



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum

Avdeling for helse- og idrettsfag

**4BACH**

Victoria Elise Gjersøe og Tine Holm

Veileder: Bente Bjørslund

## Brystkreft og mestring

## Breast cancer and coping

Antall ord: 13019

Bachelor i sykepleier 2010

2013

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

JA

NEI

## **HÅP**

**Håp er tanker,**  
tanker med mening,  
tanker med mening i livets tunge stunder

Håp gir oss tro,  
tro på oss selv,  
tro på at alle kan skape mirakler.

Håpet får frem  
våre uante krefter,  
krefter som overgår hver eneste mester,

Gi aldri opp håpet,  
det gir oss vår styrke!  
Derfor er håpet så viktig å dyrke!

Kilde: Singer-s

## **SAMMENDRAG**

### **Tittel**

”Brystkreft og mestring” eller ”Breast cancer and coping”

### **Formål**

Formålet med oppgaven er å belyse temaet brystkreft og hvordan sykepleier kan hjelpe kvinner med brystkreft å mestre hverdagen, samt hvordan pasienten selv kan bidra til å fremme mestring.

### **Problemstilling**

Problemstillingen er følgende: *Hvordan kan vi bidra til at pasienter skal mestre hverdagen på en best mulig måte etter diagnostisering av brystkreft?*

### **Teori**

Teorien som legges frem i oppgaven er temaer som skal benyttes for å få svar på problemstillingen. Temaer som beskrives er sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee, brystkreft, Lazarus og Folkmans syn på mestring, samt krise.

### **Valg av metode**

Fagkunnskap er innhentet fra fagbøker, både pensumlitteratur og annen litteratur, forskning og egne erfaringer. I søket på forskning er skolens godkjente databaser benyttet, i utvelgelsen av forskning har det blitt lagt vekt på at artiklene inneholdt IMRAD-prinsippet.

### **Resultater**

Resultatene i oppgaven er at sykepleiere kan hjelpe pasienter med å mestre ved å gi god informasjon og veiledning. Kommunikasjon og dialog er viktige faktorer, for å avdekke pasienters ønsker og behov. Ved hjelp av informasjon blir pasientene i stand til å medvirke i egen behandling og omsorg, noe som kan øke deres mestringsevne. Ulike mestringsstrategier blir presentert og drøftet. Det finnes ingen fasitsvar på hva som er riktig mestringsstrategi, da alle mennesker er forskjellige og har forskjellig ønsker og behov.

## INNHALDSFORTEGNELSE

<b>1. INNLEDNING</b> .....	<b>5</b>
<b>1.1 Bakgrunn for å skrive oppgaven – samfunnsmessig perspektiv</b> .....	<b>5</b>
<b>1.2 Bakgrunn for å skrive oppgaven – personlig relevans</b> .....	<b>6</b>
<b>1.3 Hensikt og problemstilling</b> .....	<b>6</b>
<b>1.4 Avgrensning og disposisjon</b> .....	<b>7</b>
<b>2. METODE</b> .....	<b>8</b>
<b>2.1 Litteratursøk</b> .....	<b>8</b>
<b>2.2 Presentasjon av forskningen</b> .....	<b>9</b>
<b>2.3 Kildekritikk og etisk vurdering</b> .....	<b>10</b>
<b>3. TEORI</b> .....	<b>13</b>
<b>3.1 Sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee</b> .....	<b>13</b>
3.1.1 Mennesket som individ og menneske-til-menneske-forholdet .....	13
3.1.2 Lidelse og mening .....	14
3.1.3 Kommunikasjon .....	15
<b>3.2 Brystkreft</b> .....	<b>16</b>
3.2.1 Sykepleie til mennesker med brystkreft .....	17
3.2.2 Psykiske belastninger ved kreftsykdom .....	18
<b>3.3 Mestring</b> .....	<b>19</b>
3.3.1 Lazarus og Folkmans syn på mestring .....	20
3.3.1.1 Lazarus' stress- og mestringsmodell og medbestemmelse .....	21
3.3.1.2 Lazarus og Folkmans mestringsstrategier .....	22
<b>3.4 Opplevelse av krise</b> .....	<b>22</b>
3.4.1 Cullbergs fire faser i en traumatisk krise .....	24
<b>4. DRØFTING</b> .....	<b>26</b>
<b>4.1 Informasjon og veiledning – en hjelp for pasienten?</b> .....	<b>26</b>
<b>4.2 Hva med min mening?</b> .....	<b>31</b>
<b>4.3 Hjelp til selvhjelp</b> .....	<b>33</b>
<b>5. KONKLUSJON</b> .....	<b>38</b>
<b>LITTERATURLISTE</b> .....	<b>39</b>
<b>Vedlegg: Skjema for søk av litteratur</b> .....	<b>43</b>

## 1. INNLEDNING

Denne bacheloroppgaven omhandler brystkreft og hva som bidrar til opplevelse av mestring hos brystkreftpasienter. Kapitlene under inneholder samfunnsmessig perspektiv og personlig relevans for hvorfor temaet ble valgt. Problemstillingen og hensikten med oppgaven blir også presentert, samt avgrensninger som er valgt. Til slutt blir oppgavens disposisjon lagt frem.

### 1.1 Bakgrunn for å skrive oppgaven – samfunnsmessig perspektiv

Brystkreft er den hyppigste kreftformen blant kvinner, omtrent hver 11. kvinne over 20 år blir rammet (Ørn, Mjell & Bach-Gansmo, 2011). Brystkreft er et høyst aktuelt tema i dagens samfunn, bare i 2012 var brystkreft omtalt 983 ganger i avisoppslag (Retriever, s.a.). I 2010 ble 2839 kvinner rammet av brystkreft, og dette er en økning på 201 tilfeller i forhold til 2001 (Kreftregisteret, 2012). Antall årlige tilfeller av brystkreft forventes å øke ytterligere (Drageset, Lindstrøm & Underlid, 2010). Forekomsten av brystkreft øker med alderen, gjennomsnittsalderen ved diagnose ligger på 59 år (Kvåle, 2002). Brystkreft er en utfordring samfunnsmessig ved at det er en av de vanligste dødsårsakene hos kvinner (Bertelsen, 2004).

Det er utfordrende for samfunnet å forebygge brystkreft, da mulighetene for dette er begrenset. Dette skyldes at årsaken til brystkreft er noe uklar. Derimot er enkelte risikofaktorer kjent, blant annet når første menstruasjon kommer i ung alder, ved sen overgangsalder, når kvinnen føder færre barn og når førstefødte barn fødes sent (Mæland, 2005). I tillegg er det større risiko for å utvikle brystkreft dersom en i nærliggende familie har hatt sykdommen (Kvåle, 2002). Disse risikofaktorene er vanskelig å forebygge. Langvarig bruk av p-piller og østrogen øker risikoen for brystkreft, men reduseres samtidig risikoen for kreft i eggstokker og livmor (Mæland, 2005). Vår oppfatning er at mange begynner på p-piller i ung alder og går på dette over mange år. Vår opplevelse er også at helsepersonell kan bli bedre til å informere om denne risikoen.

Sannsynligheten for en vellykket behandling ved brystkreft er at kreftsvulsten oppdages tidlig. Svulster kan oppdages ved en røntgenundersøkelse av brystet som kalles mammografi. I Norge tilbys alle kvinner mellom 50 og 69 år mammografi undersøkelse hvert 2. år. Det er en

utfordring for helsevesenet å vurdere denne aldersgrensen, da så mye som hvert femte brystkrefttilfelle diagnostiseres hos kvinner under 50 år (Mæland, 2005).

Det er dokumentert at 85% av brystkreftrammede har 5 års overlevelse, noe som innebærer at mange har behov for oppfølging. De brystkreftrammede har begrenset tid og muligheter til omsorg fra helsepersonell på grunn av redusert liggetid i sykehus og at flere følges opp poliklinisk (Varre, Slettebø & Ruland, 2011). I forbindelse med kreftsykdom har helsevesenet store utgifter. Dette innebærer blant annet midler til sykehusbehandling, primærhelsetjenesten, medikamenter, poliklinikker, kommunehelsetjenesten, sykepenger, attføring og rehabilitering, uføretrygd og sosialutbetalinger. I 1995 brukte helsevesenet i overkant av 5 milliarder i forbindelse med kreftsykdom (Helse- og omsorgsdepartementet, 1997).

## **1.2 Bakgrunn for å skrive oppgaven – personlig relevans**

Vi har valgt dette temaet fordi vi synes det er interessant og lærerikt med tanke på praksis og jobb senere i livet. Kreft er en diagnose vi garantert vil møte i jobbsammenheng, og vi valgte brystkreft fordi dette er den vanligste kreftformen hos kvinner. Brystkreft er noe som kan ramme alle, og siden vi selv er kvinner kan dette også ramme oss. Vi har begge erfaringer fra jobb og praksis med kreftpasienter, noe som er en fordel når vi skal skrive oppgaven. Vi regner med å finne mye forskning og litteratur om temaet på grunn av temaets aktualitet. Ved å skrive denne oppgaven og innhente informasjon om temaet, så håper vi å kunne gi fremtidige brystkreftpasienter god sykepleie og riktig og tilstrekkelig med informasjon, samt god veiledning og støtte. Vi vet at god informasjon, veiledning og støtte kan være med på å minske stress og krise og hjelpe pasienten til å mestre sykdommen og situasjonen bedre.

## **1.3 Hensikt og problemstilling**

Hensikten med oppgaven er å belyse dette temaet, både for å tilegne oss mer kunnskaper om pasienters opplevelse av å få brystkreft og de ulike måtene de mestrer den nye situasjonen på. Ulike måter en sykepleier kan bidra til at pasienten på best mulig måte klarer å mestre krise og stress som oppstår ved diagnostisering brystkreft, vil også bli belyst i denne oppgaven.

Problemstillingen er følgende: *Hvordan kan vi bidra til at pasienter skal mestre hverdagen på en best mulig måte etter diagnostisering av brystkreft?*

#### **1.4 Avgrensning og disposisjon**

Oppgaven tar utgangspunkt i sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee fordi hun fokuserer på menneske-til-menneske forhold mellom sykepleier og pasient, og sykepleieren bruker seg selv terapeutisk i dette møtet. I følge Travelbee (1999) er sykepleierens overordnede mål og hensikt å hjelpe pasienten til å mestre, bære og finne mening i de erfaringene som følger med lidelse og sykdom. Denne sykepleieteorien er aktuell for oppgaven, siden den handler om hvordan sykepleier kan bruke seg selv for å hjelpe pasienten. I oppgaven er mestringsteoretikerne Lazarus og Folkman lagt vekt på. Lazarus og Folkman fokuserer på at det er pasientens opplevelser av situasjonen som avgjør stressopplevelsen (Kristoffersen, 2005). Pårørende er også viktig for at pasienten skal klare å mestre sykdommen, men diagnosen kan også forårsake en krise hos de pårørende. Det er derfor viktig for sykepleier å inkludere pårørende i arbeidet (Knutstad, 2010). Dette blir ikke gått nærmere inn på i oppgaven på grunn av relevans og ordbegrensninger.

Det er egne kapitler på begrepene i problemstillingen, og begrepene blir dermed ikke forklart ytterligere i en begrepsavklaring.

Oppgaven følger retningslinjene for bacheloroppgave i sykepleie og er delt inn i 5 kapitler. Det første kapitlet er innledning hvor bakgrunn for å skrive oppgaven, oppgavens hensikt, problemstilling og avgrensning blir presentert. Det andre kapitlet er en metodedel der litteratursøk, forskning, kildekritikk og etisk vurdering blir presentert. Tredje kapittel er et teorikapittel hvor litteratur for å belyse problemstillingen blir presentert. Temaer i teorikapitlet er Joyce Travelbee, brystkreft, mestring og krise. Fjerde kapittel består av drøfting der problemstillingen blir besvart og femte kapittel er en konklusjon. Hvert kapittel inneholder underkapitler, dette for å gi leseren en bedre oversikt. Vedlegg i oppgaven er skjema for søk av litteratur.

## 2. METODE

Aubert definerer metode som: ”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (Dalland, 2012, s. 111). Metode er en fremgangsmåte for å finne informasjon, altså å samle data. Det sier noe om hvordan en bør gå til verks for å finne kunnskap (ibid.).

