsforløp. Vi vil løfte fram våre funn basert på litteraturstudiens resultater. Diskusjonen skal være gjennomgående sykepleiefaglig rettet og konsekvenser for klinisk praksis skal diskuteres på en balansert måte (Eines et al. 2018). Ut i fra våre funn på tvers av vårt datamateriale, vil vi presentere hovedfunnene og knytte dette opp mot teoribakgrunnen, samt ny relevant teori/forskning for å gi relevans til sykepleiefaget. Egne kliniske erfaringer vil sees i sammenheng med litteraturstudiens resultat.

5.2.1 Kostholdsendring – en meningsfull mestringsstrategi?

I et av våre funn viste vi at kreftpasienter er åpne og mottagelig for mer kostholdsveiledning enn de muligens mottar per dags dato. Etter det første sjokket hadde gitt seg ble diagnosen en kilde til motivasjon for å ta grep. Dette ble forklart med at deltagerne ble bevisstgjorte i sine valg noe som kan ha innvirkning på pasientenes gjennomføringsevne til livsstilsendring. Flere av pasientene benyttet dette som en drivkraft til å ta vare på seg selv. Dette samsvarer med Travelbees teori om hvordan sykdom kan endre menneskers persepsjon. Hun beskriver at gjennom sykdomsprosessen vil man få et nytt perspektiv på livet (Travelbee 1999).

Timing var et viktig element for at veiledningen skulle bli vellykket. De som fikk veiledning mens de fortsatt var i sjokk, greide ikke å bearbeide informasjonen og kunne glemme å i det hele tatt å ha mottatt veiledning. I flere av studiene ble pasientens vendepunkt et viktig fokus for å kunne nå inn med budskapet og at pasienten skulle kunne nytte gjøre seg av informasjonen som ble gitt. Dette funnet finner vi støtte for i Kristoffersens litteratur. Hun skriver at for å kunne oppnå livsstilsendring må pasienten være i stand til å motta og bearbeide helseinformasjonen som blir gitt, i tillegg er motivasjon en viktig faktor (Kristoffersen 2016b).

Sykepleier bør legge til rette for at dette øyeblikket ikke går tapt og hjelpe pasienten med å se kostholdsendring som en mestringsstrategi. Kristoffersen skriver at problemorientert mestring omhandler om ulike typer aktive og direkte strategier man kan benytte for å

håndtere en utfordrende situasjon. Pasienten leter aktivt etter måter å finne kunnskap om problemet på. Dette er en strategi som pasienter med håp om å kunne forbedre egen situasjon velger (Kristoffersens 2016a).

Fra praksis har vi erfart at mange sykepleiere synes det er vanskelig å skulle ta opp kosthold med kreftpasienter. Det er ofte begrunnet med en frykt for at pasientene skal oppfatte det som en slags ansvars plassering av skyld for hvorfor kreften kan ha oppstått. Det er et vanskelig tema da mange av sykepleierne vi har snakket med uttrykker at de er usikre på hvilken fremgangsmåte de skal benytte eller når det er mest ideelt å ta opp emnet. I tillegg la flere til at de også følte seg på utrygg grunn fordi de selv ikke hadde nok kunnskap om kosthold til kreftpasienter. Sjøen og Thoresen (2008) påpeker at for å kunne veilede noen innen kosthold er det viktig å ha gode kunnskaper og god kommunikasjon med pasienten.

For sykepleiere kan funnene i vår studie fortelle noe om når det mest hensiktsmessige tidspunktet for kostholdsveiledning kan være. På tvers av flere studier vektlegges det at man ikke må vente for lenge med å komme i gang og at kostholdsveiledning er ønsket velkommen hos flertallet av pasientene. Med bakgrunn i denne kunnskapen er det essensielt at sykepleiere er i best mulig stand til å gi nøyaktig informasjon når det kommer til ernæring, fysisk aktivitet og hvordan man kan opprettholde kroppsvekten (Murphy og Girot 2012). Det har imidlertid vist seg at særlig sykehusansatte kreftsykepleiere strever med å oppnå aksept i sin rolle innen kostholdsveiledning blant behandlingsteamet ifølge en studie utført av (Willard and Luke, 2007 sitert i Murphy og Girot 2012, 41). Sykepleiere bør støtte hverandre i sitt arbeid og legge til rette for at alle på avdelingen sitter inne med nødvendig kompetanse.

5.2.2 Betydningen av tilstrekkelig informasjon og tilrettelegging

I våre funn kom det fram at mange av deltagerne hadde et om ønsket mer og bedre kostholdsveiledning enn de hadde mottatt og at deres forventninger til helsepersonellet ikke ble innfridd på dette punktet. Dette samsvarte med hva helsepersonell selv gav uttrykk for og med våre egne erfaringer fra praksis. Mangel på håndfaste kunnskapsbaserte fakta ble sett på en barriere for helsepersonell som ikke følte seg på trygg grunn i situasjoner der kreftpasienter etterspurte konkrete ernæringstiltak. En studie har også vist at

helsepersonell, både leger og sykepleiere, kan være tilbakeholden med å rådføre pasienter grunnet manglende kunnskap og selvtillit på området (Miles et al. 2010). Dette er ikke overraskende ifølge Richards som setter de svake ernæringskunnskapene i sammenheng med et manglende fokus på kosthold i utdanningen av helsepersonell over de siste 50 årene (Richards 2009 sitert i Murphy og Giro, 2012, 42).

Dersom man ønsker å oppnå noe mer enn å bare gi informasjon, må man ha en dialog med pasienten. I en samtale bør hovedfokuset være på pasienten, og at man som helsepersonell forsøker å sette seg inn i pasientens syn på hvorfor man har samtalen (Sjøen og Thoresen, 2008). Å bygge en relasjon mellom pasienten og sykepleieren er derfor hensiktsmessig. At sykepleiere innehar denne forståelsen kan derfor spille en avgjørende betydning for om veiledningen blir vellykket og legger grunnlaget for praksisen videre.

