



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum

Avdeling for folkehelse

Hannah Brun & Thea Andreassen

Veileder: Kari Kvigne

Bacheloroppgave i Sykepleie

«*Det var en slik person mamma trengte!*»

-Å fremme mestring hos kvinner med nyoppdaget brystkreft

«It was that kind of person my mother needed!»

-To promote coping for women with newly diagnosed breast cancer

Antall ord: 11 702

BASY 2013 / 4BACH

2016

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket

JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA NEI

SAMMENDRAG

Tittel: *«Det var en slik person mamma trengte!»*

-Å fremme mestring hos kvinner med nyoppdaget brystkreft

Hensikt: Hensikten med å velge dette temaet er å få ny og bredere kunnskap om brystpasienter og deres evne til mestring. Det har fra starten av sykepleiestudiet vært stor oppmerksomhet rettet mot at mestring er et nøkkelord for god livskvalitet, og det er derfor viktig at vi har kunnskap om ulike måter sykepleiere kan hjelpe pasienten til å mestre sin livssituasjon.

Problemstilling: *Hvordan kan vi som sykepleiere fremme mestring hos pasienter med nyoppdaget brystkreft?*

Teori: Her presenteres teori som er vesentlig for besvarelsen av problemstillingen. Vi ser på hvordan det er å bli rammet av brystkreft og følelsesmessige aspekter ved å få en brystkreftdiagnose. I tillegg til dette presenterer vi sykepleieteori av Travelbee, samt mestringsteori av Lazarus og Antonovsky.

Metode: Oppgaven er en litteraturstudie basert på pensumlitteratur, aktuelle fagbøker og forskning.

Oppsummering: Mestring er et begrep som har ulik betydning for hver enkelt, og må ses i sammenheng med tidligere erfaringer, opplevelser og syn på livet. Det eneste vi derfor kan konkludere med er at vi som sykepleiere må behandle alle mennesker som unike individer, og tilpasse sykepleien til hver enkelt kvinne.

Vedlegg 1: PICO-skjema

Vedlegg 2: Oversiktstabell over anvendte forskningsartikler

INNHALDSFORTEGNELSE

SAMMENDRAG	2
1. INNLEDNING	5
1.1 Presentasjon av eget ståsted.....	5
1.2 Samfunnsaktualitet.....	5
1.3 Hensikten med oppgaven.....	6
1.4 Presentasjon av problemstilling	6
1.5 Avgrensning og presisering av problemstilling	6
1.6 Oppgavens disposisjon	7
2. METODE	8
2.1 Litteratursøk	8
2.1.1 Bøker	8
2.1.2 Artikler.....	9
2.2 Kildekritikk.....	9
2.2.1 Bøker	9
2.2.2 Artikler.....	10
2.3 Etiske overveielser.....	11
3. Å RAMMES AV BRYSTKREFT	12
3.1 Brystkreft	12
3.2 Diagnostisering og undersøkelser.....	12
3.3 Behandling og prognose.....	13
3.4 Følelsesmessige aspekter ved å få en kreftdiagnose	13
3.5 Mestring av alvorlig sykdom.....	15
4. SYKEPLEIE: TERAPAUTISK BRUK AV SEG SELV	17
5. FORSKNING OG FUNN	20
5.1 Syntese av funnene	21
6. HVORDAN KAN SYKEPLEIEREN HJELPE KVINNER Å MESTRE NYOPPDAGET BRYSTKREFT?	23
6.1 Hjelp, jeg har fått kreft	23
6.1.1 Tilpasset informasjon	26
6.2 Individuelle mestringsstrategier.....	28
6.2.1 Opplevelse av sammenheng	30
7. OPPSUMMERING	34
8. LITTERATURLISTE	36
VEDLEGG 1 og 2	41

EN DATTERS HISTORIE

*Når jeg ser tilbake på det i etterkant, skulle jeg gjort ting annerledes for å hjelpe mamma. Men jeg var bare 10 år den gangen hun fikk brystkreft. Jeg var ikke klar for å skape en rolle hvor jeg skulle passe på henne. Det var jo hun som skulle passe på meg? Før operasjonen gråt hun mye, veldig mye. Jeg ville virkelig hjelpe henne, men jeg klarte det ikke på den måten hun trengte. Hun hadde jo selvfølgelig pappa, men han forandret seg helt etter den dagen diagnosen ble satt. Mamma trengte en klippe! En person som klarte å støtte henne uten å begynne å gråte, en person som hun kunne snakke med, en person som lyttet til henne og forholdt seg rolig, en person som kunne forklare henne faglig ting på en forståelig måte og en person som kunne hjelpe henne til å mestre hverdagen. Det var en slik person mamma trengte! **Datter***

Vi har begge erfaring med brystkreft knyttet til nær familie, og historien over er en av dem. Det var disse erfaringene som vekket interesse hos oss begge til å begynne på et treårig sykepleiestudie. Valg av tema til denne Bacheloroppgaven var derfor lett. Som historien speiler, har vi selv opplevd hvor viktig det er for en kvinne som rammes av brystkreft å ha personer rundt seg som gir støtte, og fremmer mestring. Vi mener de personlige erfaringene har gitt oss et godt grunnlag som sykepleiere, samtidig som vi gjennom denne oppgaven har vært bevisste på det profesjonelle ved yrket. Etter å ha skrevet denne oppgaven har vi både fått bredere kunnskap, og ikke minst enda større respekt for den delen av sykepleieyrket som omhandler omsorg til mennesker med kreft.

Vi vil takke vår veileder Kari Kvigne for god veiledning, konstruktive innspill og råd gjennom Bacheloroppgaven.

1. INNLEDNING

Når en kvinne får en så alvorlig diagnose som brystkreft, blir hun fort kastet inn i en ukjent verden med sykehus, helsepersonell, behandlinger og prosedyrer. Alt dette nye i tillegg til diagnosen, kan gjøre det vanskelig for pasienten å mestre sykdommen. Sykepleieren har en viktig oppgave med å bidra til at kvinnen utvikler kunnskap, vilje og krefter til å kunne mestre og få kontroll over situasjonen (Reitan, 2006). Vi vil derfor gjennom denne Bacheloroppgaven belyse hvordan sykepleieren kan hjelpe en kvinne å mestre en nyoppdaget brystkreftdiagnose.

1.1 Presentasjon av eget ståsted

Vi har gjennom tre år på sykepleieutdanningen møtt pasienter som lever med en kreftdiagnose. Gjennom praksisperiodene har vi fått erfaring med pasienter som lever med kreft, og hvordan dette påvirker hverdagen til hver enkelt. Vi har sett at det er stor forskjell på hvordan mennesker takler en slik situasjon. Noen er fast bestemt på å gjøre det beste ut av livet, mens andre ikke klarer å fungere i hverdagen. Vi har også sett at det er stor oppmerksomhet rettet mot den medisinske behandlingen av sykdommen ute i praksis, men har ofte følt at det på grunn av kort liggetid og begrenset med ressurser blir lite bevissthet på andre aspekter ved sykdommen, for eksempel det følelsesmessige. Som sykepleier har vi mye pasientkontakt. Det er viktig å ha gode kunnskaper om hvordan vi skal hjelpe pasienter som er i en situasjon der livet tar en annen vending enn det de har sett for seg. Vi ønsker derfor å tilegne oss mer kunnskap om hvordan vi skal kunne yte god sykepleie til kvinner med nyoppdaget brystkreft.

1.2 Samfunnsaktualitet

I 2014 fikk 3324 kvinner diagnosen brystkreft. Dette er den hyppigst forekommende kreftformen blant kvinner i Norge (Kreftforeningen, 2016a). Kreftformen rammer i størst grad kvinner over 50 år. I perioden 2009-2013 ble bare 5,1 prosent av kvinner under 40 år rammet (Helsedirektoratet, 2016). Forekomsten har siden 1970 økt fra 36,9 per 100 000 innbygger til 75,6 per 100 000 innbygger, og har dermed mer enn doblet seg (Helsedirektoratet, 2016). Statistikk viser at fem år etter diagnosetidspunktet lever fortsatt 88 prosent av kvinnene (Kreftforeningen, 2016a). Selv om dette er en diagnose stadig flere overlever, vil det å få en kreftdiagnose påvirke både pasienten selv og menneskene rundt. Pasienten vil på dette

punktet i livet befinne seg i en livsforandrende situasjon, og vil ha behov for å finne måter å mestre sykdommen på.

Kreftforeningen har siden 1999 arrangert Rosa sløyfe-aksjonen for å skaffe midler til brystkreftforskning. Aksjonen har som mål å spre informasjon, øke kunnskap og vise solidaritet med brystkreftrammede (Kreftforeningen, 2016b). Rosa sløyfe har vært med på å holde brystkreft på dagsorden, og fremmer hvert år et tema som får spesiell oppmerksomhet. “Ventetiden på behandling og rekonstruksjon” som foregikk i 2011, er det temaet i aksjonen gjennom de siste årene som har vært mest aktuell i forhold til vår problemstilling. Her ble det rettet oppmerksomhet på at ventetiden på utredning og behandling var lang og utfordrende for kvinnen (Kreftforeningen, 2016c). En av årsakene til at dette temaet er så aktuelt er at lang ventetid fører til økt utrygghet og frykt hos kvinnen (Brystkreftforeningen, 2011). Tross kortere ventetid og tydeligere lovgivning på dette området mener vi at temaet fremdeles er samfunnsaktuelt.

1.3 Hensikt med oppgaven

Hensikten med å velge dette temaet er å få ny og bredere kunnskap om hva vi som sykepleiere kan gjøre for å fremme mestring hos pasienter med brystkreft. Det har fra starten av sykepleiestudiet vært stor oppmerksomhet rettet mot at mestring er et nøkkelord for god livskvalitet, og det er derfor viktig at vi har kunnskap om ulike måter sykepleiere kan hjelpe pasienten å mestre sin livssituasjon. Vi mener at sykepleierens rolle for å fremme mestring også vil være overførbart til andre alvorlige sykdommer.

1.4 Presentasjon av problemstilling

Hvordan kan vi som sykepleiere fremme mestring hos pasienter med nyoppdaget brystkreft?

1.5 Avgrensning og presisering av problemstillingen

Vi har valgt å rette oppmerksomheten mot nyoppdaget brystkreft. Med nyoppdaget mener vi i tiden fra diagnostiseringstidspunktet og frem til behandlingen starter. Vi tar for oss en voksen pasientgruppe, som i all hovedsak dreier seg om kvinner over 50 år. Vi har valgt denne pasientgruppen fordi statistikk, fag- og forskningslitteratur viser til at brystkreft oftest rammer kvinner i denne alderen og eldre. Både menn og kvinner kan få brystkreft, men vi har i oppgaven begrenset oss ved å ta for oss kvinner, fordi de utgjør den klart største andelen av tilfellene. Vi vil i oppgaven veksle mellom å omtale disse kvinnene som “pasienter”,

“kvinner” og “brystkreftrammede”. Pasientene vi skriver om befinner seg på sengepost eller en poliklinisk avdeling på sykehuset. Vi henviser i oppgaven til “sykepleiere”, og med dette mener vi sykepleiere med grunnutdanning, fordi dette er mest relevant med tanke på at det er den utdanningen vi vil ha etter endt studietid. Vi refererer derfor til “vi”, og “vi som sykepleiere”. Det vil legges vekt på sykepleierens helsefremmende- og lindrende funksjon i denne besvarelsen. Pasientens familie og sosiale nettverk vil også ha stor betydning for pasientens mestring og livskvalitet, men vi legger ikke vekt på dette i vår besvarelse.

