

# **”Trøttheten er til å leve med”**

**Menns opplevelse av trøtthet i forbindelse med egen kreftsykdom.**

**Inger Karin Reknes Brenne**



**Masteroppgave ved Avdeling for helsefag**

**HØGSKOLEN I BUSKERUD**

Juni 2008





## HØGSKOLEN I BUSKERUD

Avdeling for helsefag

Konggt. 51

3019 Drammen

<b>Navn:</b> <b>Inger Karin R. Brenne</b>	<b>Dato:</b> <b>April 2008</b>
<b>Tittel og undertittel:</b>  <b>”Trøttheten er til å leve med” – Menns opplevelse av trøtthet i forbindelse med egen kreftsykdom.</b>	
<u>Sammendrag:</u>  <u>Bakgrunn:</u> Trøtthet hos kreftpasienter betraktes som et hyppig og plagsomt symptom. Forskning viser at dette er et stadig økende problem hos kreftpasienter. Å leve med kreftsykdom og trøtthet antas å være krevende. For å forstå mer av dette og hvilke opplevelse og erfaring de som kjenner dette på egen kropp og i egen liv har, er denne studien gjennomført. Menn med prostatakraft ble valgt. Dette er en stor gruppe kreftpasienter i Norge, og er den kreftformen som er hyppigst blant menn.  <u>Hensikt:</u> Studiens hensikt er å undersøke menns opplevelse og erfaring med trøtthet og kreftsykdom i deres liv og hverdag.  <u>Design:</u> Studien har en kvalitativ tilnærming med semistrukturerte intervjuer. Utvalget består av sju menn i alderen 64 – 76 år. Mennene bodde i eget hjem på rekrutteringstidspunktet, hadde hatt kreft i 5 – 7 år og hadde oppgitt trøtthet som et plagsomt symptom. Analysen har en fenomenologisk ansats og er gjennomført ut fra Malteruds firetrinnsanalyse.  <u>Resultater:</u> Resultatene viser at menn med prostatakraft opplever og kjenner trøtthet. Trøttheten har innvirkning på deres daglige liv ved at de må sove og hvile mer, de må innrette sine daglige gjøremål på andre måter enn før og de har ikke overskudd til like mye fysisk aktivitet som tidligere. Det kommer frem en bekymring for kreftsykdommen i seg selv, noe som også medfører en økt trøtthet. Trøttheten er ikke utmattende, men beskrives som en plage de lever forholdsvis godt med. Trøttheten er en stadig påminnelse om en sårbarhet et liv med kreft fører med seg for flere av dem.  <u>Antall ord:</u> 26 092	
<b>Nøkkelord:</b>  Prostatakraft, fatigue, trøtthet, fenomenologi, kjønn.	



## HØGSKOLEN I BUSKERUD

Avdeling for helsefag

Konggt. 51

3019 Drammen

<b>Name:</b> <b>Inger Karin R. Brenne</b>	<b>Date:</b> <b>April 2008</b>
<b>Title and subtitle:</b> "The tiredness is liveable" – men's experience of tiredness in relation to own cancer disease.	
<u>Abstract:</u>  <u>Background:</u> Tiredness is considered a frequent and bothersome symptom experienced by cancer patients. Research shows this to be an increasing problem in cancer patients. To live with cancer disease and tiredness is suggested to be demanding. This study was conducted in order to understand more of the experiences and knowledge gained by those who feel these phenomenons on their body and in their lives. Men with prostate cancer were chosen. This group of cancer patients is large in Norway, and it is the most frequent cancer type among men.  <u>Aim:</u> The aim of the study is to explore men's experiences and knowledge of tiredness and cancer disease in their everyday life.  <u>Design:</u> The study has a qualitative approach with semi-structured interviews. The sample consists of seven men in the age range 64 – 76 years old. The men lived in their home at time of recruitment, they have had cancer for 5-7 years and had declared tiredness to be a bothersome symptom. The analysis has a phenomenological approach and is accomplished through Malteruds four steps analysis.  <u>Results:</u> The results show that men with prostate cancer experience and know tiredness. The tiredness has an impact on their daily life as they have to sleep and rest more, they have to organise the daily activities in other ways and they do not have the same energy for physical activity as before. Also, a concern for the actual cancer disease is revealed, which also increases the tiredness. The tiredness is not described as exhausting, but more as a problem they live relatively well with. The tiredness is a constant reminder of the vulnerability which follows a life with cancer.  <u>Words:</u> 26 092	
<b>Key words:</b>  Prostate cancer, fatigue, tiredness, fenomenology, gender, sexual difference.	

## FORORD

Jeg har fått anledning til å intervjuere menn med prostatakreft. Dette er godt voksne menn som har hatt sin kreftsykdom noen år og som har kjent på trøtthet som et plagsomt symptom. Likevel har utfordringen vært å få frem hva mennene faktisk forteller om sin trøtthet og hvordan gi dette en språklig form. Tvilen på om jeg kunne make dette på en god måte som yter rettferdighet for deres opplevelse og erfaringer har vært til tider sterk.

En stor takk til informantene som har gitt av sin tid, sin historie, sin opplevelse og erfaring.

En stor takk til Ellen Karin Grov og Grethe Eilertsen som har vært gode inspiratorer og veiledere på samlingene vi har hatt i forbindelse med masterstudiet.

Med Linda Bakken som veileder har jeg fått tilbakemeldinger som har hjulpet meg videre i prosessen. En stor takk til henne for hennes analytiske evne og tilbakemeldinger, det har gitt inspirasjon og har vært betryggende.

Takk til arbeidsgiver som har gitt meg mulighet for å bruke noe av arbeidsdagen til jobbing med oppgaven. Takk til gode kolleger som har gitt oppmuntring med på veien.

Familien min har vært forståelsesfull og gitt meg små ”heiarop” underveis etter hvert som jeg har hatt behov for det.

Inger Karin R. Brenne  
Levanger 6.juni 2008



## Innholdsfortegnelse

Kapittel 1.0 INNLEDNING .....	1
1.1 Bakgrunn .....	1
1.2 Begrepsavklaring og avgrensning .....	3
Kapittel 2.0 PROSTATAKREFT .....	5
2.1 Forekomst.....	5
2.2 Diagnostikk .....	6
2.3 Behandling .....	7
Kapittel 3.0 FATIGUE .....	9
3.1 Fatigue hos kreftpasienter .....	10
3.2 Helsepersonell og pasienters oppfatning av fatigue .....	12
3.3 Mulige faktorer for betydning av fatigue .....	13
3.4 Diagnostisering av fatigue.....	14
3.5 Forsøk på intervensjon .....	15
3.6 Definisjon av fatigue .....	16
3.7 Trøtthet – menns og kvinners oppfatning om dette.....	17
Kapittel 4.0 ANTONOVSKY'S MESTRINGSTEORI .....	21
Kapittel 5.0 DESIGN .....	24
5.1 Fenomenologisk utgangspunkt.....	25
5.2 Metode.....	28
5.2.1 Kvalitativ forskning og intervju .....	28
5.2.2 Utvalg og utvalgsprosedyre.....	29
5.2.3 Planlegging og gjennomføring av intervju.....	30
5.2.4 Forskerrollen .....	32
5.2.5 Ethiske overveielser .....	33
5.2.6 Kritisk vurdering av studiet.....	35
5.3 Analyse.....	37
5.3.1 Analyse– en redegjørelse av de fire trinnene av Malterud.....	37
5.3.2 Analyse av materialet .....	41
Kapittel 6.0 PRESENTASJON AV RESULTAT .....	46
6.1 En kropp som er trøtt og sliten. ....	46
6.2 Økt behov for søvn og hvile. ....	49
6.3 Fysisk aktivitet er av stor betydning for menn. ....	50
6.4 Kreftsykdom skaper uro og bekymring.....	52
Kapittel 7.0 DISKUSJON .....	56
7.1 Mennenes beskrivelse og opplevelse av trøttheten .....	56
7.1.1 Endret søvnbehov .....	61
7.1.2 Endret fysisk aktivitet.....	63
7.2 Å leve med kreftsykdom og trøtthet.....	66
Kapittel 8.0 AVSLUTNING .....	72
Litteraturliste .....	74

## Kapittel 1.0 INNLEDNING

### *1.1 Bakgrunn*

Som kreftsykepleier på kreftpoliklinikk møter jeg pasienter som beskriver at de er trøtte og slitne. For at pasienter og pårørende skal oppleve å bli møtt og om mulig forstått på sine ulike behov, er kreftsykepleiers kunnskap og ferdigheter innen ulike områder viktig.

Temaet trøtthet er et relativt nytt problemområde i klinikken som det har vært lite fokus på, men som stadig krever oppmerksomhet ut fra at pasientene formidler opplevelse av dette. Å være i kontakt med problematikken i daglige møter med pasienter og pårørende uten å ha den nødvendige kunnskap om fenomenet, er lite tilfredsstillende. Mitt behov er mer kunnskap om fenomenet.

Ved litteraturgjennomgang går det frem at det er gjort ulike undersøkelser og studier på trøtthet, som omtales som fatigue i fagspråket, de siste 10 - 15 åra. Men det er fortsatt mange ubesvarte spørsmål. At svært mange pasienter med kreftsykdom opplever trøtthet i forbindelse med sykdommen sin, er et faktum (Kaasa, Loge, 1998; Magnusson, Ekman, Berthold, Møller, Wallgren, 1998; Portenoy, Itri, 1999; Furst, 2003). Hvordan trøttheten arter seg og oppleves for de som rammes, finnes det studier som gir noen svar på (Glaus, 1996; Aronowitz, 2001; Berger, 2003; Hjøllund, Hansen, Jørgensen, 2004; Hjermsatd, 2007). Temaet engasjerer.

Mitt behov for mer kunnskap ligger i dette å få mer innsikt i hvordan pasientene opplever trøttheten. Hvordan de har det i hverdagslivet når de kjenner seg trøtte og slitne.

I 2003 ble det gjennomført spørreskjemaundersøkelse, på et norsk lokalsykehus, der hensikten var å kartlegge hvordan kreftpasienter opplevde tjenestetilbudet og hva som var deres problemer i forbindelse med kreftsykdom (Brenne, 2006). Blant annet ble de spurt om hva som var plagsomme bivirkninger i forbindelse med sykdommen og behandlingen. Informantene krysset



for plagsomme bivirkninger som var oppgitt i skjemaet som; smerter, kvalme, trøtthet, depresjon, søvnvansker, diare, obstipasjon og annet. Det ble ikke undersøkt grad av de ulike bivirkningene, de som krysset for f.eks. trøtthet, krysset bare for om trøtthet hadde vært eller var et plagsomt symptom. Undersøkelsen viste at trøtthet var et symptom som ble registrert på tredje plass etter smerte og kvalme for både kvinner og menn (Brenne, 2006). På tross av mine tidligere opplevelse av pasienter som signaliserte trøtthet som en plage i forbindelse med kreftsykdom og behandling, ble jeg likevel overrasket av at dette var så utbredt.

Ut fra behov for kunnskap og med resultater fra undersøkelsen som utgangspunkt, ble prosjektplan for en kvalitativ undersøkelse utarbeidet. Det spennende og interessante var nå å få kunnskap om temaet ut fra hva disse pasientene har erfaringer med. Gjennomgang av litteratur om temaet viste at trøtthet hos menn med kreftsykdom var lite berørt. Menn med prostatakreft ble dermed valgt. Prostatakreft er den hyppigste kreftsykdom hos menn her i Norge og > 16000 lever med sykdommen til enhver tid (Klepp, 2006).

### **Problemstilling: ”Menns opplevelse av tretthet i forbindelse med egen kreftsykdom.”**

Områder jeg ønsker å vite mer om:

- Hvordan denne trettheten oppleves for disse mennene?
- Hvordan trettheten har innvirkning på livet/hverdagen deres?
- Om trettheten oppleves som negativ eller ikke?
- Om de ønsker noen form for støtte fra helsepersonell?

Forskningsspørsmål ble utarbeidet med bakgrunn i problemstilling og fenomenologi:

- Hvordan beskriver menn sin opplevelse av trøtthet?
- Hvilke innvirkning har trøttheten på hverdagslivet deres?

Med bakgrunn i dette ble guide for intervju satt opp der opplevelse og erfaringer om fenomenet trøtthet er fokus (vedlegg 1).

Å ta fatt på denne studien av menns opplevelse av trøtthet i forbindelse med kreftsykdom er både spennende og utfordrende. Som kvinne og kreftsykepleier har jeg mitt ståsted som er svært ulikt informantenes, noe som kan være både en fordel og en hindring for å søke kunnskap om dette. Evner jeg å være åpen nok for å forstå deres anliggende? Vil de oppleve å kunne fortelle fritt til meg som kvinne?

Hvordan menn opplever og tenker om trøtthet i forbindelse med kreftsykdom vil bli interessant å ta fatt på. Det finnes få studier som eksplisitt har studert og beskrevet menn som rammes av trøtthet og kreftsykdom, og hvordan de erfarer og opplever dette. Denne studien vil derfor være ekstra viktig og utfordrende. Jeg har mine tanker om dette ut fra mitt perspektiv og det vil være interessant å se om det er slik jeg tror eller om det kommer frem helt nye momenter som kan gi viktig kunnskap. Vil kjønnsperspektivet være av stor betydning? Hva opplever og erfarer menn? Hvordan formidler menn dette? Jeg tror opplevelsen av trøtthet for menn og kvinner kan ha mange likheter, men at ulikheter kan forekomme. Viser studien at menn beskriver andre opplevelser i forhold til trøtthet enn det vi har trodd og hatt formening om, vil det gi viktig kunnskap. Deres behov for støtte fra helsepersonell kan det være lettere å legge til rette for, om vi har mer kunnskap og forståelse for deres opplevelser og erfaringer. Å få frem deres beskrivelser vil være nyttig.

Undersøkelsen tar ikke sikte på å sammenligne dette for menn og kvinner, men tar sikte på å forsøke å beskrive menns opplevelse og behov.

## ***1.2 Begrepsavklaring og avgrensning***

### Trøtthet og fatigue

Både begrepet trøtthet og fatigue brukes i studien. Trøtthet brukes mest og er et norsk ord som informantene har en bedre forståelse av, og selv om det ikke er dekkende for problematikken er

det likevel valgt brukt. Fatigue er engelske og det begrepet som brukes i den medisinske terminologien. Informantene vil ikke umiddelbart forstå betydningen av fatigue uten at det blir forklart, og det vil dermed være unaturlige å bruke begrepet overfor dem. Fatigue har ingen god norsk oversettelse, men beskrives gjerne med trøtthet / utmattelse. Jeg bruker begrepet fatigue i kapitlet som omhandler den medisinske beskrivelsen og forståelsen, samt i diskusjonsdelen.

### Begrensninger og valg

Studien inneholder intervju med sju mannlige informanter. Fokuset er å finne kunnskap om fenomenet trøtthet / fatigue. Det er mennenes opplevelse, erfaring og deres beskrivelse av fenomenet som søkes studert, for om mulig å få en større innsikt og forståelse av dette.

Jeg har valgt å beskrive deler av Antonovsky's mestringsteori (1987) i eget kapittel da teorien er viktig for å forstå informantenes beskrivelser og erfaringer, samt for helsepersonell sin rolle og muligheter. Teorien er omfattende og jeg velger å ta med bare deler som er aktuell for dette studiet.

### Litteratursøk

Ord som er brukt i søking av litteratur er: prostate cancer, fatigue, trøtthet, helse, fenomenology, gender, sexual difference, neoplasms. Avgrensninger er gjort ved å kombinere søkeordene.

Eksempelvis: Prostate cancer og fatigue, fatigue og gender, fatigue og sexual differens, neoplasms og fatigue, neoplasms og gender. Ved å kombinere de ulike avgrensningene fikk jeg frem et håndterlig antall aktuelle artikler for å finne kunnskap om temaet. Forskning og litteratur på generell trøtthet i normalbefolkningen var vanskelig å finne. Ved å kombinere trøtthet og helse fikk jeg frem aktuell litteratur.

Søkene er gjort hovedsakelig på Medline, SveMed, Cochrane og Helsebiblioteket. Dette er databaser som inneholder forskning om medisinske emner, både biomedisinske emner, sykepleiefaglige emner, evidensbaserte studier og nordiske artikler og tidsskrifter.

## Kapittel 2.0 PROSTATAKREFT

### 2.1 Forekomst

Prostatakreft er den hyppigst forekommende kreftform hos norske menn. Det diagnostiseres ca. 2000 nye tilfeller årlig i Norge. Mer enn 16000 nordmenn lever med påvist prostatakreft. Nye tilfeller er stadig økende i alle aldersgrupper, men over halvparten er over 74 år. Høyere levealder og stadig tidligere diagnostisering er noe av årsaken til det økende antallet. Små områder med latent kreftvev i prostata påvises hos ca.10% av 50-åringer, ca. 30% av 60 åringer og ca.70% av menn over 80 år. Ved de tilfeller der prostatakreft debuterer før 60 – 65 år har anslagsvis 10% bakgrunn i arvelig disposisjon. Mutasjon i brystkreftgenet BRCA1 gir noe øket risiko for utvikling av prostatakreft. Men foreløpig er det ingen gode genetiske markører for arvelig disposisjon for prostatakreft, men kunnskap om dette kan endres i fremtiden. Internasjonalt ligger Norge på toppen når det gjelder forekomst og dødelighet av prostatakreft (Klepp, 2006). Langvarig androgen stimulering regnes som en forutsetning for utvikling av prostatakreft. Høyt inntak av animalsk fett og/eller proteiner i kosten er assosiert med øket forekomst, mens phytoøstrogener i vegetarisk dominert kosthold kan bidra til redusert risiko. Menn som står på langvarig androgen substitusjonsbehandling og menn som misbruker anabole steroider kan ha teoretisk risiko for aktivering av latent prostatakreft (Klepp, 2006).

Jeg har valgt å videre gi en kort beskrivelse på hvordan prostatakreft diagnostiseres og behandles for å få frem dilemmaer som kan forekomme ut fra at dette er komplisert og ofte ikke har klare svar, spesielt med tanke på hvilken behandling som skal gis. Selv om dette ikke har direkte betydning for problemstillingen, har det betydning for hvordan leve med denne type kreft og behandling, og hvordan informasjon og samhandling mellom helsepersonell og pasient kan bli berørt av dette.

## **2.2 Diagnostikk**

Prostata spesifikt antigen (PSA) er et glycoprotein som påvises i serum ved blodprøve. Måling av dette serumprotein (PSA) har nærmest revolusjonert diagnostiseringen av prostatakraft. Det anvendes både i relasjon til terapivalg, prognostisering og for å følge utviklingen av sykdommen og respons på behandling. Ved lett forhøyet PSA-verdier  $<10$  mikrogram/l er benign prostatahypertrofi vanligere enn prostatakraft. Ved PSA verdier på 10-30 er det oftest tegn på prostatakraft eller prostatitt. Ved PSA verdier på  $>30$  er prostatakraft mest sannsynlig. Det foreligger nesten alltid spredning fra prostatakraft ved PSA  $>100$ . Prostatakraft kan inndeles i stadier i følge Wæhre (2007).

1. Stadiet en regnes som tilfeldig oppdaget prostatakraft, der tumor finnes i prostatakjertelen men den er så liten at den ikke kan kjennes ved å palperes rectalt. Den gir ingen symptomer og oppdages ved at PSA-verdien er lett forhøyet.
2. Ved stadiet to kan kreften lokaliseres ved at tumor palperes rectalt, men den gir ikke symptomer.
3. Lokalavansert kreft der tumor har vokst utenom prostatakjertelen og lett kan palperes rectalt, regnes som stadiet tre. Situasjonene gir oftest vannlatningsproblemer.
4. Kreftsykdom med spredning, der det er spredning til andre deler i kroppen og da helst til skjelettet sees ved stadiet fire. Dette gir ofte smerter, slapphet, vannlatningsproblemer og vekttap (Wæhre, 2007).

Det har medført dilemmaer at PSA-verdien så lett kan påvises ved en blodprøve, da det fortsatt er noe uklart hvorvidt påvisning og behandling av tidlige stadier medfører at leveutsikter og livskvalitet blir bedret for disse pasientene. Bivirkninger av behandling kan ofte medføre forringet livskvalitet. Om det da er riktig å måle PSA-verdien uten symptomer hos pasienten, blir et spørsmål for debatt, noe som ikke skal tas opp her. Anbefalingene i Norge er at målinger av PSA hos symptomfrie menn ikke skal gjøres med unntak for middelaldrende menn med anamnetiske indisier for familiær disposisjon for prostatakraft (to eller flere nære slektninger hvorav minst to er diagnostisert før 70 år) (Klepp, 2006; Kreftregisteret).

Olbjørn Klepp (2006) hevder at undersøkelse av PSA-verdi ikke bør forekomme uten at dette er nøye vurdert med tanke på hensikt, følgene av en patologisk verdi og ved informasjon til pasienten om konsekvenser og terapeutiske dilemmaer en forhøyet verdi vil innebære (Klepp, 2006).

Rektal palpasjon av prostata med suspekter funn og/eller forhøyet PSA-verdi indikerer diagnosen, og det blir videre gjort histologisk eller cytologisk prøve fra prostata som bekrefter diagnosen. Faglitteratur på område sier at det trengs henvisning til spesialisthelsetjenesten og urolog bare hvis det har betydning for behandlingsopplegget. Funn som blir registrert ved diagnostisering vil gi retning for om det skal gjøres videre undersøkelser som skjelettscintigrafi, CT abdomen/bekken eller urografi. Dette vil vanligvis rekvireres og koordineres av urolog eller onkolog (Klepp, 2006).

## **2.3 Behandling**

Valg av behandling varierer mellom forskjellige land, sentra og spesialister. Årsak er at mange aspekter ved behandling av prostatakraft er kontroversielle. Randomiserte, kliniske studier kan ikke vise til at radikal lokalbehandling ved tidlige stadier gir klinisk signifikant forlenget overlevelse eller gir bedret livskvalitet. Problemet med prostatakraft er at de såkalt ”snilleste” krefttilfellene er de som gir best resultat ved lokalbehandling (Klepp, 2006). ”Skeptikere stiller spørsmål om kurasjon er mulig hos de som trenger behandling, og om behandling er nødvendig hos de som kan kureres.” (Klepp, 2006, s.231)

Det viser seg at mange eldre menn med prostatakraft lever uten plagsomme symptomer og dør av annen årsak enn prostatkraft. I slike tilfeller vil det være tilrådelig å innta en mer ”vente-og-se-holdning” (Klepp, 2006).