Et konkret virkemiddel for oppnå en gunstig relasjon vil innebære å la pasienten aktivt være med på beslutninger. Brukermedvirkning på tjenestenivå innebærer å involvere pasienten i alle vurderinger som innebærer ens egen helse. Sykepleier skal legges til rette for at pasienten skal ha et visst ansvar og selvstendighet i sin rolle som pasient. Informasjon og kunnskap er en forutsetning for aktiv brukermedvirkning (Kristoffersen 2016c). Konsekvenser i klinisk praksis kan være at pasientens evne til å takle utfordringer styrkes og relasjonen mellom pasient og sykepleier bedres.

I sykepleieres yrkesetiske retningslinjer (Norsk sykepleierforbund 2011) står det at sykepleieren har et ansvar om å forsikre seg om at pasienten har mottatt og forstått den informasjonen du ønsker å formidle (Kristoffersen 2016c). Dette kan for mange sykepleiere være en utfordring. I følge Kristoffersen (2016c) og pasient- og brukerrettighetsloven (1999) har pasienter krav på forståelig informasjon, men pasient- og brukerrettighetsloven tar ikke høyde for pasientens forutsetning til å ta imot, fordøye og huske informasjonen som blir gitt. Fra praksis synes vi å ha observert at enkelte sykepleiere gir informasjon fordi det er noe de er pålagt, uten å ha noen intensjon om å forsikre seg om at pasienten faktisk har forstått helheten i budskapet. Dette mener vi kan skape uheldige konsekvenser i behandlingsforløpet.

5.2.3 utfordringer ved kosthold og kreft

Et gjentakende funn i vårt studie var at pasientene ofte følte seg usikre på kostholdets innvirkning på sykdommen. Pasientene sa de hadde følt seg tryggere dersom de fikk konkret og målrettet veiledning basert på kunnskapsbaserte fakta. Det kan være krevende å legge om livsstilen og ivareta den i etterkant knyttet til kosthold. Helsepersonell kan være gode motivatorer for en slik endring, og tverrfaglig samarbeid som inngår leger, sykepleiere, fysioterapeuter og ernæringsfysiologer for å nevne noen er viktige samarbeidspartnere (Kristoffersen 2016b).

Et annet sentralt funn i vår litteraturstudie var temaet kroppsvekt som flere av deltagerne mente påvirket hvordan de opplevde kostholdsveiledningen. Overvekt kom frem som et hinder mellom helsepersonell og pasienten som kunne føle på skyld, tap av kontroll og sårbarhet i slike situasjoner. Dette finner vi støtte for i Lorentsen og Grovs litteratur. Pasientens kroppsbygge har innvirkning på følelser, tanker og væremåte. Ved kreftsykdom kan kroppen gjennomgå dramatiske endringer. Dette kan påvirke relasjoner til andre mennesker og opplevelsen av livskvalitet. Pasientenes følelse av identitet kan svekkes og noen føler seg fremmedgjort i sin egen kropp (Lorentsen og Grov 2016). Riktig ernæring har vesentlig betydning for pasientens behandlingsresultater og livskvalitet (Stubberud, Kondrup og Almås 2016).

En side ved det å være syk er at sykdom medfører ofte frykt og usikkerhet for egen helse. Som nevnt i innledning sier Travelbee (1999) at å være syk gjør en sårbar. Usikkerhet kan bidra til ambivalens i troen på at livsstil som en bidragsyter til risiko for sykdom. For noen pasienter kan sykdommen oppleves som traumatisk og bli en belastning både psykisk, fysisk, sosialt og emosjonelt. Pasienter kan utvikle angst og depresjon som følge av usikkerheten det medfører å få en kronisk diagnose. Dette krever at helsepersonell viser forståelse for pasientens situasjon (Eide og Eide 2011). Pasienter som får en kronisk diagnose, som en kreftdiagnose er, innebærer følelse av personlig krise. Pasienter som lever med en kronisk diagnose kan oppleve det som å leve i en utsatt posisjon, og at fokuset blir på sykdommen og ikke pasienten som en helhet (Kristoffersen 2016a).

Når man gir pasienter veiledning er det viktig å få kjennskap til hvor mye pasienten selv kan om egen sykdom. Travelbee (1999) sier at for å bli kjent med noen må man møte

menneske, i tillegg må sykepleieren være i stand til å sette pasienten i fokus for å bli kjent med pasienten. Man må se mennesket, ikke sykdommen, og pasienten må forstå at ikke er alene. Veiledning må individualiseres, man må bygge veiledningen på data om den enkeltes situasjon. Dette er også relevant under punktet om ønske om mer og bedre veiledning.

Sykepleieprosessen er den grunnleggende arbeidsmetoden innen all sykepleie gitt til kreftpasienter og en sentral del av prosessen er omsorg (Lorentsen og Grov 2016). Et viktig aspekt ved omsorg er kvaliteten i sykepleier-pasient-relasjonen og måten arbeidet blir utført på. Sykepleierens holdninger og framturen i sin yrkesutøvelse vil gi konsekvenser i klinisk praksis. Når pasienten føler seg ivaretatt og helsehjelp er gitt på en omsorgsfull måte vil pasientens mot og styrke øke (Lorentsen og Grov 2016). I en undersøkelse hvor kreftsyke pasienter ble bedt om å svare på hva god omsorg var for dem og hva som var viktig for at deres verdighet ble ivaretatt trakk de blant annet frem personalets pålitelighet som et hovedpunkt (Bøe 2008 sitert i Lorentsen og Grov 2016, 408).

I praksis har vi erfart at pasienter kan ha mistro til helsepersonell som ikke virker fortrolig med budskapet de skal formidle. Dette kan medføre negative konsekvenser i klinisk praksis ved at pasienten inntar en kritisk posisjon, noe som kan ha en negativ effekt på informasjonsflyten og behandlingsforløpet. Vi har erfart at et godt tverrfaglig samarbeid har stor betydning for hvor stor tiltro pasienten har til vår kompetanse.