For å begrense oppgaven har vi vært nødt til å gjøre et utvalg i teorier vi ønsker å bruke for å belyse problemstillingen. Vi har valgt sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee, fordi vi mener hun belyser ulike aspekter ved sykepleierens oppgaver som er viktig for å gi en god besvarelse på problemstillingen. Vi vil presentere sentrale deler av hennes tenkning: menneske-til-menneske-forhold, kommunikasjon, mestring og terapeutisk bruk av seg selv. For å belyse temaet mestring er det flere aktuelle teoretikere vi kunne valgt, men valget falt på Richard Lazarus. Hans mestringsteori er gjengitt i mye av pensumlitteraturen, samt i artikkelen av Drageset, Lindstrøm og Underlid (2009), som vi har benyttet oss av i besvarelsen. Vi anser derfor hans tenkning som anerkjent og gyldig. Vi har i tillegg valgt å belyse Aaron Antonovskys teori fordi vi mener at hans forståelse av helse og mestring er relevant for brystkreftpasientens opplevelse av sykdom. Han tar også for seg opplevelse av sammenheng som vi har sett er et gjentakende tema i flere av artiklene vi bruker i oppgaven. Eksempler på dette er artiklene av Langeland (2009), Løfgren (2010) og Varre, Slettebø og Ruland (2011).

1.6 Oppgavens disposisjon

Oppgaven er bygd opp etter IMRAD-struktur med innledning, metode, funn og drøfting. Dette er den vanligste oppbyggingen av en oppgave (Dalland, 2012). I det første kapitlet skriver vi innledning der vi belyser bakgrunn for oppgaven, valg av tema, hensikt, problemstilling og avgrensning av tema blir presentert. Kapittel to er et metodekapittel, der litteratursøk, kildekritikk, etiske overveielser og presentasjon av forskning blir presentert. I det tredje kapitlet presenterer vi teorien vi mener er relevant for vår besvarelse av oppgaven. I kapittel fire presenteres valgte forskningsartikler og en syntese av disse. I kapittel fem besvarer vi problemstillingen ved hjelp av drøfting og kapittel seks er konklusjon.

2. METODE

Denne oppgaven er en litteraturstudie etter gitte retningslinjer for Bacheloroppgaven.

Oppgaven skal bygge på relevant fag- og forskningslitteratur, samt erfaringer fra praksis (Høgskolen i Hedmark, 2015). En oppgave basert på litteraturstudie bygges i hovedsak på skriftlige kilder, men opplevelser fra praksis kan også være relevant (Dalland, 2012).

Dalland (Aubert 1985, referert i Dalland 2012) siterer i sin bok sosiologen Vilhelm Aubert slik: «En metode er en fremgangsmåte, et middel for å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder». Som grunnlag for oppgaven har vi benyttet artikler med kvantitativ og kvalitativ metode. Kvantitativ metode er målbare data og tall (Dalland, 2012). Dette blir ofte tilegnet tittelen «harde» data, og forskerne som bruker metoden betegnes ofte som «tellere». Metoden brukes ofte hvis man er ute etter å finne ut hvor mange, gjennomsnitt etc. (Dalland, 2012). Kvalitativ metode er data som får frem følelser og oppfatninger som ikke konkret kan måles eller settes tall på, det som er karakteristisk ved det man vil undersøke (Dalland, 2012). Denne metoden bygger på hermeneutikk, som handler om å fortolke data (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015). Som ordlyden sier, handler det om kvalitet fremfor kvantitet og det brukes derfor ofte færre deltagere med mer dybde i spørsmålene (Christoffersen et al., 2015). Denne metoden brukes ofte for å finne ut hvordan enkeltpersoner eller grupper handler eller opplever (Dalland, 2012).

2.1 Litteratursøk

I søk etter aktuell litteratur, herunder både artikler og bøker, har vi brukt databaser vi har tilgang til gjennom Høgskolen i Hedmark sine hjemmesider. Vi vil her presentere fremgangsmåte for litteratursøk for henholdsvis bøker og artikler.

2.1.1 Bøker

For å finne aktuelle bøker til oppgaven har vi brukt databasen Oria. Dette er en database der vi kan søke i hele sortimentet til Høgskolen i Hedmark. Her har vi søkt fritt ved å bruke søkeordene “brystkreft”, “kreft”, “Travelbee”, “mestring”, “mestringsstrategi” og “krise”, samt ulike kombinasjoner av disse. Vi har sett i pensumlitteraturen etter primærkilder, og på denne måten funnet mange aktuelle bøker, blant annet “Stress og følelser” av Lazarus, og “Helsens mysterium” av Antonovksy, som vi deretter har søkt opp og funnet ved hjelp av

databasen. I tillegg har vi brukt biblioteket på Campus Elverum til å finne både pensum og annen litteratur.

2.1.2 Artikler

I søk etter artikler har vi brukt databasene Cinahl, Oria, Brage, SveMed+ og sykepleien forskning, her søkte vi hovedsakelig etter engelske artikler. Vi fikk treff både innen nordisk forskning, og forskning gjort i andre deler av verden. For å få god oversikt over treff og relevans, har vi valgt å bruke PICO-skjema som hjelpemiddel i vår søkeprosess. Dette er et skjema der vi setter inn aktuelle søkeord i kategoriene hvilke pasient, tiltak, alternativ til tiltak og utfallsmål, se vedlegg 1.

2.2 Kildekritikk

Kildekritikk vil si å gjøre en vurdering av om den litteraturen vi har valgt å bruke. Dalland (2012) beskriver kildekritikk som å bedømme om kilden er sann. Vi vil her beskrive hva vi har vært kritiske til i utvelgelsen av litteratur til oppgaven.

2.2.1 Bøker

I utvelgelsen av bøker har vi lagt vekt på relevans i forhold til tema og om kilden er troverdig. De aller fleste kildene våre er ti år eller yngre. Vi bruker likevel teoriene av Travelbee, Lazarus og Antonovsky, som alle har eldre opphav. Dette er klassiske bøker som vi derfor anser som relevante og gyldige.

Vi har lagt vekt på å bruke primærlitteratur der dette er mulig, men har likevel brukt noe sekundærlitteratur. Primærlitteratur vil si den opprinnelige kilden (Dalland, 2012). Boken “Mellommenneskelig forhold i sykepleien” er en oversettelse til norsk fra boken “Interpersonal aspects in nursing” av Joyce Travelbee, og boken “Helsens mysterium: den salutogene modellen” er en oversettelse av boken “Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well” av Aron Antonovsky. Vi anser denne litteraturen som gyldig fordi det er direkte oversettelser, og derfor lite eller ingen egne tolkninger gjort av oversetteren. Vi har i tillegg brukt en tolkning skrevet av Kirsti Torjuul, hvor hun tolker Joyce Travelbees sykepleieteori. Dette er en tolkning gjort av henne som enkeltperson, men vi har likevel valgt å ta den med for å få med et annet synspunkt på Travelbees teori. Boken “Stress og følelser: en ny syntese” er en oversettelse til dansk fra boken “Stress and emotions: a new

synthesis”. Dansk skriftspråk er tilnærmet likt norsk, og derfor mener vi at vi har tolket denne boken tydelig nok, samtidig gir språket noe risiko for feiltolkning fra vår side.

2.2.2 Artikler

Vi har brukt mye tid på å vurdere forskningsartiklene, og gått gjennom artiklene for å finne styrker og svakheter, se vedlegg 2. Dette har vi gjort for å kvalitetssikre de artiklene vi har brukt, og for å sikre at de er relevante for problemstillingen. På de fleste søkene vi gjorde fikk vi mange treff. Vi så derfor først på overskrifter, og deretter leste vi abstrakter på de artiklene vi trodde var aktuelle. Vi så på hvordan problemstillingen i studien var formulert og om dette kunne være aktuelt for vår egen problemstilling. Det er viktig for oss at kildene vi bruker er til å stole på. Vi har derfor sett på om metoden i artiklene var godt gjort rede for, og at funnene er underbygd og diskutert. Vi har også lagt vekt på at studiene skulle være fagfellevurdert, som vil si at de er kvalitetsbedømt av eksperter på fagområdet (Dalland, 2012). Vi har derfor sett spesielt etter dette. På de databasene det er mulig, som SveMed+ og Oria, har vi haket av for “peer reviewed”. Vi har også valgt å inkludere en masteroppgave skrevet av Løfgren (2010) som undersøker helsepersonells perspektiv på behandlingen av brystkreftpasienter. Dette er noe vi mener er nyttig for vår besvarelse.

Da vi søkte etter forskningsartikler vurderte vi artiklene etter gyldighet og holdbarhet (Dalland, 2012). Vi begrenset søket til artikler fra de siste ti årene. Dette mener vi er viktig, fordi forskning i stor grad er ferskvare. Samtidig har vi i oppgaven endt opp med å bruke en artikkel skrevet av Landmark og Wahl fra 2002. Dette er en artikkel vi har sett at har blitt referert til i andre studier og annen litteratur, for eksempel i artikkelen til Drageset, Lindstrøm og Underlid (2009). Selv om dette er en 14 år gammel artikkel ser vi at de følelsesmessige reaksjonene ved å få en kreftdiagnose vil være tilnærmet lik i 2016.

Vi har brukt fem studier utført i Norge, hvorav tre er engelskspråklige. I utvalget av artikler var det tilfeldig at de fleste studiene var norske. I tillegg har vi brukt en artikkel der studien er utført i Australia. Vi har brukt denne artikkelen fordi vi mener at den er like relevant for norske kvinner, samtidig som den gir en annen vinkling enn de andre studiene ved at den omhandler hvilke rolle sykepleieren har spilt for kvinnen i sykdomsforløpet. I tillegg er denne artikkelen fra 2014, og dermed den nyeste forskningen vi har benyttet oss av i oppgaven. På en annen side kan det finnes avvik fra norsk praksis, fordi det kan være andre systemer i Australia. Vi har benyttet en artikkel av Langeland fra 2009 som ikke er direkte

sykepleiefaglig, men slik vi oppfatter det beskriver hun en metode som er relevant når det gjelder ulike og generelle følelsesmessige opplevelser og reaksjoner. Vi ser derfor denne artikkelen som relevant for oppgaven, og har funnet mange momenter som vi mener er overførbare til det sykepleiefaglige. Vi har endt opp med et flertall av artikler som er skrevet ut fra et pasientperspektiv, noe som gir oppgaven styrke ved at kvinnens ståsted blir ivaretatt i oppgaven vår. Grunnen til at vi ikke har funnet flere artikler som ivaretar helsepersonells ståsted kan være at vi har vært upresise i søkingen, eller bruk feil søkeord. En annen grunn kan være at det er lite forskning gjort på sykepleieintervensjoner knyttet til mestring av en brystkreftdiagnose.

I vår besvarelse bruker vi litteratur som belyser både kvalitativ og kvantitativ metode. Vi har i hovedsak valgt å bruke kvalitativ forskning, fordi dette er mest relevant for vår problemstilling for å få frem de emosjonelle aspektene ved kreftdiagnosen. I flere av studiene var det få deltagere, noe som kan gjøre at vi bør være kritiske til hvor overførbare funnene er til resten av befolkningen. Vi ser likevel at mange av funnene i ulike artikler er sammenfallende, og vurderer derfor resultatene som troverdige (Dalland, 2012).

Som nevnt tidligere er mange av artiklene engelskspråklige, og vår tolkning og oversettelse kan derfor være mangelfull. Samtidig mener vi at vi har fått frem hovedbudskapet i studiene.

2.3 Etiske overveielser

Etiske overveielser handler i forskning om at personvernet blir ivaretatt og at resultatene opptrer troverdig (Dalland, 2012). For å verne om taushetsplikten har vi i bruken av egne erfaringer anonymisert opplysningene ved å ikke nevne navn, sted eller annen informasjon som kan knyttes opp mot personer (Dalland, 2012). Alle artiklene vi har anvendt i oppgaven er godkjent av forskningsetiske komiteer. Vi har også benyttet oss av referanseteknikken APA for å redelig vise hva som er andre forfatteres bidrag, og hva som er vårt eget i oppgaven.

3. Å RAMMES AV BRYSTKREFT

3.1 Brystkreft

Brystkreft er svulst(er) i brystkjertelen som er ondartet. Det er vanskelig å fastslå årsaken til denne kreftformen, med unntak av spesifikke påviste genforandringer. Per dags dato kjenner vi til en del påvirkende faktorer: økt forekomst med alderen, kvinne, tidlig menstruasjon, sen menopause, hormonbehandling i overgangsalderen, ingen graviditet eller sen graviditet, høyde over gjennomsnittet, BMI over 30, inntak av mer enn en enhet alkohol per døgn, brystkreft i nærmeste familie, ioniserende stråling og tidligere brystkreft (Sørensen & Almås, 2010).

