



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

VURDERINGSINNLEVERING

Emnekode: SYKSB 3001

Emnenavn: Sykepleie, fagutvikling og forskning
(Bacheloroppgave).

Vurderingsform: Hjemmeeksamen.

Kandidatnr: 28

Leveringsfrist: 23.02.12.

Ordinær eksamen eller kontinuasjon: Ordinær eksamen.

Veileder: Gjertrud Husøy



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

SYKEPLEIE VED BRYSTKREFT– HVORDAN INFORMASJON OG STØTTE KAN BIDRA TIL MESTRING.

Bacheloroppgave i sykepleie, Stord 2012, kull 2009

Antall ord: 8409



(Foto: Eget bilde)

Nøkkelord: Breast cancer, family, coping, information

SAMMENDRAG

Brystkreft (cancer mammae) er den vanligste kreftsykdommen hos kvinner, og i 2009 fikk 2765 kvinner denne diagnosen. Liggetiden på en kirurgisk avdeling er kort når disse pasientene skal opereres, derfor er det en utfordring for sykepleieren å gi støtte og informasjon til pasient og pårørende på en god måte. Oppgaven ønsker å belyse hva brystkreftpasienten må mestre ved sykdommen, og hvordan sykepleieren ved å gi informasjon og støtte kan bidra til dette på en vanlig kirurgisk avdeling, samt inkludere familien. Oppgaven er en litteraturstudie. Det er gjort søk i CINAHL, Medline, Sykepleien forskning og Vård i Norden. Fem artikler ble inkludert. Forskningsartiklene viste at noe av det mest fremtredende ved brystkreft og kreft forøvrig var følelsen av usikkerhet. Informasjon og opplæring er viktig for at kvinnen skal være rustet til å mestre sykdommen. Partneren har også behov for informasjon og veiledning. Aktuelle tiltak sykepleieren kan gjennomføre er tilrettelegging for besøk på sykehuset av familien, gi skriftlig informasjonsmateriell, anbefale pålitelige nettsider, veilede foreldre i hvordan de kan snakke med sine barn om sykdommen, være tilgjengelig, lytte aktivt og henviser til støttegrupper.

SUMMARY

Breast cancer (cancer mammae) is the most common type of cancer among women. In 2009 2765 women were diagnosed with breast cancer. The length of stay in a surgical ward is short when these women get their surgery. Giving satisfactory information and support to the patient and her relatives can therefore be a challenge for the nurse. The aim of this bachelor thesis is to shed light on what the breast cancer patients have to cope with related to their disease, how the nurse can support their coping by giving information and support, and include the family. This is a literature study, where there's been searched for articles in CINAHL, Medline, Sykepleien forskning, and Vård i Norden. Five articles were included. Results showed that the most prominent with having breast cancer and cancer in general is the feeling of insecurity. Information and education is vital in order to cope with the disease. Appropriate interventions could be to facilitate visits in the hospital for the family, give written information, recommend reliable websites, guide the parents in how to talk to their children about the disease, be available, active listening and give referrals to support groups.

INNHOLDSFORTEGNELSE

1	INNLEDNING	6
1.1	Valgt problemstilling	6
1.2	Presisering og avgrensning	6
1.3	Mål med bacheloroppgaven.....	6
2	TEORI	7
2.1	Sykepleieteori- Benner og Wrubel	7
2.2	Brystkreft	8
2.2.1	Diagnostisering og behandling.....	8
2.2.2	Konsekvenser for pasienten	9
2.2.3	Kroppsforandring og selvbilde.....	9
2.2.4	Brystprotese.....	9
2.2.5	Gjenopptrening av bevegelighet i arm og skulderledd.....	10
2.3	Lazarus og Folkmans stressteori.....	10
2.4	Lazarus og Folkmans mestringsteori	11
2.4.1	Sosial støtte og mestring	11
2.5	Kommunikasjon.....	12
2.6	Pårørende	12
2.6.1	Partner	13
2.7	Taushetsplikt.....	13
3	METODE	14
3.1	Fremgangsmåte.....	15
3.2	Metodekritikk	16
4	RESULTAT/FUNN	18
5	DISKUSJON/DRØFTING.....	22
5.1	Mestring av sykdommen.....	22
5.2	Pasientens nærmeste	24
5.3	Informasjonsbehov og taushetsplikt	25
5.4	Implikasjon for sykepleie	27
5.5	Konklusjon.....	29
6	LITTERATURLISTE	30

Vedlegg 1, Søketabell.