Helsepersonelloven (1999) §4 sier at for å dersom pasientens behov tilsier det skal yrkesutøvelse skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert helsepersonell. For at pasientens ernæringsbehov skal ivaretas på en faglig forsvarlig måte kreves det derfor tverrfaglig samarbeid innad i det medisinske teamet (Stubberud, Kondrup og Almås 2016). I praksis har vi erfart at pasienter stiller ofte samme spørsmål til flere forskjellige innad i behandlingsteamet for få bekreftelse på informasjonen de har fått. Som sykepleier er det viktig å sette av god tid til samtaler med pasienter som opplever mye usikkerhet. Informasjonsskriv kan også være til hjelp for pasientene ettersom det kan være vanskelig å huske alt i etterkant.

Om våre funn stemmer overens med teorien kan de være med på å synliggjøre pasientenes erfaringer med kostholdsveiledning og sykepleie kan bidra med å nyttiggjøre disse på en konstruktiv måte i praksis.

6.0 Konklusjon

Hensikten med vår litteraturstudie var å belyse kreftpasienters erfaringer med kostholdsveiledning i et kronisk sykdomsforløp. Kostholdsveiledning var ønsket fra pasienter som i møte med en kreftdiagnose fikk en ny driv til å legge om sin livsstil. Pasientene følte ofte at de mottok for lite informasjon fra helsepersonell og opplevde motstridende råd alt etter som hvem de henvende seg til. Særlig når det gjaldt kroppsvekt følte pasientene at helsepersonell ikke i møte kom de slik det hadde ønsket. Pasienters erfaringer i møte med helsepersonell var varierte og sykepleiere bør inneha kunnskap og ferdigheter til å kunne tilpasse informasjonen individuelt. Mangelfull kostholdsveiledning førte til at pasientene søkte etter informasjon på egen hånd og hadde vanskeligheter med å finne kunnskapsbaserte fakta. Det oppsto ambivalens hos pasientene som svekket tiltroen til sykdomsforebygging. Likevel valgte mange pasienter å endre livsstilen sin fordi dette gav de en følelse av å gjenvinne kontroll og at de hadde sterk tro på at kosthold hadde innvirkning på den generelle helse og velvære fremfor kreft i seg selv.

6.1 Konsekvenser for praksis

Kunnskap om hvordan, og ikke minst når vi legger frem viktig informasjon til pasienter er av vesentlig betydning ifølge våre funn. Individuelt tilpasset kostholdsveiledning ser ut til å være et viktig tiltak for å kunne styrke kreftpasienters tiltro til kostholdets betydning for helse og velvære, samt øke mestringsfølelsen i møte med krisesituasjonen sykdommen ofte bringer. Kompetanse spiller en viktig rolle i kostholdsveiledning til kreftpasienter og har innvirkning på troverdigheten i budskapet.

6.2 Forslag til videre forskning

Basert på våre funn ønsker vi å legge frem et forslag om mer forskning for å kunne gi kostholdsråd rettet direkte mot kreftpasienter og hvordan man kan utbedre mer konkrete sykepleietiltak i pakkeforløp for kreft. Vi mener det vil være hensiktsmessig å sette et større fokus på hvordan sykepleiere kan veilede pasienter på en god måte, ikke bare i forskning, men også under utdanningsforløpet. Vi vil til slutt også legge frem et forslag om å undersøke hvordan helsepersonell kan bedre sitt tverrfaglige samarbeid med kostholdsveiledning til kreftpasienter.

Litteraturliste

Allemani, Claudia, Audrey Bonaventure, Maja Nikšić, Melissa Matz, Tomohiro Matsuda, Rhea Harewood, Veronica Di Carlo et al. 2018. "Global surveillance of trends in cancer survival 2000–14: analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries" *The Lancet*. (391): 1023-1075.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)33326-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)33326-3)

Anderson, Annie S., Robert Steele og Joanne Coyle. 2012. "Lifestyle issues for colorectal cancer survivors – perceived needs, beliefs and opportunities." *Support Cancer Care*. (21): 35-42. <https://dx.doi.org/10.1007/s00520-012-1487-7>

Avery, Kerry NL, Jenny Donovan, Jeremy Horwood, David E Neal, Freddie C Hamdy, Chris Parker, Julia Wade og Athene Lane. 2014. "The importance of dietary change for men diagnosed with and at risk of prostate cancer: A multi-centre interview study with men, their partners and health professionals." *BMC Family Practice*. (15):

<https://dx.doi.org/10.1186/1471-2296-15-81>

Beeken, R.J., K. Williams, J. Wardle og H. Croker. 2016. "What about diet? A qualitative study of cancer survivors' views on diet and cancer and their sources of information." *European Journal of Cancer*. (25): 774-783. <https://dx.doi.org/10.1111/ecc.12529>

Brinchmann, Berit Strøre. 2016. *Etikk i sykepleien*. 4 utg. Oslo: Gyldendal Akademisk

Bye, Asta. 2012. "Ernæring" i *Kreftsykepleie : Pasient, Utfordring, Handling*. red. Tore Kr. Schjølberg, 214 – 234. Oslo: Akribe.

Dalland, Olav. 2012. *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 5.utg. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.

Eide, Hilde og Tom Eide. 2011. *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Eines, Trude, Ragnhild Michalsen, Cecilie Grønvik og Stine Hauvik. 2018. *Eksamen SAE00 Bacheloroppgave i sykepleie*. Molde: Høgskolen i Molde, Avdeling for helse og sosialfag.

Evans, David. 2002. "Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data" *Australian Journal of Advanced Nursing* 20, No.2.

Fjerstad, Elin. 2010. *Frisk og kronisk syk, et psykologisk perspektiv på kronisk sykdom*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Folkehelseinstituttet. 2018. "Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler". Lest: 12.04.18

<https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartikler/>

Forsberg, Christina og Yvonne Wengstrøm. 2013. *Att Göra Systematiska Litteraturstudier: Värdering, Analys Och Presentation Av Omvårdnadsforskning*. 3. utg. Stockholm: Natur Och Kultur.

