

# Helsefremmende faktorer av betydning for bedringsprosesser for kvinner rammet av brystkreft

Christine Løfgren



Høgskolen i **Hedmark**

Mastergradsoppgave i psykisk helsearbeid ved institutt for psykisk helse, oppvekst og samfunn

HØGSKOLEN I HEDMARK

I samarbeid med



2010

## SAMMENDRAG

Hensikten med denne studien er å få kunnskap om hva helsepersonell som jobber innen kreftomsorgen, opplever og erfarer som betydningsfullt for å fremme brystkreftrammedes bedringsprosesser. Denne studien sees i lys av helsefremmende perspektiver. Et mål er å sette fokus på praksisnære erfaringer som kilde til kunnskap, og hvor helsepersonells *profesjonelle* livsverden er i fokus.

Studien har en hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming. Studien bygger på kvalitative forskningsintervju med sju helsepersonell som har sitt arbeid i kreftomsorgen, og som har erfaringer med brystkreftpasienter. I dette arbeidet møter helsepersonell de brystkreftrammede i ulike faser av sykdommen. Analysen i studien er inspirert av Kvale og Brinkmann (2009) som bygger på Giorgis. Analysen kan best karakteriseres som en fenomenologisk basert meningsfortetning.

Studiens resultater viser at kvinner med brystkreft er en ressurssterk gruppe på mange områder. En viktig komponent for å skape bedringsprosesser er derfor å ta i bruk og fremme kvinnenens iboende ressurser, ved å møte og støtte kvinnene der de er i sine individuelle prosesser. For å få til dette er det viktig å se hele mennesket og ikke bare den kreftsyke. Informasjonsutveksling er også viktig i denne prosessen. I resultatene fra studiet vektlegges behovet for friske fokus slik at det som er sykt ikke overskygger det som fortsatt er friskt. Nettverket til kvinnene er en viktig del av helheten og bedringsprosessen. Nettverket fungerer som en viktig motstandsressurs og kan ha en helsefremmende virkning. Fellesskap med likesinnede er også viktig i denne sammenheng. Resultatene viser at helsepersonell bør jobbe med å skape trygghet og forutsigbarhet i møte med den brystkreftrammede ved å ivareta behovet for informasjon. Trygghet er viktig for å redusere usikkerhet og angst som vedrører kreftdiagnosen. Identitet og dens betydning er viktig i bedringsprosesser og spesielt viktig ved en sykdom som brystkreft som kan føre til store kroppslige forandringer. Helsepersonells møte med den brystkreftrammede bør derfor innebære og styrke selvaktelsen samt bygge opp under den enkeltes håp.

<b>Nøkkelord</b> Brystkreft, helsefremmende, salutogenese, bedringsprosesser, fenomenologi, holisme, kriser, identitet
--

## ABSTRACT

The purpose of this study is to create knowledge of what health care workers within the cancer care consider and experience as meaningful in order to promote breast cancer victims and their recovery processes. This study is to be seen from a health promoting perspective. One of the goals is to emphasize clinical experiences as a source of knowledge, and where the health care workers' *professional* lifeworld is in focus.

The study will be of a hermeneutic-phenomenological approach. The study will be based on qualitative research interviews with seven health care workers who work within cancer care, and have experience with breast cancer patients. In this field the health care workers meet victims suffering from breast cancer during their different stages of the disease. The analysis is based on Kvale and Brinkmann (2009) who take their inspiration from Giorgis. The analysis is based on a comprised phenomenological content. The participants of this study consider victims of breast cancer as a rich group of people in possession of great resources. An important aspect in order to support the recovery process is therefore to utilize and promote the women and their resources. In order to achieve this, it is necessary to meet and support the women in their current individual processes. To reach this goal, it is important to see the person as a whole, and not solely a person with cancer. Knowledge sharing becomes important in this process. The results from this study emphasize the focus on the individuals and their healthy side, rather than paying too much attention to what is making them ill. The women's' social network is an important aspect of the wholeness and the recovery process. This network functions as a vital resource opponent that can have a positive impact on health promotion. Another important factor is the union ship the women share with likeminded individuals that are experiencing a similar situation. The study reveals a need for health care workers to create safety and predictability in their meeting with the breast cancer victims by maintaining the need for information. Safety is important in order to reduce the uncertainty and anxiety that comes with a cancer diagnosis. Identity and its meaning are important aspects of the recovery process, and are even more crucial when it comes to breast cancer and its bodily changes. Every health workers' meeting with women suffering from breast cancer should involve strengthening their self-image and build hope.

<p><b>Keywords</b> Breast cancer, health promotion, salutogenese, recovery processes, phenomenology, holism, crisis, identity.</p>
--

## FORORD

Fabelen om elefanten nedenfor synes jeg tegner et illustrativt bilde på hva som er sannhet, og om hvem som er i besittelse av den. Forskning handler jo nettopp om å forsøke å komme så nær sannheten som mulig. I denne studien er det helsepersonells profesjonelle livsverden som er i fokus. Helsepersonell sitter på sin sannhet om hva som er betydningsfullt i bedringsprosessen til brystkreftrammede. Dette utgjør deres virkelighet. Bedringsprosesser er imidlertid individuelle, og det lar seg ikke gjøre å fange hele sannheten. Men, kanskje et innblikk i deler av den.

En av de betydningsfulle faktorene i min egen bedringsprosess etter sykdom var og er min firbente turkamerat. For selv om man blir frisk etter sykdom, er det en livslang jobb å fremme de faktorene i livet som får oss til å føle oss vel. Lange turer i skog og mark er viktig for meg, og for at jeg skal ha det bra. For andre kan det være helt andre ting som gir mening i tilværelsen. Når jeg nå etter to år som heltidsstudent på utdanning i psykisk helsearbeid skal ut i arbeidslivet, går jeg ut med en respekt over at jeg langt i fra eier sannheten selv om jeg har økt mitt kunnskapsnivå. Jeg sitter egentlig igjen med en ydmykhet over hvor komplisert dette faget er, nettopp fordi det omhandler livet på godt og på vondt.

*”Seks vise menn fra India traff en elefant på by’n. Nøye utforsket de den (for ingen hadde syn.) Den første fant en støttann og ropte full av fryd, ”Denne flotte elefanten er egentlig et spyd”. Den andre klappet dyrets vom, diger, flat og hard. ”Aha,” han skrek og ropte ut: ”En vegg er kjempen vår.” Den tredje rørte dyrets legg. ”Jeg synes jeg kan se at vi hele tiden burde skjønt at dette er et tre.” Den fjerde klappet snabelen, han lurte på dens form. ”Hei, denne elefanten her er egentlig en orm.” Den femte undersøkte øret, han søkte her og der. ”Vær ikke redd, jeg svaret har, en vifte er det her.” Den sjette dyrets hale fant, Og blindt om kring den grep. ”Min absolutte mening er at dette er et rep-” Så disse menn foruten syn samtalte høyt og hett, for selv om ingen helt tok feil, så hadde ingen rett” (Bøhn, 2000:65 jf Charles Hampden-Turner).*

Til slutt vil jeg takke min veileder Kjell Nordby for god hjelp gjennom mitt arbeid med mastergradsoppgaven.

## Innhold

<b>1.0 INTRODUKSJON</b> .....	<b>7</b>
1.1 STUDIENS FORSKNINGSSPØRSMÅL.....	9
<b>2.0 BAKGRUNN</b> .....	<b>10</b>
2.1 PSYKISK HELSE OG MESTRING SETT I LYS AV PROMOTIVE ASPEKTER .....	10
2.2 HELSEPERSONELL .....	11
<b>3.0 TIDLIGERE FORSKNING</b> .....	<b>13</b>
<b>4.0 TEORETISK RAMMEVERK</b> .....	<b>17</b>
4.1 SALUTOGENESE.....	17
4.1.1 Forståelse .....	18
4.1.2 Håndterlighet.....	19
4.1.3 Meningsfylthet.....	19
4.2 IDENTITET .....	20
4.3 KRISER .....	22
<b>5.0 METODE</b> .....	<b>24</b>
5.1 GRUNNLAGSSPØRSMÅL.....	24
5.2 HERMENEUTISK - FENOMENOLOGISK TILNÆRMING.....	26
5.3 FØR-FORSTÅELSE .....	27
5.4 DET KVALITATIVE FORSKNINGSINTERVJUET.....	28
5.5 UTVALG.....	30
5.6 GJENNOMFØRING AV STUDIEN.....	30
5.7 KVALITATIV ANALYSE OG TOLKING AV DATA.....	31
5.8 ETISKE REFLEKSJONER .....	32
<b>6.0 RESULTATPRESENTASJON</b> .....	<b>34</b>
6.1 TRYGGHET .....	35

6.1.1 Informasjon.....	35
6.1.2 Ventetid.....	37
6.1.3 Dødsangst.....	38
6.1.4 Økonomi .....	39
6.2 IDENTITET.....	40
6.2.1 Kroppsendringer.....	40
6.2.2 Mennesketype.....	42
6.2.3 Rolle .....	43
6.3 RESSURSER.....	44
6.3.1 Åpenhet om sykdommen .....	44
6.3.2 Å ha noe utenfor seg selv.....	45
6.3.3 Nettverk som gir støtte.....	45
6.4 RELASJONER .....	46
6.4.1 Fellesskap med andre brystkrefttrammede.....	46
6.4.2 Samliv.....	47
6.5 MØTE.....	48
6.5.1 Møte mennesket der det er.....	49
6.5.2 Helhet.....	49
6.5.4 Håp.....	50
<b>7.0 DISKUSJON .....</b>	<b>51</b>
7.1 METODISKE REFLEKSJONER.....	51
7.1.1 Validitet .....	52
7.1.2 Reliabilitet .....	53
7.2 DISKUSJON AV STUDIENS FUNN.....	54

7.2.1	<i>Bedringsprosesser sett i lys av en salutogen tilnærming</i> .....	54
7.2.2	<i>Holisme som betydningsfull faktor</i> .....	57
7.2.3	<i>Kunnskap om kriser i møte med brystkreftrammede</i> .....	59
7.2.4	<i>Identitetens betydning i bedringsprosessen</i> .....	61
<b>8.0</b>	<b>KONKLUSJON OG ANBEFALINGER</b> .....	<b>64</b>
8.1	ANBEFALTE OMRÅDER FOR VIDERE FORSKNING .....	66
<b>9.0</b>	<b>REFERANSER</b> .....	<b>68</b>
	VEDLEGG I: SVAR FRA NSD.....	s. 73
	VEDLEGG II: GODKJENNING FRA NSD.....	s. 74
	VEDLEGG III: INTERVJUGUIDE.....	s. 75
	VEDLEGG IV: INFORMASJONSSKRIV.....	s. 77
	VEDLEGG V: SAMTYKKEERKLÆRING.....	s. 79

## 1.0 INTRODUKSJON

Lærdom fra masterstudiet har tilført en bevissthet om hvordan jeg velger å uttrykke meg i forhold til fagfeltet. Refleksjon rundt hvordan fagfeltet omtales spiller en viktig rolle for hvordan man blir møtt og forstått. En dreining vekk fra det psykiatriske og frem til begreper som psykisk helse og – uhelse forteller noe om hvilke perspektiver man vektlegger. Det samme gjelder behandlingen, den er ikke psykiatrisk, men består av psykiske helsetjenester. Dette synet bidrar til å se på helsen som et kontinuum, og ikke som en statisk tilstand. I møte med pasienter eller brukere vektlegges brukerperspektiver og myndiggjøring i samhandling og kommunikasjon (Fodstad, 2010).

*”Verdens helseorganisasjon har definert mental helse som en tilstand av velbefinnende hvor individet realiserer sine evner, mestrer de normale utfordringene i livet, arbeider produktivt og er i stand til å gi et bidrag til fellesskapet” (Mæland, 2009: 87).*

Hensikten med denne studien er å få kunnskap om hva helsepersonell som jobber innen kreftomsorgen, opplever og erfarer som betydningsfullt for å fremme brystkrefttrammedes bedringsprosesser. Forskningsspørsmålene sees i lys av helsefremmende perspektiver. Et av målene med denne studien er å sette fokus på praksisnære erfaringer som kilde til kunnskap.

Resultatene fra denne studien skal kunne anvendes i arbeidet for å fremme tilbudet til denne pasientgruppen. Studien omhandler temaene psykisk helse og mestring ved brystkreft. Jeg vil poengtere at det holistiske perspektivet på helse er overordnet selv om jeg fokuserer på enkelte deler ved det. Delene inngår følgelig i en helhet. *”Dette betyr at man ser mennesket som et biologisk, psykologisk, intellektuelt, åndelig og sosiokulturelt vesen” (Hummelvoll, 1997:24).*

Å rammes av alvorlig sykdom minner om at det å bevare helsen ikke er en selvfølge for alle. I følge tall fra den norske kreftforeningen er brystkreft den vanligste kreftformen hos kvinner. I 2006 ble 2673 kvinner rammet av sykdommen. Kreftforeningen skriver at 80 % av brystkrefttilfeller oppstår når kvinnene er over 50 år. Sykdommen rammer sjelden kvinner under 30 år. Kvinnene kan oppdage sykdommen som en kul eller forandring ved bryst (Kåresen, 2008). Ved alvorlig sykdom som brystkreft kan kvinnene oppleve eksistensen truet.



*”At lære følelserne at kende indebærer også at forholde sig til den angst, vrede og afmagt og de andre ”sorte” tanker, som nogle af kvinderne kalder det, som man plutselig står med når man rammes af en kræftsykdom” (Jacobsen et al, 1998:43).*

Det er ikke kroppen alene som rammes av sykdom. Hele eksistensen kan oppleves som truet. Hvordan blir fremtiden nå? Skal jeg få oppleve å se barnebarna vokse opp? Dette er eksempler som illustrerer eksistensielle spørsmål som involverer hele mennesket.

Hva helsepersonell i møte med brystkreftrammede velger å se og hva de overser kan være påvirket av den lange tradisjonen medisinsk forskning har innen positivistisk tenkning og vitenskap.

*”Helsepersonell har da også lært å tenke på menneskekroppen som et materielt objekt- et rent naturfenomen bestående av celler og vev, kjemisk i sin sammensetning og fysikalsk i sin funksjon” (Thornquist, 2009: 95).*

Det er viktig å være klar over *hva* man vektlegger i møte med syke mennesker. Er det den fysiske kroppen, eller det syke mennesket som er i sentrum ved brystkreftrammedes møte med helsepersonell? Tingliggjøres kroppen i dagens stadige jag om effektivisering og teknologisering innen helsevesenet?(Thornquist, 2009). Dette er spørsmål som motiverer og oppfordrer til å se nærmere på kunnskap om helse basert på et helhetlig syn. Ut fra et holistisk syn på helse ser man på mennesket som en helhet bestående av fysisk, psykisk, kulturell og åndelig dimensjon. Et helhetssyn ser på individualitet, relasjoner og omgivelser i en sammenheng (Hummelvoll og Barbosa, 1996).

Brystkreft rammer hele mennesket som får sykdommen, og vil kunne påvirke store deler av tilværelsen. Fjerning av bryst og hårtap som følge av cellegift vil kunne innvirke på kvinnenens forhold til egen kropp, opplevelse av kvinnelighet og selvbilde. Dette vil igjen kunne påvirke samlivet. Familie og andre med relasjoner til kvinnene vil også kunne oppleve omveltninger som en følge av å stå nær noen som rammes av en alvorlig sykdom (Brudal, 1993).

## 1.1 STUDIENS FORSKNINGSSPØRSMÅL

Motivasjon: synliggjøre praktiske erfaringer i arbeid med brystkreftrammede.

Det søkes i denne studien svar på følgende forskningsspørsmål:

***Hva vektlegger helsepersonell som betydningsfulle faktorer for å fremme brystkreftrammedes bedringsprosesser?***

Mye forskning er gjort i forhold til sykdommen brystkreft, men praksisnære beskrivelser knyttet til erfaring og opplevelse, sett fra helsepersonells perspektiv, har i mindre grad vært vitenskapelig beskrevet. Dette har gjort det interessant og nyttig å ta fatt på kvalitativ forskning innen dette feltet. Håpet er at studien kan bidra til å hjelpe andre brystkreftrammede, pårørende og fagfolk til å kunne anvende seg av denne kunnskapen, samtidig som den kan være kilde til refleksjon.

*”Et samfunn som i større grad arbeider for at individene skal oppnå psykisk helse, vil i fremtiden i mindre grad produsere individer som er psykologisk kvestede og fortapte”*  
(Lieden, 1986:127).

## 2.0 BAKGRUNN

I dette kapittelet presenteres egen bakgrunn, refleksjoner og litteratur som omhandler studiens forskningsspørsmål. Tidligere forskning presenteres i kapittel 3.0.

For å sitere Kahlil Gibran: *”Kan selv den hardeste vinter bære en gryende vår i sitt hjerte”* (Håatun, 2008:4). Kunnskap om alvorlig sykdom, og hvordan det kan påvirke den som rammes, har jeg erfaringer med både gjennom mitt arbeid som sykepleier, men også ut fra personlige erfaringer med alvorlig somatisk sykdom. Personlige erfaringer knyttet til somatisk sykdom bidrar til å gi kunnskap som ikke kan hentes fra lærebøker. Dette er kunnskap som erfares ved selv å ha kjent sykdom på kroppen. Denne erfaringen styrker min tro på behovet for å ha en holistisk tilnærming i møte med alle mennesker uavhengig av diagnose. Sitatet ovenfor kan inspirere helsepersonell til fortsatt å arbeide med å bevare håpet i møte med pasientene, tross i alt livsalvoret sykdom medbringer (Nordengen, 2008).

## 2.1 PSYKISK HELSE OG MESTRING SETT I LYS AV PROMOTIVE ASPEKTER

Psykisk helse kan i følge Hummelvoll (1997) som refererer til Lønning, kort fortalt være menneskets evne til å mestre de påkjenninger livet gir. Helsefremmende perspektiv i møte med brystkreftrammede som salutogenese, kan være en slik tilnærming som kan bidra til å fremme mestring i en vanskelig livssituasjon som kreftsyk. Hvordan kan den brystkreftrammede hjelpes til å bevege seg mot en bedre helse? Kan helsepersonell styrke den brystkreftrammedes forståelse, håndterbarhet og meningsfullhet er sentrale spørsmål innen salutogenesens helsefremmende tenkning (Antonovsky, 1996). *”focus on salutary rather than risk factors, and always to see the entire person rather than the disease”* (Antonovsky, 1996: 18).

*”Psykisk helsefremmende arbeid sikter mot å sette folk i stand til å makte livshendelser, både de forutsigbare og de uforutsigbare, gjennom å øke selvaktelse og opplevelse av velvære”* (McCulloch et al. 2000:8).

I et gammelt kinesisk ordtak heter det at: *”Når forandringens vind blåser, går noen i skjul, mens andre går ut for å bygge vindmøller”* (Nordengen, 2008:5). Dette ordtaket er et godt eksempel på et av formålene med denne studien, sette fokus på mestring og psykisk helse som viktige områder for å fremme helsen til kvinner med brystkreft. Håpet er at fokus på

mestring og psykisk helse kan virke forebyggende i forhold til psykisk uhelse og gjøre det litt mindre belastende å være rammet av denne alvorlige sykdommen.

*”Mestring beskriver individets måte å forholde seg til og løse en situasjon eller hendelse som medfølger mistriivsel, ubehag eller trussel mot ens integritet”* (Håkonsen, 2002:309).

Mange utfordringer og vanskeligheter kan oppstå for kvinner som rammes av brystkreft, men hva med mulighetene? En av mulighetene kan i følge (Brudal, 1993) være å lære seg selv å kjenne på en ny måte gjennom motgangen sykdommen medfører. Et av målene med denne oppgaven er å fremme de promotive aspektene når kvinner rammes av brystkreft. Ordet promotiv står for frem og bevegelse. Ut fra et promotivt perspektiv fokuseres det på menneskets iboende muligheter, ressurser og evne til læring slik at mennesket tar i bruk sine iboende ferdigheter når det gjelder. Innen det promotive perspektivet er det viktig å få tak i generelle ressurser som bor i mennesket og som kan anvendes i sykdomssituasjonen (Brudal, 1993). En kreftsykepleier jeg samtalte med gjennom mitt arbeid med denne studien, kom med et viktig poeng. Kreftsvulsten er ofte bitte liten, og det er en så liten del av mennesket som er sykt, resten av menneske er friskt. Dette ga et fint bilde på promotiv og helsefremmende tenkning.

## **2.2 HELSEPERSONELL**

Brystkreftrammede kommer i kontakt med forskjellig typer helsepersonell. Forskjellig i betydningen ulik utdanning, yrkeserfaring og sist men ikke minst forskjellige mellommenneskelige kvaliteter, utover det å ha rollen som autorisert helsepersonell. I min periode som masterstudent, både i praksis, men også på skolebenken, har jeg hørt praksisnære fortellinger fra ulike opplevelser og erfaringer. En slik erfaring illustrerer noe av det jeg vektlegger som mellommenneskelige kvaliteter, eller det ”lille ekstra” som man også kan kalle det. Eksempelet kommer fra et fremlegg jeg hørte på et seminar. Stein Husebø, overlege ved Bergen Røde Kors sykehjem og leder for Verdighetscenteret, holdt foredrag om *en verdig alderdom*. Her la han blant annet frem en fortelling fra sin praksis. Det handlet om en sykehjemsbeboer han kom i kontakt med i sin jobb som tilsynslege.