I de fleste tilfeller av brystkreft tar det mange år fra de første mikroskopiske forandringene oppstår til kvinnen kan kjenne en merkbar kul i brystet. Kreftcellene i brystet infiltrerer lokalt, men kan i noen tilfeller løsrive seg og gi spredning til lymfeknuter i armhulen, omkring kragebeinet eller retrosternalt. En slik spredning gir økt sjanse for fjernspredning til blant annet lever, lunger og skjelettet. Brystkreft deles inn i fire stadier. Stadieinndelingen avgjør valg av behandlingsmetode (Sørensen & Almås, 2010).

3.2 Diagnostisering og undersøkelser

Det er viktig at kvinner lærer seg å kjenne brystene sine. Hvis en ofte kjenner og ser på dem, er det lettere å se og kjenne forandringer som kan tyde på kreft. Over halvparten av de som blir diagnostisert med brystkreft har oppsøkt lege på egenhånd, fordi de har sett eller kjent endring i brystet (Kreftforeningen, 2016a).

Ved mistanke om brystkreft gjøres en generell undersøkelse hvor legen undersøker bryst, armhule og halsregion (Kreftforeningen, 2016a). Mammografi er en undersøkelse som gjøres ved hjelp av røntgen. Denne undersøkelsen kan påvise svulster som er for små til å kjenne med hendene. Ultralyd av brystene er en billedundersøkelse som i størst grad gjøres av kvinner som har tett brystkjertelvev. MR-undersøkelse er den undersøkelsen som gir mest nøyaktighet ved undersøkelse av brystkjertelvevet. Denne undersøkelsen anbefales til unge kvinner med arvelig disposisjon, og unge kvinner som har vært utsatt for stråling mot brystkjertelvevet (Kreftforeningen, 2016a). Finnålsscystologi er en celleprøve hvor en nål stikkes gjennom huden og inn i svulsten. Denne prøven kartlegger om svulsten består av godartede eller ondartede celler. Biopsi er en celleprøve som gjøres for å kartlegge cellenes

egenskaper. Prøven kan tas før svulsten blir operert ut, eller etter den har blitt fjernet (Kreftforeningen, 2016a).

3.3 Behandling og prognose

Når brystkreft diagnostiseres er det fire biomarkører som undersøkes. Med disse markørene, størrelsen på svulsten og metastaser bestemmes valg av behandling. I tillegg til dette har alder og generell allmenntilstand en betydning. Kirurgi, strålebehandling, cellegift, hormonbehandling, antiøstrogenmedisin, immunterapi og zoledronsyrebehandling er behandlingmetoder som blir benyttet (Kreftforeningen, 2016a).

Gjennom de siste tiårene har diagnostikk og behandling jevnlig bedret seg. Dette skyldes blant annet økt bruk av mammografi og bedre behandlingsformer. Anslagsvis lever 80 prosent fem år etter diagnostetidspunkt (Oncolox, 2015).

3.4 Følelsesmessige aspekter ved å få en kreftdiagnose

Å få en kreftdiagnose kan utgjøre en traume, og kan fremkalle de samme stressreaksjonene som etter katastrofer og ulykker. En kreftdiagnose vil berøre ulike følelsesmessige aspekter hos kvinnen, og det å høre at man har fått kreft forbindes ofte med tanker om død, lidelse og smerte. Mange forteller om en følelse av ensomhet i forbindelse med en livstruende sykdom, noe som for de fleste vil oppleves som skremmende. God sykepleie for å dekke pasientens behov kan derfor handle om alt fra en god samtale til måten vi berører kvinnens kropp ved håndtrykk, bekreftelse eller trøst (Sæteren, 2010a).

Vi kaller ofte vanskelige hendelser i livet for kriser. Mennesker i krise har ofte et behov for medmenneskelig kontakt, støtte og noen å dele følelser og tanker med. Tilfredsstillende kommunikasjon kan bidra til å hjelpe pasienten til å bearbeide reaksjonene og til å mestre sykdommen og krisen bedre. I tillegg til dette er det viktig at pasienten får tilstrekkelig og god informasjon om sykdommen og behandling. Dette er også med på å skape en mer forståelig situasjon (Eide & Eide, 2007). En skiller gjerne mellom to typer krisetilstander: traumatisk krise og livskrise. Livskriser er påkjenninger som oppstår gradvis. Dette kan for eksempel være i forbindelse med puberteten, ekteskap, det å få barn, overgangsalderen eller alderdom. En traumatisk krise er i motsetning til livskrise, en ekstraordinær påkjenning for en person, som ikke er en del av et vanlig tidsløp. Dette kan for eksempel være sykdom eller ulykker.

Begrepet ”traumatisk krise” brukes ofte om fysisk-, psykisk- eller sosial belastning (Eide & Eide, 2007).

Menneskers normale krisereaksjoner deles opp i fire stadier (Eide & Eide, 2007):

Sjokkfasen: I denne fasen har en dårlig kontakt med følelsene sine og tanke- og vurderingsevnen er nedsatt. En normal reaksjon i sjokkfasen er benektelse. Dette innebærer at pasienten ikke tar inn over seg situasjonen som den er. Mange mennesker beskriver opplevelsen i sjokkfasen som uvirkelig, og i enkelte tilfeller kan en også registrere fysiologiske forandringer. Dette kan for eksempel være blekhet, skjelving, svetting og fysisk uro.

Reaksjonsfasen: I denne fasen begynner pasienten å ta innover seg beskjeden de har fått. En slipper sannheten mer innover seg, og dette fører til at følelser og reaksjoner vekkes. Enkelte personer reagerer med angst, rastløshet, uro, problemer med å sove, mareritt og emosjonell labilitet for å nevne noen eksempler. Andre kan reagere ved å bli irriterte og oppfarende.

Bearbeidelses- eller reparasjonsfasen: I denne fasen åpner pasienten seg mer og mer for de følelsesmessige reaksjonene uten å bli overveldet av dem. I starten av bearbeidelsesfasen vil pasienten ofte være emosjonell labil. Dette kan for eksempel medføre konsentrasjonsvansker og søvnproblemer. I tillegg kan det være vanskelig for pasienten å være sammen med andre. Ved bearbeidelse forutsettes det at pasienten gir litt slipp på forsvaret, slik at det som oppleves ubehagelig og truende kan få plass. Dette kan oppleves belastende, men det innebærer en prosess mot større helhet, det som er selve kjernen i begrepet ”helse”, og bedre mestring.

Nyorienteringsfasen: Etter bearbeidelsesfasen skal pasienten leve videre ut fra de mulighetene som foreligger. Traumen er i denne fasen bearbeidet i den grad dette er mulig. Hvordan livet blir videre er avhengig av hva slags hendelse personen står ovenfor, og evne til bearbeidelse og nyorientering. Som nevnt tidligere kan disse fasene flyte over i hverandre. Ved for eksempel kreft kan det dessuten i noen tilfeller oppstå nye kriser underveis i behandlingsforløpet. Dette kan komplisere situasjonen enda mer. Eide og Eide (2007) nevner at dette kan for eksempel være at en kreftpasient kan føle kontroll etter behandling, men kan oppleve eventuelle tilbakefall av kreftsykdommen som en trussel og belastning som kan medføre nye krisereaksjoner. Vi har videre i oppgaven valgt å konsentrere oss om de to første

fasene; sjokkfasen og reaksjonsfasen, da dette er de mest relevante fasene knyttet til en nyoppdaget kreftdiagnose.

3.5 Mestring av alvorlig sykdom

Den tradisjonelle medisinske tenkningen handler om at det er en tydelig deling mellom syke og friske mennesker (Antonovsky, 2012). Antonovsky (2012) mener at det finnes et kontinuum, altså en uavbrutt linje mellom helse og sykdom, der hvert menneske befinner seg et sted mellom disse to polene. En brystkreftpasient vil ofte føle seg helt frisk frem til hun finner kulen eller får diagnosen. Etter diagnostiseringen vil hun bli kategorisert som syk, men kan fremdeles føle seg frisk. Omvendt kan en person som er frisk føle seg syk (Glinsvad, 2014). Antonovsky (2012) bygger sin teori på at OAS (opplevelse av sammenheng) er av betydning for hvilken plassering personer har på kontinuumet mellom helse og sykdom. Antonovsky (2012) definerer OAS slik:

Opplevelse av sammenheng er en global innstilling som uttrykker i hvilken grad man har en gjennomgående, varig, men også dynamisk følelse av tillit til at stimuli som kommer fra ens indre og ytre miljø, er strukturert, forutsigbare og forståelige, man har ressurser nok til rådighet til å kunne takle kravene som disse stimuliene stiller, og disse kravene er utfordringer som det er verdt å engasjere seg i. (s. 41)

Teorien om OAS består av tre hoveddeler som er begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Dette er bakgrunnen for definisjonen over. I hvilken grad mennesker opplever sammenheng i tilværelsen er avhengig av hvor høyt eller lavt den enkelte skårer på de ulike delene (Antonovsky, 2012).

Begripelighet handler om i hvilken grad man finner det som skjer rundt seg av sanseintrykk forståelig og strukturert. Det motsatte vil være at man føler det som kaotisk og vilkårlig (Antonovsky, 2012).

Med håndterbarhet menes i hvilken grad man innehar nok ressurser til å kunne møte kravene som stilles. Med ressurser menes både de personen selv innehar, men også de som er under rådighet av andre som den stoler på. Uten tilstrekkelig med ressurser vil mennesket kunne føle seg som et offer, og at livet er urettferdig (Antonovsky, 2012).

Begrepet meningsfullhet er et uttrykk for motivasjon. De med sterk OAS gir ofte uttrykk for at noe de driver med gir mening og er verdt å drive med (Antonovsky, 2012). Antonovsky (2012) antyder at disse tre komponentene i hovedsak er fullt avhengig av hverandre, og at forbindelsen mellom disse er viktig for helsen. Likevel ser man at i noen situasjoner vil personen skåre høyt på en eller to av delene og lavt på en annen. Senere i hans teori kan det se ut som meningsfullhet er det viktigste, deretter begripelighet og håndterbarhet. Samtidig ser han at god mestring er avhengig av alle delene i OAS samlet.

Antonovskys teori om OAS gir sykepleieren et redskap for hvordan vi skal hjelpe en pasient å mestre sykdom. Antonovsky (Lazarus 1984, referert i Antonovsky 2012) referer i sin bok til Lazarus' tenkning om stress. Han beskriver at sterk OAS mest sannsynlig vil gjøre at personen opplever stressfaktoren som en utfordring og ikke en byrde. For eksempel vil en kvinne med høy OAS kunne uttrykke håp, i motsetning til håpløshet når hun får en brystkreftdiagnose. Vi forstår det derfor slik at OAS sier noe om forutsetningen for å kunne mestre. Lazarus (2006) skriver at mestring dreier seg om den måten en håndterer stressende livssituasjoner på. Under en viss forutsetning kan en si at stress og mestring forholder seg gjensidig til hverandre. Når mestringen er effektiv vil stressnivået være lavt og når mestringen er ineffektiv vil stressnivået være høyt.

Mestring har i følge Lazarus (2006) to hovedfunksjoner: en problemfokuserende og en følelsesfokuserende funksjon. Den problemfokuserende funksjonen baseres på at en person tilegner seg informasjon om hva som må gjøres, og sette i gang tiltak som vil bedre situasjonen. Mestringshandlingene kan rette seg direkte mot personen eller miljøet. Et eksempel på dette kan være at en person får en kreftdiagnose hvor han/hun må sette seg inn i forskjellige behandlingsalternativer, velge den beste fremgangsmåten og ta nødvendige forholdsregler (Lazarus, 2006). Den følelsesfokuserende funksjonen er rettet til regulering av følelser som er knyttet til en stressende situasjon – en prøver for eksempel å unngå å tenke på trusselen eller prøver å skjule den. Hvis vi ser på det samme eksempelet som over, vil pasienten forholde seg enten bevisst til sykdom eller unngå den. Men når det først er besluttet hvordan behandlingen skal foregå, og når pasienten selv ikke kan gjøre noe, vil vedkommende rette oppmerksomheten bort fra risikoen. Pasienten vil istedenfor overbevise seg selv om at valg av behandling var rett, og at legene gjør alt de kan for pasienten (Lazarus, 2006).