Heidari, Haydeh og Marjan Mardani-Hamooleh. 2015. "Cancer Patients' Informational Needs: Qualitative Content Analysis." *Journal of cancer education: the official journal of the American Association for Cancer Education*. (31): 715-720.

<https://dx.doi.org/10.1007/s13187-015-0887-z>

Helse- og Omsorgdepartementet. 2018. *Leve med kreft, kreftstrategi 2018-2022*.

https://www.regjeringen.no/contentassets/266bfl eec38940888a589ec86d79da20/regjeringens_kreftstrategi_180418.pdf

Helse- og Omsorgsdepartementet. 2012. *Kosthåndboken – Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten*.

<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/kosthandboken-veileder-i-erneringsarbeid-i-helse-og-omsorgstjenesten>

Helsepersonelloven. 1999. *Kapittel 2. Krav til helsepersonells yrkesutøvelse*.

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_2#%C2%A75

James-Martin, G., B. Koczwara, E. L. Smith og Miller. 2013. "Information need of cancer patients and survivors regarding diet, exercise and weight management: A qualitative study." *European Journal of Cancer Care*. (23): 340-348.

<https://dx.doi.org/10.1111/ecc.12159>

Kassianos, A.P., A. Coyle og M.M. Raats. 2015. "Perceived influences on post-diagnostic dietary change among group of men with prostate cancer."

European Journal of Cancer Care. (24): 818-826. <https://dx.doi.org/10.1111/ecc.12357>

Kreftregisteret. 2018. *Cancer in Norway*.

<https://www.kreftregisteret.no/globalassets/cancer-in-norway/2016/cin-2106.pdf>

Kreftregisteret. 2018. "Fakta om kreft". Lest 14.05.2018.

<https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Fakta-om-kreft/>

Kristoffersen, Nina Jahren. 2016a. "Livsstil og endring av livsstil" i *Grunnleggende sykepleie bind 3*, red. Kristoffersen, Nina Jahren, Finn Nordtvedt, Eli-Anne Skaug og Gro Hjelmeland Grimsbø, 295-349. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, Nina Jahren. 2016b. "Å styrke pasientens ressurser" i *Grunnleggende sykepleie bind 3*, red. Kristoffersen, Nina Jahren, Finn Nordtvedt, Eli-Anne Skaug og Gro Hjelmeland Grimsbø, 349-406. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, Nina Jahren. 2016c. "Sykepleiefagets teoretiske utvikling" i *Grunnleggende sykepleie bind 3*, red. Kristoffersen, Nina Jahren, Finn Nordtvedt, Eli-Anne Skaug og Gro Hjelmeland Grimsbø, 15-80. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lorentsen, Vibeke Bruun og Ellen Karine Grov. 2016. «Generell sykepleie ved kreftsykdom». I *Klinisk sykepleie 2*, red. Dag-Gunnar Stubberud, Randi Grønseth og Hallbjørg Almås. 398-435. Utg. 5. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Maley, Mary, Barbour S. Warren og Carol M. Devine. 2013. "A Second Chance: Meaning of Body Weight, Diet, and Physical Activity to women who have experienced cancer." *Journal of Nutrition Education and Behaviour*. (45): 232-239.

<https://doi.org/10.1016/j.jneb.2012.10.009>

Miles A., A. Simon og J. Wardle. 2010. "Answering patient questions about the role lifestyle factors play in cancer onset and recurrence: what do health care professionals say?" *Journal of Health Psychology*. (15): 291-298

<https://dx.doi.org/10.1177/1359105309351245>

Murphy, Jane L og Elizabeth A Girot. 2012. "The importance of nutrition, diet and lifestyle advice for cancer survivors – the role of nursing staff and other interprofessional workers" *Journal of Clinical Nursing*. (22): 1539-1549. DOI:

<https://dx.doi.org/10.1111/jocn.12053>

Norsk Senter for Forskningsdata. 2017. "Publiseringskanaler". Lest 10.03.18

<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/forside>

Norsk Sykepleierforbund. 2011. *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*.

https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

Nortvedt, Monica W., Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt, Lena Victoria Nordheim og Liv Merete Reinart. 2012. *Jobb Kunnskapsbasert – En arbeidsbok*. 2.utg. Oslo: Akribes AS

Pasient- og brukerrettighetsloven. 1999. *Kapittel 3. Rett til medvirkning og informasjon*.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Pullar, Jessie M, Alexandra Chisholm og Christopher Jackson. 2012. "Dietary information for colorectal cancer survivors: an unmet need." *The New Zealand Medical Journal*. (125) 27-37.

Shaharudin, Soraya Hanie, Suhaina Sulaiman, Mohd Razif Shahril, Nor Aina Emran og Sharifah Noor Akmal. 2013. "Dietary Changes Among Breast Cancer Patients in

Malaysia.” *Cancer Nursing*. (2): 131-138.

<https://dx.doi.org/10.1097/NCC.0b013e31824062d1>

Sjøen, Rolf Jarl, og Lene Thoresen. 2008. *Sykepleierens Ernæringsbok*. 3. Utg. ed. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Sortland, Kjersti. 2011. *Ernæring: Mer Enn Mat Og Drikke*. 4. Utg. ed. Bergen: Fagbokforlaget.

