

# Om brystkreft og fysisk aktivitet i sosialt arbeid

Kandidatnummer: 546

Bacheloroppgave i sosialt arbeid, våren 2017

Høgskolen i Oslo og Akershus, fakultetet for samfunnsfag

Emnekode: SOS3900

## Innholdsfortegnelse

Kapittel 1: Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	1
1.2 Redegjøre for forforståelse.....	2
1.3 Presentasjon av tema og problemstilling .....	3
1.4 Avgrensning og presisering av problemstillingen .....	3
1.5 Definisjon av begreper i problemstillingen .....	4
1.6 Formålet med oppgaven .....	5
1.7 Oppgavens disposisjon .....	5
Kapittel 2: Metode og fremgangsmåte .....	5
Kapittel 3: Hvordan kan fysisk aktivitet bidra til økt livskvalitet hos kvinner med brystkreft?.....	8
3.1 Livskvalitet hos kvinner med brystkreft.....	8
3.1.1 Hvordan kan diagnosen påvirke livskvaliteten?.....	9
3.1.2 Hvordan kan behandlingen påvirke livskvaliteten?.....	9
3.1.3 Delkonklusjon 1 .....	10
3.2 Fysisk aktivitets effekt på livskvalitet .....	11
3.2.1 Salutogenese og opplevelse av sammenheng .....	11
3.2.2 Funn.....	12
3.2.3 Fysisk aktivitet og opplevelse av sammenheng.....	16
3.2.4 Delkonklusjon 2 .....	17
Kapittel 4: Hvordan kan fysisk aktivitet være et virkemiddel i sosialt arbeid?.....	17
4.1 Sosionomen .....	18
4.2 Arenaer .....	19
4.3 Sosialfaglig teori.....	19
4.3.1 Mennesket som et system av handling, følelser og tanker .....	19
4.3.2 Mestringsperspektiv .....	20
4.3.3 Relasjon .....	21
4.3.4 Sosialt gruppearbeid .....	21
4.4 Drøfting .....	22
4.4.1 Individuelt sosialt arbeid .....	22
4.4.2 Sosialt gruppearbeid .....	25
4.5 Delkonklusjon 3 .....	27
Kapittel 5: Avslutning .....	27
Litteraturliste .....	29

## **Kapittel 1: Innledning**

Kreft er en sykdom som rammer over 30.000 personer hvert år i Norge.<sup>1</sup> Tall fra kreftforeningen viser at rundt 200 kreftformer rammer mennesker i alle aldre, hvor brystkreft er en av disse. 3415 kvinner fikk brystkreft i 2015, og ved utgangen av samme år var det 44 182 som levde med eller hadde hatt brystkreft.<sup>2</sup> Kreft kan oppleves som en krise og en stor omveltning, og vil sannsynligvis påvirke livskvaliteten, både til dem som får kreft selv og til deres pårørende og nære.

Antallet mennesker som overlever kreft har økt kraftig<sup>3</sup>, men det er samtidig mange som lever med store utfordringer. Forebyggende, behandlende og rehabiliterende tiltak settes inn, både i forhold til fysisk og psykisk helse. Organisasjoner og tilbud som finnes er mange og omfavner mange ulike aspekter ved det å ha kreft eller ha hatt kreft. Blant annet tilbys ulike former for organisert fysisk aktivitet, for eksempel gjennom Kreftforeningen eller ved opphold på kurs-, behandlings- eller rehabiliteringssentre rundt om i landet.

I sosialt arbeid har vi tilnærminger og innfallsvinkler for å gi mennesker med slike utfordringer en så god hjelp som mulig. Et helhetsperspektiv, som jeg vil komme tilbake til hva jeg legger i, vil være viktig på et område som er så komplekst, hvor en må sammenhengen mellom ulike faktorer og se hver person og situasjon som individuell og unik.

### **1.1 Bakgrunn for valg av tema**

Kreftforeningen driver, i samarbeid med sykehusene, syv Vardesentere i Norge, hvor to av dem ligger på Ullevål sykehus og Radiumhospitalet i Oslo. Dette er et tilbud hvor mennesker med en kreftdiagnose og deres pårørende kan komme å slappe av, drikke kaffe, snakke med andre eller benytte seg av andre tilbud, som blant annet kan være kurs i kosthold eller diverse treningstilbud. Her jobber jeg som frivillig og det var her jeg ble interessert i hvordan fysisk aktivitet kan være positivt for mennesker med kreft. Treningsrommene som benyttes, ligger i nærheten av hvert av Vardesentrene, og deltakerne kommer ofte innom Vardesenteret både

---

<sup>1</sup> <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Fakta-om-kreft/> (08.03.2017).

<sup>2</sup> <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/brystkreft/> (08.03.2017).

<sup>3</sup> <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Nyheter/Fokus-pa-kreftoverleverne-De-som-har-overlevd-eller-lever-med-kreft/> (18.04.2017).

før og etter trening for en kopp kaffe og en vaffel. Gleden og energien de fleste kommer inn med etter en treningsøkt er stor.

Interessen min for fysisk aktivitet i arbeid med mennesker begynte derimot ikke der. Nesten så lenge jeg kan huske har jeg tatt meg en løpetur på tunge dager, og uansett hvor mye jeg har tvilt på forhånd at det kan hjelpe, har det alltid gjort meg lettere til sinns. Første året av sosionomutdanningen var jeg i en praksis hvor fysisk aktivitet ble brukt i både forebygging og terapi. Det er vanskelig å ikke la seg rive med og bli fasinert, når en gåtur kan få en person som har fortrent mye fra sin fortid, til å huske, eller når vedhogst i skogen plutselig får en person som ikke vil smile, til å le. Disse erfaringene har til sammen gjort meg mer og mer interessert i bruk av fysisk aktivitet i sosialt arbeid, og hva det er dette gjør med oss og livskvaliteten vår.

## **1.2 Redegjøre for forforståelse**

Forforståelse er de antakelser og tanker jeg har fra før og som jeg har med inn i oppgaven (Dalland 2014, 80). Det er umulig å unngå at oppgaven ikke vil være preget av min forforståelse, men ved å være bevisst mine tanker og antakelser om hvordan ting henger sammen, kan det hjelpe meg til at forforståelsen min bidrar positivt og ikke sperrer utsikten.

Min forforståelse er at når en person får diagnosen brystkreft blir livskvaliteten redusert. Selve sykdommen kan ikke en sosionom gjøre noe direkte med, men jeg har en forforståelse av at sosionomen er viktig for å se helheten og sammenhengene mellom forholdene, for å kunne bidra til hvordan personen *opplever* sykdommen og situasjonen hun er i, som igjen kan påvirke hvordan personen opplever sin egen livskvalitet. Jeg har den forforståelsen at fysisk aktivitet kan ha positiv innvirkning på denne opplevelsen. Jeg tror det handler om å ha fokus på noe annet enn sykdom og de negative følgene av dette, og at tankene blir mer positive.

Jeg ser for meg at fysisk aktivitet kan være en naturlig del av sosialt gruppearbeid. Jeg tror at dersom fysisk aktivitet hadde vært en del av sosialarbeiderutdanningen, kunne det gitt oss et viktig og nyttig virkemiddel som kunne gjort at noen mennesker kunne fått bedre hjelp enn det de får i dag. Samtidig kan det være at det er mange som ikke kan være i fysisk aktivitet på grunn av smerter, utmattelse og begrensninger på grunn av behandling.

### 1.3 Presentasjon av tema og problemstilling

Problemstillingen for oppgaven er: «**Hvordan kan fysisk aktivitet bidra til økt livskvalitet hos kvinner med brystkreft og være et virkemiddel i sosialt arbeid?**»

Brystkreft er den vanligste formen for kreft blant kvinner i Norge<sup>4</sup> og det er derfor viktig med kunnskap om faktorer knyttet til dette, om både plagene og behovene som kan oppstå, om livskvalitet og om hvordan livskvaliteten kan økes. I tillegg vil jeg undersøke hvordan fysisk aktivitet kan være et virkemiddel i sosialt arbeid, og om en utvidelse av sosialt arbeid til å inkludere fysisk aktivitet kunne bidratt til at vi kunne oppdage andre behov, og gitt annen type hjelp enn det vi kan, slik sosialt arbeid er i dag.

Problemstillingen er todelt, og det er naturlig at jeg først undersøker hvordan fysisk aktivitet kan bidra til økt livskvalitet hos kvinner med brystkreft, for så å gå inn i hvordan fysisk aktivitet kan være et virkemiddel i sosialt arbeid.

### 1.4 Avgrensning og presisering av problemstillingen

Målgruppen for oppgaven er kvinner med brystkreft. Grunnen til at jeg har valgt å avgrense krefttype til brystkreft, er at kreft kan ramme så forskjellige steder i kroppen, noe som gjør at symptomene også kan bli veldig forskjellige. Jeg har også valgt å ha med kvinner både under og etter behandling. Siden dette er en oppgave innenfor sosialt arbeid ser jeg ikke noen grunn til en begrensning til en av delene. Livskvalitet er aktuelt både under og etter behandling, og ansvaret for eventuelle individuelle behov i forhold til fysisk aktivitet under eller etter behandling, ville heller ligget hos for eksempel en lege eller fysioterapeut, enn hos en sosionom. Jeg vurderte i tillegg å avgrense i alder, ettersom vi har ulike behov i ulike stadier av livet, men valgte å ikke gjøre det. Grunnen til dette er at jeg ikke har sett at noen av temaene jeg har tatt med i oppgaven har hatt noen tydelig sammenheng med alder, verken i litteraturen eller hos kvinner jeg har snakket med.

Å sikre menneskeverdige levekår og livskvalitet utgjør en helhet for hjelp, men fokus i denne oppgaven vil være på livskvalitet, hvor personen, kvinnen med brystkreft er i fokus. Jeg vil ikke ha et fokus på levekår og dette gjør at et direkte fokus på faktorer i omgivelsene blir mindre. I tillegg er det viktig å være bevisst at fysisk aktivitet også er en del av en større

---

<sup>4</sup> <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Fakta-om-kreft/Brystkreft-Alt2/> (18.04.2017).

helhet. Det vil for eksempel i tillegg til fysisk aktivitet være viktig med et godt kosthold (Eriksen 2006, 17).

Mennesker har ulike forutsetninger for å takle sykdom. Det finnes studier på at visse hendelser og stressfaktorer i løpet av livet gir økt risiko for å få brystkreft. Blant annet har Aydin, Gulluoglu og Kuscu (2012) publisert en artikkel om dette. Det kan være grunn til å tro at kvinner som har slike livserfaringer fra før også vil takle brystkreft annerledes enn andre kvinner som ikke har slike livserfaringer. Dette er også et viktig tema i sosialt arbeid i forhold til kvinner med brystkreft, men tas ikke med i denne oppgaven, da dette ville blitt for omfattende og i seg selv kunne vært et tema for en bacheloroppgave. Det viser imidlertid noe om at kvinner med brystkreft ikke er en homogen gruppe.