4. SYKEPLEIE: TERAPAUTISK BRUK AV SEG SELV

I tiden etter diagnostiseringen er kvinnen som regel preget av uvirkelighet og sjokk. Redsel, uvisshet og bekymring for at kreften har spredd seg, følelser og tanker rundt livet, og forandringer i utseende (Sørensen og Almås, 2010). Travelbee (1999) tar i sin tenking for seg det å finne mening i sykdommen, og det gjensidige forholdet mellom sykepleier og pasient, noe som vi i denne sammenheng finner veldig relevant for vår oppgave.

Travelbee (1999) beskriver sykepleie slik:

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. (s. 29)

Travelbees (1999) sykepleietenkning omhandler relasjonen mellom mennesker. Dette begrunner hun med at sykepleie alltid handler om mennesker, enten det er snakk om friske, syke, pårørende eller kollegaer. Hun bruker ordet profesjonell sykepleiepraktiker i definisjonen. Med dette menes det at sykepleieren skal inneha evne og kunnskap til å bruke seg selv terapeutisk for å fremme endringer hos pasienten. Terapeutisk bruk av seg selv handler om å bruke egen personlighet sammen med kunnskap, fornuft og intelligens for å lindre pasientens plager (Travelbee, 1999). Sykepleierens kompetanse er svært viktig i kreftomsorgen, fordi det ikke bare dreier seg om den medisinske behandlingen, men også kvaliteten på sykepleien. Det stilles store krav til imøtekommelse av kreftpasienters behov og utfordringer i sykdomsforløpet. Det er viktig at sykepleieren har kunnskaper, ferdigheter og holdninger som tilstanden krever (Reitan, 2010b).

En av Travelbees (1999) hovedtanker er at sykepleierens oppgave er å opprette et menneske-til-menneske-forhold. Grunnlaget er at sykepleieren og pasienten opparbeider et forhold til hverandre, som er basert på at begge er unike individer og dermed tar avstand fra merkelappene "sykepleier" og "pasient". Travelbee (1999) skriver at forholdet kan dannes etter at partene har vært gjennom fire faser. Den første fasen er *det innledende møtet*. Ved første møte med en annen person vil både sykepleieren og pasienten observere, trekke antagelser og gjøre seg opp et førsteinntrykk av den andre parten. Førsteintrykket vil påvirkes av tidligere erfaringer, og kan derfor i mange sammenhenger være feilaktig.

Den andre fasen er *fremvekst av identiteter*. I denne fasen begynner det å bli en tilknytning mellom partene, og den enkeltes personlighet blir mer fremtredende. Denne fasen kan hindres hvis sykepleieren har manglende evne til å oppfatte den andre parten som noe unikt, bruker seg selv som målestokk, eller at det oppstår misunnelse hos en av partene (Travelbee, 1999).

I *empatifasen* foregår det en prosess der sykepleieren må arbeide for å få forståelse for pasientens indre tilstand. Empati vil si å ha evne til å sette seg inn i hvordan den andre har det, men samtidig klare å opprette holde en viss avstand. For at empati skal oppstå er det avhengig av at partene ønsker å forstå hverandre, og at de har en gjensidig tillit til hverandre (Travelbee, 1999).

Den fjerde fasen, *sympati og medfølelse*, er en fortsettelse fra empatifasen. Travelbee (1999) beskriver sympati som et begjær eller ønske om å lindre plager. Fra et sykepleieperspektiv handler sympati om et ærlig ønske om å hjelpe og lindre. Når disse fire fasene er “gjennomgått” kan det etableres et menneske-til-menneske-forhold, og gjensidig forståelse og kontakt vil oppleves av både sykepleieren og pasienten (Travelbee, 1999).

Kommunikasjon er et viktig redskap for å oppnå et menneske-til-menneske-forhold. Travelbee (1999) sier at kommunikasjon handler om mye mer enn det verbale vi kommuniserer. Det handler om ansiktsmimikk, atferd og utseende. Målet med kommunikasjonen er å skape et samspill der sykepleieren får samlet informasjon og observert, slik at hun blir i stand til å ivareta de sykepleiebehovene den syke har. Kommunikasjon handler om mye mer enn det å formidle informasjon. Det handler om hvordan sykepleieren informerer pasienten på en god måte, og hvilke forhold det er mellom kommunikasjon og informasjon. Det har stor betydning at sykepleieren har gode kommunikasjonsferdigheter når de skal samhandle med brystkreftpasienten og eventuelt deres pårørende (Reitan, 2010a). Det legges i Travelbees (1999) teori vekt på at negative følelser som motvilje og mangel på interesse, vil være like synlige for pasienten som positive følelser. På bakgrunn av dette sier hun at det som kommuniseres fra sykepleieren enten vil hjelpe den syke å mestre lidelsen, eller motsatt: å gjøre lidelsen større. Det viktigste i kommunikasjonen vil være at den syke føler mening i dialogen, dette må derfor tilpasses hver enkelt pasient (Travelbee, 1999).

I Travelbees (1999) definisjon av sykepleie skriver hun at en viktig sykepleieoppgave er å hjelpe mennesker å finne mening i erfaringer knyttet til lidelse eller sykdom. Bakgrunnen for dette er en tanke om at alle mennesker søker mening i livet, og at det også kan finnes mening i det som anses som ondt, som sykdom, lidelse og smerte. Travelbee (1999) sier at dette er et sykepleieansvar på lik linje med å ta vare på andre grunnleggende behov. Samtidig legger hun frem at dette er et aspekt som alle helsearbeidere har ansvar for, men som ingen tar ansvar for. En forutsetning for at sykepleieren skal kunne hjelpe den syke å finne mening er at sykepleieren selv har en tro på at sykdom kan ha en mening utover at det bare er et ondt. Likevel er ikke dette det samme som å si at sykepleieren må mene at sykdom skal oppfattes som mer positivt enn det å være frisk (Travelbee, 1999).

Travelbee (1999) kommer med noen direkte eksempler på hvordan sykepleieren skal hjelpe den syke å finne mening i sykdommen, forutsetningen for tiltakene er at de skjer i et menneske-til-menneske-forhold. Hun understreker også at grunnleggende behov, som for eksempel smertelindring, ernæring og hygiene må være dekket for at sykepleieren skal kunne oppnå tillit hos pasienten. Bestemte tiltak hun foreslår er bruk av likninger, problemkamuflering, bruk av personlige erfaringer, spøkefulle spørsmål og samtale med religiøse aktører (Travelbee, 1999). Videre fra dette er det naturlig at sykepleier skal hjelpe pasienten å mestre lidelse og sykdom. For å kunne hjelpe pasienten på dette området er det grunnleggende at sykepleieren setter seg inn i pasientens egen opplevelse av sykdommen. Det vil ellers være umulig å kunne hjelpe pasienten på dette området (Travelbee, 1999).

5. FORSKNING OG FUNN

I Halkett, Arbon, Scutter og Borg (2014) sin studie beskriver de hvilken betydning sykepleieren hadde hatt for den brystkreftrammede gjennom behandlingsperioden, sett fra et pasientperspektiv. Artikkelen er en kvalitativ studie som har blitt gjennomført med dybdeintervjuer av 18 kvinner i alderen 39-77 år fra Australia som hadde gjennomgått behandling for brystkreft. Hensikten med studien var å undersøke pasientens perspektiv på sykepleierens rolle. I studien hadde kvinnene en fast sykepleier som fulgte dem gjennom hele behandlingsprosessen. Funnet viste at selv om kvinnene hadde vært i kontakt med mange ulike helsepersonell, var sykepleieren for de fleste av dem spesielt viktig. Sykepleieren ble beskrevet som en viktig kilde til informasjon, noen å kommunisere med, en person som er oppmerksom på kvinnens behov og god til å oppmuntre.

Varre, Slettebø og Ruland publiserte i 2011 en norsk kvalitativ studie der 325 pasienter med bryst eller prostatakraft i ulike faser av sykdommen deltok. Av disse fikk 162 av pasientene tilgang til et kontrollert internetforum der de kunne skrive innlegg og diskutere seg imellom. Hensikten med studien var å få økt forståelse for kreftpasienters mestring av sykdommen gjennom det de skrev i diskusjonsforumet. Studien viste til tre hovedfunn: behov for å være hovedperson i eget livsdrama, behov for å være aktivt deltagende, og behov av fortellinger og erfaringsutveksling.

Løfgrens (2010) masteroppgave tar utgangspunkt i sju helsepersonell fra Norge med erfaring innenfor brystkreft. Hensikten med studiet var å få kunnskap om hva helsepersonell innenfor kreftomsorg opplever som betydningsfullt for å kunne fremme brystkreftrammedes bedringsprosesser. Studien ble gjennomført ved bruk av kvalitative intervjuer. Funnene i studiet belyste flere områder av sykdommen. Blant annet at kvinnens reaksjoner på diagnosen var svært ulike, hvordan og hvilken informasjon som blir gitt er viktig for kvinnens følelse av trygghet, og at det er viktig for helsepersonell å ta i bruk kvinnens iboende ressurser.

Drageset, Lindstrøm og Underlids (2009) studie er en kvalitativ studie utført i Norge gjennom individuelle intervjuer på 21 kvinner i alderen 41-73 år som nylig hadde blitt diagnostisert med brystkreft og ventet på operasjon. Bakgrunnen for studien var å finne ut hvordan kvinner opplevde den første perioden etter diagnositidspunktet, og hvordan de mestret situasjonen. Funnet i artikkelen viste at kvinnene var opptatt av å få mestre sykdommen på sin egen måte. Kvinnene i studiene brukte mestringsstrategier som var det motsatte av hverandre, noen søkte

informasjon, mens andre ville ta en dag av gangen. Noen ønsket å jobbe som før, mens andre ville nyte livet. Noen ville håndtere følelsene, mens andre holdt tilbake på følelsene. På bakgrunn av funnene konkluderer studien med at helsepersonell må være bevisste på de individuelle forskjellene, og ta hensyn til dette når de skal støtte brystkreftrammede kvinner.

Langelands (2009) studie er kvantitativ forskning, og utvalget besto av 107 hjemmeboende personer mellom 18-80 år med psykiske helseproblemer. Hensikten med studiet var å beskrive hvilke kvaliteter i sosial støtte som bidro til en positiv utvikling av OAS (Opplevelse av sammenheng), og OAS sin evne til å forutsi forandringer i livskvaliteten til deltagerene i løpet av et år. Funn i artikkelen viste til at de deltagerene som oppga en høyere OAS også opplevde høyere livskvalitet, og at OAS ikke nødvendigvis hadde sammenheng med opplevelse av symptomer i et sykdomsperspektiv. Funnene viste også at OAS hadde sammenheng med livskvalitet etter ett år, mens symptombelastning ikke var av betydning.

Landmark og Wahl (2002) sin studie er en norsk kvalitativ studie påvirket av grounded theory. Deltagerne var 10 kvinner i alderen 39-69 år som nylig hadde blitt diagnostisert med brystkreft. Hensikten med studien var å øke sykepleieres forståelse for hvordan kvinner opplever livet etter å ha fått diagnosen brystkreft. Resultatene i studien viste at kvinnene hadde ulik opplevelse både av de fysiske og psykiske aspektene ved sykdommen, men at viljen til å leve sto sentralt for alle spesielt i et tidlig stadium av sykdommen. Studien viste at å leve med brystkreft fører til både psykiske, fysiske og eksistensielle utfordringer.

5.1 Syntese av funnene

Forskningsfunnene er basert på to perspektiver: fra helsepersonell og pasientens. Under vil vi skrive et sammendrag hvor vi trekker frem hovedfunnene i studiene.