Metode er delt inn i kvalitativ og kvantitativ metode. Kvalitativ metode er forskning som bygger på mening og opplevelse, og får frem en best mulig gjengivelse. Ved å benytte denne metoden får man frem pasientens opplevelse og syn på situasjonen. Metoden får frem det spesielle i situasjonen og fremstillingen skal formidle forståelse. Kvantitativ metode gir informasjon i form av målbare enheter, ved bruk av tall og statistikk og en får på denne måten en mest mulig konkret avspeiling av data. Ved bruk av denne metoden vil man kunne få frem det som er representativt. Fremstillingen formidler forklaring (ibid.).

### 2.1 Litteratursøk

I oppgaven er det brukt litteratur fra høgskolens bibliotek og databaser, samt folkebiblioteket i Hamar. Retriever er en database som ble brukt for å få frem aktualiteten av brystkreft ved å se hvor mange ganger brystkreft ble omtalt i avisoppslag i 2012. Databaser som ble brukt for å finne forskning var Cinahl, SweMed+ og Ovid Nursing. Høgskolebiblioteket sine sider gir tilgang til disse databasene, Ovid Nursing databasen finner man via helsebiblioteket. For å finne forskning ble søkeordene breast cancer, coping, crisis, breast neoplasms, life-change events og psychological adaptation brukt. Søkeordene breast cancer, coping og crisis ble funnet ved å søke på brystkreft, mestring og krise på Ordnett for å finne de engelske ordene. For å finne mesh termene breast neoplasms, life-change events og psykologisk adaptasjon ble søkeordene brystkreft, krise og mestring benyttet på Swemed+. Begrensninger for å spisse søket har vært å vise artikler som finnes i fulltekst, at artiklene ikke var eldre enn fra 2006, academic journals, peer review og english language. Valg av forskning har foregått ved å lese overskrifter og sammendrag for å finne artikler som er relevante for oppgaven. Skjema for søk av litteratur finnes som vedlegg 1.



## 2.2 Presentasjon av forskningen

I oppgaven er det brukt 5 artikler, 4 engelske og 1 norsk, som passet godt til problemstillingen. Artikkelen inneholdt et sammendrag til å begynne med slik at dette kunne leses for å få et innblikk i hva artikkelen handlet om og vurdere om det var en artikkel som kunne brukes eller ikke. Alle artiklene i oppgaven oppfyller også kravet om å inneholde IMRAD- prinsippet.

Boehmke og Dickerson (2006) har i en kvalitativ studie utforsket kvinners opplevelser og erfaringer rundt symptomene ved brystkreft. Personlige følelser og opplevelser rundt diagnose og behandling ble kartlagt ved hjelp av hermeneutisk fenomenologi. 30 kvinner ble intervjuet hver for seg og det ble stilt åpne spørsmål for å få frem deres opplevelser. Kvinnene følte at deres helsetilstand forandret seg brått over natten. Kvinnene følte også at den de var før var blitt slettet på grunn av de fysiske og emosjonelle endringene diagnosen og behandlingen førte med seg. Kvinnenes holdninger til brystkreft påvirket deres opplevelser rundt sykdommen og var med på å avgjøre hvor godt de mestret diagnosen og behandlingen. Etter endt behandling var noen av kvinnene redde for at kreften skulle komme tilbake.

I Öster et al. (2006) sin studie, som inneholder både kvalitative og kvantitative data, beskriver de virkningen av kunstterapi som fokuserte på mestringsressurser hos kvinner med brystkreft. Studien omfatter 41 kvinner, der 20 av dem mottok kunstterapi og 21 var i kontrollgruppen. Kvinnene besvarte spørreskjemaer i forbindelse med 3 intervjuer i løpet av 6 måneder. Spørreskjemaene vurderte mestring, livskvalitet, symptomer og selvbilde. I tillegg ble kvinnene bedt om å skrive dagbok for hver uke om deres erfaringer med brystkreft. Resultatene tyder på at kvinner som deltok i kunstterapi hadde bedret sine mestringsressurser betydelig i forhold til kontrollgruppen.

Drageset, Lindstrøm og Underlid (2010) undersøkte mestringsstrategier som ble brukt av kvinner med brystkreft mellom diagnostisering og operasjon. Det ble utført individuelle intervjuer på 21 kvinner med nylig diagnostisert brystkreft som ventet på operasjon. Resultatene ble analysert ved hjelp av metoder for kvalitativ innholdsanalyse. Funn viste at kvinnene brukte trinn-for-trinn, skyve bort, leve som vanlig, nyte livet, arbeide med følelser, forberede seg på det verste og positivt fokus som mestringsstrategier i denne perioden.

Kvinnene ønsket å bli behandlet som vanlig. Medlidenhet og medfølelse økte følelsen av frykt og sårbarhet.

Varre, Slettebøe og Ruland (2011) undersøkte i denne kvalitative studien hvordan et lukket internettbasert diskusjonsforum for pasienter med bryst- og prostatakraft kunne hjelpe til mestring. Studiet bestod av 3 typer diskusjonsfora. Et brystkreftforum, et prostatakraftforum og et felles forum for begge gruppene. Studiet tok utgangspunkt i pasientenes 711 innlegg i diskusjonsforumet. De har brukt en hermeneutisk prosess for tolkning av funn. Studiet bestod av 62 pasienter med bryst- og prostatakraft, hvor 45 var kvinner og 17 menn. Funnene i forskningen viste at pasientene hadde behov for å være hovedperson i egen sykdomssituasjon, behov for å delta aktivt og kunne påvirke situasjonen. Gjennom forskningen kom det frem at pasientene syntes det var nyttig å kunne få uttrykke seg på et internettbasert diskusjonsforum med mennesker i samme situasjon som de selv. De følte at de hadde en betydning for andre, og kunne hjelpe andre til å mestre situasjonen bedre. De klarte selv å mestre situasjonen bedre ved at de fikk snakket om det de hadde på hjertet, at det var noen som lyttet til det de hadde å si og de fikk snakket ut om sykdommen og egne erfaringer.

Lally (2010) har utviklet en grounded theory med hensikt i å se på tankeprosesser og adferd til kvinner med nylig diagnostisert brystkreft som ventet på operasjon. Studiet bestod av 18 kvinner med brystkreft i stadiet 0-2. Kvinnene i studiet var fra USA. Det ble utført intervjuer hvor kvinnene skulle dele sine tanker og erfaringer. Funn viste at hovedbekymringen for kvinner i perioden før de mottok behandling for brystkreft var at deres selvintegritet ble truet. Selvintegriteten ble også truet av forandringene i hvordan andre oppfattet dem, og bekymring over tap av deres rolle sosialt, i arbeid og i familien.

### **2.3 Kildekritikk og etisk vurdering**

Kildekritikk betyr å vurdere og karakterisere den litteraturen som er benyttet i studiet. Kildekritikk skal vise til at man er i stand til å stille seg kritisk til den forskningen og litteraturen man finner, og hvilke kriterier som er benyttet under utvelgelsen av litteratur og forskning (Dalland, 2012, s. 72).

Forskning som er brukt i oppgaven er ikke eldre enn fra 2006, fordi forskning som er eldre enn dette mest sannsynlig ikke vil være gjeldende lenger. Sykepleiefaget er i stadig utvikling,

noe som vi kommer til syne i forskningen. Derfor er det viktig med oppdatert informasjon. I oppgaven er det brukt tall fra helse- og omsorgsdepartementet som viser utgifter ved kreftsykdom. Disse tallene fra 1995, men nyere tall er ikke funnet. Disse tallene er allikevel tatt med i oppgaven, for å gi et innblikk i hvor store utgifter kreftsykdom medfører. Ved søk i databasen SweMed+ ble det huket av for peer review, for å bli forsikret om at artikkelen var fagfellevurdert. Peer review betyr at artiklene har blitt godkjent og vurdert av eksperter (Dalland, 2012). IMRAD- prinsippet ble brukt for å vurdere forskningen som ble funnet. IMRAD- prinsippet sier at vitenskapelige artikler skal inneholde en introduksjon (hvorfor studien utføres), metode (hvordan studien er gjennomført og hvordan resultatene er analysert), resultat (hva ble funnet) og diskusjon (hva resultatene betyr) (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012, s. 69).

Artiklene ble vurdert ut ifra relevans, tidsaktualitet, holdbarhet (validitet og reliabilitet) og redelighet, samt om forskningen er overførbar til egen praksis. Nordisk forskning har vært å foretrekke. Allikevel har forskning fra USA blitt brukt, da resultatene er like relevante for kvinner i Norge. Dersom svakhetene i artikkelen ikke var nevnt i selve artikkelen, ble dette vurdert som en vitenskapelig svakhet. Artikler som inneholdt et sammendrag har vært å foretrekke, slik at det var lettere å få en oversikt over hva artiklene dreide seg om, uten å måtte lese hele artikkelen for å se om det var en god eller dårlig artikkel til problemstillingen.

Kvalitativ forskning har hovedsakelig blitt brukt i oppgaven, for å få frem pasientopplevelser som er mest relevant for å svare på problemstillingen. Kvalitativ forskning undersøker menneskers liv og deres erfaringer, opplevelser og holdninger. For å analysere resultatene brukes ikke-statistiske metoder. Datasamlingen skjer som oftest gjennom intervju og observasjoner. Fenomenologi og Grounded Theory er tilnærminger som har blitt brukt i artiklene som er valgt. Fenomenologisk tilnærming vil si at man studerer menneskelige opplevde erfaringer, disse erfaringene kommer frem ved bruk av intervjuer. Grounded Theory er en tilnæringsform som forskere bruker for å oppnå en dypere forståelse av hva mennesker er opptatt av. Forskeren forsøker å skape en teori som kan forklare de sosiale prosessene disse menneskene gjennomgår. Datasamling og analyse foregår fortløpende i Grounded Theory (Nortvedt et al., 2012).

Det blir hele tiden publisert nytt materiale, og det er ikke sikkert at den nyeste forskningen har blitt funnet. Mange av artiklene i oppgaven er på engelsk og dette innebar at disse måtte

oversettes til norsk. Oversettelse av artikler kan være en utfordring ved at ord og uttrykk ikke blir korrekt oversatt, men allikevel har essensen i artiklene kommet frem i oversettelsen.

I oppgaven er det brukt både primær- og sekundærlitteratur. Primærlitteratur har vært å foretrekke, men der dette ikke var mulig ble det brukt sekundærlitteratur. Sekundærlitteratur er skrevet av andre enn forfatteren og kan derfor være preget av den sekundære forfatterens tolkninger. Primærlitteratur er originaltekst skrevet av den opprinnelige forfatteren (Dallan, 2012). I teorien om Travelbee er det i hovedsak hennes bok som er blitt brukt:

*"Mellommenneskelige forhold i sykepleie"*, da dette er en primærkilde. I tillegg er det brukt sekundærlitteratur i form av Kirkevolds (2001) bok: *"Sykepleieteorier: Analyse og evaluering"* for å få frem andres tolkninger av teorien. I teorien om Lazarus og Folkman er det i hovedsak benyttet sekundærlitteratur i form av Kristoffersens (2005) kapittel: *"Stress, mestring og endring av livsstil"* i boken: *"Grunnleggende sykepleie bind 3"*. Boken: *"Stress og følelser: En ny syntese"* av Lazarus (2006) og boken: *"Stress, appraisal and coping"* av Lazarus og Folkman (1984) er primærlitteratur som til en viss grad har blitt benyttet i teorien. Årsaken til at primærlitteratur ble så lite brukt er at dette ikke var tilgjengelig før mot slutten av skriveprosessen. Dette er noe uheldig da primærlitteratur er å foretrekke, allikevel har bruk av sekundærlitteratur fått frem Lazarus og Folkmans tenkning.

Etiske overveielser betyr at man må tenke igjennom hvilke etiske utfordringer arbeidet medfører og hvordan disse utfordringene kan håndteres (Dallan, 2012, s. 95). I oppgaven er litteraturen og forskningen som er funnet blitt behandlet med respekt. Kildehenvisninger er gjort nøye, slik at de opprinnelige forfatterne av teksten som er gjengitt, fremgår tydelig og på denne måten får den anerkjennelsen de fortjener. Ved å henvise nøye i teksten får leseren informasjon om opphavet til teksten, slik at plagiering unngås.

### **3. TEORI**

I dette teorikapittelet presenteres litteratur som er relevant for tema og problemstilling.