I USA og Canada hvor de har vært mer aktive i forhold til diagnostisering og tidlig behandling av prostatakraft med radikal prostataektomi, foreligger studier som viser signifikant lengre symptomfri overlevelse, men ingen signifikant bedret totaloverlevelse. Ut fra dette vil det være

viktig å vurdere potensiell kurativ lokalbehandling hos de som har forventet levetid på 10 år eller mer og som ikke har spredning eller annen sykdom av betydning for et godt resultat. Det vil også være viktig å gjøre slik behandling innenfor nøye kontrollerte studier og helst randomiserte studier. Dette med tanke på å tilegne kunnskap som kan gi bedre evidensbasert behandlingstilbud for denne pasientgruppen (Klepp, 2006).

De ulike behandlingstilbudene som kan gis er altså radikal prostatectomi som er et relativt stort kirurgisk inngrep og som krever at kirurgen har betydelig erfaring for at resultatet skal bli forsvarlig. Lokal strålebehandling kan gis med eksterne strålefelt eller ved implantasjon. Dette er også krevende behandling der nøyaktighet er viktig for å unngå unødig stråleskade i bekkenområde. Hormonbehandling med den hensikt å senke androgennivået i blodet, kan gi god terapeutisk effekt. "Vente-og-se" behandling der diagnosen er kjent og en velger å følge opp pasienten for så å sette i gang behandling i forhold til symptomer eller med kurativt mål på et optimalt tidspunkt. Cytostatikabehandling kan også ha god effekt hos noen og blir brukt stadig mer (Klepp, 2006; Wæhre 2007).

Prostatakreft vil ofte kunne gi spredning til skjellettet og mange får smerter i forbindelse med dette. Dette er krevende behandling og vil i mange tilfelle kreve behandling fra personell som har spesielle kvalifikasjoner på området (Klepp, 2006).

Det som er viktigst å si i forhold til forekomst, diagnostikk og behandling vedrørende prostatakreft, er at dette ikke er en entydig sykdom der behandlingen er tydelig og enkel. I dette bildet vil det være viktig med samtale og informasjon, der pasienten kan oppnå forståelse for hvilken behandling som skal gis og hvorfor (Klepp, 2006).

## Kapittel 3.0 FATIGUE

Innen det medisinske fagspråket omtales problematikken omkring trøtthet og slitenhet hos pasienter med begrepet fatigue. Fatigue er et engelsk begrep og ett godt ord på norsk er vanskelig å finne. Betegnelsen som ofte brukes på norsk er trøtthet/utmattelse. På engelsk har ordet en mer utvidet betydning; trøtthet, kraftløshet, utmattet, svakhet både fysisk, psykisk og emosjonelt. Fenomenet er sammensatt og aspekter som er foreslått for en felles forståelse er nedsatt energi, kognitive forstyrrelse, søvnmangel, depresjon og muskeltrøtthet (Wessly, Chalder, Hirsch, Wallace, Wright, 1996; Magnusson et al, 1997; Wyller, Bjørneklett, Brubakk, Festvåg, Folestad, Larun, Malt, Malterud, Nilsen, Nyland, Rambøl, Stubhaug, 2007).

Fatigue opptrer som en tilstand og et symptom innen mange medisinske og psykiske sykdommer, eksempelvis ved hjertesykdom, lungesykdom, infeksjoner, MS, kreft, depresjoner, leversykdom og ved smerter (Furst, 2003; Lerdal, 2005). Fatigue er assosiert med alle typer kreft og alle typer kreftbehandling, både cellegift, strålebehandling, kirurgi og hormonbehandling (Wessly et al, 1996; Berger, 1998; Redeker, Ruggiero, 2000; Mock, Atkinson, Barsevick, Cimprich, Donnelly, Eisenberger, Escalante, Jacobsen, Kaldor, Knight, Peterman, Piper, Rugo, Sabbatini, Stahl, 2000; Stone, Richards, A'Hern, Hardy, 2001; Engel, 2002; Hjøllund et al, 2004; Jacobsen, 2004; Maliski, Kwan, Orecklin, Saigal, Litwin, 2005; Danjoux, Gardner, Fitch, 2007). Fatigue forekommer også i normalbefolkningen hos de som regnes for friske, med en forekomst på 10 % - 20 % (Groven, 2000). I Norge rapporteres det til 30 % høyere forekomst av fatigue hos de med dårligst helse, og ved ulike somatiske og psykiske sykdommer (Magnusson et al, 1997). Det er viktig å være oppmerksom på at fatigue ikke bare relateres til kreftsyke, men også til andre sykdommer og til såkalt friske personer der det ikke kan vises til noen diagnose (Groven, 2000).

Høsten 2004 fikk Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester i oppdrag å foreta en oppsummering av det vitenskapelige grunnlaget for diagnostikk og behandling av kronisk utmattelsessyndrom. Det beskrives en tilstand som domineres av en uttalt energisvikt. Den kroppslige opplevelsen avviker fra dagliglivets trøtthet både i type og omfang, den er



uforutsigbar, står ikke i noe rimelig forhold til anstrengelsene som utløser den, og bedres ikke uten videre av hvile (Wyller et al, 2007).

I litteraturen skilles det mellom akutt fatigue og kronisk fatigue. Klassifiseringen baserer seg på intensitet og varighet, og hvordan pasientene greier å innhente seg. Intensiteten kan innebære at pasienten kan kjenne en trøtthet som går over til en tilstand av kraftløshet, for så å bli fullstendig utmattet. Tilstanden kan også gå over til en ekstrem tilstand der pasienten våkner utmattet etter å ha sovet. Varigheten av trøtthet/utmattelse kreves for at akutt fatigue skal regnes som kronisk fatigue. Her er ulike forskere uenig, noen mener en måned og andre anser at et halvt år med fatigueplager må til for at det kan regnes som en kronisk tilstand (Hjermstad, 2007). Hos noen er trøttheten så kraftig og vedvarende at en snakker om utmattelse eller energisvikt. Symptomet kan også forekomme uten at det kan påvises underliggende sykdom. I slike tilfeller bør man vurdere om pasienten lider av kronisk utmattelsessyndrom, kronisk fatigue (Groven, 2000). Andre definerer akutt fatigue som en normal reaksjon på eksterne stimuli som for eksempel behandling i forbindelse med kreftsykdom, en lang anstrengende opplevelse eller forkjølelse. Kronisk fatigue relateres til store, økende og vedvarer plager over lengre tid (Groven, 2000).

### ***3.1 Fatigue hos kreftpasienter***

Fatigue hos kreftpasienter anses som det mest frekvente rapporterte symptom (Hjermstad, 2007). Trøtthet som opptrer i forbindelse med kreftsykdom beskrives å ha en annen karakter enn den normale trøttheten, den er mer utmattende og blir ikke borte etter hvile og søvn. Mange beskriver dette som det symptomet som gir størst besvær (Aalberg, 2004).

For kreftpasienter med avansert kreftsykdom er det mer enn 70 % som oppgir fatigue som et svært plagsomt symptom (Magnusson et al, 1998). Dette er et stort antall og medfører en utfordring for helsepersonell i forhold til å fange opp disse problemene, samt ha kunnskap for å håndtere dette til det beste for pasientene.

Det hevdes at alle kreftpasienter vil oppleve grader av fatigue gjennom sykdomsforløpet, om i varierende grad, både med tanke på intensitet og varighet (Magnusson et al, 1998).

At mange kreftpasienter rammes av fatigue er kjent, men hvorfor noen rammes og andre ikke, er uklart. En antagelse er at de som får flere behandlingsformer samtidig er mer utsatt (Morrow, Shelke, Roscoe, Hickok, Mustian, 2005).

Pasienter relaterer ofte fatigue til behandling, til forekomst av andre symptomer, til grad av aktivitet og/eller psykologiske faktorer (Magnusson et al, 1998).

Pasienter som får adjuvant cellegiftbehandling, strålebehandling eller hormonbehandling oppgir alle fatigue i varierende grad (Vordermark, Schwab, Fletje, Sailer, Kølbl, 2002; Berger, 2003; Maliski, 2005; Truong, Berthelet, Lee, Petersen, Lim, Gaul, Pai, Blood, Ludgate, 2006). I forbindelse med stråleterapi er fatigue den bivirkningen som oftest forekommer. Fatigue viser seg gjerne i løpet av første behandlingsuke og kan vare inntil fire uker etter avsluttet behandling, men kan forekomme opptil flere måneder etter avsluttet behandling (Stone et al, 2001; Vordermark et al, 2002; Truong et al, 2006).

I forhold til behandling med cellegift, kan type cellegift og dosenivå være avgjørende for om fatigue kan bli et problem. Forekomst av fatigue hos pasienter som får cellegiftbehandling er dokumentert og regnes som det mest fremtredende, stressfremkallende, plagsomme og ubehageligste symptom, der 59-82% av pasientene rammes (Berger, 1998; Redeker et al, 2000; Danjoux et al, 2007).

Studie av Glaus (1996) der 499 pasienter ble inkludert, viser en signifikant forskjell på opplevd fatigue mellom pasienter med metastatisk og lokalisert sykdom, sammenlignet med de som hadde sykdom som var gått i remisjon (Glaus, 1996). Beskrivelse av opplevelse av fatigue:

Når en har svømt langt og kommer opp fra vatnet og er tung som bly i kroppen, en kjenner seg som en betongklump og i tillegg til det kjenner denne trettheten at en blir søvnig slik kjennes det (Magnussen et al, 1997).

En dansk studie av Hjøllund (2004), der tretthet hos yngre ferdigbehandlede kvinner med brystkreft ble studert, beskriver noen av disse kvinnene følelsen av tretthet som en ”tung dyne” og som en tretthet de ikke har kjent karakteren av tidligere. Alle opplevde at styrken i trettheten

varierte i løpet av døgnet og mellom dagene. Noen opplevde at trøttheten kom plutselig, mens andre kunne kjenne den kom gradvis. Felles for alle var at det ikke var den fysiske trøttheten i kroppen som medfører nedsatt aktivitet som var det vanskeligste. Det vanskelige var nedsatt konsentrasjon, nedsatt evne til å finne ord og nedsatt evne til å ha oversikt over situasjoner. Dette beskriver de som det mest plagsomme og som en sterk innvirkning på livskvaliteten. I tillegg kan disse pasientene ha tanker og bekymringer i forhold til kreftsykdommen, som blir en tilleggsbelastning. Noen pasienter kan tro at trøttheten er tegn på at kreftsykdommen er i utvikling (Hjølund et al, 2004).

I forhold til forandringer i stemningsleie med depresjon, som naturlig kan forekomme hos pasienter med kreftsykdom, kan depresjonen være medvirkende til at pasientene opplever fatigue. Noen studier viser positiv korrelasjon for dette, andre ikke. En må også ta høyde for at behandling av det ene, kan gi bedring for det andre (Portenoy et al, 1999; Morrow et al, 2005). Fatigue og depresjon forekommer ofte samtidig hos pasienter med kreft, og symptomer som nedsatt evne til kognitiv funksjon og følelsen av svakhet kan være egenskaper ved begge tilstandene (Morrow et al, 2003).

### ***3.2 Helsepersonell og pasienters oppfatning av fatigue***

Hvordan pasienter og helsepersonell forstår fatigue, ser ut til å være ulik. Undersøkelse gjort på kreftavdeling, ble sykepleiere (n=204) spurt om sin oppfatning angående forekomst av fatigue hos kreftpasienter. Totalt 25 % av sykepleierne oppga fatigue som det symptomet de oppfattet som hyppigst hos kreftpasientene. Sykepleierne ble også spurt om de oppfattet fatigue som et problem for pasientene, og hele 67 % svarte at de oppfattet problemet som stort eller ganske stort. På tross av dette var det ingen plan for hvordan gi pasientene støtte og hjelp (Magnusson et al, 1997).

Pasienter med kreftsykdom opplever fatigue som en plagsom situasjon og vektlegger dette, mens leger vektlegger det mindre, kanskje p.g.a. at fatigue er vanskelig å diagnostisere ut fra at det er mange usikre momenter rundt fenomenet (Wessly et al, 1996).

### ***3.3 Mulige faktorer for betydning av fatigue***

Det gjøres mye forskning på fatigue, men hvilke mekanismer som inntreffer er fortsatt uklart. Det kan virke som om det er vanskelig å skille ut elementer som årsak til fatigue. Sannsynligvis vil det finnes flere faktorer som er medvirkende. Faktorene vil også kunne variere fra person til person. Faktorer som søvnvansker, psykologiske faktorer, anemi, fysisk funksjon og tap av vekt viser å ha betydning for fatigue (Portenoy et al, 1999; Carlson, Angen, Cullum, Goodey, Koopmans, Lamont, MacRae, Martin, Pelletier, Simpson, Specia, Tillotson, Bultz, 2004; Berndt, Kallich, McDermott, Xu, Lee, Glaspy, 2005). Antagelser går på at det kan være et komplekst samspill mellom fysiske, psykiske og situasjonsbetinga faktorer. Årsaker når det gjelder kreftsykdom kan være; selve sykdommen og/eller behandlingen som gis (cellegift, strålebehandling, hormoner) (Thorsen, Skovlund, Strømme, Hornslien, Dahl, Fossa, 2005; Truong et al, 2006). Faktor som kan gi fatigue (f.eks. anemi, smerter, søvnproblemer) må kartlegges og behandles for at pasienten kan få økt energi og utelukke at det er dette alene som gir fatigue. Men på tross av god behandling av ulike faktorer, kan fatigue likevel være tilstede og gi plagsomme symptomer (Aalberg, 2004).

Det viser seg at det kan være en sterk sammenheng mellom fatigue og fysiologiske følger av sykdommen. En mulig forklaring kan være økt sekresjon av inflammasjonsfremmende cytokiner som aktiveres ved kreftsykdom (Knobel, 2007).

Faktorer som også kan påvirke forekomst av fatigue kan være den sosial støtten pasienter har, kulturelle aspekter og økonomiske faktorer (Piper et al, 1989).

National Comprehensive Cancer Network Fatigue Practice Guidelines viser til syv faktorer som er identifisert og er medvirkende til cancer-relatert fatigue; smerter, emosjonelt stress,

søvnvansker, anemi, ernæringsmangel, nedsatt kondisjon og utbredt kreftsykdom. Men det tas også høyde for at disse symptomene er med på å øke nivået av allerede tilstedeværelse av fatigue. Ved å behandle tilleggssymptomer vil dette kunne bedre situasjonen og lette graden av fatigue (Mock, 2004).

### ***3.4 Diagnostisering av fatigue***

Den vanligste måten helsepersonell håndterer symptomet på, er å lete etter årsaker til fatigue med tanke på patologiske prosesser. Men det vil i tillegg være viktig å få frem forskjell mellom patologiske prosesser (the diseases) og den subjektive opplevelsen av sykdom (illness), og anerkjenne psykologiske og sosiale faktorer som er medvirkende (Aronowitz, 2001).

På tross av et øket fokus på fatigue, hevdes det at fatigue er underdiagnostisert for pasienter med kreftsykdom (Morrow et al, 2005). Det er utarbeidet ulike måleinstrument for få kunnskap om fatigue. Flere ulike måleinstrument er brukt i forhold til kreftpasienters opplevelse av fatigue, eksempelvis ved livskvalitetsmåling der fatigue kan finnes som en av faktorene i undersøkelsen. Fatigue er et subjektivt symptom der pasientens opplevelse er det sentrale, dermed er ”self-report measure” den type instrument som ofte er beskrevet brukt (Glaus, 1996; Fillion et al, 2003). Fatigue kan forandre seg underveis for en pasient og for å få et godt bilde av fatigueplagene og når de inntreffer, må observasjoner/undersøkelser gjøres gjentatte ganger i forhold til sykdommen, behandlingen, pasientens situasjon og hvordan ulike andre symptom blir håndtert og behandlet (Magnusson et al, 1998; Portenoy et al, 1999; Hjermstad, 2007).

Hjermstad (2007) viser i sin gjennomgang av ulike instrument som anvendes, at de redskapene som er omfattende er de som best kan fange opp en forståelse av fenomenet og hva fatigue betyr for den enkelte som rammes. Hun sier at enkle spørsmål om hvordan symptomet arter seg har lite relevans for det kliniske felt. Fatigue kan være svært vanskelig å måle og forstå, samt finne gode redskaper for undersøkelser videre som kan gi klinisk relevans. Hjermstad (2007) stiller spørsmålet:

Maybe the devils's advocate would ask: "Why bother to measure fatigue as it is so difficult to define and assess and so little therapy exists?" The answer is that the high prevalence, the detrimental effects, the unawareness and the apparent under-treatment makes it a significant clinical commitment to find out more. (Hjermstad, 2007, s.22 )

Dette er et godt utsagn på hva dette dreier seg om; vanskelig å finne ut av, men viktig for de som rammes at de får hjelp og støtte.

I løpet av de siste årene har det kommet flere artikler som beskriver studier der kreft og fatigue har vært undersøkt. Disse studiene viser til ulike registreringer som er gjennomført for å gi et bedre bilde av forekomst og frekvens (Stone et al, 2001; Vodermark et al, 2002; Danjoux et al, 2007). Studier for å få kunnskap om hvordan fatigue oppleves og erfares for menn med prostatakreft er mindre studert og jeg har funnet bare en svensk undersøkelse (Jakobsson, Hallberg, Loven, 1997). Denne undersøkelsen viser at fatigue er et problem for pasienter med prostatakreft og at dette har innvirkning på hverdagen deres, men den sier lite om hvordan dette oppleves for pasientene.

### ***3.5 Forsøk på intervensjon***

På tross av erkjennelsen av at kreftpasienter oppgir fatigue som et hyppig symptom, finnes det begrenset behandling og lite forskning på effekt av tiltak. Victoria Mock (2004) tar til ordet for en tilnærming for å finne en eventuell årsak til det plagsomme symptomet, hvis det finnes en årsak, for så å korrigere dette hvis det kan korrigeres (Mock, 2004; Morrow et al, 2005).

Ulike intervensjoner har blitt gjennomført i forhold til tilleggsfaktorer som er funnet hos pasienter med kreftsykdom og fatigue, men evaluering av disse intervensjonene viser at bare korrigering av anemi og tilpasset fysisk aktivitet har hatt gitt resultater i form av bedret energi og økt livskvalitet (Mock et al, 2000; Courneya, Friedenreich, Quinney, Rhodes, Handman, 2003; Dimeo, Thomas, Raaber-Messen, Propper, Mathias, 2004).

Egenaktivitet er viktig for alle mennesker for liv, helse og velbefinnende. I forbindelse med fatigue er ofte utsagn som; ta seg en hvil, gå tidlig til sengs, stå opp senere om morgenen eller å

finne på ”noe”, det som kommer frem for at de skal få tankene over på noe annet og håndtere situasjonen med fatigue (Mock 2004). Fysisk aktivitet kan være med på å minske opplevelsen av fatigue. Vanligvis vil fysisk aktivitet gi en rekke positive effekter både fysiske og psykiske, det gir bl.a. bedret kardiovaskulær og respiratorisk funksjon, reduserer uro og depresjon som igjen bedrer livskvalitet og selvfølelse. Dette har vist seg å gi positiv effekt hos pasienter med kreftsykdom og fatigue ved at det gir en opplevelse av at fatigue minsker og blir lettere å håndtere (Frank-Stormberg, 1986; Windsor et al, 2004; Truong et al, 2006).

Et ”Walking program for people with cancer” er utarbeidet. Resultater i forhold til gjennomføring av dette programmet viser at kreftpasientene oppnådde bedre helse både fysisk og psykisk (Mock et al, 2000; Mock, 2004; Windsor, Nicole, Potterl, 2004; Truong et al, 2006).

Å være informert og ha en opplevelse av oversikt og kontroll er av betydning for de fleste pasienter. En studie av 238 pasienter som fikk cellegiftbehandling for henholdsvis lymfekreft og brystkreft opplevde 86 % fatigue, men bare 8 % var forberedt på dette (Magnusson et al, 1998).

### ***3.6 Definisjon av fatigue***

Ulike definisjoner på fenomenet fatigue er forsøkt, men det er ikke kommet til enighet om en definisjon. I forhold til kreftpasienter er det også ulik forståelse om hvordan dette bør defineres. The National Comprehensive Cancer Network (NCCN) definisjon på cancer-relatert fatigue:

An unusual, persistent, subjective sense of tiredness related to cancer or cancer treatment that interferes with usual functioning. (Mock et al, 2000)

Schjølberg (2000) viser til Kaempfer og Lindsey (1986) sin definisjon som han har oversatt til norsk:

En subjektiv følelse av økt ubehag og nedsatt funksjonskapasitet på grunn av redusert energi. Denne tilstanden av økt ubehag og nedsatt funksjonskapasitet kan oppleves som en tretthet eller svakhet som ikke forsvinner ved hvile eller søvn. (Schjølberg, 2000, s.124)

Dette er definisjoner som gir beskrivelse av fenomenet og rom for mange opplevelser og erfaringer kreftpasienter med fatigue kan beskrive. Om de en dekkende vil være et moment for diskusjon.

### ***3.7 Trøtthet – menns og kvinners oppfatning om dette***

Trøtthet er noe alle opplever, den er normal og forventet og opptrer for å beskytte. Alle mennesker trenger regelmessig hvile og søvn. Ved litteratursøk på trøtthet hos normalbefolkning, med ulike søkeord og kombinasjoner, var det lite å finne på nyere forskning. Det vises til noen relevante studier i dette kapittelet.

I normalbefolkningen, hos friske personer, opptrer trøtthet som et problem for mer enn 10 % (Kaasa et al, 1998).