Reaksjoner. Flere av artiklene trekker frem de sterke følelsesmessige reaksjonene kvinnene opplever ved å få diagnosen. Krise og sjokk er følelser mange opplever (Landmark & Wahl, 2002). Sykepleieren beskrives som en forståelsesfull person kvinnene kan få utløp for følelsene til (Halkett et al., 2014). Det poengteres også at reaksjonene vil være like forskjellige som menneskene (Løfgren, 2010).

Informasjon. Halkett et al. (2014) og Løfgren (2010) viser i sine studier enighet om at det er vanskelig for kvinnene å bearbeide all informasjonen som blir gitt. Muligheten til å kunne

snakke med en sykepleier for å få oppklaring og gjentakelse av informasjon trekkes frem som viktig (Halkett et al., 2014). For noen av kvinnene var det viktig å få all informasjon på en gang, fordi dette ga større følelse av kontroll. Andre ønsket bare den informasjonen som var relevant der og da (Drageset et al., 2009). Som helsepersonell må vi da bruke fagkunnskaper og fornuft, slik at informasjonen vi gir skaper trygghet hos kvinnen (Løfgren, 2010).

Mestringsstrategier. Kvinnene i studiet til Drageset et al. (2009) har motsatte strategier knyttet til å håndtere følelser og hverdagen. Noen brukte problemfokustert mestring, andre følelsesfokustert mestring. De konkluderer med at fra et sykepleieperspektiv er det viktig å være bevisst på individuelle forskjeller i måten de mestrer sykdommen på. Andre artikler trekker frem opplevelse av sammenheng som viktig, å være hovedperson i eget livsdrama pekes ut som spesielt meningsfylt (Varre et al., 2011). Viljen til å leve er også sentralt, og vesentlig for å oppleve sammenheng i sykdomsperioden (Landmark & Wahl, 2002).

Langeland (2009) skriver at symptombelastning ikke er entydig med graden av opplevelse av mening. Derimot er tilpassing av omgivelsene viktig for å fremme en god mestringsopplevelse.

Sykepleierens betydning. Fra pasientperspektiv trekkes sykepleieren frem som en viktig støttespiller fordi de har mye kontakt med kvinnen gjennom sykdomsperioden. I tillegg legger kvinnene vekt på at sykepleieren var flink til å se de ulike behovene de hadde (Halkett et al., 2014). Til kontrast skriver Landmark & Wahl (2002) at den største mangelen av støtte opplevde de på institusjoner, og at dette føltes som en ekstra byrde. Sykepleierne i studiet til Løfgren (2010) påpeker at det å jobbe med kreftpasienter ikke er en rutinejobb.

6. HVORDAN KAN SYKEPLEIEREN HJELPE KVINNER Å MESTRE NYOPPDAGET BRYSTKREFT?

Forskning sier at det å få diagnosen brystkreft vil kunne gi en sterk følelsesmessig reaksjon og kan sammenliknes med en traumatisk krise (Landmark & Wahl, 2002). Derfor er det viktig at vi som sykepleiere kjenner til reaksjoner og følelsesmessige aspekter ved alvorlig sykdom for å hjelpe mennesker i en vanskelig livssituasjon (Reitan, 2010c). Gjennom erfaring fra praksis har vi opplevd at pasienters opplevelse og evne til å mestre sykdom er svært forskjellig. Et eksempel på dette var to pasienter som begge hadde kort forventet levetid på grunn av langtkommen kreft. Den ene pasienten la seg til i sengen, sluttet å spise og ville ha minst mulig hjelp fra helsepersonell, mens den andre pasienten dro på sydentur med familien for å utnytte den siste tiden hun hadde igjen å leve. Eksempelet viser til at hver pasient er unik og har en egen forståelse for sykdom og hvordan sykdommen påvirker livet (Reitan, 2010b).

Vi vil her drøfte problemstillingen *“Hvordan kan vi som sykepleiere fremme mestring hos pasienter med nyoppdaget brystkreft?”*

6.1 Hjelp, jeg har fått kreft

Som sykepleiere er vi ofte de som må ta oss av pasienten når legen har gitt beskjeden “du har fått kreft”. Pasienten vil da stå igjen med en mengde tanker og følelser. Hvordan skal vi møte dette for å gi kvinnen et godt utgangspunkt for å mestre sykdommen? Det å møte mennesker i krise stiller høye krav både til personlige egenskaper og faglig innsikt. Den personlige kontakten mellom mennesker er ofte det viktigste bidraget til å hjelpe pasienter å mestre en krise. For å kunne bearbeide en krise vil støtten fra andre mennesker kunne være avgjørende for et gunstig forløp (Håkonsen, 2009). Dette underbygges av Travelbees (1999) definisjon av sykepleie, der hun understreker at sykepleie handler om medmenneskelighet og om hvordan sykepleier og pasient forholder seg til hverandre. Av erfaring vet vi at vi ofte ikke kjenner pasient fra tidligere, og dermed ikke har opparbeidet en relasjon til vedkommende. Det første møtet kan derfor bli avgjørende for kontakten vi får med pasienten. Grunntanken i Travelbees (1999) teori handler om at det må dannes et menneske-til-menneske-forhold for at sykepleieren skal kunne utføre sin hensikt, og dermed sin jobb. For at et slikt forhold skal dannes må det gjennomgå fire faser, der den første fasen er det innledende møte hvor vi treffer pasienten for første gang. I en tolkning skrevet av Torjuul (2001) kritiserer hun at det legges stor vekt på sykepleierens menneskelige kvaliteter og mindre på de faglige kvalitetene i Travelbees teori. Torjuuls egen mening er at det faglige er vel så viktig som det

menneskelige i et menneske-til-menneske-forhold. I det første møtet med en kvinne som nettopp har fått vite at hun er alvorlig syk og der vi enda ikke har opparbeidet en relasjon til henne, kan det være lett for begge parter å gjøre seg opp et førsteinntrykk basert på tidligere erfaringer (Travelbee, 1999). Vi mener derfor at det er viktig at sykepleieren opptrer som profesjonell og faglig sterk. Samtidig mener vi også er det viktig å huske at det menneskelige og profesjonelle går hånd i hånd.

En kvinne som nettopp hadde fått diagnosen brystkreft beskrev opplevelsen slik: «I had no idea that I had cancer. It was such a shock» (Landmark & Wahl, 2002). I følge Landmark og Wahl (2002) sin studie er sjokk den første reaksjonen etter diagnostisering av brystkreft før realiteten treffer inn og kvinnen må ta inn over seg det som kommer. I sjokkfasen kan vanlige reaksjoner være å ta avstand fra faktum, ubevisst filtrere bort deler av sannheten eller være ute av stand til å handle adekvat (Eide & Eide, 2007). I en samtale vi hadde med pårørende til en pasient med nyoppdaget kreft, uttrykte han bekymring rundt pasientens reaksjon etter sjokkbeskjeden. Han fortalte at kona alltid var behersket, rolig og tålmodig, men at hun hadde reagert med sinne og apati da hun fikk beskjeden. Travelbee (1999) beskriver mennesker som unike individer og at hvert enkelt menneske er lik, men samtidig ulik alle andre individer som har levd. Ut i fra dette vil det være naturlig at hver enkelt kvinne vil reagere på ulik måte, og har ulike behov for å uttrykke følelser. I en studie gjort blant brystkreftrammede kvinner i stadiet mellom diagnostisering og operasjon, forteller kvinnene om svært forskjellig behov knyttet til akkurat dette. Noen ønsket å få av reagere ved å være triste eller sinte, og sa at kroppen trengte å kvitte seg med disse følelsene for å få det bedre. Andre mente dette ikke vil hjelpe, og at de da ville føle seg verre (Drageset et al., 2009). Samtidig skriver Travelbee (1999) at reaksjonene ved et sjokk kan være vanskelig å oppfatte, og hun understreker at det eneste sykepleieren kan gjøre for å få fatt på disse følelsene er å sette seg ned og snakke med kvinnen om det. Etterhvert som sykepleieren tilbringer tid med kvinnen vil hun få bedre innsyn i hva hun oppfatter og føler i situasjonen. Dette skyldes at partene blir bedre kjent og deres identitet kommer tydeligere frem (Travelbee, 1999). Det er viktig for sykepleieren å få fatt på kvinnens følelser for å kunne hjelpe henne å takle disse. I studien til Halkett et al. (2014) trekkes sykepleieren frem som den viktigste støttespilleren i sykdomsperioden, nettopp fordi de så kvinnens behov og kunne gi følelsesmessig støtte. Spørsmålet blir om sykepleieren egentlig får nok tid med kvinnen til å kunne se henne som et individ. Effektivisering og økt bruk av poliklinisk behandling i sykehus gjør at tiden med pasientene er begrenset, og kvaliteten på omsorgen kan da bli påvirket (Varre et al., 2011).

Eide og Eide (2007) siterer Weisæths (1985) følgende punkter for hvordan en skal møte mennesker som trenger støtte etter en traumatisk belastning:

- Vise medmenneskelighet.
- La personen avreagere.
- Berolige og oppmuntre.
- Godta, ikke bebreide.
- Aktivisere.
- Gi mulighet for hvile og søvn.
- Legge vekt på at det dreier seg om naturlige reaksjoner på urimelige påkjenninger.

Dette er noe vi mener er overførbart til hvordan vi kan møte kvinners reaksjoner for å fremme mestring i sjokkfasen. Som sykepleier vil medmenneskelighet være å vise forståelse for det den andre føler, men samtidig opptre profesjonelt (Eide & Eide, 2007). Vi mener at medmenneskelighet er å være til stede for pasienten og vise empati. Dette er i følge Travelbee (1999) viktig, fordi når empati først har oppstått vil forholdet mellom partene være forandret for alltid. Empati er samtidig en av fasene hun beskriver for å oppnå et menneske-til-menneske-forhold, nært knyttet til fasen sympati og medfølelse. Sykepleieren kan kommunisere sympati gjennom varme blikk, ansiktsuttrykk eller verbalt (Travelbee, 1999). Ottesen (2013) beskriver at sykepleierens evne til å formidle varme, forståelse, håp og trøst var det som gjorde at han hadde et godt hverdagsliv. I den grad kvinnen føler hun blir møtt med medmenneskelighet kan være avgjørende for følelsen hun har av å bli sett og forstått (Hummelvoll, 2012).

I startfasen av en kreftdiagnose vet vi fra praksis at det kan være vanskelig for sykepleieren å berolige og oppmuntre pasienten, fordi en ikke vet hva som skjer videre og prognosen kan være uforutsigbar. Samtidig sier forskning at noen kvinner synes det er en trygghet at sykepleieren oppmuntrer og sier at det kommer til å gå bra (Halkett et al., 2014). Vi mener at oppmuntring også kan være å forsikre kvinnene om at hun er i gode hender og få henne til å fokusere på det positive i livet, for eksempel det hun mestrer, venner og familie.

Å la personen avreagere vil si å la kvinnen få uttrykke følelser etter eget behov. For å beholde livskraften vil det for noen være viktig å “glemme” og ta avstand fra de følelsene som

oppstår. Andre snakker til dem som vil høre på (Halvorsen Bastøe, 2011). I studien til Drageset et al. (2009) skriver de at å distansere seg fra følelsene kan være positivt i situasjoner der det er begrenset med mulighet til å påvirke, som ved nyoppdaget brystkreft. Samtidig sier de også at dette vil være uheldig på lang sikt, fordi kvinnene utsetter å bearbeide følelsene. Selv om dette punktet kan virke som en selvfølge, kan det være krevende for oss som sykepleiere, fordi vi ved å ta i mot kvinnens følelser kan bli konfrontert med en del av våre egne følelser (Eide & Eide, 2007). Dette gjelder også det å godta, ikke bebreide, her må sykepleieren være bevisst sine egne reaksjoner for å kunne være til hjelp. En studie gjort av Løfgren (2010) sier at alle mennesker har forskjellige måter å håndtere livskriser på, og at ingen reagerer likt. Reaksjonene på å få diagnosen brystkreft er like forskjellige som kvinnene det rammer.