Vedlegg 2, Resultattabell.

1 INNLEDNING

I 2009 fikk 2765 kvinner brystkreft (Brystkreftforeningen, 2011). Det er den hyppigste formen for kreft hos kvinner, men selv om overlevelsesprosenten har økt de siste årene, dør en fjerdedel av kvinnene som får diagnosen. I en sykepleiefaglig sammenheng er det en utfordring å vise kvinnen at hun blir sett og forberede henne på livet etter operasjon på den korte tiden hun ligger inne på avdelingen. For kvinnen oppleves kreften ofte som en trussel, fordi diagnosen gjør noe med hennes identitet og verdighet (Almås & Sørensen, 2008). I denne bacheloroppgaven har jeg valgt å skrive om brystkreft, og hvilke behov for informasjon og støtte brystkreftpasienten og hennes pårørende har på en sykehusavdeling. Det er fordi jeg har vært borti diagnosen i en av mine praksisperioder på sykehus, og fordi jeg kjenner noen som har vært pårørende. Dette har gjort inntrykk på meg, og har gjort at jeg har lyst til å belyse temaet brystkreft. Brystkreft bringer med seg både fysiske og psykiske utfordringer, både for pasienten og personene rundt. For å kunne hjelpe pasienten må vi også forsøke å hjelpe de pårørende slik at de sammen kan takle forandringene som kommer etter en slik diagnose. Pasienten og omgivelsene påvirker hverandre gjensidig.

1.1 Valgt problemstilling

Hvordan kan sykepleier gi støtte og informasjon til brystkreftpasienter og deres pårørende under et sykehusopphold?

1.2 Presisering og avgrensning

Med pårørende mener jeg spesielt partner og barn. Jeg vil ikke omtale screening og arvelighet. Jeg vil hovedsakelig omtale sykepleie på en kirurgisk avdeling for kvinner som nylig har blitt operert for brystkreft.

1.3 Mål med bacheloroppgaven

Målet med denne bacheloroppgaven er å belyse brystkreftpasienters og deres pårørendes behov for støtte og informasjon, men også på hvilken måte pasient og pårørende i denne sammenhengen påvirker hverandre.

2 TEORI

2.1 Sykepleieteori- Benner og Wrubel

Patricia Benner og Judith Wrubel er to amerikanske sykepleiere som i 1989 gav ut en bok ved navn "The Primacy of Caring", der de kritiserer de rådende sykepleieteoriene for å være for mekaniske. Benner og Wrubel mener her at teorien bør ta utgangspunkt i praksis, og ikke omvendt. Deres omsorgsfilosofi dreier seg om at pasienten er i en situasjon der det som er viktig for ham er truet, og han opplever stress i forbindelse med tap eller sykdom. Deres syn på stress og mestring er basert på Lazarus og Folkman. De beskriver stress som et sammenbrudd i mening, forståelse og normal funksjon (Benner og Wrubel, 1989). Sykepleieren må ta utgangspunkt i det som er viktig for den enkelte, og gjennom dette hjelpe ham å mestre sin livssituasjon (Kristoffersen, Nordtvedt og Skaug, 2005). De mener at mennesket ikke kan sees isolert fra sine omgivelser, men at de utvikler seg i forhold til dem. "Helse" er ikke et begrep de bruker i sin teori, de foretrekker "velvære". Det er fordi "velvære" i større grad også rommer pasientens opplevelse av situasjonen. Opplevelsen av velvære kan ikke sees uavhengig av den situasjonen personen er i, og det vedkommende bryr seg om. Hva en person bryr seg om (som fra Benner og Wrubels teori er oversatt fra det engelske "caring", til det norske "spesielle anliggender") bestemmer hvordan situasjonen oppleves, og dermed hvilke mestringsstrategier som kan brukes. Benner og Wrubel mener at det ikke finnes generelle mestringsstrategier som kan brukes i alle livssituasjoner. Når ens spesielle anliggender er truet kan en ikke fritt velge strategi, nettopp fordi en bryr seg (Kristoffersen m.fl., 2005). En kan kanskje velge hvordan en vil opptre eller utrykke sine følelser, men en kan ikke velge hva en skal føle. Distansering kan for eksempel vanskelig brukes i mange situasjoner som omhandler noe man bryr seg om. Følelser bestemmer hvordan pasienten ser på sine muligheter. Fordi pasienten ikke har valgt sine følelser, må valget av intervensjoner være basert på en nøyaktig tolkning av pasientens måte å være i situasjonen på. Skal pasienten endre måte å være i situasjonen på, kan det bare være gjennom å ta utgangspunkt i der han er akkurat nå (Benner & Wrubel, 1989). Den sykepleien som gis, må oppleves som meningsfull for at den skal være effektiv, og da må sykepleieren vite hva som gir mening for den enkelte (Kristoffersen m.fl., 2005).