Teorikapittelet omhandler sykepleieteoretikeren Travelbee, brystkreft, mestring og krise. Ved å legge frem teori om disse temaene får leseren en bedre forståelse for temaet og blir på denne måten mer engasjert. Teorien er innhentet fra fagbøker (både pensumlitteratur og selvvalgt litteratur), forskning og lovverk.

#### **3.1 Sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee**

Joyce Travelbee (1926-1973) var utdannet sykepleier fra USA, hun arbeidet som psykiatrisk sykepleier og som lærer i sykepleie. Hennes bok, der hun presenterer sin teori om sykepleiens mellommenneskelige forhold, kom for første gang ut i 1966 (Travelbee, 1999).

Travelbees teori fokuserer på mellommenneskelige aspekter i sykepleien. Hun sier det er viktig med en forståelse av hva som foregår mellom sykepleier og pasient, hvordan denne kontakten oppleves og hvilke konsekvenser det kan ha for pasienten og hans eller hennes tilstand (Kirkevold, 2001). ”Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene”, sier Travelbee (1999, s. 29).

De viktigste begrepene i Travelbees teori er mennesket som individ, lidelse, mening, menneske-til-menneske-forhold og kommunikasjon. Disse begrepene bruker hun for å fremheve sykepleiens ansvar og karakter (Kirkevold, 2001).

##### **3.1.1 Mennesket som individ og menneske-til-menneske-forholdet**

Mennesket som individ tar del i erfaringer som er felles for alle mennesker, for eksempel sykdom og lidelse. Men individets opplevelse av disse erfaringene, er unike og bare individets egne. Travelbee tar avstand fra generaliserende begreper som sykepleier og pasient, fordi disse begrepene sletter ut det spesielle ved hvert enkelt menneske (Kirkevold, 2001).

Travelbee (1999) ser på hvert enkelt menneske som annerledes enn andre, og som unike

individer. Hun mener at tidligere erfaringer vil virke inn på hvordan man opplever nåtidens hendelser. Mennesker vil derfor reagere forskjellig på samme hendelse fordi erfaringer de har tilegnet seg tidligere, er med på å forme hvordan en reagerer i nåtiden.

Det er sykepleierens oppgave å etablere menneske-til-menneske-forholdet. Dette forholdet kjennetegnes ved at sykepleieren og pasienten forholder seg til hverandre som unike individer og ikke som sykepleier- og pasientroller. I menneske-til-menneske-forholdet deles erfaringer og opplevelser mellom sykepleier og pasient. Kjennetegnet med erfaringene og opplevelsene er at pasientens sykepleiebehov blir ivaretatt (Travelbee, 1999). Ved hjelp av menneske-til-menneske-forholdet får pasienten delta og får en aktiv rolle, slik at pasienten opplever å bli bemyndiget. Medbestemmelse er viktig for at pasienten skal oppleve mestring (Kristoffersen, 2005).

Menneske-til-menneske-forholdet etableres, i følge Travelbee (1999), etter fem forskjellige faser. Disse fasene er det innledende møtet, fremvekst av identiteter, empati, sympati og gjensidig forståelse og kontakt (ibid.). I det innledende møtet møtes to personer som ikke kjenner hverandre. I denne fasen får man et inntrykk av hvordan den andre er gjennom observasjoner, inntrykk og vurderinger. Etter hvert går det over i fasen der identiteten og personligheten til den syke og sykepleieren kommer frem. I denne fasen får sykepleieren en forståelse av hvordan den syke opplever sin situasjon, samtidig som pasienten oppfatter sykepleieren som et menneske og ikke som en rolle. I empatifasen tar sykepleieren del i den sykes situasjon, sykepleieren får en forståelse av pasientens tanker og følelser. Den neste fasen, sympatifasen, er der sykepleieren får ønske om å hjelpe pasienten med å mestre lidelsen. I denne fasen tar sykepleieren del i lidelsen, hun eller han føler nærhet til pasienten og bekymrer seg for pasientens lidelse. Den siste fasen er preget av gjensidig forståelse og kontakt. Sykepleieren og pasienten deler tanker, følelser og holdninger. De erfaringene pasienten og sykepleieren har delt er meningsfulle og betydningsfulle for begge (Kirkevold, 2001).

### **3.1.2 Lidelse og mening**

I følge Travelbee er lidelse en fellesmenneskelig erfaring, alle mennesker vil i løpet av livet få erfare hva lidelse er. Samtidig er lidelse et personlig fenomen ved at individet blir seg bevisst

fysisk, emosjonell eller åndelig smerte. Lidelse kan oppstå ved opplevelse av ulike typer tap. Travelbee hevder at det er viktigere for sykepleieren å forholde seg til menneskets opplevelse av sykdom og lidelse enn til diagnosen (Kirkevold, 2001). "Lidelse er en erfaring som oppleves og gjennomleves av individet. Hver enkelt opplever den på sin egen unike måte" sier Travelbee (1999, s. 98). Travelbee beskriver to typiske måter å reagere på lidelse, det er «hvorfør meg?»-reaksjonen og «hvorfør ikke meg?»-reaksjonen. «Hvorfør meg?»-reaksjonen handler om at pasienten ikke forstår hvorfor sykdom eller lidelse har rammet ham, og aksepterer sannsynligvis ikke sykdommen eller lidelsen. Det er vanlig at personer som reagerer på denne måten uttrykker selvbekreidelse, bebreidelse av andre, forvirring, sinne, depresjon, selvmedlidenhet og fortvilelse. Personer som reagerer med «hvorfør ikke meg?»-reaksjonen er som regel bedre i stand til å mestre eller utholde lidelsen, de tar imot sykdom og lidelse uten å føle en urettferdighet (ibid.).

Å finne mening i livets erfaringer er, i følge Travelbee, helt essensielt. For at sykepleieren skal kunne hjelpe mennesker med å finne mening med tilværelsen må det etableres et menneske-til-menneske-forhold, menneske-til-menneske-forholdet er beskrevet i kapittelet ovenfor (Kirkevold, 2001). Når en står ovenfor sykdom og lidelse er det helt nødvendig å finne en mening, dette gjelder om en selv gjennomgår sykdom og lidelse eller om noen av ens nærmeste opplever dette (Travelbee, 1999). Kvinnene i studiet til Boehmke og Dickerson (2006) stilte spørsmål for å finne mening i opplevelsene sine, de prøvde å forstå og rasjonalisere diagnosen. Det er bare pasienten selv som kan finne mening med sykdommen, og denne meningen oppstår i individet. Men ofte trenger pasienter hjelp til å finne denne meningen, og dette er sykepleierens viktigste funksjon. Det å oppleve mening henger sammen med det å føle seg nødvendig (Kirkevold, 2001; Travelbee, 1999).

### **3.1.3 Kommunikasjon**

Travelbee mener dialog er en forutsetning for å hjelpe mennesker med å mestre lidelse og sykdom og for å finne mening i erfaringene som sykdom og lidelse gir (Kirkevold, 2001). Det er viktig for pasienter å vite at vi har taushetsplikt, og at de derfor trygt kan fortelle om sine lidelser og plager uten at andre får tilgang til denne informasjonen. I helsepersonelloven (1999) står det: "Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får

vite om i egenskap av å være helsepersonell”. Kommunikasjon er det som gjør det mulig å etablere et menneske-til-menneske-forhold. Kommunikasjonen skjer både verbalt og nonverbalt og hensikten er å bli kjent med pasienten. Ved hjelp av kommunikasjon finner sykepleieren frem til pasientens ønsker og behov, og kan ivareta disse (Travelbee, 1999). Öster et al. (2006) gjorde en studie om kunstterapi der hensikten var å gi kvinnene tid og rom til å reflektere over og uttrykke sine erfaringer, tanker og følelser rundt sin situasjon ved å bruke verbale og nonverbale metoder.

### 3.2 Brystkreft

Brystkreft er kreft i brystet, nærmere bestemt kreft i brystkjertelens melkeganger eller melkekjertler (Ørn, Mjell & Bach-Gansmo, 2011, s. 434). Kreftsvulstene kan variere i størrelse, fra noen få millimeter til flere centimeter i diameter. Svulsten kan føles som en hard knute, mens i andre tilfeller kan svulstene være slimfylte og bløte. Svulsten oppdages som oftest når den er rundt 2 centimeter i diameter (Bertelsen, 2004). Andre symptomer kan være inndragning av brystvorten, et område med appelsinhud eller væske fra brystvorten (Kvåle, 2002). Brystkreft kan metastasere (spre seg) til alle deler av kroppen, som oftest ved innvekst til hud og muskulatur rundt tumoren, til nærliggende lymfeknuter og til lunger, skjelett, lever og hjerne (Bertelsen, 2004). Vi kjenner noen risikofaktorer for å utvikle brystkreft, disse risikofaktorene er knyttet til kvinnens reproduksjon og er nevnt i innledningen. I tillegg er det risiko knyttet til p-pillebruk og arvelighet (Mæland, 2005). Primærbehandlingen ved brystkreft er kirurgi, størrelsen på svulsten avgjør om hele brystet fjernes eller om kun svulsten og nærliggende vev blir operert bort. Etter kirurgisk behandling er det vanlig med etterbehandling i form av stråling, cellegift, hormonell behandling eller antistoffbehandling (Ørn, Mjell & Bach-Gansmo, 2011). Etterbehandling kan gi ulike bivirkninger, en kvinne beskrev at hun følte seg gammel, hadde hetetokter, hodepine og problemer med søvnen (Boehmke & Dickerson, 2006). I de siste ti årene har prognosen for brystkreft blitt vesentlig bedre. Prognosen er den samme om det blir gjort en brystbevarende operasjon eller om hele brystet blir fjernet, og etter 5 år er det 90% overlevelse. Som nevnt i innledningen, er brystkreft den hyppigste kreftformen hos kvinner (Ørn, Mjell & Bach-Gansmo, 2011). I neste kapitlet beskrives sykepleien til pasienter med brystkreft.



### 3.2.1 Sykepleie til mennesker med brystkreft

Kvinner som har hatt brystkreft har økt risiko for å få kreft også i det andre brystet (Kvåle, 2002). En kvinne hadde fått informasjon om at man hadde økt risiko for å få brystkreft tilbake, hun valgte så å se på seg selv som frisk etter behandling. Hvis kreften kom tilbake, var det ikke noe hun kunne gjøre for å forhindre det (Varre, Slettebø & Ruland, 2011). Det er viktig at sykepleieren kjenner til hvilke symptomer pasienten skal se etter, og at pasienten blir oppmuntret til å undersøke brystene jevnlig. Fra pasienten oppdager en uregelmessighet i brystet til hun får endelig svar på hva som feiler henne, kan pasienten måtte vente lenge. I denne perioden er pasienten preget av angst og usikkerhet og det kan være vanskelig å takle ventetiden. Det er derfor viktig at sykepleier viser forståelse for at pasienten ønsker at denne perioden blir så kort som mulig, og forklarer årsakene til eventuell ventetid og gir pasienten en omtrentlig ventetid (Kvåle, 2002). Her er det viktig med kommunikasjon som Travelbee (1999) forklarer ved at sykepleieren finner frem til menneskers ønsker og behov gjennom kommunikasjon. For å avdekke pasientens angst og usikkerhet må man kommunisere med pasienten. Kommunikasjon er også viktig for å etablere menneske til menneske forholdet i følge Travelbee (1999). Menneske-til-menneske-forholdet er med på å oppfylle pasientens behov for sykepleie (Kirkevold, 2001).