Stubberud, Dag- Gunnar, Jens Kondrup og Hallbjørg Almås. 2016. ”Ernæring ved sykdom” i *Klinisk sykepleie 2*, red. Stubberud, Dag-Gunnar, Randi Grønseth og Hallbjørg Almås, 17-50. Utg. 5. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Sutton, Eileen. Lucy E. Hackshaw-McGeagh, Jonathan Aning, Amit Bahl, Anthony Koupparis, Raj Persad, Richard M. Martin et al. 2017. ”The provision of dietary and physical activity advice for men diagnosed with prostate cancer: a qualitative study of the experience and views of health care professionals, patients and partners.” *Cancer causes control*. (4): 319-329. <https://dx.doi.org/10.1007/s10552-017-0861-7>

Travelbee, Joyce. 1999. *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Wright, Stuart J. Debbie Gibson, Martin Eden, Simon Lal, Chris Todd, Andy Ness og Sorrel Burden 2017. ”What are colorectal cancer survivors’ preferences for dietary advice? A best-worst discrete choice experiment.” *Journal of Cancer Survivorship*. (6): 782-790. <https://dx.doi.org/10.1007/s11764-017-0615-2>

Vedlegg

Vedlegg 1 - PICO-skjema

Patient / problem	Intervention	Outcome
Patient* Cancer «Cancer survivor» Neoplasm* Adenoma	Diet Nutrit* Food Guid* Advic* Educat* Lifestyle Therapy Nurs*	Surviv* Experience Perception View

Vedlegg 2 - Søkehistorikk

Søk 1:

#	Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Inkluderte artikler
1	Cancer	20.03.18	OVID Medline	1'275'956			
2	"cancer survivor"	20.03.18	OVID Medline	1158			
3	1 OR 2	20.03.18	OVID Medline	1'275'956			
4	limit 3 to (yr="2012 - Current" and "all adult (19 plus years)" and (danish or english or norwegian or swedish) and "qualitative (best balance of sensitivity and specificity)")	20.03.18	OVID Medline	19'616			
5	Nutrition	20.03.18	OVID Medline	183'087			
6	Diet	20.03.18	OVID Medline	359'879			
7	5 OR 6	20.03.18	OVID Medline	501'834			
8	4 AND 7	20.03.18	OVID Medline	564			
9	Advice	20.03.18	OVID Medline	36678			
10	8 AND 9	20.03.18	OVID Medline	21	7	5	4

Inkluderte artikler fra søk 1: Anderson et al. (2012), Avery et al. (2014) Beeken et al. (2016) og Sutton et al. (2017).

Søk 2:

(Cancer OR neoplasm*) AND (nurse OR nursing) AND "diet therapy" Begrenset til Anywhere but full text – NOFT, Scholarly journals, article, engelsk, norsk, svensk, dansk, adilt middleaged, aged	11.04.18	Proquest	26	3	3	3
---	----------	----------	----	---	---	---

Inkluderte artikler fra søk 2: Kassianos et al. (2015), Pullar et al. (2012) og Shaharudin et al. (2013)

Søk 3:

(Cancer OR neoplasm*) AND (diet OR food) AND (nurse OR nursing) AND (Advice or guid*) Begrenset til Anywhere but full text – NOFT, Scholarly journals, article, engelsk, norsk, svensk, dansk, adilt middleaged, aged	17.04.18	Proquest	50	2	2	1
---	----------	----------	----	---	---	---

Inkludert artikkel fra søk 3: Wright et al. (2017)

Søk 4:

(Cancer OR adenoma) AND (nurse OR nursing) AND (diet OR lifestyle) AND "Diet therapy" Begrenset til Anywhere but full text – NOFT, Scholarly journals, article, engelsk, norsk, svensk, dansk, adult middleaged, aged	17.04.18	Proquest	101	4	2	2
--	----------	----------	-----	---	---	---

Inkluderte artikler fra søk 4: Heidari et al. (2015) og James-Martin et al. (2013)

Manuelle søk

Dato:	Inkludert artikkel:	Kreditert i Litteraturlisten til:
24.04.18	Maley, Mary, Barbour S. Warren, Carol M. Devine. 2013. "A Second Chance: Meaning of Body Weight, Diet, and Physical Activity to women who have experienced cancer." <i>Journal of Nutrition Education and Behavior</i> . (45): 232-239.	Beeken, R.J., K. Williams, J. Wardle, H. Croker. 2016. "«What about diet?» A qualitative study of cancer survivors' views on diet and cancer and their sources of information." <i>European Journal of Cancer</i> . (25) 774-783.

Vedlegg 3 - Oversiktstabell

Oversiktstabell i forhold til innhold og kvalitet i vurderte og inkluderte artikler

	Forfattere År Land Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode / Instrument	Deltagere / Frafall	Hovedfunn	Etisk vurdering	Vurdering av kvalitet
1	Anderson, Annie S. Robert Steele. Joanne Coyle. 2012. Storbritannia. <i>Support Cancer Care.</i>	Lifestyle issues for colorectal cancer survivors – perceived needs, beliefs and opportunities.	Undersøke pasienters ønsker for kostholdsveiledn ing, aktivitet og tanker om livsstilsendringe r for å redusere tilbakefall.	Kvalitativ studie med fokusgrupper	20 men 20 kvinner Frafall: 0	CRC pasienter er positive til kostholdsveiledni ng kort tid etter gjennomgått behandling. Mange av deltagerne hadde etterspurt informasjon selv, men ble forvirret av manglende kosensus og uklare resultater av dietter. Pasientene var også usikker på sammenhengen mellom kreft og kosthold, men var mottagelige for å endre livsstil for å	Alle deltagere ble gitt skriftlig informasjon om studiens hensikt. Studien ble etisk godkjent av University of Dundee ethics committee.	God

						bedre den helhetlige helsen og livskvaliteten.		
2	Avery, Kerry NL, Jenny Donovan, Jeremy Horwood, David E Neal, Freddie C Hamdy, Chris Parker, Julia Wade, Athene Lane. 2014. <i>BMC Family Practice.</i>	The importance of dietary change for men diagnosed with and at risk of prostate cancer: A multi-centre interview study with men, their partners and health professionals.	Kartlegge holdninger og erfaringer med motivasjon og barrierer for kostholdsendringer hos pasienter med eller i risikozonen for å få prostatakreft.	En kvalitativ studie basert på intervju i fokus grupper og enkelte dybdeintervju.	58 men Frafall: 0	Halvparten av mennene i oppgav å ha endret kostholdet sitt for å forbedre helsen til tross for usikkerhet for hvor vidt det egentlig hadde effekt på kreftdiagnosen. Interessen i kostholdsveiledning var høy. Kostholdsendringene ble sett på som positive av både pasientene og deres partnere med tanke på generell helse, psykisk velvære og fremtidige helseutsikter. Studien belyser et stort potensiale for helsepersonell	Etisk godkjent av Trent Multi-centre og The Royal Marsden. Skriftlig og muntlig informert samtykke.	God.