Jeg velger å fokusere på hvordan fysisk aktivitet kan bli brukt *i sosialt arbeid*. Det vil sannsynligvis i mange tilfeller være nyttig med tverrprofesjonelt samarbeid, men det er ikke det som er hensikten å undersøke i denne oppgaven. Dette vil imidlertid gjøre at det er begrensninger i hvilken type og hvor hard den fysiske aktiviteten kan være.

### **1.5 Definisjon av begreper i problemstillingen**

Med *fysisk aktivitet* mener jeg i denne oppgaven det Sosial- og helsedirektoratet (2000, 13) definerer som trening; «trening er fysisk aktivitet som er planlagt, strukturert og gjentas og som har som mål å bedre eller vedlikeholde fysisk form». Jeg vil understreke at dette verken betyr at den fysiske aktiviteten må være hard eller kreve spesielle apparater. Hovedsakelig tenker jeg på fysisk aktivitet som turer ute. Når pasienter med kreft ikke har noen kontraindikasjoner som krever forsiktighet anbefales 30-60 minutter med tilpasset fysisk aktivitet hver dag, men man bør unngå tung belastning (Thune 2008, 360 og 369).

Med begrepet *virkemiddel* menes det samme som begrepet *intervensjon* hos Johnson og Yanca (2009, 32). Intervensjon er en spesifikk handling som er ment å bidra til endring. Handlingen er basert på kunnskap, profesjonsetikk og ferdigheter hos sosionomen.

*Livskvalitet* defineres i NOU 1999:2 *Livshjelp- Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og dødende*, som en subjektiv opplevelse som ikke direkte kan observeres av andre. Jeg tar i oppgaven utgangspunkt i denne forståelsen og bruker i tillegg Siri Næss sin definisjon; «En persons livskvalitet er høy i den grad personens bevisste kognitive og affektive

opplevelser er positive og lav i den grad personens bevisste kognitive og affektive opplevelser er negative» (Næss 2001, 10). En nærmere forklaring vil jeg komme tilbake til i kapittel 3.

### **1.6 Formålet med oppgaven**

Ett av målene i Helse- og omsorgsdepartementets nasjonale kreftstrategi 2013-2017 er «best mulig livskvalitet for kreftpasienter og pårørende» (Helse- og omsorgsdepartementet 2013, 6). I tillegg har en sosionom som samfunnsoppdrag å bistå mennesker som har behov for hjelp, for å sikre menneskeverdige levekår og livskvalitet (Fellesorganisasjonen for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere [FO] 2015, 3).

Formålet med oppgaven er å få økt kunnskap om hvordan fysisk aktivitet kan påvirke livskvalitet og hvordan fysisk aktivitet kan være et virkemiddel i sosialt arbeid. Grunnen til dette er å få en større forståelse for hvilke utfordringer kvinner med brystkreft står overfor, og for å kunne gi en så god og riktig hjelp som mulig. Jeg ønsker å sette lys på et mulig virkemiddel som i dag ikke er en del av sosionomutdanningen.

### **1.7 Oppgavens disposisjon**

I kapittel 2 vil jeg presentere fremgangsmåte og metode. Jeg vil så dele problemstillingen inn i to, hvor jeg i kapittel 3 vil ta for meg den første delen; Hvordan kan fysisk aktivitet bidra til økt livskvalitet hos kvinner med brystkreft. Kapittelet vil bestå av to deler. Den første delen vil handle om livskvalitet og hvordan diagnose og behandling kan påvirke livskvalitet. Basert på konklusjonen i denne delen, vil jeg i den andre delen presentere funn i forhold til effekter av fysisk aktivitet. Kapittel 4 vil handle om den andre delen av problemstillingen min, om hvordan fysisk aktivitet kan være et virkemiddel i sosialt arbeid. I avslutningen, kapittel 5, vil jeg oppsummere, ta opp forforståelsen min og vise hvilken kunnskap arbeid med oppgaven har gitt meg.

## **Kapittel 2: Metode og fremgangsmåte**

Dette er en litterær oppgave som i hovedsak bygger på skriftlige kilder, og det er kildekritikk, det vil si vurdering av de skriftlige kildene, som er det metodiske redskapet (Dalland 2014, 223). Kildene skal bidra til å forstå, belyse og svare på problemstillingen og derfor er kildenes kvalitet av betydning. Jeg vil i dette kapittelet vise fremgangsmåten jeg har brukt og kriterier og vurderinger jeg har lagt til grunn.

Jeg begynte med å se gjennom tidligere pensum for å finne teorier, metoder og litteratur som kunne være relevant for problemstillingen og for utforming av oppgaven. Dette ga meg et overblikk og grunnlag for å velge ut teorier i sosialt arbeid som jeg mente kunne være gode redskaper for å utvikle innsikt og for å angi perspektiv (Dalland 2014, 228). Siden fysisk aktivitet ikke er en del av sosialarbeiderutdanningen slik det er i dag, fant jeg lite litteratur direkte knyttet til fysisk aktivitet, utenom et delkapittel om aktivitet i basisboken «Social work practise- A generalist approach» av Johnson og Yanca (2009, 247). Søket måtte derfor inkludere andre fagområder for å besvare problemstillingen.

Jeg begynte med søk i databasen Oria, og brukte først søkeordene «livskvalitet» og «fysisk aktivitet», og synonymer av disse ordene, for å få et lite overblikk i feltet. Mye av litteraturen var eldre og siden feltet er i stadig endring, begrenset jeg søket til litteratur som ikke var eldre enn 2005. Jeg fant da noen bøker om fysisk aktivitet generelt. Etter hvert spesifiserte jeg søket mer og brukte søkeordene «kvinner», «brystkreft», «fysisk aktivitet» og «livskvalitet». Blant annet fant jeg flere studentoppgaver, som jeg har brukt som vei videre til andre kilder. Jeg har også brukt databasen Idunn for lettere å finne artikler i tidsskrift.

Ettersom fysisk aktivitet ikke er en del av sosialarbeiderutdanningen i Norge i dag, og det derfor er lite litteratur direkte knyttet til temaet, brukte jeg Academic Search Premier for å undersøke om det fantes mer litteratur internasjonalt. Sosialt arbeid er bredere og har en annen status i mange andre land. Jeg brukte søkeordene «social work», «breast cancer survivors» og «physical activity». Jeg fant til slutt ni studier, noen av dem kvalitative og noen av dem litterære. På grunn av oppgavens omfang valgte jeg igjen ut fire av studiene som de jeg hovedsakelig har brukt i kapittel 3; en litteraturstudie og tre kvalitative studier. Det at mye av litteraturen er engelskspråklig, kan føre til feiltolkninger ved oversettelse.

I utvelgelsen av studier så jeg på relevans for problemstillingen; om de handlet om kvinner med brystkreft, utfordringer i forhold til brystkreft, fysisk aktivitet og/eller livskvalitet. Andre kriterier jeg har lagt til grunn er at de er kvalitativt gode, ved at de er publisert i vitenskapelig tidsskrift eller bøker skrevet av anerkjente forfattere, og at litteraturen skulle være nyere enn 2005 for å sikre de nyeste studier.



Den første av studiene jeg valgte ut er «Women's Perceived Benefits of Exercise During and After Breast Cancer Treatment» av Bulmer, Minor, Howell, Ackerman og Fedric (2012) som er en kvalitativ studie av 45 kvinner, hvor det går i dybden for å utforske kvinnenes erfaringer og opplevelser av å være i fysisk aktivitet under eller etter behandling av brystkreft. Den andre studien; «'I wouldn't have been interested in just sitting round a table talking about cancer'; exploring the experiences of women with breast cancer in a group exercise trial» er en kvalitativ studie av 36 kvinner gjort av Emslie, Whyte, Campbell, Mutrie, Lee, Ritchie og Kearney (2007). Denne studien utforsker også opplevelser av å være i fysisk aktivitet ved kreft, men utforsker i tillegg mer spesifikt erfaring med å trene i gruppe sammen med andre kvinner i samme situasjon. Den siste kvalitative studien jeg spesielt har valgt ut er «Cancerrelateret fatigue- en utfordring for sygepleien» av Kokvedt og Pedersen (2012), som er en studie om opplevelsen og håndteringen av fatigue og tretthet, og noe om fysisk aktivitet i forhold til dette.

Felles for studiene til Bulmer mfl. (2012) og Emslie mfl. (2007) er at deltakerne har vært interesserte i å delta i fysisk aktivitet. Dette tenker jeg kan påvirke hvilke effekter deltakerne opplever med å være i fysisk aktivitet, og at resultatene kan bli mer positive og mindre representative enn om studiene hadde vært av et mer tilfeldig utvalg.

«Physical Activity During and After Adjuvant Treatment for Breast Cancer: An Integrative Review of Women's Experience» er en metastudie av Browall, Mijwel, Rundquist og Wengström (2016). Studien fokuserer på kvinners opplevelse av fysisk aktivitet ved brystkreft og baserer seg på 17 kvalitative studier. Dette gjør at jeg får et større overblikk over data som er direkte knyttet til min problemstilling. I bruk av studien har jeg ikke gått til primærkildene, men brukt den som sekundærkilde, noe som kan føre til feiltolkninger og unøyaktighet (Dalland 2014, 87). Samtidig hadde det blitt for omfattende og gå til alle primærkildene, og litteraturstudien viser til kritisk vurdering av kvaliteten på studiene de har brukt, med strenge kriterier for hva som har blitt inkludert. At jeg har tatt den med vil gi en større bredde til oppgaven så jeg tror dette allikevel vil styrke kvaliteten fremfor å svekke den.

Jeg kan se for meg at det er noen begrensninger i hvilken grad forskningsresultatene i studiene om effekter av fysisk aktivitet, direkte kan la seg overføre til min egen problemstilling. Grunnen til dette er at det er uvisst hvor hard fysisk aktivitet som skal til for å oppnå

påvirkning på livskvalitet, og dette vil sannsynligvis også variere fra person til person. I sosialt arbeid er det begrensninger for hvor hard den fysiske aktiviteten kan være.

Jeg har vært opptatt av å få med brukererfaringer i oppgaven, noe jeg har sett som nødvendig for å undersøke et tema som handler om opplevelser og erfaringer. Jeg har derfor brukt databasen A-tekst, og fant flere avisartikler om mennesker med en kreftdiagnose som har vært fysisk aktive. I tillegg dro jeg på hospitering på Montebellosenteret i Lillehammer i to dager i forbindelse med oppgaven. Dette er et kurs- og mestringssenter for personer med kreft og deres pårørende. Her fikk jeg se hvordan fysisk aktivitet blir brukt i praksis av mennesker med kreft, og jeg fikk flere samtaler med deltakere og ansatte. Jeg har også tatt med meg erfaringer fra Vardesenteret inn i oppgaven.

### **Kapittel 3: Hvordan kan fysisk aktivitet bidra til økt livskvalitet hos kvinner med brystkreft?**

I første del av dette kapittelet skal jeg gå nærmere inn på livskvalitet, hvordan livskvaliteten hos kvinner med brystkreft mulig kan bli påvirket, både av diagnosen i seg selv og av bivirkninger av behandling. Dette vil føre til delkonklusjon 1. Den andre delen av kapittelet baserer seg på delkonklusjon 1, og jeg vil her undersøke hvilke effekter fysisk aktivitet kan ha på livskvalitet. Jeg vil presentere teori om opplevelse av sammenheng for å kunne se funnene i lys av denne teorien. Dette vil føre til delkonklusjon 2.