Det var sommerferie på sykehjemmet, og den eldre mannen ville ikke lengre spise. Han snudde seg inn til veggen og avviste alle forsøk på kontakt. Den eldre mannen hadde ingen familie. Dette var ellers en pratsom og ”matglad” eldre mann. Problemet løser seg i det

sykepleieren han var blitt så glad i, kom tilbake fra sommerferie. Denne sykepleieren har sannsynlig mellommenneskelige kvaliteter som hjalp den eldre mannen til å finne en mening i sin tilværelse. Hvorfor greide ikke de andre pleierne å nå inn til sykehjemsbeboeren? Denne sykepleieren hadde trolig en egen evne som faller utenfor tillærte ferdigheter gjennom studier. For kan man *lære* å være ekte, nærværende og empatisk? Utdanning bidrar til å øke bevisstheten om ønskede kvaliteter, men trolig erfares disse kvalitetene ulikt fra pasientenes ståsted. Det er pasientene med brystkreft som kjenner på kroppen hvordan møte med helsepersonell erfares.

I denne studien ønsker jeg allikevel å få kunnskap om helsepersonells perspektiv på brystkreftrammedes psykiske helse og mestring. I møte med brystkreftrammede utfordres helsepersonell på mange nivåer utover rent behandlingsmessige prosedyrer som for eksempel administrering av cellegift. Brystkreftrammede befinner seg i en sårbar livssituasjon. Å gi det "lille ekstra", eller det jeg ovenfor omtaler som mellommenneskelige kvaliteter, blir kanskje ekstra viktig i arbeidet for å fremme kvinnenes opplevelse av mestring og psykisk helse?

### 3.0 TIDLIGERE FORSKNING

Tidligere forskning er viktig å sette seg inn i for å gjøre seg kjent med hva som allerede foreligger innen for valgt forskningsområde. For å finne frem til tidligere forskning har jeg utført søk i forskjellige databaser som Ovid SP, Psyc info, Swemed og EBSCOhost. Søkeordene jeg benyttet i kombinasjon var: breast cancer eller breast neoplasmes, coping og mental health. Søkeordene ble valgt med utgangspunkt i intervjuguiden og temaene psykisk helse og mestring. Hermeneutic phenomenology og Antonovsky ble også benyttet. Her fikk jeg mange treff. Etter å ha lest mange artikler har jeg tatt ut de artiklene jeg har ansett som mest relevante for studiens forskningsspørsmål, og jeg vil presentere disse i dette kapittelet, for senere å se dem i lys av resultatene fra de kvalitative forskningsintervjuene. Jeg har tatt utgangspunkt i nyere forskning.

Siden det i denne studien er helsepersonells profesjonelle livsverden og deres erfaringer i møte med brystkreftrammede, har det vært viktig å se på forskning som omhandler brystkreftrammedes personlige erfaringer. Det kan være interessant å se etter likheter og forskjeller mellom de som rammes av sykdommen og de som behandler den. Det vil kunne styrke studiens validitet at det er samsvar mellom det de brystkreftrammede selv trekker frem som betydningsfullt for mestring og psykisk helse, og det intervjupersonene i denne studien fremhever.

Landmark (2002) har dybdeintervjuet 10 kvinner mellom 39-69 år som nylig var diagnostisert med brystkreft. Resultater fra denne forskningen trekker frem forskjellige områder som påvirker livet som brystkreftrammet. Viljen til liv trekkes frem som en av de viktigste av kvinnene i studien. Flere mobiliserer krefter de ikke visste de hadde for å komme seg igjennom tøff behandling og et liv med sykdom. En opplevelse av emosjonelt kaos og en traumatisk krise oppleves av alle de nydiagnostiserte i studien til Landmark (2002).

*"Something special happens to you, you become someone else when you are told you have cancer. You deny what you hear, you can't believe it, you are so shocked"* (Landmark, 2002:116).

Landmark (2002) illustrerer hvordan emosjonelt kaos kan oppleves for en av intervjupersonene:

*“I didn't have time to think about having cancer, the thing that was toughest for me was when the treatment was over. I was on my own, and I have to work through all this by myself”* (Landmark, 2002:116). Andre faktorer som trekkes frem av betydning er sosialt nettverk, og her deles det inn i nære relasjoner, andre kvinnene har kontakt med og til slutt helsevesenet med aktuelle personer kvinnene kommer i kontakt med. Å ta fatt på meningsfulle aktiviteter var viktig for de brystkreftrammede i denne forskningen. Her trekkes jazzkonserter, maling, tegning, lesing, studier og sang frem som meningsfulle aktiviteter. Kvinnene i studien til Landmark (2002) forholder seg ulikt til kroppsendringer, men det trekkes frem som et viktig tema som påvirker livet på forskjellige måter. Sitatene under illustrerer dette: *“It's a matter of life and death, but that's what it is when the choice is to save your life or remove the whole breast, you are caught”* (Landmark, 2002:116).

Kroppsendringer kan oppleves som traumatiske: *“When you don't like and can't stand yourself you can't imagine that other's can stand you either, you feel rotten”* (Landmark, 2002:116).

Landmarks (2002) forskning hevder at sykepleiere bør fokusere på brystkreftrammedes ressurser og deres mulighet til å mestre fremfor begrensninger sykdommen kan medføre. Sykepleiere møter brystkreftrammede i ulike faser av sykdommen, og i følge Landmark har de en viktig rolle når det gjelder å møte behovene til disse kvinnene.

*“In spite of the enormous attention research has given to aspects of living with breast cancer, it is claimed that these women still suffer and that the actual care for the women has not improved”* (Landmark 2002:120).

*“The subjective experiences of lacking social support from health professionals experienced by the women in this study can be seen as a challenge for medical and nursing staff. By listening to womens' experiences, important insight into their suffering can be gained”* (Landmark, 2002:120).

I denne studien søkes det å sette fokus på helsefremmende prosesser med en salutogen tilnærming til forskningsspørsmålet. En relevant artikkel i tilknytning til dette, fokuserer på betydning av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse. Artikkelen understreker betydningen av salutogen tilnærming i bedringsprosesser innen psykisk helse. Langeland (2009) skriver at en god opplevelse av sammenheng (SOC), kjennetegnes ved at personen forstår livssituasjonen (forståelighet), har tro på at han/hun har de nødvendige ressurser

tilgjengelig for å finne løsninger (håndterbarhet) og opplever utfordringer som motiverende (mening). Langeland skriver videre at sosial støtte er en avgjørende motstandsressurs, og at motstandsressursene kan fremme effektiv mestring av spenning i krevende situasjoner. Langeland hevder at jo høyere grad av motstandsressurser vedkommende har tilgjengelig og kan anvende, jo bedre SOC og helse har personen. Langeland skriver at personer med god sosial støtte scorer høyere i forhold til SOC. Relasjoner hvor man har mulighet til å gi omsorg og oppleve sosial integrasjon, trekkes frem som spesielt viktig for SOC. I Langelands undersøkelse fant hun ut at mennesker med høy SOC også opplever høyere livskvalitet og er mindre plaget med symptomer i forhold til psykisk uhelse. Hun fant ut at høyere SOC stimulerer til økt sosial deltakelse. Det hevdes videre at å endre SOC gjennom livet er mulig i større grad enn det Antonovsky hevdet.

Brystkreft er en sykdom som kan opptre forskjellig, og noen rammes av mer progressiv sykdom. Neste artikkel i dette kapitlet omhandler kvinner med progresjon i sykdomsutviklingen. Svensson et al (2009) har forsket på kvinner med brystkreft som har metastaser og progresjon i sin sykdomstilstand. Her poengteres betydningen av å ha kunnskap om hvordan pasientene erfarer sin situasjon i forhold til å leve med progresjon i sykdommen. Kunnskap om dette kan gjøre det bedre å forstå og støtte kvinnene. Kvinnene i denne studien fikk informasjon om at sykdommen hadde progrediert, og reaksjonene på dette var mange. Reaksjoner som tristhet, skuffelse, angst og bekymring for fremtiden ble beskrevet. De vanligste emosjonelle reaksjonene var å reagere på informasjonen med bekymring, men de fleste kvinnene reagerte allikevel med å akseptere situasjonen. Kvinnene tok i bruk forskjellige mestringsstrategier som arbeid, søkte støtte i nettverket og gikk i kirken for å nevne noen. De fleste kvinnene som deltok i studien hadde håp tross sin vanskelige livssituasjon. Kvinnene i denne studien hadde allerede symptomer og egen opplevelse av progresjon i sykdommen før de fikk informasjon om det (Svensson et al 2009).

Kvinner med brystkreft kan oppleve kroppsforandringer i forbindelse med behandling. Kroppsforandring kan påvirke kvinnene både fysisk og psykisk i følge en artikkel. Artikkelen tar for seg forskjellige områder som vedrører kroppsoppfattelsen til kvinner som rammes av brystkreft. Samfunnets syn på kvinnekroppen trekkes frem. Ut i fra det som vises i media blir det i følge denne artikkelen dannet et urealistisk bilde av idealkvinnen. I løpet av de siste fem årene dannes det i følge artikkelen et stadig mer urealistisk bilde av idealkvinnen som tynn, med store bryst og med langt vakkert hår. Å passe inn i dette bildet kan



oppleves håpløst for kvinner med brystkreft som kan ha opplevd vektøkning, hårtap og brystamputasjon (Helms et al, 2008).

Familien og støtte fra den, er viktig for mange når de rammes av brystkreft. I følge denne (Mallinger et al., 2006) er åpen familiekommunikasjon assosiert med bedre mentale helseutsikter. Siden kvinner i dag lever lenge etter brystkreftdiagnosen, er et viktig mål i følge denne artikkelen å sørge for og fortsatt ivareta den mentale helsen. En innsats for å fremme god kommunikasjon mellom pasienten og familien kan bidra til å fremme kvinnenes mestring relatert til å leve videre som en overlever (Mallinger et al., 2006).

*“Sharing and talking about one’s experiences, thoughts, ideas and emotions is a positive adjustment behavior. And discussion of traumatic life events has been identified as a key component of successful coping. Talking about a traumatic event may help the individual to make sense of the experience, find meaning, and achieve emotional resolution”* (Mallinger et al., 2006:355).

Sosial støtte fra familien assosieres med lavere opplevelse av angst og depresjon for den brystkreftrammede (Mallinger et al., 2006).

## 4.0 TEORETISK RAMMEVERK

I dette kapittelet presenteres studiens teoretiske perspektiver. Perspektivene er relatert til forskningsspørsmålet i studien. Å rammes av en alvorlig sykdom som brystkreft oppleves av de fleste som en krise. I arbeid med mennesker som opplever traumatiske livshendelser er det viktig å ha kunnskap om kriser og hva de innebærer, for å kunne yte best mulig hjelp ut fra situasjonen. Brystkreft kan føre til kroppslige endringer som brystamputasjon. Det kan påvirke kvinnens opplevelse av egen identitet knyttet til det å være kvinne. Hvordan kvinnene mestrer å leve med sykdommen kan relateres til flere forhold, men i denne studien vektlegges salutogenese som helsefremmende perspektiv. Salutogen tenkning tilfører viktig kunnskap om individers iboende motstandsressurser og opplevelse av sammenheng i tilværelsen.

### 4.1 SALUTOGENESE

Det er i følge Espenes og Smedslund en stigende interesse for forskning knyttet til friskhet og sunnhet (2009).

I denne oppgaven ønsker jeg som forsker å se på helsefremmende aspekter når kvinner rammes av brystkreft. Ved forebygging av uhelse rettes oppmerksomheten mot sykdom, mens det helsefremmende aspektet rettes mot hva som synes å føre til god helse. Denne masteroppgaven har et helsefremmende perspektiv siden konsentrasjonen rettes mot å forske på noe som har til hensikt å bedre helsa, livskvaliteten, og øke velværet for kvinner som rammes av brystkreft. Bøhn (2000) hevder at en vesentlig del av god omsorg består i å stimulere menneskets egne fysiske og mentale, kreative og helbredende krefter. Helsefremmende og forebyggende arbeid er ikke to motpoler, men to perspektiver som utfyller hverandre (Espnes og Smedslund, 2009).

*”Helsefremmende tiltak tar sikte på å bedre livskvaliteten, trivselen og mulighetene til å mestre de utfordringer og belastninger man utsettes for i dagliglivet”* (Espnes og Smedslund, 2009:301). I denne studien skal jeg anvende meg av Antonovskys salutogene tenkning som teoretisk perspektiv, for å søke dypere forståelse av hvordan denne tenkningen kan benyttes i arbeide med brystkreftrammede. Kan kvinner med brystkreft finne mening i sin livssituasjon og oppleve sammenheng? Opplevelse av sammenheng er essensielt i Antonovskys salutogene tenkning, og han definerer dette som sense og coherens (SOC):

*”Opplevelsen av sammenheng er en global innstilling, der uttrykker den udstækning, i hvilken man har en gjennomgående, blivende, men også dynamisk følelse af tillid til, at de stimuli, der kommer fra ens indre og ytre miljø, er strukturerende, forudsigelige og forståelige; der står tilstrækkelige ressourser til rådighet for en til at klare de krav, disse stimuli stiller; og disse krav er utfordringer, det er værd at engagere sig i ” (Antonovsky, 2004:37).*

Fokuset i denne masteroppgaven er ikke å se forskningsspørsmålet i lys av den patogene tekningen, men sett ut fra Aaron Antonovskys salutogene syn på helse.

I dagens helsevesen lever den dualistiske tenkningen ved at man fortsatt behandler sykdommer og kroppsdeler i stedet for å rette fokuset mot hele mennesket. Fortsatt finnes egne sykehus for somatikk og andre for psykiatri.

*”Får man en kreftsvulst, blir man kjørt til et somatisk sykehus hvor svulsten blir behandlet, men der all den frykt og depresjon man måtte få, i liten grad blir avhjulpet” (Espenes og Smedslund, 2009:187).*

Hvorfor har vi i vårt moderne samfunn fortsatt denne ”gammeldagse” delingen av somatikk og psykiatri, og hva gjør denne delingen med brystkreftrammedes opplevelse av sammenheng (SOC)? Antonovsky retter oppmerksomheten mot aspekter som skaper og vedlikeholder helsen. Viktige aspekter er i følge Antonovsky (2004), opplevelse av sammenheng og forutsigbarhet i tilværelsen. Begrepene håndterlighet, forståelse og mening er alle sentrale komponenter for opplevelsen av sense og coherence (SOC) (Hummelvoll, 2009).

#### **4.1.1 Forståelse**

Forståelse har å gjøre med om personen opplever for eksempel en gitt situasjon i sin tilværelse som forutsigbar og forståelig. En hendelse som oppstår kan plasseres i en sammenheng og forklares, dette gir en opplevelse av sammenheng. *”Død, krig og fiasko er mulige hendelser, men en sådan person kan gjøre dem forståelige” (Antonovsky, 2004:35).* Med en sådan person menes et individ som opplever sammenheng i tilværelsen. Det kan umulig være enkelt å forstå hvorfor man rammes av en alvorlig sykdom som kreft. Hva godt kommer ut av en slik diagnose er vel naturlig undring? Sjokket og bearbeiding av krisen over å få en alvorlig sykdom følger forskjellige stadier. Først sjokk, reaksjonsfasen,

bearbeidelsesfasen og til slutt nyorienteringsfasen. Det er naturlig å bevege seg mellom disse fasene ved kriser (Retterstøl og Ilnér, 2008). Det som skiller brystkreftrammede kvinner med en opplevelse av SOC er vel ikke at de unngår krisereaksjonene, men at de selv greier å gjøre en alvorlig kreftdiagnose om til noe som kan oppleves forståelig å gi det en mening.

#### **4.1.2 Håndterlighet**

Håndterlighet omhandler mestring og bruk av ressurser personen føler at hun har ved dagliglivets store og små påkjenninger. Ved opplevelse av sammenheng og håndterbarhet føler man seg ikke som et offer for omstendighetene, ei heller at livet behandler en urettferdig (Antonovsky, 2004).

Å være rammet av brystkreft vil trolig oppleves annerledes for kvinner med en gjennomgående opplevelse av sammenheng i tilværelsen(SOC) enn det vil være for kvinner som mangler eller opplever liten grad av sammenheng. For at brystkreftrammede skal oppleve mestring og psykisk helse kan opplevelse av sammenheng (SOC) virke styrkende, og øke kvinnenens opplevelse av kontroll over livet. Oppleves tilværelsen som usammenhengende, vil kvinnen føle at hun mangler både kontroll og evne til å påvirke, og hun kan oppleve maktesløshet (Espnes og Smedslund, 2009).

#### **4.1.3 Meningsfylthet**

Begrepet mening dreier seg om personens evne til å delta i prosesser som vil influere livet i fremtiden ( Hummelvoll, 2009).

Mening omhandler personens vilje, motivasjon og mestring. I følge Hummelvoll (2009) er meningssammenheng nært forbundet med begreper som identitet, kontroll, optimisme og livsvilje samt evne til å holde ut i vanskelige livsforhold. Kan det komme noe positivt ut av å ha blitt diagnostisert med brystkreft? Ved alvorlig sykdom blir perspektiver på livet og eksistensen aktualisert. Kanskje setter man større pris på de små tingene, og hever seg lettere over de små problemene som dukker opp. Kanskje verdsettes aktiviteter og mennesker som bidrar til å gjøre livet meningsfylt ekstra høyt, da sykdom minner om at livet ikke er en selvfølge. Å få en alvorlig diagnose kan gi et ekstra ”dytt” til å ville leve mer intenst. Et intenst og meningsfylt liv på tross av sykdommen. Materielle ting kommer i skyggen av mer betydningsfulle verdier. Det å ha fått en diagnose kan også bidra til å gi mening. ”Fienden”

har fått et navn som også kan bidra til å øke de andre komponentene som forståelse og håndterbarhet (Espnes og Smedslund, 2009).

*”Mental health is nothing less than flourishing. Pathogenic approach is the only game in town. Salutogenic healthcare is the new kid on the block”* (Langeland, jfr Keyes, 2009:294).

*Brystkreftpasienten på rom 503*, kan ofte benevnes med kun diagnose og romnummer i helsepersonells øyne, og fokuset blir for snevert. Antonovsky skriver at ved en slik tilnærming konsentreres oppmerksomheten om sykdommen og ikke mot det *mennesket* som har et bestemt medisinsk problem. Poenget til Antonovsky tror jeg ligger i at man lett har skylapper på seg i forhold til sin yrkesbakgrunn og sykdomstenkning. Skylappene kan gjøre det vanskeligere å se at pasientens sykdomssituasjon er deler av en større helhet. Salutogen tenkning distanserer seg fra den patogene orienteringen, og konsentrerer seg om de faktorene som dreier seg om det sunne. Salutogen forskning setter heller fokuset på promotive ressurser som igjen kan bidra til at man for eksempel unngår reinnleggelse på sykehus. Antonovskys fokus er på faktorer som gjør at man holder seg frisk og er i bevegelse mot den sunne pol. Fokuset rettes mot individets motstandskraft og ressurser (Antonovsky, 2004).

## 4.2 IDENTITET

*”Identitet henger sammen med opplevelse av sammenheng – kontinuitet - mellom barndom, ungdom og voksentilværelse”* (Håkonsen, 2000:58).

Sykdom kan påvirke opplevelsen av egen identitet. Opplevelsen av identitet omhandler en bevissthet om å være seg selv. ”Å være seg selv” vokser frem gjennom selvobservasjon og selv vurdering. Identitetsbegrepet kan deles inn i det fysiske selv som består av kroppoppfatning og kroppsuttrykk. Identiteten inneholder også det som omhandler det personlige selv. Personlig selv består av ideal selv, det moralske selv, selvaktelse og selvkonsistens (Hummelvoll, 1997).

Det fysiske selvet kan ytre sett forandres på grunn av kreftbehandling, og det kan påvirke oppfattelsen av det kroppslige bildet individet har av seg selv. Kroppen er synlig for verden, og andre kan se at kvinnen er rammet av kreft ved at hun for eksempel har parykk. Kroppen og det fysiske utgjør bare en del av selvet eller identiteten. Endringer eller påkjenninger vil allikevel kunne påvirke selvoppfattelsen. Det fysiske selvet spiller en viktig rolle gjennom hele livet. Kroppslige idealer kan få svært mange til å ønske at det fysiske selvet så

annerledes ut. Ved brystkreft kan det også skje inngripen i det fysiske selvet ved for eksempel brystamputasjon. Slike kroppslige endringer kan få selvbildet til å slå alvorlige sprekker. Et behov for å reorientere det fysiske selvet vil oppstå, og det krever ofte lang tilpasningstid for den som rammes. Kroppen er viktig for hvordan vi aksepterer oss selv. Godt forhold til egen kropp vil kunne redusere opplevelsen av angst. Det er med kroppen vi er synlige for omverden i den sosiale verden (Hummelvoll, 1997).