Når det kommer til punktene “aktivisere” og “gi mulighet for hvile og søvn”, ser vi at det kan være en rekke utfordringer ved disse. I dagens samfunn preges helsevesenet av effektivisering og økonomisk tenkning (Drageset, 2011). Dette kan i mange tilfeller føre til en oppdeling av menneskelig kontakt (Sæteren, 2010b). Sykepleier/pasient-kontakt spiller på en helhetlig og eksistensiell-humanistisk tenkning (Hummelvoll, 2012). Det er ikke er den mest dominerende tilnærmingen i dag, fordi det legges stor vekt på for eksempel standardisering av prosedyrer og rask diagnostisering. Dette kan være negativt for sykepleierens mulighet til å fremme mestring hos pasienten i sjokkfasen, noe som underbygges av kvinnene i studien til Drageset et al. (2009) som forteller at lite tid fra helsepersonells side opplevdes som en ekstra byrde. Travelbee (1999) skriver at mellommenneskelig kontakt oppnås gjennom faser, og at dette forholdet bygges opp i ulikt tempo. Effektivisering vil da kunne føre til at vi som sykepleiere ikke får mulighet til å oppnå den kontakten med pasienten som er ønskelig for å kunne legge til rette for mestring.

6.1.1 Tilpasset informasjon

Helsepersonelloven § 10 (1999) sier at informasjon skal formidles av den personen helseinstitusjonen utpeker. Fra sykehuspraksis har vi erfart at det er legens ansvar å formidle informasjon angående pasientens helsetilstand og at sykepleierens rolle er å følge opp og støtte i etterkant av den gitte informasjonen.

Behovet for informasjon vil være avhengig av hvor i krisen pasienten befinner seg. I en sjokkfase vil ofte evnen til å ta inn og bearbeide informasjon være nedsatt (Eide & Eide,

2007). Vi har erfart at det kan være vanskelig for sykepleieren å forholde seg til pasientens behov uten å ha alle fakta om hva legen har informert om. Vi mener derfor at det er viktig at vi som sykepleiere er til stede under slike informasjonssamtaler. Et eksempel på dette var en kreftpasient der legen akkurat hadde gitt informasjon om at de ikke kunne utelukke spredning av kreften. Bare 20 minutter senere kunne ikke pasienten huske noe av det legen hadde fortalt, og hadde stort behov for at vi gjentok informasjonen. Halkett et al. (2014) skriver at kvinnene i studien satte stor pris på å kunne snakke med en sykepleier i etterkant av timen hos legen, og at de da kunne snakke åpent om alt de lurte på. Hvordan vi som sykepleiere møter kvinnen i etterkant av samtalen med lege kan være viktig for hvordan hun mestrer en nyoppdaget sykdom. Myskja (2005) beskriver akkurat dette når han skriver at måten helsepersonell ordlegger seg på vil ha betydning for hvordan pasienten opplever livet videre. Det sykepleieren kommuniserer kan føre til økt mestring av sykdommen, men kan også føre til økt følelse av usikkerhet (Travelbee, 1999).

Oppfølging av informasjon kan være oppklarende og det kan hindre misforståelser (Løfgren, 2010). Likevel er det viktig at vi er kritiske til hvilken informasjon vi gir til pasientene. Det skal være mulig for dem å fordøye og forstå det som blir sagt slik at det ikke skaper større usikkerhet rundt informasjonen. Samtidig er det også viktig å være bevisst på at pasienten har rett på all informasjon som er relevant for deres tilstand (Pasientrettighetsloven, 1999), men hvordan denne informasjonen formidles kan være av betydning for hvordan kvinnen oppfatter den (Løfgren, 2010). Ved formidling av en alvorlig diagnose som brystkreft vil det være viktig å være oppmerksom på at kvinnens evne til å oppfatte eller tolke informasjon kan være nedsatt (Reitan, 2006). Studier viser til at 20 prosent av verbal informasjon som blir gitt til kreftpasienter ikke blir oppfattet på grunn av angst (Sørensen & Almås, 2010). Helt akutt bør det derfor vurderes nøye hvilken informasjon kvinnen har behov for der og da (Reitan, 2006). Selv om informasjonen i mange tilfeller bør begrenses da pasienten opplever en tilstand av sjokk, gir økt kunnskap for mange en følelse av kontroll og opplevelse av mestring (Eide & Eide, 2007) Når vi skal formidle informasjon kan nøkkelordene fullstendighet og forståelighet være til hjelp. Informasjonen bør være dekkende, samtidig som den ikke overskrider pasientens evne til å ta den til seg. Den bør så langt det lar seg gjøre bidra til forutsigbarhet for pasienten, ved å komme i god tid, beskrive hvorfor og når. Informasjonen skal være slik at pasienten forstår innholdet, og faguttrykk bør ikke benyttes (Eide & Eide, 2007). Det er viktig at informasjonen gjentas opp til flere ganger, slik at sykepleieren kan være sikker på at kvinnen har hørt og forstått det som er sagt (Travelbee, 1999).

Sykepleieren må gjennom observasjon og kommunikasjon få et helhetlig bilde av hvilke behov den enkelte kvinne har (Travelbee, 1999). En pasient beskriver sykepleieren som en unik samtalepartner som ofte var den eneste hun kunne prate med fordi møtene med legen var korte. Sykepleieren ga råd og forklarte sykdommen på en forståelig måte (Ottesen, 2013). Lyttende atferd og åpne spørsmål er metoder som lettere vil gjøre at vi som sykepleiere når inn til pasienten (Reitan, 2010a). Å være lyttende vil si å sette et annet menneske i fokus, gi den andre full oppmerksomhet og være lydhør (Travelbee, 1999). Travelbee (1999) beskriver dette som en forutsetning for å kunne kommunisere på et meningsfylt vis. Det kan være flere grunner til at sykepleierne ikke opptrer lyttende. Det kan være at hun ikke har tid, mangler energi, eller er uten interesse. Det er derfor viktig at sykepleieren opptrer profesjonelt og går bevisst inn for å lytte til pasienten. Myskja (2005) understreker også at å være lyttende i situasjoner der kreftdiagnoser fortelles om og tiden etterpå vil gjøre situasjonen lettere for begge parter ved at pasienten lettere åpner seg for sykepleieren.

Kommunikasjon er også en prosess (Travelbee, 1999). Kvinnene får ofte beskjeden om brystkreft i samtale med med kirurg, som de innkalles til etter biopsi. Vi har selv erfart at en kvinne fikk beskjed om at hun hadde fått brystkreft med fjernspredning til skjelettet. Etter kun 15 minutter etter beskjeden måtte pasienten på MR for videre undersøkelse av metastasene. Vi kan derfor sette spørsmålsteget ved om kvinnene får nok tid til å snakke med behandler eller annet helsepersonell om den beskjeden hun akkurat har fått. I studien til Løfgren (2010) skriver hun at uavhengig av hvordan kvinnen får beskjeden er det mye usikkerhet knyttet til ventetiden i påvente av behandlingen. En av sykepleierne i studiet beskriver det slik «hun hadde akkurat fått diagnosen, så var det hjem igjen til helga».

6.2 Individuelle mestringsstrategier

Vi har enda ikke kommet over noen tekniske hjelpemidler eller skjemaer som kan bistå oss når vi skal hjelpe en kvinne å finne en måte å mestre sykdommen på, vi har bare oss selv. Travelbee (1999) legger stor vekt på å bruke seg selv terapeutisk i sykepleien til andre mennesker. Sykepleieren kan ved å bruke sin egen personlighet bevisst lettere oppnå en kontakt med kvinnen. Vi mener det er viktig å være seg selv i møte med pasienten, hvis ikke kan vi bli oppfattet som kalde eller utrygge. Videre mener vi at faglig trygghet og kompetanse må brukes godt. Travelbee (1999) understreker dette med at å bruke seg selv terapeutisk

handler om å bruke fornuft og intelligens i samspill med vennlighet. Samtidig må sykepleieren være oppmerksom på at forholdet til pasienten ikke skal bli for privat.

I mange tilfeller kan det være vanskelig for sykepleieren å oppfatte hvilken fase pasienten er i, fordi alle fasene av en krisereaksjon kan gli over i hverandre (Eide & Eide, 2007). Som nevnt tidligere i oppgaven begynner pasienten å ta innover seg det som har skjedd i reaksjonsfasen. Ved krise i forbindelse med en brystkreftdiagnose vil reaksjonene komme ganske raskt når personen begynner å erkjenne hva situasjonen dreier seg om (Eide & Eide, 2007). Å få en livstruende sykdom som brystkreft vil for mange kunne skape en stressituasjon (Reitan, 2006). Lazarus (2006) skriver at normalt vil vi takle å bli utsatt for stress uten store problemer, men når det skjer noe overveldende som å få en kreftdiagnose vil det kunne komme ut av kontroll. Kvinnen kan føle at hun ikke har kontroll og dermed bli stresset. Dette kan føre til at hennes evne til mestring utfordres. Som nevnt tidligere i oppgaven skriver Lazarus (2006) at mestring dreier seg om måten mennesker håndterer stressende livssituasjoner på. Hvordan brystkreftpasientene mestrer sykdommen påvirkes av faktorer som for eksempel oppfatning av livet, krisens utløsende faktor, hvilken periode den rammede er i livet og erfaringer fra tidligere (Reitan, 2010c). Det vil derfor være viktig at vi som sykepleiere gir støtte og hjelper pasienten til krisemestring. En forutsetning for at vi som sykepleiere kan hjelpe pasienten er at vi har kunnskaper om ulike perspektiver på mestring og mestringsstrategier. Dette dreier seg om å sette i gang helsefremmede tiltak som reduserer angst og stress, og å styrke brystkreftpasientens løsning til problemfokuserende- og følelsesfokuserende mestring (Reitan, 2010c).

Problemfokusert og følelsesfokuseret mestring er i følge Lazarus (2006) sin teori to hovedmåter å mestre situasjoner som skaper stress på. Som skrevet tidligere i oppgaven handler problemfokuseret mestring om å rette fokus mot problemet ved å tilegne seg informasjon om hva som må gjøres, og foreta valg eller handlinger som gjør situasjonen bedre. For en kvinne med brystkreft kan problemfokuseret mestring være en nyttig tilnæringsmåte fordi hun da kan fokusere på noe konkret som kan påvirkes. Dette kan for eksempel være valg av behandling eller valg av livsstil knyttet til ernæring og aktivitet. Likevel kan ikke mestring sies å være det samme som problemløsning, fordi det i mange tilfeller ikke finnes en direkte løsning på problemet (Reitan, 2010c). Sykepleierens oppgave vil være å finne ut av hvilke praktiske problemer sykdommen skaper for pasienten, og oppmuntre til å opprettholde så mange av de dagligdagse oppgavene som mulig.

Undervisning er også en sentral sykepleieoppgave for å styrke pasientens evne til å bruke problemfokuset mestring som en strategi (Reitan, 2006). Drageset et al. (2009) skriver i sin studie at problemfokuset mestring er assosiert med større grad av personlig kontroll enn følelsesfokuset mestring. Samtidig er det viktig å huske at pasientgruppen med nyoppdaget brystkreft er i en situasjon der løsningen på problemet vil være å bli kvitt kreften, noe som i stor grad er utenfor deres kontroll. Derfor vil mange føle at følelsesfokuset mestring er det mest nærliggende i en slik situasjon. Denne mestringsstrategien handler som skrevet tidligere om regulering av følelser. Denne type mestring vil være aktuell når påvirkning ikke er mulig. Ved en kreftdiagnose vil det være mange aspekter som pasienten ikke vil føle kontroll over, for eksempel reaksjonene som vil komme i både den akutte fasen og reaksjonsfasen (Reitan, 2010c). Sykepleierens rolle vil være å støtte kvinnen i den mestringsstrategien hun besvisst eller ubevisst benytter. Samtidig påstår Folkman og Lazarus (1991, referert i Eide & Eide 2007) at å velge feil mestringsstrategi kan gjøre situasjonen verre. Sykepleieren må derfor hjelpe pasienten i riktig retning, selv om dette vil være en vanskelig oppgave da vi ikke uten videre kan vite hva som er rett for den enkelte. Travelbee (1999) understreker at å hjelpe et menneske å mestre sykdom er en av de vanskeligste sykepleieoppgavene, men at det viktigste er å vise den syke at vi ønsker å bistå gjennom våre handlinger. Dette kan gjøres ved å støtte og oppmuntre kvinnen om at det finnes mulighet for mestring, og få fatt på hva hun selv mener er viktige mestringsmetoder. Sykepleieren må på denne måten hjelpe kvinnen å flytte fokuset bort fra begrensningene og mot mulighetene (Reitan, 2006). Et annet tiltak sykepleieren bør presentere er å understreke at det sosiale nettverket rundt pasienten er viktig, å ha noen å henvende seg til er det viktigste for å mestre følelsene en krise kan føre med seg (Reitan, 2006).