Lilleaas og Widerberg (2001) har gjennomført en studie på hvordan man ser på tid, arbeid og kropp med trøtthet som innfallsvinkel. De har i møte med læreren, ingeniøren, servitøren, hjemmehjelpen og lederen sett på hvordan de ulike yrkesgruppene forholder seg til arbeid og tid, og hvordan den moderne tid nedfelles i kroppen og får kroppslige konsekvenser i forhold til trøtthet. Det å ha mye å gjøre og dårlig tid er vanlig i det moderne samfunn. Å være trøtt og sliten er blitt det normale. Hvilke innvirkning og konsekvenser dette får for kropp og helse er fortsatt et ubesvart spørsmål og vil være viktig å få belyst for å få kunnskap om hva som skjer med kroppen når den ikke får den hvile og søvn som den trenger (Lilleaas og Widerberg, 2001).

Men å innse og innrømme at en er trøtt og sliten er ikke det vanlige. Mange av informantene som var med i studien presenterte seg selv som ”stå-på-typer”. De færreste ville gi inntrykk av at de var slitne og trøtte. Heller ikke de som ved nærmere samtaler viste seg å være trøtte ville innrømme dette. Dette er interessant; det hevdes at det normale er å være trøtt og sliten, men å innrømme at det er slik er vanskelig (Lilleaas et al, 2001).



Det som også ble fanget opp, var at menn og kvinner snakket forskjellig om trøtthet og slitenhet. Menn og kvinner viste seg å ha ulike måter å formulere seg på. Menn snakket om sin egen trøtthet på en annen måte enn de snakket om kvinnenenes trøtthet. Lilleaas og Widerberg (2001) sier:

Dette er kanskje viktig. Kjønn er med andre ord ikke bare noe sosialt, relasjonelt og kroppslig. Kjønn konstrueres og reproduseres gjennom ulike diskurser, noen som gjør det ekstra vanskelig å reflektere over hvorfor vi tenker om og lever ut trøtthet som vi gjør. (Lilleaas et al, 2001, s.156)

Gjennom diskurser blir det tatt beslutninger, det argumenteres og prioriteringer blir gjort. Dette har betydning for hvordan samfunnet oppfatter og forholder seg til ulike tema med tanke på overbevisning, kunnskap og prioriteringer. Hvordan en oppfatter seg selv vil være styrende for hva som kommer frem gjennom diskurs. Diskurs foregår hele tiden og vil medføre forandringer som gir ny forståelse og innhold av ulike tema, men også inneholde motsetningsforhold. Når folk uttaler seg om trøtthet vil de være preget av hva som diskuteres og hva det argumenteres for. Hvilke oppfatninger av trøtthet finnes i familien? Hvordan forholder en seg til trøtthet i bedriften? Hva avspeiles i samfunnets oppfatninger?

I Lilleaas og Widerberg (2001) sin studie viser det seg at flere temaer kommer frem når informantene snakker om trøtthet. Som de sier: ”I vårt intervjumateriale kan vi høre ekkot fra flere diskurser. For eksempel likestillings- og mannlighets- og kvinnelighetsdiskurser.” (Lilleaas et al, 2001, s.157) Måten menn og kvinner snakker om trøtthet på, ser ut til å bære i seg elementer fra oppfatninger i forhold til dette.

Gjennom intervjuer av menn i forhold til familie- og jobbsituasjon snakker de om konenes vaner og trøtthet. Konene har ansvar for jobb og familie og fremviser en trøtthet som mennene beskriver. Selv viser mennene til en stor frihet der de uttaler at alt er greit og at de har stor frihet i forhold til sine ting som omhandler jobb og hobbyer. De fraskriver seg ansvar gjennom å vise til at ”det er praktisk slik” og ”hun krever ikke noe av meg”. Konene beskrives som ”snille”, ”tålmodige” og ”lite kravstore”. Mennene har lite forståelse for og forslag til en annen arbeidsfordeling for å lette byrdene for konene. Menn beskriver konenes trøtthet med forklaringer og ord som viser en større kompleksitet enn når de snakker om egen trøtthet. I forhold til egen

trøtthet er alt så greit, bekymringsløst og uproblematisk. Når de snakker om egen trøtthet setter de det i forhold til ting som er akseptert som; trøtt etter nattevåk med småbarn, sliten etter hardt arbeid eller at en er oppe for lenge om kvelden. Det er en normal trøtthet som ingen kan gi en annen tolkning, som psykisk eller unormal. Annen trøtthet som er mer diffus og ikke kan relateres til en direkte årsak, er det vanskelig å få mennene til å snakke om. Det kan også tolkes dit at menn har en maskulin måte å formulere seg på, der det er viktig å fremstå som en som har full kontroll. Menn inngår i en diskurs der oppfatningen er at menn ikke skal vise svakhet eller klage (Lilleaas et al, 2001).

Hvilke ord og forklaringer brukes av folk flest når de snakker om trøtthet? Lilleaas et al (2001) har funnet i sitt materiale ved å gjennomgå intervjuer de har gjennomført både for kvinner og menn, at ordene "trøtt" og "sliten" blir brukt om hverandre. Men det skilles mellom fysisk og psykisk trøtt eller sliten. Den fysiske trøtthet og slitenhet sitter i kroppen og kommer ved at man bruker kroppen for mye eller lite, eller at man sover for lite. Psykisk trøtt og sliten blir man av bekymringer, for mye tankearbeid eller relasjonsutfordringer. Denne trøttheten og slitenheten sitter i hode. Hvordan de ulike formene for trøtthet og slitenhet håndteres, er forskjellig. Er man trøtt og sliten i kroppen hjelper det å hvile eller sove. Ved psykisk trøtthet/slitenhet, mener informantene, at det ikke hjelper å sove eller hvile, da gjelder det å bli fysisk trøtt ved å trene, gå turer el.lign. Lilleaas et al (2001) fremstiller i sitt materiale at den fysiske trøttheten er mer "riktig", "bedre" og mer "naturlig" enn den psykiske trøttheten. Noen gir uttrykk for at de skiller mellom trøtthet og slitenhet, og mener at trøtthet sitter i kroppen og slitenhet i hode (Lilleaas et al, 2001).

I en populasjon på 3000 personer, i normalbefolkningen, vil 600 personer rapportere trøtthet som kan defineres som "normal trøtthet". Hva "normal trøtthet" er, er det ikke gitt en god beskrivelse og forklaring på. Av disse 600 som rapporterer trøtthet utgjør hele 2/3 det som kan kalles en "klinisk trøtthet", der det ved medisinske undersøkelser blir avslørt en somatisk eller psykiatrisk diagnose. De 1/3 som gjenstår blir definert som personer med trøtthet karakterisert som "sosiologisk trøtthet", og beskrives som noe ukarakteristisk der det ikke finnes en klar diagnose bak og som får lite oppmerksomhet fra legehold. Den trøtthetstypen som har fått aller mest oppmerksomhet er "kronisk trøtthets syndrom" som utgjør en liten eksklusiv gruppe, 3 av 3000

(Groven, 2000). Dette er interessante opplysninger som bl.a. kan karakterisere hva som får oppmerksomhet fra helsetjenesten.

Disse beskrivelsene og funnene om generell trøtthet hos normalbefolkningen kan være viktig kunnskap og bakteppe for bedre å forstå og begripe trøtthet/fatigue i forbindelse med kreftsykdom. Hvordan menn snakker om og beskriver sin egen trøtthet i studien til Lilleaas et al (2001) er også interessant og kan gi et utgangspunkt der en bedre forstår informantene i denne studien (Lilleaas et al, 2001).

## Kapittel 4.0 ANTONOVSKY'S MESTRINGSTEORI

Å bli utsatt for stressfaktorer vil medføre at en utsettes for en spenningstilstand. Ubehagelige opplevelser, traumer, livskriser, sykdom eller sorg kan være faktorer som gir stress. Hvordan denne stress situasjonen håndteres vil variere fra person til person, men alle reagerer på en eller annen måte. Antonovsky (1987) hevder at håndteringen av denne spenningstilstanden kan medføre at en utvikler sykdom. Evnen den enkelte har for å tåle ulike påkjenninger varierer. Hvordan den enkelte håndterer påkjenninger mener han er av betydning for om en utvikler sykdom eller ikke. Håndteringsevnen kan gi ulike utslag fra om en utvikler en sykdomstilstand, til at ikke noe sykkelig oppstår eller til at det faktisk også kan fremme helsen. Hvilke faktorer eller hva som er av betydning for spenningshåndteringen vil dermed være av interesse å kjenne til for å finne ut mer om hva som fremmer og hva som hemmer helse (Antonovsky, 1987). Antonovsky (1987) har studert dette og funnet at ulike motstandsressurser den enkelte innehar er av betydning. Han har utviklet begrepet ”opplevelse av sammenheng” ut fra oppdagelsen av at de generelle ulike motstandsressursene hadde det til felles at de gjorde det mulig å sette alle de utallige stressfaktorene en konstant bombarderes med inn i en meningsfull sammenheng. Ved at en gang på gang erfarer dette, skaper det med tiden en sterk opplevelse av sammenheng (OAS). Stressfaktorer som påvirker en, gjøres begripelige. Gjennom erfaringer med å tåle påkjenninger utvikles OAS. Antonovsky (1987) definerer begrepet som:

En global indstilling til tingene, der udtrykker den udstrækning, i hvilken man har en gennemgående, blivende, men dynamisk tillid til, at ens indre og ydre miljø er forudsigelige, og at der er en stor sandsynlighed for, at alting vil gå så godt, som man med rimelighed kan forvente. (Antonovsky, 1987, s.13)

Begripelighet er kjernen i definisjonen og henviser til i hvilken utstrekning en oppfatter den stimuleringen en konfronteres med, enten i det indre eller ytre miljø, som kognitivt forståelige, strukturerte, sammenhengende og tydelig informasjon, istedenfor støy – at de er kaotiske, uryddige, tilfeldige og uforklarlige. De som har en sterk opplevelse av begripelighet, forventer at det som møter dem i livet er forutsigelig og at det som kommer overraskende, kan passe inn i en sammenheng og kan gis en forklaring. Det er også slik at ikke alle stimuliene er ønskelige, men at både død, krig og fiasko kan være mulige hendelser og at en slik person evner å gjøre dem

forståelige. Evnen til å forstå ligger oftest på det kognitive plan som en grunnfestet evne til å bedømme virkeligheten, og ikke på det mer følelsesmessige med at ”det går nok bra”.

Personer med disse egenskapene hadde ifølge Antonovsky (1987) en sterk grad av OAS. En innstilling til å alltid være uheldig og være en ulykkefugl, medfører å ha en svak OAS hevder Antonovsky (1987).

Håndterbarhet er en annen komponent i dette og kan defineres som den utstrekningen en oppfatter at det står ressurser til rådighet, som er tilstrekkelige til å klare å håndtere de stimuli som en bombarderes med. Dette kan være ressurser en opplever å ha kontroll over selv, eller andre en har tillit til har disse ressursene. I den utstrekningen en har en sterk opplevelse av håndterbarhet, føler en ikke at en er et offer for ulike omstendigheter, eller at livet behandler en urettferdig. Uheldige ting forekommer i ens liv, men når det skjer er en i stand til å håndtere dette og blir ikke i sorgen og fortvilelsen, men kommer seg videre (Antonovsky, 1987).

Meningsfullt er den tredje komponenten som kommer til syne ved at de som viser seg å ha en sterk OAS alltid snakker om områder i livet sitt som betyr mye for dem, som de engasjerer seg i og som gir mening. Aktiviteter i forbindelse med dette ble gjerne oppfattet som utfordringer som også engasjerte dem i følelsesmessig forstand. Det meningsfulle i OAS er at livet er forståelig rent følelsesmessig og at i alle fall noen av de problemene og kravene tilværelsen fører med seg, er verd å investere energi og krefter i. Det er utfordringer en kan glede seg over og ikke bare ser på det som problemer en vil være foruten (Antonovsky, 1987).

De tre komponentene i OAS er av betydning for å håndtere ulike utfordringer og påkjenninger i livet. Det er en sammenheng mellom komponentene, men det kan synes som om ikke alle er like viktige. Det mest sentrale ser ut til å være det motiverende ved det meningsfulle. En engasjert person vil ha en større åpenhet til forståelse og ressurser. Begripelighet ser ut til å være nest viktigst, da håndterbarhet er avhengig av forståelse. Om en ikke tror at en har ressurser tilgjengelig, vil dette gå ut over om det oppleves meningsfullt. Altså må en se på OAS som en helhet der de tre komponentene er viktige for å mestre ulike problemer og stressituasjoner (Antonovsky, 1987).

Antonovsky (1987) sin teori om OAS er omfattende og dyptgående, jeg tar med bare disse tre komponentene som er kjerneområdet i hans tenkning og mest aktuelt i denne sammenhengen.

## Kapittel 5.0 DESIGN

Kvalitativ metode er valgt med en fenomenologisk ansats, gjennomført ved semistrukturert intervju av enkeltinformanter. Informantene er strategisk utvalgt fra en kvantitativ studie der resultatene viser en høy frekvens av trøtthet og at trøtthet er et betydelig problem for kreftpasienter (Brenne, 2006).

En induktiv tilnærming er utgangspunktet, der det empiriske materialet er det som blir studert og undersøkt. Dataene fra intervjuene, nedskrevet som tekst, er materialet for analysen for å søke kunnskap om fenomenet. Kunnskapen hentes frem om fenomenet trøtthet slik det har artet seg for informantene ved at de forteller og rekonstruerer det de har erfart tilbake i tid og hvordan de opplever og erfarer dette på det tidspunktet intervjuet blir gjennomført. Studie har dermed både et retrospektiv og prospektiv design.

Menn med prostatakreft er valgt for å avgrense innenfor en kreftdiagnose som har stor forekomst i Norge, og ut fra at kjønnsperspektivet har et fokus.

Intervjuene gjennomføres med enkeltinformanter ut fra en åpen guide som er utarbeidet med utgangspunkt i problemstilling og forskningsspørsmål. Intervjuer søker å ha en åpen samtale med informantene der de fritt kan fortelle om sine erfaringer og opplevelse. Det forsøkes å gi dem en mulighet til å beskrive sin situasjon med trøtthet og kreftsykdom fra de kjente trøttheten første gang, hvordan dette har artet seg og slik de opplever og erfarer dette nå. Forsker vil ha en delvis kontroll med det som undersøkes ut fra sin mulighet for å påvirke hvordan samtalen forløper og hvilke spørsmål som blir stilt (Andersen, 1999).

Materialet fra de kvalitative intervjuene blir analysert etter Malteruds firetrinnsmetode (Malterud, 2002).

## **5.1 Fenomenologisk utgangspunkt**

En kvalitativ tilnærming er valgt, der det ikke først og fremst er fokus på å forklare, men mer på å øke kunnskapen på å forstå. Innen det medisinske fagfeltet har det vært og er fortsatt en sterk tradisjon innen den naturvitenskapelige retning. Det medisinske fagfeltets oppgaver er å stille diagnose, der fenomen skal kunne forklares ut fra ting som kan iakttas og konstateres. Medisinsk forskning er opptatt av å beskrive sykdom ut fra biomedisinske termer. Medisinsk forskning ønsker å komme frem til entydige definisjoner. Kvantitative metoder blir brukt for å få frem hyppighet, forklare fenomen og finne årsak. Å komme frem til entydige beskrivelser der fenomen kan sammenlignes og med noe sannsynlighet repeteres. Den klassiske positivismen er opptatt av at alt kan forklares ved å søke å forklare naturfenomener. Pasientens opplevelse i forhold til sin sykdom er mindre vektlagt (Maliski et al, 2005).

Kvalitative metoder bygger på teorier om menneskelige erfaringer blant annet ut fra fenomenologisk tenkning og filosofi. Denne studien har en kvalitativ tilnærming med en fenomenologisk ansats. Fenomenologien er en omfattende teori og det tas ikke høyde for å beskrive og bruke den til fulle i denne studien, men bruke deler som et utgangspunkt for forståelse innen kvalitativ forskning.

Fenomenologi er ikke enkel og entydig. Fenomenologi utviklet seg innen fagfelt som filosofi, sosiologi, teologi og kunst gjennom 1800 tallet og frem til i dag og er i stadig utvikling. Særlig gjennom det 18. og 19. århundre fremsto det ulike måter å forstå fenomenologi på, med et fokus som motsetter seg troen på "den absolutte sannhet". Edmund Husserl tok til orde for en bred forståelse på slutten av 1900 tallet. Måten å oppnå et nytt fundament på, hevder han, var: "to go to the things themselves" (Dahlberg, Drew, Nystøm, 2001).

Edmund Husserl:

The phenomenological idea of going to the things themselves means to do full justice to the everyday experience, to the lived experience.



Phenomenologically expressed, “going to the things” means that, as researchers, we stand in such a way the things can show themselves to us, and thus “the things” is understood as a phenomenon. (Dahlberg et al, 2001, s.44)

Fenomenologi er opptatt av det konkrete og levde livet i verden, og av å forstå den daglige opplevelse, slik de fortøner seg for den enkelte. Disse daglige opplevelsene er den virkelighet den enkelte lever i og betegnes i noen sammenhenger som livsverden. Denne livsverden er ofte implisitt og underforstått. Den kan fremtre så selvfølgelig at den ikke oppdages for vurdering, kunnskap og forståelse. For å forstå virkeligheten må det være i relasjon til vår opplevelse av den. Kunnskap og forståelse av livsverden, som fremstilles i en språklig form, vil bare kunne belyse og beskrive noen deler av det virkelige livet og/eller hendelsen. Å få frem alle sidene ved det komplekse og sammensatte i en situasjon og/eller hendelse vil være umulig (Dahlberg et al, 2001). Gjennom fenomenologisk tenkning og metode bringes vi nært inn på livet og menneskene, og det er den hverdagslige opplevelsen og erfaringen som fremtrer og beskrives som gir mulighet for en større forståelse og kunnskap. Det er dette som søkes å ha fokus på i denne studien ved å gjøre dybdeintervju med menn med prostatakreft, for om mulig få innsikt og kunnskap om deres opplevelse av trøtthet. Dette kan gi kunnskap, innsikt og forståelse for deres livsverden med kreftsykdom og trøtthet.

I fenomenologien er spørsmålet om objektets eksistens og karakter stilt i bero, det som har fokus er objektets bevissthet, hva og hvordan ting blir oppfattet og opplevd. Altså er det ikke ”det objektive sanne” som er viktig og som beskrives, men hvordan virkeligheten oppleves av informanten (Giorgi, 1997). Metoden kan bidra til å presentere mangfold og nyanser. Virkeligheten kan alltid beskrives ut fra flere perspektiv. En studie vil ikke kunne ha med alle perspektiver, men det søkes å ha det perspektiv som er relevant for den problemstilling som ønskes belyst (Malterud, 2003).

Forskeren er en aktiv deltaker i forhold til kunnskapsutviklingen, en utvikling som aldri kan bli fullstendig, da opplevelse og hendelse for den enkelte er svært sammensatt og mangfoldig. Forskerens bakgrunn og forståelse er avgjørende for hva som oppdages og får oppmerksomhet. Det vil være forskjell på hva en filosof eller psykolog er opptatt av i forhold til kreftsykdom og trøtthet, enn det en lege eller kreftsykepleier vil ha. Å være seg bevisst dette er viktig for de

resultater forskningen gir. Samtidig kan en forsker bli seg mer bevisst sitt ståsted og sine erfaringer, forsøke å se ting fra andre perspektiver og være genuint opptatt av den andres opplevelse og beskrivelse. Kari Martinsen er opptatt av å tenke kritisk i forhold til dette og hun uttaler: ”Det ligger i tydingen en appell til den enkelte om å gjenkjenne – ut fra eget liv – det universielle og livsbærende i den konkrete, enkelte situasjon.” (Martinsen, 2003).

Med tyding, mener Kari Martinsen (2003), er å ha en innstillingsendring, bli oppmerksom på det opplagte, det som er innlagt i våre liv. Altså, være opptatt av hva den enkelte sier og hvordan dette arter seg i dens liv, slik jeg forstår det. Ikke legge inn tolkninger som kan gå på bekostning av det som sies og medføre en annen forståelse enn det informanten har forsøkt å formidle (Martinsen, 2003).

Vi har alle med oss en forståelse av situasjoner og beskrivelser, ut fra egne erfaringer og kunnskap vi har tilegnet oss, og hva vi selv opplever i situasjonen. Men som forsøkt beskrevet, er en bevissthet rundt dette og en ydmykhet i forhold til den andre, viktig for kunne innta en innstillingsendring og ikke være fastlåst i ett mønster.

Min faglige bakgrunn som kreftsykepleier vil være med å prege gjennomføringen og resultatene i denne undersøkelsen og medføre begrensning i forhold til helhet. Jeg vil prøve å være bevisst mitt ståsted for dermed, om mulig, gi rom for en større åpenhet i forhold til en bredere forståelse av informantenes opplevelse.

Formålet med fenomenologisk tenkning og analyse, vil i utgangspunktet være å utvikle kunnskap om informantenes erfaringer og livsverden innenfor et bestemt felt.

Å se mennesket som helhet med kropp og sinn gir åpning for en videre og større forståelse hevder Thornquist (2003), hun sier:

Den enkeltes kropp bærer med seg mer mening enn den enkelte kan ha oversikt over selv. Kroppen formidler budskap – er bærer av spor – som til dels er utenfor bevisstheten for den enkelte selv. Dette kan kaste lys over mange av dagens helseproblemer. (Thornquist, 2003, s.194)

Denne forståelsen av kroppen er interessant og gir antagelser om at mange helseproblem er kompliserte. Kroppen med sine funksjoner ut fra fysiske lover henger nøye sammen med bevissthet og opplevelse. Med et slikt perspektiv, der mennesket blir sett som en helhet med kropp og sinn, og det enkelte menneske som unikt og enestående, kan en entydig definisjon og forståelse av fatigue bli vanskelig.

Ut fra beskrivelser av ulike studier som er gjort for å finne kunnskap om fenomenet fatigue, kapittel 4, går det frem at dette er mangfoldig og sammensatt. Fatigue ser ut til å være en lidelse der forekomst, årsak og opplevelse er ulike for den enkelte som rammes og der det er vanskelig å finne klare svar. Denne studien har til hensikt å få kunnskap om hvordan fatigue oppleves for menn med prostatakreft, og har fokus på dette. Forekomst, årsak eller andre perspektiver i forbindelse med fenomenet fatigue, er lite vektlagt.