Det personlige selvet består som nevnt av flere komponenter. Det moralske selvet fungerer som en dommer for hva som er ønskelige og hva som er forkastelige verdier sett i forhold til personens selvoppfattelse. Identiteten er avhengig av en fast selv-konsistens eller selvorganisering. Personer har behov for likevekt og når selvbilde slår sprekker, har man et behov for stabilitet, slik at likevekten kan gjenskapes. Forsvarsmekanismene kan fungere som stabilisatorer når personen opplever identiteten truet. Ideal-selvet er en annen komponent av identiteten som vedrører hvordan personen synes hun bør oppføre seg ut i fra personlige idealer. Det kan være stor avstand fra personens ideal- selv til det som er vedkommendes aktuelle selvbilde. Avstanden i ideal- selvet og det opprinnelige selvbilde kan oppleves vanskelig for noen.

Den siste komponenten i det personlige selvet omhandler personens selvaktelse. Lav selvaktelse kan kjennetegnes ved at personen driver selvhån, selvforringelse, nekter seg selv gleder, har problemer i mellommenneskelige forhold, opplever skyldfølelse, bekymrer seg, kan utsette avgjørelser og trekke seg tilbake fra virkeligheten. Selvaktelse omhandler personens opplevelse av eget verd og betydning.

*”Selvaktelsen, behovet for å bli verdsatt som en person av primær verdi i en eller annen sammenheng, er menneskets grunnleggende behov”* (Nordby, 1987:33). Ved god selvaktelse preges personen av lite angst, aksepterer seg selv og andre og fungerer godt og trygt i samhandling (Hummelvoll, 1997). Selvaktelsen ligger som en forutsetning for all handling og som en drivkraft for den (Nordby, 1987).

Begrepet identitet kan forstås på forskjellige måter. Den personlige identiteten kan knyttes opp i mot beskrivelser av seg selv som for eksempel ”jeg er snill”. Sosial identitet som begrep, kan knyttes til kjennemerker på den gruppen mennesker den enkelte tilhører, som for eksempel mann, kvinne, arbeidstaker eller pasient (Håkonsen, 2000). *”Without identity there could simply be no human world, as we know it”*(Jenkins, 2008:27).

Brystkreft kan ha lang behandlingstid, og det kan gå utover arbeidskapasiteten. Jobben har betydning for identitet og selvforståelse ved at det gir muligheter til å ta i bruk ressurser man er i besittelse av. Arbeidet gir inntekt og en følelse av tilhørighet som er viktig for den sosiale identiteten. Det er også en viktig verdi å være i arbeid, og det blir høyt verdsatt i vår kultur at man bidrar til samfunnet og fellesskapet. Det kan oppfattes som ”unaturlig” å ikke være i arbeid i vår kultur (Håkonsen, 2000).

### 4.3 KRISER

*”I billedlig forstand vil en krise kunne forstås som at man er kommet til et veikryss hvor et viktig retningsvalg må gjøres – uten at man med sikkerhet vet hvor veien fører hen”* (Hummelvoll, 1997: 426).

Mennesker er forskjellige, og reaksjonene på å få en alvorlig sykdom er ulike. Å få diagnosen brystkreft kan oppleves som en stor påkjenning og utløse en krise. På gresk omhandler krisebegrepet en plutselig og avgjørende forandring. Denne forandringen eller krisen betegner en emosjonell tilstand som er en normal reaksjon på den situasjonen. En krise gjør noe med likevekten i livet til den som rammes, og balansen mellom nye krav og mestringskapasitet settes på prøve (Håkonsen, 2000). De fleste opplever kriser igjennom livet selv om ikke alle kriser er av like traumatisk karakter. En krise kan påvirke livet ved at vi ikke kan fortsette å leve på samme måte som tidligere. Kriser kan oppstå og utløses av flere grunner enn ved alvorlig sykdom. Flytting, skilsmisse, arbeidsledighet og dødsfall er alle ulike livshendelser som kan føre til at man havner i en krise.

Reaksjonene på å oppleve kriser vil variere, men de fleste vil oppleve en emosjonell tilstand preget av sorg, depresjon, oppgitthet, angst og usikkerhet (Kringlen, 2005). Brystkreft er en legemlig sykdom og benevnes i følge Kringlen (2005) som en situasjonskrise. Situasjonskrisene preges av forskjellige faser. Fasene inneholder en sjokkfase, reaksjonsfase, reparasjonsfase og den siste fasen som omhandler en nyorientering. Å rammes av krise er en uforutsigbar situasjon å befinne seg i, men de fleste klarer det i følge Kringlen (2005), men for sårbare mennesker kan krisen manifestere seg til en psykisk lidelse. Opplever kvinnen som rammes av brystkreft at hun kommer seg gjennom krisen, kan hun vokse på erfaringen. På den andre siden kan problemer med å mestre som nevnt, resultere i psykisk lidelse. (Kringlen, 2005). (Hummelvoll, 1997).

Følelsesmessige reaksjoner og opplevelse av motsetninger vekkes i følge Hummelvoll (1997) alltid mer eller mindre til live ved alle krisesituasjoner. Et menneske i krise kan oppleve motsetninger knyttet til selvfølelse versus selvforkastelse. Selvforkastelse kjennetegnes ved skyldfølelse, selvavstraffelse og forskjellige former for destruktivitet. Ved en opplevelse av å ikke mestre kan selvforkastelsen ta plass foran selvfølelsen. En opplevelse av motsetning i forbindelse med samhørighet versus forlatthet kan erfares av den kriserammede. Det går an å oppleve samhørighet selv om man ytre sett lever ensomt. På den andre siden kan man omgås mange mennesker, men oppleve ensomhet. Sykdom kan oppleves som forlatthet og kjennetegnes av følelser av sorg og tomhet. En krisesituasjon kan gi en dobbelthet i form av en meningsopplevelse, samtidig som den også kan oppleves som meningsløs og kaotisk. I følge Retterstøl og Opjordet Ilnert(2008) er *tiden* en viktig behandlingsressurs i arbeidet med kriserammede.

*"I den psykiske krisen opplever mange en panisk frykt for å miste tillitten til livets orden, fornuft og mening"* (Hummelvoll, 1997: 429).



## 5.0 METODE

*”Målet med vitenskapelig virksomhet er primært å utvide vår erkjennelse”* (Thornquist, 2006: 9).

Dette kapitlet inneholder beskrivelser av forskningsmetode, grunnlagsspørsmål, utvalg av intervjupersoner til studien og gjennomføring av den. Analyse og tolkning av materialet blir presentert, og i slutten av kapitlet etiske refleksjoner tilknyttet studien.

I denne studien søkes svarene på forskningsspørsmålene ved bruk av kvalitative intervjuer. Den kvalitative metoden er valgt fordi jeg i denne studien søker etter praksisnære erfaringer som en kilde til kunnskap. Ved bruk av denne metoden søker forskeren å fange de nære og levende beskrivelsene hentet fra intervjupersonens livsverden (Kvale og Brinkmann, 2009). Forskningsspørsmålene omhandler mestring og psykisk helse, og hvordan dette påvirker den brystkreframmedes liv. Enkelte av forskningsspørsmålene er inspirert av Antonovskys salutogene tenkning. Langeland (2009) hevder at det trengs mer forskning for å øke kunnskapsgrunnet om salutogenese, og at dette inkluderer kvalitative studier.

*”The aim of research is to produce information that can be shared and applied beyond the study setting”* (Malterud, 2001:485).

## 5.1 GRUNNLAGSSPØRSMÅL

I følge Thornquist (2006) har man sett en tendens til at forskere innen helsefag hopper over grunnlagsspørsmål. Spørsmål av ontologisk og epistemologisk karakter bør være med i valgt metode eller design. Forskeren bør ha en bevissthet om hvilken påvirkning hennes vitenskapelige ståsted skaper i forskningsprosessen. Valg av metode bør igjen samsvare med problemfeltet som skal undersøkes. Metoden blir lett redusert til et redskap dersom forskeren ser vekk ifra at metoden henger sammen med vitenskapelige grunnlagsspørsmål (Thornquist, 2006).

Ontologi handler i følge Thornquist (2006) om læren om det værende. Spørsmål av ontologisk art kan være å spørre om hvordan virkeligheten kan defineres. *Hva er en kropp* er et eksempel på et ontologisk spørsmål. Jeg ønsker å finne ut hva som er tingenes sanne natur i denne studien. Derfor setter jeg ontologiske spørsmål i fokus. For å finne frem til denne virkeligheten er et praksisnært perspektiv, hentet fra helsepersonell som står i det sammen

med brystkreftammede til daglig, nyttig. I form av min utdanning som sykepleier, kan jeg med min yrkesbakgrunn ha mulighet til å forstå noe av den profesjonelle livsverden og virkeligheten jeg skal forske i. Dette velger jeg å se på som en ressurs dersom jeg finner balansen mellom nærhet og distanse til det utforskede feltet. Det finnes ingen fasitsvar på hva en kropp er. Jeg ønsker med denne oppgaven å rette fokuset vekk fra tingliggjøring av kroppen som objekt, og søker å forstå virkeligheten ut i fra et helhetssyn på mennesket.

Kvale og Brinkmann (2009) hevder at virkeligheten kan forstås som mennesker i samtale. Språket binder menneskene sammen og utgjør en felles virkelighet. Det kvalitative intervjuet som er valgt som metode for denne studien, har samtalen som bindeledd. Dette bindeleddet kan i et ontologisk perspektiv defineres som en delt virkelighet.

Epistemologi er i følge Kvale og Brinkmann (2009) teori om kunnskap. Hvilken kunnskap kan de kvalitative intervjuene frembringe? ”*God kvalitativ forskning omfatter erfaringsnære beskrivelser der deltakernes konkrete verden presenteres*” (Thornquist, 2006:208).

Kvale og Brinkmann (2009) hevder at det finnes syv trekk ved intervjubasert kunnskap. Disse trekkene handler om at kunnskapen er produsert, relasjonell, samtalebasert, kontekstuell, språklig, narrativ og pragmatisk. De syv trekkene er allerede eksisterende kunnskap om kvalitative intervjuer som jeg tenker kan virke styrkende og rettleidende i min studie. Hver intervjusetting i denne studien er allikevel en unik situasjon selv om jeg lar meg inspirere av Kvale og Brinkmanns (2009) sju trekk ved intervjubasert kunnskap.

Jeg har ovenfor vært inne på at jeg absolutt ikke utelukker at det trengs biomedisinsk forskning for å nå frem til viktig kunnskap. Det jeg i tillegg søker er at denne kunnskapen skal benyttes med en respekt og bevissthet om at mennesket er mer enn kropp. Kunnskap bør ikke søke å dele opp mennesket, men forsøke å favne at det rommer flere aspekter som inngår i en helhet. I denne studien får jeg ikke fanget hele virkeligheten, men forsøker å se inn i en liten bit av den. Kunnskapen jeg søker, dekker ikke hele virkeligheten av de fenomenene jeg søker å forstå og beskrive, men vil kunne være et nyttig supplement til eksisterende viten. Studier av denne typen kan bidra til å påvirke hva som ansees som viktig epistemologi i vår tid. Målet med all vitenskapelig forskning, denne studien inkludert, er at den skal være nyttig i praksis.

## 5.2 HERMENEUTISK - FENOMENOLOGISK TILNÆRMING

En hermeneutisk- fenomenologisk forståelse ligger til grunn for valgt metode. Eksisterende teori fra tidligere forskning og litteratur som omhandler kriser, identitet og salutogenese utgjør det teoretiske rammeverket i denne oppgaven.

Det søkes etter en forståelse av den profesjonelle livsverden. For å nå dette målet skriver Hummelvoll og Barbosa (1996) at hermeneutisk tolkning og fenomenologisk beskrivelse er mest relevant. *"I all tolkning forekommer: 1) en før forståelse 2) en fordom"* (Hummelvoll og Barbosa, 1996:27). Disse beskrivelsene skal underveis og senere i intervjuene tolkes, samtidig som forskeren skal la fenomenene tre frem så naturlig og uforstyrret som mulig. Tolkningen springer ut fra forskerens førforståelse, tidligere forskning og litteratur som omhandler forskningsspørsmålene. Det teoretiske rammeverket for studien har som formål å tilføre mening og utvidet forståelse gjennom å se det i et samspill med empirien i denne studien.

*"Researchers who claim that they approach their material inductively, without applying any theory for analysis, fail to realise that their stance is unavoidably affected by theory"* (Malterud, 2001: 486).

I hermeneutisk tenkning ser man ikke bare på delene av menneske, men man har et holistisk grunnsyn. Dette innebærer at mennesket blir sett i lys av et samspill med omgivelsene. Mennesket erfares som helt, bestående av kropp, sjel og ånd. Å redusere mennesket til deler og ikke se helheten strider i mot hermeneutisk tenkning. I hermeneutikken rettes fokus mot forståelse, det individuelle og unike. Denne tilnærmingen til feltet gjør det både spennende, utfordrende og interessant å forske. Spennende siden denne holdningen til materialet som fremkommer fra empirien kan ta uventede retninger. Tilnærmingen er interessant da det kan oppstå nye fenomener jeg ikke hadde tenkt på, og disse fenomener gis rom og tillates å komme. Det er viktig å være seg sine styrker og svakheter bevisst slik at forskningsprosessen blir minst mulig forstyrret av forskeren samtidig som forskeren aldri får blitt 100 % nøytral i sin rolle. En styrke kan være å finne frem til sin førforståelse av feltet som skal forskes på slik at forskeren kan ha bevissthet i forhold til den. Den hermeneutiske metoden egner seg godt når det dreier seg om å forstå det unike. Skal forskeren forsøke å beskrive så nøyaktig og korrekt det unike, trengs den fenomenologiske metoden. Denne studien skal forsøke å

fange både forståelsen av det unike for denne pasientgruppen, men også gjøre et forsøk på en fenomenologisk oppdagelse av fenomenenes ”sanne natur” (Hummelvoll og Barbosa, 1996).

*”When we let the things themselves present themselves in all their multiplicity we let them show all their possibilities, all their horizons, presentations as well as appresentations”* (Dahlberg al, 2008:122). Det er dette som er målet med den fenomenologiske tilnærmingen. I fenomenologien er forskningsdeltakerens livsverden i fokus. Livsverden kan beskrives som den verdenen menneskene lever sine daglige liv, og den rommer direkte og umiddelbare opplevelser (Kvale og Brinkmann, 2009). Overnevnte sitat kan også beskrives som Epoche, hvor man søker så presis og objektiv beskrivelse av fenomenene som mulig. I fenomenologisk tenkning handler det om å gi rom til fenomenene og ikke tvinge dem inn i egnede kategorier (Dahlberg al, 2008). For å illustrere en tenkt fenomenologisk tilnærming, hevder Dahlberg (2008) at man skal se for seg sitt eget hus. Huset med alle rommene man kjenner så godt, men allikevel møte huset og rommene som om det var første gang man så huset og gikk inn i rommene. Fenomenologien som vitenskap gir rom til livserfaringen og den praktiske erfaringen. Ved gjennomføring av kvalitative intervjuer skal jeg som forsker etterstrebe, og ikke plassere materialet som kommer frem under intervjuene, i ferdige kategorier, men heller forsøke å ha en så åpen tilnærming for det som presenteres, som mulig. En slik tilnærming (epoche) vil kunne berike min forståelse og funn knyttet til forskningsspørsmålene.

### **5.3 FØR-FORSTÅELSE**

*”In all types of research it is important to be aware of how pre-understanding affects the process of research; how the problem to be studied is chosen, how it is defined, how the research questions are formulated, the choice of method, and so on”* (Dahlberg et al. , 2008:135).

Bevissthet rundt egen førforståelse er viktig for en reflektert tilnærming under hele forskningsprosessen. Det er ut fra min yrkesbakgrunn som sykepleier og interessefelt at den kvalitative metoden falt meg mest naturlige å velge. Metoden er valgt bevisst både i forhold til vitenskapelig posisjon og ut i fra problemfeltet jeg ønsker å undersøke. En førforståelse om bedre å beherske en metode som har til hensikt å fange det subjektive perspektivet, og den annens livsverden som også er sentrale aspekter ved utøvelse av sykepleie.

Jeg er allikevel klar over at det kan være en utfordring å forske i eget fagfelt. En utfordring er å finne balansen mellom å benytte førforståelsen i forhold til feltet som en ressurs, og ikke som et forstyrrende element til det utforskede subjektet. Nærhet til feltet kan være en ressurs dersom den anvendes med bevissthet knyttet til å være nær. Forskeren kan forsøke å være bevisst sin førforståelse og derfor være bedre rustet til å ”fange” fenomenene slik de fremtrer. Det er allikevel ubevisste faktorer forskeren ikke kan være klar over, eller som kan dukke opp uten at forskeren var klar over at dette ville påvirke henne. Et gjennomtenkt og kunnskapsrikt forhold til valgt forskningsproblem er å foretrekke slik at forskeren i minst mulig grad påvirker resultatene. Fog (2005) skriver at forskeren må undersøke sitt forhold til emne som skal studeres. Fog skriver at forskeren må undersøke sine fordommer, tanker og følelser i forhold til emnet. I følge Fog (2005) er det viktig under intervju å kunne høre annet enn det man vil høre. Altså greie å løfte sitt blikk og utvide sin horisont.

*”Skal hun interviewe kreftpasienter, må hun undersøke, hvorledes hun selv forholder sig til livstruende sykdom, til spørsmål om liv og død, til folk, som er døende, eller som er bange for at være det” (Fog, 2005:42).*

Når det gjelder førforståelsen i forhold til valgte forskningstema, er mine erfaringer at hensiktsmessige mestringsstrategier ved alvorlig somatisk sykdom gjør det lettere å leve et godt liv med sykdommen. I tilnærming til brukere fra min praksis- hverdag er jeg opptatt av å se hele mennesket. Et slikt perspektiv tror jeg kan virke helsefremmende i seg selv i møte med syke mennesker. Jeg tror det ligger noe helende i å bli møtt som et helt menneske og ikke redusert til en bestemt diagnose eller kategori. Mine erfaringer med brystkreftpasienter har jeg fra flere år tilbake som sykepleierstudent. Det gjorde inntrykk å følge en kvinne på 40 år gjennom hennes innleggelse på kirurgisk avdeling hvor hun skulle fjerne begge brystene. Det var min første operasjon hvor jeg fikk være observatør. I hjemmesykepleiepraksis deltok jeg i sårstell av en kvinne med stråleskade mot bryst. Ut over disse erfaringene har jeg lite kjennskap til brystkreft fra den kliniske hverdagen, noe som kan virke styrkende i forhold til en viss distanse til det utforskede feltet.

#### **5.4 DET KVALITATIVE FORSKNINGSINTERVJUET**

Kvalitative intervju anvendes i denne studien, og det søkes etter å forstå verden slik den ser ut fra intervjupersonenes perspektiver. Mitt formål med kvalitative intervjuer er å nå inn til helsepersonells profesjonelle livsverden. Målet er ikke å fange den generelle livsverden, men

den delen som knyttes til intervjupersonens forståelse som helsepersonell og profesjonell (Hummelvoll og Barbosa, 1996). Metoden tillater en viss frihet. Det ligger en frihet i at forskeren kan bevege seg frem og tilbake i forskningsprosessen, ved blant annet å justere problemstillingen underveis. Intervjupersonens subjektive, følelsesmessige og kognitive opplevelse av verden er i fokus ved kvalitative intervjuer. Intervjuene utgjør det empiriske materialet i forskningsprosessen. Kvalitative intervjuer skal rettes etter visse kriterier og krav for å regnes som vitenskapelig produkt (Fog, 2005).

Kvale og Brinkmann (2009) skriver at kvalitative intervjuer inneholder tolv aspekter. Disse aspektene synes jeg gir en ryddig oversikt over viktige sider ved kvalitative intervjuer, og de fungerer som en veivisere gjennom intervjuene i denne studien.

De kvalitative aspektene omhandler *intervjupersonens livsverden* og er meningsfortolkende. I denne studien er det den profesjonelle livsverden til helsepersonell som er i fokus. Forskeren søker etter intervjupersonenes *mening* vedrørende forhold knyttet til kvinner med brystkreft. I intervjuene er forskeren ute etter *kvalitative* beskrivelser. Metoden er *deskriptiv*, og hensikten er å samle inn åpne og nyanserte beskrivelser som omhandler brystkreftrammede. I studien er jeg ute etter *spesifikke* forhold knyttet til brystkreftpasienter. Intervjueren skal ikke tvinge intervjupersonen inn i ferdige kategorier, og det er viktig at jeg som forsker, utøver en *bevisst naivitet*. Naiviteten kan bidra til at jeg som forsker gir rom til at nye og uventede perspektiver kan vise seg. Kvalitative intervjuer gir mulighet for at nye perspektiv kan følges opp. Jeg har tatt utgangspunkt i en intervjuguide for å bevare *fokus* på sentrale tema i studien, men guiden følges ikke slavisk, men mer som en ramme for tema jeg ønsker å samtale om.