#### **3.1 Livskvalitet hos kvinner med brystkreft**

Brystkreft er den kreftformen som rammer flest kvinner. Som nevnt innledningsvis fikk 3415 kvinner brystkreft i 2015 og i utgangen av 2015 var det 44 182 kvinner som levde med eller hadde hatt brystkreft. Dette viser at et betydelig antall kvinner får livssituasjonen sin endret og livskvaliteten sin påvirket hvert år. Det er samtidig mange som overlever; 89% lever fremdeles fem år etter de har fått diagnosen, noe som er en kraftig økning siden slutten av 1970-tallet.<sup>5</sup> Dette betyr at det er mange som lever med brystkreft, noe som gjør det viktig å ha kunnskap om hva som kan bidra til økt livskvalitet hos kvinnene.

---

<sup>5</sup> <https://www.kreftregisteret.no/generelt/fakta-om-kreft/brystkreft-alt2/> (15.04.2017).

Livskvalitet er en tilstand hos den enkelte (Fugelli og Ingstad 2014, 105). Når et menneske rammes av alvorlig sykdom, blir for de fleste oppmerksomheten først rettet mot sykdommen og dens konsekvenser (NOU 1999:2, 29). Dette kan føre til at kognitive og affektive opplevelser blir negative og vil da, ifølge definisjonen til Næss (2001, 10), påvirke livskvaliteten negativt. Samtidig må en være bevisst at sykdommens innvirkning på livskvaliteten og hvordan en mestrer livet vil variere fra person til person (NOU 1999:2, 29).

Livskvalitet henger sammen med helse, både fordi helse er viktig for livskvalitet (Mæland 2011, 41) og fordi livskvalitet er viktig beskyttelsesfaktor mot psykisk sykdom og synes å ha positive konsekvenser for den fysiske helsetilstanden.<sup>6</sup> Fugelli og Ingstad (2014, 91) hevder at god helse ikke nødvendigvis betyr fravær av sykdom, men at sykdommen må ses i sammenheng med personen og situasjonen. Helsebildet er et helhetsbilde hvor sykdommen bare er en bit, og hvor elementene kropp, sinn og sosialt liv kan kompensere for hverandre (Fugelli og Ingstad 2014, 98). Dette viser at en kan ha livskvalitet selv om en har brystkreft.

### ***3.1.1 Hvordan kan diagnosen påvirke livskvaliteten?***

Diagnosen kan føre til at livet blir snudd opp ned, skape redsel for å dø og aktualisere følelsen av håp eller håpløshet for fremtiden. Det kan skape en følelse av urettferdighet, «hvorforskjedde dette meg» og en kan føle seg som et offer for omstendighetene. Fokuset kan bli på sykdom og bekymringer, angst og redsel, og en kan få følelse av ensomhet dersom en føler at andre ikke forstår, eller om en ikke får den støtten en trenger.

### ***3.1.2 Hvordan kan behandlingen påvirke livskvaliteten?***

Behandling kan bidra til økt livskvalitet ved at det kan gi livshåp, men det kan også føre til bivirkninger som påvirker livskvaliteten negativt. Jeg vil nå kort presentere de vanligste behandlingsmetodene og noen vanlige bivirkninger som jeg tenker kan ha betydning for psykososiale faktorer og livskvalitet. Det er variasjon i hvilke behandlingsmetoder den enkelte får og det er variasjoner i virkninger.

#### *Kirurgi*

Nesten alle brystsvulster kan opereres bort.<sup>7</sup> Det å få fjernet eller endret bryst kan føre til påvirkning av identitet og selvilde. Bryst er knyttet til den kvinnelige identitet og er et

<sup>6</sup> <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskhelse/livskvalitet-og-trivsel-i-norge/> (13.04.2017).

<sup>7</sup> <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/brystkreft/> (25.04.2017).

symbol på feminitet (Emslie mfl. 2007, 833). Avhengig av hvor omfattende inngrepet er, kan det også føre til redusert funksjonsevne, stivhet og smerter (Fosså og Kiserud 2013, 54).

### *Cellegift*

Cellegift kan føre til vekttap og håravfall (Fosså mfl. 2013, 40), noe som kan påvirke selvfølelse, selvbilde og identitet. Den kvinnelige identiteten kan også bli utfordret når det gjelder dette. Nedsatt allmenntilstand, kvalme og trøtthet er andre mulige følger av cellegift.

### *Stråling*

Både stråling og kirurgi kan føre til lymfødem, med hevelse som symptom. Det er vanlig i armen hos kvinner som er behandlet for brystkreft og fører til nedsatt arm- og skulderfunksjon (Fosså og Kiserud 2013, 56). Dersom en ikke lenger kan gjøre de praktiske oppgavene som forventet kan dette redusere livskvalitet (Grov og Dahl 2013, 157). Stråling kan også føre til kvalme.

### *Hormonbehandling*

Hormonbehandling har som formål å forebygge tilbakefall ved å redusere østrogennivået, og kan derfor vare i mange år. Behandlingen kan blant annet føre til nedstemthet, vektøkning, hetebølger og redusert seksuell interesse (Fosså og Kiserud 2013, 51), noe som kan påvirke selvbilde og energi. Behandlingen kan også føre til smerter i muskler og skjelett og benskjørhet (Fosså og Kiserud 2013, 51).

### *Fatigue*

Alle behandlingsformene nevnt over kan føre til fatigue, en tilstand som forekommer hos 80-90% av alle kreftpasienter (Koktved og Pedersen 2012, 39). Fatigue er en subjektiv opplevelse av å være trøtt eller sliten, kjenne seg svak eller mangle energi (Loge 2013, 111). Ettersom dette er en tilstand som får konsekvenser for mange pasienters hverdagsliv og livskvalitet (Koktved og Pedersen 2012, 40), mener jeg dette er viktig å ha med i oppgaven. Det kan påvirke selvbilde, identitet, følelse av mestring og det kan føre til tap av nettverk.

### **3.1.3 Delkonklusjon 1**

Dette viser at diagnosen kan føre til fokus på sykdom og behandling, og gi følelser av redsel, ensomhet og håpløshet. Det viser at behandlingene hver for seg har bivirkninger som kan påvirke livskvalitet, og det er i tillegg vanlig å ha flere behandlinger samtidig. Det kan føre til

negativ påvirkning av selvbilde, selvfølelse og identitet, til lavere energi og redusert nettverk. Bivirkninger i forhold til smerte, energi og nedsatt funksjonsevne kan føre til utfordringer ved å være i fysisk aktivitet og det kan føre til lav mestringsfølelse på områder en før mestret.

### **3.2 Fysisk aktivitets effekt på livskvalitet**

Basert på delkonklusjon 1, vil jeg i denne delen presentere funn i forhold til om fysisk aktivitet kan virke positivt på livskvalitet hos kvinner med brystkreft. Jeg vil begynne med å presentere salutogenese og «opplevelse av sammenheng», for å kunne se funnene i lys av denne teorien. Jeg kommer også til å trekke denne teorien noe inn i kapittel 4.

#### **3.2.1 Salutogenese og opplevelse av sammenheng**

Salutogenese er et viktig perspektiv for en sosionom for å se sammenhenger og inkludere viktige faktorer for å øke livskvalitet. I boken *Helsens mysterium* (1987/2012) presenterer Antonovsky salutogenese. Dette er et perspektiv hvor en ikke ser mennesket som enten helt sykt eller helt friskt, men på et kontinuum i mellom disse (Antonovsky 2012, 36).

Antonovsky (2012, 37) stiller det salutogene spørsmålet; «Hvilke faktorer er det som bidrar til i hvert fall å bevare personens plassering på kontinuumet eller skape en bevegelse i retning av helseenden?». Han mener dette er en sykdomsreduserende og helsefremmende tankegang som retter oppmerksomheten mot mestringsressurser hos mennesket for å mestre livssituasjonen (Antonovsky 2012, 36). Han mener at svaret på det salutogene spørsmålet er «opplevelse av sammenheng» (Antonovsky 2012, 39). Begrepet består av tre komponenter; begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Jo høyere en skårer på komponentene, jo sterkere opplevelse av sammenheng har en, og jo bedre helse. Selv om han bruker begrepet helse, mener jeg dette kan overføres til livskvalitet ettersom disse henger sammen.

Ved høy skår på *begripelighet* har en følelse av at tilværelsen er forutsigbar og at både stimuli fra ytre omgivelser og stimuli innenfra er forståelig, velordnet, sammenhengende, strukturert og oppfattes som klar informasjon, i motsetning til å føle stimuli som kaotisk, tilfeldig, uventet og uforståelig (Antonovsky 2012, 40). *Håndterbarhet* handler om i hvilken grad en føler en har tilstrekkelige ressurser til rådighet til å kunne takle kravene en blir stilt overfor. Når en blir rammet av kreft, kan en vanlig reaksjon være «hvorfors skjer dette meg?», og en kan føle sinne og innta en offerposisjon. Med en sterk følelse av håndterbarhet derimot, føler en seg ikke som et offer, men en føler en kan takle vanskelige ting som skjer og komme seg videre (Antonovsky 2012, 40). Ved høy skår på *meningsfullhet* har en livsområder som en

opplever som meningsfulle og viktige, som en blir involvert i og som er verdt å engasjere seg i. Det handler om en følelse av at noen av tilværelsens problemer og krav er verdt å bruke krefter på, en er villig til å ta utfordringene, forsøke å finne mening og gjøre sitt beste for å komme seg gjennom det (Antonovsky 2012, 41).

### 3.2.2 *Funn*

Det finnes allerede mye forskning på effekter av fysisk aktivitet, og det legges vekt på dette i folkehelsepolitikken. Helse og omsorgsdepartementet skriver i en artikkel på regjeringen.no om at fysisk aktivitet er viktig for folkehelsen. De skriver at det er dokumentert at regelmessig fysisk aktivitet gir positive helseeffekter fysisk, psykisk og sosialt, og er en kilde til helse og livskvalitet.<sup>8</sup> Helsedirektoratet skriver i «Aktivitetshåndboken- Fysisk aktivitet i forebygging og behandling» (2008) at det er påvist at helseforskjellen er størst mellom personer som er fysisk inaktive og personer som er lite fysisk aktive (Jansson og Anderssen 2008, 39). I Stortingsmelding nr. 16 (2002-2003) *Resept for et sunnere Norge*, legges det vekt på fysisk aktivitets betydning for livskvalitet, og som innsatsområde i helsefremmende arbeid.

Mer spesielt i forhold til personer med kreft har forskning vist at fysisk aktivitet er verdifullt under behandling og rehabilitering og ser ut til å forbedre livskvaliteten til brystkreftpasienter (Thune 2008, 368). Det er en effektiv måte å minske bivirkninger ved kreftsykdom, som kan være et resultat dels av den somatiske sykdommen og dels av fysisk inaktivitet som for eksempel kan føre til økt vektoppgang og redusert bevegelsesevne (Thune 2008, 360). Flere studier viser at pasienter med kreft reduserer aktivitetsnivået sitt når de får diagnosen, og flere og flere blir derfor anbefalt å være mer i fysisk aktivitet (Thune 2008, 368).