Når kvinnen legges inn på sykehus for å opereres, er det viktig at sykepleier kartlegger hvilken informasjon pasienten har fått med seg om inngrepet og om nødvendig gi informasjonen på nytt. Det er viktig å understreke at informasjon ikke bare skal gis, sykepleieren må også forsikre seg om at pasienten har forstått informasjonen (Kvåle, 2002). Sykepleier skal gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått (Norsk sykepleierforbund [NSF], 2011). Dersom pasienten mister et bryst er det viktig å kartlegge pasientens og pårørendes tanker rundt dette. Da er det viktig å lytte til det pasienten sier, og ikke blande inn hvordan en selv ville reagert i hva pasienten forteller (Kvåle, 2002). Funn i studien til Boehmke og Dickerson (2006) viste at operasjon og tilleggsbehandling endret kvinnes syn på seg selv og sin egen kropp. En kvinne i studiet sa at hun aldri ville bli den samme igjen, hun ville for alltid være forandret. Kommunikasjon er en forutsetning for å hjelpe mennesker med å mestre lidelse og sykdom og for å finne mening i erfaringene sykdom og lidelse gir (Kirkevold, 2001). ”Ikke alle kvinner oppfatter det å miste et bryst som et stort tap, og ikke alle opplever å få sitt selv bilde redusert som følge av dette, men noen gjør det” (Kvåle, 2002, s. 77). Noen kvinner som mister et bryst kan føle seg

mindre kvinnelige, og er redde for hvordan ektefellen vil reagere. Samtale omkring disse temaene skal være et tilbud til pasienten, og sykepleieren må gå varsomt fram. Etter at pasienten er operert for brystkreft må hun få informasjon om hvilke symptomer som kan være tegn på at kreften har kommet tilbake eller at den har spredd seg. Dersom kvinnen trenger en protese er det viktig å informere om hvor hun skal henvende seg for å få den tilpasset, hvordan den ser ut og at utgiftene blir dekket av folketrygden. Eventuelle komplikasjoner og etterbehandlinger må også informeres om til pasienten (ibid.). Brystkreft kan føre til ulike psykiske belastninger som beskrives i neste kapittel.

### **3.2.2 Psykiske belastninger ved kreftsykdom**

Mange faktorer spiller inn på hvordan pasienten opplever å få kreft og hvor stor trussel pasienten opplever at han eller hun står ovenfor. Disse faktorene kan være om sykdommen kan helbredes, sykdommens stadium, behandling og også pasientens personlighet og sosiale forhold spiller inn (Kvåle, 2002). I forskningen til Lally (2010) opplevde noen av kvinnene et sterkt ubehag etter å ha fått stilt diagnosen. Noen følte at de fikk dårligere livskvalitet og ubehaget kunne også føre til psykiske lidelser. Forskningen viste også at kvinnene følte tap av konsentrasjon, underskudd av energi og mental utmattelse før behandlingen.

Mange kreftpasienter opplever psykiske problemer som stress, krise, depresjon og angst (Kvåle, 2002). Kvinnen opplever i tillegg til disse emosjonelle plagene frykt for å få tilbakefall (Boehmke & Dickerson, 2006). I følge Varre, Slettebø og Ruland (2011) slet 20-30% av pasienter med bryst- og prostatakreft med depresjon og/eller angst 6 måneder etter stilt diagnose. Psykisk stress ses som oftest ved diagnosetidspunktet, ved tilbakefall av kreften, ved metastaser og i den terminale fasen (Kvåle, 2002). De mest stressende opplevelsene for en brystkreftrammet er når de venter på resultater fra prøver og i perioden fra diagnosen er stilt til operasjon (Drageset, Lindstrøm & Underlid, 2010). Når diagnosen blir gitt er det mange pasienter som opplever en traumatisk krise, dette vil si at pasienten opplever situasjonen så intens at han eller hun føler seg hjelpeløs og ute av stand til å mestre situasjonen (Kvåle, 2002). Krisens fire forløp blir beskrevet senere i dette teorikapittelet, under Cullbergs fire faser i en traumatisk krise.

Mange kreftpasienter rekker ikke å nå nyorienteringsfasen, som er siste fase i en traumatisk krise, før en ny krise oppstår. De forskjellige behandlingene kreftpasienter må gjennomgå som følge av sykdommen kan utløse nye kriser før krisen over å få diagnostisert kreft når nyorienteringsfasen. Hver ny utvikling av sykdommen kan også utløse nye krisereaksjoner, og det er vanlig å føle utrygghet og usikkerhet rundt hver kontroll av sykdommen. Alle mennesker reagerer forskjellig i krisereaksjonen, og deres evne til mestring er individuell (Kvåle, 2002). Det at alle mennesker reagerer forskjellig i krisereaksjoner kan forklares ved Travelbees syn på mennesket som individ som går ut på at individets opplevelser av ulike erfaringer er unike og bare individets egne (Kirkevold, 2001).

### 3.3 Mestring

Mestring er et ord som brukes synonymt med å klare seg, å greie seg og å få til noe. Livet er mestring ved at vi utvikler oss, tilpasser oss og lærer nye ferdigheter. Dette er generelle sider av mestring. De spesielle sidene ved mestring er når vi kommer i situasjoner som er så belastende at vi får problemer med å mestre dem, en må da ta i bruk mestringsstrategier (Reitan, 2010). Det er de spesielle sidene av mestring som vil bli beskrevet her. Travelbee mener kommunikasjon er en forutsetning for at mennesker skal mestre lidelse og sykdom (Kirkevold, 2001). Lazarus og Folkman definerer mestring som: ”*constantly changing cognitive and behavioural effesorts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person*” (1984, s. 141).

Når en formidler diagnose, behandling og prognose til mennesker med en alvorlig og livstruende eller kronisk sykdom, kan det føre til stress for pasienten, psykiske og fysiologiske stressreaksjoner (Reitan, 2010). Når et menneske opplever stress, er det man gjør i situasjonen mestring (Kristoffersen, 2005). Pasienten må lære seg og leve med den kroniske sykdommen, og å mestre en ny livssituasjon. En kronisk sykdom fører til at pasienten opplever stress men også mestring (Reitan, 2010). En pasient uttalte at å leve med kreft handlet om å finne nye løsninger i hverdagen (Varre, Slettebø & Ruland, 2011).

Når et menneske med en sykdom føler seg usikker på grunn av sykdommen og den nye situasjonen, blir evnen til å forstå betydningen av sykdommen og den situasjonen man havner i nedsatt. Usikkerheten er i stor grad knyttet til mestring (Bastøe, 2010). Når en har fått stilt

diagnosen brystkreft fremprovoserer det en rekke emosjonelle reaksjoner hos kvinnene, det kan være reaksjoner som kaos, usikkerhet, angst, håpløshet og fortvilelse. Kvinnene stilles derfor ovenfor store krav i forhold til mestringsevnen deres (Drageset, Lindstrøm & Underlid, 2010).

### 3.3.1 Lazarus og Folkmans syn på mestring

Lazarus og Folkman har utviklet en teori om stress og mestring. Denne teorien bygger på forståelsen av situasjonen pasienten befinner seg i, det vil si at pasientens egne tanker rundt situasjonen utgjør grunnlaget for stressopplevelsen. Hvordan pasienten mestrer situasjonen avgjøres av pasienten selv og situasjonen han eller hun befinner seg i (Kristoffersen, 2005). Lazarus og Folkman definerer psykologisk stress som: "... the *relationship* between the person and the environment, which takes into account characteristics of the person on the one hand, and the nature of the environmental event on the other" (1984, s. 21).

Det vil si at dersom pasienten selv oppfatter situasjonen som belastende, er pasientens opplevelse reell. På denne måten vil opplevelsene av stress være individuelle, ved at mennesker opplever forskjellige situasjoner som stressende (Kristoffersen, 2005). Dette er i tråd med Travelbees (1999) tenkning som ser på hvert menneske som et unikt individ med individuelle opplevelser. I situasjoner der personens ressurser blir satt på prøve mener Lazarus og Folkman at atferdsmessige og psykiske prosesser blir tatt i bruk for å håndtere kravene situasjonen stiller de ovenfor (Kristoffersen, 2005).

Lazarus og Folkman mener at for å mestre en situasjon tar pasienten utgangspunkt i sin kognitive vurdering. Denne vurderingen består av primærvurdering, sekundærvurdering og revurdering. Primærvurdering er at pasienten gir situasjonen mening ut fra kjennetegn ved situasjonen og indre faktorer. Dersom situasjonen oppleves som belastende, kan den oppfattes som et tap, trussel eller utfordring. Når situasjonen oppleves som ny og usikker kan dette gi pasienten økt stressopplevelse og pasienten kan reagere med angst, sinne eller fortvilelse. I sekundærvurderingen vil pasienten se på ulike muligheter for å håndtere situasjonen, tidligere erfaringer, kunnskaper og ferdigheter er viktig for å kunne mestre. Revurdering er dersom pasienten får ny informasjon slik at hun kan mestre situasjonen, situasjonen går da over fra å være en trussel til å bli en utfordring (Kristoffersen, 2005).

### 3.3.1.1 Lazarus' stress- og mestringsmodell og medbestemmelse

Pasienten kan ha mangelfull kunnskaper om sykdommen som innvirker på mestringsen. Det er viktig at sykepleieren gir pasienten økt kunnskap og forståelse for sin situasjon, som vi ser ut ifra det Lazarus og Folkman sier om at kunnskap gir bedre oversikt over situasjonen og økt kontroll. En pasient som innehar god kunnskap og forståelse av situasjonen vil føle situasjonen som mindre truende (Kristoffersen, 2005). Kvinnene i studiet til Drageset, Lindstrøm og Underlid (2010) sa at informasjon var viktig for dem, men at de ikke ville ha all informasjon på en gang. Det at de fikk informasjon og visste hva som skulle skje, gjorde situasjonen lettere å håndtere. Her er kommunikasjon viktig. Noe Travelbee mener er en forutsetning for å mestre sykdom og lidelse. Ved hjelp av kommunikasjon finner også sykepleieren frem til pasientens ønsker og behov (Kirkevold, 2010; Travelbee, 1999). I følge pasientrettighetsloven (1999) skal pasienter ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsesituasjon.

Lazarus mener pasientens verdier er en faktor som er med på å forme hva slags mening pasienten tillegger situasjonen. Ulike pasienter har ulike verdier, men kroppens funksjon, helse og livskvalitet er sentrale verdier for de fleste. Slike verdier kan trues av sykdom, noe som oppleves som vanskelig for pasienten. Mange sykdommer, som for eksempel brystkreft, kan utgjøre en stor trussel for pasienten dersom sykdommen fører til at livet forandres. Brystkreft kan true pasientens mulighet til livsutfoldelse og livskvalitet, det stilles derfor store krav til deres mestringssevne. Dersom sykdommen fører til at livssituasjonen forandres må pasienten muligens finne nye verdier å bygge fremtiden på, dette er noe sykepleieren kan hjelpe pasienten med (Kristoffersen, 2005).

I følge Lazarus er medbestemmelse og det å ha en aktiv rolle i egen behandling viktig for at pasienten skal oppleve mestringsen. Ved at pasientene får delta i beslutninger gir økt kontroll, dette er med på å styrke forventningene om å mestre livssituasjonen. Å få påvirke egen situasjon på en positiv måte vil for de fleste ha en stor betydning (Kristoffersen, 2005). I pasientrettighetsloven (1999) står det at pasienter har rett til å medvirke i egen behandling. I studien til Varre, Slettebø og Ruland (2011) følte kvinnene mestringsen ved å kunne sette ord på opplevelsene og erfaringene sine. Dette bidro til økt kontroll, mindre bekymringer, lettere sinnsstemning og bedre helse. Ved å utveksle kunnskaper og erfaringer opplevde kvinnene seg bemyndiget.

### 3.3.1.2 Lazarus og Folkmans mestringsstrategier

For å mestre de kravene sykdommen gir må pasienten ta i bruk noen mestringsstrategier. Mestringsstrategiene har som formål å hjelpe pasienten til å finne mening, bevare selvbildet og opprettholde personlig kontroll over krav og problemer pasienten står ovenfor (Reitan, 2010). Problemorientert mestring og emosjonsorientert mestring er de to hovedtypene av mestringsstrategier Lazarus og Folkman skiller mellom. Ved bruk av problemorientert mestring prøver man å løse problemet eller hanske med den vanskelige situasjonen ved å bruke ulike typer aktive og direkte strategier. Pasienten tilegner seg informasjon om hva som må gjøres og tar et valg ut i fra dette. Denne mestringsstrategien omfatter også følelsesmessig bearbeiding av situasjonen, og det er viktig å tilpasse seg den nye livssituasjonen. Et eksempel på problemorientert mestring er at kreftpasienten får informasjon om ulike behandlingsalternativer og velger den som passer pasienten best (Kristoffersen, 2005; Lazarus, 2006). Ved emosjonsorientert mestring skal man endre opplevelsen av situasjonen mer enn å endre selve situasjonen. Dette gjøres ved å regulere følelsene som er knyttet til den stressende situasjonen. Man skal først og fremst redusere følelsen i opplevelsen ved bruk av denne mestringsstrategien, ved å endre ubehaget i situasjonen eller meningsinnholdet. Eksempler på emosjonsorientert mestring kan være å unngå eller revurdere trusselen, bagatellisere eller å overlate ansvaret til andre. Forsvarsmekanismer som fortrenkning, intellektualisering og isolering av følelser kan også være eksempler på emosjonsorientert mestring (ibid.). Det finnes ikke noen fasitsvar på hva som er riktig mestringsstrategi. Det avhenger av hendelsen selv, konteksten og personens fysiologiske og psykologiske forutsetninger. Det er en nær sammenheng mellom følelse og mestring, og situasjonen og de følelsesmessige reaksjonene (Eide & Eide, 2011). Virkningen av mestringsstrategien avhenger av personlighet, trussel, grad av stress og resultatets modalitet (Lazarus, 2006).