*Tvetydighet* i forhold til intervjupersonens uttalelser kan oppstå på grunn av motsetninger i personens livsverden. Forskeren kan stille oppfølgingsspørsmål for å finne ut om dette skyldes kommunikasjonsproblemer, eller om det faktisk er en dobbelhet i intervjupersonens utsagn. I denne studien forsikret jeg meg om at intervjupersonene hadde forstått spørsmålene nettopp ved å stille oppfølgingsspørsmål for å avklare om budskapet var forstått slik det var ment. Tvetydighet kunne tross dette av og til oppstå, mulig på grunn av motsetningsforhold vedrørende enkelte tema. Kvalitative intervjuer kan skape *endring*, og ulike intervjuere kan ut fra sin *følsomhet* få frem ulike svar fra intervjupersonene. Kvalitative intervjuer er interpersonelig og skjer gjennom *interaksjon*. Har man lyktes med forskningsintervjuene, opplever intervjupersonen dette som en *positiv opplevelse* (Kvale og Brinkmann 2009).

## 5.5 UTVALG

Jeg tok selv kontakt over telefon med aktuelle avdelingsledere på 3 sykehus som valgte ut intervjupersoner for meg. Intervjupersonene ble valgt skjønnsmessig ut i fra at de hadde relevant bakgrunn i forhold til studiens fokus. Informasjon om studien ble sendt på e-post til alle involverte slik at de også skriftlig kunne sette seg inn i studien og dens formål. Øvrige intervjupersoner fra kommunal sektor og foreningsarbeid ble rekruttert ved at jeg som forsker tok direkte kontakt pr. telefon og ved e-post. Samtalen over telefon og e-post omhandlet studiens formål, at deltakelsen var frivillig og at deltakerne når som helst kunne trekke seg uten konsekvenser for dem. Ethiske retningslinjer for forskning ble gitt muntlig og skriftlig. Samtykkeerklæring ble skrevet under av alle intervjupersonene (Larsen, 2007).

Utvalget i denne studien består av helsepersonell. Utvalget består av 7 intervjupersoner som alle har helsefaglig bakgrunn. Inklusjonskriteriet var at de hadde erfaring fra å jobbe med brystkreftrammede og fra ulike deler av behandlingsløpet. Flere fra utvalget hadde bred erfaring og hadde arbeidet på ulike arbeidsplasser med brystkreftrammede. Utvalget besto av en sykepleier, fire kreftsykepleiere, en stråleterapeut og en fra palliativt team. Kjønnsfordelt utgjorde utvalget 6 kvinner og 1 mann. To av intervjupersonene hadde samme arbeidsplass, men ulik yrkesutdanning. De andre hadde forskjellige arbeidsplasser. Arbeidsplassene var forskjellige sykehus, kommune og en intervjuperson var tilknyttet foreningsarbeid. 7 intervjupersoner er for lite med tanke på å skulle generalisere svarene, men det er ikke først og fremst dette som er i fokus ved kvalitative intervjuer. I kvalitative intervjuer søkes det etter en helhetsforståelse og dypere forståelse av valgte forskningsspørsmål (Larsen, 2007).

## 5.6 GJENNOMFØRING AV STUDIEN

Innsamling av data for denne studien skjer gjennom individuelle kvalitative intervjuer mellom helsepersonell og meg som forsker. Hvert intervju skal foregå som en semistrukturert samtale. Hvor målet er:

*”En planlagt og fleksibel samtale som har som formål å innhente beskrivelser av intervjupersonens livsverden med henblikk på fortolkning av meningen med de fenomener som blir beskrevet” (Kvale og Brinkmann, 2009: 325).*

Godkjenning av studien gjennom NSD (Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste), og personvernombudet for sykehusene var klargjort før intervjuene startet. Intervjuene ble

gjennomført i månedene februar og mars 2010. For å gjøre det praktisk for helsepersonell dro jeg som forsker, til respektives arbeidsplasser hvor jeg på forhånd hadde forhørt meg om aktuelle møterom. Alle intervjuene foregikk på møterom slik at vi kunne sitte uforstyrret. Hvert intervju hadde en varighet på 60-84 minutter. Før intervjuene startet ble det opplyst om hensikten med studien slik den ble beskrevet i informasjonsskrivet, og samtykkeerklæringen ble skrevet under. Intervjupersonen hadde anledning til å avklare eventuelle spørsmål vedrørende studien før intervjuet startet. Forskeren forsøkte under alle intervjuene å få til en hyggelig atmosfære rundt intervjusituasjonen ved å være oppmerksom og vise genuin interesse.

Intervjuene ble tatt opp på bånd, og intervjupersonene fikk informasjon om dette. Lydopptakene ble i etterkant transkribert av meg. Det er en tidkrevende prosess, men gir meg som forsker god kjennskap til materialet.

## **5.7 KVALITATIV ANALYSE OG TOLKING AV DATA**

Ved analyse av kvalitativ data jobber forskeren med en stor mengde tekst. Analysen som ledd i forskningsprosessen, handler om å redusere datamengden. Analysen i denne studien er inspirert av Kvale og Brinkmanns (2009) meningsfortetting som bygger på Giorgis fra 1975, og kan best karakteriseres som en fenomenologisk basert meningsfortetning. Denne formen for analyse inneholder fem trinn. Hvor det *første trinnet* innebærer å lese intervjuene slik at man får et inntrykk av helheten i hvert intervju.

Analyse og tolkning pågikk allerede under intervjuene. Etter intervjuene oversatte jeg intervjuene fra tale til tekst gjennom transkripsjon av intervjuene. Jeg har forsøkt å gjengi så ordrett som mulig det intervjupersonene oppga i intervjuene. Denne prosessen innebar imidlertid også noe tolkning ved at jeg som forsker, for eksempel bestemte hvor komma eller punktum skulle stå. Da intervjuene var ferdig transkribert, ble de lest flere ganger for å gi meg god kjennskap til stoffet, samt se helheten.

Da jeg leste materialet, var hensikten å se etter mønstre, sammenhenger, fellestrekk og forskjeller. I det *neste trinnet* har jeg valgt ut meningsenheter ut fra intervjupersonenes utsagn, for deretter å uttrykke temaet fra de ulike meningsenhetene så klart som mulig. I det *tredje trinnet* har jeg forsøkt å møte utsagnene fra de transkriberte intervjuene så fordomsfritt som mulig. Temaene som kom frem i de ulike intervjuene er hentet fra intervjupersonenes



perspektiver, og slik jeg som forsker, har fortolket dette. Korte stikkord i margen hvor jeg fant meningsenheter, koder, ble notert og gitt et tall. Tallet fikk et midlertidig navn etter innholdets tema. Tallkodingen gjorde det enklere å finne frem i materialet senere, også når jeg skulle finne aktuelle sitater vedrørende et tema. I det *fjerde trinnet* i analysen for denne studien, så jeg meningsenhetene i lys av forskningsspørsmålet. Intervjuene ble lest på tvers for å komprimere og fortsette letingen etter koder. Det *siste trinnet* besto i å finne hovedtemaer som ble bundet sammen til deskriptive utsagn. Hvert tema i studien inneholder kategorier og underkategorier. En lang prosess med å sammenfatte kodene til aktuelle kategorier og underkategorier, utgjorde til slutt en tabell med en oversikt over resultatene inndelt i fem hovedtema. Disse ble utviklet etter å ha arbeidet med å sammenbinde kategorier (Kvale og Brinkmann, 2009).

Ved kvalitative studier er intervjupersonens livsverden i fokus, og forskeren har ikke som hensikt å diagnostisere eller bortforklare det som blir formidlet. På den andre siden må forskeren gå utover det å skulle gjenfortelle det som blir sagt. Det er viktig at intervjupersonen sikres full anonymitet og ikke kan gjenkjennes. Når det er sagt, er det også viktig at intervjupersonen kan kjenne seg igjen i tolkningen forskeren har gjort, av det som ble formidlet under intervjuet (Larsen, 2007).

## 5.8 ETISKE REFLEKSJONER

Fog (2004) skriver at vitenskapelig forskning alltid, og da spesielt når det dreier seg om mennesker, er et moralsk anliggende. I denne studien hadde det vært interessant å snakke med brystkreftrammede om deres erfaringer knyttet til å leve med sykdommen. Studiets tidsramme gjorde det vanskelig da en godkjenning gjennom REK (regional etisk komité) ofte har lang behandlingstid. Det kan også være en viktig etisk refleksjon å vise hensyn ved og ikke å belaste den brystkreftrammede med intervju siden hun kan være i en sårbar fase i forhold til sin sykdom. Sårbarhet trenger på den andre siden ikke å være en svakhet, men noe forskeren må vise ekstra varsomhet i forhold til. Målet var å få praksisnære beskrivelser i forhold til valgt tema, og helsepersonell utgjorde derfor utvalget i denne studien.

Gjennom studiets forelesninger har vi lært at forskning skal være nyttig. I følge Kvale og Brinkmann (2009:86) kan man stille seg følgende etiske spørsmål:

*”Hvordan kan studien bidra til å bedre deltakernes situasjon? Eller situasjonen til gruppen de representerer? Eller menneskets generelle situasjon?”* Disse spørsmålene bidrar til å sette fokus på at forskningen skal være nyttig. I en radiosending i februar 2010 på p1 ble det hevdet at alt for lite av helseforskningen var til nytte. Mye av kunnskapen som ble produsert var altså ikke relevant ute i praksis. Kanskje kan man undre på om forskeren kan ha hoppet over viktige etiske spørsmål og heller konsentrert seg om det forskeren selv finner interessant og forskbart? Eller er det økonomien som styrer?

*”Fra et nytteperspektiv bør summen av potensielle fordeler for deltakeren og betydningen av den oppnådde kunnskap veie tyngre enn risikoen for å skade deltakeren, og dermed gjøre det berettiget å gjennomføre undersøkelsen”* (Kvale og Brinkmann, 2009:91).

I denne studien har jeg vært i kontakt med regional etisk komitee (REK) i forhold til å få vurdert om oppgaven ligger under helseforskning. Jeg var i kontakt med REK på tlf og fikk beskjed om å maile prosjektbeskrivelsen. Jeg fikk raskt svar på mail om at denne studien ikke skulle vurderes av REK. Søknad om vurdering og godkjenning av studien med tanke på personvern og andre etiske overveielser ble sendt til NSD (norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste) som behandlet og godkjente studien. Informasjonsskriv, intervjuguide og samtykkeerklæring for studien ble sendt som vedlegg till NSD. Forskning på sykehus krever egen godkjenning. Søknad ble sendt og studien godkjent.

Etiske overveielser jfr. Helsinki-deklarasjonen er ivaretatt gjennom hele forskningsprosessen. Helsinki- deklarasjonen vedrører etiske prinsipper for medisinsk forskning som omfatter mennesker (Granerud, 2009). Forskeren har tatt hensyn til forhold som informert samtykke, konfidensialitet, respekt for deltakerens personlige integritet, forskningen skal ikke ha vært til skade eller på noen måte ha utnyttet deltakerne i denne studien (Kvale og Brinkmann, 2009). Deltakerne i studien er informert om samtykke og at deltakelse er frivillig og at de når som helst kan trekke seg fra studien uten at det skal få konsekvenser for dem. Alle data er oppbevart i låsbart skap og skal slettes etter at eksamen er levert i august 2010.

## 6.0 RESULTATPRESENTASJON

I dette kapitlet presenteres en sammenfatning av studiens resultater i en tabell. Senere i samme kapittel utdypes dette videre.

<b>Tema</b>	<b>Kategori</b>	<b>Underkategorier</b>
Trygghet	Informasjon Ventetid Dødsangst Økonomi	Forutsigbarhet Usikkerhet Kreftdiagnosen Redusert inntekt Fungere i jobb
Identitet	Kroppsendringer  Mennesketype  Rolle	Utseende Fatigue Følsom Løsningsorientert Tidligere erfaringer Pasientrolle Kreftstempel
Ressurser	Åpenhet om sykdommen  Å ha noe utenfor seg selv  Nettverk som gir støtte	Verbal pasientgruppe Sykdom det kan snakkes om Fokus på noe annet enn seg selv Familie Andre nære
Relasjoner	Fellesskap med andre brystkreftrammede  Samliv	Være i samme båt  Intimitet Ny partner
Møte	Møte mennesket der det er  Helhet  Håp	Tro på iboende krefter Lytte Friske fokus Profesjonalitet og medmenneskelighet Helbredelsesmuligheter Finne ny mening

Tabellen over består av fem hovedtemaer som er delt inn i kategorier og underkategorier. Temaene med kategorier og underkategorier omhandler studiens forskningsspørsmål, og her trekkes de betydningsfulle faktorene for bedringsprosesser frem. Kategoriene kommer frem punktvis ved siden av hovedtemaene etterfulgt av underkategoriene.

Resultatene understøttes med sitater hentet fra intervjupersonene. Sitatene skrives i kursiv. Sitatene er forsøkt gjengitt slik de har blitt sagt i tale uten å redigere meningsinnholdet. Noe korrigering er allikevel foretatt for å gjøre det mest mulig tilgjengelig for leseren.

## 6.1 TRYGGHET

Det knyttes mye usikkerhet rundt det å bli diagnostisert med brystkreft. Det hersker også en del myter rundt kreft, noe som kan medføre usikkerhet. En av intervjupersonene sa at det å rammes av brystkreft ikke er som å ta mandlene. Dette er en sykdom som i likhet med andre kreftsykdommer, kan true eksistensen. Når livet tar en usving og livet plutselig blir uforutsigbart, kan selv den mest robuste person miste fotfestet. Den brystkreftrammede kan oppleve tap av kontroll over tilværelsen, og dette gjør noe med opplevelsen av trygghet. Helsepersonell har en viktig oppgave når det gjelder å skape trygghet i forhold til usikkerheten en brystkreftdiagnose kan medføre. Kreftomsorg med tilpasset informasjon, tilgjengelighet og forutsigbarhet er alle viktige komponenter som kan bidra til å skape trygghet i en uforutsigbar hverdag som brystkreftrammet. *”Det jeg sier som sykepleier eller hva det måtte være, det skal være sant”*. Når pasienten opplever at det som blir sagt, er sant og til å stole på, skapes tillit og trygghet i relasjonen.

### 6.1.1 Informasjon

*”Noen får aldri nok informasjon, og de fisker hos alle ansatte”*.

Det er en myte at det man ikke vet, har man ikke vondt av. Settes denne myten ut i livet, er det nok ofte heller slik at man har vondt av det man ikke vet. Det betyr allikevel ikke at informasjon skal gis ukritisk. *”Vi kan informere og informere, og vi skal jo gjøre det, men det er noe med å finne ut hva den enkelte trenger”*. Lovverket har regler for informasjon, og pasienten har rettigheter. All informasjonen som blir gitt, kan være vanskelig å få med seg,

og en viktig oppgave for helsepersonell er å følge opp informasjonen som blir gitt slik at den er mottatt og forstått på riktig måte. En slik oppfølging av informasjon kan hindre misforståelser og kan være oppklarende. For å få til en slik oppfølging må helsepersonell være tilgjengelig også utover den fastsatte tiden hvor pasienten er inne til behandling eller kontroll. Det kan være slik at informasjonen må gjentas siden mottakeren er i en krisesituasjon og derfor ikke greier å få med seg alt. Andre tør ikke å spørre opp igjen, kanskje av frykt for hvilket svar de kan få. Helsepersonell kan også ha ulike måter å uttrykke seg på, noe som kan gjøre at pasientene kan oppfatte og tolke informasjonen feil. Pasienter og deres pårørende har ikke bare et behov for å få informasjon, men de har også et behov for å gi informasjon. Å skaffe seg og formidle informasjon er et behov både hos helsepersonell, men også for den brystkreftrammede og hennes pårørende. Dette omhandler det gjensidige behovet for en informasjonsutveksling (Nordby et al. 2010).

Helsepersonell kan ikke ta vekk at livet med brystkreft kan oppleves som usikkert for pasienten. Det er derfor viktig at det finnes et tilbud med tilgjengelig helsepersonell som kan kontaktes, når behovet melder seg. Det kan gjøre situasjonen tryggere for den enkelte. *”At man har noen å ringe når man lurer på om dette har noe med kreften å gjøre, eller hva er dette her?”*. Det å ha et nummer å ringe når usikkerhet vedrørende sykdommen melder seg, kan være til god hjelp og kan forhindre at pasientene engster seg unødige.

Helsepersonell må ta i bruk klokskap og sunn fornuft ved siden av fagkunnskaper slik at informasjonen ikke skaper unødvendig utrygghet om faktorer som er mindre relevante for pasientens situasjon her og nå. Det betyr ikke at man skal unndra sannheten om de faktiske forhold, men at man skal utøve en sensitivitet i forhold til måten informasjonen formidles på. Det kan ha mye å si for hvilke følelser og tanker pasienten sitter igjen med når hun går ut døra. *”Den ene kan gi veldig håp i samtalen mens andre ansatte du møter, ikke gir det”*.

Å gi informasjon til den brystkreftrammede og familien samlet, kan være nyttig slik at tema som kommer opp i samtalen, også i etterkant kan gi et mer helhetlig bilde av informasjonen. Kanskje fanget den ene opp noe den andre ikke fikk med seg, slik at de senere kan diskutere dette seg i mellom. Slik sett kan samlet informasjon virke positivt. Det kan også oppleves tryggere at noen man kjenner godt, er tilstede når vanskelig informasjon vedrørende sykdommen blir gitt. *”Mannen bør være med, ofte opplever de informasjonen litt forskjellig også vet du, det er en styrke for begge to at begge er med”*. Det er viktig å informere om det

som kan være vanskelig å snakke om også. Det kan dreie seg om informasjon knyttet til samliv og seksualitet.

*”Vi som helsepersonell må bli flinkere til å snakke om både dette med å mestre samliv, og det eksistensielle. Det er slike ting man aldri blir god nok på, tenker jeg”.*

### **6.1.2 Ventetid**

*”Det er mange datoer å forholde seg til når det gjelder behandling og kontroller”.* Opplevelse av uforutsigbarhet kan prege tilværelsen til kvinner som diagnostiseres med brystkreft. Usikkerheten kan være tilstede fra første registrerte symptom på at noe er galt med brystet. Enkelte kan på en måte være mer ”forberedt” på å få en slik diagnose enn andre. ”Forberedt” ved at de har oppdaget at det er noe som er galt. Beskjeden om at diagnosen brystkreft er konstatert kan allikevel oppleves som traumatisk. Andre igjen kan få stilt diagnosen ved screening under masseundersøkelser og være helt uforberedt på at det er noe galt med brystet. Uavhengig av hvordan sykdommen oppdages er det en felles opplevelse av at det knyttes mye usikkerhet i forhold til ventetid. I påvente av valgt behandling kan den nydiagnostiserte oppleve usikkerhet. *”Hun hadde akkurat fått diagnosen, så var det hjem igjen til helgen.”*

*”Dette fra du får diagnosen og til det begynner å skje noe, du har nesten en fase før det igjen også. Du har fått et nytt fokus, det er tatt prøver og du venter på svar.”*

Blir ventetiden for lang, kan det skape usikkerhet hos pasientene. En opplevelse av at ingen tar ansvar og at pasienten selv er den som må ordne opp og være sin egen advokat, gjør noe med tiltroen til helsevesenet.

*”Forutsigbarhet og trygghet er det viktigste, og da tåler du mye altså. Det at noen har fanga deg opp og vet hva du skal igjennom, sparer deg for mye usikkerhet”.*

Venting preger hele sykdomsløpet, og tiden før kontroller preges av mye usikkerhet. Hvilken beskjed vil man få? Har sykdommen gått tilbake eller vokst videre, kan prege tankene før kontrolltiden.

*”Kontrolldagene er ille uansett hva jeg sier eller gjør, for du er nødt til å være x antall ganger hos legen og høre at her er det ikke tegn til noe som helst. Man må ha gjort det noen ganger før man tør å stole på at det er stabilt”.*

Det er også en fase som kan bære preg av tomhet. Avtaleboken har vært full av faste tider for behandling og forhold rundt sykdommen, men så er dagen hvor behandlingen er ferdig kommet. Tør man å stole på at kroppen skal greie seg uten medisiner og behandling?

*”Det kommer ofte en vakumperiode etter endt behandling hvor man kan oppleve psykiske reaksjoner. For da først kommer tankene om at man skal leve med en kreftdiagnose”.*

### **6.1.3 Dødsangst**

Når det gjelder brystkreft kan det ikke gis friskmelding selv om kreftcellene kan være ute av kroppen. Sykdommen kan vende tilbake, den kan dukke opp igjen etter 25 år. Andre kreftformer kan man få friskmelding av etter 5 år som kreftfri, men ikke når det gjelder brystkreft. Mange forbinder ordet kreft med døden, og de fleste som rammes av en slik sykdom, opplever usikkerheten knyttet til fremtiden. *”Det er mange som ikke har tidsregningen noe særlig lengre enn til neste kontroll”.*

Det finnes ingen tablett som kan ta vekk frykten for å dø. Det at helsepersonell har et reflektert forhold til døden og eksistensielle spørsmål vil trolig kunne bidra til å skape større trygghet i relasjonen med pasienter som ønsker å snakke om disse temaene. Når pasientene våger å åpne døra til denne delen av livet, er det viktig at helsepersonell tør å ta i mot det som kommer av tanker og følelser knyttet til døden, og med dette kan bidra til å gjøre veien litt tryggere.