Jeg vil nå gå inn på spesifikke temaer hvor jeg har funnet at fysisk aktivitet kan ha innvirkning på livskvalitet. Etersom livskvalitet er selvpoplevd finnes det ikke ett rett svar på hvilke temaer som er viktigst for enkeltmennesket i forhold til livskvalitet. Temaene jeg presenterer i denne delen er derfor ikke en fasit, men det er temaer som har gått igjen i litteratur og hos kvinner jeg har snakket med på Vardesenteret og Montebellosenteret, og som er rimelig å anta at er viktig for god livskvalitet.

---

<sup>8</sup> <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/folkehelse/fysisk-aktivitet/id589909/> (14.04.2017).

*Fokus*

Fysisk aktivitet kan føre til et fokus på friskhet (Carless og Douglas 2010, 55). En kan se hva som fungerer og hva man *kan* gjøre, ikke bare det som ikke fungerer. Samtidig gir det mulighet til å glemme sykdom for en stund (Hartvig 2006, sitert fra Browall mfl. 2016, 4) og hjelp til å flytte fokus fra de konstante tankene og bekymringene i forhold til sykdom og heller tenke på friskhet og helse (Husebø mfl. 2015, sitert fra Browall 2016, 10). Kvinner i studien til Emslie mfl. (2007, 831) beskrev det å komme seg ut og være i fysisk aktivitet som en positiv distraksjon fra sykdom. I studien til Bulmer mfl. (2012, 777 og 783) beskrives det som et nødvendig pusterom fra angst, behandling og redsel for å dø. Uavhengig av om fysisk aktivitet kan redusere plager og symptomer kan det altså gi mulighet til et fokus som gir mer av gode følelser, optimisme og tilfredshet med livet (Carless og Douglas 2010, 56).

*Fatigue og energi*

20 år etter Jannik Magnussen ble kreftfri, rammet seneffekten fatigue. Under det ene punktet i notatblokk hun sitter og blar i, står det: «Cellegift. Elsket og hatet. Det var det som gjorde at jeg overlevde, samtidig som det er nettopp den som har gitt meg betraktelig redusert livskvalitet i dag» (Gaarder og Muladal 2017, 14-15). Ved at fatigue setter grenser i hverdagen på grunn av både fysisk og følelsesmessig påvirkning, samtidig som personene ofte ikke har noen strategi for å takle dette, kan livskvaliteten bli redusert (Koktved og Pedersen 2012, 40). Vi har ikke medisiner som kan hjelpe mot fatigue, men noe som ser ut til å ha lindrende effekt er endring i måten å tenke på og lett fysisk aktivitet (Gaarder og Muladal 2017, 14-15). Koktved og Pedersen (2012, 46) fant at fysisk aktivitet kan gi følelse av tilfredshet og følelse av motstand mot stressorer, mens hvile ikke gjorde trettheten mindre. Fatigue er samtidig forskjellig fra person til person og det er viktig at intensitet og mengde blir tilpasset den enkelte. For noen kan for mye trening trolig være nedbrytende i stedet. Fatigue er en alvorlig bivirkning av kreft og kreftbehandling og fysisk aktivitet kan derfor ikke alene ses som en løsning (Koktved og Pedersen 2012, 46).

Hva som har med fatigue å gjøre og hva som har med energinivå generelt å gjøre kan være vanskelig å si. Men det er gjennomgående i studiene at fysisk aktivitet gir økt energi. Kvinner i studien til Emslie mfl. (2007, 828) og Bulmer (2012, 780) sa at trening i gruppe var gøy og ga motivasjon, energi og styrke, og Whitehead og Lavelle (2009, 897) fant at en av de viktigste fordelene med fysisk aktivitet var økt energi og livskvalitet.

*Sosial støtte*

Forholdet til de nærmeste og det å ha varme og støttende relasjoner har betydning for opplevd livskvalitet, trivsel, selvfølelse, evne til mestring og emosjonell opplevelse. Ved sykdom har tilgang på sosial støtte mye å si for hvordan man reagerer på og mestrer sykdommen (Mæland og Krokstad 2011, 62). Nettverk kan være kilde til praktisk hjelp og støtte i vanskelige situasjoner, gi støtte i form av informasjon og gode råd, gi emosjonell støtte og det kan fylle dagene med mening (Mæland og Krokstad 2011, 63). Samtidig kan det å mangle eller tape sosial støtte være en belastning. Flere kvinner jeg har snakket med på Vardesenteret har sagt at de har opplevd å miste mange venner etter å ha fått kreft. Noen sier dette er fordi de ikke har overskudd til å opprettholde kontakt.

Med fysisk aktivitet som virkemiddel til å øke livskvalitet, kan en skape arenaer for å bygge sosialt nettverk. To kvinner jeg møtte på Montebellosenteret sa de helst ville trene alene og de koblet av på den måten. Samtidig har flere kvalitative studier vist at pasienter med kreft setter pris på trening i en gruppekontekst (Emslie mfl. 2007, 828 og 831). Å trene i en gruppe med personer i liknende situasjoner kan gi følelse av støtte, solidaritet, empati og aksept (Emslie mfl. 2007, 828 og 832). En kan dele erfaringer, informasjon og gode råd (Emslie mfl. 2007, 832). Det ga mulighet for å kunne snakke ærlig og åpent om ting de ikke kunne snakke om med familie og venner (Hartvig 2006, sitert fra Browall mfl. 2016, 4). Det kan være flere grunner til å ikke føle for å snakke om alt med familie og venner, men en informant i studien til Bulmer mfl. (2012, 781) sier hun føler seg som er byrde når hun forteller om alle sine bekymringer til dem.

Emslie mfl. (2007, 833) og Luoma mfl. (2014, sitert fra Browall mfl. 2016, 11) har funnet at å være med andre i samme situasjon kan gjøre det lettere å være i svømmehall og dusje sammen og å ta av parykk når det blir varmt. En kvinne på Montebellosenteret sa at på grunn av muskelsmerter var det bedre for henne med fysisk aktivitet i basseng. Mens hun ikke følte for å bade i offentlige bad, syns hun det var greit å bade på Montebellosenteret sammen med andre som ikke stirret eller lurte på hvorfor hun bare har ett bryst.

*Identitet og selvbilde*

«Første gang jeg så meg i speilet begynte jeg å grine», sa 31 år gamle Linn Turøy Olsvoll som måtte fjerne brystet på grunn av brystkreft, til VestNytt (Økland 2017, 14-15). En kvinne jeg snakket med på Montebellosenteret sa at hun i flere måneder etter hun opererte bort brystet



ikke så den siden av kroppen hvor hun hadde fjernet brystet når hun så seg i speilet. Hun forklarte det som at hun så en svart skygge på den siden. En av informantene i studien til Emslie mfl. (2007, 835) sier at hun nå ikke vil ha et eneste speil i hjemmet sitt. Hår på hodet og bryster er synlige symbol på femininitet og kvinnelig identitet (Emslie mfl. 2007, 833). I tillegg bruker vi mennesker omgivelsene som speil for å bli kjent med oss selv (Tøssebro og Berg 2015, 233), og selvbildet kan dermed bli endret. Fordeler med å være i en gruppe med andre kvinner med brystkreft er at en ikke må forklare seg selv, at en ikke føler seg like selvbevisst, og kan takle utfordringer i forhold til utseende gjennom erfaringsutveksling og humor (Emslie mfl. 2007, 831 og 833).

Emslie mfl. (2007, 828 og 833) fant at kvinner likte å delta i en gruppe som ikke hadde direkte fokus på deres identitet som brystkreftpasient, hvor det er mer opp til en selv om en vil og trenger å snakke om sykdommen. Fysisk aktivitet i seg selv kan også skape en distanse til status som brystkreftpasient og hjelpe til å komme seg videre i livet (Bulmer mfl. 2012, 776-777). Det kan endre identiteten fra brystkreftpasient til frisk igjen (Witehead og Lavelle 2009, sitert fra Browall 2016, 4).

#### *Følelse av mestring*

Guro Nørstebøen Blikset ble operert for brystkreft i mai 2016 og skal ha sagt følgende til Oppland Arbeiderblad; «Trening gir en naturlig smertelindring. Det hjelper på humøret og det skaper mestring når man kjenner at kroppen fungerer. Det blir litt lettere å tørre å ha trua på at det kan gå bra. For man blir gjerne litt opptatt av å teste om kroppen fungerer når man er syk.» (Befring 2017, 44). Østlands-posten skriver om Heidi Barth som fikk brystkreft og som sier trening ga henne mestringsfølelse, rutine i hverdagen, og nye målsettinger (Alme 2017, 2-3). Ingram, Wessel og Courneya (2010, sitert fra Browall mfl. 2016) har funnet at å tenke at en skulle utfordre eller pushe seg selv var en positiv faktor. Videre skrives et at fysisk aktivitet ga en følelse av personlig prestasjon og styrke ved å ha oppnådd noe. Kvinner har beskrevet at etter en treningsøkt føler de seg stolte over å ha gjort noe positivt og aktivt for deres helse, som en kontrast til følelsen av passivitet i cellegiftbehandling og strålebehandling (Bulmer mfl. 2012, 777). Samtidig opplevde jeg under en gruppetime på Montebellosenteret, at en kvinne prøvde å utføre en øvelse, ikke fikk det til og gikk gråtende ut av gruppetimen.

*Mestring av sykdom og livssituasjon*

Deltakelse i fysisk aktivitet kan føre til en følelse av mestring av sykdommen, ved å fremme psykologisk fungering, fysisk form, bedre humør og ved å møte andre pasienter (Larsson mfl. 2008, 425; Balneaves mfl. 2014, sitert fra Browall 2016, 10). Bulmer mfl. (2012, 779 og 780) fant at trening kan være en effektiv og sunn måte å mestre stress, og det kan bidra til økt følelse av mestring av kreftbehandlingen. Det var noen kvinner som så på fysisk aktivitet som den beste måten å forberede seg på et eventuelt tilbakefall av kreft, og ved at fysisk aktivitet kan minske risiko for tilbakefall følte de økt følelse av kontroll i forhold til dette.

**3.2.3 Fysisk aktivitet og opplevelse av sammenheng**

For å få en økt forståelse av første del av problemstillingen; *Hvordan kan fysisk aktivitet bidra til økt livskvalitet hos kvinner med brystkreft*, vil jeg her bruke Antonovsky sin teori.

Fysisk aktivitet kan bidra til å øke følelsen av *begripelighet* ved at det gir mulighet for å være sammen med andre i samme situasjon. Med fysisk aktivitet i en gruppekontekst kan deltakerne hjelpe hverandre med å gjøre det ubegripelige begripelig, ved å spørre hverandre og ved å sette ord på tanker og følelser. Å snakke om hva som har skjedd og hva som skjer kan bidra til å få orden på tankene og få en sammenhengende historie.