### 3.4 Opplevelse av krise

Ordet krise betyr avgjørende vending, plutselig forandring, skjebnesvanger endring (Cullberg, 1994, s. 11). Mange kvinner som er diagnostisert med brystkreft sliter med traumatisk stress knyttet til diagnosen, operasjon og medisinsk behandling (Öster et al., 2006). Diagnostisering av brystkreft fører til følelser som frykt og usikkerhet, og truer pasientens eksistens. Når kvinner oppdager en kul i brystet eller får resultatene fra mammografien opplever de en brå

overgang fra å være frisk til å bli syk (Boehmke & Dickerson, 2006). En kvinne sa hun hadde spist sunt og vært aktiv hele livet. Hun fikk diagnostisert brystkreft etter en rutine mammografi, og dette kom som et sjokk på henne (ibid.). Den psykiske reaksjonen som mennesker opplever når vanlige mestringsstrategier ikke er nok for å finne løsninger på vanskelige situasjoner, er krise. Krise kan føre til mestring og vekst for et menneske. Mennesker som er i krise er preget av sterke følelser, dette kan komme til uttrykk både direkte og indirekte (Reitan, 2010). I forskningen til Lally (2010) opplevde kvinnene sjokk, overraskelse og følelsesmessig nummenhet etter at de fikk stilt diagnosen. Kriser er alvorlige og vanskelige livshendelser. For å mestre sykdom og krise bedre og bearbeide reaksjoner kan det hjelpe pasienten med god kommunikasjon. Pasienter i krise har behov for støtte, noen å dele tanker og følelser med og å ha menneskelig kontakt (Eide & Eide, 2011). I følge Travelbee er kommunikasjon avgjørende for å hjelpe mennesker med å mestre sykdom og lidelse (Kirkevold, 2001). Det å fortelle andre om diagnosen er en av de vanskeligste oppgavene kvinner med brystkreft står ovenfor (Lally, 2010).

Johan Cullberg definerer traumatisk krise som: ”individets psykiske situasjon ved en ytre hendelse av en slik art at personens fysiske eksistens, sosiale identitet og trygghet eller grunnleggende livsmuligheter blir truet” (1994, s. 108). Traumatisk krise kan utløses av ulykker, operasjoner, livstruende sykdom, amputasjoner og dødsfall. I en traumatisk krise er ikke ens tidligere erfaringer og innlærte reaksjoner tilstrekkelige til at man forstår og mestrer den aktuelle situasjonen (Reitan, 2010). En kvinne som for eksempel har måttet fjerne ett bryst på grunn av brystkreft, kan reagere med depresjon. For kvinner har brystene en viktig psykisk funksjon for selvfølelsen, så fjerning av et bryst eller begge kan føre til en knekk av selvfølelsen og føre til depresjon (Cullberg, 1994). En kvinne som hadde fjernet en del av brystet etter operasjon uttrykte ønske om at like mye skulle blitt fjernet fra det andre brystet, slik at brystene hadde sett mer like ut (Boehmke & Dickerson, 2006). For mennesker med svakere identitet og selvfølelse, vil det lettere oppstå psykiske reaksjoner av sorg og angst etter operasjonen (Cullberg, 1994). Det er viktig for pasienten i en slik situasjon å finne mening med sykdommen. I følge Travelbee er dette sykepleierens viktigste funksjon, nemlig å hjelpe pasienter til å finne mening (Kirkevold, 2001).

### 3.4.1 Cullbergs fire faser i en traumatisk krise

Cullberg deler den traumatiske krisen inn i fire faser, sjokkfasen, reaksjonsfasen, bearbeidingsfasen og nyorienteringsfasen. Hver av disse fasene har hver sine egenskaper og terapeutiske problemer. Disse fasene er bare et hjelpemiddel til å orientere seg i krisens forløp og at den ikke skal betraktes som en fast modell (Cullberg, 1994).

Sjokkfasen er den første fasen, og den kan vare fra et kort øyeblikk til noen dager. I denne fasen holder personen virkeligheten fra seg, man klarer ikke ta innover seg hva som er skjedd, personen erkjenner ikke hendelsen. Personer i denne fasen reagerer forskjellig, det kan være fra å skrike til og ikke si noen ting eller å bli helt paralyisert. Man må være klar over at i denne fasen har personene vansker med å huske hva som er skjedd og hva som er blitt sagt. Det er viktig å tenke på at pasienten har vansker med å ta til seg og huske informasjonen som blir gitt når man skal gi pasienten medisinsk informasjon (ibid.).

Reaksjonsfasen er den andre fasen, denne fasen varer fra 4-6 uker (Cullberg, 1994). I denne fasen begynner man å ta det som er skjedd innover seg, man slipper sannheten nærmere og også følelsene og reaksjonene dette fører med seg. Hvordan man reagerer i denne fasen vil variere fra person til person (Eide & Eide, 2011). I denne fasen forsøker den kriserammede å finne en mening i den kaotiske situasjonen. Ofte blir spørsmålet ”hvorfør” stilt (Cullberg, 1994).

Bearbeidingsfasen er den tredje fasen, når denne fasen begynner er den akutte fasen ferdig. Denne fasen kan være et halvt år eller ett år etter selve hendelsen. Her begynner pasienten å se fremover og bli mer fremtidsrettet igjen. Personer som har fått en kronisk sykdom eller skade vil i denne fasen arbeide med og godta sitt handikap og lære seg nye sosiale roller som en følge av sykdom og skade (Cullberg, 1994). Erfaringer bearbeides og man tilpasser seg den nye tilværelsen. I begynnelsen av denne fasen vil man være emosjonelt labil, og man vil ha mange følelsesmessige reaksjoner. Å lytte til pasienten kan være til god støtte og hjelp. I denne fasen er det fokus på akseptering og forsoning (Eide & Eide, 2011).

Nyorienteringsfasen er den siste fasen, her er traumet bearbeidet i den grad det er mulig (Eide & Eide, 2011). Personen vil alltid leve med arret, men det hindrer en ikke i vanlige livskontakter. Den rammede har klart å komme seg igjennom krisen, selvfølelsen er blitt



gjenopprettet. Men følelsen fra hendelsen vil fremdeles dukke opp igjen og krisen blir en del av livet, men man lærer seg å leve med den (Cullberg, 1994).

## 4. DRØFTING

I dette kapittelet vil vi drøfte hvordan vi som sykepleiere kan bidra til at pasienten mestrer hverdagen på best mulig måte etter diagnostisering av brystkreft. Her vil teori fra pensumlitteratur, annen faglitteratur, forskning og egne erfaringer bli drøftet for å kunne besvare problemstillingen. Temaene vi har drøftet er informasjon og veiledning, medbestemmelse og mestringsstrategier. Vi har delt opp disse temaene i kapitler slik at det skal bli mer oversiktlig for leseren.

### 4.1 Informasjon og veiledning – en hjelp for pasienten?

Når pasienter kommer i situasjoner som er så vanskelige at de får problemer med å mestre dem kan sykepleier hjelpe til å styrke pasientens mestringsressurser, som for eksempel kan være sosiale og materielle ressurser, positive tanker og løsningsorientering (Reitan, 2010; Öster et al., 2006). Lazarus mener pasienten kan ha problemer med å mestre situasjonen på grunn av manglende kunnskaper. Manglende kunnskaper om brystkreft kan føre til at pasienten opplever sykdommen som en trussel. Sykepleieren kan hjelpe pasienten med å unngå dette ved å gi riktig og tilpasset informasjon, slik at trusselen ikke bygger på mangelfulle kunnskaper (Kristoffersen, 2005). Som vi ser av dette er det altså viktig at pasienten får tilstrekkelig informasjon for å kunne mestre sykdommen, samt at informasjonen må tilpasses hver enkelt (Reitan, 2010). Det er viktig at sykepleieren har innsikt og forståelse for kreftpasienters mestringsmuligheter, dette opparbeides gjennom praksis og erfaringer. Sykepleieren kan bruke denne kunnskapen til å gi bedre veiledning og oppfølging av pasienter med kreft. I tillegg er det viktig å dele kunnskapen med annet helsepersonell slik at disse også på en bedre måte kan hjelpe pasienten til å mestre (Varre, Slettebø & Ruland, 2011).

For å mestre situasjonen må pasienten lære seg å leve med sykdommen og samtidig mestre en ny livssituasjon. Det er viktig å huske på at pasienten ikke ser verden på samme måte som før diagnosen. Kvinner som får diagnosen brystkreft kan for eksempel se på verden som urettferdig etter diagnostiseringen. Mange får et annet syn på hva som er viktig i livet, verdier som tidligere betydde mye for dem har ikke like stor betydning lenger. Ved å gi veiledning kan sykepleiere hjelpe pasienter til å finne nye verdier de kan bygge fremtiden på. Dersom pasienten klarer å mestre kreftsykdommen kan de komme styrket ut av situasjonen og mestre liknende situasjoner i fremtiden. På en annen side kan de føle angst og usikkerhet dersom

kreftsykdommen skulle komme tilbake (Kristoffersen, 2005; Reitan, 2010). Sykepleieren får ønske om å hjelpe pasienten til å mestre sykdommen i sympatifasen i menneske-til-menneskeforholdet i Travelbees beskrivelse (Kirkevold, 2001). Sympatifasen oppstår når sykepleieren har blitt kjent med pasienten og fått til en dialog. Pasienten kan fortelle om sine opplevelser rundt sykdommen og hvilke verdier og ressurser hun innehar. På denne måten finner sykepleieren ut av hvordan hun kan hjelpe pasienten til å mestre sykdommen. Dette samsvarer med Lazarus og Folkmans syn på hvordan sykepleieren kan iverksette tiltak for å styrke pasientens mestring. De mener at sykepleieren kan hjelpe pasienten ved å identifisere faktorer som har betydning for hvordan pasienten vurderer situasjonen (Kristoffersen, 2005).

For å hjelpe pasienten med å mestre situasjonen må sykepleieren følge yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere som innebærer å sørge for å gi tilstrekkelig og tilpasset informasjon til pasienter. I tillegg må sykepleieren forsikre seg om at pasienten har forstått informasjonen (NSF, 2011). Som vi ser av denne retningslinjen er ikke informasjonen gitt før den er forstått. Pasienter kan reagere forskjellig på informasjonen som blir gitt, noen reagerer med sinne og aggresjon mens andre blir paralyisert og gir ingen respons på informasjonen (Cullberg, 1994). I praksis reagerte en pasient med aggresjon og fortvilelse på diagnostiseringen, mens en annen pasient som fikk samme beskjed reagerte ved å si at det var forventet og forholdt seg rolig. Sykepleieren må huske på at selv om pasienten reagerer behersket på diagnosen er det ikke dermed sagt at hun har akseptert sykdommen. Uansett hvilken måte pasienten reagerer på, er det viktig å forsikre seg om at de har forstått omfanget av informasjonen (Cullberg, 1994). Erfaring fra praksis er at når en pasient legges inn på sykehus for operasjon kan de ofte være preget av angst og usikkerhet. Det kan føre til at pasientens evne til å forstå informasjon er nedsatt. Det er derfor viktig for sykepleieren i denne situasjonen å kartlegge hvor mye informasjon pasienten har fått med seg og eventuelt gi informasjon på nytt. I den traumatiske krisens sjokkfase, som kvinner kan oppleve i forbindelse med diagnostisering av brystkreft, er mennesker preget av sterke følelser som kan virke inn på deres evne til å motta og forstå informasjon. Dette er fordi de ikke klarer å ta virkeligheten inn over seg og kan ha vansker med å forstå hva som er skjedd og hva som er blitt sagt (Cullberg, 1994; Reitan, 2010). Den traumatiske krisen kvinner opplever i forbindelse med diagnostisering av brystkreft kan føre til at situasjonen oppleves som stressende slik at pasienten føler seg hjelpeløs og ikke klarer å mestre situasjonen (Kvåle, 2002). I denne situasjonen er det viktig at sykepleier veileder pasienten til å finne mestringsstrategier og nye verdier gjennom dialog. Lazarus fremhever betydningen av å vite

noe om pasientens tidligere erfaringer og opplevelser, noe som kan forklare ulike reaksjoner pasienten kan ha (Kristoffersen, 2005). Dette ble erfart i praksis da en eldre kvinne ble innlagt på avdelingen. Etter et par timer på avdelingen ble kvinnen plutselig urolig, og ville hjem. Sykepleieren forsto ikke hennes reaksjon, så hun satte seg ned og snakket med henne. Det kom frem gjennom dialogen mellom pasient og sykepleier at hennes ektemann døde på denne avdelingen for noen år tilbake, og det å være her igjen nå vekket vonde minner og ble for mye for henne å takle i tillegg til sin egen sykdom. Som vi ser ut ifra denne erfaringen er det viktig at sykepleieren gjennom dialog med pasienten avdekker pasientens tidligere opplevelser. Ved at sykepleieren kjenner til pasientens tidligere erfaringer er det lettere å tilrettelegge behandling og pleie og pasientens mestringsressurser blir styrket.