Brystkreft rammer som regel kvinner i 50-årene. Så mange som 80 % tilhører denne aldersgruppen. Det trenger allikevel ikke bety at dødsangsten reduseres med alderen. Ønske om å leve er der uavhengig av alder. *”Det passer jo egentlig aldri å dø, du ønsker alltid å se hva som skjer videre i livet ditt.”*

*”Jeg har møtt 90 åringer som er like redde for å dø som en 30-åring.”* Angsten trenger ikke være rettet mot selve døden, men omhandle veien frem til døden.

*Det er en traumatisk opplevelse. Selv om du har en bra prognose, så er det noe som truer deg på liv og død, en kreftdiagnose gjør jo det.”* Mange kjenner noen som har hatt brystkreft siden dette er en kreftform som forekommer hyppig blant kvinner. Kanskje kjenner den brystkreftrammede noen som har dødd av sykdommen hun selv er diagnostisert med. Kanskje er det ”skrekk”-historiene som får størst grobunn, mens de gode historiene og de som fortsetter å leve i blant oss, kommer litt i skyggen? For det går bra med mange og når

det gjelder brystkreft, snakkes det om kurativ behandling. *”De vi husker, er jo de som dør, ikke de som overlever og fortsetter å gå rundt oss.”*

Mange brystkreftrammede har familie og barn som de ønske å følge opp videre og ikke vil bli borte fra. Dødsangsten kan være knyttet til ikke å få oppleve å se barn og barnebarn vokse opp. *”Er du mor og har barn, så er det mange som går igjennom sorgprosesser på at de ikke får være der når viktige merkedager kommer.”* Hvordan vil man bli husket, er også viktig for kvinnene. Ens eget ettermæle, hvilke spor har man satt hos barna sine og hva vil de bli husket for, er de opptatt av. De ønsker ikke å bli husket som den sure og syke kreftpasienten. *”Blir jeg husket som en mor med kreft som bare var sur og sint?”*. Den brystkreftrammede kan ønske å snakke med barna eller ungdommen sin om sykdommen, men det er ikke alltid de vil det. Det er uansett viktig at mor aksepterer at ungene håndterer at hun er rammet av brystkreft ulikt.

Helsepersonell som er i kontakt med alvorlig syke mennesker bør ha tenkt igjennom sitt eget forhold til døden for å kunne ivareta pasientene best mulig.

*”Døden blir litt mindre skremmende, og vi føler oss tryggere, det handler jo om å bli tryggere i møtet med pasientene og de vanskelige spørsmålene”*. Det handler om å tørre å tåle angsten til pasienten, stå i det sammen uten å bagatellisere det. Det er allikevel i følge en av intervjupersonene ikke like lett å kombinere teori og praksis. Kanskje har helsepersonell tenkt igjennom hvordan hun ønsker å håndtere samtale med pasienten om døden, men så blir det ikke det samme når man står i situasjonen.

Det kan ta lang tid før man tør å stole på at man har noen fremtid. *”Fremtiden blir ofte borte i det bildet her, og det tar ofte tid før de tør stole på at den er der”*.

Forholdet menneskene i dagens samfunn har til døden er forandret siden den tiden hvor det var vanlig at den avdøde lå på likstrå. *”Før var døden på en måte en del av livet”*. Kanskje har døden blitt for fjern og distansert i dagens samfunn, selv om den er der som et faktum for oss alle.

#### **6.1.4 Økonomi**

Å være syk og i behandling for brystkreft kan gå utover arbeidskapasiteten og dermed redusere inntekten. Det å oppleve økonomiske problemer i tillegg til en belastende livssituasjon kan gå utover psyken, og hverdagen kan oppleves utrygg. Å ha en støttende



arbeidsgiver i en slik periode kan være til hjelp og kanskje bidra til at usikkerhet som er jobbrelatert, dempes, slik at fokuset kan rettes mot egen helsetilstand. *”Det er en del som forteller at arbeidsgiver sa: nå må du tenke på deg selv og ikke jobben”.*

*”Hvis man har gått igjennom en hard cellegiftkur skal man høre litt på kroppen sin, det er noen som på død og liv skal stå i jobb igjennom det hele”.* Årsakene kan være flere til at enkelte velger å kjøre seg hardt ut i jobb. Det er ikke vanskelig å tenke seg at livet kan bli ekstra stritt dersom man i tillegg skal slite med usikkerhet i forhold til om man greier å betale regningene. For andre kan jobben fungere som et ”fristed” hvor fokuset blir noe annet enn sykdom. Kanskje blir jobben en pust i bakken fra sykdommen og uforutsigbarheten knyttet til den.

*”Er man avhengig av full inntekt så er jo det en belastning i dette her, og kanskje bare sitte igjen med 66% av inntekta”.*

*”Viktig å komme seg tilbake i jobb, klarer de ikke det, så bør en kanskje vurdere omskolering. Det er viktig å ikke miste det daglige virket for lenge”.* Det kan være skremmende å måtte skifte jobb, men det kan være riktig for noen. Kanskje den tidligere jobben blir for krevende å stå i, den kan være for fysisk tung slik at behandlingsskader gjør det vanskelig å utføre jobben som før. *”Noen kan få problemer med armen etter fjerninga av lymfeknuter og har utviklet lymfeødem, og da er det jo en del yrker du ikke kan fungere i”.*

## **6.2 IDENTITET**

Brystkreft kan arte seg forskjellig etter som sykdommen kan opptre ulikt. Enkelte blir rammet hardere enn andre, og den medisinske behandlingen blir intensivert deretter. Tøff behandling kan påføre slitasje både fysisk og mentalt. Endringer av utseendet kan være en konsekvens av kreftbehandlingen. Endringene kan være synlige, men symptomer som slitenhet eller fatigue kan være skjulte symptomer etter behandlingen. Å få kreft enten det blir store kroppslige forandringer eller ikke, så gjør det noe med den som rammes.

### **6.2.1 Kroppsendringer**

*”Hun sa noe om at hun tok forvel med brystet sitt kvelden før hun skulle opereres, og det så jeg gjorde noe med henne da hun fortalte det”.*

Enkelte inngrep slik som brystamputasjon kan oppleves som en traumatisk kroppsending. Identiteten som kvinne endres. Ved mindre hissige sykdomsbeholdninger bevares brystet, såkalt brystbevarende operasjon, og kroppsendingen blir ikke like inngripende som ved amputasjon. Dagens kvinneideal påvirker hva som ansees som "riktig" i samfunnet. Slike krav eller idealer kan gjøre det ekstra belastende å oppleve kroppslige endringer.

*"Du kan jo nesten ikke åpne en internett-side uten at du får opp en annonse om større pupper eller så er det et veldig fokus på det".*

*"Fjernes hele brystet, så involverer det også selvbildet, kroppsending, kvinnelighet og det som forbindes med brystet. De som får bevare brystet, kan føle at de har vært mer heldige".* Det gjør noe med hvordan vi oppfatter oss selv når kroppens utseende forandres. Det viktigste for pasientene er uansett ønsket om å bli frisk, og om det betyr å fjerne begge bryst, så ønskes det. *"Det er forbausende få som er opptatt av at brystet er fjernet i behandlingsfasen"*. Motivasjonen for å leve overgår alt. Det skal allikevel ikke bagatelliseres at kroppslige endringer kan oppleves som svært dramatisk. Kroppslige endringer kan oppleves vanskelig uavhengig av alderen til kvinnene. *"Pasienter som er nærmere 70 år kan også synes at det er helt grusomt å ha et stygt bryst"*.

*"Eldre kvinner er i likhet med yngre opptatt av å pynte seg, så mange eldre, flotte damer må ha parykken på seg for å se ordentlig ut"*. Det blir med engang synlig for omverden at du er syk når du mister håret, og for de fleste kvinner betyr håret mye for utseendet og selvpoppfattelsen. *"Flere sier at når håret blir borte, så møter du din egen dødningskalle i speilet"*. Det kan være en lettvin løsning å trøste kvinnen med å si at håret kommer tilbake, men opplevelsen er dramatisk uansett.

*"Det anbefales å klippe håret helt kort istedenfor å gå og røyte rundt omkring. Den dagen du da klipper av deg alt håret, så er det en kjempetraumatisk affære, altså"*.

Fatigue er et fenomen som kan ramme brystkreftrammede, men er også et kjent symptom blant andre med kroniske lidelser. Fatigue kan gi en følelse av total utmattelse og slitenhet. De fleste brystkreftrammede sliter med fatigue. *"Det er veldig nedbrytende hvis du går deg en lang tur og nesten ikke kommer deg hjem igjen"*. Slitenheten kan påvirke hvor høye mål det kan være gunstig å sette seg. Kanskje er tre runder rundt huset å foretrekke fremfor en lang tur. Ved fatigue kan det være vanskelig å konsentrere seg. Å lese kan for eksempel

oppleves som krevende. Å leve vanlige familieliv med ungdommer i huset kan oppleves som slitsomt for ei kvinne som sliter med fatigue.

*”Enkelte orker ikke så mye lyder i huset med ungdom, og de kan få dårlig samvittighet for at de ikke orker å åpne hjemmet slik som de gjorde før de ble syke”.* Den brystkreftrammede kan finne måter å håndtere fatiguen på som passer for henne, og må kanskje akseptere at ikke alt er ved det gamle. Men, sakte og sikkert, ha som mål å bygge seg opp igjen etter behandlingen og påkjeningene.

### 6.2.2 Mennesketype

*”Det handler om at vi er veldig forskjellig som mennesker på en del ting, hvordan vi mestrer og tar ting. Noen går veldig fort igjennom ting og retter fokuset fremover, mens andre kan havne inn i en depressiv spiral hvor de bare graver seg ned”.*

*”Hun hadde spredning, og hun ville allikevel bygge opp igjen brystet. Det var veldig viktig for henne”.* Pasienter er mennesker, og ingen er helt like selv om det finnes noen fellesnevner. Sitatet ovenfor kan være et eksempel på en pasient som tenker løsningsorientert. Brystet er fjernet, men det ønskes reparert selv om prognosen kanskje ikke er på hennes side. Brystet gis oppmerksomhet, for det er kanskje akkurat brystet det går an å gjøre noe med. I alt kaoset er rekonstruksjonen et halmstrå og noe som kan håndteres. Vi har alle forskjellige måter og hankses med livskriser på, og vi reagerer ulikt. Enkelte er mer robuste enn andre. Noen kan reagere mer følelsesorientert mens andre tar det mer med fatning.

*”Hva vi legger i vår egen identitet, hva slags selvbilde vi har, er av betydning for mestringsen. Når en person er veldig fokusert på kropp og knytter det veldig opp i mot selvbildet, så vil jeg tro det kan oppstå problemer”.*

Reaksjonene på å håndtere og leve med brystkreft er like forskjellig som menneskene det rammer.

*”Hun var med venninnegjengen på tur og var ute og levde livet. Andre kan reagere med apati og ikke ta seg til noen ting, virker det som”.* De erfaringene og den bagasjen vi har med oss fra før vil påvirke hvordan man håndterer å leve med en kreftsykdom. Den brystkreftrammede kan ha gjennomgått livskriser før hun rammes av brystkreft, og det kan være nyttige erfaringer. *”En del har jo vært i masse krisesituasjoner. De som vet at de har ressurser til å takle kriser og ser at de har klart det, tenker at da klarer de dette også”.*

*”Den personen som reagerer med mye angst, dødsangst og svingninger, er kanskje sånn som reagerer veldig følelsesorientert også i andre sammenhenger samt tidligere i livet”.*

Kroppsendringer håndteres ulikt. Noen ønsker ikke å vise seg uten parykk mens enkelte ikke har problemer med det. Det samme erfares når det gjelder brystproteser. *”Jeg ser jo de damene som kommer uten protese, uten bh og bare en pupp, og bryr seg ikke i det hele tatt”.*

### **6.2.3 Rolle**

*”Gubben hadde aldri rørt i noe som helst, hun var litt oppi årene da, og han måtte ordne til jul. Han hadde klart det kjempefint, så hun var så overrasket og i mens hadde hun kost seg her”.*

Rollene kan forandres når man rammes av brystkreft. I perioder blir kanskje fordelingen av oppgaver forandret i en familie når mor har reduserte krefter. Kan hende lever den brystkreft rammede alene og er vant til å ordne opp selv, men på grunn av sykdommen befinner hun seg i en rolle hvor hun må være den som tar i mot hjelp.

Gjennom livet besittes ulike roller. Rollen som pasient, vet man lite om før man er i den. Kvinnene kan oppleve seg som friske og være i jobb til å gå over i en pasientrolle neste dag. *”Ingen har gått på pasientskolen før en blir syk”.* Rollen som pasient kan tolkes ulikt, og for noen kan brystkreftdiagnosen bli altoppslukende. Alt omhandler sykdommen og fokuset på livet rundt snevres inn. *”For mange blir sykdommen altoppslukende, det er den som styrer deg på en måte”.* Når man rammes av alvorlig sykdom, er det naturlig å være opptatt av ulike forhold rundt sykdommen, men for enkelte kan sykdommen ta for mye plass.

*”Mange blir veldig selvsentrerte, og det tar litt tid å komme seg ut av det igjen. De strever veldig med å få kontroll over livet igjen”.* Å akseptere at man er rammet av brystkreft kan være en krevende og tung bearbeidelsesprosess. Kanskje må man akseptere at mannen i familien må hjelpe til mer, og at rollene i familien endres siden mor er syk. Det kan være en uvant rolle å gå fra å være den som yter omsorg til den som tar i mot omsorg.

*”En periode så er det kanskje ikke mor som greier og ordne med maten, hun kaster opp bare hun kjenner matlukt og er sliten”.*

Et ønske fra den brystkreftrammede om å leve så normalt som mulig står sterkt hos de fleste, og det oppfordres til av helsepersonell. Det kan oppleves krevende å være den på jobben som assosieres med kreft, og man kan føle at det står kreft ”stemplet” i pannen.

*”Du blir lei av å være den på jobben som har kreft, du ønsker ikke å bli tatt hensyn til, du ønsker ikke å være spesiell”.* Ønsket om å leve så normalt som mulig kan skjule en underliggende angst, men kan også tjene som en mestringsstrategi. Hvordan kvinnene velger å se på seg selv, handler også mye om hvordan de blir møtt og ivaretatt.

*”Du skal se på deg selv som frisk, pleier jeg veldig ofte å si, det meste i deg er friskt, du har kanskje noen celler som er syke, ellers er alt det andre friskt”.* Det handler mye om å bli møtt som noe mer enn et menneske med kreft, og etter behandlingen er ferdig velger mange ikke å se på seg selv som kreftpasient. *”De velger å se på seg selv som ferdig med kreften og at de ikke er kreftpasienter, men når den forandringen skjer, er jeg litt usikker på”.*

## **6.3 RESSURSER**

Det er gitt masse ressurser til kreftforskning. Det forskes mye på kreftsykdom generelt og det er positivt siden dette er sykdom som rammer og berører svært mange. *”Rundt brystkreft er det mye kunnskap”.* Hvilke ressurser man besitter når man rammes av alvorlig sykdom, kan ha mye å si for hvordan det blir å leve videre med sykdommen.

### **6.3.1 Åpenhet om sykdommen**

*”Brystkreft er en diagnose det kan snakkes om i motsetning til enkelte andre kreftsykdommer som er mer tabubelagt å snakke om”.* Brystkreftforeningen har gjort seg synlige blant annet gjennom rosa sløyfe aksjonen, og det kan være en av årsakene til at det ikke er så vanskelig å snakke om denne sykdommen. Kvinner er kanskje mer verbale enn menn og setter mer ord på hvordan de har det. Å verbalisere hvordan man har det kan være en viktig ressurs i en slik situasjon. *”En kan ikke bare dele inn i kjønn, men sånn generelt opplever jeg at kvinner har lettere for å sette ord på tanker og følelser”.* Hvor åpen hver enkelt er i forhold til å fortelle om egen sykdom, handler kanskje om hvilken mennesketype man er, og hvilken tradisjon man har for åpenhet. *”Jeg tror på dette med å sette ord på, jeg tror ikke de som biter det i seg og har et stålpanser av forsvarsmekanismer, har det så bra”.*

### 6.3.2 Å ha noe utenfor seg selv

Det kan være meningsfullt for kvinnene å ha noe utenom sykdommen som fyller livet med innhold. Behandlingen fyller mye av tiden i perioder, og overskuddet kan være minimalt til å gjøre andre ting. Å kunne ha noe annet enn sykdommen er allikevel viktig.

*”Jeg opplever at kvinnene er veldig kreative, de orker kanskje ikke å lese så lenge av gangen, men de strikker sokker og driver med kuryfletting”.*

For enkelte kan det å være på jobben fungere som en frisone. Under behandlingen møter man sykdommen, og det dreier seg mye om den. *”Veldig viktig at de har noe annet enn seg selv, unger eller hva som helst. Det må være noe annet”.* Det er en ressurs å ha noe utenfor seg selv for eksempel en hobby som gir livet mening og fyller dagene med innhold, men det betyr også mye for mestringen av situasjonen å ha noen rundt seg.

### 6.3.3 Nettverk som gir støtte

Nettverk er en viktig ressurs for kvinnene. Det kan for eksempel være en god venninne eller noen i familien. Det betyr noe å ha noen som ”heier” på deg og støtter deg igjennom livskrisen. Innenfor denne pasientgruppen dreier det seg mye om familien og de nære rundt. *Nettverk har mye å si, hvem du har rundt deg som støtter deg, har veldig mye å si for hvordan du mestrer”.* Enkelte kan være vant til å klare seg selv, og har lite nettverk. *”Jeg synes mest synd på de som er helt alene og som har lite nettverk og kanskje bare har hundene sine”.* De som er ensomme eller single, kan være vant til å greie seg selv og det kan bli en overgang å motta omsorg.

At andre mennesker vet hva man går igjennom kan være til hjelp og støtte i en vanskelig periode av livet. Barnehageansatte og lærere kan gi ekstra støtte til barnet i en familie hvor man vet at familien har det vanskelig. Åpenhet om dette til de andre barna kan kanskje også bidra til at barnet og familien føler seg ivaretatt.

*”De fleste vil nok oppleve at livet blir lettere å leve når folk rundt vet, samtidig kan det være en belastning at folk bryr seg uten egentlig å bry seg”.*

## 6.4 RELASJONER

Relasjoner er viktig og kan gi styrke under et langt sykdomsløp. Lang behandlingstid kan gjøre at forholdet og relasjonene til folk du vanligvis omgir deg med, plutselig blir langt unna, og andre relasjoner blir viktige. *”De relasjonene som har vært viktig for deg, blir kanskje litt mer på avstand, og du bygger nye som du er mer avhengig av”*. Selv om den brystkreftrammede kan ha mange rundt seg, kan hun oppleve å føle seg ensom. En opplevelse av å være alene om å ”eie” sykdommen. Mye rundt sykdomsopplevelsen kan deles med andre, men ikke alt.

### 6.4.1 Fellesskap med andre brystkreftrammede

Felleskap med andre som opplever eller går igjennom det samme kan bety mye for kvinner som rammes av brystkreft. *”Jeg rett og slett tar av meg hatten for hvor gode de er mot hverandre, oppmuntrer og tar vare på hverandre”*. Fellesskap med en likemann kan oppleves positivt for mange, men enkelte ønsker det ikke. *”Enkelte er så ”fed up” av kreft og kreftbehandling at de tenker at jeg orker ikke å forholde meg til noen andre i dette her i det hele tatt”*. Det kan allikevel etter en tid komme et behov for å søke seg til slike fellesskap. *”Kanskje å få litt påfyll i forhold til kunnskap om sin egen situasjon”*.

Kvinnene kan møte hverandre gjennom kreftforeningen eller de knytter kontakt med hverandre på andre måter. *”De klarer selv å spore opp hverandre på venterommet, uten at vi sier noe, og de får ofte nære relasjoner”*. Når man er inneliggende på sykehus, kan det komme en ”likemann” å snakke med kvinnen og fortelle om sine erfaringer. Pasienten bestemmer selv om hun ønsker et slikt besøk. *”Pasientene opplever likemannsarbeidet som positivt, og de er jo drilla på hva de skal si og ikke si”*. For enkelte kan det være skummelt å møte noen i samme situasjon, for det er lett å sammenlikne seg med andre for eksempel i forhold til hvilken behandling hver enkelt mottar.

*”Den behandlingen du får, er individuell for deg. Om den ene får tre felt og den andre fem så er det like god behandling, det er bare at anatomien er forskjellig på alle”*. Andre faktorer som avgjør behandlingen er alder, svulststørrelse og svulstens beliggenhet.