Følelse av forutsigbarhet er også viktig for begripelighet. Funnene viser at kvinner følte økt kontroll over sjansen for å få tilbakefall (Bulmer mfl. 2012), noe som kan bidra til økt følelse av forutsigbarhet og begripelighet. Også struktur er av betydning (Antonovsky 2012), noe samtaler om situasjonen kan bidra til. I tillegg kan det å ha noe fast å gå til i hverdagen bidra til følelse av struktur og sammenheng.

*Håndterbarhet* er den andre komponenten (Antonovsky 2012). Kvinner med kreft kan stå overfor mange krav og for å føle at en klarer å håndtere kravene trengs ressurser. I sosial gruppearbeid kan både sosionomen og gruppedeltakerne være ressurser. Som vist, har sosial støtte mye å si for mestring av sykdommen, og praktisk hjelp og støtte kan bidra til å føle at en kan håndtere krav. Det kan også oppleves som en ressurs at kroppen er i form og er sterk. I forhold til fatigue viser funnene at fysisk aktivitet kan bidra til følelse av motstand mot stressorer (Koktved og Pedersen 2012), og dermed økt følelse av håndterbarhet. Hvis derimot treningen blir for hard og intens og skaper omvendt effekt kan dette føre til lavere følelse av håndterbarhet.

Håndterbarhet handler også om å ikke føle seg som et offer for omstendighetene (Antonovsky 2012). Ved å være i fysisk aktivitet gjør en noe aktivt, det er noe som er selvbestemt og ikke noe en utsettes for. Jeg tolker det at noen kvinner så på fysisk aktivitet som en måte å forberede seg på et eventuelt tilbakefall, og følte økt kontroll over risikoen for tilbakefall (Bulmer mfl. 2012), som en følelse av å være aktiv i eget liv, heller enn å føle seg som et offer. Å takle motbakke, bearbeide sorg og komme seg videre har også sammenheng med håndterbarhet. Kvinner beskrev at å være i fysisk aktivitet bidro til å endre selvbilde fra syk til frisk (Whitehead og Lavelle 2009, sitert fra Browall mfl. 2016) og skape distanse til status som brystkreftpasient og komme seg videre i livet (Bulmer mfl. 2012).

For å ha følelsen av *meningsfullhet* er det viktig å ha livsområder som er viktig, som en er involvert i og som gir mening (Antonovsky 2012). Det kan være vanskelig å se for seg noen mening med selve sykdommen, men det kan allikevel være mulig å være villig til å ta utfordringen og gjøre sitt beste for å komme seg videre (Antonovsky 2012). Heidi Barth opplevde at fysisk aktivitet ga henne nye målsettinger (Alme 2017), noe jeg tolker som en form for mening. Pusterommet, pausen fra sykdommen, og fokus over på friskhet som beskrives (Emslie mfl. 2007; Bulmer mfl. 2012) kan bidra til opplevelse av noe som er meningsfylt i det meningsløse. Det samme gjelder følelsen av å ha det gøy (Emslie mfl. 2007).

### **3.2.4 Delkonklusjon 2**

Funnene viser nesten entydig at fysisk aktivitet kan bidra til økt livskvalitet. Drøfting av funn i lys av Antonovsky (2012) sin teori om opplevelse av sammenheng, underbygger dette ytterligere. Dette betyr at fysisk aktivitet kan ha positiv effekt på faktorer som kan bli negativt påvirket ved brystkreft, som beskrevet i delkonklusjon 1. Dette er et resultat med forbehold om at fysisk aktivitet ikke passer for alle, eller i alle situasjoner.

## **Kapittel 4: Hvordan kan fysisk aktivitet være et virkemiddel i sosialt arbeid?**

I dette kapitlet vil jeg begynne med å presentere sosionomens perspektiv og hovedoppgaver i arbeid på sykehus. Jeg vil så vise noen arenaer, i tillegg til sykehus, hvor en sosionom kan møte kvinner med brystkreft. Deretter vil jeg presentere perspektiver og teori i sosialt arbeid som jeg mener kan være nyttig for å belyse problemstillingen. Det vil være noen innspill fra

internasjonal litteratur for å supplere, der jeg ikke har funnet aktuell norsk litteratur. Jeg vil i siste del av kapittelet drøfte hvordan fysisk aktivitet kan være et virkemiddel i sosialt arbeid. Jeg bruker begrepene pasient, bruker, deltaker og klient om hverandre, avhengig av hvilke begreper som er brukt i litteraturen, og jeg tenker da på kvinner med brystkreft.

#### 4.1 Sosionomen

Sosionomens arbeid på sykehuset er grunnlagt i et biopsykososialt perspektiv (Oslo Universitetssykehus HF 2010, 9). Det vil si at en ser sammenhengen mellom biologiske, psykologiske og sosiale forhold. Det er dette jeg i denne oppgaven mener med helhetsperspektivet. «Bio» handler om de biologiske og medisinske aspektene ved et menneskes helse og livskvalitet, «psyko» handler om selvbilde, selvfølelse og emosjonelle forhold. «Sosial» handler om den gjensidige påvirkningen mellom pasient og de sosiale omgivelsene (Beder 2006<sup>9</sup>, også sitert i Oslo Universitetssykehus HF 2010, 9). For å fremme helse og livskvalitet og for å avhjelpe sykdom må en derfor tenke helhetlig, og se sammenhengen mellom det biologiske, psykologiske og sosiale. I forhold til psykososiale utfordringer vil sosionomen være en naturlig kontakt, mens biologiske forhold vil være utenfor sosionomens felt. Det er samtidig viktig at en sosionom har kunnskap om hvordan det biologiske kan virke inn på det psykososiale. Jeg har med dette perspektivet som en bakgrunnsforståelse for å tydeliggjøre sosionomens plass og for forståelsen av at faktorer henger sammen og at hode og kropp ikke kan skilles.

FO<sup>10</sup> skriver at sosionomen i sykehus har tre hovedoppgaver; praktiske oppgaver, psykososialt arbeid og undervisningsvirksomhet. *Praktiske oppgaver* handler blant annet om informasjon, råd og veiledning, formidling av kontakt med hjelpeapparatet og bistand med søknader. *Psykososialt arbeid* handler om kartlegging og oppfølging, for det første av ytre årsaker til pasientens problemer blant annet i forhold til arbeidssituasjon, økonomi og bolig. For det andre av mellommenneskelige problemer ved samlivskriser, svekkede nettverk og liknende. For det tredje av psykiske og følelsesmessige reaksjoner, for eksempel ved viktige endringer i livssituasjonen. *Undervisningsvirksomhet* dreier seg om veiledning i ulike tema,

---

<sup>9</sup>

[https://books.google.no/books?hl=no&lr=&id=FR65nPh\\_vHkC&oi=fnd&pg=PT7&dq=Johan+Beder+2006+Hospital+social+work.+The+interface+of+medicine+and+caring&ots=AUGD4ISdUP&sig=RKjyv4M6SRuzq7B472GKPeBwk2s&redir\\_esc=y#v=onepage&q=bio&f=false](https://books.google.no/books?hl=no&lr=&id=FR65nPh_vHkC&oi=fnd&pg=PT7&dq=Johan+Beder+2006+Hospital+social+work.+The+interface+of+medicine+and+caring&ots=AUGD4ISdUP&sig=RKjyv4M6SRuzq7B472GKPeBwk2s&redir_esc=y#v=onepage&q=bio&f=false)

<sup>10</sup> <https://www.fo.no/somatiskesykehus/hvordan-arbeider-sosionomene-i-sykehusene-article194-222.html> (01.05.2017).

som rettigheter, støtteordninger, kommunikasjon og samliv, og om kurs og gruppetilbud som tar opp utfordringer knyttet til mestring.<sup>11</sup> Dette er arbeid både med levekår og livskvalitet, men det er oppgavene knyttet til livskvalitet jeg har fokus på i denne oppgaven.

I artikkelen «Ageing and Cancer: A Global Concern for Social Work» (Maramaldi og Cadet 2012, 129) skrives det at en sosialarbeider har ferdigheter som er essensielle for å hjelpe pasienter med kreft og deres pårørende. Blant annet nevnes ferdigheter som planlegging, mobilisering av ressurser og tilrettelegging for kommunikasjon. I tillegg har sosionomen ferdigheter for å lytte og utforske emosjonelle og sosiale utfordringer relatert til kreft, i pasientens psykososiale omstendigheter (Maramaldi og Cadet 2012, 129).

Williams og Streat (2006) har skrevet artikkelen «Physical Activity Promotion in Social Work». De mener sosialarbeidere må bli aktive i å fremme fysisk aktivitet og trenger kunnskap om når fysisk aktivitet kan være spesielt hjelpsomt for klienter (William og Streat 2006, 180).

## **4.2 Arenaer**

Sosionomen treffer kvinner med brystkreft på ulike arenaer. Av helsetjenester kan både sykehus, rehabiliteringstjenester og kurs- og mestringssentre være aktuelt. På sykehus er det både aktuelt med sosionom som er ansatt ved sykehuset, og med sosionom ansatt ved Vardesenteret som er et samarbeid mellom sykehuset og Kreftforeningen. På NAV kan en treffe kvinner med brystkreft som for eksempel har behov for sykepenger, arbeidsavklaringspenger eller eventuelt sosialhjelp. En kan her også møte eldre kvinner med brystkreft. De tre hovedoppgavene jeg kort har beskrevet overfor er oppgaver i sykehus, men dette mener jeg er like aktuelt innenfor alle arenaer hvor en møter kvinner med brystkreft.

## **4.3 Sosialfaglig teori**

### ***4.3.1 Mennesket som et system av handling, følelser og tanker***

For å konkret se hvor fysisk aktivitet kommer inn i bildet, vil jeg presentere Johnson og Yancas (2009, 73) forståelsesmodell av mennesket som et samspill mellom følelser, tanker og handlinger. Dimensjonene påvirker hverandre sirkulært og gjensidig. For å få til endring må

---

<sup>11</sup> <https://www.fo.no/somatisk-sykehus/hvordan-arbeider-sosionomene-i-sykehusene-article194-222.html> (01.05.2017)

det skje en intervensjon i en av disse faktorene hos mennesket, eller et sted i omgivelsene. Intervensjon vil si en spesifikk handling for å få til endring (Johnson og Yanca 2009, 32).

I et delkapittel skriver de om at aktivitet kan være en slik handling for å få til endring (Johnson og Yanca 2009, 246). De definerer aktivitet som alt som involverer aktivitet av klienten, som å gjøre noe eller gjennomføre oppgaver, som motsetning til å snakke om hva man skal gjøre eller om følelser og tanker. Det omfatter derfor mer enn fysisk aktivitet, som for eksempel rollespill og lek, men det er tydelig at fysisk aktivitet også inkluderes i deres definisjon. Det kan handle om fysisk aktivitet hvor sosionomen deltar, enten i individuelt sosialt arbeid eller sosialt gruppearbeid, og det kan handle om «hjemmeoppgaver». Planlegging av aktivitet og målsetting bør gjøres sammen med klienten for at klienten skal føle seg aktiv og eie arbeidet (Johnson og Yanca 2009, 247)

Kroppen er vår tilgang til verden, noe som gjør at enhver forandring av kroppen fører til forandring av vår opplevelse av verden (Martinsen 2011, 29). Når vi sitter stille forholder vi oss til verden som om den står stille, mens når vi er i fysisk bevegelse, for eksempel går en tur, endrer vi perspektiv og beveger tankene. Dette kan i seg selv løse mange problemer (Martinsen 2011, 31).