Informasjonen må gis til pasienten på en forståelig måte. En bør bruke et språk som pasienten forstår fremfor faguttrykk, da faguttrykkene kan gjøre pasienten mer usikker og situasjonen mer stressende. Det er viktig å tilpasse informasjonen til hvert enkelt individ. I tillegg til å gi informasjon muntlig kan pasienten ha nytte av å få forklart diagnosen billedlig. I praksis hadde en pasient problemer med å forstå informasjon om operasjonen som ble gitt muntlig. Sykepleieren satt seg da ned og tegnet og forklarte hva som skulle bli gjort under operasjon. Dette kan være nyttig for at pasienten skal forstå omfanget av situasjonen bedre og få et bilde av hva som skal skje. Travelbee (1999) sier at individets opplevelse av erfaringer er unike og de har forskjellige behov. I tillegg legger hun vekt på at det er viktig å ikke se på alle pasienter på samme måte, men som et unikt og helt menneske. Lidelse oppleves forskjellig hos hvert enkelt individ, noe som er viktig å tenke på når man formidler informasjon (Kirkevold, 2001). Lazarus sier at sykepleieren kan iverksette konkrete tiltak for å fremme mestring hos pasienten ved å samle data som innvirker på pasientens vurdering. Å få riktig og god nok informasjon kan hjelpe pasienten til å mestre situasjonen bedre (Kristoffersen, 2005). For eksempel kan kvinner være preget av usikkerhet og angst i perioden fra hun oppdager symptomer til hun får endelig diagnose, dette er den mest stressende perioden for en brystkreftsyk patient. Her er det viktig å vise forståelse og forklare årsaker til ventetiden (Drageset, Lindstrøm & Underlid, 2010; Kvåle, 2002). Travelbee (1999) sier at sykepleier og pasient må ha en dialog for at pasientens angst og usikkerhet avdekkes. Som Lazarus sier noe om er det viktig for pasienten å få kunnskaper om sykdommen slik at ikke uvitenhet i forhold til brystkreft er en trussel for pasienten. Ved å få kunnskaper om sykdommen får pasienten økt opplevelse av kontroll (Kristoffersen, 2005). Erfaring fra praksis er at pasienter som selv er helsepersonell ikke alltid får like god informasjon når de er innlagt på sykehus. Noen

sykepleiere kan ha lett for å tenke at disse pasientene allerede har nok kunnskaper, og dermed ikke informerer på samme måte som til andre pasienter.

I følge Travelbee (1999) er det viktig for pasienten å finne mening i sykdommen for å klare å mestre situasjonen, dette mener hun er sykepleierens viktigste hensikt (Kirkevold, 2001). I følge Lazarus er pasientens verdier med på å forme hva slags mening pasienten finner i situasjonen. Verdiene kan trues av sykdom, noe som oppleves som skremmende for pasienten (Kristoffersen, 2005). Det kan være vanskelig for pasienten å finne mening med situasjonen da kreftsykdommen kan gi opp- og nedturen om hverandre, det er da viktig at sykepleieren viser forståelse og empati for pasienten. Kvinnene i studiet til Varre, Slettebø og Ruland (2011) fikk både negative og positive svar på forskjellige prøver. Disse svarene skapte håp og fortvilelse om hverandre, noe som kunne være vanskelig å takle for kvinnene. Løsningen deres ble derfor å prøve å legge resultatene fra tidligere prøver bak seg til neste gang, slik at de på denne måten unngikk store følelsesmessige svingninger. Erfaringer fra praksis er imidlertid at dette er vanskelig, da pasienter sier at de positive og negative følelsene stadig dukket opp. For å hjelpe pasienter med å finne mening er det viktig å opprette en relasjon til pasienten slik at pasienten har tillit til sykepleieren når informasjon skal formidles. Ved å gi tilstrekkelig informasjon og veiledning til pasienter kan dette hjelpe dem til å mestre situasjonen bedre (Kirkevold, 2001). I følge Lazarus vil situasjonen oppleves som mindre truende dersom pasienten har fått tilstrekkelig informasjon (Kristoffersen, 2005). Når sykepleieren gir informasjon til pasienten er det viktig å få til en dialog, slik at pasienten kan komme med sine meninger og synspunkter. Det kan bli lettere for sykepleieren å få pasienten til å åpne seg ved å informere om taushetsplikten og at informasjonen forblir mellom helsepersonell og pasient. Erfaringer viser også at pasienter har lettere for å åpne seg dersom sykepleieren viser forståelse, lytter og viser gjensidig tillit.

Når pasienten får informasjon om diagnose og behandling kan dette føre til fysisk og psykisk stress, men også at pasienten mestrer situasjonen bedre (Reitan, 2010). Kvinner som har fått stilt diagnosen brystkreft har ofte tanker rundt operasjon og det å miste brystet. Tanken på å miste brystet kan være skremmende for pasienten fordi det kan føre til at hun føler seg mindre kvinnelig (Kvåle, 2002). Det er derfor viktig at sykepleier gir pasienten informasjon om at brystet ikke alltid må fjernes og at dersom brystet må fjernes kan kvinnen få en brystprotese. Pasientrettighetsloven (1999) er klar på at pasienter skal få den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin egen helsetilstand. Pasienter sier at informasjon er viktig for

dem, men at de ikke ønsker all informasjon på en gang. Informasjon er med på å skape trygghet, da de gjennom informasjon får vite hva som skal skje (Dragset, Lindstrøm & Underlid, 2010). Når en gir informasjon og veiledning til pasienter, er det viktig med god kommunikasjon. Når en formidler informasjon til pasienter er det viktig å huske på at kroppsspråket har stor innvirkning på formidlingen og at kroppsspråket må samsvare med den verbale kommunikasjonen.

Travelbee mener dialog er en forutsetning for å hjelpe mennesker med å mestre lidelse og sykdom, og sykepleiere finner frem til pasienters ønsker og behov ved hjelp av kommunikasjon (Kirkevold, 2001; Travelbee, 1999). Dialog kan hjelpe pasienter med å mestre sykdom og krise ved at de får noen å dele tanker og følelser med, samt at de oppnår menneskelig kontakt og støtte. Sykepleieren kan gi god hjelp og støtte til pasienten ved å lytte (Eide & Eide, 2011). Noen kvinner med brystkreft ønsker å bli behandlet på samme måte som før de fikk diagnosen, noe som er viktig å huske på i kontakt og samhandling med pasienten. Dette kommer frem i studiet til Drageset, Lindstrøm og Underlid (2010) der kvinnene sa at de ønsket å bli behandlet som vanlig. Dersom andre møtte dem med medlidenhet og medfølelse fikk kvinnene følelser av frykt og sårbarhet. Når andre viste medlidenhet og syntes synd på dem, førte dette til at kvinnen begynte å syntes synd på seg selv. På en annen side er ikke alle pasienter like, og man må lære pasienten å kjenne før man finner ut av deres ønsker og behov. Det er derfor viktig å opprette et menneske-til-menneske-forhold som i følge Travelbee (1999) er med på å oppfylle pasienters behov for sykepleie.

Mange kreftpasienter opplever psykiske problemer, og kvinner som har hatt brystkreft er også redde for at kreften skal komme tilbake (Boehmke & Dickerson, 2006; Kvåle, 2002). I denne situasjonen er det viktig at sykepleieren gir veiledning og informasjon til pasienten om symptomer og kjennetegn på brystkreft. Sykepleieren kan oppfordre pasienten til å undersøke disse kjennetegnene jevnlig, slik at dersom kreften er kommet tilbake oppdages dette tidligst mulig (Kvåle, 2002). Etter operasjon kan kvinner få endret syn på seg selv og kroppen sin. Noen kvinner opplever det å miste et bryst som et stort tap, men ikke alle ser på dette som et tap og får ikke endret selvbilde. Det er viktig for sykepleiere å gi veiledning til kvinner i forbindelse med operasjon (ibid.). Tap av et bryst kan føre til depresjon for noen kvinner, noe som sykepleiere må være klar for å kunne gi tilstrekkelig informasjon og veiledning for å forebygge eller forhindre en dyp depresjon (Cullberg, 1994).

Dersom pasienten ikke får tilstrekkelig med informasjon og veiledning kan dette svekke evnen til å mestre. Ved å ikke få nok informasjon om sin helsetilstand kan pasienten føle tap av kontroll over eget liv og selvbestemmelsen blir svekket. Erfaringer fra praksis er at pasienter ofte er usikker og engstelig etter legesamtale, og ofte ikke har fått med seg så mye av hva legen har sagt. Det er da viktig at sykepleiere tar seg tid til pasienter, og forklarer med forståelige ord hva legen har fortalt. I studien til Varre, Slettebø og Ruland (2011) uttalte en kvinne at hun synes det var vanskelig å ta inn de faktaene legen kom med. Til kreftpasienter under behandling er det viktig å gi informasjon om senskader (Reitan, 2010). Erfaringer fra praksis viste at denne informasjonen ikke alltid er like god. En kvinne fortalte at hun ikke hadde fått god nok informasjon om hvordan hun skulle forholde seg til soleksponering etter strålebehandling. Etter at hun hadde oppholdt seg i solen en liten stund fikk hun utslett og ble solbrent noe som førte til store smerter. I følge Bastøe (2010) blir evnen til å forstå betydningen av sykdommen og situasjonen redusert når pasienten føler seg usikker, denne usikkerheten er knyttet til mestring. Altså dersom man føler usikkerhet i forhold til sykdommen og situasjonen blir mestringsevnen nedsatt. Hvis sykepleier ikke gir tilstrekkelig informasjon og forsikrer seg om at denne informasjonen er forstått bryter dette med de yrkesetiske retningslinjene (NSF, 2011). I tillegg vil pasientrettighetsloven (1999) som fastslår at pasienter skal få den informasjonen som er nødvendig bli brutt.

#### **4.2 Hva med min mening?**

I følge Lazarus er medbestemmelse og det å få ha en aktiv rolle i egen behandling viktig for at pasienten skal føle mestring. Dersom sykdommen fører til at pasienten må endre livsstil kan sykepleieren hjelpe pasienten med å finne nye verdier de vil bygge fremtiden på (Kristoffersen, 2005). I studien til Varre, Slettebø og Ruland (2011) uttalte en pasient at det å leve med kreft handlet om å finne nye løsninger i hverdagen. Dette er et eksempel på medbestemmelse, ved at kvinnene selv finner nye verdier som de kan bygge livene sine på. I tillegg sier Lazarus at god opplæring og kunnskaper om sykdommen er viktig for at pasienten skal kunne medvirke, som igjen gjør at pasienten klarer å mestre situasjonen bedre (Kristoffersen, 2005). Et eksempel på hvordan noen kvinner mestret sykdommen var å gjøre brystkreften til en del av livet, og fikk på denne måten en følelse av normalitet og kontroll (Lally, 2010). Kvinner kan gjøre brystkreft til en del av livet ved å tilpasse seg den nye livssituasjonen og akseptere eventuelle forandringer som må gjøres.