*”Brystkreft er altså så mange forskjellige sykdommer at du må ikke sammenlikne deg med noen”. Fellesskap med andre kan også være frisoner hvor andre ting er like naturlig å snakke om som sykdommen, men de har en støtte i hverandre siden de deler felles skjebne.*

#### **6.4.2 Samliv**

*”Det er kjempeviktig dette med å tørre å prate litt om samlivet, og det er kjempeviktig å få til det med begge parter”.*

Å få et parforhold til å fungere som før kan være en krevende prosess, og det kan det være flere årsaker til. Kvinnene kan oppleve intimitet som vanskelig både på grunn av kroppslige endringer fysisk, men også mentalt. Behandlingen kan ha påvirket kroppsfunksjoner slik at samleie kan være direkte smertefullt å gjennomføre. Behandlingen tar på kreftene, og fokuset på samlivet kan naturlig falle i bakgrunn. Det trenger ikke bety at kvinnene har mistet lyst på partneren sin, men at det skyldes fysiske årsaker.

*”Jeg opplever noen ganger at kvinner snakker om at de ikke har noe seksualliv, at det er helt avstengt i forhold til partneren”.*

Mannen kan oppleve det som vanskelig at kvinnen mangler bryst, og en av intervjupersonene har opplevd å måtte ”tvinge” mannen til å se og ta på kona si igjen. Mannen fikk i ”hjemmelekse” å se og ta på kona. Det er klart at når mannen får slike reaksjoner i forhold til konas kroppsforandring, så gjør det også noe med den som opplever avvisningen. Det er ikke bare mannen som kan oppleve det vanskelig å få samlivet til å fungere. Kvinnene kan slite med å se på seg selv som attraktive, og dermed avvise mannen. Parforhold er like forskjellige som menneskene i dem, men informasjon om samliv kan bidra til at det blir mindre problemer rundt det.

Det kan være en trygghet å være i et stabilt parforhold når man rammes av en alvorlig sykdom som brystkreft, men ikke alle er i faste forhold. Noen er i en fase av livet hvor de skal etablere seg på nytt etter skilsmisse eller samlivsbrudd, og det kan oppleves tøft å finne seg en ny partner. *”De som er alene vil ikke gå ut på byen, for de føler at kroppen ikke er brukbar”.*



## 6.5 MØTE

*”Pasienter og pårørende setter veldig pris på at helsepersonell har vanlig folkeskikk, og da kan en lure litt på hvordan det står til i helsevesenet, når dette blir nevnt...”*

Helsepersonell som har sitt arbeid innenfor kreftomsorgen møter mennesker i en sårbar livsfase. Den brystkreftrammede skal ofte igjennom en lang behandlingsperiode, og vil ha hyppig kontakt med helsepersonell. Det betyr mye hvordan pasienten og pårørende opplever seg møtt av helsepersonell gjennom et langt sykdomsløp. Den brystkreftrammede møter helsepersonell gjennom ulike faser av sykdommen. Den første tiden etter diagnosen er stilt kan ofte oppleves som kaotisk, og inntrykkene er mange. *”Veldig følsom og åpen i en sånn situasjon, du tar inn så mye, du tar inn alt, altså”*. Helsepersonell bør tenke igjennom egen væremåte, men også reflektere over det estetiske, ikke bare når det gjelder omgivelser, men også eget ytre. *”Noen ser ut som et parfymeri når de skal møte en pasient, og det passer ikke”*. Det passer ikke å se ut som et ”parfymeri” i møte med alvorlig syke både av hygieniske hensyn, men også av hensyn til at dette er mennesker som er i en livssituasjon, hvor de er ekstra utsatte og vare for slike inntrykk.

Opplever pasienten at systemet ivaretar henne ved at hun følges opp og kalles inn til kontroller, bidrar dette til å skape trygghet. Enkelte opplever allikevel at opplegget knyttet til behandling og innkalling til kontroller kan svikte. Pasienten selv må være den som må etterspørre og lage avtaler. Blir man ikke fanget opp og ivaretatt, kan det gå ut over trygghetsfølelsen og skape uforutsigbarhet. Man er allerede satt i en sårbar situasjon som i seg selv for de fleste kjennes utrygg. At helsepersonell er bevisst på å se og fange opp pasienten og pårørende, kan bidra til å gjøre hverdagen litt enklere for de det gjelder. For å få til gode møter mellom helsepersonell og den brystkreftrammede er det flere forhold intervjupersonene vektlegger, disse presenteres senere i dette kapittelet.

*”Jeg tror dette med å bli tatt hånd om fra dag en, er kjempeviktig, at det ikke blir unødvendig lekkasje av krefter og redsel og sånne ting”*.

### 6.5.1 Møte mennesket der det er

*”Alle står seg selv nærmest, og for dem er det helt jævlig der og da å ha fått denne beskjeden, og det handler om å tørre å være tilstede i situasjonen”.*

Alle intervjupersonene vektlegger betydningen av å møte den andre, pasienten, der hun er. Det handler om å være var og finne ut hva den andres behov er i den aktuelle situasjonen hun befinner seg i her og nå. Ofte er helsepersonell raske med å ville gi informasjon og råd slik at det går ut over å finne ut hva som egentlig opptar den andre. *”Jeg kan ikke gå foran å dra, og jeg kan ikke gå bak å skubbe”.* For å kunne møte mennesket der det er, er det viktig at helsepersonell er lydhøre og lytter. Det handler om å tørre og stille seg åpen for hvor pasienten er i prosessen. Man kan ofte forundres over hvor mennesker henter krefter fra i en vanskelig livssituasjon, og det er viktig å motivere kvinnene til å ta i bruk disse kreftene. *”Jeg er imponert over pasientgruppen, og jeg føler at de greier å mestre dette ved hjelp av egne ressurser”.* Skal man jobbe i kreftomsorgen og møte pasienter, er det viktig å være interessert i mennesker, være engasjert og nysgjerrig. *”Det kan ikke bare være en rutinejobb”.*

### 6.5.2 Helhet

Livet kan preges av mye alvor i et liv med brystkreft. Det kan gå på bekostning av det som fortsatt er friskt. Hele mennesket består ikke av kreftsykdommen. En buffer mot alt Alvoret kan være å ta i bruk humor. Dette må selvfølgelig utøves på pasientens premisser, men kan til gjengjeld dersom den brukes med omhu, bidra til å synliggjøre den friske delen av mennesket. *”Jeg tror det er veldig viktig å få en pause i fra alt Alvoret”.* I en travel sykehus-hverdag kan det som helsepersonell være viktig å ikke glemme det ”friske rommet”, og ivareta den delen av kvinnene også, ikke la den syke delen overskygge det som fortsatt er friskt i pasientene. En brystkreftrammet hadde selv poengtert til en intervjuperson: *”Det er ingen som spør etter annet enn den sykdommen”.*

Det kan være lett å fokusere på eget arbeidsområde og glemme at mennesket består av mer enn den fysiske delen.

*”Så må jeg bare tenke, å gud, hadde hun pupp eller ikke? Det blir så hverdagslig for oss. Det er litt skummelt det også, nei, vi må se helhet, det er viktig”.*

*”Psykologer har lang utdanning når det gjelder det mentale og psykiske i kroppen, men hvor er de når det oppstår krise som omhandler den fysiske kroppen?”*

I et stadig mer krevende helsevesen hvor tempo og økonomiske innsparinger dominerer hverdagen, kan helhetstenkningen lett bli borte. Straks pasienten forlater denne avdelingen, er det en annen avdeling som tar over. *”Når pasienten går inn døra og ut på neste avdeling, så er det ikke samhandling”*. Det er viktig med samhandling, flere brikker sammen er sterkere enn en alene. Samhandling som fungerer, gjør det mindre sårbart for pasientene.

#### **6.5.4 Håp**

For brystkreftrammede knyttes det håp til å overleve. *”Den første samtalen synes jeg handler mye om å stable håpet på beina”*. Ved at helsepersonell er flinke til å se på muligheter fremfor begrensninger og skisserer opp at det finnes flere muligheter, gir kvinnene håp. Det styrker håpet å vite at man har muligheter.

*”Håp er det siste vi oppgir”*.

Brystkreftrammede er en pasientgruppe hvor det er snakk om kurativ behandling, og det ligger mye håp i det. Det finnes allikevel pasienter det ikke går bra med, og da må kanskje håpet dreie seg om best mulig livskvalitet her og nå. Pasienten selv kan være den som er flinkest til å formidle håpet til familien og de nære rundt. En pasient med dårlig prognose kan ha behov for å planlegge fremtiden selv om hun vet at hun kanskje ikke vil leve så lenge. Håpet kan inneholde en slik dobbelhet.

*”De vet at de skal dø om en uke, men de kan ikke bare være der i tankene, de må ha noe å håpe på, derfor planlegger de bursdager og ferier som om de skulle leve i fem år til”*. Klarer helsepersonell å formidle håp, gir det pasientene mye styrke.

Mange leter etter å finne en mening med å ha blitt rammet av en sykdom som brystkreft. Men det er ikke alt som har noen mening. *”Å rammes av kreft er super uheldig”*. Allikevel er det enkelte som opplever det å få en kreftdiagnose ikke som meningsfullt i seg selv, men at det tilfører livet en meningsfull endring. Livet tar en u- sving, og det kan se mørkt ut, men livskrisen kan allikevel ha tilført nye muligheter.

## 7.0 DISKUSJON

Kapittel 7.1 starter med refleksjoner tilknyttet aktuelle sider ved utøvelse av den kvalitative forskningsmetoden. I kapittel 7.2 drøftes studiens resultater opp i mot tidligere forskning, samt valgt teori om kriser, identitet og salutogenese. Kapittel 8.0 inneholder konklusjon og anbefalinger for videre forskning på området.

### 7.1 METODISKE REFLEKSJONER

*"I nordisk sammenheng har det kvalitative forskningsintervjuet etter hvert blitt en hyppig anvendt metode for å nærme seg bestemte fenomener i personers livsverden"* (Hummelvoll & Barbosa da Silva, 1996:25).

Kunne jeg ha fått de samme resultatene ved å ta i bruk en annen forskningsmetode? Etter min vurdering synes jeg metoden var vel egnet ut i fra forskningsspørsmålene. Mitt ønske om å fange det praksisnære perspektiv ble gitt god plass ved bruk av denne metoden. Ved bruk av for eksempel spørreskjema ville trolig nyttig informasjon gått tapt.

Maktbalansen i en intervjusituasjon kan oppleves som asymmetrisk ved at forskeren kommer inn som "eksperten." I denne studien har jeg ikke opplevd denne balansen som forstyrrende. Helsepersonellet som ble intervjuet var eksperter på sitt felt, og dette bidro til å utligne asymmetrien og maktbalansen. Intervjuene foregikk på intervjupersonenes arbeidsplasser, og det var jeg som forsker, som kom inn på deres arena. Det var en helt ny erfaring for meg å være i rollen som forsker. Det var allikevel noe velkjent og trygt over denne rollen. Gjennom mitt yrke som sykepleier møter jeg ofte nye folk, og er derfor vant til å kommunisere med forskjellige mennesker. Dette bidro til at jeg selv som nybegynner i forskerrollen, følte intervjusituasjonen som komfortabel. Under transkribering av intervjuene ble jeg godt kjent med egen intervjustil, og den ble bedre og mer presis, ettersom jeg fikk erfaring fra å intervjuer.

Jeg har reflektert rundt intervju-effekten, og hvordan den kan ha påvirket resultatene i studien. Helsepersonellet som ble intervjuet, kan ha latt seg påvirke av min rolle som psykiatrisk sykepleier slik at det har gjort noe med hva de har valgt å trekke frem under intervjuene.

Helsepersonellet jeg har intervjuet, har vært en verbalt sterk gruppe. En årsak til dette kan være at de opplevde forskningsspørsmålene som engasjerende. Utvalget bestod hovedsakelig av kvinner, og de er ofte verbale. Å holde fokus på temaene i intervjuguiden utfordret meg, og i ettertid ser jeg at det kunne vært nyttig å ha fulgt rekkefølgen i intervjuguiden litt mer presist. Det ville ha lettet transkripsjonsprosessen. Målet med å få til et semistrukturert intervju ble oppnådd ved at det foregikk mer som en samtale, men med en viss retning i form av en intervjuguide. Jeg frigjorde meg fra guiden ved å følge opp nye spor intervjupersonene brakte på banen. Helsepersonell fikk utdelt spørsmålene i intervjuguiden, men valgte for det meste å samtale fritt, men med et vist fokus på aktuelle tema i guiden. Lydbåndopptakene ga gode opptak, og det var lett å høre hva hver enkelt sa. Transkriberingsprosessen var tidkrevende, men nyttig siden den ga innsikt i både intervjustil og god kjennskap til materialet.

I denne studien har helsepersonell snakket ut i fra sine erfaringer i møte med brystkreftrammede. Å forske i livsverden til den som selv er rammet av sykdommen ville kanskje ha gitt andre resultater. Det oppstår en større distanse fra å snakke om en sykdom enn fra fysisk og mentalt kjenne den på kroppen. Det har allikevel vært nyttig og interessant å synliggjøre helsepersonellserfaringer. Erfaringene er hentet fra forskjellige instanser som møter de brystkreftrammede i ulike stadier av sykdommen. Jeg tror ikke det hadde oppstått veldig mye nytt på resultatfronten dersom jeg hadde valgt å intervju flere. Poenget med utvalget var ikke at helsepersonell skulle ha ulik yrkesbakgrunn, men at de skulle møte brystkreftrammede fra ulike steder i behandlingsapparatet. Det ville styrket studiens validitet om brystkreftrammede ble stilt de samme spørsmålene, og at resultatene deres hadde vært sammenfallende med resultatene fra intervjuene med helsepersonellet.

### **7.1.1 Validitet**

Validitet og reliabilitet omhandler forhold knyttet til studiens relevans og pålitelighet. *"Validitet handler om relevans eller gyldighet"* (Larsen, 2007:80). Det hevdes at det kan være lettere å sikre validitet gjennom kvalitative metoder enn ved kvantitative. I denne studien ble det stilt oppfølgingsspørsmål for å sikre at jeg som forsker forsto innholdet i det intervjupersonen brakte på banen. Det samme gjorde intervjupersonen dersom noe var uklart. Denne intersubjektive valideringen bidro til å oppklare mulige misforståelser eller kommunikasjonsproblemer slik at det aktuelle innholdet ble gjengitt slik partene mente det. Man har da mulighet til å følge tråden videre i intervjuet, dersom det dukker opp andre

relevante temaer som kan være viktige i besvarelse av problemstillingen. Intervjupersonene kan snakke fritt og bringe på banen ting de selv anser som viktig. Dette kan bidra til flere forklaringsmåter. Spørsmålene som stilles, kan også endres underveis, og denne fleksible prosessen kan bidra til å øke validiteten i denne studien (Larsen, 2007).

Alle intervjupersonene fikk tilsendt resultatene fra kapittel 6. på e-post hvor de fikk mulighet til å validere resultatene og gi en tilbakemelding. Dette bidrar til å fremme studiens intersubjektive validitet. Studiens relevans anser jeg som viktig siden brystkreft er en sykdom som rammer mange. Forskning som har til hensikt å bedre forhold og livskvalitet for denne pasientgruppen, anser jeg som nyttig.

### 7.1.2 Reliabilitet

*”Reliabilitet viser til nøyaktighet eller pålitelighet”* (Larsen, 2007:80). Har jeg som forsker vært nøyaktig nok og pålitelig i forskningsprosessen? Det hadde helt klart styrket reliabiliteten om vi hadde vært flere forskere som jobbet sammen i denne studien. Andre forskere kunne ha fanget opp viktige elementer jeg ikke hadde fått med meg, eller de kunne bidratt med andre perspektiver som igjen ville ha beriket studien. Det ville ha styrket påliteligheten om flere forskere ved bruk av samme metode kom frem til de samme resultatene.

*”Mens det er ønskelig med en høy reliabilitet av intervjufunnene for å motvirke en vilkårlig subjektivitet, kan en for sterk fokusering på reliabilitet motvirke kreativ tenkning og variasjon”* (Kvale & Brinkmann, 2009:250).

Kreativ tenkning og motivasjon har i henhold til Kvale og Brinkmann (2009) bedre betingelser når personlig intervjustil, improvisasjoner og fornemmelser gis plass. Jeg som forsker alene under prosessen har allikevel som mål å ha utført den planlagte forskningsprosessen så nøyaktig og pålitelig som mulig. Dette ved at jeg gjennom hele prosessen følger etiske retningslinjer vedrørende forskningspraksis.

*”Forskeren kan forebygge slik at reliabiliteten blir høyest mulig, nettopp ved å være nøyaktig i behandlingen av data”* (Larsen, 2007:81).

Flere faktorer kan forstyrre reliabiliteten i kvalitative undersøkelser. Forskeren kan påvirke intervjusituasjonen, og dette kan gå ut over intervjupersonenes svar. Selve intervjusituasjonen kan også påvirke svarene. Går man tilbake ved en senere anledning og stiller de

samme spørsmålene, kan man risikere å få andre svar. Stiller en annen forsker de samme spørsmålene, kan det også oppstå endringer (Larsen, 2007).

## **7.2 DISKUSJON AV STUDIENS FUNN**

I studien har ikke målet vært naturvitenskapens fokus på årsaksforklaringer. Det er heller søkt etter å få en forståelse av det individuelle og unike ved kvinner rammet av brystkreft, sett fra helsepersonells ståsted. For å få til dette har det hermeneutiske og fenomenologiske perspektivet vært ideal-tilnærming i alle ledd gjennom forskningsprosessen (Hummelvoll & Barbosa Da Silva, 1996).

Studiens resultater viser at kvinner med brystkreft er en ressurssterk gruppe på mange områder. De er ofte i en ressurssterk alder hvor de utfører samfunnsnyttige oppgaver. De er i tillegg ofte mødre, bestemødre og partnere. Selv om kvinnene er i besittelse av ulike ressurser, vil det kunne oppleves som en skremmende og ukjent "reise" å være rammet av brystkreft. I møte med den brystkreftrammede er det viktig at helsepersonell tar i bruk pasientenes iboende ressurser ved at de ser hvert individ bak sykdommen.

Kanskje er det selve systemet som "drukner" menneskene bak sykdommen og forhindrer oss i å se individene? Det kan være krevende å skulle forene profesjonalitet og medmenneskelighet på en travel sykehusavdeling, men det må ikke bli en unnskyldning. Det koster så lite å være imøtekommende. Denne studien omhandler mennesker som befinner seg i en sårbar livssituasjon. En intervjuperson sa at å jobbe i kreftomsorgen kan ikke bare være en rutinejobb. Dette arbeidet krever noe mer.

### **7.2.1 Bedringsprosesser sett i lys av en salutogen tilnærming**

*"Inviterer vi til samtale, må vi også ha tid til å lytte. Denne tiden er sannsynligvis vel anvendt og helsefremmende ressursbruk på litt sikt. Kreftpasientens liv og eksistens er truet. Gi dem tid, det er en viktig del av omsorgen!" (Bøhn, 2000:47).*

Den patogenetiske orienteringen har lange tradisjoner innen for vestlig tenkning (Antonovsky, 1996). Ved søk i norske leksikon på internett får man treff på patogenese, men ikke på salutogenese. Det sier noe om de tunge tradisjonene for denne tenkningen, og at den i 2010 fortsatt dominerer. Hva ligger det imidlertid av bedringsprosesser i slik tenkning?

Patogenesen bidrar med kunnskap om sykelige prosesser som for eksempel hvordan en sykdom utvikler seg, og sykdomsfremkallende faktorer. Det er viktig å vite hvilken sykdom som "herjer" i kroppen, og hvordan den påvirker individene som rammes. For å håndtere det daglige livet som brystkreftrammet er det imidlertid andre faktorer som er like viktige for å fremme bedring som kunnskapen om patogene faktorer. *"Teorien om salutogenese definerer helse som et kontinuum og søker etter faktorer som skaper en høyere grad av helse"* (Langeland, 2009:289). Salutogen tenkning er mer opptatt av hva som bidrar til å holde oss friske. Når brystkreftdiagnosen, eller annen sykdom, er konstatert, vil en salutogen tilnærming kunne bidra til å fremme fokuset på det som fortsatt er friskt og på de faktorene som bidrar positivt på veien til bedre helse. Ikke alle blir friske av en brystkreftdiagnose, men målet er allikevel å oppnå best mulig livskvalitet ut i fra situasjonen her og nå uavhengig av hvor i kontinuumet kvinnen befinner seg. *"Det er nødvendig å oppleve tilstedeværelse av salutogene faktorer for å oppnå trivsel og livskvalitet"* (Langeland, 2009:293).