#### **4.3.2 Mestringsperspektiv**

I et mestringsperspektiv har sosionomen fokus på muligheter og styrker, i stedet for på mangler og svakheter. En grunnholdning er at alle individer, grupper og samfunn har styrker (Johnson og Yanca 2009, 8). Det å føle at en ikke har ressurser til å mestre livet kan føre til angst, følelse av å være lite verdt eller sinne (Johnson og Yanca 2009, 102). *Mestring* vil si en persons anstrengelser for å takle en ny og ofte problematisk livssituasjon (Johnson og Yanca 2009, 436). Sosionomen hjelper klienten med å identifisere styrker og ressurser, så klientene kan bruke disse til å møte sine behov og mestre sin livssituasjon. I teorien til Antonovsky (2012) om salutogenese som presentert i kapittel 3, rettes oppmerksomheten mot mestringsressurser ved å spørre; «Hvilke faktorer er det som bidrar til i hvert fall å bevare personens plassering på kontinuumet eller skape en bevegelse i retning av helseenden?».

Williams og Streat (2006) skriver at å fremme fysisk aktivitet i arbeid med klienter kan hjelpe sosionomen til å se tilgjengelige styrker og ressurser som kan bidra til positiv endring. Sosionomer som tror at fysisk aktivitet kan være bra blant annet for å øke livskvaliteten hos

en klient, kan hjelpe klienten til å undersøke episoder hvor klienten er, eller har vært i fysisk aktivitet, og forsøke styrke slike episoder (vellykkede historier). De skriver videre at små endringer er alt som er nødvendig fra begynnelsen av og at det ikke finnes noen korrekt måte å strukturere fysisk aktivitet (Williams and Streat 2006, 182).

#### **4.3.3 Relasjon**

Helse- og sosialfaglig arbeid utøves primært i møter mellom mennesker (FO 2015, 7).

Sosionomen jobber gjennom sin relasjon til klienten for å få til en forandring, enten i klientens handlingsmønster eller i klientens opplevelse og forståelse av situasjonen (Levin 2004, 87-88). Relasjonen mellom sosialarbeider og bruker har derfor betydning for hvordan arbeidet utvikler seg. I tillegg har tillit betydning for relasjon og for arbeidet. Sosionomen kan bidra til at tillit oppstår gjennom åpen kommunikasjon, forståelig informasjon, tydelige begrunnelser og ivaretagelse av konfidensialitet (FO 2015, 6).

Som den profesjonelle part er det sosionomen som har ansvar for relasjonen (FO 2015, 7).

Sosionomen må derfor for det første ha kunnskap om forhold som virker inn på relasjonen.; Det som skjer i selve møtet mellom sosionom og bruker virker inn, forforståelse, erfaringer og forventninger virker inn og den ytre konteksten virker inn (Levin og Ellingsen 2015, 116). For det andre må sosionomen være oppmerksom på hvordan han eller hun påvirker styrkeforholdet i relasjonen, og at den profesjonelle makten kan misbrukes (FO 2015, 7).

Bulmer (mfl. 2012, 782) skriver at relasjon til treneren var høyt verdsatt og bidro til sosial støtte, oppmuntring, omsorg og betryggelse. En sosionom kan være leder for sosialt gruppearbeid, og kan for eksempel gå turer og skiturer. En kan skille mellom prosess og innhold i arbeidet (Levin og Ellingsen 2015, 116). Med prosess mener jeg i denne oppgaven arbeidsrelasjonen, fremdriften i arbeidet og fysisk aktivitet som virkemiddel, mens innholdet vil handle om temaer for å øke livskvalitet.

#### **4.3.4 Sosialt gruppearbeid**

Meningen med gruppearbeid er å kunne hjelpe seg selv og hverandre ved å dele følelser og opplysninger, sammenlikne holdninger og erfaringer, gi hverandre motforestillinger og utvikle personlige forhold (Heap 2005, 22). Opplevelse av gruppesamhørighet kan oppleves som en sterk og positiv kraft, ved at en føler seg sterkere og mer verdifull (Kjølstad 2004, 44). Gruppen kan være arena for å gi uttrykk for følelser og for å gjennomarbeide smertefullt

materiale (Kjølstad 2004, 53). Ved å drøfte og sette ord på det som oppleves meningsløst og vondt, i et fellesskap, kan meningsløsheten miste noe av sin tyngde (Kjølstad 2004, 46). I gruppearbeid er det «å gjøre» fremfor eller i tillegg til det «å snakke om» et viktig trekk, og for mange mennesker er det lettere å delta i aktiviteter enn i diskusjon (Heap 2005, 211). Heap (2009, 217) nevner aktiviteter som tegning, musikk, drama og lek. Kravene er at det skal stimulere kontakt og interaksjon, gi uttrykk for og konfrontere problemer, fremme sosial læring og vekst og vedlikeholde sosial funksjon, øke selvaktelsen gjennom bedre mestring og livskvalitet, bidra til forandringer i omgivelsene og forberede seg på framtidige forandringer eller kriser (Heap 2005, 212).

Studien til Emslie mfl. (2007, 835) viser at kvinnene foretrakk fysisk aktivitet i en positiv og støttende gruppeatmosfære, fremfor støttegrupper hvor en sitter og snakker, med fokus på sykdom. En kvinne i studien til Bulmer mfl. (2012, 782) sier at hun ikke vil gå til støttegruppe og sitte å snakke om sykdom og behandling, men hun vil komme seg bort fra det. Samtidig var det flere kvinner som foretrakk at den fysiske aktiviteten skulle være et sted hvor man etter treningen hadde tilgang til et komfortabelt rom for å snakke sammen (Emslie mfl. 2007, 830).

#### **4.4 Drøfting**

For å besvare andre del av problemstillingen min; *Hvordan kan fysisk aktivitet være et virkemiddel i sosialt arbeid*, vil jeg i denne delen bruke den presenterte teorien og drøfte hvordan fysisk aktivitet kan være et virkemiddel, både i individuelt sosialt arbeid og sosialt gruppearbeid.

##### **4.4.1 Individuelt sosialt arbeid**

Individuelt sosialt arbeid foregår både innenfor helse- og velferdstjenester. Fysisk aktivitet er ikke en naturlig del av individuelt sosialt arbeid på disse arenaene i Norge i dag, men jeg vil allikevel i denne delen undersøke hvordan det kunne vært et virkemiddel.

Fysisk aktivitet kan være et virkemiddel i psykososialt arbeid, slik FO har fremstilt dette som en av hovedoppgavene. Det kan både handle om aktivitet som virkemiddel hvor sosionomen deltar eller det kan handle om hjemmeoppgaver (Johnson og Yanca 2009). Jeg ser for meg at i individuelt sosialt arbeid hvor sosionomen deltar, kan sosionomen og kvinnen gå en tur under samtalen, eller ha deler av samtalen på en tur og deler av samtalen på kontoret. Med fysisk



aktivitet som hjemmeoppgave ser jeg for meg at kvinnen gjør aktivitet hjemme mellom samtaler med sosionom. Planen for aktiviteten planlegges sammen, noe Johnson og Yanca (2009) påpeker som viktig, for at personen selv skal eie arbeidet. Det beste kan enten være å bruke fysisk aktivitet på en av disse måtene, eller som en kombinasjon. Aktiviteten trenger ikke være mer avansert enn en tur. Williams og Stream (2006) påpeker at selv små forbedringer i aktivitet kan gi store fordeler, noe Helsedirektoratet (2008) også underbygger.

I følge Johnson og Yanca (2009, 73) er mennesket et samspill mellom handling, følelser og tanker, og det må skje en intervensjon i en av dimensjonene for å få en endring. Fysisk aktivitet som intervensjon, eller virkemiddel, vil i lys av deres forståelse påvirke tanker og følelser. Dersom aktiviteten bidrar til positive kognitive og affektive opplevelser (tanker og følelser), vil livskvaliteten ifølge definisjonen til Næss (2001) øke.

Aktiviteten kan bidra til positive tanker og følelser ved at perspektivet endres fra passivitet til aktivitet. Martinsen (2011) hevder at enhver forandring av kroppen fører til en forandring av vår opplevelse av verden. Psykososiale utfordringer som føles uoverkommelige og uløselige kan på denne måten ses i et nytt perspektiv ved å gå en tur mens man snakker om dem. Kroppens bevegelse som påvirker bevegelse i tankene kan gjøre det lettere å oppleve at en kan være aktiv i eget liv, og Martinsen (2011) påpeker at fysisk bevegelse i seg selv kan løse mange problemer. Når vi derimot sitter stille, forholder vi oss ifølge Martinsen (2011) til verden som om også den står stille. Jeg tenker derfor at å sitte stille å snakke om problemer og utfordringer, kan gjøre det vanskeligere å komme seg ut av de vonde tankene og videre i livet. I verste fall kan det gjøre at kvinnen graver seg enda dypere ned i det vanskelige.

På bakgrunn av dette tenker jeg at en gåtur under samtalen kan bidra til mer positive tanker og følelser, og dermed påvirke samtaleemnene i en annen retning enn det ville gjort på et kontor. Fører den fysiske aktiviteten derimot til negative kognitive og affektive opplevelser, vil dette sett i lys av Næss (2001) sin definisjon, påvirke livskvaliteten negativt. For eksempel kan fokuset bli på hva ved kroppen som ikke fungerer like godt som før. En sosionom må derfor se de individuelle behov og forutsetninger hos den enkelte kvinne, og gjennom et mestringsperspektiv finne styrker og ressurser hos den enkelte.

I et mestringsperspektiv skal sosionomen hjelpe klienten med å identifisere styrker og ressurser (Johnson og Yanca 2009, 8). Det er i kapittel tre allerede vist at fysisk aktivitet kan

bidra til økt følelse av mestring og økt mestring av sykdom og livssituasjon. Som virkemiddel i sosialt arbeid kan det samtidig bidra til et annet fokus *hos sosionomen*. Fysisk aktivitet som virkemiddel kan gjøre at sosionomen hjelper klienten med å identifisere styrker og ressurser som de ellers ikke hadde sett etter. Williams og Streat (2006) styrker dette synspunktet, ved å hevde at fysisk aktivitet vil hjelpe sosionomen til å se tilgjengelige styrker og ressurser og hjelpe til å fokusere på «vellykkede historier», og styrke disse. For å se dette i sammenheng med livskvalitet, kan vi stille det salutogene spørsmålet om hvilke faktorer det er som bidrar til å bevare eller skape bevegelse mot helseenden (Antonovsky 2012). Vi ser at hvis fysisk aktivitet kan fungere som en mestringsressurs for en person, kan dette bidra til å bevare eller øke den livskvaliteten personen har. Det er imidlertid viktig at fysisk aktivitet ses som et *tilskudd*, en mulighet for en annen måte å tenke og arbeide på. FO (2015, 11) presiserer at yrkesutøveren må etterspørre og ta på alvor brukerens egen forståelse av problemene og forslag til løsninger. For noen ville kanskje helt andre mestringsressurser vært mer nyttige for å mestre livssituasjonen og øke livskvalitet.