						til å forbedre kostholdsveiledningen som en integrert del av sykepleieprosessen.		
3	Beeken, R.J., K. Williams, J. Wardle, H. Croker. 2016. <i>European Journal of Cancer.</i>	«What about diet?» A qualitative study of cancer survivors' views on diet and cancer and their sources of information.	Å utforske kreftoverlevendes oppfatninger om kostholdskvalitet og kreft, deres handlingers kraft og deres kilder til informasjon.	Kvalitativ forskning gjennomført med semi-strukturerte intervju.	11 kvinner og 8 menn. Frafall: 0	Deltagerne rapporterte at de generelt sett ikke hadde fått noe veiledning innen kosthold fra helsepersonell og var interesserte i mer info, men var ofte usikre på info fra andre kilder. Veldig gjerne ønsket deltagerene klare retningslinjer for et sunt kosthold for å oppnå god helse og velvære.	Etisk vurdert og godkjent av University College London Research Ethics Committee.	God.
4	Heidari, Haydeh. Marjan Mardani-Hamooleh. 2015.	Cancer Patients' Informational Needs: Qualitative Content Analysis	Kartlegge iranske kreftpasienters behov for informasjon.	Kvalitativ studie med semi-strukturerte individuelle intervju.	14 Kvinner og 11 menn Frafall: 0	Hovedfunnene ble delt i to kategorier: Sykdomsrelatert info og livsstilsveiledning. I ønsket	Etisk godkjent av Ethics committee of Theran University of Medical Sciences. Alle	God

	<i>Journal of cancer education: the official journal of the American Association for Cancer Education.</i>					livsstilsveiledning kommer det frem at pasientene er usikre på på blant annet kosthold og ønsker informasjon om hva slags ernæring som er gunstig i deres situasjon og hvilke begrensninger de bør sette for seg selv.	deltagere signerte skriftlig samtykke.	
5	James-Martin, G., B. Koczwara, E. L. Smith & Miller. 2013. <i>Australia. European Journal of Cancer Care.</i>	Information need of cancer patients and survivors regarding diet, exercise and weight management: A qualitative study.	Kartlegge informasjonsbehovet til kreftpasienter angående kosthold, fysisk aktivitet og vekt styring.	Kvalitativ studie med fokus grupper.	15 deltagere Frafall: 0	Økt veiledning i kosthold, aktivitet og vekt styring var etterlengtet. Informasjonen må være kunnskapsbasert og gitt til pasienten av helsepersonell på et passende tidspunkt i behandlingsforløpet.	Alle deltagere gav skriftlig samtykke og studien ble godkjent av Souther Area Health Services research Ethics Committee	God.

6	<p>Kassianos. A.P. Coyle A. & Raats M.M. 2015.</p> <p><i>European Journal of Cancer Care.</i></p>	<p>Perceived influences on post-diagnostic dietary change among group of men with prostate cancer.</p>	<p>Kartlegge hvordan 8 menn som hadde gjennomgått kreft la om sitt kosthold i etterkant av sin behandling.</p>	<p>Kvalitativ studie med semi-strukturert telefonintervju</p>	<p>8 menn</p>	<p>Pasienter kan prøve å gjenvinne kontroll gjennom kosttilskudd for å hindre eller tilbakefall, men et finnes lite bevis for dette. Dette er en kilde til usikkerhet for pasient og helsepersonell. Studien peker på hvordan kostholdsveiledning kan hjelpe pasienten gjøre endringer for egen helse. Studien ser også på forholdet</p>	<p>Etisk vurdert ved universitetet der studien tok sted.</p>	<p>God</p>
---	---	--	--	---	---------------	--	--	------------

						mellom pasient og helsepersonell, og hvordan forholdet kan ha innvirkning på tilgjengelighet og troverdighet av kostholdsinformasjon.		
7	<p>Maley, Mary, Barbour S. Warren, Carol M. Devine. 2013.</p> <p><i>Journal of Nutrition Education and Behavior.</i></p>	A Second Chance: Meaning of Body Weight, Diet, and Physical Activity to women who have experienced cancer.	Å forstå betydningen av diet, fysisk aktivitet og kroppsvekt i sammenheng med kvinners opplevelse av kreft.	Kvalitativ studie gjennomført med grounded theory.	36 kvinner Frafall: 0	<p>Kosthold og kroppsvekt ble sett på som en kilde til sårbarhet av deltagerne. Det kom frem at mange hadde usikkerhet knyttet til diet og at dette økte stress og følelsen av manglende kontroll. Mange av deltagerne savnet mulighetene til å snakke med en ernærings ekspert</p>	Alle deltagere ble informert om studiens hensikt og gav skriftlig samtykke protocol godkjent av Cornell University Institutional Research Board	Svært god

						og ønsket å få mer informasjon fra de medisinske behandlings teamene sine.		
8	<p>Pullar, Jessie M, Alexandra Chisholm, Christopher Jackson. 2012.</p> <p><i>The New Zealand Medical Journal.</i></p>	Dietary information for colorectal cancer survivors: an unmet need.	<p>Å belyse sammenhengen mellom kosthold og colorektalkrefts tilbakefall. Identifisere kostholdsvaner og mønster av CRC-pasienter i den gitte regionen samt nivået av kostholdsveiledning de mottar og hvilken effekt det har.</p>	Tversnittstudie	40 deltagere Frafall: 0	<p>Ingen av deltagerne hadde fått kostholdsveiledning fra hverken lege eller sykepleier. 61% følte de fikk for lite informasjon. Overvektige pasienter var mindre tilbøyelig til å tro at kosthold kunne forbygge tilbakefall av kreft, men mer villig til å ta imot kostholdsveiledning enn</p>	Vurdert av Lower South Regional Ethics Committee. Alle pasientene signerte på å ha mottatt skriftlig informasjon og samtykket.	God