Noen kvinner ønsket å gå på jobb for å få andre ting å tenke på, mens andre ønsket heller å være hjemme for å bruke tid på ting som betydde noe for dem (Drageset, Lindstrøm & Underlid, 2010). Her kan kvinner bruke sin medbestemmelsesrett og selv bestemme hva som passer best for dem. Pasientrettighetsloven (1999) sier at pasienter har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Yrkesetiske retningslinjer slår fast at sykepleieren skal gi tilstrekkelig informasjon til pasienten slik at pasienten er i stand til å ta selvstendige avgjørelser (NSF, 2011). Dette viser at informasjon om situasjonen er nødvendig for at pasienten skal kunne medvirke. Kvinner har til en viss grad mulighet til å medvirke og bestemme mengden av informasjon de ønsker på en gang. Kvinnene i studiet til Drageset, Lindstrøm og Underlid (2010) ønsket å styre mengden av informasjon selv, kvinnene ble på denne måten bemyndiget. I følge Travelbee (1999) er alle pasienter unike og det er derfor viktig med medbestemmelse slik at de ved å styrke egne ressurser får frem sine ønsker og behov. Sykepleieren finner frem til pasientens ønsker og behov gjennom dialog. Travelbee (1999) sier også at hver enkelt pasient opplever lidelse og sykdom på sin egen unike måte og at det er viktig for sykepleiere å forholde seg til deres opplevelser fremfor diagnosen.

I studiet til Drageset, Lindstrøm og Underlid (2010) ville noen kvinner bli behandlet som før de fikk diagnosen. Men dette er også noe som er individuelt fra person til person, slik at sykepleiere må finne frem til pasientenes ønsker og behov slik at de kan medvirke. Et eksempel der kvinnene opplevde medbestemmelse var når de fikk utveksle kunnskaper og erfaringer med andre kreftpasienter. De opplevde mestring ved å få satt ord på opplevelsene sine. Ved selv å bestemme hvor mye og hva de ville dele med andre fikk de økt følelse av kontroll og mindre bekymringer (Varre, Slettebø & Ruland, 2011). Travelbee er opptatt av at det å finne mening er viktig for at pasienten skal kunne mestre sykdommen. For at pasienten skal finne mening med tilværelsen er det viktig at sykepleier og pasient etablerer et menneske-til-menneske-forhold. Pasienten må være medvirkende i dette forholdet for at det skal kunne opprettholdes (Kirkevold, 2001).

Ved at pasienten ikke får være medvirkende i egen behandling, kan dette svekke de ressursene pasienten allerede innehar og dermed føre til at de ikke klarer å mestre situasjonen. Dette kan føre til depresjon og dårligere livskvalitet. Dersom helsepersonell tar alle avgjørelser og ikke lar pasienten få medvirke, strider dette i mot yrkesetiske retningslinjer som sier at sykepleiere skal fremme pasienters muligheter til å ta selvstendige avgjørelser (NSF, 2011). I tillegg er en



slik praksis et lovbrudd da pasientrettighetsloven (1999) sier at pasienten har rett til medvirkning. Ved å ikke la pasienten medvirke svikter man Travelbees (1999) syn på mennesket som et unikt individ med unike ønsker og behov.

### 4.3 Hjelp til selvhjelp

Når kvinner blir diagnostisert med brystkreft kan det føre til frykt og usikkerhet, en kvinne sa at hun aldri ville bli den samme igjen etter at hun hadde fått diagnosen og ville for alltid være forandret (Boehmke & Dickerson, 2006). Dette kan føre til at situasjonen blir så belastende at man ikke klarer å mestre den, man må ta i bruk noen mestringsstrategier for å mestre de kravene sykdommen gir. Mestringsstrategier avhenger av mestringsressursene pasienten innehar. Öster et al. (2006) har i en studie beskrevet virkningen av kunstterapi som fokuserte på mestringsressurser. Hensikten var å gi kvinnene støtte i prosessen med å gjenopprette sitt selvbilde og redusere stress og styrke hennes evne til å mestre erfaringene med brystkreft. Studien viste en økning i selvfølelse og samhold, en nedgang av angst og depresjon, redusert stressnivå og en betydelig forbedring av helsen generelt. Resultatene viste at kvinnene som deltok i kunstterapi hadde betydelig forbedret sine mestringsressurser i forhold til kvinnene som ikke deltok. Travelbee (1999) mener lidelse oppleves forskjellig fra person til person, og kan oppstå ved ulike typer tap. Et slikt tap kan for eksempel være svekket helse og tap av energi. Mestringsstrategiene skal hjelpe pasienten til å finne mening og få kontroll over problemene (Reitan, 2010). Travelbee (1999) knytter mestring opp mot det å finne mening. For å finne mening med sine opplevelser stilte noen kvinner i studien til Boehmke og Dickerson (2006) spørsmål for å forstå og rasjonalisere brystkreften. En kvinne mente det var viktig å få kontroll over angsten så ikke angsten tok kontroll over henne, og dette kan oppnås ved hjelp av mestringsstrategier (Varre, Slettebø & Ruland, 2011).

Erfaringer viser at kvinner reagerer forskjellig når de får diagnosen brystkreft. Det er mye som spiller inn på hvor stor trussel brystkreften er for hver enkelt kvinne. For eksempel sykdommens stadium, behandlingen, kvinnens personlighet og sosiale forhold (Kvåle, 2002). Pasienter som er opptatt av karrieren vil oppleve en sterk trussel dersom sykdommen har innvirkning på arbeidssituasjonen. Mens pasienter med andre verdier som familie, venner og hobbyer ikke føler en like sterk trussel dersom sykdommen rammer arbeidsevnen (Kristoffersen, 2005). Noen forstår ikke hvorfor sykdommen har rammet dem og reagerer ofte

med sinne, fortvilelse og depresjon. Mens andre har nærmest ventet på at kreften skal ramme også dem, og føler ikke sykdommen som noe urettferdig (Travelbee, 1999). I følge Travelbee (1999) er personer som reagerer på den sist nevnte måten best i stand til å mestre sykdom. Funnene i studiet til Boehmke og Dickerson (2006) tyder også på det samme, da de kvinnene som var positive mestret situasjonen bedre enn de kvinnene med negativt fokus. Kvinner stilles ovenfor store krav i forhold til mestringsevnen deres når de har fått diagnosen brystkreft (Dragset, Lindstrøm & Underlid, 2010).

Det er viktig å utvikle mestringsstrategier for kvinner med brystkreft. Det å takle brystkreft ser ut til å ha sammenheng med hvordan kvinner opplever kroppen sin og hvordan de forholder seg til andre (Öster et al., 2006). En studie viste at kvinners holdninger til brystkreft påvirket deres opplevelser. Kvinner som tilnærmet seg sykdommen så ut til å mestre diagnosen og behandlingen bedre enn kvinnene som var negative og som ble immobiliserte av diagnosen. Mer enn halvparten av kvinnene i studiet så på seg selv som kjempere og overlevende. De så på operasjon og cellegift som erfaringer som måtte takles her og nå slik at de kunne gå videre med livene sine. Kvinnene som tilnærmet seg diagnosen og behandlingen negativt opplevde flere symptomer og bivirkninger enn kvinnene med en positiv holdning (Boehmke & Dickerson, 2006). Det finnes ingen fasitsvar på hva som er riktig mestringsstrategi da dette avhenger av mange faktorer, som for eksempel hvilke forutsetninger pasienten har og hvordan hendelse oppleves (Eide & Eide, 2011). Travelbee (1999) ser på mennesket som et unikt individ, og hver enkelt menneske må derfor finne de mestringsstrategiene som passer best for en selv. Lazarus og Folkman skiller mellom problemorientert og emosjonsorientert mestring.

I forskning har vi funnet forskjellige måter kvinner mestret sykdommen på. Problemorientert mestring er å mestre problemet eller hanske med situasjonen ved å bearbeide og tilpasse seg den nye situasjonen. Nedenfor presenteres eksempler på problemorientert mestring. I forskningen til Drageset, Lindstrøm og Underlid (2010) tilnærmet noen av kvinnene seg diagnosen ved å leve som vanlig, dette innebar at de hadde samme rutiner som før og beholdt hobbyer og arbeid. Å jobbe ga kvinnene kontroll, distraksjon og menneskelig kontakt. De ønsket også å bli behandlet som før diagnostisering, medlidenhet førte bare til selvmedlidenhet og var ikke noe kvinnene ønsket (ibid.). Erfaringer fra praksis er også at det å gå på jobb kan hjelpe kreftpasienter med å takle hverdagen bedre, ved at de fortsetter å leve som normalt og får andre ting å tenke på. I et annet studie fikk kvinnene en følelse av kontroll

og normalitet ved å gjøre brystkreft til en del av livet, dette gjorde de ved å tilpasse seg til den nye livssituasjonen. De kunne med dette leve et tilnærmet normalt liv og ikke føle seg som ofre av sykdommen (Lally, 2010). Ved å fortsette livet som vanlig lot de ikke sykdommen ta overhånd i livene deres. På en annen side kan dette være negativt ved at de ikke erkjenner seg diagnosen og får bearbeidet situasjonen. Ved at kvinnene ville bli behandlet som vanlig og ikke bli vist sympati kan vise til at de ikke har klart å ta situasjonen helt inn over seg og ikke ser alvorligheten i situasjonen.

Positivt fokus ga kvinnene i studiet til Drageset, Lindstrøm og Underlid (2010) en følelse av optimisme og håp. Noen av kvinnene fikk ekstra styrke av å ha en positiv holdning i den vanskelige situasjonen. Oppmuntring fra familie og venner, samt fra helsepersonell hjalp kvinnene med å mestre situasjonen (ibid.). Som sykepleiere kan vi hjelpe pasienten til å få et positivt fokus da vi vet fra forskning at kvinner med et positivt fokus mestret diagnosen og behandlingen bedre, i tillegg opplevde de færre symptomer og bivirkninger enn kvinner med negativt fokus (Boehmke & Dickerson, 2006). Dette samsvarer også med hvordan Travelbee (1999) mener mennesker best kan mestre sykdom. På en annen side vil man ved å mestre sykdommen på denne måten, stå i fare for å bagatellisere alvorligheten i sykdommen og på denne måten ikke ser realiteten som den er.

Kvinnene i studiet til Drageset, Lindstrøm og Underlid (2010) nøt livet ved å vurdere hva som var viktig for dem, og fokuserte på meningsfulle verdier og aktiviteter. De ønsket å være hjemme fremfor å gå på jobb slik at de fikk tid til å utføre aktiviteter som ga dem mening. Når kreftsykdommen fører til at kvinnene må endre livsstil, er det viktig at sykepleiere hjelper dem å finne verdier de kan bygge fremtiden på (Kristoffersen, 2005). Dette kan bidra til at kvinnene får større livsglede ved at de fokuserer på aktiviteter og verdier som gir dem en følelse av glede. Ved å få større livsglede øker mestringsmulighetene for kvinnene. I følge Lazarus har mennesker forskjellige verdier, hver enkelt må derfor finne hvilke verdier som er viktig for dem (Kristoffersen, 2005). Dette stemmer også med Travelbees (1999) syn på mennesket som individ, som går ut på at alle mennesker er forskjellige individer med unike ønsker og behov.

Å bearbeide følelser er også et eksempel på problemorientert mestring. Følelsene oppleves og uttrykkes annerledes for ulike kvinner, noen ønsker å være åpne og følte en lettelse ved å kunne uttrykke følelsene sine. I studiet fortalte en kvinne at det å snakke om diagnosen og

være åpen om det, var som en slags terapi for henne (Drageset, Lindstrøm & Underlid, 2010). Ved å være åpen og snakke om sykdommen med andre kan dette hjelpe pasientene til å finne mening og på denne måten mestre situasjonen bedre. Dette stemmer overens med Travelbees syn på kommunikasjon som hun mener er en forutsetning for å finne mening, som igjen er en forutsetning for å mestre sykdom og lidelse (Kirkevold, 2001). Åpenhet bidrar også til økt kontroll, mindre bekymringer og lettere sinnsstemning (Drageset, Lindstrøm & Underlid, 2010).

Emosjonsorientert mestring er at pasienten endrer opplevelsen av situasjonen ved å redusere følelsen i opplevelsen og endre ubehaget. Et eksempel på emosjonsorientert mestring er å skyve tankene til side og tenke på noe annet. Kvinnene i studiet til Drageset, Lindstrøm og Underlid (2010) følte seg redde og ble selvmedlidende da de tenkte på diagnosen, slik at løsningen for dem ble å skyve det bort. I en annen studie fikk en kvinne informasjon om at man hadde økt risiko for å få brystkreft tilbake, hun valgte da å se på seg selv som frisk etter behandling. Hvis kreften kom tilbake, var det ikke noe hun kunne gjøre for å forhindre det. Det var viktig for henne å ha kontroll over angsten og livet, så ikke angsten tok kontroll over livet hennes (Varre, Slettebø & Ruland, 2011). Når kvinnene skyver tankene til siden distanserer de seg fra sykdommen ved at de ikke tar inn over seg alvorligheten i sykdommen og får startet bearbeidelsesfasen.