## **5.2 Metode**

### **5.2.1 Kvalitativ forskning og intervju**

Valg av forskningsmetode henger nøye sammen med valg av forskningstema. Problemstilling og formålet med studien er avgjørende for valg av metode. For studier som har til hensikt å finne karaktertrekk og egenskaper eller kvaliteter ved fenomener som studeres, er strategien kvalitativ metode (Malterud, 2003).

Kvalitativ metode har til hensikt å beskrive et fenomens kvaliteter, som beskrevet over. Ved kvalitativ metode kan et mangfold av nyanser beskrives. Forskerens ståsted og bakgrunn er av betydning for hvilket perspektiv som velges belyst og dermed også for hva slags kunnskap som kommer frem (Malterud, 2003).

Kunnskap om temaet trøtthet hos menn med kreftsykdom kan bare oppnås ved å være i kontakt med de som har opplevd dette, for å få frem deres fortellinger og beskrivelser ut fra det de har erfart på egen kropp og i eget liv. Altså kan dette best belyses gjennom intervju og samtale med de som har kjennskap til fenomenet.

Kvalitative intervju forberedes ved å utarbeide intervjuguide der en gjerne punktvis setter opp de områdene en ønsker å få belyst i intervjuet. Intervjuguide for denne studien ble gjennomført ut fra kunnskap om valg av kvalitativ metode, den fenomenologiske ansats og min kunnskap og erfaring med fatigue. Intervjuguide er viktig for å ha fokus på hva en ønsker å vite noe om, samtidig må en være åpen i intervjusituasjonen slik at informanten får mulighet for å fortelle fritt hva om opptar ham.

### **5.2.2 Utvalg og utvalgsprosedyre**

De informantene som hadde oppgitt trøtthet som et plagsomt symptom i spørreskjemaundersøkelsen, ble vurdert med tanke på intervju (Brenne, 2006).

I kvalitative studier arbeider vi for å beskrive og analysere karaktertrekk og egenskaper ved fenomener fra det feltet der disse forekommer. Sammensetningen av informanter må da være slik at innholdet i materiale som er ønskelig ut fra problemstilling, ivaretas. Informasjonsrikdom er et viktig kriterium for utvalget (Malterud, 2003). Innen den populasjonen jeg kunne velge informanter fra, var antallet relativt stort i forhold til alle som hadde oppgitt trøtthet som et problem for dem i forbindelse med kreftsykdom og behandling. I tillegg var de aktuelle informantene pasienter med ulike kreftdiagnoser. Det var nødvendig å begrense antall informanter.

Ved gjennomgang av litteratur og forskning på trøtthet hos kreftpasienter innen ulike diagnoser, viser dette at et økende antall studier er gjort på området fatigue i løpet av de siste 10 årene. Innen kreftsykdommer er fatigue hos kvinner med brystkreft det området som synes best belyst. Forskning på fatigue hos menn er mindre studert. Dette aktualiserte valget om å undersøke menns opplevelse av fatigue. For å begrense utvalget ytterligere og få kunnskap om fatigue i forhold til en bestemt kreftdiagnose, ble menn med prostatakraft valgt.

Utvalget til denne studien besto av sju menn med prostatakraft i alderen 64 – 76 år.

Etter søknad til Regional Etisk Komite (vedlegg 2) og Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste og med tillatelse fra dem (vedlegg 3) gikk jeg i gang med å finne informanter. Informantene ble forespurt ved å få tilsendt brev til sin hjemstedsadresse med informasjon om studiet og spørsmål om deltagelse ved skriftlig informert samtykke (vedlegg 4). Alle forespurte sa seg villig til å delta og la seg intervju ved returnert skriftlig samtykke.

### **5.2.3 Planlegging og gjennomføring av intervju**

Etter hvert som jeg fikk skriftlig svar fra informantene ringte jeg selv for å gjøre avtale om tidspunkt for intervju. Informantene fikk avgjøre om de ville la seg intervju hjemme hos seg selv eller komme til et avtalt sted som da var gruppe rom i forbindelse med sykehusets Forsknings og utviklingsavdeling. Fire ønsket at intervjuet ble gjennomført hjemme hos dem og tre kom til avtalt gruppe rom.

Jeg var spent på gjennomføringen av intervjuene. Hvordan ville jeg håndtere forskerrollen? Ville jeg greie å legge bort noe av sykepleierrollen? Hvilken livssituasjon var disse mennene i? Ville jeg greie å håndtere situasjonen på en god måte? Ville vi kunne snakke utforstyrret? Hvilke rolle kunne andre medlemmer i familie ta? Hvordan ville det bli å møte disse mennene med tanke på hvilke plager de ønsket å formidle?

Selve intervjuene varte fra ½ - 1 ½ time og ble tatt opp på bånd. Jeg koplet opp båndopptakeren og la den til så diskret som mulig, samtidig som jeg informerte om at jeg satte den på.

Informantene ga uttrykk for at de ikke lot seg forstyrre av båndopptakeren og ut fra det jeg kunne se, virket de fri i forhold til den. Om båndopptakeren var av betydning for det som kom frem i intervjuene er vanskelig å vurdere. Mulig kunne det være ting som ikke ble sagt p.g.a. at det ble tatt opp på bånd, men mitt inntrykk var at de snakket fritt ut fra det som var deres situasjon, og at de var forberedt og hadde tenkt gjennom ting de ønsket å snakke om.

Det var viktig å være bevisst at mennene som jeg besøkte hjemme, gjerne følte seg mer trygge og bekvemme ved å være i eget hjem, fremfor de som lot seg intervju på et ukjent sted. Intervjuene

gjennomført på gruppe rom ble noe mer formelle enn de som ble gjort hjemme hos informanten. Jeg prøvde å unngå dette ved å gjennomføre intervjuene mest mulig likt. Samtidig kjente jeg at min rolle i de ulike situasjonene også var ulik. Jeg kjente meg tryggere på grupperommet som var min arena, enn jeg gjorde i de ulike hjem. Etter å ha gjennomført noen intervju ble jeg tryggere i rollen og i situasjonen, også når jeg gjorde intervju i hjemmene. De mange spørsmål og tanker som uroet meg i starten, ble mindre forstyrrende.

Ved gjennomføringen av de første intervjuene var jeg opptatt av intervjuguiden for å sikre at jeg var innom de områdene jeg hadde bestemt skulle belyses. Etter hvert ble dette lettere og jeg kunne legge denne mer bort og likevel få med de områdene som var tema.

Etter hvert som jeg hadde gjort noen intervju, ble det også lettere å være mer konkret på de temaene jeg var ute etter. Jeg kunne raskere komme med oppklarende spørsmål som ledet inn på temaet. Samtidig var det viktig at de kunne snakke fritt om det de var opptatt av og som var deres opplevelse i forhold til temaet.

De fleste hadde spørsmål og tanker de ønsket å få belyst som ikke omhandlet trøtthet. Noen sa eksplisitt at de ønsket å snakke om ting som opptok dem som ikke omhandlet trøtthet, og at dette kunne vente til intervjuet var ferdig. Andre kom inn på tema som ikke omhandlet deres trøtthet fortløpende i intervjuet. Jeg fikk gode samtaler både om trøttheten deres og andre ting som opptok dem. Etter at båndet var slått av kom de med ulike ting som lå dem på hjertet, noe som også har vært med på å prege min tolkning av deres situasjon og opplevelse.

Alle informantene hadde en svært positiv innstilling og ga uttrykk for at de gjerne ville komme med sine erfaringer om deres bidrag kunne være til hjelp, slik at behandling og støtte i forhold til kreftsykdom kan utvikles og bedres.

På alle hjemmebesøkene ble det tilbudt kaffe. Kaffen lot vi vente til båndet var skrudd av med unntak av ett besøk der kaffen ble tatt først og kona var med under kaffen. Etterpå gikk hun og båndet ble satt på og intervjuet gjennomført. Om intervjuet her ble preget av dette er umulig å si

noe sikkert om, men ut fra det jeg kan lese i intervjuene etterpå var ikke dette intervjuet forskjellig fra de andre med tanke på frihet til å komme med det de ønsket å snakke om.

I tida fra de ble kontaktet om å delta på intervjuet og gjennom intervjuprosessen ble kreftsykdommen aktualisert for dem på nytt og tanker omkring det å leve med kreftsykdom aktivert. Tankene tok nok ikke umiddelbart slutt om intervjuet var over heller. For å ivareta eventuelle problemer i etterkant av intervjuet ble de oppfordret til å ta kontakt med primærlege, kreftpoliklinikken eller andre. Jeg stilte meg også disponibel til å kunne kontaktes hvis behov.

#### **5.2.4 Forskerrollen**

Forskeren anses som en aktiv deltager i kunnskapsutviklingen innen kvalitativ metode. Det handler ikke om å finne universelle sannheter, men heller mer om forståelse og nyanser som kan lede til nye spørsmål. Hvordan intervjuene gjennomføres, hva det blir spurt om og hva forskeren vektlegger for å få frem informantenes opplevelse, er av betydning for resultatene (Malterud, 2003).

Forskningsspørsmålene og intervjuguide (vedlegg 1) bærer preg av min forforståelse av fenomenet. Gjennom arbeid som sykepleier i mange år på ulike avdelinger, og som kreftsykepleier på kreftpoliklinikk de siste årene, har jeg med meg erfaringer og opplevelse som bevisst og ubevisst styrer mine tanker rundt fenomenet. Det jeg har lest i litteraturen, samt mine verdier og holdninger, vil være styrende for min forståelse og hva jeg vektlegger og ser.

Situasjonen som forsker var ny for meg og jeg mangler kompetanse på å gjennomføre intervju. Erfaringen min i møte med pasienter er som sykepleier og da med fokus som hjelper og med et omsorgsperspektiv. Nå var fokuset intervju for å få frem deres opplevelse og erfaringer, med et forskerperspektiv. Min situasjon var uvant og noe preget av usikkerhet, men jeg opplevde likevel at intervjuene ble samtaler der informanten fikk mulighet til å snakke om det som var viktig for dem. Inntrykket er at de fikk formidlet det som var viktig og av betydning i forhold til trøtthet i forbindelse med kreftsykdommen og deres situasjon. I en intervjusituasjon er det viktig at det er informantens stemme som blir hørt, at det er deres opplevelse og erfaring som får plass.

Hvordan forsker legger til rette for dette ved type spørsmål som stilles og bevissthet om dette i situasjonen er av betydning (Malterud, 2003).

### **5.2.5 Etiske overveielser**

All forskning som omfatter mennesker er underlagt etiske standarder der den enkelte skal beskyttes og respekteres ut fra den enkeltes helse og rettigheter. Retningslinjer for dette er utarbeidet av verdens legeforening ved Helsinkideklarasjonen (Ruyter, Førde og Solbakk, 2000). Enhver som skal gjøre forskningsarbeid og studier som innbefatter mennesker, må kjenne til krav om etiske retningslinjer, lovgivning og andre rettsregler som omhandler dette. Den daglige forvaltningen ivaretas av regionale etiske komiteer som godkjenner medisinske forskningsprosjekter.

Denne studien som omfatter intervju av pasienter med kreftsykdom, innebærer et møte mellom den enkelte informant og forsker. Som forsker må jeg kjenne til de etiske utfordringer dette kan medføre med tanke på at disse informantene har en kreftsykdom og har plager i form av trøtthet. Både sykdommen og plagene i forbindelse med sykdommen kan medføre at informanten er sårbar. Bevissthet om respekt og varhet gjennom intervjuet og evne til å ivareta mennesket om ubehagelige ting skulle dukke opp, må være gjennomtenkt. Kvalitative intervju kan utsette informanten for psykisk uro ved at de i løpet av intervjuet kan bli konfrontert med tanker som kan sette i gang ulike følelser. Tanker de ikke har satt ord på tidligere, det kan være undertrykte og ubevisste tanker. I tillit utleverer informanten seg og må bli imøtekommet på dette for at tillit skal skapes. Det må vises respekt og oppriktig interesse for den andre (Martinsen, 2005).

Som forsker forsøkte jeg å opparbeide tillit og trygghet i møtet med informantene. Allerede ved første telefonsamtalen forsøkte jeg å signalisere dette. Jeg avklarte min rolle som mastergradsstudent og de ble informert om at de bestemte selv hva de ville meddele og kunne si ifra om ting ble ubehagelig, dette i samsvar med etisk regelverk.

Alle informantene hadde gitt skriftlig informert samtykke, likevel passet jeg på å fortelle at dette var frivillig og at de kunne trekke seg når som helst, slik etiske retningslinjer påpeker. Det ble



også informert i forkant av intervjuet at informasjonen de formidlet ble behandlet konfidensielt. De skulle føle seg trygge på at anonymitet ble ivaretatt.

Jeg inviterte disse sju mennene til intervju for å få kunnskap om deres opplevelse. Deres velvillighet i form av å gi av sin tid og sin opplevelse, må gi utvikling av ny og relevant kunnskap som jeg kan lære noe av. I forkant ble det gjennomført en litteraturgjennomgang for å avdekke om spørsmålet allerede var besvart. Denne gjennomgangen gav ikke svar på menns opplevelse av trøtthet, noe jeg var ute etter i denne studien. Hensikten når vi ber om menneskers oppmerksomhet ved å delta, må være at vi skal tilføre noe nytt for noen (Malterud, 2003). Grunnlagsprinsipper for håndtering av kvalitative data som ofte beskrives i form av tekst må være systematisk og refleksiv, der prosessen er tilgjengelig for innsyn og utfordring. Studiet skal kunne ha overføringsverdi utover den konteksten studiet er gjennomført i. For å gjennomføre kvalitative studier må prosedyren utformes i overensstemmelse med de spørsmål som skal belyses (Malterud, 2003).

Transkribering. Det empiriske materialet til undersøkelsen var nå innhentet i form av sju intervju tatt opp på bånd. Disse intervjuene gir et bilde av den faktiske samtalen som fant sted der og da, i tid og rom, slik den opplevdes av de impliserte parter. Viktig å være bevisst at dette gir et avgrenset bilde av virkeligheten. Selv en utfyllende, god og innholdsrik samtale, med et klart perspektiv, vil bare være en del av den totale virkeligheten. Men det at jeg som forsker har gjort intervjuene selv, kan være med på å unngå at mening går tapt og uheldige fortolkninger blir gjort. Malterud (2003) hevder at når muntlig samtale omsettes til skriftlig tekst, skjer det alltid en fordreining av hendelsen. Det nonverbale ved kroppsspråket, pauser, kremting, småord og samtalsens opplevelse av de som er delaktig, kan vanskelig gjengis til fulle når samtalen skal overføres fra tale til tekst. En ordrett gjengivelse av samtalen vil gi et annet bilde enn det som samtalepartene hørte i situasjonen. Med kunnskap og forståelse av disse utfordringene, ble det viktig å gjøre transkriberingen selv. Transkriberingen skal gi en tekst som gir et best mulig bilde av intervjuet, slik at informantens erfaringer og meninger blir best mulig ivaretatt (Malterud, 2003). Blant annet ble pauser og småord tatt med for å ivareta noe av dette. Erfaring fra å gjøre transkriberingen selv var at jeg så intervjuet / situasjonen i et nytt lys som ga ettertanke og en bedre sammenheng mellom det som ble sagt og den kunnskapen jeg var ute etter. Min opplevelse

i første omgang, når jeg intervjuet disse mennene, var at de ikke opplevde trøtthet som noe problem. Men ved transkribering, så jeg at alle snakket om sin trøtthet på ulike måter. Opplevelsen av en større nærhet til materialet og samtalesituasjonen ble også tydeligere ved at sammenhenger mellom ulike deler i samtalen gav større forståelse og mening.

### **5.2.6 Kritisk vurdering av studiet**

Kvalitative studier er gjerne ikke studier som påberoper seg å formidle kunnskap som kan generaliseres, men mer en spesifikk lokal, personlig og samfunnsmessig form for sannhet, der fokuset er dagliglivet og enkeltpersoners fortellinger, opplevelse og erfaringer (Kvale, 2001). Troverdigheten til studien kan bedømmes gjennom at leseren gis innsikt i den prosessen som er fulgt. Virkemidler som benyttes i denne vurderingen sammenfatter Malterud (2003) i begrepene relevans, validitet og refleksivitet (Malterud, 2003).

#### Relevans

Graden av relevans må sees i sammenheng med både praksisfeltets og forskningens interesse for temaet. I kapittel 3 redegjøres det for hvilke kunnskap som finnes inne temaet. Spørsmålet blir om dette studiet kan bidra med noe nytt.

Malterud (2003) mener at relevansen også vil være av betydning i forhold til hvilke problemstilling og metode som er valgt for studien. Beskrivelser av trøtthet hos kreftpasienter, da spesielt hos menn, synes å mangle kunnskap om innen kvalitativ forskning og det etterlyses en større forståelse av fenomenet.

#### Refleksivitet

Forskeren må vise evne og vilje til å sette spørsmålstegn ved fremgangsmåte som er gjort og hvordan data er bearbeidet og konkludert. Min forforståelse av trøtthet hos kreftpasienter som jeg hadde med meg inn i studien i kraft av kunnskap og erfaringer med kreftpasienter, har vært med å prege mitt valg av metode. Det har også trolig hatt innflytelse på hvilke spørsmål jeg har stilt i intervjuene og for hvordan jeg har tolket resultatene ut fra hva jeg ser i teksten. Å være klar over

denne forforståelsen og stadig stille spørsmål til den er nødvendig. Jeg har forsøkt å være bevisst dette og pendlet mellom teori og empiri for derved å oppdage nye sider ved menns opplevelse av trøtthet i forbindelse med sin kreftsykdom. Min nærhet til temaet som studeres vil kunne gi en skjevhet i fremstillingen. Malterud (2003) sier at en må unngå utilsiktede eller uønska skjevheter ved å legge inne rom for tvil og spørsmål i alle deler av forskningsprosessen. Samtidig hevder hun at i kvalitativ forskning vil forskerens ståsted og kunnskap gi helt spesielle forutsetninger for innsikt og forståelse (Malterud, 2003). Det er å håpe at mitt ståsted og mine valg i prosessen har bidratt til å belyse fenomenet trøtthet hos menn med prostatakreft.

### Validitet

Validitet handler om gyldighet. Malterud (2003) sier at ingen kunnskap er allmenngyldig, d.v.s. at kunnskapen ikke er gyldig under alle omstendigheter for ethvert formål. Om svaret på spørsmålet som er stilt er sant eller ikke, kan vi sjelden svare ja eller nei på. Det er viktigere å ta stilling til om hva det er sant om. Når gyldighet ved et funn skal fastsettes må spørsmålet om undersøkelsens ”hva” stilles før man stiller spørsmål om ”hvorfor” og ”hvordan”. Forutsetningen for å få et gyldig svar er at en må vite hva en vil ha svar på. Hensikten med studien må klargjøres og metoden må tilpasses det fenomenet som skal undersøkes. Dette krever innsikt i temaet som skal studeres (Kvale, 2001). Ut fra min problemstilling og fenomenet som skulle studeres fant jeg det nødvendig å bruke dybdeintervju som tilnærming.

I kvalitativ forskning vil forskeren være undersøkelsesinstrumentet. Hvordan jeg gjennomfører intervjuene ved hvilken stemning som skapes, hvordan spørsmålene stilles, hvilke spørsmål som får fokus, kroppsspråk og om det gis rom for åpenhet eller en mer lukket situasjon, vil være av betydning for hva som kommer frem i intervjuene (Malterud, 2003). Ved transkribering av intervjuene ser jeg at jeg kunne stilt mer oppklarende spørsmål underveis for om mulig få frem en bedre forståelse av det de formidlet og unngå eventuelle misforståelser.

At jeg som kvinne intervjuer menn kan også ha betydning for hva de formidler. Måten menn snakker om opplevelse på og hvordan jeg som kvinne oppfatter dette kan også være av betydning.

Mitt materiale er intervju av sju menn med prostatakreft på ulike stadier i sykdomsforløpet, og datamaterialet er lite. Generalisering av denne kunnskapen kan diskuteres, men at elementer av beskrivelsene kan ha betydning for å forstå menn med kreft og trøtthet, er relevant. Enhver med kreftsykdom har sin egen historie og sin egen opplevelse som er unik, fenomen har sin indre struktur og logikk ifølge fenomenologisk tenkning (Kvale, 2001). Om funnene er sanne og gyldige er ikke hovedpoenget, men å gi en begrunnet anvisning om hva de sier noe om (Malterud, 2003).

### ***Kap. 5.3 Analyse***

Malteruds (2003) firetrinns metode er valgt og den omhandler analyse gjennomført ved trinnene: 1. å få et helhetsinntrykk 2. å identifisere meningsbærende enheter 3. å abstrahere innholdet i de enkelte meningsbærende enhetene 4. å sammenfatte betydningen av dette (Malterud, 2003).

#### **5.3.1 Analyse– en redegjørelse av de fire trinnene av Malterud**

Malteruds (2003) firetrinns metode beskrives som en fenomenologisk analyse og en analysemetode for systematisk tekstkondensering. Intervjuene fra de sju samtalene med informantene var skrevet ned som tekst og ga utgangspunkt for analysen (Malterud, 2003).

Følgende gis en beskrivelse av metoden trinn for trinn.

##### 1. Helhetsinntrykk – fra villnis til temaer

I starten på det første trinnet er hensikten å gjøre seg kjent med materialet og få et helhetsbilde. Det er viktigere med en helhet enn å få øye på detaljer. Teksten leses for å få tak på det informantene sier, hva de formidler og forteller. For å få til dette må en forsøke å legge tilside sin egen forforståelse og oppfatninger av hva en tror er viktig. En må stille seg åpen for hva teksten kan formidle, prøve å ta fatt på lesingen ut fra intensjonen om å få frem informantenes stemme og

lese gjennom alle intervjuene med dette som utgangspunkt. Det anbefales at en gjerne sitter i godstolen når dette arbeidet gjøres, noe jeg oppfatter kan være klokt, da en på dette trinnet ikke skal ha på seg fagbrillene, men stille seg naiv og åpen for hva teksten forteller. Når alt er lest gjennom skal inntrykket oppsummeres i 4 – 8 temaer som intuitivt vekker oppmerksomheten. Det settes foreløpige navn på disse temaene, og lages en liste over dem. Dette er ikke resultater, men et første steg i et forsøk på å organisere materialet (Malterud, 2003).