						normalvektige. 91% ønsket ytterlige kostholdsveiledning og 75% var villig til å gjøre kostholdsendringer relatert til veiledningen.		
9	Shaharudin, Soraya Hanie, Suhaina Sulaiman, Mohd Razif Shahril, Nor Aina Emran og Sharifah Noor Akmal. 2013. <i>Cancer Nursing.</i>	Dietary Changes Among Breast Cancer Patients in Malaysia.	Kartlegge endringer i kosthold 2 år i etterkant av diagnostisering av brystkreft.	Kohortstudie.	125 Deltagere Frafall: 9	72 deltagere anså kosthold for å være en medvirkende årsak til kreft og 67 deltagere la om sitt kosthold etter å ha fått diagnosen. Deltagerne innhentet informasjon fra lege, massemedia og familiemedlemmer.	Godkjent av local research and ethical committee.	God.

10	<p>Sutton, Eileen. Lucy E. Hackshaw-McGeagh. Jonathan Aning. Amit Bahl. Anthony Koupparis. Raj Persad. Richard M. Martin. J.Athene Lane. 2017.</p> <p><i>Cancer causes control.</i></p>	<p>The provision of dietary and physical activity advice for men diagnosed with prostate cancer: a qualitative study of the experience and views of health care professionals, patients and partners.</p>	<p>Undersøke holdninger og erfaringer av helsepersonell, pasienter med prostatakreft og deres partnere, relatert til tilgangen på kostholdsveiledning og livsstilsendringer etter diagnosesetting.</p>	<p>Kvalitativ studie med semi-strukturert dybdeintervju med helsepersonell, pasienter og pårørende.</p>	<p>16 pasienter. 0 i frafall.</p>	<p>Helsepersonells og pasientenes syn på kostholdsveiledning samsvarte ikke. Pasientene var i langt større grad positive og mottagelige for å motta veiledning enn det helsepersonell antok. Diagnosetidspunktet representerte en mulighet for en snuoperasjon og pasientene var klare for å gjøre endringer som fra et tidlig tidspunkt kunne gi følelse av empowerment og mestring i sin egen situasjon.</p>	<p>Vurdert som etisk godkjent av North West Lancaster NRES Committee. Informert samtykke ble innhentet fra alle deltagere og inkludert i studien.</p>	<p>God.</p>
----	---	---	--	---	-----------------------------------	--	---	-------------

11	<p>Wright, Stuart J. Debbie Gibson. Martin Eden. Simon Lal. Chris Todd. Andy Ness. Sorrel Burden. 2017.</p> <p><i>Journal of Cancer Survivorship</i></p>	<p>What are colorectal cancer survivors' preferences for dietary advice? A best-worst discrete choice experiment</p>	<p>Tydeliggjøre pasienters preferanser for forskjellige aspekter av kostholdsveiledning.</p>	<p>Tversnittstudie.</p>	<p>265 deltagere Frafall: 86</p>	<p>Deltagerne foretrakk veiledning over telefon eller ansikt-til-ansikt i sykehus gitt av spesialsykepleier. Gruppediskusjoner ble dårlig likt av samtlige deltagere.</p>	<p>Etisk godkjent av NRES Committee London – South East. Skriftlig informasjon ble delt ut til alle deltagere og utfyllelse av spørreskjema ble tolket som samtykket deltagelse.</p>	<p>Middels.</p>
----	--	--	--	-------------------------	--------------------------------------	---	--	-----------------

Vedlegg 4 - Eksempel på sjekkliste

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Hvordan bruke sjekklisten

Sjekklisten består av tre deler:

- Innledende vurdering
- Hva forteller resultatene?
- Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du spørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «uklart» eller «nei». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklisten

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister.

Se www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?

Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Beeken et al. (2016)

"What about diet?"

Denne sjekklisten er inspirert av «10 questions to help you make sense of qualitative research» fra CASP. Critical Appraisal Skills Programme (CASP). CASP Checklists. Oxford: CASP UK [oppdatert 2017; lest 23.11.2017]. Tilgjengelig fra: <http://www.casp-uk.net/checklists>



(A) Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert? JA UKLART NEI

Tips:

Hensikten var å kartlegge kreftoverlevendes oppfatninger om kostholdskvalitet og kreft, og hvilke påvirkning det har på deres adferd og kilder til informasjon. Andre studier viser at kosthold er knyttet til kreft og veldig mulig forebygging. Lite er kjent om kreftpasienters holdninger til dette. Kvantitativ forskning har vist at en stor andel kreftpasienter ønsker mer råd om kosthold og livsstil og mange føler at de ikke har fått tilstrekkelig veiledning om temaet. Problemstillingen er relevant for vår ~~hensikt~~ hensikt og artikkelen tar opp mange interessante aspekter av det vi ønsker å belyse.

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen? JA UKLART NEI

Tips: Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Målet med studien er å kartlegge oppfatninger som i aller høyeste grad er subjektive og derfor faller under kategorien kvalitativ.

Skal du fortsette vurderingen?

Tips:

Hvis du svarte NEI på et av spørsmålene over kan du kanskje like godt legge bort artikkelen og finne en annen.

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

JA UKLART NEI

Tips:

Ja

- Er utvalgsmetode, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet?

Metoden er godt beskrevet i eget avsnitt hvor fremgangsmåten for rekruttering av deltagere er gjort rede for og datainnsamlingen er beskrevet i detalj i eget avsnitt. Analysen er nøye dokumentert som tematisk analyse og alle punkter er lagt frem og begrunnet hvorfor studien ble utført slik som den ble. Vi anser dette som hensiktsmessig og godkjent siden studien følger alle kriterier vi har blitt lært å følge av høyskolen i Halden.