For noen kvinner var det best å tilnærme seg diagnosen og sykdommen steg for steg, og de ønsket tilgang på informasjon gradvis. Dette er også et eksempel på emosjonsorientert mestring. Ved å tilnærme seg på denne måten forholdt de seg roligere, og prøvde å ikke tenke på det verste utfallet (Drageset, Lindstrøm & Underlid, 2010). En kvinne i studiet til Varre, Slettebø og Ruland (2011) hadde også vanskeligheter med å ta informasjonen hun fikk fra helsepersonell inn over seg. Ved å få tilgang til informasjon gradvis fikk kvinnene en viss kontroll over situasjonen. Negative sider med dette kan være at kvinnene på denne måten distanserte seg fra alvorligheten i sykdommen. Når de selv bestemmer mengden på informasjon kan dette føre til at kvinnene får for lite informasjon til å kunne mestre situasjonen på en god måte. For lite informasjon kan også føre til usikkerhet rundt sykdommen og situasjonen som gjør det vanskeligere å forstå situasjonen man havner i (Bastøe, 2010). Når kvinnene ikke får tilstrekkelig informasjon kan dette føre til at de ikke klarer å finne mening med situasjonen sin, å finne mening er noe Travelbee (1999) mener er viktig for å mestre. Informasjon kan føre til stress, men selv om kvinnene opplever stress kan

informasjon hjelpe til mestring (Reitan, 2010). Kvinnene må få en viss mengde informasjon for å kunne forstå og mestre situasjonen. Ved å få informasjon og vite hva som skal skje kan situasjonen bli lettere å håndtere (Drageset, Lindstrøm & Underlid, 2010).

Emosjonsorientert mestring innebærer også forsvarsmekanismer. Et eksempel på forsvarsmekanismer er å forberede seg på det verste som kvinnene i studiet til Drageset, Lindstrøm og Underlid (2010) benyttet seg av. Kvinnene var pessimistiske og forberedte seg på å oppleve tap-reaksjoner etter de hadde gjennomgått operasjon. Noen av kvinnene forberedte seg mentalt på det verste som for eksempel at kreften hadde spredd seg og var uhelbredelig, noen forberedte seg til og med på en tidlig død. Ved å være forberedt på det verste, kan kvinnene føle seg mer forberedt på negativ utvikling av sykdom. Vi tror at selv om kvinnene føler seg forberedt på det verste, vil negativ utvikling allikevel føre til stress og fortvilelse. Funn i studiet til Boehmke og Dickerson (2006) viser at et negativt fokus kan føre til at kvinnene mestrer situasjonen dårligere og det kan også føre til flere bivirkninger. Et annet eksempel på forsvarsmekanismer i studiet til Drageset, Lindstrøm og Underlid (2010) var å holde følelsene tilbake, som noen av kvinnene i dette studiet gjorde. Det å holde følelsene tilbake gjorde at kvinnene fikk en følelse av mening og kontroll, ved å snakke om følelsene følte disse kvinnene seg svake og selvmedlidende. Ved at kvinnene finner mening kan dette hjelpe dem med å mestre situasjonen bedre. Dette samsvarer med Travelbees (1999) tenkning om at mening er helt nødvendig å finne når en gjennomgår sykdom. På en annen side får ikke kvinnene bearbeidet følelsene sine når de holder alle følelser og tanker inne i seg og ikke deler dem med noen.

Et eksempel hvor pasientene fikk bruk for mestringsstrategier var i studien til Varre, Slettebø og Ruland (2011) hvor de benyttet seg av et internettbasert diskusjonsforum for kreftpasienter. Mestringsstrategier de benyttet seg av var positivt fokus ved å fortelle andre om positive opplevelser med sykdommen, og var preget av optimisme og håp. En annen mestringsstrategi de benyttet var åpenhet ved at de delte tanker og erfaringer om sykdommen med andre. De følte på denne måten at de klarte å bearbeide og håndtere situasjonen, ved at de følte økt kontroll, mindre bekymringer og lettere sinnsstemning. Samtidig følte de en glede og lettelse over å kunne hjelpe andre i liknende situasjoner.

## 5. KONKLUSJON

I denne oppgaven er det beskrevet hvordan pasienter med brystkreft kan mestre hverdagen på en best mulig måte, samt sykepleierens rolle for å hjelpe pasienten til å mestre. I oppgaven er sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee benyttet fordi hennes teori bygger på at sykepleieren bruker seg selv terapeutisk i møte med pasienten. Vi har benyttet mestringsteoretikerne Lazarus og Folkman for å belyse ulike mestringsstrategier en kan bruke i situasjoner hvor man opplever krise. Lazarus og Folkman har også paralleller til Travelbees sykepleieteori, som for eksempel at begge belyser pasientens forståelse av situasjonen. Lazarus er også opptatt av medbestemmelse, som er en viktig faktor for å kunne mestre og føle seg bemyndiget. Cullbergs faser i en traumatisk krise er beskrevet for å få frem krisene kvinner med brystkreft kan oppleve.

Vi har tilegnet oss mye ny kunnskap om temaet og sykepleie til pasienter med brystkreft. Disse kunnskapene kan vi benytte oss av uavhengig av hvor vi møter pasienter med brystkreft, for eksempel sykehus, sykehjem eller hjemmebasert omsorg. Sykepleieren kan hjelpe pasienten ved hjelp av informasjon og veiledning, og la pasienten medvirke i egen behandling og omsorg. Vi har lært at det er viktig med mellom-menneskelige-forhold og å se på pasienten som et individ og ikke som en pasient. Andre forhold som kan være nyttig å tilegne seg kunnskaper om er pårørendes rolle for pasienter med brystkreft. Pårørende kan være en stor ressurs for pasientens mestringsevne, og det er viktig at sykepleier også ivaretar de pårørende.

I oppgaven har vi funnet ut ulike måter sykepleieren kan hjelpe pasienten til å mestre, og hvordan pasienten kan hjelpe seg selv. Dette har vi kommet frem til gjennom drøfting av egne erfaringer, forskning og teori. Konklusjonen er at det er vanskelig å slå fast hvilken mestringsstrategi som er riktig for kvinner med brystkreft. Årsaken til dette er at alle mennesker er forskjellige individer og har forskjellige behov. Det vi vet er at det viktig at sykepleieren har kunnskaper om brystkreft, behandling og krisereaksjoner for å hjelpe pasienten med å mestre. Kommunikasjon er viktig for å avdekke pasientens ønsker og behov, og for at pasienten skal kunne medvirke. Sykepleieren må være bevisst på sin rolle i dialog med pasienten, og tenke over at den nonverbale og verbale kommunikasjonen må samsvare med hverandre.

## LITTERATURLISTE

Bastøe H., L-K. (2010). Reaksjoner og strategier i bearbeiding av sykdom og skade. I T.E. Mekki (Red.), *Sykepleieboken 1: Grunnleggende sykepleie*. (3. utg., s. 27-54). Oslo: Akribe.

Bertelsen, B. I. (2004). *Patologi: Menneskets sykdommer*. Oslo: Gyldendal akademisk.

\*Boehmke, M. M. & Dickerson S. S. (2006). The Diagnosis of Breast Cancer: Transition From Health to Illness. *Oncology Nursing Forum*, 33 (6), 1121-1127. doi: 10.1188/06.ONF.1121-1127

Antall sider: 7

\*Cullberg, J. (1994). *Mennesker i krise og utvikling*. Oslo: Aschehoug.

Antall sider: 176

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal akademisk.

\*Drageset, S., Lindstrøm, T. C. & Underlid, K. (2010). Coping with breast cancer: Between diagnosis and surgery. *Journal of advanced nursing*, 66(1), 149-158. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05210.x

Antall sider: 10

Eide, H. & Eide, T. (2011). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.

\*Helse- og omsorgsdepartementet. (1997). *Omsorg og kunnskap!* (Norges offentlige utredninger [NOU] 1997:20). Lokalisert på <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1997/nou-1997-20.html?id=141003>

Antall sider: 3

Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64. § 21. (2012). Lokalisert på <http://lovdata.no>

\*Kirkevold, M. (2001). *Sykepleieteorier: Analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal akademisk.  
Antall sider: 254

Knutstad, U. (2010). Pasienten i sentrum i helsetjenesten. I U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 2* (3. Utg., s. 19-25). Oslo: Akribe

\*Kreftregisteret. (2012). *Kreftstatistikk – Kvinner tilfeller pr. diagnose og år*. [statistikk].  
Lokalisert på <http://www.kreftregisteret.no/no/Registrene/Kreftstatistikk/>.  
Antall sider: 1

Kristoffersen, N. J. (2005). Helse og sykdom. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1* (1. utg., s. 28-77). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2005). Stress, mestring og endring av livsstil. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3* (1. utg., s. 206-270). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2005). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 4* (1. utg., s. 13-99). Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Kvåle, K. (2002). *Sykepleie til mennesker med kreft*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Antall sider: 184

\*Lally, R. M. (2010). Acclimating to breast cancer: A process of maintaining self-integrity in the pretreatment period. *Cancer nursing* 33(4), 268-279.

Antall sider: 12



\*Lazarus, R. S. (2006). *Stress og følelser: En ny syntese*. København: Akademisk forlag.  
Antall sider: 371

\*Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.  
Antall sider: 445

Mæland, J. G. (2005). *Forebyggende helsearbeid: I teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.

Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere : ICNs etiske regler*.

Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., Reinar, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert!: En arbeidsbok*. Oslo: Akribe.

Pasientrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. § 3. (2012). Lokalisert på <http://lovdata.no>

Reitan, A.M. (2010). Mestring. I U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 2*. (3. utg., s. 74-107). Oslo: Akribe.

\*Retriever. (s.a.). [database]. Lokalisert på <https://web.retrieverinfo.com/services/archive.html>.

\*Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.  
Antall sider: 287

\*Varre, P., Slettbø, Å. & Ruland, C. (2011). Det er mitt liv det gjelder: Kreftpasienters beskrivelse av mestringsmuligheter, slik det kommer til uttrykk på internettbasert diskusjonsforum. *Vård i nord*, 101(31), 4-8.  
Antall sider: 5

Ørn, S., Mjell, J. & Bach-Gansmo, E. (Red.). (2011). *Sykdom og behandling* (1. Utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

\*Öster, I., Svensk, A., Magnusson, E., Thyme, K. E., Sjödin, M., Åström, S. et al. (2006). Art therapy improves coping resources: A randomized, controlled study among women with breast cancer. *Palliative & Supportive Care*, 4(1), 57-64.

Antall sider: 8

Sum antall sider selvvalgt litteratur: 1764

## Vedlegg: Skjema for søk av litteratur

Dato:	Søkeord og logiske operatører:	Begrensninger:	Data-baser:	Antall treff:	Begrunnelse for eksklusjonskriterie:	Antall lest:	Antall inkludert:
15.01.13	"Breast cancer" AND coping* AND nor*	Fulltekst. 2006-2012. Academic journals.	Cinahl	26	Leste sammendraget på alle artiklene, men fant bare 2 som vi synes passet vår oppgave.	2	1
17.01.13	Brea* AND canc* AND cop*	Peer reviewed. 2006-2012.	SweMed+	2	Leste sammendraget til begge artiklene, kun en var relevant til vår oppgave.	1	1
18.01.13	Cop* AND cris* AND "breast cancer"	Fulltekst. 2006-2012.	Cinahl	54	Lest gjennom alle overskriftene, deretter sammendraget på de som virket interessante.	4	1
31.01.13	Breast neoplasms AND Life-change events AND Psychological adaptation	2006-current. English language. Full text.	Ovid Nursing	28	Lest gjennom alle overskriftene, deretter sammendraget på de som virket interessante.	3	2
31.01.13	Brystkreft	2012	Retriever	983	Vi brukte retriever for å få frem aktualiteten av brystkreft ved å se hvor mange ganger brystkreft ble omtalt i avisoppslag i 2012.		