## 2. Identifisere meningsbærende enheter

Andre trinnet i analysen starter med en systematisk gjennomgang av teksten linje for linje for å finne meningsbærende elementer, det vil si elementer som er av betydning i forhold til problemstillingen. Teksten skal sorteres ved at det som er relevant skilles fra det som ikke er relevant i forhold til tema og problemstilling studien har fokus på. Helhetsinntrykket fra første trinn i analysen, der en har festet seg ved temaer, skal ligge som et bakteppe og skal være en foreløpig ide om hva som er av betydning. En velger ut tekst som på en eller annen måte sier noe om informantenes opplevelse og erfaringer i forhold til trøtthet. Ved gjennomgangen av teksten, systematiseres de meningsbærende enhetene til kategorier. Det vil nå gjerne vise seg nødvendig at kategoriene må gjøres mer tydelige enn det den intuitive tematiseringen på første trinn representerer. Noen tema kan vise seg nødvendig å dele i to kategorier ut fra at det representerer to atskilte egenskaper. Andre temaer kan vise seg å omhandle ulike sider av samme sak og bør dermed slås sammen. Denne prosessen kalles koding (Malterud, 2003).

Refleksjon i forhold til arbeidet som nå gjøres er nødvendig med tanke på hva kategoriene representerer. Kategoriene skal representere fenomen som er med på å belyse informantenes opplevelse og erfaringer i forhold til studiets tema, problemstilling og forskningsspørsmål. Kategorier eller tekst som viser seg å ikke omhandle dette, må velges bort. Det må med andre ord være rom for justeringer underveis. De opprinnelige temaene må omformes til mer presise kategorier. For å oppnå dette må en jobbe fleksibelt ved å gå litt frem og tilbake i teksten, for dermed å få en bedre innsikt i hva informantene formidler og få frem informasjon som er av betydning i forhold til det studiet har fokus på og er opptatt av (Malterud, 2003).

### 3. Abstrahere innhold i de enkelte meningsbærende enheter

I den tredje fasen i analysen er det kunnskapen som kodingen representerer som skal frem.

Teksten der en ikke har identifisert meningsbærende elementer, legges nå tilside og den teksten som er identifisert og klassifisert får oppmerksomhet. De meningsbærende enhetene en har funnet i andre analysetrinn skal nå sorteres i grupper etter koder.

Malterud (2003) anbefaler at en så går gjennom teksten under hver kodegruppe og omskriver innholdet til abstrakt mening. Ved gjennomgang av materialet vil en finne ulike nyanser som beskriver meningsaspekt. Dette er eksempler på subgrupper og de ulike subgruppene sorteres under den kodegruppen de mest naturlig hører hjemme. Malterud (2003) hevder at vi fester oss ved de subgrupper som passer inn i det perspektivet vi leser materialet ut fra. En sykepleier vil se andre ting enn hva en kirurg eller psykolog vil se. Teksten tolkes ut fra faglig perspektiv og ståsted. Det vil da være hensiktsmessig å ikke fastlåse hva de ulike subgruppene betyr, men være i diskusjon med andre for å gi rom for flere tolkninger og tilnærminger (Malterud, 2003).

Når teksten under de ulike kodene er gjennomgått og de mest relevante subgruppene er notert, er det dette som nå er analyseenheter. Innholdet i hver subgruppe blir fremstilt ved kunstige sitater og gjenfortalt fortrinnsvis ved bruk av informantens egne ord og begreper fra de meningsbærende enhetene. Når denne jobbingen foregår er det nødvendig hele tiden å være opptatt av hva tekstene kan fortelle i forhold til problemstilling og forskningsspørsmål.

### 4. Sammenfatte betydningen av dette

I det fjerde trinnet i analysen skal teksten fra hver kodegruppe og subgruppe sammenfattes - rekontekstualiseres. Dette gjøres ved at de kunstige sitatene som er fremstilt i trinn tre, blir beskrevet i begreper som kan gi kunnskap og kan deles med andre. Denne sammenfatningen og beskrivelsen skal formidles på en måte som ivaretar informantens stemme og den skal gi tillit og innsikt for leseren. En må samtidig ha i tankene at det som formidles gir en gyldig beskrivelse av den sammenhengen teksten er hentet ut fra. Informantens formidling av sine opplevelse og erfaringer må vises lojalitet (Malterud, 2003).

Hver kodegruppe og hver subgruppe blir gjennomgått og kunnskapen sammenfattet. Det som nå formidles til leseren er hva materialet forteller om utvalgte sider ved problemstillingen. I utgangspunktet får hver subgruppe sin sammenfatning, men det kan vise seg underveis i arbeidet at enkelte grupper ikke har nok forankring i teksten til at en egen sammenfatning blir mulig. Da kan temaet utelates etter å ha overveid om dette er det riktige ut fra hvorfor subgruppen i utgangspunktet ble valgt. Når alle de kondenserte tekstene er gått gjennom og sammenfattet, finner en sitater fra de meningsbærende enhetene for å understreke, illustrere og gi et godt bilde av hva som omtales. Det skal altså fremgå i teksten en dokumentasjon og forankring som krydres med sitater (Malterud, 2003).

Når dette er gjort er det tid for å se på innholdet i teksten og finne en dekkende overskrift over hva dette handler om. Det kan brukes begreper eller navn som allerede finnes i teorien, eller det kan utvikles nye. Gjennom analysen der arbeidet har bestått av å finne temaer, dele teksten inn i meningsbærende enheter, for så å sammenfatte disse til beskrivelser, har det pågått en utvikling av koder gjennom raffinering av temaene. Materialet har gjennom dette arbeidet vist tydeligere hva som kan være relevante kategorier, og hvordan materialet kan sorteres for å gi et godt bilde av hva funnene i undersøkelsen viser. Malterud (2003) mener at prosjekter som ikke har til hensikt å finne nye begreper, kan bruke eksisterende begreper som finnes, og at det da ikke vil være så stor forskjell på tema, koder og overskrifter. Prosjekter som har ambisjoner om å utvikle nye begreper vil finne disse underveis i analysearbeidet (Malterud, 2003).

Slik jeg forstår dette, må den analysen som har pågått vise om det er kjente begreper som er dekkende for å beskrive funnene, eller om det er nye begreper som er mer dekkende som bør anvendes. Nye begreper må gi leseren en god forståelse for hva dette dreier seg om, og gi en ny innsikt om aktuelle fenomen. Det kan brukes nye begrep som overskrift over hver av kodene eller flere koder kan sammenfattes under et fellesbegrep. Her er det viktig å ikke være for ivrig på å finne nye begrep, men være bevisst på at nye begrep må være gode og dekkende for de fenomen det skal beskrive (Malterud, 2003).

Analysen nærmer seg nå slutten. Det som er viktig nå er å se på funnene en har i teksten som er skrevet og begrepene / overskriftene som er brukt, for å validere funnene. Materialet leses for å se

om det stemmer overens på tvers av datamaterialet og om det er dekkende for den enkelte informant. Begreper og beskrivelser vil være forskjellig fra det opprinnelige materialet, men en må være bevisst om det er stort sprik mellom begrep som er brukt og forståelse av datamaterialet fra informantene. Er det begreper og beskrivelse som vanskelig kan tilbakeføres til det opprinnelige materialet er det grunn til å stoppe opp og se på om det er gjort godt nok arbeid (Malterud, 2003).

Funnene i analysen må også vurderes opp mot empiri og teori som foreligger. Er dette funn som andre forskere har beskrevet før, regnes relevansen svak.

### **5.3.2 Analyse av materialet**

Gjennom intervjuene og samtaler med informantene og transkriberingen, har jeg allerede dannet meg et inntrykk av materialet. Opplevelsen av informantene og meg selv i intervjusituasjonen har jeg kjennskap til. Ved å skrive intervjuene fra tale til tekst, hører og ser jeg situasjonen på en ny måte. Jeg har med andre ord en relativ god kjennskap til materialet før selve analysen starter. Utgangspunktet for analysen er nå skriftlig tekst fra de sju intervjuene. Teksten skal gjennomgås systematisk ut fra Malteruds (2003) fire trinns analyse (Malterud, 2003).

#### 1. Helhetsinntrykk – fra villnis til temaer

På dette første trinnet leste jeg gjennom teksten på en åpen og naiv måte for å få frem et inntrykk av hva teksten handler om. Nå var det viktig for meg å legge tilside min kunnskap og oppfattelse om fatigue og hva jeg tror er viktig for pasienter som opplever dette. Jeg prøvde å ta fatt på lesingen ut fra intensjonen om å få frem informantenes stemme, og leste gjennom alle intervjuene med det som utgangspunkt, slik Malterud (2003) anbefaler (Malterud, 2003).

Inntrykkene av hvilke opplevelse og erfaringer disse mennene hadde gjort seg og som kom til uttrykk, ble satt opp som temaer. Disse temaene er det første intuitive inntrykket, men et viktig steg i organiseringen av datamaterialet (Malterud, 2003).



Mitt første intuitive inntrykk var at informantene ikke sa noe om det jeg forventet å finne. Dette viste meg hvor vanskelig det kan være å legge tilside sin egen forståelse og oppfatning, og ble en ny erfaring. Jeg måtte beflitte meg på å se hva de forteller og formidler. Temaer jeg etter hvert festet meg med ved gjentatte gjennomlesinger av alle intervjuene var; ”å leve normalt”, ”positiv innstilling”, ”familie og venner”, ”bekymring”, ”trøtt og sliten” og ”fysisk aktivitet”. Jeg hadde ett klart inntrykk nå at det var disse områdene informantene formidlet, satte ord på og var opptatt av.

## 2. Identifisere meningsbærende enheter

Neste trinn for å analysere materiale er å gå til teksten igjen for å gjennomgå denne mer systematisk med tanke på hva informantene sier om opplevelse og erfaringer med trøtthet i forbindelse med egen kreftsykdom. Utfordringen er å få frem det som er relevant og viktig i forhold til problemstilling og forskningsspørsmål.

Med forskningsspørsmålene som utgangspunkt og temaene fra trinn en som bakteppe, leste jeg gjennom teksten. Jeg leste nå gjennom intervju for intervju, linje for linje for å finne hva som belyste informantenes opplevelse og erfaringer med trøtthet. Jeg tok for meg et og et forskningsspørsmål og jobbet systematisk. Utfordringen her var å holde seg til det informantene faktisk hadde formidlet og ikke falle for fristelsen til å tolke deres utsagn og beskrivelser. Jeg måtte gå gjennom teksten flere ganger, samt gå litt frem og tilbake i teksten for å finne de ulike meningsbærende elementene som var av betydning.

Teksten som var av betydning for studiet ble nå sortert under kodegruppene:

”Informantenes beskrivelse av trøttheten.” og ”Betydningen trøttheten har for hverdagslivet.”

## 3. Abstrahere innhold i de enkelte meningsbærende enheter

Da andre trinn i analysen var gjennomgått, satt jeg igjen med tekst av meningsbærende enheter som forteller noe om informantenes beskrivelse av trøtthet og hvordan trøttheten har hatt innvirkning på livet deres. Teksten som ikke hadde elementer av dette ble lagt bort.

Teksten under hver kodegruppe ble gjennomgått for å omskrive innholdet til abstrakt mening. Ved denne gjennomgangen kom det frem ulike nyanser som beskriver ulike meningsaspekter.

Informantene hadde ulike erfaringer og beskrivelser. Eksempelvis under koden ”Informantenes beskrivelse av trøttheten.” fant jeg informantenes beskrivelse av trøttheten på ulike måter og med ulik betydning, og teksten ble sortert under; ”Trøtt i kroppen”, ”Mindre arbeidslyst”, ”Uro og bekymring”, ”Mer hvile og søvn”, ”Har det bra” og ”Trøtthetens forløp”. Disse ulike beskrivelsene av trøttheten betegnes som subgrupper.

Teksten under den andre kodegruppen ble gjennomgått på samme måte og subgruppene fikk også her benevnelse ut fra hvilke mening de representerte. Disse subgruppene er det videre materialet for analyse. For å formidle mening og kunnskap om materialet ble nå teksten under de ulike subgruppene omskrevet til et fortettet innhold. Det ble utviklet kunstige sitater som artefakt forankret i data.

#### 4. Sammenfatte betydningen av dette

De kunstige sitatene, artefaktene, var det materialet jeg jobbet videre med nå. Utfordringen var å sammenfatte de kunstige sitatene og gi en beskrivelse som gir kunnskap og som kan deles med andre. Det var viktig å få frem det som informantene faktisk ønsket å fortelle og det de var opptatt av, samtidig beskrive dette systematisk og på en måte som gir kunnskap og forståelse for leseren. Balansen mellom dette måtte jeg hele tiden være opptatt av. Jeg gikk tilbake til temaene på trinn en for å se om det var samsvar mellom det jeg der hadde merket meg med og de funnene jeg nå hadde kommet frem til. Samsvaret her ga meg trygghet for at det jeg var i ferd med å presentere hadde med det som informantene formidlet, deres stemme synes tydelig.

Materialet var tekst fra sju intervju. Opplevelse og erfaringer med trøtthet ga ulike fortellinger. Jeg måtte dermed se til at funnene mine representerte alle informantene. Jeg var også bevisst hva som var sammenfattende for flere og hva som var informasjon fra eksempelvis bare en av informantene. I det kvalitative intervju skal informantene gis mulighet til å fortelle fritt, og det vil dermed være det den enkelte er opptatt av som blir fortalt umiddelbart. Eksempelvis var det hos mine informanter bare en som spesielt var opptatt av det sosiale nettverket og hvilken betydning dette hadde for ham. Slik jeg ser det ved å lese de andres fortellinger, kan dette være viktig for de andre også, men det fikk ikke eksplisitt plass, da det var andre ting som hadde hovedfokus for dem.

Samtidig med at det er nødvendig i kvalitativ forskning å få frem det som er av betydning for den enkelte informant, må funnene ha en god forankring i materialet for å være valid.

I kvalitativ forskning er det ikke antall og omfang som vektlegges, men det som er viktig for den enkelte informant å formidle. Vurderinger i forhold til bredden vil kun ha betydning for overførbarheten ifølge Malterud (2003).

Den sammenfattede teksten fra de sju intervjuene, som ga ulike beskrivelser av mennenes trøtthet, var ikke stort og omfattende slik en kunne forvente. Informantenes fortellinger var hver især unik og beskrev den enkeltes opplevelse og erfaringer, men de brukte få ord og hadde et enkelt språk. De kunstige sitatene var dermed nokså kortfattede. Jeg valgte dermed å ikke lage egne innholdsbeskrivelser for subgruppene, slik Malterud (2003) anbefaler, men heller samle beskrivelsene under en overskrift som var dekkende for innholdet. Selv om informantene bagatelliserte sin trøtthet, snakket alle om en økt trøtthet som de beskrev på ulikt vis. Disse beskrivelsene, utsagnene og fortellingene ble samlet under overskriften: ”En kropp som er trøtt og sliten”.

Alle informantene snakket om sine behov for å sove og hvile mer enn de hadde gjort tidligere. Dette var fremtredende og en opplevelse alle formidlet, så jeg valgte å ta dette frem under eget avsnitt: ”Må sove og hvile mer.”

Mennene fortalte om hvordan trøttheten grep inn i hverdagen deres og de var alle opptatt av fysisk aktivitet. Alle snakket uoppfordret om sin fysiske aktivitet på ulike måter. Dette er presentert under: ”Fysisk aktivitet er av stor betydning for menn.”

Det ble naturlig og nødvendig å ta med deres tanker om kreftsykdommen i tillegg, da dette tydelig var med å prege livet deres. Intervjuene viste både implisitt og eksplisitt momenter for dette, og det ville vært galt overfor informantene å overse betydningen kreftsykdommen har for trøttheten. Disse funnene har jeg kalt: ”Kreftsykdom skaper uro og bekymring.”

Etter noe jobbing frem og tilbake fra de nedskrevde intervjuene, gjennom de fire analysetrinnene og frem til de sammenfattede kunstige sitatene, for å sikre at jeg hadde fått frem det informantene var opptatt av og hadde formidlet, er det under følgende inndeling jeg har funnet å presentere resultatene i neste kapittel.

- En kropp som er trøtt og sliten.
- Må sove og hvile mer.
- Fysisk aktivitet er av stor betydning for menn.
- Kreftsykdom skaper uro og bekymring.

## Kapittel 6.0 PRESENTASJON AV RESULTAT

Jeg har, som beskrevet i kapitlet over, valgt å presentere resultatene inndelt i fire kapittel; en kropp som er trøtt og sliten, økt behov for søvn og hvile, fysisk aktivitet er viktig for menn, og kreftsykdom skaper uro og bekymring. Det har vært vanskelig klart å skille innholdet i de ulike kapitlene da noe av dette har likheter. Trøttheten og slitenheten går igjen hele veien. I første kapitelet forsøkes det å få frem hvordan mennene beskriver sin opplevelse av trøttheten. Kapittel to handler mer konkret om at de trenger mer søvn og hvile. Det tredje kapitlet viser hvilken betydning trøttheten har for deres fysiske utfoldelse og hverdagsliv. I det siste kapitlet er deres bekymringer om kreftsykdom presentert og betydningen av å ha gode relasjoner til helsetjenesten. Alle de sju mennene som er intervjuet har gitt beskrivelser av sin trøtthet, men de nedtoner plager og problemer med gode forklaringer og forsikringer om at ”det går nå bra” og de ”lever et godt liv” og ”er heldige på så mange vis”, fremfor å gi utfyllende beskrivelser for hvordan trøttheten arter seg for dem.

### ***6.1 En kropp som er trøtt og sliten***

Alle informantene beskrev en trøtthet de opplevde og brukte ulike ord for å uttrykke dette. De hadde også ulike erfaringer med trøtthet fra at noen kjente trøttheten før kreften ble oppdaget, andre kjente at trøttheten kom gradvis og alle som hadde fått behandling for sin kreftsykdom kjente en sterkere trøtthet i forbindelse med dette. Graden av trøtthet var forskjellig fra lett grad til noe mer tyngende, men ingen hadde en opplevelse av å være totalt utmattet eller helt tom for energi.

Eksempel på abstraksjonen fra trinn tre i analysen og som et utgangspunkt for presentasjonen lyder som følger:

Jeg ble mer utmatta, trøtt og sliten rett og slett. I forbindelse med strålebehandlingen var det mer utartet. Nå etter hvert har trøttheten flytta seg mer til ettermiddagen. Men trøttheten varer ved, den har ikke avtatt og jeg opplever den stadig. Jeg pleier å si at jeg er lat og føler meg liksom

ikke i form. Jeg er absolutt trøtttere og noen dager går jeg og er sløv og trøtt uten at det er noen grunn til det. Men det varierer litt, noen dager er trøttheten mer utartet enn andre dager.

En av de som opplevde å kjenne seg trøtt og sliten før kreften ble oppdaget, var til lege for andre ting og nevnte tilfeldig at han ikke var i form, var liksom blitt så lat. Dermed ble det gjort ulike undersøkelser og prostatakreften ble oppdaget.

Ved at informantene ble kontaktet for intervju om sin trøtthet, startet en tankeprosess for dem og deres opplevelse og erfaring rundt trøttheten ble klarere. Noen kunne da beskrive at trøttheten var merkbar allerede før diagnosen om prostatakreft var et faktum.

”Jeg begynte å tenke og det gikk opp noen lys i forhold til at jeg kjente trøttheten i forkant og forsto at noe var galt...”

Det var bare noen som hadde opplevd å kjenne trøttheten før kreften ble oppdaget, men alle informantene opplevde trøtthet etter at de fikk bekreftet sin kreftdiagnose. Enten kom trøttheten i forbindelse med behandling og ble ikke borte etter at behandlingen var over, eller den kom gradvis.

”Trøttheten kom umiddelbart etter strålebehandlingen.”

”Nei, altså trøttheten kom gradvis.”

I forbindelse med cellegiftbehandling beskrev de en opplevelse der de kjente seg trøtt og sliten etter behandlingen. Dette ble bedre i løpet av noen dager, men forsterka seg og ble verre ved neste behandling. Nedtur og slapphet var ord som ble brukt på dette. Situasjonen medførte at de ikke orket stort i etterkant av behandlingen, men måtte slappe av og ta de med ro de første dagene etterpå. Ved å sitte i ro var følelsen god og slappheten ikke så merkbar, men bare det å bevege seg, gå og skynde seg medførte en forandring ved at de ble sliten med en gang.

”Da begynte jeg å bli mer trøtt og sliten, og så fikk jeg ei ny nå og da kan jeg si at det forsterka dette.”

Mange hadde fått strålebehandling og opplevde at trøttheten var mer utarta i forbindelse med denne behandlingen, og at de var mer slitne. Da strålebehandlingen var ferdig, beskrives trøttheten som mindre merkbar hos noen. De var i noe bedre form og ikke så trøtte og slitne lenger, men kjente fortsatt at de ikke hadde samme energien som før, trøttheten var der fortsatt. Andre fortalte at trøttheten de kjente i forbindelse med strålebehandlingen ikke ble bedre, men stadig varte ved.

Trøttheten var et fenomen de aller fleste kjente daglig og ble beskrevet som et fenomen de måtte ta hensyn til og innrette seg i forhold til. Andre mente trøttheten ikke hadde så stor betydning og at de levde et normalt liv på tross av at de følte seg mindre opplagt. Noen dager var trøttheten mer merkbar enn andre dager uten at de kunne si hvorfor det var slik.

”Ja, jeg kjenner at jeg ikke er i form.”

”Vil ikke si at trøttheten er noe problem i dag nei...”

Å bli trøtt og sliten i forbindelse med behandling var flere informert om på forhånd, og for så vidt inneforstått med. At de var forberedt på å bli mer trøtt og slapp i forbindelse med behandling gjorde at de tolererte dette bedre. Det at trøttheten ikke ble borte når behandlingen var over, var ingen forberedt på. At trøttheten i tillegg ble mer merkbar etterpå når behandlingen var over, var vanskeligere enn å være trøtt i forbindelse med behandlingen.

”Ja, for du vet at under strålebehandlingen var det gitt at du skulle bli trøtt...”

De fortalte at trøttheten de kjente daglig var noe nytt og beskrives ved at de kjente seg liksom ikke i form. De kjente seg slappere enn før, de var mindre opplagt og hadde ikke samme overskuddet slik de var vant til.