For å fremme brystkreftrammedes bedringsprosesser kan det være hensiktsmessig å ha kunnskaper om Antonovskys teori om opplevelse av sammenheng (SOC), og ta den i bruk i møte med kvinnene. I Antonovskys tenkning hevdes det at en opplevelse av sammenheng i tilværelsen kan styrke helsen og på den måten bidra til bedringsprosesser. Men hvordan kan den salutogene tenkningen bli noe praktisk og ikke bare nok en teori om idealer som ikke kan nyttiggjøres i den praktiske hverdagen? Helsepersonell kan fremme brystkreftrammedes opplevelse av sammenheng ved å fremme kvinnes forståelse, håndterbarhet og opplevelse av mening. Hver kvinne som rammes av brystkreft, er unik, men behovet for sammenheng i tilværelsen er den samme. Behovet for sammenheng blir kanskje ekstra viktig i et liv hvor eksistensen trues av alvorlig sykdom. Fremmes opplevelsen av sammenheng, kan det bidra positivt på veien til kvinnes bedring og opplevelse av trygghet i en vanskelig livssituasjon. Helsepersonell alene kan ikke bidra til å skape opplevelse av sammenheng, men ved å ta i bruk kvinnes ressurser og iboende krefter, kan de jobbe i fellesskap for å styrke den.

Hvordan kan helsepersonell bidra til fremme komponentene i (SOC) som omhandler forståelse, håndterbarhet og meningsfylthet? Resultatene fra denne studien viser at informasjon er viktig. Informasjon som er tilpasset den brystkreftrammede ut i fra hennes spesifikke situasjon og som gis på en respektfull måte, vil trolig bidra til å øke forståelsen, knyttet til forhold som omhandler å leve et så godt liv som mulig med brystkreftdiagnosen. En utfordring for kvinnen er i følge intervjupersonene å håndtere ventetiden. Dette er tid som



preges av mye usikkerhet. Ventetiden blir preget av usikkerhet i forhold til behandling, kontroller og tanker om fremtiden. Helsepersonell skal ikke ta vekk usikkerheten da den er en naturlig og sunn reaksjon på en belastende livssituasjon som kreftsyk. Men helsepersonell kan bidra til å fremme håndterbarheten ved å sørge for god oppfølging gjennom alle fasene av sykdommen.

Helsepersonells oppgave er å sørge for å fange opp kvinnene og løse dem trygt igjennom alle ledd i behandlingsskjeden. På den måten fremmes trygghet i den delen som kan og bør være forutsigbar. Sykdommen og dens progresjon rår man ikke over, men god oppfølging av kvinnene er noe man kan gjøre noe med, og som man rår over. Er dette tatt hånd om fra kvinnenens første møte med helsevesenet, vil det lette noe av belastningen sykdommen kan medføre samt gjøre situasjonen litt mer håndterbar for dem det gjelder. Er oppfølgingen god, slipper kvinnene å bruke krefter på det, og kan bruke sin energi på andre ting.

En viktig motstandsressurs ligger i å inkludere kvinnenens nettverk. Resultater fra studien fremhever betydningen av et nettverk som kan gi støtte. *”Kvaliteten på sosial støtte er for eksempel definert som en avgjørende mestringsressurs for en positiv utvikling av SOC”* (Langeland, 2009:293). I følge Langeland (2009) er det viktig å få støtte fra nettverket, men det er også viktig å kunne gi omsorg og oppleve sosial integrasjon. Mange av kvinnene har barn de yter omsorg for, og greier kanskje ikke yte omsorg slik de ønsker når sykdom og behandling krever det meste av kreftene. Det poengteres i studien at det er viktig å inkludere familien. Barna kan være med mor på behandling og se hva hun holder på med når hun er på sykehuset. Ikke alle som rammes av brystkreft, har et stort nettverk. Helsepersonells støtte og omsorg blir kanskje ekstra viktig i slike tilfeller. Enten man har mange i nettverket eller få, kan fellesskap med andre i samme situasjon oppleves som positivt, og de kan støtte hverandre. Fellesskap med andre hvor man kan gi og få omsorg, er positivt for den psykiske helsen (Granerud & Severinsson, 2006).

*”People who have a supportive social network recover faster from serious illness than those who do not have such a strong system of social support”* (Granerud og Severinsson jfr. Sanderson, 2006:289). Et viktig bidrag i bedringsprosessen vil være at helsepersonell jobber med å inkludere kvinnenens nettverk. I tilfeller hvor det nettverket er lite, bør det jobbes for å fremme det.

Slik flere av intervjupersonene i denne studien poengterte finns det ingen mening i å rammes av brystkreft. *”Å rammes av kreft er super uheldig”*. En motivasjon og et håp om å bli frisk kan bidra til å skape mening i en krevende livssituasjon. En av intervjupersonene sa det så fint at om helsepersonell greier å formidle håp, gir det pasientene mye styrke. Kanskje er det nettopp noe av denne styrken som skal til for å greie å finne mening i situasjonen som brystkreftrammet. At noen kan formidle kunnskaper om at det går an å håpe på helbredelse, vil kunne styrke håpet. Helsepersonell kan i sitt møte med de brystkreftrammede bevisst gå inn for å fremme komponentene som øker opplevelsen av sammenheng. Et viktig bidrag kan være å hjelpe pasienten til å søke etter positive mønstre for helsefremming (Langeland, 2009). Ved at helsepersonell ser muligheter fremfor ”umuligheter” kan det skape håp, og på den måten bidra til å fylle livet til den brystkreftrammede med mening og motivasjon.

*”En forutsetning for et møte i eksistensiell forstand er å ha sett og tatt innover seg livets tyngde og stadig velge å være i verden og å prøve å gi mulighetene form, å gi dem liv”* (Strand, 2004: 22).

### **7.2.2 Holisme som betydningsfull faktor**

*”Alle brikkene i et puslespill er nødvendige. En liten brikke kan være like viktig for helheten som den største brikken i spillet”*(Bøhn, 2000:109).

Studiens resultater fremhever betydningen av å møte de brystkreftrammede ut i fra et helhetssyn. En av intervjupersonene omtalte sin rolle på avdelingen som en ”buffer” mot alt det teknologiske, og hvor hennes oppgave var å ivareta de myke verdiene. Alle intervjupersonene virket opptatt av å se hele mennesket og ikke bare brystkreftpasienten. Helsepersonell kan fremme helhetstenkningen ved å fokusere på det som fortsatt er friskt, og på den måten ikke la sykdommen overskygge. Egen erfaring med somatisk sykdom gir ikke bare kroppen en fysisk ”trøkk”, men også de mentale sidene settes på hard prøve.

Helhetstenkningen handler om det fysiske, psykiske, sosiale og åndelige ved menneskelivet. Å rammes av brystkreft kan rokke ved alle delene. I denne oppgaven er det de psykiske aspektene ved bedringsprosessen ved brystkreft det rettes fokus mot. Det mentale som en intervjuperson fremhevet, kan allikevel ikke plukkes ut fra de andre delene, siden de psykiske sidene av å rammes av brystkreft er en bit som inngår i en helhet. Poenget er at skal

man få til bedringsprosesser, nytter det ikke bare å rette fokuset mot det psykiske. Fokuset må rettes mot helheten. Det har oppstått sykdom, og brystkreftdiagnosen er følgelig i sentrum når kvinnene kommer i kontakt med helsepersonell. Skal man kunne fremme den psykiske helsen, handler det om å se den brystkreftrammede ut i fra et helhetssyn. Helsepersonell som var med i denne studien, var alle opptatt av å se hele mennesket, og ikke bare redusere det til et objekt som trenger medisinsk behandling mot sin sykdom (Thornquist, 2009).

Et viktig fokus for å få til bedringsprosesser handler om å inkludere kvinnenes sosiale liv. Parforholdet er en viktig del av kvinnenes sosiale liv og partneren kan være en viktig støtte i bedringsprosessen. Intervjupersonene i denne studien fremhever samlivet som et viktig område å snakke om. Samliv og seksualitet må du berøre i oppgaven din, var det en intervjuperson som sa. Alle intervjupersonene kom inn på samlivet i løpet av de semistrukturerte samtalene. Samlivet kan havne i bakgrunn når kvinnene opplever kroppsforandringer og redusert overskudd. I følge forskningen til Landmark (2009) som har samtalen med kvinner med brystkreft, kan det være vanskelig for den brystkreftrammede å oppleve seg selv som attraktiv. Helsepersonell kan oppmuntre til å snakke om samlivet, komme med fagkunnskap, men viktigst av alt er å finne ut av hva som opptar paret med tanke på samlivet. Det handler om å tørre å gå inn på dette fordi det er en viktig bit av bedringsprosessen og for livet videre i parforholdet. Kanskje er det mannen som har problemer med å akseptere kvinnens forandrede kropp og som trenger ekstra støtte. Et eksempel er at helsepersonell ga mannen i "hjemmelekse" å se og ta på kona igjen. Forskning viser at åpen kommunikasjon mellom paret kan redusere angst og depresjon. Det at helsepersonell inviterer begge til å snakke åpent om samlivet og sider ved parforholdet som kan påvirkes av et liv med brystkreft, kan bidra til å fremme den mentale helsen (Mallinger et al., 2006).

En annen bit av helheten som i likhet med samlivet, kan være utfordrende for helsepersonell å snakke om, kan være de mer eksistensielle sidene ved å være rammet av brystkreft. Samliv og eksistensielle spørsmål er noe vi aldri kan bli flinke nok til å snakke om, var det en intervjuperson som sa. Helsepersonells eget forhold til eksistensielle spørsmål som for eksempel forholdet til egen død, kan gjøre det lettere å møte den brystkreftrammede på et reflektert nivå. Det helsepersonell ikke har tørt kjenne på selv, kan bli vanskelig å snakke om i møte med pasientene, og det kan igjen vanskeliggjøre kommunikasjonen vedrørende eksistensielle forhold. En brystkreftdiagnose er noe som truer eksistensen, og i følge

Landmark (2009) overgår viljen til liv alt. Denne viljen rommer håp, og det er som en intervjuperson så fint sa, det siste man oppgir. For å fremme bedring handler helsepersonells oppgave mye om å stable håpet på beina igjen.

### **7.2.3 Kunnskap om kriser i møte med brystkreftrammede**

I følge forskningen til Landmark (2009) gikk alle deltakerne i studien igjennom et emosjonelt kaos og opplevde brystkreftdiagnosen som en traumatisk krise. Kunnskap om betydningsfulle faktorer for å møte mennesker i krise, kan bety mye på veien gjennom krisens ulike stadier. For å fremme bedringsprosessen må man finne faktorer som kan utgjøre en positiv forskjell i den brystkreftrammedes liv. For å få til dette må helsepersonell først og fremst møte kvinnene der de er. Det vil si at helsepersonell må orientere seg om hvor den brystkreftrammede befinner seg i sin bearbeidelse av krisen som det å få en kreftdiagnose kan oppleves som. *"Intet menneske skulle leve gjennom livet innenfor buret i sitt eget hode uten mulighet til å slippe ut de ville dyrene. Når ordene låses inne, blir vi fanger"*(Bøhn, 2000, jf. Stone 1985:150). Funn fra studien trekker frem at brystkreftpasienter stort sett er en verbalt sterk pasientgruppe, og i en krisesituasjon kan det å sette ord på og være åpen om hvordan man har det, være en betydningsfull faktor på vei i bedringsprosessen.

Målet for krisehjelp er i følge Kringlen (2005) å støtte den rammede, samt å ta i bruk individets egne ressurser. Det er viktig at helsepersonell vet hvilke områder som omhandler grunnleggende behov, og som kan trues ved en krise. Disse handler i følge Hummelvoll (1997) om: behov for likevekt, følelse av å makte å tilfredsstille betydningsfulle mellommenneskelige relasjoner, behov for å strekke til, mestring av konflikter og en opplevelse av sammenheng og mening i tilværelsen.

For å få dekket disse overnevnte behovene tas iboende ressurser i bruk. Ved kriser tar mennesket i bruk iboende krefter, men støtte fra omgivelsene er også viktig i følge Hummelvoll (1997). Kvinner som rammes av brystkreft har ofte mye livserfaring, og de kan ha gått igjennom kriser tidligere i livet. Slike erfaringer kan komme til nytte og tjene som en ressurs i situasjonen som kreftsyk. De kan ha erfaring med å ha håndtert kriser fra før og følgelig ha tro på at de har en mulighet til å komme igjennom dette også.

Retterstøl og Opjordsmoen Ilnes (2008) hevder at tiden er en viktig behandlingsressurs, og kanskje den viktigste vi har. Helsepersonell som har sitt arbeid i kreftomsorgen, vil møte mennesker i krise, og det å ha tilstrekkelig med tid til å ivareta den kriserammede, kan bety en viktig forskjellig for den som rammes. Nettverket ellers kan også være avgjørende for et gunstig forløp og bearbeidelse av kriser. Håkonsen (2000) vektlegger flere forhold som er av betydning i møte med mennesker i krise: Det er viktig å vite at mennesket er i krise slik at de kan få hjelp og støtte fra omgivelsene. En viktig støtte gjennom en krise er å mobilisere et nettverk rundt den kriserammede. Nettverket kan bestå av venner, familie, likemenn og naboer. Tilstedeværelse og å lytte trekkes også frem som den beste hjelpen man kan yte i en krisesituasjon. Å lytte og å være en medvandrer i prosessen trekkes også frem av intervjupersonene i denne studien som en viktig egenskap.

Den som står i det sammen med den kriserammede, må også akseptere de emosjonelle reaksjonene som å tørre å være tilstede uten å bagatellisere den kriserammedes reaksjoner. Helsepersonell kan bidra til å normalisere reaksjonene ved å fremheve at det er normalt å oppleve forskjellige følelser i en slik situasjon. Helsepersonell kan når tiden er moden for det, hjelpe den kriserammede til å se nye løsninger og muligheter i situasjonen.

I følge Hummelvoll (1997) kan kriser inneholde en dobbelhet. Intervjupersonene i denne studien beskrev denne dobbeltheten i møte med brystkreftpasientene. De fortalte om kvinner som hadde mange rundt seg og som støttet dem, men som allikevel opplevde en ensomhetsfølelse knyttet til å være rammet av brystkreft. Et annet eksempel fra en av intervjupersonene illustrerer også en slik dobbelhet hvor kvinnene på den ene siden kunne oppleve mening i å være brystkreftrammet ved at livet tvinges inn i et nytt spor som tilfører nye muligheter, men på den andre siden oppleve kaos og en tilværelse preget av mye usikkerhet og bekymringer.

(Svensson et al 2009) hevder i sin forskning at kvinnene reagerte med tristhet, skuffelse, angst og bekymring for fremtiden ved beskjed om at brystkreften hadde progrediert. Dette er sunne og naturlige følelser i en slik situasjon.

Fasene i en krise trenger ikke følge Kringelens (2008) rekkefølge i en situasjonskrise, men det er vanlig at man er innom alle fasene. Kvinnene i (Svenssons et al 2009) studien reagerte etter en tid med å akseptere situasjonen. Aksepterer man sin situasjon, har man trolig kommet et godt stykke på vei i bearbeidelsesprosessen av krisen. Sitatet nedenfor poengterer

at kriser er individuelle prosesser, og at den beste krisehjelpen består i å mobilisere den kriserammedes egne ressurser. Dette er en betydningsfull faktor i bedringsprosessen.

*”De beste løsningene på en krise er som regel de som individet selv kommer frem til, selv om dette kan ta noe tid”* Håkonsen (2000:308).

#### **7.2.4 Identitetens betydning i bedringsprosessen**

Opplevelsen av egen identitet kan trues ved en sykdom som brystkreft. Både det fysiske og personlige selvet kan rammes. Hvordan kan helsepersonell imidlertid bidra til å fremme bedringsprosesser når det gjelder kvinnenes opplevelse av egen identitet? Det finns ingen fasit svar på dette spørsmålet. Mennesker, som i denne studien omhandler kvinner med brystkreft, er alle forskjellige individer med ulik opplevelse av hvem de er, og hva som er deres identitet. Denne kompleksiteten kom frem i intervjuene og gjenspeilet intervjupersonenes profesjonelle livsverden når vi snakket om kroppsendringer ved brystkreft. Enkelte av kvinnene bryr seg tilsynelatende mindre om endringene, mens andre synes det er helt forferdelig. Disse reaksjonene handler nok mye om hvem kvinnen var før hun fikk diagnosen. Et stabilt forhold både i den fysiske og personlige identiteten vil trolig kunne gjøre opplevelsen av kroppsendring litt mindre traumatisk, siden selvaktelsen da gjerne også trolig er høyere (Hummelvoll, 1997).

En intervjuperson sa at hun tidligere som ”fersk” i kreftomsorgen, hadde forsøkt å bagatellisere det å miste håret med å si til pasientene at det er det minste problemet, for det kommer tilbake igjen. Det sier hun ikke til pasientene lengre, for med årene har hun endret syn på dette og erfart at det er kjempetraumatisk for den det gjelder, selv om håret kommer tilbake. Intervjupersonen tror hårtap kan assosieres med å se sin egen dødningskalle i speilet.

Svaret på hvordan helsepersonell kan fremme kvinnenes opplevelse av identitet ligger nok mye i hvordan kvinnene blir møtt. Å møte den brystkreftrammede der hun er, anses som en betydningsfull faktor blant intervjupersonene. Det handler i følge intervjupersonene om å stille seg åpen og tørre å lytte fremfor å skyte inn masse råd. Ved at helsepersonell blir en medvandrer og verken skubber eller drar kvinnene inn i prosesser de ikke er klare for, men bistår kvinnene ut i fra deres tempo, kan bedringsprosesser slå rot. Det betyr ikke at helsepersonell ikke skal gi av sin fagkunnskap, men at de er lydhøre for kvinnenes behov.

Fatigue er et fenomen som mange av brystkreftrammede sliter med både fysisk og psykisk. Kreftbehandlingen har ”kostet” for å referere en av intervjupersonene, det har tært på kreftene. Fatigue kan påvirke opplevelsen av både den personlige og fysiske identiteten ved at kvinnene føler seg utmattet. Slitenheten som er karakteristisk for fatigue, kan prege det personlige selvet ved at kvinnene opplever mentalt redusert overskudd. Dette kan resultere i mye dårlig samvittighet over ting man ikke orker å ta del i slik som tidligere. Det moralske selv kan komme inn som dommer og ofte være streng. I følge Hummelvoll(1997) opplever gjerne personen skyld som en følge av dommen over egen utilstrekkelighet. Samfunnet med dets idealer om at kvinnen er i full jobb og skal beherske familielivet like fullt, kan være en vanskelig kombinasjon å leve opptil når sykdommen krever sitt. Ideal – selvet er da også påvirket av forhold som kultur, sosiale forventninger og samfunnets idealer. Brystkreft kan føre til store kroppslige forandringer, og dette vil gjøre noe med det fysiske selvet og forholdet kvinnene har til sin egen kropp.

*”Når deler av det fysiske selvet blir berørt av tap, for eksempel av en lemsdel, eller når kroppen ikke funksjonerer som den skal, kan selvbildet slå alvorlige sprekker. Det vil da være behov for å reorientere det fysiske selvet og finne andre måter å erstatte den tapte funksjonen på” (Hummelvoll, 1997:84).*

En viktig oppgave for helsepersonell som møter brystkreftrammede, blir å jobbe med å fremme selvaktelsen til kvinnene. For jo mer kvinnen greier å godta og like kroppen sin, desto mindre angst vil hun oppleve. Å skape et godt forhold til egen kropp etter å ha mistet håret og fjernet bryst er en prosess som tar tid. Det er allikevel viktig å jobbe med kvinnene for å gjenoppta og skape et godt forhold til egen kropp da dette er avgjørende for selvaktelsen. Opplevelsen av eget verd, selvaktelse, springer ut fra både individet selv, men også fra andre. Selvaktelsen vil kunne reduseres dersom man opplever mangel på respekt eller tap av å være elsket (Hummelvoll, 1997). Det er ikke vanskelig å forestille seg at når ektemannen ikke lengre orker å ta på kona på grunn av kroppsforandringer, at det kan gå på selvaktelsen løs. For å få til bedringsprosesser i samlivet er det en forutsetning at helsepersonell setter fokuset på det og tar temaet opp i samtalen.

Vil en kreftdiagnose bli en del av kvinnenens identitet? Helsepersonell i denne studien poengterer betydningen av å møte kvinnene som noe mer en ei kvinne med brystkreft. Det bidrar til å sette fokus på det som fortsatt er friskt, og det vil påvirke kvinnene og hvordan de oppfatter seg selv. Å gi plass til det friske ”rommet” trekkes frem som en viktig faktor. En

intervjuperson fortalte at hun hadde møtt pasienter som ønsket at de skulle være mer interessert i forhold som ikke handlet om sykdommen. Humor kan også fungere som en slik ”buffer” mot alt det som er alvorlig og gi et frikvarter fra det som er vanskelig. Friske fokus og humor brukt på kvinnenens premisser vil kunne ivareta deler av selvaktelsen som formes av andre, som i denne studiens fokus er helsepersonell.

Samfunnet styrer og påvirker oss. Kan samfunnet påvirke kvinnenens opplevelse av god eller dårlig selvaktelse? Samfunnets kvinneidealer vil kunne påvirke hvordan de brystkreftrammede ser på seg selv. En frisk og slank kropp er å se i alle moteblader, og det er vel gjerne et slikt bilde kvinnene tegner av sitt indre ideal- selv. Det kan oppstå konflikt i både det personlige og fysiske selv ettersom kvinnene med brystkreft skal leve opp til samfunnets alt for snevre kvinneideal (Helms et al., 2008).