6.2.1 Opplevelse av sammenheng

Det å gjenopprette en opplevelse av sammenheng og mening kan for mange være sentralt for å føle mestring (Eide & Eide, 2007). Hvis vi spør en pasient hva som betyr noe i livet vil vi få svært ulike svar, fordi alle mennesker har ulike erfaringer og forutsetninger. Likevel kan vi i følge forskning finne noen likhetstrekk i hva som er viktig for å få en god mestringsopplevelse. Opplevelse av mening ser ut til å være vesentlig for å oppleve god livskvalitet (Langeland, 2009). Antonovsky (Gjærum, Grøholt & Sommerschild 1998, referert i Reitan 2006) skriver at en forutsetning for hvordan vi mestrer utfordringer i livet er i hvilken grad vi opplever sammenheng i tilværelsen. Som beskrevet før i oppgaven skriver han om tre faktorer som er viktig i denne sammenheng: begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet

(Antonovsky, 2012). For kvinnen vil en viktig del av mestringen være å forstå situasjonen. I et eksempel tidligere i besvarelsen viste vi til at en pasient skulle på MR-undersøkelse bare 15 minutter etter at hun hadde fått diagnosen brystkreft med fjernspredning til skjelettet. Hun opplevde det hele som et kaos, og klarte ikke å se sammenhengen i alt som skjedde. For pasienten virker situasjonen her uoversiktlig. Sykepleieren kan ikke råde over sykdom og utviklingen av den, men hvordan kvinnen blir fulgt opp er absolutt et sykepleieansvar. Løfgren (2010) skriver at god og tilpasset informasjon trolig vil øke kvinnens forståelse av situasjonen.

Den første tiden etter diagnostiseringen kan være en tid som for mange kvinner er vanskelig å håndtere, dette skyldes stor usikkerhet knyttet til fremtiden. Dette er en usikkerhet vi som sykepleiere ikke kan eller skal ta vekk, fordi vi ikke kan gi garantier for fremtiden. Vi kan likevel dempe noe av usikkerheten ved å gi god oppfølging. At kvinnen føler seg trygg og ivaretatt vil gjøre at hun opplever situasjonen som mer håndterbar (Løfgren, 2010). For å skåre høyt på håndterbarhet er kvinnens ressurser viktig. Antonovsky (2000) mener at jo flere ressurser desto større motstandskraft, og dermed vil pasienten ha bedre forutsetninger for å utvikle en sterk OAS. Løfgren (2010) skriver at en sentral del av det å hjelpe en kvinne å mestre sykdommen på, er å fremme hennes iboende ressurser. En av deltagerne i studien har poengtert at kreftsvulsten ofte er bitteliten og at resten av mennesket er friskt. Ved å konsentrere oss om kvinnens ressurser fremfor hennes sykdom kan vi løfte hennes følelse av håndterbarhet. Dette kan vi gjøre ved å stille oss selv spørsmålet hvilke ressurser kvinnen har, og hvordan hun anvender dem? Konkret kan vi oppmuntre til å bruke støtte fra sosialt nettverk og legge vekt på hva de kan klare i hverdagen. Samtidig kan forventninger og krav overgå pasientens evne til å håndtere og mestre dem, belastningen vil da gjøre at pasientens OAS blir dårligere (Varre et al., 2011). Langeland (2009) skriver også i sin forskning at det er viktig at pasientene blir utsatt for en passende mengde utfordringer, for ikke å føle det som belastende.

Antonovsky (2012) trekker frem at meningsfullhet ofte synes å være den viktigste faktoren for å føle mening i tilværelsen. Sykepleieren bør jobbe for å fremme kvinnens motivasjon for å forbedre hennes tilstand. Kvinnen må da se på livet som en positiv utfordring fremfor en byrde (Glinsvad, 2014). Landmark & Wahl (2002) skriver at å få kreft hos mange kvinner vekker en styrke de ikke visste at de hadde, og at viljen til å leve ble sterk. Frykten for døden kan se ut som en viktig drivkraft for kvinnene til å fortsette kampen. En viktig faktor for å

føle meningsfullhet ved en brystkreftdiagnose vil være å kunne påvirke i eget sykdomsforløp. Kvinner beskriver at dette gir dem en følelse av frihet og motivasjon (Varre et al., 2011). Antonovsky (2012) understreker dette ved å beskrive at det som gir mening er utfordringer den enkelte oppfatter som verdt å engasjere seg i. For å klare å mobilisere krefter til å mestre og leve med sykdommen beskrives det av kvinner som meningsfylt å være hovedperson i eget livsdrama. For mange er det viktig å kunne ta ansvar for eget liv, samtidig uttrykker de at de ikke kan eller vil gjøre dette alene (Varre et al., 2011). Det er derfor viktig at vi som sykepleiere er observante på kvinnens ønsker, og når hun trenger støtte i hverdagen for å fremme hennes følelse av meningsfullhet i livet under sykdomsperioden.

Travelbee (1999) legger vekt på at å hjelpe et menneske å finne mening i livet er en vanskelig oppgave, og det finnes ingen konkret oppskrift fordi hvert enkelt menneske er unikt og vil ha ulike behov. Det er lett å tenke at når man får en livstruende sykdom vil opplevelsen av mening automatisk bli dårligere i takt med sykdomsforverring. Forskning viser at opplevelse av sammenheng ikke nødvendigvis har sammenheng med opplevelse av symptomer i et sykdomsperspektiv. Deltagerne viste at de var i stand til å finne mening i livet til tross for høy symptombelastning (Langeland, 2009). Opplevelse av sammenheng kan sees i forbindelse med innstillingen den enkelte har til verden. En slik innstilling har blitt formet gjennom hele livet og vil derfor være vanskelig for helsepersonell å forandre permanent (Antonovsky, 2012). Vi tolker det slik at Antonovsky antyder at det for sykepleieren vil være mest hensiktsmessig å rette oppmerksomhet mot de forbigående og kortvarige endringene i kvinnens liv.

I forordene presenterte vi en personlig historie hvor det blir beskrevet at mammaen som hadde fått brystkreft gråt mye. Travelbee (1999) skriver at sterke uttrykk for følelser, gjennom sorg, angst og depresjon, kan skyldes at personen ikke klarer å finne noen mening i sykdommen. Det kan være nærliggende å tenke at kvinnen i historien ikke klarte å finne mening i det som hadde rammet henne, hun var jo tross alt ung og hadde små barn. Hvorfor skulle hun bli rammet? Å være syk er å være redd. De fleste av oss vil frykte det ukjente og være engstelige for å ikke ha noen fremtid (Travelbee, 1999). En studie viser at det å frykte døden er uavhengig av alder, en av helsepersonellet beskriver at hun har møtt 90 åringer som er like redde for å dø som 30 åringer. Derfor vil det være viktig at vi som sykepleiere har et åpent og reflektert forhold til døden. Dette for å skape større trygghet for kvinnen ved å kunne snakke om temaet (Løfgren 2010). Det er viktig at vi gir kvinnen rom for å sette ord på det hun

frykter mest av alt (Sæteren, 2010b). For kvinnen vi beskriver i forordene, kan det tenkes at hennes største frykt er å dø fra mann og barn. Travelbee (1999) skriver at å være syk er å bekymre seg for familiemedlemmer og hva som vil skje med dem. Mange kvinner som er rammet av brystkreft har et ønske om å følge opp barn og familie. Selve dødsangsten kan derfor være bundet til redsel for ikke å få se barna vokse opp (Løfgren, 2010). Myskja (2005) beskriver samtidig at mange av hans kreftpasienter uttrykte at de hadde mye å leve for, selv om de hadde en kreftdiagnose.

7. OPPSUMMERING

Mestring er et mye brukt begrep i sykepleien. Vi hadde derfor et bilde i hodet av hva dette innebar før vi begynte å skrive denne oppgaven. Dette bildet har utvidet seg stort. I problemstillingen spurte vi om hva sykepleieren kunne gjøre for å fremme mestring hos en pasient med nyoppdaget brystkreft. Å mestre sykdommen er ikke noe vi som sykepleiere kan gjøre for pasienten, men noe vi kan bidra til at skjer. Mestring er et begrep som har ulik betydning for hver enkelt, og må ses i sammenheng med tidligere erfaringer, opplevelser og syn på livet. Som Travelbee (1999) skriver, er å hjelpe et menneske å mestre en av de vanskeligste oppgavene til en sykepleier. Vi opplever at det er lite forskning direkte på sykepleieintervensjoner for å fremme mestring hos pasienten med brystkreft. Dette er noe vi mener kunne styrket besvarelsen av oppgaven vår ved å få tilført flere direkte sykepleietiltak for å fremme mestring.

Sinne, benektelse og apati er eksempler på følelser en kvinne kan oppleve, som produkter av sjokket det er å få en livstruende diagnose. Som sykepleiere kan vi aldri med sikkerhet vite hvordan kvinnen vil reagere, hva hun vil si eller ikke si, gjøre eller ikke gjøre. Reaksjonene vil være svært forskjellige. Uansett hva som møter oss er det viktig at vi opptrer med medmenneskelighet, like så mye som profesjonalitet. Å gi rom for kvinnen til å uttrykke følelser, vise empati og sympati ser ut til å være viktig for å skape et menneske-til-menneske-forhold, som Travelbee (1999) beskriver som grunnlaget for all sykepleie.

Evnen til å ta inn og bearbeide informasjon vil i en sjokkfase være nedsatt. Informasjon kan gi økt forståelse av situasjonen og dermed sterkere mestringsfølelse. På den andre siden kan informasjon oppleves som overveldende og uhåndterbart. En sykepleieoppgave er derfor å være en informasjonskilde, som kan tilpasse informasjonen til hver enkelt etter deres behov. Gjenta informasjon, være lyttende og oppmerksom vil gi økt trygghet for kvinnen.

Det finnes ingen oppskrift på hvordan kriser kan mestres (Myskja, 2005), men som sykepleiere kan vi hjelpe kvinnen gjennom å ha kunnskap om ulike mestringsstrategier. I oppgaven har vi fokusert på problemfokuset og følelsesfokuset mestring. Problemfokuset mestring ser ut til å kunne være positivt for å ha noe konkret å fokusere på, men kan for mange virke urealistisk da det ikke finnes noen direkte løsning på problemet i denne situasjonen. Følelsesfokuset mestring vil derfor for mange være mer nærliggende. Sykepleieren må bruke sin personlighet, fornuft og intelligens for å hjelpe kvinnen å finne den

mestringsstrategien som passer henne. Redsel for døden og hva som vil skje i fremtiden kan føre til at mange ikke klarer å finne mening i hvorfor de har fått en kreftdiagnose. Samtidig ser dette ut til å være en viktig drivkraft for å fortsette kampen, og for mange kvinner vil det å få kreft vekke en indre styrke de ikke visste at de hadde (Landmark & Wahl, 2002).

For å fremme mestring er tid kanskje det viktigste verktøyet vi har. Dette er en utfordring vi gjennomgående har møtt på i oppgaven. Vi ser at effektivisering, kort liggetid og økt bruk av poliklinisk behandling kan påvirke omsorgen til pasientene. Samtaler er kanskje en av de viktigste tiltakene for å fremme mestring, men det krever at sykepleieren har tid og mulighet til dette. Samtidig ser vi at måten den enkelte mestrer sykdommen på er like forskjellig som menneskene bak diagnosen. Det eneste vi derfor kan konkludere med er at vi som sykepleiere må behandle alle mennesker som unike individer, og tilpasse sykepleien til hver enkelt kvinne.