”Ja, jeg var slapp og det ble tyngre...”

”Annerledes, jeg er slappere, ikke så pigg som jeg var...”

”Ja, det har ikke blitt noe bedre, den varer ved...”

Andre ord og beskrivelser de brukte for å fortelle og forklare, var å si at de var lat og at de ikke følte seg i form. Deres daglige aktiviteter var tyngre å gjennomføre. De kjente seg tynge i kroppen og ting gikk saktere.

”Ja, det går saktere og det tar lengre tid å komme seg etterpå.”

Å snakke om at de var trøttere og tyngre i kroppen enn før, medførte at de fleste fort relaterte dette til at de var blitt eldre og at det gjerne kunne ha sin årsak i at de hadde mindre overskudd.

”Ja, trøtthet ja, jeg er nå trøtt da selvfølgelig, men det kan jo ha litt med alder å gjøre også det da at en ikke er så utholdende lenger.”

## **6.2 Økt behov for søvn og hvile**

Eksempel fra analysen på trinn tre er sammenfattet på følgende måte:

Denne trøttheten medfører at en må innrette seg på å hvile mer. Men om en får den hvilen og søvnen som en trenger, går det bra. Så den daglige ettermiddagshvilen er viktig og nødvendig. Tidligere likte jeg å finne på noe sammen med kollegaer i lunsjpausen, nå orker jeg ikke det men må heller få meg en skikkelig hvil. Jeg må ha den hvilepausen, ellers blir dagen tung å komme gjennom.

Alle informantene snakket om at de trengte mer søvn og hvile. Alle sov på ettermiddagen og noen måtte hvile midt på dagen også. Nattesøvnen var god for alle og de fortalte at de sov godt om natten selv om de hadde en lang middagshvil.

Det var interessant å se at noen snakket om middagshvil som noe positivt som gjorde dem godt, mens andre snakket om middagshvil som en uskikk, en uvane og lignende. Men om de snakket om middagshvil med positivt eller negativt ladede ord, var denne måten å innrette seg på for å hvile og få overskudd, god for alle.



”Jeg har tillagt meg den uskikken at jeg sover middag hver dag.”

”Ja, jeg tar meg en middagshvil hver bidige dag og det er veldig positivt.”

Når de kjente trøttheten var det viktig for dem å få hvile om de skulle komme til krefter igjen. Hvile og søvn gjorde at de kjente seg uthvilt igjen og de trengte ikke nødvendigvis hvile så lenge. Noen greide seg med 15 min., mens andre hvilte 1- 2 timer hver dag. Alle fortalte at de sov mer og måtte regulere aktiviteter og ulike gjøremål ut fra dagsformen.

For en av informantene som fortsatt var i arbeid, hadde forandringene etter at ha fikk prostatakraften sin, gjort at han måtte bruke lunsjpausen sin til å hvile fremfor å spille kort, prate, gå tur eller andre ting som han hadde gjort før. Nå var det blitt slik at han så frem til lunsjen midt på dagen for å få hvile litt. Om han ikke fikk til dette av ulike årsaker, ble dagen tung å komme gjennom.

”Ja, det var slik at når jeg var på arbeid så kjente jeg denne trøttheten og trengte mer hvile. Jeg måtte bruke lunsjpausen til å hvile meg.”

### ***6.3 Fysisk aktivitet er av stor betydning for menn***

Det var interessant å lege merke til at alle informantene kom inn på dette med fysisk aktivitet når de fikk utfordringen på å fortelle om sin trøtthet. De snakket om aktiviteten sin på ulike måter relatert til at de nå ikke greide like mye som før ut fra at de kjente seg mindre opplagt og ikke hadde like mye energi som før de fikk sin prostatakraft. Ved spørsmål om de kunne beskrive sin opplevelse av trøtthet, startet de med å fortelle om fysisk aktivitet og da helst treningsaktiviteter. Et tilbakeblikk på hva de hadde gjort av aktiviteter tidligere synes viktig å få fortalt, før de kommer inn på at de nå hadde redusert aktiviteten. Alle hadde et sterkt fokus på fysisk aktivitet, dette var tydelig viktig for dem.

Eksempel på abstraksjon i forhold til fysisk aktivitet:

Jeg opplever at jeg må ha et lavere aktivitetsnivå nå og det kommer av at en føler seg mer sliten og trøtt. Så arbeidslysten har avtatt. Når jeg er hjemme også er det tungt å komme i gang med ulike arbeidsoppgaver. Det å sette i gang med større prosjekter er et enda større tiltak.

De aller fleste var opptatt av å finne årsaker til at de ikke var like aktive som før og mange tilla økt alder som en naturlig årsak til et lavere aktivitetsnivå. Dette ble antydning og brukt som en forklaring på deres situasjon nå. Noen få innså at sykdommen også kunne være av betydning for et lavere aktivitetsnivå, men ingen uttalte dette med tydelighet.

Informantene fortalte om en hverdag der de måtte innrette seg i forhold til trøttheten. I perioder hadde de vært svært passive på grunn av at de ikke hadde orket å holde på med ulike aktiviteter og gjøremål. Den mest passive perioden som ble beskrevet, hadde vært i forbindelse med cellegiftbehandling.

Å være i god fysisk form så de fleste på som positivt og var opptatt av på ulikt vis. Skiturer om vinteren, bær turer og andre turer i skog og mark om sommeren var aktiviteter som ivaretok dette for noen. Samtidig kom det frem at de mente og tok til orde for at de nok kunne vært mer aktiv og at dette med å være i god fysisk form muligens hadde vært bedre for dem og medført mindre trøtthet.

”Ja, sånn som bær turer og molteturer, jeg merker jo da at formen kunne vært bedre.”

Det positive med å trene sammen med kamerater, der de både fikk den fysiske aktiviteten som var viktig og samtidig fikk ta del i det sosiale, ble beskrevet som av stor betydning. Å være flere sammen, gjorde at de lettere kom seg av gårde, da det var noen som ventet at de kom. Å ikke ha denne treninga og møtepunktene medførte ofte en mer kjedelig og passiv tilværelse.

Regelmessig aktivitet og trening var for de aller fleste svært viktig og de fortsatte med dette om de ikke greide like store prestasjoner. Det varierte mellom informantene om de synes det var negativt at de ikke kunne prestere like mye som før eller om de hadde innfunnet seg med dette og opplevde det greit. De aller fleste hadde funnet sin måte å være fysisk aktiv på. Aktivitet og

trening var viktig, og det at de fortsatt kunne holde på med jevnlig fysisk aktivitet hadde de fleste en bestemt mening om var positivt. På den måten mente de å holde både trøttheten og sykdommen på avstand.

Noen hadde et svært regelmessig treningsopplegg der de konkurrerte med seg selv og var opptatt av prestasjoner.

”Jeg var atskillig mer aktiv tidligere.”

”Men nei, så lenge jeg greier å trene og trene fast så går det.”

Arbeidslust var nedsatt og ulike arbeidsoppgaver var tyngre å gjennomføre for alle informantene. Det var tyngre å komme i gang og tyngre å gjennomføre. Pause med hvile var viktig for å holde ut dagen og kjenne at en ikke gikk tom for krefter.

Å omstille seg og ta det mer med ro var ikke bare enkelt, men en nødvendighet for å håndtere hverdagen. Nedsatt kapasitet og andre måter å gjøre ting på var blitt nødvendig og ble omtalt som greit. Det at de kunne akseptere trøttheten og finne en ny regelmessighet i hverdagen, viste seg å gi en bedre opplevelse. De fortalte om sine gjøremål og aktiviteter på en rimelig positiv måte og var oppatt av å få til et liv og en hverdag som de kunne trives med og som var mest mulig slik det har vært før.

## **6.4 Kreftsykdom skaper uro og bekymring**

Det var påfallende å legge merke til hvordan bekymring for kreftsykdom kom til uttrykk. Noen av informantene fortalte om sine bekymringer i forhold til angst for sykdomsutvikling på en mer tydelig og klar måte. Andre snakket om dette mer uklart ved å komme inn på andre med kreftsykdom og hvor trist det er når unge og barn blir rammet. Men at kreftsykdom er en lumsk og uberegnelig sykdom hadde de en klart forståelse og oppfatning om.

<p>Trøttheten i min situasjon er jo sammensatt, den fysiske trøttheten merkes jo daglig og så er det den psykiske i tillegg med tanker og bekymringer om kreftsykdommen. Det er jo alltid en fare for</p>
---

at den kan blomstre opp igjen. Det medfører at om en kjenner det minste blir en bekymret og får en slags angst som medvirker en psykisk trøtthet.

En underliggende bekymring for sykdomsutvikling ble hos flere uttalt med en bisetning når de snakket om at; ”det går jo bra, så lenge sykdommen ikke forverrer seg ”, ”jeg har i grunnen ingenting å klage over, det er verre med barn som får kreft”.

Å sammenligne seg med andre som hadde samme sykdom var nærliggende for de fleste. Mange fortalte at flere av de med samme sykdom som dem selv, som de hadde hatt kontakt med, nå var døde. Kreftsykdom generelt ble også snakket om med bekymring og uro, og da i forhold til dem det hadde gått dårlig med og som var døde av sykdommen. Dette kom informantene inn på helt uoppfordret.

”Jeg traff kona her om dagen og hun fortalte at han var død, borte, borte.”

”Det var ei jente straks oppi gata her, førti år, døde i fjor sommer.”

”Og en kamerat rett nedi her døde nå for et par måneder siden.”

”Jeg kjenner flere med prostatakraft, en tre-fire av dem er døde.”

Å ha en kreftsykdom som de ikke blir frisk av, medførte at de stadig tenkte på om den ville blomstre opp igjen. Dermed ble ulike symptomer, som kunne være ufarlige, tillagt bekymring og de ble lett motløse som igjen medførte trøtthet. De fortalte om at selve trøttheten også kunne medføre bekymringer som gjorde at de ble trøttene og kom inn i en ond sirkel med trøtthet og slitenhet.

”Ja, trøttheten er to ting da, det er den fysiske og at en trenger lenger tid for å hvile. Så er det trøttheten ved at det alltid er noe i bakhode, en psykisk ting, ved dette med faren for at sykdommen skal blomstre opp igjen.”

En bevisst positiv innstilling mente mange var til stor hjelp for å leve et mest mulig normalt liv og for å kunne ha en god hverdag. Det å være positiv ga energi og bevarte livslyst og humør. Om sykdommen skulle blomstre opp var det viktig for dem også da, at de var positivt innstilt. De samlet krefter slik, som en beredskap, om en negativ utvikling skulle dukke opp.

”Jeg håper å kunne bevare livslysten og humøret.”

Bare en av de syv informantene snakket spesifikt om det sosiale og beskrev hvor viktig dette var for ham. Kontakten både med familie og venner hadde høy prioritet, samt dette å være aktivt med på ulike arrangement slik han alltid hadde vært opptatt av og engasjert i. Å innrette seg for å få til dette krevde planlegging, da han må passe på å få den hvilen som trengtes for å holde formen oppe. I perioder må ting utsettes.

”Ja, så har vi litt sosialt etterpå med en kopp kaffe og sånn.”

”Nå på lørdag hadde jeg ikke orket rett og slett. For da var nedturen og slappheten større kan du si.”

Informantene var menn rundt seksti til sytti år og mange var opptatt av at de hadde vært heldig, de hadde fått et langt liv og hadde det bra på mange vis. Om de var trøtte og slitne mente noen at det kunne de jo ha vært uten kreftsykdommen også. Mange ga et positivt bilde av sin situasjon, på tross av trøttheten og kreftsykdommen.

”Men jeg begynner å nærme meg de sytti og det setter sitt preg.”

To av informantene hadde opplevelser og erfaringer som satte dem i en særstilling. De var tydelig mer utrygge, var mer bekymret og urolig og hadde et stort behov for å fortelle om dette. Det de da fortalte og var svært engasjert og oppatt av, var negative opplevelser i møte med helsetjenesten. Deres opplevelser av å ikke bli møtt på en god måte og blitt vist respekt hadde gjort dem utrygge. De hadde ikke fått den informasjonen de trengte og hadde mange ubesvarte spørsmål om sykdommen og om hvilke behandling som var den beste. De opplevde seg dårlig behandlet og hadde fått lite og ingen informasjon ved undersøkelser og kontroller. Opplevelsen av å være overlatt til seg selv uten å få den støtten og hjelpen de hadde behov for, var uttalt. En beskrivelse av trøtthet som direkte årsak til disse bekymringene var tydelig. Erfaringer beskrives som en psykisk trøtthet.

”Ja, uten at jeg hadde fått beskjed var det oppdaget stygge blodprøver og det gikk ett helt år før jeg fikk vite om det og noe ble gjort. Og det var ingenting som fungerte, det var defekte røntgenapparat, streik og sommerferien sto for døra. Ingen hadde tid til å ta seg av meg og dette utvikla seg veldig. Da var en trøtt og motløs ei stund. Ja, det var en psykisk trøtthet da og ikke en fysisk trøtthet.”

”Jeg må etter hvert forlange og få høre noe etter at jeg har vært på kontroll. Det er bedre for hele meg det å få vite.”

## Kapittel 7.0 DISKUSJON

### ***7.1 Mennenes beskrivelse og opplevelse av trøttheten***

Starten på dette studiet var interesse for å finne ut mer om menns opplevelse av fatigue i forbindelse med kreftsykdom, og jeg så frem til å få snakke med disse mennene som hadde opplevd dette på egen kropp og i eget liv. Min forståelse i utgangspunktet var at det skulle bli spennende å høre informantenes beskrivelse og få innblikk i hvordan det var å leve med disse plagene. Altså her så jeg for meg et rikholdig materiale som ville bekrefte mine oppfatninger om hvor krevende og vanskelig dette måtte være for dem, og gi meg innsikt og kunnskap som jeg opplevde at jeg trengte.

Mitt første inntrykk av informantene var at de ikke hadde særlig opplevelse av fatigue, og at dette ikke var noe de var plaget av. Jeg undret meg over hvorfor de da hadde oppgitt trøtthet som et plagsomt symptom og hvorfor de hadde sagt ja til å bli intervjuet i forhold til dette når det ikke var noe problem for dem.

Ved å nærme meg materialet og starte analysearbeidet, fikk jeg etter hvert se at alle informantene snakket om og beskrev fatigue på ulike måter. Det som gjorde at jeg ikke oppdaget dette umiddelbart, var at de snakket med et språk og på en måte der de tydelig ga inntrykk av å mestre ved å fortelle om at de hadde det bra. Utsagnene de kom med, som beskrev deres fatigue nokså tydelig, var understreket med innhold som tok fokuset noe bort fra fatigue og mer over på naturlige forklaringer om hvorfor de var trøtte og med hovedvekt på at de levde et greit og normalt liv. Helt eksakt hvorfor dette arter seg slik er det vanskelig å finne noen forklaring på, men det samsvarer med Lilleaas et al (2001) sine funn at få vil gi inntrykk av at de er trøtte og slitne, men heller vil fremstå som personer med overskudd og arbeidslyst. Om de så opplevde seg trøtte og slitne var dette noe de ikke ville snakke om eller ønsket å si noe klart om. Deres funn viste også at menn snakker om fatigue på en måte der de fremstiller tingene som greit, uproblematisk og bekymringsløst. Menn fremstår også ut fra en oppfatning om at de ikke skal vise svakhet eller at de skal klage over noe (Lilleaas et al, 2001).

Fenomenologien er opptatt av å forstå de daglige opplevelsene for den enkelte, gå litt mer i dybden for å få frem kunnskap og forståelse for det levde livet. Med dette perspektivet som utgangspunkt og ved kvalitativ analyse, var det mulig å få frem noe av de faktiske forholdene for disse mennene og deres fatigue (Malterud, 2003). De fortalte alle om hverdagen sin og hvordan den artet seg, og ved å fortelle om dette kom deres erfaringer og opplevelse om fatigue til uttrykk. Daglige gjøremål og aktiviteter var blitt tyngre og gjennomføre. De kjente seg liksom ikke i form og var slappere og mindre opplagt.

Funnene viste et tidsperspektiv for mennenes fatigue fra å kjenne dette før kreften ble oppdaget, at den debuterte i forbindelse med behandling eller at den kom gradvis etter at de hadde fått sin kreftdiagnose. Jeg har ikke funnet forskning som bekrefter at fatigue oppleves før kreftdiagnosen er stilt. Forskning på fatigue i forbindelse med behandling, etter behandling og ofte i lang tid etterpå finnes det flere studier på (Morrow et al, 2005; Vordermark et al, 2002; Truong et al, 2006).

Fenomenet fatigue, som informantene kjente før kreftdiagnosen ble stilt, ble beskrevet som diffust og uklart. De hadde en opplevelse av å være noe mer trøtt og uopplagt, men ikke noe mer enn det. At det kunne ha noe med en kreftdiagnose å gjøre var ikke opplagt da, men det kom tydeligere frem ved at de fikk spørsmålet om sin trøtthet i forbindelse med sin kreftsykdom ved spørreundersøkelsen (Brenne, 2006) og ved forespørsel om å la seg intervju.

Fatigue som et symptom før kreften ble diagnostisert kan muligens forklares ved at inflammasjonsfremmende cytokiner aktiveres ved kreftsykdom og kan medføre trøtthet (Knobel, 2006). Dette er mulige faktorer som kan være av betydning og gi en forklaring og det eneste som er dokumentert gjennom forskning pr. i dag.

At pasienter med kreftsykdom blir trøtte og slitne i forbindelse med behandling er kjent (Hjøllund et al, 2004; Danjoux et al, 2007). Mennene som fikk denne type behandling, forteller om en trøtthet som var mye mer uttalt i forbindelse med behandling. Det kan blant annet forklares ved den cellededbrytingen som oppstår ved virkning av strålebehandling og cellegift, som har sin effekt ved å gjøre skade på kreftcellene og indikerer celledød (Danjoux et al, 2007).



Behandlingen har den bivirkningen at den også bryter ned friske celler og kroppen settes på høygir for å reparere de skadene som oppstår. Om dette kan være medvirkende til fatigue er bare en antagelse, men kan tenkes å være en årsak. Den psykiske påkjenningen ved å ha en kreftsykdom og få behandling for denne vil også kunne indikere en større slitenhet, nedstemthet og bekymring som også kan medføre fatigue (Carlson et al, 2004; Berndt et al, 2005). Usikkerhet rundt behandlingen med tanke på om behandlingen virker som den skal, hvilke bivirkninger som kan oppstå og hvordan dette vil gå, kan være krevende.

På tross av avsluttet behandling, beskrev de fatigue som en opplevelse de hadde om i noe varierende grad. Felles for alle var at de beskrev fatigue og at de kjente til dette nesten daglig.

Et beskrivende uttrykk som var dekkende for deres fortellinger var: ”Ja, det har ikke blitt noe bedre, den varer ved...”

Mennene brukte ulike ord når de beskrev sin opplevelse av fatigue. Selv om de hadde et språk som ikke var utbroderende og rikt, brukte de likevel uttrykk og ord som var variert. Begreper de brukte var: trøtt og sliten, slapp, det ble tyngre, ikke i form, det går saktere, mindre utholdende, lavere gir, mindre energi, lat, må hvile mer og trenger mer søvn. Dette var ord de brukte når de ble utfordret på å fortelle om sine opplevelser og erfaringer, i sin hverdag og i sin situasjon. Ordene de brukte ga et innblikk i hvordan de hadde det. Det var ord som var negativt ladet. Ord som viste at de hadde en livssituasjon og en hverdag der de måtte innrette seg i forhold til dette. De ga en beskrivelse på hvordan fenomenet fatigue artet seg for dem.

Det er valgt to definisjonene, vist til på side 16, som forsøker å definere fenomenet fatigue. Som nevnt er ikke en entydig definisjon på fatigue funnet. En definisjon som er utarbeidet av The National Comprehensive Cancer Network (NCCN) sier:

“An unusual, persistent, subjective sense of tiredness related to cancer or cancer treatment that interferes with usual functioning.” (Mock et al, 2000)

Definisjonen er svært generell og gir lite konkret beskrivelse av fenomenet fatigue. Den er delvis dekkende for det informantene forteller og hvilke beskrivelser de gir. Hva som menes med at

trøttheten er uvanlig kan det være flere synspunkt på og den gir rom for flere tolkninger. Det kommer ikke så tydelig frem hva informantene i denne studien mente om dette. Min forståelse av hva de sa om trøttheten, er at den var der, men ikke hadde karakter av noe annet enn den trøttheten de var kjent med fra før. Men de sier også at de opplevde at ting var annerledes enn det har vært før og da med tanke på trøttheten. Informantene fortalte om en trøtthet som var vedvarende, slik definisjonen sier, og den var forstyrrende for daglige aktiviteter for de fleste.

Hva som menes med vedvarende kan også diskuteres. Menes det med dette at trøttheten er der hele tiden på tross av søvn og hvile, er ikke dette sammenfallende med mine funn. Mennene i studien sa at de opplevde seg uthvilt etter å ha sovnet. Men kan den forstås dit hen at trøttheten er vedvarende i forhold til at de stadig må sove og hvile mer enn de har gjort tidligere og at aktivitetsnivå og energi er noe lavere enn før, er definisjonen dekkende for det informantene formidlet.

Fatigue oversettes til norsk med trøtthet/utmattelse. Utmattet er en sterk beskrivelse og karakteristikk. Utmattet er noe mer enn trøtt og sliten, slik jeg tolker det, og har en større negativ ladning. Utmattet var ikke et ord mennene i denne studien brukte. Ordene og beskrivelsene de anvendte var av en annen karakter og jeg oppfattet dem som primært trøtte og slitne, men ikke som utmattet. Det eneste som kunne være i nærheten av en slik beskrivelse var i forbindelse med cellegiftbehandling og da de første dagene etter en cellegiftkur.

Informantene beskrev sin opplevelse med uttalelser som: ”Det ble liksom litt annerledes, jeg er slappere, ikke så pigg som jeg var.”, så ga de en videre forklaring og uttalte: ”Vil ikke si at trøttheten er noe problem i dag nei...” Deres opplevelse og erfaringen de formidlet, ga meg en forståelse av at de var rammet av trøtthet/fatigue, men i mindre grad enn de ulike definisjonene på fatigue tar høyde for. Om dette kommer av min forståelse av definisjonene, der jeg legger inn en større negativitet, kan være. Det kan også være slik at mennene ville fremstå som mindre trøtte enn de virkelig var (Lilleaas et al, 2001).