Relasjon og tillit er av betydning for hvordan arbeidet utvikler seg (Levin 2004). Bulmer mfl. (2012) fant at relasjon til trener var høyt verdsett, og bidro til sosial støtte, oppmuntring, omsorg og betryggelse. Jeg antar *treneren* like gjerne kunne vært en sosionom. Fysisk aktivitet kan påvirke relasjonen positivt, ved at det kan være lettere å snakke med en hjelper når en går tur og har noe å drive med, i stedet for å sitte på kontoret og måtte se hverandre i øynene. I tillegg skal sosionomen ifølge FO (2015) være oppmerksom på hvordan styrkeforholdet i relasjonen påvirkes og har ansvar for å fordele makt og ansvar mellom yrkesutøver og bruker (FO 2015, 11). En tur ute kan bidra til utjevning av maktforhold, for det første ved at en verken er på sosionomens eller personens «hjemmearena»; den ene er ikke på besøk hos den andre. For det andre slipper en den skjulte makten som ligger i skillet ved å sitte på hver sin side av kontorpulten. For det tredje får en fokuset bort fra byråkrati. Samtidig kan det bli utfordringer i forhold til konfidensialitet og åpenhet når en befinner seg utenfor kontoret og i omgivelser hvor en kan møte hvem som helst, noe som er viktig for tillit (FO 2015).

Det siste jeg vil ta opp i forhold til individuelt sosialt arbeid er innholdet i samtale. Selv om fysisk aktivitet er virkemiddelet, er innholdet i samtalen under eller etter fysisk aktivitet av betydning. Målet er å øke livskvalitet og ut fra Antonovskys (2012) teori om opplevelse av sammenheng, vil samtale som styrker opplevelse av håndterbarhet, begripelighet og

meningsfullhet være viktig for å oppnå dette. I kapittel 3 så vi at fysisk aktivitet kan bidra til økt opplevelse av sammenheng, noe som vil være en del av prosessen i arbeidet, som påpekt av Levin og Ellingsen (2015). Innholdet i samtalene kan samtidig styrke muligheten til dette. Sosionomen bør derfor forsøke å fange opp behov og temaer som er presserende hos kvinnen. Det kan være at utfordringer som dukker opp i samtalen, kan mestres ved hjelp av fysisk aktivitet som virkemiddel.

#### **4.4.2 Sosialt gruppearbeid**

Innenfor de ulike arenaene kan også sosialt gruppearbeid være aktuelt. Sett i lys av Heaps (2005) krav til aktivitet, krav som jeg vurderer som meningsfylte, kan fysisk aktivitet være et virkemiddel i sosialt gruppearbeid. Jeg kommer ikke til å gå inn i detaljer på planlegging, og gjennomføring, men gi en kort fremstilling for å vise hvordan fysisk aktivitet kan være et virkemiddel i sosialt gruppearbeid. Mye fra individuelt sosialt arbeid gjelder også her.

Jeg tar her utgangspunkt i at en sosionom jobber ved Vardesenteret på Radiumhospitalet. Dette kan i tillegg overføres til andre arenaer. Vardesenteret ligger rett ved turområder i skogen. Jeg ser for meg at sosionomen har sosialt gruppearbeid med en fast gruppe noen dager i uken. Opplegget begynner med et oppstartsmøte på et grupperom på Vardesenteret, for å starte dagen og se an gruppens behov. Andre del handler om fysisk aktivitet, hvor en kan gå tur, gå skitur på vinteren eller for eksempel dra i svømmehall. Etter å ha vært i fysisk bevegelse kan gruppen møtes i et grupperom på Vardesenteret igjen for samtale og for avslutning av dagen. For innhold i samtalene gjelder det samme som ved individuelt sosialt arbeid, men her kan også deltakerne være en ressurs for hverandre for å nå målet med økt opplevelse av sammenheng og livskvalitet.

I psykososialt arbeid kan fysisk aktivitet i gruppe påvirke psykiske og følelsesmessige reaksjoner, og bidra til kontaktetablering og nettverk. I en gruppekontekst handler dette om relasjon, både mellom deltakerne, og mellom sosionom og deltakere. For det første kan det å være i fysisk aktivitet sammen med andre gi mulighet for gruppesamhørighet, noe Kjølstad (2004) hevder kan oppleves som en sterk og positiv kraft. Fysisk aktivitet kan ifølge studien til Emslie mfl. (2007) gi opplevelse av å ha det gøy og få energi og Heap (2005) skriver at for mange er det lettere å være i aktivitet enn å snakke. I tillegg; dersom det å sette ord på ting er et mål, kan det være at fysisk aktivitet som en del av gruppearbeid gjør det lettere å snakke, ved at tankene, ifølge Martinsen (2011), blir satt i bevegelse av aktiviteten (Martinsen 2011).

Kvinner i studien til Emslie mfl. (2007) foretrakk fysisk aktivitet i en støttende gruppeatmosfære fremfor å sitte å snakke.

For det andre kan deltakerne hjelpe hverandre med å takle psykiske og følelsesmessige reaksjoner gjennom samtaler, enten under eller etter fysisk aktivitet. Selv om kvinner i studien til Emslie mfl. (2007) foretrakk fysisk aktivitet, fremfor å sitte og snakke, var det samtidig flere som foretrakk å kunne snakke sammen etter treningen. Fysisk aktivitet kan være virkemiddel ved å bidra til samhold og fellesskapsfølelse i gruppen, og påvirke perspektiv, opplevelse av situasjon og energi. Kjølstad skriver at samtaler om følelser og reaksjoner med andre i liknende situasjon kan hjelpe til å bearbeide materiale og bidra til at meningsløsheten mister noe av sin tyngde (Kjølstad 2004), noe som også er en komponent for å øke opplevelse av sammenheng (Antonovsky 2012). Jeg antar at påvirkningen fysisk aktivitet har på tanker og følelser har betydning for bearbeidningen og kan gjøre det lettere å oppleve mening. Fysisk aktivitet kan på denne måten fremme ressurser og mestring i gruppen som helhet, noe en ikke har samme mulighet til i individuelt sosialt arbeid.

Kurs og gruppetilbud som tar opp temaer knyttet til mestring, og undervisning og veiledning i ulike tema, er oppgaver sosionomen har innen undervisningsvirksomhet (FO). Samtidig handler gruppearbeid om å gjøre noe eller gjennomføre oppgaver, i motsetning til å snakke om hva man skal gjøre eller om følelser og tanker (Johnson og Yanca, 2009). Fysisk aktivitet kan være virkemiddel for at deltakerne *opplever* for eksempel mestring og samhørighet med andre. Jeg antar at en ikke kan snakke seg til eller lese seg til alle de effektene fysisk aktivitet kan gi, som presentert i kapittel 3, men at mange av dem må oppleves og erfares. Martinsen (2011, 191-192) skriver at den beste kilden til informasjon om mestring kommer fra egne mestringsopplevelser, og at fysisk aktivitet kan være en effektiv metode for å øke egen mestringstro, ved at det gir gode muligheter til å skape meningsfulle mestringsopplevelser.

I tillegg kan aktivitet, samhandling på et annet nivå enn samtaler, gi sosionomen mulighet for å oppdage behov hos deltakerne en ellers ikke hadde sett, og dermed kan temaer vises, som en ellers ikke hadde tenkt på, eller hatt muligheten til å oppdage. Når alvorlig sykdom rammer er det for de fleste sykdommen og konsekvensene som opptar personen (NOU 1999:2) og det er derfor viktig å ta utgangspunkt i kvinnene selv og deres oppmerksomhet, fokus og behov.

### **4.5 Delkonklusjon 3**

Fysisk aktivitet kan være et virkemiddel i individuelt sosialt arbeid ved å påvirke tanker og følelser. Dette kan påvirke samtaleemnene, bidra til en mer problemløsende tankegang og styrke følelse av at ting kan bli bedre. Med fysisk aktivitet som virkemiddel kan vi få et fokus som bidrar til å se ressurser og mestring vi ellers ikke hadde sett, og det kan bidra positivt til kontaktetablering, relasjoner og utjevning av maktforhold.

Også i sosialt gruppearbeid har fysisk aktivitet vist seg å være et virkemiddel som kan bidra til kontaktetablering og relasjoner. Her kan vi i tillegg oppnå følelse av gruppetilhørighet og fellesskap, og bruke mestringsressurser som ligger i gruppen som helhet, som fordel for hver enkelt deltaker. Fysisk aktivitet kan også være et virkemiddel i undervisningsvirksomhet ved at deltakerne kan *oppleve* effektene fysisk aktivitet og sosialt gruppearbeid kan gi.

## **Kapittel 5: Avslutning**

Avslutningsvis vil jeg oppsummere hovedtrekkene ved oppgaven, ta opp igjen forforståelsen min og vise noe at det jeg har lært gjennom arbeid med oppgaven.

Jeg har lært at både diagnosen og behandlingen kan føre til redusert livskvalitet hos kvinner med brystkreft. Samtidig har jeg lært at sykdom ikke trenger å bety dårlig livskvalitet. Helsebildet er et helhetsbilde hvor sykdommen bare er en del av det store bildet og en del av personen (Fugelli og Ingstad 2014). Jeg har gjennom arbeid med denne oppgaven fått økt kunnskap om hvordan fysisk aktivitet kan gi positive effekter som kan gjøre det totale helsebildet, og dermed livskvaliteten bedre. Dette har vist seg å både handle om reduksjon av fysiske og psykiske smerter og belastninger, og om å kunne tilføre noe godt til livet. I tillegg har jeg lært at det ikke bare handler om å øke livskvalitet, men at det også handler om å forsøke å hindre at livskvaliteten blir dårligere.

Videre har jeg fått økt kunnskap om hvordan fysisk aktivitet kan være et virkemiddel i sosialt arbeid, både i arbeid med individer og grupper. Jeg hadde en forforståelse av at fysisk aktivitet kunne være en naturlig del av sosialt gruppearbeid, men jeg har blitt spesielt overrasket over hvor nyttig og viktig dette kan være også i individuelt sosialt arbeid. Jeg har fått økt forståelse av hvordan fysisk aktivitet faktisk kan skje i praksis, og at det ikke

nødvendigvis er så mye som skal til. Som virkemiddel virker det som fysisk aktivitet kan bidra til effekter man ikke kan snakke seg til, men som må erfares og oppleves.

Jeg har på mange måter fått bekreftet min forforståelse. Fysisk aktivitet har vist seg å kunne gi positive effekter på opplevelse av situasjonen, ved at tanker og følelser blir påvirket, og det har vist seg å kunne gi et annet fokus og mer positiv energi. Samtidig var forforståelsen min snever i forhold til kunnskapen jeg har nå, og det er mange flere faktorer som kan bli påvirket enn det jeg har tenkt på før. Det er på en annen side mulig at forforståelsen min har sperret utsikten min og ført til at jeg ubevisst har gått glipp av flere sider ved temaet, og det kan være litteraturen har mangler i forhold til de negative sidene.

