

Pasienter med framskreden kreft brukte fire selvmestringsstrategier for å takle spiseproblemer

Illustrasjonsfoto: Colourbox.com

Hvordan takler personer med framskreden kreft endringer i sine spisevaner?

Design: kvalitativ studie, flere metoder, «exploratory case study».

Setting: Storbritannia

Deltakere: Et selektert utvalg av 30 pasienter > 18 år (43 til 85, 53 prosent menn) som hadde framskreden kreft og fikk palliativ omsorg hjemme. Ingen fikk aktiv behandling eller parenteral- eller sondeernæring på intervjuetidspunktet.

METODE

Individuelle, semistrukturerte intervjuer ble tatt opp på bånd (20 til 60 minutter). Pasientene

ble spurt om sine erfaringer med endringer av matvaner og hva som hadde hjulpet dem å takle endringene. Datainnsamlingen og analysene ble gjort ved hjelp av hermeneutisk fenomenologi. Data ble analysert ved å bruke «mixed strategy for cross-case» som inkluderte innholds- og tematiske kategorier.

HOVEDFUNN

Deltakerne opplevde ofte endringer i matvaner. Spising ble en plikt, og endringer i lukt, smak og struktur av mat påvirket lysten på og evnen til å spise. En foreslått teori om selvmestring innbefatter egenaktivitet (de som er initiert av pasienten heller enn andre), som kan komme fra endrede individuelle og kontekstuelle faktorer. De fleste deltakerne følte de hadde noe påvirkning over endrede spisevaner. Og kunne begrense negative

konsekvenser gjennom egne handlinger – som å forklare andre om sine endrede behov (individuelle faktorer). Ett eksempel på kontekstuell påvirkning var antakelsen om at andre personer og omstendigheter kunne fremme (for eksempel å ha et variert utvalg av mat tilgjengelig) eller hindre (for eksempel å tilby for mye mat per måltid) egen aktivitet/mestring.

Deltakerne beskrev 141 egenaktiviteter, som alle var komponenter i fire strategier, brukt alene eller i kombinasjon, for å mestre endringer i spisevaner og assosierede negative følelser som sinne og skyld.

1. Ta kontroll. Pasienter erfarte generelt at tap av lyst og evne til å spise mat som de tidligere likte, var tap av kontroll eller konsekvens av mangel på viljestyrke. Noen handlet målrettet for å få tilbake kontroll (for eksempel å



ha noe næringsrikt tilgjengelig i tilfelle de skulle føle sult).

2. Fremme selvfølelse. Pasienter fornemmet mat som bra (for eksempel frukt) eller dårlig (for eksempel kake) for helse og velvære; å finne mat som både var bra og som ble tolerert kunne være vanskelig. Noen pasienter overvartet følelsen av skyld eller skam for mat de ikke kunne spise, ved å fokusere på mat de hadde spist (for eksempel spiste bra i går som kompensasjon for manglende evne til å spise i dag). Eller ved å fokusere på verdien av endringer i matvaner som rammet andre familiemedlemmer (for eksempel førte til ønsket vektreduksjon hos andre).

3. Arbeid med relasjoner. Endrede matvaner kunne føre til spenninger i familien når pasienten ikke kunne spise mat som andre familiemedlemmer hadde laget. Dette førte ofte til skyld hos pasienten og til at pasienten bare spiste for å glede andre. Likevel, én pasient beskrev at det bedret forholdet til mannen når hun lærte bort matlaging og delte sine kokekunster med ham.

4. Distraksjon. Pasienter nevnte ofte at de brukte humor som distraksjon. Dette gjorde det mulig for dem å være positive og unngå å tenke på de endrede matvanene. Noen erindret og var glade for tidligere opplevelser i matveien (for

eksempel effekten av sunt kosthold og evnen til å være fysisk aktiv).

KONKLUSJON

Pasienter med kreft trakk fram fire selvmestringsstrategier for å takle endrede matvaner: ta kontroll, fremme selvfølelse, arbeid med relasjoner og distraksjon.

Sammendrag fra: Hopkinson JB. How people with advanced cancer manage changing eating habits. *J Adv Nurs* 2007;59:454-62.

For korrespondanse: Dr JB Hopkins, University of Southampton, Southampton, UK; jbh@soton.ac.uk.

Finansieringskilde: Macmillan Cancer Support.

Fysiske, sosiale og psykologiske konsekvenser av endrede matvaner påvirker livskvaliteten til pasienter med framskreden kreft (1). I sin studie beskriver Hopkins og medarbeidere hvordan endrede matvaner påvirker flere aspekter i pasientenes liv og hvilke selvmestringsstrategier som brukes for å tilpasse seg endringene. Strategiene: «ta kontroll», «fremme selvfølelse», «arbeid med relasjoner» og «distraksjon» gir lite føringer for pleie utover generell støttende

sykepleie. Likevel, de kaster lys på at situasjonsspesifikke tiltak er viktig (for eksempel å tilby enteral ernæring eller støtte egeninitierte tiltak (empowerment) innen sosiale og psykiske kontekster i pasientenes liv. Helsepersonell har ofte konsentrert seg om å behandle fysiske symptomer som er assosiert med ernæringsproblemer hos pasienter med framskreden kreft (2). Denne tilnærmingen har ofte ikke lyktes i å bedre symptomer eller øke livskvalitet (3). Basert

på det de fant foreslår Hopkins og medarbeidere å støtte pasientens selvmestringsstrategier gjennom å tilpasse personlige og kontekstuelle ressurser som en tilnærming ved endrede matvaner. Sykepleie rettet mot å støtte pasientens ressurser har et potensiale for å øke livskvalitet. Ikke bare for å bedre ernæringstilstand, men også for å støtte opp under andre aspekter relatert til pasientens helse. Forfatterne foreslår en teori om selvmestring for endrede matva-

ner. Denne teorien gir et nyttig rammeverk for viktige aspekter ved selvmestring. Likevel, det er behov for å undersøke nærmere, teste og spisse teorien ved hjelp av videre forskning. I tillegg vil generering av spesifikke strategier, for å håndtere endrede matvaner som er overensstemmende med generelle strategier identifisert i denne forskningen, gi praktiske ressurser som sykepleiere kan anvende.

1. Marin Caro MM, Laviano A, Pichard C. Impact of nutrition on quality of life during cancer. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2007;10:480-7.

2. Holder H. Nursing management of nutrition in cancer and palliative care. *Br J Nurs* 2003;12:667-8, 670, 672-4.

3. Brown JK. A systematic review of the evidence on symptom management of cancer-related anorexia and cachexia. *Oncol Nurs Forum* 2002;29:517-32.

© Evidence Based Nursing (EBN) vol 11, nr 2, 2008

A Fuchsia Howard, RN, MN, University of British Columbia, Vancouver, British Columbia, Canada