Det blir da også et spørsmål om informantene i denne studien kommer inn under diagnosen fatigue når dette begrepet oversettes til norsk med trøtthet/utmattelse, og informantene ikke

brukte begrepet utmattet. I alle fall har denne studien gitt meg en annen forståelse og innsikt i fenomenet, og hvordan dette artet seg for disse mennene. Selv om fatigue artet seg noe forskjellig for de ulike informantene, var det ingen som beskrev en opplevelse av total utmattelse, som også var den beskrivelsen og oppfatningen av fatigue jeg hadde med meg i tankene før jeg startet dette studiet.

De aller fleste håndterte sin fatigue på en måte der de var opptatt av å leve et normalt liv slik de hadde gjort før de fikk kreftdiagnosen. Deres uttalelser viste at dette var noe de fikk til, og at trøttheten ikke hadde så stor innvirkning på hverdagen at de måtte legge om livet helt, selv om det krevde en del tilpasninger.

Informantene hadde alle hatt sin kreftsykdom noen år (5 – 7 år) da intervjuene ble gjort, og hadde hatt tid og mulighet for å kunne innrette seg på sin fatigue og finne sin måte å takle disse påkjenningene på.

Antonovsky (1987) er opptatt av og beskriver en forståelse for hvorfor noen håndterer påkjenninger og stress på en bedre måte enn andre, ut fra sin teori om ”opplevelse av sammenheng” (OAS) (Antonovsky, 1987). Det kan synes som om mennene i dette studiet, som beskrev at de håndterte sin fatigue på en måte der de levde et godt og greit liv, innehadde noe av disse egenskapene / komponentene, slik jeg oppfatter det. En person med en sterk OAS har en grunnleggende tillit til at ting skal gå bra ved at de har ressurser for å håndtere vanskeligheter. Om noe oppleves uoversiktlig og forvirrende, ser de muligheter for løsninger. En person med sterk OAS har evne til motivasjon for handling, mens en med lav OAS blir handlingslammet. Å bli rammet av kreftsykdom, som en ikke blir frisk av og som i tillegg gir plager i form av fatigue, er en krevende og stressende situasjon å komme i. Evnen til å se på problemet som begripelig og håndterlig er en ressurs. Den OAS sterke person greier å se med større klarhet, tydelighet og mer differensiert, de ser en utfordring og ikke bare en byrde. At mennene i dette studiet var OAS sterke personer synes for meg nokså klart. I alle fall hadde de over tid funnet sin måte å håndtere problemet på og hadde funnet sin måte å innrette seg på der de var rimelig tilfreds. At alle disse informantene synes å være OAS sterke personer, om dog i varierende grad, er interessant (Antonovsky, 1987).

De som er OAS svake personer vil gjerne ha en mer passiv og mindre positiv innstilling til et liv med kreftsykdom og fatigue etter Antonovsky's teori (1987) og beskrivelse. Disse personer vil kunne ha et mer forvirret og uklart bilde av sin situasjon og egentlig ikke ha ønske om å mestre den (Antonovsky, 1987). Beskrivelsene som her gjøres kan være en medvirkende årsak til at personer med en lav OAS ikke blir med i en undersøkelse som denne. Selv om dette bare er en antagelse og undring må det tas med i vurderingen av funnene i denne studien. Opplevelse, beskrivelser og erfaringer som kommer frem i denne studien gjelder de informantene som her er intervjuet og kan ikke overføres til å gjelde alle menn med prostatakreft og fatigue. Dessuten er det i fenomenologien spørsmålet om informantenes bevissthet som har fokus, hva og hvordan ting blir oppfattet og opplevd. Altså er det ikke "det objektive sanne" som er viktig og som beskrives, men hvordan virkeligheten oppleves av informanten (Giorgi, 1997). Metoden kan bidra til å presentere mangfold og nyanser og gi beskrives ut fra flere perspektiv. En studie vil ikke kunne ha med alle perspektiver, men det søkes å ha det perspektiv som er relevant for den problemstilling som ønskes belyst (Malterud, 2003).

Ny forskning viser at unge menn opptrer på en annen måte overfor kvinnelige leger enn overfor mannlige. De opplever mannlige leger som røffe og kjappe, noe som gjør at samtalen og formidlingen av hva de er opptatt av vil bli forskjellig i møte med mannlige og kvinnelige leger (Bjørnerud, 2006). Om lignende mekanismer kan ha vært gjeldende og har gitt innvirkning på hva mine mannlige informanter har formidlet til meg som kvinnelig forsker, er vanskelig å si noe sikkert om. Men at det er av betydning for hva informantene forteller i en gitt intervjusituasjon ut fra hvem som intervjuer og hvordan dette gjøres, er et moment som det er viktig å ta høyde for i forhold til hvordan forstå og hente ut kunnskap fra studiet.

### **7.1.1 Endret søvnbehov**

Det kom frem eksplisitt og tydelig at alle informantene oppga at de trengte mer søvn etter at de fikk prostatakreft. De måtte alle hvile mer og sov mer enn de hadde gjort før. Kaempfer et al (1986) sin definisjon viser til en trøtthet som ikke forsvinner ved søvn eller hvile (Schjølberg,

2000). Dette er forskjellig fra hva mennene beskrev i denne studien. De hevdet alle at søvn og hvile var til god hjelp. Bare de fikk den søvnen og hvilen de opplevde de trengte når trøttheten meldte seg, var de i uthvilt etterpå.

Flere av mennene fortalte om ettermiddagshvilen de hadde hver dag. Noen snakket om dette på en positiv måte og mente det var en god vane. De tok til orde for at de gjerne hadde sovet på ettermiddagen om de ikke hadde hatt prostatakreft også. De fortalte at de sov fra et kvarter til en halv time og opplevde at det gjorde godt og at de var uthvilt etterpå. En av mennene som hadde en mer uttalt sykdom og var under behandling, sov en til to timer hver dag og opplevde det godt. Dette gjorde at han kunne ha overskudd til å være sosial og aktiv på ulike områder. Han var bevisst på at å sove om ettermiddagen var med på å heve hans livskvalitet.

Mennene jeg intervjuet hadde innrettet seg på en måte som gjorde at de taklet sine problemer på en god måte. De hadde funnet en strategi å håndtere fatigue på som kunne forstås og forklares ut fra Antonovsky's teori (1987) der de så ressurser de kunne benytte for å klare de krav de ble utsatt for (Antonovsky, 1987). De hadde en motivasjon og et pågangsmot som medførte at de tok i bruk sine ressurser for å oppnå det de opplevde meningsfullt og viktig i livet sitt. Erfaringer av å finne krefter etter søvn og hvile gjorde dette til noe nødvendig og viktig.

Andre beskrev ettermiddagshvilen de hadde som en uvane eller uskikk. De hadde stort behov for å sove og hvile seg, og hadde stor nytte av det, men var tydelig ikke bekvem med å fortelle det på en positiv måte. Disse hadde en noe mindre positiv opplevelse av hverdagen sin med fatigue. Deres evne til å håndtere hverdagen var ikke like lett som for de som så på det med ettermiddagshvil som en ressurs, og kunne bruke det mer positivt og bevisst. De hadde muligens vanskeligere for å innrømme at de var trøtte (Lilleaas et al, 2001).

Flere fortalte også om at de måtte sove og hvile etter ulike arbeidsoppgaver og fysiske anstrengelser. Disse mennene var stort sett pensjonister som kunne hvile når de trenger det. Rollemønsteret og at de hadde en kreftsykdom gjorde at de tillot seg å hvile når de følte behov for det. Det var deres privilegium og ressurs (Antonovsky, 1987; Lilleaas et al, 2001).

Livsmønster og vaner medførte en måte å håndtere dette på, slik at kroppen fikk hvile og de fikk nye krefter igjen og kunne håndtere hverdagen og oppgavene sine på en måte de fant meningsfull. Det er noe av dette Thornquist (2003) sier ved å hevde at kroppen er bærer av spor som formidler budskap, og at bevisstheten må handle for å håndtere dette (Thornquist, 2003).

Å være yrkesaktiv med fatigue, kan by på utfordringer. En av informantene fortalte at han etter å ha blitt kreftsyk og hadde fått fatigue, måtte bruke lunsjpausen sin til å hvile. Tidligere så han frem til pausen for å kunne prate med kolleger, spille kort, gå tur eller lignende. Nå måtte han hvile om han skal holde ut arbeidsdagen. De gangene han ikke fikk denne hvilen, ble dagen tung å komme gjennom. Dette var en utfordring for ham.

De i yrkesaktiv alder, som har det slik det her beskrives, kan komme ut for problemer om ikke arbeidsplassen kan gi mulighet for hvile når de trenger dette. Om ikke forholdene er lagt til rette kan det gi unødige vanskeligheter for den ansatte. Det å kunne fortsette i arbeid kan også bli problematisk. I en tid da det synes viktig og det vektlegges stor verdi at folk er i arbeid, vil informasjon og kunnskap om slike ting være nødvendig. Både helsepersonell, pasienter, pårørende, kollegaer og arbeidsgivere trenger informasjon om dette. Kunnskap om hvordan denne trøttheten kan arte seg, blir viktig kunnskap som bør formidles slik at alle parter kan være forberede på dette og forstå hvordan dette er og hvordan det kan avhjelpes. Informasjon til ulike arbeidsplasser kan være med å skape en større åpenhet, forståelse og en lettere hverdag for dem som trenger dette, samt en mulighet for tilrettelegging for å kunne få hvile på arbeid.

### **7.1.2 Endret fysisk aktivitet**

Fysisk aktivitet viste seg å være viktig for mennene jeg intervjuet. Uten at de ble spurt om det eller det var tema for samtalen, kom de aller fleste inn på sin fysiske aktivitet. Dette startet de gjerne med, ved å vise til eller å fortelle om, når de ble utfordret på å snakke om sin trøtthet og hvordan dette artet seg for dem. Det som kom frem, var en beskrivelse av at de var i mye mer aktivitet tidligere, før de fikk sin kreftsykdom. Nå hadde de redusert sin aktivitet ut fra at de ikke orket like mye som før. Men fortsatt var de opptatt av fysisk aktivitet og hadde en bestemt

formening om at dette var viktig og positivt både for kroppen generelt og for å holde sykdommen unna. Noen fortalte at legen deres hadde sagt at de måtte holde seg i fysisk form, og var klar på at dette var et godt råd å få.

Ved å gjennomgå materialet fra intervjuene var det interessant å se hvor gjennomgående de var opptatt av sin fysiske aktivitet. Forskning viser at menn har lettere for å være opptatt av det konkrete i situasjoner (Pease, 1999). Fremfor å finne ord for å beskrive trøtthet, er det lettere å snakke om hva de gjør og ikke kan gjøre lenger på grunn av trøttheten. Trøtthet er en følelsesmessig opplevelse som de ofte kan ha vanskelig for å finne ord for å beskrive, eller rett og slett ikke forstår helt. Det kan også være at de ikke har tillatt seg å kjenne etter hva dette faktisk er (Ekvik, 2002). De er ofte mer opptatt av tankene rundt en situasjon, enn følelsene (Medhus, 1996).

Jeg ser i ettertid at det ville vært nyttig og utfordret dem på om de hadde kunnskap om at fysisk aktivitet kunne være med å bedre trøttheten deres. Forskning viser at tilpasset fysisk aktivitet er et av de få tiltakene som kan gi en bedring av fatigue (Mock et al, 2000; Courneya, Friedenreich, Quinney, Rhodes, Handman, 2003; Dimeo, Thomas, Raaber-Messen, Propper, Mathias, 2004). Jeg hadde et bestemt inntrykk av at de tilpasset sin fysiske aktivitet ut fra det de opplevde var greit for dem. De likte å være i fysisk aktivitet på ulike måter og kjente at det var viktige aktiviteter for dem. Noen tok til orde for at de nok kunne ha økt sin aktivitet og at de kunne vært i enda bedre fysisk form. Jeg tenker at deres fysiske aktivitet, at de var aktive og opptatt av å regelmessig holde på med fysisk arbeid eller trening, kan ha gitt en ubevisst gevinst som kan ha vært med på å bedre deres opplevelse av fatigue.

Det var store forskjeller på hva de mente med og la i sine fysiske aktiviteter, fra de som så på fysisk aktivitet som det daglige arbeidet på gården og til de som flere ganger i uka trena ved å løpe ei fast løype og konkurrerte med seg selv ved å ta tida og se hvor fort de greide turen i dag. En fortalte om et kameratlag der de trente regelmessig på treningsstudio med sykling, vekter og sånn, og en kaffekopp etterpå. Dette var et viktig møtepunkt både for den fysiske treningen og for det sosiale. I perioder da han ikke orket å gå dit, ble det kjedelig, som han sier. Han så frem til dette og var innstilt på å holde på så lenge han bare kunne, selv om han ikke orket å prestere like

mye som før. Han hadde innfunnet seg med å ikke greie like mye lenger, men var opptatt av å fortsette på et nivå som han kunne klare og var tydelig på at det var viktig og greit for ham.

Ut fra dette ser vi at det er ulike måter å håndtere sin situasjon på. Mennene var opptatt av og gjennomførte sin fysiske aktivitet på ulikt vis. De gjorde det på sin måte og ut fra hva de selv opplevde meningsfullt og hadde ressurser til. Antonovsky (1987) hevder at en OAS sterk person ikke bare har en måte å mestre situasjoner på, men evner å ta i bruk ulike strategier.

Stressfaktorer kan ha ulik betydning og ulik karakter, ved å ta stressfaktorenes karakter i betraktning kan en bruke ulike ressurser for å håndtere dem.

En person med en sterk OAS velger den mestringsstrategi, der ser ut til at være mest velegnet til å håndtere den stressfaktor, vedkommende står over for. (Antonovsky, 1987, s. 154)

Stressfaktorene kan være store og av betydning for ens liv som hos disse informantene. Likevel ser det ut til at de har evne til å tåle dette, for å si det på den måten. De viste engasjement til å mobilisere krefter slik at de kunne håndtere dette og at skaden ble så liten som mulig. De evnet å opprettholde et liv og en hverdag der problemene ble mindre og lindring ble oppnådd. Det kan hevdes at deres håndtering av stressfaktorer er med på å fremme helse og om mulig hindre sykdomsutvikling (Antonovsky, 1987).

At de var opptatt av å leve et normalt liv, med fysisk aktivitet, på en måte de hadde gjort før, på tross av kreftsykdom og fatigue, og ut fra legens råd om å holde seg i fysisk aktivitet, kan være en viktig årsak til at de hadde en bestemt opplevelse av å ha det bra, da forskning viser at fysisk aktivitet er med på å redusere fatigue (Mock et al, 2000; Courneya, Friedenreich, Quinney, Rhodes, Handman, 2003; Dimeo, Thomas, Raaber-Messen, Propper, Mathias, 2004).

En fortalte om sin situasjon der det stadig går nedoverbakke som han sier. Dette begrunner han med at han stadig trengte lenger tid på å løpe sin faste tur. Han målte nærmest sin helsetilstand ut fra hva han kunne prestere fysisk og uttalte at: "Så lenge jeg greier å trene og trene fast så går det..." .



Jeg oppfatter dette dit hen at han kjente og erfarte at det gikk dårligere med han, den fysiske formen tapte seg og kreftsykdommen var truende. Dette mestret han ved å trene regelmessig og opplevde at dette var med på å gi mening ved at han gjorde noe aktivt selv. Hvordan det kan bli den dagen han ikke greier dette lenger kan synes uavklart og vanskelig ut fra utsagnet hans, men ved å være en OAS sterk person vil han gjerne ha evne til å se nye muligheter for å håndtere situasjonen (Antonovsky, 1987).

Forskning og studier, som er gjort på menns måter å reagere og håndtere situasjoner i livet på som er krevende og vanskelige, er ofte innenfor fagområdene ekteskap og samliv, og ved sorg og tap (Ekvik, 2002; Medhus, 1996; Pease, 1999; Nordvoll, 2006).

Menn har ofte et aktivitetsbehov når de strever med bekymringer, de har andre måter å mestre påkjenninger på enn kvinner. Kvinner har gjerne behov for å prate, mens menn heller gjør noe fysisk (Ekvik, 2002; Nordvoll 2006). Å bruke kroppen er menns strategi og vil være positivt både for den fysiske og den psykiske opplevelse. Det er deres måte og kan være en god hjelp til å mestre problemer som oppstår på (Ekvik, 2002). En av mennene beskrev dette godt:

”Du trener både kroppen og trener den psykiske motstandskraften. Det er helt sikkert ja. Så det hjelper mye på det psykiske at man er mye ute og rører seg. Veldig mye også.”

## ***7.2 Å leve med kreftsykdom og trøtthet***

Prostatakreft blir ofte regnet for en kreftsykdom pasientene lever med i flere år og som har svært ulike behandlingsforløp. Dette går frem av kapittelet om prostatakreft (s.5). Det sies ofte at prostatakreft ikke er en sykdom en dør av, men dør med. Men det finnes også tilfeller der sykdommen er aggressiv og sprer seg fort og får en dødelig utgang. Dette er altså en kreftsykdom som en nesten aldri blir frisk av, men som alltid er der og som pasienten må leve med (Klepp, 2006). Å være i denne situasjonen vil de fleste kunne forestille seg må være en vanskelig og krevende. Hvilken informasjon og forståelse pasientene har fått fra lege eller annet helsepersonell, vil være viktig for hvordan de kan mestre dette. Det pågår stadig studier som

forbedrer behandling og overlevelse for prostatakreft. Denne kunnskapen vil ofte pasientene få informasjon om fra ulike kilder som media, familie og venner, noe som indikerer at legen tar seg tid til å lytte til hva de vet, hva de er bekymret for og opptatt av, og gir dem riktig og oppdatert informasjonen, samt den informasjonen som er viktig for akkurat dem og deres krefttilfelle. Det å sammenligne seg med andre med samme diagnose er umulig da dette arter seg så forskjellig (Klepp, 2006). Dette er også viktig å formidle slik at pasientene forstår hvordan deres sykdom er og hvordan akkurat deres tilfelle og de skal behandles. Det gir en større forutsigbarhet for pasienten. Her har helsetjenesten en stor utfordring i en travel hverdag overfor menn som ikke så tydelig og lett kommer med sine tanker og bekymringer. At helsepersonell ikke vektlegger fatigue (Wessly et al, 1996) kan også medføre at pasientenes behov blir oversett og ikke gitt tid og rom.

Også i denne sammenhengen er Antonovsky`s teori (1987) en støtte og hjelp til å forstå og kunne gi hjelpe. Mennene som er rammet av kreftsykdom og fatigue, har fått et budskap som hjernen oppfatter klart: ”Du har et problem.” Aspekter i dette kan deles i to; problemløsning, det instrumentelle aspekt, og det følelsesregulerende. Spenningen eller stressfaktoren avspeiler en erkjennelse i hjernen på at du har et behov som ikke er oppfylt. For å nå et mål om å løse problemet må en gjøre noe (Antonovsky, 1987). For menn, som ofte har et instrumentelt aspekt, er det tankene som dominerer. De er først og fremst opptatt av tankene, forsøker å finne fakta, årsakssammenhenger og forklaringer (Ekvik, 2002). Ved å bli møtt på en god og respektfull måte, få relevant, tilpasset og nyttig informasjon og kjenne at det er noen som ønsker det beste for deg, vil være av betydning for å kunne håndtere livet og hverdagen med kreftsykdom og fatigue. Stressfaktorene gjøres begripelige og gjennom erfaringer med å mestre hverdagen tåles påkjenningene bedre etter hvert. Sagt på en annen måte; å kjenne at en har en mulighet for å forstå sin egen situasjon, kunne stole på andre, ha ressurser til rådighet og være med å styre sin egen hverdag på en noenlunde forutsigbar måte, er positive faktorer som kan medvirke til et bedre liv (Antonovsky, 1987).

Mennene som uttalte dette hadde en hverdag med mange bekymringer og opplevde utrygghet. De hadde ikke nok kunnskap for å håndtere situasjonen, samt at de opplevde helsepersonell som ikke tok nok ansvar. Å leve med kreftsykdom og fatigue ble en vanskelig og utrygg situasjon. Muligheten for at disse kunne håndtert sin situasjon bedre, ut fra Antonovsky`s teori (1987), er at

de fikk informasjon og kunnskap slik at tankebildene ble mer tydelige og ulike ressurser lettere kunne tas i bruk (Antonovsky, 1987). Det var dette disse informantene hadde størst behov for å snakke om i intervjuet jeg hadde med dem. De var utrygge og bekymret ved at de ikke hadde opplevd gode møter med helsepersonell og de hadde et stort behov for å vite mer om sykdom og behandling.

Resultater ved spørreundersøkelse til kreftpasienter om deres opplevelse av å få en kreftdiagnose og hvordan de opplevde møtet med heletjenesten (Brenne, 2006), viser at kreftpasientene i stor grad var fornøyd med informasjon og samtaler både med lege og sykepleier. I den studien var det stilt spørsmål om informasjon i forbindelse med; informasjon om sykdommen, informasjon om behandling, informasjon om bivirkninger og informasjon om praktiske ting i hverdagen som følge av diagnosen. Det interessante var å se at pasienter med prostatakraft var de som skåret dårligst på alle disse spørsmålene foruten dette med praktiske ting i hverdagen, der de med lungekreft og gynekologisk kreft skåret dårligere (Brenne, 2006). Dette gir et signal om at en forbedring på dette område er viktig for denne pasientgruppen.

De som opplevde sin fatigue og sin situasjon med kreftsykdom med stadig bekymring for hvordan dette kan gå, og ikke hadde fått informasjon og fått kunnskap om dette, hadde ofte en dårligere livskvalitet. Informantene sa:

Når jeg er på kontroll sier dem at jeg får høre det om det er noe galt. Ja, jeg sa det sist nå at jeg ville forlange å få vite det, for det er nå litt greit å få høre uansett da, det er mye bedre for kroppen og hele meg.