2.2 **Brystkreft**

Brystkreft er en ondartet svulst i brystkjertelen, og det første symptomet er ofte en eller flere kuler i brystet eller armhulen. Andre symptomer er sår på brystet som ikke vil gro, inndragning av huden på brystet, eksemlignende forandringer, væskende brystvorte, "appelsinhud" på brystet, og asymmetri som ikke tidligere har vært der. I tillegg finnes det ulike symptomer som kan oppstå dersom kreften har spredd seg. Det tar som regel flere år fra forandringene i celledelingen starter og til kulen er følbart eller har spredd seg til andre steder i kroppen. Brystkreft kan deles inn i fire stadier, alt etter utvikling og spredning. De ulike stadiene kan kreve ulike behandlingsstrategier og er et utgangspunkt for valget av disse (Almås & Sørensen, 2008). Brystkreft kan ikke forebygges, men vi kjenner til noen disponerende faktorer, blant annet økende alder, hormonbehandling, sen eller ingen graviditet, tidlig menstruasjon og sen menopause, brystkreft i familien og tidligere kreft i ett bryst (Almås & Sørensen, 2008).

2.2.1 *Diagnostisering og behandling*

"Trippeldiagnostikk" omfatter klinisk undersøkelse av brystet, bildediagnostikk og vevsprøve av brystet med en nål. Dette er retningslinjene som brukes i dag ved diagnostisering av brystkreft. Bildediagnostikken som gjennomføres er mammografi, som vil si røntgenbilder av brystkjertelen. MR (Magnetisk resonanstomografi) brukes dersom det er uavklarte tilfeller eller som supplement hvis det er en kvinne som har høy risiko på grunn av en genfeil (Almås & Sørensen, 2008). Kirurgi er den viktigste behandlingsmetoden og består av to hovedgrener. En brystbevarende operasjon tar sikte på å fjerne selve svulsten, og bevare mest mulig av brystet. Dette kan kun gjøres hvis svulsten er relativt liten. Det er nødvendig med strålebehandling etterpå fordi det kan være kreftceller igjen i brystet. Dersom svulsten er større enn 4 cm, er det aktuelt å fjerne hele brystet, *mastektomi*. Lymfeknuter i armhulen fjernes også dersom det er påvist kreftceller der preoperativt. Kirurgisk behandling kan gjøres alene, sammen med cytostatikabehandling, stråling eller endokrin (hormonell) behandling (Almås & Sørensen, 2008).

2.2.2 *Konsekvenser for pasienten*

Brystkreft kan få konsekvenser også utover symptomene. For det første er brystkreft et psykisk traume som skaper en stressreaksjon. Tjemsland (sitert i Almås & Sørensen, 2008) mener at kvinner med brystkreft rammes på to måter. Den første er usikkerheten rundt prognosen, mens den andre gjelder forandringer i utseende og følelse av kvinnelighet. Brystkreft rammer ikke bare pasienten, men på mange måter også de pårørende. Den kan påvirke relasjonene kvinnen har samt hennes funksjon i hjemmet og på arbeid. Bivirkninger etter behandlinger er en annen konsekvens, og disse kan påvirke livsutfoldelsen og velværet. Noen vanlige bivirkninger er konsentrasjonsproblemer, kronisk tretthet, nedsatt skulderbevegelse, vekttoppgang, lymfødem (hevelse i armen) og forandret hudfølelse. Angst og depresjon er også vanlig (Almås & Sørensen, 2008).