Jeg har allikevel sett mer og mer tydelig hvor stort potensialet for fysisk aktivitet i sosialt arbeid kan være, og hvor nyttig og viktig dette kunne vært. Fysisk aktivitet har, som vist i oppgaven, fått økt fokus i politikken som viktig for livskvalitet. I tillegg har sosionomen som samfunnsoppdrag blant annet å sikre livskvalitet. Jeg mener derfor det bør undersøkes nærmere om fysisk aktivitet bør bli en del av sosionomutdanningen. Fysisk aktivitet som virkemiddel i sosialt arbeid kan åpne dører for nye måter å tenke på.

## Litteraturliste

- Alme, Vårin. 2017. Treningen reddet meg. Fikk mestringsfølelse og rutine i hverdagen. *Østlands-posten*. Side 2-3.
- Antonovsky, Aron. 2012. *Helsens mysterium. Den salutogene modellen*. Oversatt av Ane Sjøbu. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. Opprinnelig publisert som *Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well* (San Francisco: Jossey-Bass Inc., 1987).
- Aydin, Elvin, Bahadi M. Gulluoglu og Kemal Kuscu. 2012. «A Psychoanalytic Qualitative Study of Subjective Life Experiences of Women With Breast Cancer». *Journal of Research Practice* 13:296-310.
- Balneaves LG., C. Van Patten, TL. Truant, MT. Kelly, SE. Neil og KL. Campell. 2014. «Breast cancer survivors' perspectives on a weight loss and psysical activity lifestyle intervention.» *Support Care Cancer* 22:2057-2060. doi: 10.1007/s00520-014-2185-4.
- Sitert i Browall, Maria, Sara Mijwel, Helen Rundquist og Yvonne Wengström. 2016. «Physical Activity During and After Adjuvant Treatment for Breast Cancer: An Interative Review of Women's Experiences.» *SAGE Journals* 1-15. doi: 10.1177/1534735416683807.
- Beder, Johan. 2006. *Hospital social work. The Interface of medicine and caring*. New York: Routledge. Sitert i Oslo Universitetssykehus HF. 2010. *Metodebok for sykehussosionomens daglige arbeid*. Oslo: 07-gruppen
- Befring, Knut. 2017. Første mål etter kreften. *Oppland arbeiderblad*. Side 44-45.
- Browall, Maria., Sara Mijwel, Helen Rundquist og Yvonne Wengström. 2016. «Physical Activity During and After Adjuvant Treatment for Breast Cancer: An Interative Review of Women's Experiences.» *SAGE Journals* 1-15. doi: 10.1177/1534735416683807.
- Bulmer, Sandra Minor, Jeremy Howell, Louise Ackerman og Regan Fedric. 2012. «Women's Perceived Benefits of Exercise During and After Breast Cancer Treatment.» *Women and Health* 52:771-787. doi: 10.1080/03630242.2012.725707.
- Carless, David og Kitrina Douglas. 2010. *Sport and Physical Activity for Mental Health*. United Kingdom: Blackwell Publishing Ltd.
- Dalland, Olav. 2014. *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Emslie, Carol, Fiona Whyte, Anna Campbell, Nanette Mutrie, Laura Lee, Diana Ritchie og

- Nora Kearney. 2007. «'I wouldn't have been interested in just sitting round a table talking about cancer'; exploring the experiences of women with breast cancer in a group exercise trial» *Health Education Search* 6:827-838. doi: 10.1093/her/cyll59.
- Eriksen, Tove Brita. 2006. *Født til bevegelse. Om fysisk aktivitet og helse*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- FO (Fellesorganisasjonen for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere). 2015. *Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsarbeidere*.
- Fosså, Alexander, Toto Hølmekbakk, Sigbjørn Smeland og Sophie D. Fosså. 2013. «En oversikt over kreftbehandling». I *Kreftoverlevende. Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv*, red. Jon Håvard Loge, Alv A. Dahl, Sophie D. Fosså, Cecilie E. Kiserud. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Fosså, Sophie D. og Cecilie E. Kiserud. 2013. «Medisinske problemer hos kreftoverlevende». I *Kreftoverlevende. Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv*, red. Jon Håvard Loge, Alv A. Dahl, Sophie D. Fosså, Cecilie E. Kiserud. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Fugelli, Per og Benedicte Ingstad. 2014. *Helse på norsk. God helse slik folk ser det*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag.
- Gaarder, Jorun og Ane Muladal. 2017. Frisk av kreft, men likevel syk. Flere overlever – flere rammes av senefekter. *Dagbladet*. Side 14-15.
- Grov, Ellen Karine, Jon Håvard Loge og Alv A. Dahl. 2013. «Livskvalitet». I *Kreftoverlevende. Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv*, red. Jon Håvard Loge, Alv A. Dahl, Sophie D. Fosså, Cecilie E. Kiserud. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Hartvig P., J. Aulin, S. Wallenberg og G. Wagenius. 2006. «Physical exercise for cytotoxic drug-induced fatigue.» *Journal of Oncology Pharmacy Practice* 12:183-191. doi: 10.1177/1078155206070776. Sitert i Browall, Maria, Sara Mijwel, Helen Rundquist og Yvonne Wengström. 2016. «Physical Activity During and After Adjuvant Treatment for Breast Cancer: An Interative Review of Women's Experiences.» *SAGE Journals* 1-15. doi: 10.1177/1534735416683807.
- Heap, Ken. 2005. *Gruppemetode. For sosial- og helsearbeidere*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Helse- og omsorgsdepartementet. 2013. *Sammen mot kreft- nasjonal kreftstrategi 2013-2017*.
- Husebø, AM., B. Karlsen, H. Allan, JA. Søreide, E. Bru. 2015. «Factors perceived to



- influence exercise adherence in women with breast cancer participating in an exercise programme during adjuvant chemotherapy: a focus group study.» *Journal of Clinical Nursing* 24:500-510. doi: 10.1111/jocn.12633. Sitert i Browall, Maria, Sara Mijwel, Helen Rundquist og Yvonne Wengström. 2016. «Physical Activity During and After Adjuvant Treatment for Breast Cancer: An Interative Review of Women's Experiences.» *SAGE Journals* 1-15. doi: 10.1177/1534735416683807.
- Ingram C., J. Wessel og K.S. Couneya, 2010. «Women's perception of home-based exercise performing during adjuvant chemotherapy for breast cancer.» *European Journal of Oncology Nursing* 14:238-243. doi: 10.1016/j.ejon.2010.01.027. Sitert i Browall, Maria, Sara Mijwel, Helen Rundquist og Yvonne Wengström. 2016. «Physical Activity During and After Adjuvant Treatment for Breast Cancer: An Interative Review of Women's Experiences.» *SAGE Journals* 1-15. doi: 10.1177/1534735416683807.
- Jansson, Eva. 2008. «Generelle anbefalinger om fysisk aktivitet». I *Aktivitetshåndboken. Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*, red. Roald Bahr. Oslo: Helsedirektoratet.
- Johnson, Louise C. og Stephen J. Yanca. 2009. *Social work practice – a generalist approach*. US: Pearson Education
- Kjølstad, Halvor. 2004. *Gruppeterapi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Koktved, Dorte Pallesen og Birgith Pedersen. 2012. «Cancerrelatert fatigue- en utfordring for sygeplejen». *Klinisk Sygepleje* 3:39-49.
- Larsson, Ingalill L., Carita Jönsson, Ann C. Olsson, Gunvor Gard og Kari Johansson. 2008. «Women's experience of physical activity following breast cancer treatment.» *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 22:422-429. doi: 10.1111/j.1471-6712.2007.00546.x.
- Levin, Irene. 2004. *Hva er sosialt arbeid*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Levin, Irene og Ingunn T. Ellingsen. 2015. «Relasjoner i sosialt arbeid». I *Sosialt arbeid. En grunnbok*, red. Ingunn T. Ellingsen, Irene Levin, Berit Berg og Lise Cecilie Kleppe. Oslo: Universitetsforlaget.
- Loge, Jon Håvard. 2013. «Fatigue (trøtthetsfølelse) og depresjon». I *Kreftoverlevende. Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv*, red. Jon Håvard Loge, Alv A. Dahl, Sophie D. Fosså, Cecilie E. Kiserud. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Luoma, ML., L. Hakamies-Blomquist, R. Nikander, M. Gustavsson-Lilus og T. Saarto. 2014. «Experiences of of breast cancer survivors participating in a tailored exercise intervention: a qualitative study. *Anticancer Research* 3:1193-1199. Sitert i Browall,

- Maria, Sara Mijwel, Helen Rundquist og Yvonne Wengström. 2016. «Physical Activity During and After Adjuvant Treatment for Breast Cancer: An Interative Review of Women's Experiences.» *SAGE Journals* 1-15. doi: 10.1177/1534735416683807.
- Maramaldi, Peter og Tamara Cadet. 2012. «Aging and Cancer: A Global Concern for Social Work.» *Indian Journal of Gerontology* 1:118-138.
- Martinsen, Egil W. 2001. *Kropp og sinn*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Mæland, John Gunnar. 2013. «Sykdom og helse i et sosialmedisins perspektiv». I *Sosialmedisin*, red. John Gunnar Mæland, Kjell Haug, Georg Høyser og Steinar Krogstad. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Mæland, John Gunnar og Steinar Krogstad. 2013. «Sosiale faktorerens betydning for sykdom og helse». I *Sosialmedisin*, red. John Gunnar Mæland, Kjell Haug, Georg Høyser og Steinar Krogstad. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- NOU 1999:2. *Livshjelp- Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og dødende*. Sosial- og helsedepartementet.
- Næss, Siri. 2001. *Livskvalitet som psykisk velvære*. NOVA Rapport 2001/3. Oslo: Norsk institutt for forskning og oppvekst, velferd og aldring.
- Oslo Universitetssykehus HF. 2010. *Metodebok for sykehussosionomens daglige arbeid*. Oslo: 07-gruppen
- Sosial- og helsedirektoratet. 2000. *Fysisk aktivitet og helse- Anbefalinger*. Rapport 2000/2. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- St.meld. nr. 16 (2002-2003). *Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken*. Oslo: Det kongelige helsedepartement.
- Thune, Inger. 2008. «Kreft». I *Aktivitetshåndboken. Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*, red. Roald Bahr. Oslo: Helsedirektoratet.
- Tøssebro, Jan og Berit Berg. 2015. «Sosiale forskjeller, avvik og samfunn». I *Sosialt arbeid. En grunnbok*, red. Ingunn T. Ellingsen, Irene Levin, Berit Berg og Lise Cecilie Kleppe. Oslo: Universitetsforlaget.
- Whitehead S. og K. Lavelle. 2009. «Older breast cancer survivors' views and preferences for physical activity.» *SAGA Journals* 7:894-906. doi: 10.1177/1049732309337523.
- Williams, D. J og William B. Stream. 2006. «Physical Activity Promotion in Social Work». *National Association of Social Workers* 2:180-184.
- Økland, Inger Lise J. 2017. «Ring heller legen en gang for mye». *VestNytt*. Side 14-15.