Ja, å få beskjed om at det var noe galt, da var det ingenting som stemte og det var veldig vanskelig å få hjelp.

De aller fleste informantene ga uttrykk for bekymring i forhold til kreftsykdommen, men de som opplevde en god relasjon til helsetjenesten hadde en helt annen beskrivelse og opplevelse. Deres erfaringer bar preg av en større trygghet. De forholdt seg til den informasjonen de hadde fått om kreftsykdommen og kunne i større grad håndtere dette.

Men også de hadde uttalelser som viste at de stadig levde med en trussel, slik disse utsagnene illustrerer: ”Det går jo bra, så lenge sykdommen ikke forverrer seg.” ”Jeg har i grunnen ingenting å klage over, det er verre med barn som får kreft.”

Disse uttalelsene forteller og beskriver godt hvilke bekymringer som ligger i tankene og som også kan medføre en mer uttalt fatigue. Samtidig har de et islett av forutsigbarhet, som gjør situasjonene mer håndterlig for dem, slik jeg forstår det.

En viktig faktor når sykdom rammer, er å bli møtt og tatt vare på (Martinsen, 2003). Ut fra det som er beskrevet vil det være viktig å forstå at menn er oppatt av konkret informasjon og faktakunnskap. Når de forstår, har oversikt og situasjonen er mer forutsigbar, har de en større forutsetning for å håndtere situasjonen og kan gå videre i livet på en bedre måte (Ekvik, 2002). De informantene i dette studiet, som opplevde sykdom og fatigue, og som hadde en meningsfull og grei hverdag, var alle godt fornøyd med helsetjenesten. De opplevde gode relasjoner og følte seg trygge på behandlingen de fikk. Resultatene viser at helsetjenestens rolle og hvordan de opptrer i møte med pasientene er av stor betydning for pasientenes livskvalitet og forutsetningen for å takle sin situasjon.

Den grunnleggende tillid til, at tingene nok skal gå, at man har ressourserne til å håndtere situationen, at det, der nu virker forvirrende, nok skal blive begripelig, at der er mulighed for opløsning af spændingen – denne tillid er i sig selv en relevant ressours. (Antonovsky, 1987, s. 151).

Antonovsky (1987) tar til orde for at personer med en sterk OAS, søker informasjon når den er til hjelp for dem. De søker ikke informasjon når den fremkaller overbelastninger, samtidig som de heller ikke lukker seg for den. De skiller også på ønske om informasjon og diskusjon, og ønsker om innflytelse på behandling. Data indikerer at leger undervurderer det første og overvurderer det siste (Antonovsky, 1987). Dette er interessant og viser at evnen til å lytte til hva personer egentlig ønsker å vite og vil ha informasjon om, er en viktig og nødvendig egenskap. Altså understreker dette behovet disse mennene har for å få konkret informasjon om sin sykdom og sin situasjon.

Som nevnt tidligere i dette kapittelet er prostatakreft en sykdom som indikerer ulike behandlinger og har ulik prognose. Det at de da sammenlignet seg med andre, kan være en unødig belastning ut

fra at prognosen kan være en helt annen for dem. Mangel på kunnskap om dette medfører at de ikke får mulighet til å finne sammenhenger, forståelse og forutsigbarhet, som er viktige faktorer for å håndtere sin situasjon bedre.

”Jeg traff kona her om dagen og hun fortalte at han var død, borte, borte.”

De bekymringene som mennene hadde og som kom til uttrykk mer eller mindre klart uttalt, var i hovedsakelig i forhold til kreftsykdommen. Men at fatigue kan være med på å forverre situasjonen er det vel liten tvil om. Det å kjenne seg trøtt indikerer gjerne at noe er galt, og tanken på at det kan være kreftsykdommen som ”rører” på seg er nærliggende. At fatigue oppleves av de fleste kreftpasienter i større eller mindre grad, også uten at årsak kan finnes, vil være viktig kunnskap for å unngå unødige bekymringer for hva dette er og kan være.

Å være utstyrt med en positiv innstilling som vuggegave må være et stort pluss i livet. Å ha en positiv innstilling er med på å gi overskudd og evne til å se muligheter. Det er få forunt å ha det slik, stort sett må alle jobbe seg gjennom motgangen i livet og noen ytre faktorer må være på plass for at tilværelsen skal bli optimal. Med en bevisst holdning er det mulig å oppnå en større positivitet ved å styre tankene mot det som er godt i livet og fra det som er truende og vanskelig. Å være positivt innstilt gir ofte energi og overskudd, og kan være en beredskap om negative ting dukker opp (Skard, 2004).

”Jeg håper å kunne bevare livslysten og humøret.”

Denne uttalelsen viste evne til ett slikt fokus. En erfaring der dette hadde vært en viktig faktor i livet for å komme gjennom vanskelige og vonde opplevelser. Informanten var tydelig på at dette hadde livet lært ham. Samtidig lå det en usikkerhet i dette ved at uttalelsen var vag ved at det håpes.

Uttalelser der mennene viste til at de hadde fått leve et langt liv og hadde hatt det bra på så mange måter var også en positiv holdning og innstilling. De mestret sin situasjon bedre ved at de tenkte på denne måten, slik jeg oppfatter dem. Det er en begripelighet som de håndterer og som gir

mening i livet deres (Antonovsky, 1987). Informantenes uttrykte ord understreker dette: ”Men jeg begynner å nærme meg de sytti og det setter sitt preg.” ”Jeg har i grunnen ingenting å klage over, det er verre med barn som får kreft.”

Deres rasjonelle tenkemåte, som ofte er så typisk for menn, blir en støtte i en krevende livssituasjon (Ekvik, 2002, Nordvoll, 2006).

Sosiale relasjoner for mennesker kan være av betydning for hvordan de opplever sin livssituasjon. Av informantene i studien var det ingen som fremsto som ensomme, de hadde sine rundt seg enten det var ektefelle, barn og barnebarn eller venner. De viste tydelig at dette var av stor betydning for dem på en svært positiv måte. Dette var viktige faktorer som ga livet rikdom og mening.

Selv om informantene i utgangspunktet var i en vanskelig og krevende livssituasjon med kreftsykdom og fatigue, fortalte de alle om opplevelser og erfaringer der de hadde kjent på ulike utfordringer, men som de håndterte på en måte som ga mening for dagene og livet. Deres evne til å tilpasse seg medførte at de mente de hadde det brukbart på tross av sine plager.

## Kapittel 8.0 AVSLUTNING

Kunnskap er nødvendig for utøvelse av sykepleie til pasienter. Nasjonale føringer legger opp til at praksis må være evidensbasert. Kunnskap skal sikres gjennom forskning som gir gyldighet. Denne studien kan være et viktig bidrag til dette.

Jeg har snakket med menn som har kjent trøtthet / fatigue på egen kropp og i eget liv. Den overordna problemstillingen har vært å beskrive hvordan menn med prostatakreft opplever trøtthet. De har fortalt om sine erfaringer med dette. Det disse mennene har fortalt ved å la seg intervju, noe jeg er takknemlig for å ha fått tatt del i. Mine forestillinger og min kunnskap om fatigue før jeg startet studien, var av en annen karakter og hadde et annet innhold enn den jeg har nå.

Jeg trodde jeg skulle møte menn som var utmattet og hadde en svært vanskelig hverdag, da de i utgangpunktet hadde gitt uttrykk for at trøttheten var et plagsomt symptom. Det jeg møtte var menn som hadde disse plagene, ja, men med evne og egenskaper til å tåle og å takle påkjenninger på en måte som gav dem et godt liv og en meningsfull hverdag.

Beskrivelse av sine plager og bekymringer kom frem og er gitt et innhold i oppgaven. Denne kunnskapen håper jeg kan bli til nytte for å begripe og forstå disse mennene og eventuelt menn i lignende situasjoner. Fenomenet er gitt en beskrivelse slik disse mennene snakket om det. Den fenomenologiske forståelsesform har vært ansatsen i prosessen både med tanke på datasamling, analyse, drøfting og teorivalg. Med utgangspunktet i dette perspektivet er det forsøkt å få frem informantenes opplevde livsverden og synliggjøre den. Dette gir bare noen svar på fenomenet fatigue. Med et annet perspektiv og med en annen innfallsvinkel som utgangspunkt ville det ha gitt andre svar.

I praksis vil det bli viktig med en større bevissthet rundt fenomenet trøtthet / fatigue. Jeg ser verdien av å gi pasientene en bedre mulighet for å fortelle om sine erfaringer i forhold til trøtthet og en nødvendighet at helsepersonell gir tydelig informasjon om dette. Studien og forskning viser at menn ønsker informasjon som gir dem mulighet for å forstå og begripe, og derved ha en bedre kontroll over livet og hverdagen. Det var flere av informantene som absolutt kunne hatt det lettere ved å oppleve å bli møtt på en bedre måte av helsepersonell og

ved å få tydeligere informasjon. Kunnskap hos helsepersonell bør bedres og i samtaler og møte med disse pasientene må temaet tas opp.

Utfordringer i møte med menn som pasienter, som ikke så lett kommer inn på sine svakheter og behov, slik jeg opplevde informantene i denne studien, vil være: Hvordan få frem deres behov? Det å være konkret i forhold til menn vil være av betydning. Jeg tror at skjema med konkrete spørsmål om trøtthet 7 fatigue kan være et viktig hjelpemiddel å ta i bruk. Et skjema som kan gi oss innsikt i graden av trøtthet hos den enkelte pasient og være utgangspunkt for en samtale rundt problematikken. Utarbeidelse av et slikt redskap vil være et viktig tema for videre prosjekt. Skjemaer som finnes i dag kan synes, slik jeg ser det, å være for omfattende til denne gruppen av pasienter vi her har for oss (Stone et al, 2001; Vodermark et al, 2002; Danjoux et al, 2007; Hjermstad, 2007).

Resultatene viser, slik jeg ser det og har erfart gjennom denne studien og ved teorigjennomgang, at det er vanskelig å finne en entydig definisjon for fatigue. Mennene hadde sin egen historie, sin egen erfaring og sin egen opplevelse. Det var krevende å sammenfatte dette i en felles presentasjon. Jeg vurderte en periode å analysere hvert intervju enkeltvis og fremstille materialet fra hver informant for å bedre få frem nyansene. Dette ble valgt bort og en mer sammenfattet analyse og presentasjon er gjort. Jeg har likevel forsøkt og lagt vekt på å være tro mot mennene, slik at deres stemme er hørt og har fått rom.

Studien er retrospektiv der mennene har hatt sin trøtthet over noen år og forteller om trøtthet de har opplevd. Dette har i seg den svakheten at opplevelse og erfaringer kan være glemt eller deler av dette i ettertid kan sees på en annen måte enn da de sto midt i dette. Det prospektive kommer til uttrykk ved at de også forteller om hvordan de hadde det da de ble intervjuet. For å få en enda bedre dybdekunnskap om deres opplevelse av trøttheten ville et prospektivt og longitudinelt design være det beste. Da ville en kunne gripe endringene i opplevelsen av trøttheten etter hvert som mennene gjennomlevde dette.

På tross av dette kan denne studien, som har et retrospektivt og prospektivt design, gi kunnskap om fenomenet fatigue hos menn i denne studien, gi en større forståelse for dette og en bredere og bedre bakgrunn for hvordan møte disse pasientene.



## Litteraturliste

- Ahlberg, K. (2004) Cancerrelaterad trøtthet. *Sjukhusfarmasi*, 4, s.188-196.
- Andersen, IB. (1999) *Den skinbarlige virkelighet – om valg av samfundsvidenskabelige metoder*. Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Antonovsky, A. (1987) *Helbredets mystium*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Aronowitz, RA. (2001) When do symptoms become a disease? *Annals of Internal Medicine*, 135, 10-14.
- Berger, A. (2003) Treating Fatigue in Cancer Patients. *The Oncologist*, 8 (1), 10-14.
- Berger, AM. (1998) Patterns of fatigue and activity and rest during adjuvant breast cancer chemotherapy. *Oncology Nursing Forum*, 25 (1), 51-62.
- Berndt, E., Kallich, J., McDermott, A., Xu, X., Lee, H. og Glaspy, J. (2005) Reductions in anemia and fatigue are associated with improvements in productivity in cancer patients receiving chemotherapy. *Pharmacoeconomics*, 23 (5), 505-514.
- Bjørnerud, KA. (2006). *Menn og kreft; en kvalitativ studie av unge menns opplevelse og håndtering av kreftsykdom*. Masteroppgave i sosiologi, Universitetet i Oslo.
- Brenne, IKR. (2006) *Spørreskjemaundersøkelse til kreftpasienter*. Sykehuset Levanger, Forsknings og utviklingsavdeling. Upublisert materiale.
- Carlson, LE., Angen, M., Cullum, J., Goodey, E., Koopmans, J., Lamont, L., MacRae, Jh., Martin, M., Pelletier, G., Simpson, JS., Specia, M., Tillotson, L. og Bultz, BD. (2004) High levels of untreated distress and fatigue in cancer patients. *British Journal of Cancer*, 90 (12), 2297-2304.
- Courneya, KS., Friedenreich, RAS., Quinney, HA., Rhodes, RE. og Handman, M. (2003) The Group Psychotherapy and home-based physical exercise trial in cancer survivors: Physical fitness and quality of life outcomes. *Canada: Psycho-Oncology*, 12, 357-374.
- Dahlberg, K., Drew, N. og Nysrøm, M. (2001) *Reflective lifeworld Research*. Lund:
- Danjoux, C., Gardner, S. og Fitch, M. (2007) Prospective evaluation of fatigue during a course of curative radiotherapy for localised prostate cancer. *Canada: Support Care Cancer*, 15, 1169-1176.
- Dimeo, FC., Thomas, F., Raaber-Menssen, C., Propper, F. og Mathias, M. (2004) Effect of aerobic exercise and relaxation training on fatigue and physical performance of cancer patients after surgery. A randomised controlled trial. *National Library of Medicine*, 12 (11), 774-779.
- Ekvik, S. (2002) *Ta det som en mann*. Oslo: Verbum Forlag.

- Engel, J. (2003) Comparison of breast and rectal cancer patients quality of life: Results of a four year prospective field study. *European Journal of Cancer Care*. 12(3), s.214-223.
- Fillion, L., Gelians, C., Simard, S., Savard, J. og Gagnon, P. (2003) Validation evidence for the French Canadian adaptation of the Multidimensional Fatigue Inventory as a measure of cancer-related fatigue. *Canada: Cancer Nursing*, 26 (2), 143-154.
- Fugelli, P. (2001) Helse – slik folk ser det. *Oslo: Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 30, 121, 3600-3604.
- Furnes, B. (2005) Fenomenologisk forståelsesramme. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*, 7 (1), s.27-37.
- Furst, CJ. (2003) Fatigue – vanlig også på svenska. *Norsk Geriatrisk Forum: 1*, s. 59-61.
- Giorgi A. (1997) The theory, practice, and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research procedure. *Journal of Phenomenological Psychology*, 28 (2), 235-260.
- Glaus, A. (1996) A Qualitative study to explore the concept of fatigue/tiredness in cancer patients and in healthy individuals. *United Kingdom: Department of Nursing*, 5, 8-23
- Groven, G. (2000) "Trøtthetens statistikk" En studie far "trøtthetsprosjektet". Oslo: Rapport 3, Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi.
- Hjermsatd, MJ. (2007) Fatigue in cancer patients- challenges in assessment and treatment. Danmark: *Klinisk sykepleie*, 1, 13-23.
- Hjøllund, NH., Hansen, ON. og Jørgensen, AM. (2004) Træthed hos yngre færdigbehandlede brystkræftpatienter. *Danmark: Månedsskr Prakt Lægegern*. 82 (10), s.1171-1178.
- Jacobsen, PB. (2004) Assessment of Fatigue in Cancer Patient. *Journal of the National cancer Institute Monographs*, 32, s.93-97.
- Jakobsson, L., Hallberg, IR. og Loven, L. (1997) Experiences of daily life and life quality in men with prostate cancer. An explorative study. *European Journal of Cancer Care*. 6 (2), 108-116.
- Kvale, S. (2001) *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Klepp, O. (2006) Svulster i mannlige genitalia. I: R. Kåresen og E. Wist (red.). *Kreftsykdommer* (s.229-243). Oslo: Gyldendal forlag.
- Kaasa, S. og Loge, JH. (1998) Energiløshet – fatigue- et betydelig problem for kreftpasienter. *Oslo: Kreftnytt*, 1, 4-7.

- Lerdal, A. (2005) *Energy, fatigue and perceived illness in individuals with multiple sclerosis: a multi-methode approach*. Oslo: Faculty of Medicine.
- Lilleaas, UB.og Widerberg, K. (2001) *Trøtthetens tid*. Oslo: Pax forlag
- Magnusson, K., Ekman, T., Berthold, H., Møller, A. og Wallgren, A. (1998) Fatigue in Cancer Patients. *Vård i Norden*, 18 (3), s.37-40.
- Maliski, SL., Kwan, L., Orecklin, JR., Saigal, Cs. Og Litwin, MS. (2005) Predictors of fatigue after treatment for prostate cancer. *USA: Radiotherapy and Oncology*, 65, 101-108.
- Martinsen, K. (2003) *Fenomenologi og omsorg*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2005) *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe AS.
- Medhus, A. (1996) *Hvor ulike er vi? Om biologiske kjønnsforskjeller*. Oslo: Gyldendal Forlag AS.
- Miaskowski, C. (2004) Gender Differences in Pain, Fatigue, and Depression in Patients With Cancer. *Oxford: Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 32, 139-143.
- Mock, V. (2004) Evidence-Based Treatment for Cancer-Related Fatigue. *Oxford: Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 32, 112-118.
- Mock, V., Atkinson, AC., Barsevick, CD., Cimprich, CB., Donnelly, J., Eisenberger MA., Escalante, CHP., Jacobsen, PB., Kaldor, P., Knight, SJ., Peterman, A., Piper, BF., Rugo, H., Sabbatini, P.og Stahl, C. (2000) NCCN practice guidelines for cancer-related fatigue. *Journal Oncology*, 14, 151-161.
- Morrow, GR., Shelke, A.,Roscoe, J., Hickok, J. og Mustian, K.(2005) Management of Cancer-Related Fatigue. *USA: Cancer Investigation*, 23, 229-239.
- Nordvoll, T. (2006) *Kjærlighet som varer*. Oslo: Luther Forlag.
- Pease, A. (1999) *Hvorfor menn ikke kan lytte og kvinner ikke lese kart*. Oslo: Cappelens Forlag AS.
- Piper, B., Lindsay, A., Dodd, M., Ferketich, S. og Weller, S. (1989) The development of an instrument to measure the subjective dimension of fatigue. *USA: Springer Publishing Company*, 199-209.
- Portenoy, RK. Og Itri, LM. (1999) Cancer-Related Fatigue: Guidelines for Evaluation and Management. *The Oncologist*, 4 (1), 1-10.
- Postholm, M.B. (2005) *Kvalitativ metode. En innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier*. Oslo: Univeritetsforlaget.

- Redeker, NS., Lev, EL. og Ruggiero, J. (2000) Insomnia, fatigue, anxiety, depression, and quality of life of cancer patients undergoing chemotherapy. *USA: Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 14 (4), 275-290.
- Ruyter, K.W., Førde, R. og Solbakk, J.H. (2000) *Medisinsk etikk – en problembasert tilnærming*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Savard, J., Simard, S., Hervouet, S., Lacombe, L. og Fradet, Y. (2005) Insomnia in men treated with radical prostatectomy for prostate cancer. *Canada: Laval University Cancer Research Center and School of Psychology*, 14 (2), 147-156.
- Schjølberg, T.Kr. (2000) Fatigue. I: A.M. Reitan og T.Kr. Schjølberg (red.). *Kreftsykepleie. Pasient – utfordring - handling*. (s.124 – 130). Oslo: Akribes Forlag.
- Skard, H. (2004) *Kunsten å oppmuntre*. Oslo: Cappelen Forlag AS.
- Stone, P., Richards, M., A'Hern, R. og Hardy, J. (2001) Fatigue in Patients with Cancers of the Breast or Prostate Undergoing Radical Radiotherapy. *Journal of Pain and Symptom Management*, 22 (6), 1007-1015.
- Thornquist, E. (2002) *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thorsen, L., Skovlund, E., Strømme, SB., Hornslien, K., Dahl, AA. Og Fossa, SD. (2005) Effectiveness og physical activity on cardiorespiratory fitness and health-related quality of life in young and middle-aged cancer patients shortly after chemotherapy. *National Library of Medicine*, 23 (10), 2378-2388.
- Truong, PT., Berthelet, E., Lee, JC., Petersen R., Lim, JTW., Gaul, CA., Pai, H., Blood, P. og Ludgate, CM. (2006) Prospective evaluation of the prevalence and severity of fatigue in patients with prostate cancer undergoing radical external beam radiotherapy and neoadjuvant hormone therapy. *Canada: University of British Columbia*, 13 (3), 3139-3146..
- Vordermark, D., Schwab, M., Fletje, M., Sailer, M. og Kølbl, O. (2002) Chronic fatigue after radiotherapy for carcinoma of prostate: correlation with anorectal and genitourinary function. *Radiotherapy and Oncology*, 62, 293-297.
- Wessly, S., Chalder, T., Hirsch, S., Wallace, P og Wright, D. (1996) Psychological symptoms, somatic symptoms, and psychiatric disorder in chronic fatigue and chronic fatigue syndrom: a prospective study in the primary care setting. *USA: Journal Psychiatry*, 153 (8), 1050-1058.
- Windsor, PM., Nicol, KF. Og Potter, J. (2004) A randomized, controlled trial of aerobic exercise for treatment-related fatigue in men receiving radical external beam radiotherapy for localized carcinoma. *National Library of Medicine*, 101, 550-557.

- Wyller,VB., Bjørneklett, A., Brubakk, O., Festvåg, L., Folestad, I., Larun, L., Malt, U., Malterud, K., Nilsen, ES., Nyland, H., Rambøl, H. og Stubhaug B.(2007) Kronisk utmattelsessyndrom- en gjennomgang av det vitenskapelige grunnlaget for behandling. *Oslo: Utposten, 2, 6-10*
- Wæhre, H. (2007) Prostatakraft. Helsenett.no (nedlastet 13.mars 2008)