Å være i arbeid er viktig for den sosiale identiteten og for selvfølelsen ved at man tilhører et arbeidsfellesskap og tjener penger. Gjennom arbeidet får man også tatt i bruk mange av ressursene sine (Håkonsen, 2000). Resultater fra studien setter fokus på arbeidets betydning for kvinnene. Brystkreftrammede har gjerne lang fartstid fra arbeidslivet og mye erfaring. Alle intervjupersonene trakk frem arbeidets betydning, og en intervjuperson poengterte betydningen av ikke å miste det daglige virket for lenge. Er man alvorlig syk, er det klart at det er viktigere ting i livet som må prioriteres foran arbeidslivet, men mange skal før eller senere tilbake i jobb. Enkelte kan gå for raskt ut i jobb igjen etter endt behandling, noe som kan føre til at man må ”kaste inn håndkle”. I følge informasjon fra kreftforeningen (2010) blir noen kronisk syke og uføretrygdete. Under tøffe behandlingsperioder trekkes i denne studien en forståelsesfull arbeidsgiver frem som en viktig faktor, slik at kvinnene kan fritas fra å tenke på forhold knyttet til jobb og heller rette fokuset mot egen helsesituasjon.



## 8.0 KONKLUSJON OG ANBEFALINGER

I denne studien har fokuset vært rettet mot den delen av det holistiske synet på helse som omhandler de psykiske aspektene i bedringsprosessen hos brystkreftammede. Akkurat som resultatene fra studien viser, har brystkreftpasienter forskjellige måter å håndtere diagnosen på. Det finnes derfor ingen mal for hva som er helsefremmende for den enkelte kvinne, men i denne studien fremkommer flere betydningsfulle faktorer som kan virke helsefremmende.

I følge intervjupersonene i studien er mange brystkreftammede ressurssterke i utgangspunktet. Det er derfor viktig at helsepersonell bygger videre og styrker disse iboende ressursene. For å få til dette viser resultatene fra studien at det er viktig å møte den enkelte kvinnen der hun er, og ut i fra sin spesifikke situasjon. Bedringsprosesser er individuelle prosesser. Det som virker for den ene, fungerer kanskje ikke for den andre. Helsepersonells kunnskap om krisehåndtering er viktig for å kunne møte den rammede ut i fra sin fase av bearbeidelsesprosessen. Også i forhold til informasjon er det viktig å ha et perspektiv mot kvinnens ressurser og den individuelle prosessen ved at en ser betydningen av gjensidig informasjonsutveksling og ikke ensidig vektlegger det å gi informasjon. I dialog med pasientene er det like viktig å kunne lytte.

Den brystkreftammede sees som et individ, men for å skape bedringsprosesser er det ifølge resultatene i studien, også viktig å inkludere kvinnenets nettverk. Nettverket fungerer som en viktig motstandsressurs og kan ha en helsefremmende virkning. Nettverket og den brystkreftammedes relasjoner kan være en positiv støtte og dermed være av stor betydning i bedringsprosessen.

Det er viktig at helsepersonell er bevisst på betydningen av at kvinnene ikke blir redusert til kun å være en mottakende part. Det er derfor essensielt å støtte og bygge opp symmetriske rollerelasjoner. Den som er syk, har fortsatt et behov for å gi. Det kan for eksempel være omsorg og kjærighet til barn og partner.

Parforholdet og samlivet trekkes frem som et viktig tema og som et anbefalt område å sette fokus på, blant de som deltok i denne studien. Tidligere forskning viser her at åpen kommunikasjon kan bedre den mentale helsen. Ved at helsepersonell tør å snakke om forhold vedrørende samlivet med utgangspunkt i det som opptar paret, kan det fremme åpenhet i forholdet og hindre konflikter.

Nettverket trekkes frem som en viktig støtte for den som rammes av brystkreft. Men hva med den som har lite eller helt fraværende nettverk? En anbefaling på bakgrunn av det sosiale nettverkets helsefremmende faktor, kan være at helsepersonell tar seg ekstra godt av de som har lite nettverk. Kanskje kan likemannsarbeid, eller støtte fra den lokale brystkreftforeningen bidra til å fremme bedringsprosessen til den som har lite nettverk.

Fellesskap med andre i samme situasjon kan også være en betydningsfull faktor, og en mulighet for kvinnene til å dele erfaringer. I fellesskap med andre kan kvinnene oppleve likeverdighet, og for mange er det en positiv opplevelse å gi og få støtte i slike nettverk.

Ved en sykdom som brystkreft, trues kvinnenes identitet, da sykdommen i seg selv kan være utmattende og true eksistensen, i tillegg til at mange vil oppleve kropps og rolleendringer. Selvaktelsen er sentral for menneskers opplevelse av identitet. Selvaktelsen omhandler personens opplevelse av å være verdifull. Helsepersonell har en viktig oppgave knyttet til å fremme den brystkreftrammedes selvaktelse. For å fremme selvaktelsen er det av betydning å se kvinnene som hele mennesker, også med sine styrker og ressurser, ikke bare se sykdom og sårbarhet. Selvaktelsen er viktig for å kunne mestre å håndtere livet for den som er frisk. Den er ikke desto mindre betydningsfull for å skape bedringsprosesser ved sykdom. En sterk selvaktelse vil kunne øke håndterbarheten og handlingskraften hos den som er rammet av brystkreft (Nordby, 1987).

At helsepersonell tar i bruk Antonovskys helsefremmende tenkning og jobber sammen med kvinnene for å styrke opplevelsen av sammenheng, vil også kunne være en virksom faktor på veien i bedringsprosesser. Den helsefremmende tenkningen bidrar til å rette fokuset mot det som fortsatt er friskt hos kvinnene med brystkreft. Dette vil kunne fremme kvinnenes selvaktelse og opplevelse av egen identitet. En identitet som noe mer enn en kvinne med kreft (Mallinger et al., 2006).

Håpet er avgjørende gjennom hele bedringsprosessen, også for veien videre etter endt kreftbehandling. Helsepersonell som greier å formidle håp, gir mye styrke til den som er brystkreftrammet. Helsepersonell har mye ansvar i møte med kreftpasienter og for å referere til den kjente filosofen Løgstrup : *"Den enkelte har aldri med et annet menneske at gjøre uden at han holder noget av dets liv i sin hånd"* (Bøhn, 2000:86). For å fremme bedringsprosesser og helsefremmende tenkning, er det av stor betydning hvordan dette livet som man holder i sin hånd, blir ivaretatt. En intervjuperson poengterte at arbeidet med

kreftpasienter ikke kan bli en rutinejobb, men at det er en jobb som krever noe mer. Dette arbeidet krever mot og styrke. Mot til å snakke om de vanskelige sidene ved livet av eksistensiell karakter, og styrke til å håndtere de vonde følelsene som kan oppstå i møte med den som er rammet av brystkreft. *Noe av jobbingen er for viderekommende*, var det en intervjuperson som sa. Det sier noe om den kompleksiteten det er å jobbe med denne pasientgruppen. Sykdommen rammer ikke bare kroppen, men hele livet til den som er syk.

### **8.1 Anbefalte områder for videre forskning**

Intervjupersonene i denne studien understreker behovet for å fortsette å rette fokuset mot veien videre etter endt kreftbehandling. Det trengs et tilbud i denne fasen hvor mange av brystkreftpasienten kan oppleve seg overlatt til seg selv. Under behandling har man i følge intervjupersonene tett oppfølging og blir ivaretatt. Det er kanskje slik som en av intervjupersonene sa at det er når behandlingen er ferdig, at alle tankene får tid til å komme. Kvalitative forskningsintervju med brystkreftrammede kan være et viktig område for å søke kunnskap om hva kvinnene selv vektlegger som betydningsfullt i fasen som ferdig behandlet.

I følge opplysningsbladet fra kreftforeningen (2010) er det rettet mye oppmerksomhet mot rehabilitering og overgangen fra å være i behandling til livet videre som ferdig behandlet. Målet etter endt behandling er å komme tilbake til en mest mulig normal hverdag. For å få til dette er det mange som kan ha behov for hjelp, men i følge opplysningsbladet fra kreftforeningen (2010) er det dessverre ikke alle som får den hjelpen de trenger. Nåværende helse og omsorgsminister hevder at folk skal ha et tilbud der de bor også etter at behandlingen på sykehuset er avsluttet. Hun hevder videre at det må være gode rehabiliteringstilbud i hver kommune (Dørre, 2010).

*”Et rehabiliteringstilbud må være basert på kunnskap og være spesielt tilrettelagt for kreftpasienter, der både fysiske, psykiske og sosiale og eksistensielle behov ivaretas”*(Dørre, 2010).

Det er behov for mer forskning på området som omhandler tiden etter endt behandling. Min anbefaling er å søke mer kunnskap på dette området fra kvinnene selv, for i fremtiden å kunne gi dem et bedre rehabiliteringstilbud.

Samliv og seksualitet løftes også frem av intervjupersonene i studien som et område det trengs fokus på. Forskning som vedrører dette er også å anbefale for å skape et bedre tilbud til kvinner rammet av brystkreft.

## 9.0 REFERANSER

Antonovsky, A. (2000). *Helbredets mysterium*. København: Hans Reitzels Forlag

Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health promotion international*, 11(1), 11-18. Oxford: University Press.

Brudal, L.F. (1992). *Helsepsykologi*. Otta: TANO A.S.

Bøhn, M. (red). (2000). *Rehabiliteringsomsorg for kreftpasienter*. Oslo: Kommuneforlaget AS

Dørre, L.B. (2010). *Sammen mot kreft*. Oslo: Kreftforeningen

Espnes, G. & Smedslund, G. (2009). *Helsepsykologi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Fog, J. (2004). *Med samtalen som utgangspunkt*. København: Akademisk Forlag

Foldestad, H. (2010). Språk og føringer. *Sykepleien*, 98(5)60-61.

Granrerud, A. (2009). *Forelesningsnotat*. Hamar: Master i psykisk helsearbeid

Granerud & Severinsson. (2006). The struggle for social integration in the community-the experiences of people with mental health problems. *Journal of Psychiatric and mental health nursing*, 13,288-293.

Helms, R.L, O`Hea, E.L.& Corso, M. (2008). Body image issues in women with breast cancer. *Psychology, Health & Medicine* 13(3): 313-325. Lokalisert 11. Mars 2010, på: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=16&hid=10&sid=314be6db-8ea7-42b0-99f2-be3243d89d76%40sessionmgr14>

Hummelvoll, J. K. (1997). *Helt ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Hummelvoll, J.K. & Barbosa da Silva, A. (1996). Det kvalitative forskningsintervju som metode for å nærme seg den profesjonelle livsverden i kommunehelsetjenesten. *Vård i Norden*, 16(2), 25-32.

Håkonsen, K.M. (1998). *Psykologi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Håtun Sætre, A. (2008). *Livslust*. Oslo: Aschehoug & Co.

Jacobsen,B., Dalsgaard Jørgensen, S. & Eilenberger Jørgensen, S. (1998). *Kræft og eksistens*. København: Dansk Psykologisk Forlag

Jenkins, R. (2008). *Social Identity*. USA: Routledge

Kringlen, E.(2008). *Psykiatri*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag As

Kåresen. (2008). *Brystkreft*. Oslo: Kreftforeningen.

Kvale,S. & Brinkmann,S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Larsen,A.K (2007): *En enklere metode. Veiledning i samfunnsvitenskapelig forskningsmetode*. Bergen: Fagbokforlaget

Liden, B.(1986): *Hele mennesket*. Oslo: Cappelens Forlag AS

Mallinger J.B, Griggs J.J, & Shields C.G. (2006) Family communication and mental health after breast cancer. *European Journal of Cancer Care* 15, 355-361. Lokalisert 12. April 2010, på:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=12&hid=10&sid=314be6db-8ea7-42b0-99f2-be3243d89d76%40sessionmgr14>

Mæland, John Gunnar. (2009). *Hva er helse*. Oslo: Universitetsforlaget

Nordby, Kjell Erland. (1987). *Fra innsatt til utsatt*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Nordby,K., Kjønnberg,K. & Hummelvoll, J.K.(2010). Relatives of persons with recently discovered serious mental illness: in need of support to become resource persons in treatment and recovery. *Psychiatric and Mental Health Nursing*.17 (4).

Nordengen, P.A. (2008). *Når forandring ikke fryder*. Sandefjord: Skagerrak Forlag AS

Retterstøl,N. & Opjordsmoen, I. (2008). *Mestring av livsvansker*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Thornquist.E. (2006). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.

Strand, L. (2004). *Fra kaos til mot samling, mestring og helhet*. Oslo: Gyldendal <norsk Forlag AS

Svensson H., Brandberg Y., Einbeigi Z., Hatschek T. & Ahlberg K. (2009). Psychological Reactions to Progression of Metastatic Breast Cancer-An Interview study. *Cancer nursing*. 32(1). Lokalisert 12. april 2010, på:

<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=4&hid=10&sid=314be6db-8ea7-42b0-99f2-be3243d89d76%40sessionmgr14&bdata=JnNpdGU9ZWhtvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=cin20&AN=2010148353>

Landmark BT. (2002). Living with newly diagnosed breast cancer: a qualitative study of 10 women with newly diagnosed breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*2002 Oct; 40(1): 112-21 Lokalisert 19. Februar 2010, på:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=24&hid=10&sid=314be6db-8ea7-42b0-99f2-be3243d89d76%40sessionmgr14>



Langeland. (2009). Betydningen av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse. *Sykepleien Forskning* (4) 288-296.

Malterud, K. (2001). Qualitative reasearch series. *The Lancet*.(358). 475-488

Høgskolen i Hedmark. (2008-2010). *Master i psykisk helsearbeid studiehefte*.



Harald Hårfagres gate 29  
 N-5007 Bergen  
 Norway  
 Tel: +47-55 58 21 17  
 Fax: +47-55 58 96 50  
 nsd@nsd.uib.no  
 www.nsd.uib.no  
 Org.nr. 985 321 884

Gunvor Stensrud  
 Institutt for psykisk helse, oppvekst og samfunn  
 Høgskolen i Hedmark  
 Postboks 43  
 2401 ELVERUM

Vår dato: 23.02.2010

Vår ref: 23702 / 2 / GRH

Deres dato:

Deres ref:

## TILRÅDING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 05.02.2010. Meldingen gjelder prosjektet:

23702	<i>Psykiske utfordringer og mestring ved brystkreft</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Hedmark, ved institusjonens overste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Gunvor Stensrud</i>
Student	<i>Christine Løfgren</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.


Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, vedlagte prosjektvurdering - kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, [http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk\\_stud/skjema.html](http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html). Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.08.2010, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

  
 Bjørn Henrichsen

  
 Grethe Halvorsen

Kontaktperson: Grethe Halvorsen tlf: 55 58 25 83  
 Vedlegg: Prosjektvurdering  
 Kopi: Christine Løfgren, Haugenveien 11, 2827 HUNNDALEN

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no  
 TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no  
 TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svt.uit.no

## Vedlegg II

Til Christine Løfgren,

Viser til e-post av 2. mars 2010, med revidert informasjonsskriv til studien 23702. *Psykiske utfordringer og mestring ved brystkreft*

Personvernombudet finner at det reviderte informasjonsskrivet er utformet i samsvar med kommentarene i personvernombudets tilråding av 23. februar 2010, og vi har ingen ytterligere merknader.

--

Med vennlig hilsen

Ingvild Bergan  
Fagkonsulent

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
Personvernombud for forskning  
Harald Hårfagres gate 29, 5007 BERGEN

Tlf. direkte: (+47) 55 58 32 32

Tlf. sentral: (+47) 55 58 21 17

Faks: (+47) 55 58 96 50

E-post: [ingvild.bergan@nsd.uib.no](mailto:ingvild.bergan@nsd.uib.no)

Internettadresse [www.nsd.uib.no/personvern](http://www.nsd.uib.no/personvern)

## **Vedlegg III**

### **Intervjuguide for helsepersonell**

#### **(Samtale om temaene-semistrukturert intervju)**

#### **Psykisk helse: som tema for samtalen med fokus på forståelse og håndterbarhet**

1.Har du noe kjennskap til hva som er viktig for brystkreftrammede når det gjelder deres opplevelse av å leve med sykdommen og hva som er deres bekymringer?

2.Har du noen formening om hvordan sykdommen kan ha virket inn på kvinnenens selvbylde og identitet?

3.Hvordan opplever du at kvinnene erfarer sin psykiske helse når det skjer endringer med kroppen?

4.Hva vil du si er kvinnenens mest betydningsfulle ressurser i denne situasjonen?

5.Hva vil du si er brystkreftrammedes største utfordringer?

#### **Mestring: som tema for samtalen med fokus på kvinnenens opplevelse av mening**

6.Hvordan opplever du at kvinnene mestrer å leve med brystkreft diagnosen?

7.Opplever du store forskjeller i hvordan kvinnene mestere å leve med sykdommen?

### **Vedlegg III**

8. Hvilke faktorer erfarer du at er årsak til at noen mestrer å leve med sykdommen, mens andre kan ha problemer med å mestre?

9. Hva vektlegger du som helsepersonell i møte med denne pasientgruppen i forhold til ivaretagelse av kvinnes opplevelse av psykisk helse og mestring?

**Tema for samtalen: ønskede tiltak for denne gruppen ift tema?, hvilke perspektiver vektlegges ift mestring og psyk.helse i møte med denne pas.gruppen?**

## Vedlegg IV

Christine Løfgren

Høgskolen i Hedmark,  
Mastergrad i psykisk helsearbeid.  
Haugenveien 11,  
2827 Hunndalen

Kjære, helsepersonell:

Orientering om studien ” Psykiske utfordringer og mestring av å leve med brystkreft”

Mitt navn er Christine Løfgren. Jeg er utdannet sykepleier og er nå masterstudent(i psykisk helsearbeid) ved Høgskolen i Hedmark. Jeg er i gang med min masteroppgave som omhandler kvinner med brystkreft. Studien skal avsluttes 13. 08. 2010. Hensikten med studien er å samtale med helsepersonell som jobber innen kreftomsorgen, om hva de opplever som betydningsfullt for ivaretagelse og opprettholdelse av brystkreftrammedes psykiske helse og opplevelse av mestring. Et av målene med denne studien er å anerkjenne praksisnære erfaringer som en kilde til kunnskap. Håpet er at denne studien kan bidra til å hjelpe andre brystkreftrammede, pårørende, og fagfolk til å kunne anvende seg av denne kunnskapen, men også som kilde til refleksjon og økt bevissthet om temaet. Planen er at denne studien skal munne ut i en mastergradsoppgave.

Jeg ønsker i den anledning og intervjuer helsepersonell (kan også være aktuelt med andre faggrupper som arbeider med temaet).

Intervjuene vil ha form av en samtale, og vil finne sted på den enkelte helsepersonells arbeidssted.

Hvert intervju vil vare i ca. 1-2 timer, og vil bli tatt opp på lydbånd. Disse båndene vil bli utskrevet av meg, og vil bli slettet så snart masteroppgaven er ferdig. Alle opplysninger vil bli behandlet konfidensiell, og innsamlede data vil bli anonymisert når oppgaven er ferdig. Anonymitet sikres slik at personer ikke kan gjenkjennes i rapporteringer fra studien. Dersom du trekker deg, vil lydbånd bli slettet og intervjuutskriftene anonymisert. Resultatet fra studien vil bli presentert i fremlegg under eksamen, og i masteroppgaven.

**Vedlegg IV**

Deltakelse i undersøkelsen er frivillig, og du kan når som helst trekke deg fra studien. Dersom du er villig til å delta i studien ber jeg deg underskrive vedlagt erklæring. Jeg vil så ta kontakt med deg for å avtale tidspunkt for intervju. På forhånd takk.

Med vennlig hilsen

Christine Løfgren.

Ved spørsmål kan jeg kontaktes på mob: 95273129 eller mail:- [lofgren82@hotmail.com](mailto:lofgren82@hotmail.com)

Veileder ved Høgskolen i Hedmark : Kjell Nordby

## Vedlegg V

### SAMTYKKEERKLÆRING

Jeg er skriftlig og muntlig gjort kjent med studien ”Psykiske utfordringer og mestring av å leve med brystkreft” som skal gjennomføres av Christine Løfgren.

Jeg er kjent med at deltakelse i studien er frivillig, og at jeg når som helst kan trekke med ut uten at det vil medføre negative reaksjoner mot meg. Jeg er kjent med at alle data vil bli behandlet konfidensielt og anonymisert i alle rapporteringer fra studien.

Jeg er kjent med at funnene i studien vil bli benyttet i muntlig eksaminering og masteroppgave.

Jeg er kjent med at båndopptaker vil bli benyttet under samtalen, og båndene vil bli slettet så snart masteroppgaven er ferdig den 13.08.2010.

På dette grunnlag sier jeg meg villig til å delta i studien.

Dato

Underskrift.