8. LITTERATURLISTE

*Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium: den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

(Antall sider: 21)

*Antonovsky, A. (2000). *Helbredets mysterium: at tåle stress og forblive rask*. København: Hans Reitzels Forlag.

(Antall sider: 5)

*Brystkreftforeningen. (2011). *Brystkreft: ventetid på utredning og behandling*. Lokalisert på http://www.brystkreftforeningen.no/images/pdf/Brystkreftforeningen_mener/Standpunkt_ventetid_behandling_RS11.pdf

(Antall sider: 1)

*Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A. & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag AS.

(Antall sider: 3)

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

*Drageset, S. (2011). Vond ventetid. *Sykepleien*, 99(12), 52-

54. <http://dx.doi.org/10.4220/sykepleiens.2011.0181>

(Antall sider: 3)

*Drageset, S., Lindstrøm, T. C. & Underlid, K. (2009). Coping with breast cancer: between diagnosis and surgery. *Journal of advanced Nursing*, 66(1), 149-

158. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05210.x>

(Antall sider: 9)

Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Glinsvad, B. (2014). Mestringsteorier i sykeplejen. I K. Frederiksen & B. Glinsvad (Red.), *FAG: grundbog i sykepleje* (s. 219-237). København: Munksgaard.

(Antall sider: 18)

*Halkett, G., Arbon, P., Scutter, S. & Borg, M. (2014). The role of the breast care nurse during treatment for early breast cancer: The patient`s perspective. *Comtemporary Nurse*, 23(1), 46-57. <http://dx.doi.org/10.5172/conu.2006.23.1.46>

(Antall sider: 11)

*Halvorsen Bastøe, L.-K. (2011). Reaksjoner og strategier i bearbeiding av sykdom og skade. I I. M. Holter & T. E. Mekki (Red.), *Sykepleieboken 1* (4.utg., s. 81-103). Oslo: Akribe.

(Antall sider: 22)

*Helsedirektoratet. (2016). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter med brystkreft*. (Rundskriv IS-2/2016). Oslo: Direktoratet.

(Antall sider: 10)

Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64. § 10. (2016).

Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Høgskolen i Hedmark (2015). *Retninglinjer for bachelor oppgave i sykepleie*. Lokalisert på [https://fronter.com/hihm/links/files.phtml/570b592a241ed.1478840829\\$363800780\\$/Arkiv/Mappe_prcnt_2C+studieansvarlig/RETNINGSLINJER+FOR+BACHELOR+OPPGAVE+I+SYKEPLEIE.pdf](https://fronter.com/hihm/links/files.phtml/570b592a241ed.1478840829$363800780$/Arkiv/Mappe_prcnt_2C+studieansvarlig/RETNINGSLINJER+FOR+BACHELOR+OPPGAVE+I+SYKEPLEIE.pdf)

Håkonsen, K. M. (2009). *Innføring i psykologi* (4.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Kreftforeningen. (2016a). *Brystkreft: cancer mammae*. Lokalisert på

<https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/brystkreft/>

(Antall sider: 1)

*Kreftforeningen. (2016b). *Om Rosa sløyfe*. Lokalisert på

<https://kreftforeningen.no/rosasloyfe/om-rosa-sloyfe/>

(Antall sider: 1)

*Kreftforeningen. (2016c). *Årets tema*. Lokalisert på

<https://kreftforeningen.no/rosasloyfe/om-rosa-sloyfe/arets-tema/>

(Antall sider: 1)

*Landmark, B. T., & Wahl, A. (2002). Living with newly diagnosed breast cancer: a qualitative study of 10 woman with newly diagnosed breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 40(1), 112-121. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02346.x>

(Antall sider: 9)

*Langeland, E. (2009). Betydningen av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse. *Sykepleien forskning*, 4(4), 288-296. <http://dx.doi.org/10.4220/sykepleienf.2009.0143>

(Antall sider: 8)

*Lazarus, R. S. (2006). *Stress og følelser: en ny syntese*. København: Akademisk Forlag.

(Antall sider: 114)

*Løfgren, C. (2010). *Helsefremmende faktorer av betydning for bedringsprosesser for kvinner rammet av brystkreft* (Masteroppgave, Høgskolen i Hedmark). Lokalisert på

<http://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/132534>

(Antall sider: 79)

*Myskja, A. (2005). *Leve med kreft - Hvordan styrke håp og livsmot*. Oslo: Cappelens Forlag AS.

(Antall sider: 41)

*Oncolex. (2015). *Prognose for brystkreft*. Lokalisert på

<http://oncolex.no/Bryst/Bakgrunn/Prognose>

(Antall sider: 1)

*Ottesen, G. (2013). *Kreftens gleder*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

(Antall sider: 8)

Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. § 3-2. (2015).

*Reitan, A. M. (2010a). Kommunikasjon. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient – utfordring – handling* (3.utg., s. 102-120). Oslo: Akribe.
(Antall sider: 18)

*Reitan, A. M. (2010b). Kreftsykepleie. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient – utfordring – handling* (3.utg., s. 21-34). Oslo: Akribe.
(Antall sider: 13)

*Reitan, A. M. (2010c). Krise og mestring. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient – utfordring – handling* (3.utg., s. 72-101). Oslo: Akribe.
(Antall sider: 29)

*Reitan, A. M. (2006). Mestring. I U. Knutstad & B. K. Nielsen (Red.), *Sykepleierboken 2* (2.utg., s. 157-179). Oslo: Akribe.
(Antall sider: 22)

Sørensen, E. M. & Almås, H. (2010). Sykepleie ved brystkreft. I H. Almås, D.-G, Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (4.utg., s. 439-453). Oslo: Gyldendal Akademisk.
(Antall sider: 14)

*Sæteren, B. (2010a). Omsorg for døende pasienter. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient – utfordring – handling* (3.utg., s. 235-256). Oslo: Gyldendal Akademisk.
(Antall sider: 3)

*Sæteren, B. (2010b). Åndelig og eksistensiell omsorg. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient – utfordring – handling* (3.utg., s. 304-315). Oslo: Gyldendal Akademisk.
(Antall sider: 11)

*Torjuul, K. (2001). *Oversikt over Joyce Travelbees Sykepleieteori*. Upubliserte forelesningsnotater Høgskolen i Sør-Trøndelag, Trondheim.
(Antall sider: 29)

*Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
(Antall sider: 190)

*Varre, P., Slettebø, Å. & Ruland, C. (2011). "Det er mitt liv det gjelder": kreftpasienters beskrivelse av mestringsmuligheter, slik de kommer til uttrykk på et internettbasert diskusjonsforum. *Vård i nord*, 101(31), 4-8. Lokalisert på <http://njn.sagepub.com/>
(Antall sider: 4)

Totalt antall sider selvvalgt litteratur (*): 699

Vedlegg 1: PICO-skjema

P asient/population/ problem HVEM?	I ntervention/tiltak/initiativ HVA?	C omparison ALTERNATIV?	O utcome RESULTAT/EFFEKT
Hvilken type pasient(er)	Hvilke tiltak vurderes	Hvilke alternativer finnes til tiltakene?	Hvordan kan tiltakene påvirke utfallet? hvilke utfall er interessante?
Kreft, Kreftpasient(er), Brystkreft, Brystkreftpasient(er) Cancer, Breast cancer, Cancer patient, Cancer patients	Sykepleie, Mestring, Mestringsstrategier, Nydiagnostisert Nylig diagnostisert Nursing, Nursing Role, Coping, Coping strategies, Newly diagnosed, Early diagnosed	OAS Informasjon Kommunikasjon SOC, Patients perspective, Information, Communication	Økt livskvalitet, Livskvaitet Better life quality Life quality, Quality of life

Vedlegg 2: Oversiktstabell over anvendte forskningsartikler. Side 1/3

Database og søkeord	Antall funn og dato for søk	Årstall, tittel, forfatter(e)	Svakheter	Styrker
Oria "Breast cancer", "Newly diagnosed", "Coping"	757 treff 04.04.16	2002 Bjørge T. Landmark, Astrid Wahl "Living with newly diagnosed breast cancer: a qualitative study of 10 women with newly diagnosed breast cancer "	- Få deltagere - Gammel forskning - Kvinnene i forskningen har levd 4-19 mnd med diagnosen – vi tar for oss tiden mellom diagnose og oppstart av behandling	- Norsk studie - Forfatter gjengitt i annen forskning og litteratur - Diskuterer funnene i forskningen godt
Sykepleien forskning "SOC", "Mestring"	23 Treff 05.04.16	2009 Eva Langeland "Betydningen av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse "	- Går ikke direkte på vår pasientgruppe, men på mennesker med psykisk lidelse - Lite kritiske til egne funn - Skriver kort og lite utdypende om funn	- Norsk studie - Mange deltagere - Diskuterer funnene grundig, bygger opp under med annen teori og forskning

Vedlegg 2: Oversiktstabell over anvendte forskningsartikler. Side 2/3

Database og søkeord	Antall funn og dato for søk	Årstall, tittel, forfatter(e)	Svakheter	Styrker
Oria ”Breast cancer”, ”Newly diagnosed”, ”Coping”	757 treff 04.04.16	2009 Sigrunn Drageset, Torill Christine Lindstrøm, Kjell Underlid ”Coping with breast cancer: between diagnosis and surgery”	- Fra 2009 – blitt ny lovgivning ift. tid mellom diagnostisering og behandling	- Norsk - Anerkjente forfattere - Tar for seg mestringsstrategier kvinnene har brukt og bygger opp under dette med annen litteratur og forskning - Sykepleie-perspektiv: konkluderer med hva som er viktig for sykepleieren - Skriver tydelig hva denne studien tilfører temaet og hva som bør forskes videre på.
Brage ”Mestring”, ”Brystkreft”	139 treff 02.04.16	2010 Christine Løfgren, ”Helsefremmede faktorer av betydning for bedringsprosesser for kvinner rammet av brystkreft”	- Få deltagere: 7 stk - Ikke anerkjent forfatter: masteroppgave	- Relevant for problemstilling fra helsepersonells perspektiv - Hensikt og problemstilling tydelig formulert - Gjør godt rede for tidligere forskning

Vedlegg 2: Oversiktstabell over anvendte forskningsartikler. Side 3/3

Database og søkeord	Antall funn og dato for søk	Årstall, tittel, forfatter(e)	Svakheter	Styrker
SveMed+ ”Breast cancer”, ”Coping” ”Diagnosis”	19 Treff 31.03.15	2011 Pernille Varre, Åshild Slettebø, Cornelia Ruland ”Det er mitt liv det gjelder” – Kreftpasienters beskrivelse av mestringsmuligheter, slik det kommer til uttrykk på et internetbasert diskusjonsforum”	- 102 deltagere valgt til å få tilgang på lukket forum – bare 62 var deltakende – kan miste troverdigheten - Tekstanalysert, forfatterne har tolket informasjonen i diskusjonsforumene og ikke snakket med deltakerne gjennom for eksempel intervju- kan føre til feiltolkninger - Selvrekruttering – de med mye ressurser kan være overrepresentert	- Tidsaktuell, diskusjonsforum – aktuelt i dagens samfunn - Sykepleiefokus - Norsk studie - Kritisk til egen forskning
Cinahl ”Breast Cancer”, ”Nursing Role”, ” Patients perspective”	64 Treff 01.04.16	2014 Georgia Halkett, Paul Arbon, Sheila Scutter, Martin Borg ”The role the breast care nurse during treatment for early breast cancer: The patient’s perspective”	- Forskning fra Australia – annet system enn Norge - Innsamlet data i 2003 - Lite kritisk til egen forskning	- Relevant for vår problemstilling: sykepleierens rolle - Publikasjon i 2014 – dagsrelevant - Gjør godt rede for tidligere forskning om temaet