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

JA UKLART NEI

Tips: Når man bruker f.eks. *strategiske utvalg* er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

Ja

Ja

er
egrunnet

Ja

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, f.eks. hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

24 deltagere ble ^{kontaktet} ~~valgt~~ i studien og 2 ble ikke med grunnet bosted. 2 hadde tatt kontakt av feilaktig grunnlag. Og en svarte aldri på invitasjonen. 19 deltagere ble altså det endelige utvalget. 11 kvinner og 8 menn. De var mellom 24-77 år. Det som ble utvalgt var alle som tok kontakt og passet til utvalget de ønsket å kartlegge. Rekrutteringen ble strengt når forskerne var fornøyde med utvalget sitt. Karakteristika er beskrevet med utsene, sivilstatus, utdanning osv. Vi kan ikke se å finne noe som bekrefter eller avkrefter hvorvidt det ble benyttet strategisk utvalg. Her har vi kanskje for lite erfaring med å lese/forstå slike studier.

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

JA

UKLART

NEI

Tips: Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- ikke
skilte
32
- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- 32
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? F.eks. intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse.
- 32
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)?
 - Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
 - Går det klart frem hvilken form dataene har (f.eks. lydopptak, video, notater)?
 - Har forskerne diskutert metning av data?
- 32

I datainnsamlingen ble det brukt en sozio-demografiske spørre undersøkelse for å sikre et representativ utvalg av deltagere for denne studien. I tillegg ble de spurt om hvilke type kreft de hadde diagnose på og når de fikk den. Semi-strukturerte ble foretatt av tre tre kvinnelige forskere i mellom mars og juli 2013. Intervjuene varte i ca. 1 time og ble tatt opp og ~~ble~~ transkribert overlest. Det ble fulgt en topic guid i alle intervjuene. Intervjuene ble lært opp til å tilføye mest mulig verbalt og kun snakke der det ble naturlig og nødvendig. Forfatteren tar flere ganger opp metningen i avsnittet om deltagere og rekruttering.

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

JA

UKLART

NEI

Tips:

- uklar
32
- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
 - utforming av problemstilling
 - datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
 - analyse og hvilke funn som presenteres
 - På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?
- 32

Det blir tatt opp en god del bakgrunnsinformasjon som begynnelsen for valg av tema. Det tas opp og belyses flere bias og svakheter i siste avsnittet av diskusjonen bland annet reflekterer forskeren over sin egen rolle og hvorvidt de kan ha påvirket resultatene.

Forskerne endret rekrutteringsstrategien sin underveis da de så at det først ble et for ensidig utvalg og forsøkte derfor aktivt å balansere det ut med tiltak.

7. Er etiske forhold vurdert?

JA

UKLART

NEI

Tips:

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan f.eks. være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

Deltagerene kunne velge selv hvordan de ønsket å delta. Alle fikk muntlig informasjon med mulighet for å stille spørsmål. Alle deltagerne fikk et nettk med skriftlig info og et samtykkeskjema pss at de svarte på noen kartleggende spørsmål for å sikre et godt utvalg.

Etisk godkjenning ble gitt av University College London Research Ethics Committee
referanse: 0793/004

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

JA

UKLART

NEI

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- 32 • Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt (f.eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.)?
- 32 • Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført (f.eks. de ulike trinnene i analysen)?
- 32 • Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- 32 • Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene?
- uten • I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Ja, dette har vi allerede sett i spm. 3. Fenomenologisk analyse er blitt brukt og dette er allerede godt forklart. Alle trinnene av prosessen blir forklart og lagt frem i eget svarsett. Vi ser en klar sammenheng mellom innsamlet data og kategoriene forskerne presenterer. Vi mener det er tilstrekkelig data som underbygger funnene. Vi kan ikke spotte motstridende i analysen.

Basert på svarene dine på punkt 1 - 8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

JA

UKLART

NEI

(B) Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

 JA UKLART NEI

Tips: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Ja Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Ja Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- usikker Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (f.eks. triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Ja Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

Det er blitt brukt codine og forskjellige forskere har sett på resultatene uavhengig av hverandre. Det brukes godt med relevante kilder i diskusjon og det argumenteres godt. Noe usikker på nummer 3. Ellers er det mest gjort godt rede for og svarer tilfredstillende på problemstillingen

(C) Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Tips: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Ja Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de f.eks. funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Ja Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Nei Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

Funnene fra denne studien er nyttige og bekrefter det vi har noen ganger følt på i praksis. Studien avdekker så absolutt et behov for mer og nyere forskning. Vi kan ikke se at det er diskutert noe overførbarehet eller andre måter forskningen kan brukes på

Vedlegg 5 - Presentasjon av hovedfunn i artikler

Anderson et al. (2012)	Avery et al. (2014)	Beeken et al. (2016)	Heidari et al. (2015)	James-Martin et al. (2013)
Motivasjon for endring	Ønske om mer veiledning	Usikkerhet	Sekundære kilder til informasjon	Ønske om mer veiledning
Kroppsvekt	Sekundær kilde til informasjon	Viktighet for langtidshelse	Ønske om mer veiledning	Kroppsvekt
Usikkerhet	Kroppsvekt	Motivasjon for endring		Sekundær kilde til informasjon
Ønske om mer veiledning	Motivasjon for endring	Vendepunkt		Motivasjon for endring
Motstridende informasjon	Vendepunkt	Kroppsvekt		
Velvære	Usikkerhet	Sekundær kilde til informasjon		
Kassianos et al. (2015)	Maley et al. (2013)	Pullar et al. (2012)	Shaharudin et al. (2013)	Sutton et al. (2017)
Motivasjon for endring	Kroppsvekt	Kroppsvekt	Usikkerhet	Ønske om mer veiledning
Velvære	Velvære	Motivasjon for endring	Motivasjon for endring	Selv søkt opp informasjon
Kroppsvekt	Motivasjon for endring	Ønske om mer veiledning		Kroppsvekt
Ønske om mer veiledning	Usikkerhet			Motivasjon for endring
Sekundær kilde til informasjon	Ønske om mer veiledning			Vendepunkt
Usikkerhet				Usikkerhet