2.2.3 *Kroppsförändring og selvbylde*

Brystene blir i vår kultur betraktet som en viktig del av kvinnens seksuelle identitet. Hvor mye dette betyr for den enkelte avhenger både mellommenneskelige og personlighetsmessige forhold. For de fleste vil det allikevel oppleves som et stort traume. Mange ønsker ikke å se arret første gang det skal skiftes bandasje. Kvinnen bør likevel ha kommet over terskelen før hun reiser hjem, og den første konfrontasjonen med arret bør være sammen med en sykepleier som kan svare på spørsmål og kommentarer. Det kan være en ekstra påkjenning å la andre se at hun har fjernet et bryst. For noen oppleves det også vanskelig å skjule det med kunstige midler. Sykepleieren må støtte og respektere de valgene den enkelte tar, og være var på tegn på at kvinnen har behov for å snakke om tapet av brystet (Almås & Sørensen, 2008).

2.2.4 *Brystprotese*

Før kvinnen reiser fra sykehuset skal hun få med seg en midlertidig brystprotese, hvis hun ønsker det. Dette er en enkel protese laget av vatt eller skumgummi. En permanent protese er ikke hensiktsmessig før såret har grodd og eventuelle hevelser har gått ned. Dette tar 4-6 uker. Kvinnen må også føle seg psykisk sterk nok til å anskaffe den permanente protesen. Hun bør på

forhånd informeres om at hun kan gjenoppleve noen av de første reaksjonene hun hadde på tapet av brystet (Almås & Sørensen, 2008).

2.2.5 Gjenopptrening av bevegelse i arm og skulderledd

Etter en brystkreftoperasjon er det viktig at kvinnen får informasjon om adekvat smertelindring for å kunne bevege og bruke armen. Stuvning av lymfevæske i lymfeårene i armen etter operasjonen fører til smerter og stramning i armen i 2-3 uker etter operasjonen. Etter 6-12 uker degenereres årene, og smertene forsvinner av seg selv. For at ikke muskelstyrken skal reduseres og for å hindre ødemutvikling er det viktig at kvinnen bruker armen mest mulig, men ikke over smertegrensen. Etter operasjonen skal kvinnen ha veiledning av fysioterapeut dersom hun har fått fjernet lymfeknuter i armhulen. Hun skal veiledes i hvordan hun skal trene opp bevegelse i skulderen og unngå ødemutvikling. Dersom hun begynner å få ødemplager må hun få hjelp av en fysioterapeut med spesialkunnskap om lymfødembehandling (Almås & Sørensen, 2008).

2.3 Lazarus og Folkmans stressteori

Stress er et begrep som brukes både om ytre og indre påkjenninger og om kroppens reaksjon på disse. Hendelser og begivenheter som skaper stress for mennesker kalles stressorer. Disse varierer fra person til person. Mennesker tolker situasjoner på forskjellige måter. Tidligere erfaringer og den emosjonelle tilstanden en person er i fra før vil altså påvirke stressvurderingen (Renolen, 2008). Psykologisk stress er en følelse av trussel, usikkerhet, eller tap av kontroll. Lazarus og Folkman (sitert i Kristoffersen, 2005 s 212) definerer stress slik: "Psykologisk stress er derfor et forhold mellom personen og omgivelsene som ut fra personens oppfatning tærer på eller overskrider hans ressurser og setter hans velbefinnende i fare".

Det som fysisk skjer når en person utsettes for stressorer er at hjernen stimulerer binyremargen. Da produseres det adrenalin og noradrenalin. Det umiddelbare resultatet av dette er at pulsen, respirasjonsfrekvensen, blodgjennomstrømningen og muskelstyrken øker. Hjernen påvirker også binyrebarken, som øker produksjonen av kortisol, og dermed gir økt energi i kroppen. Disse reaksjonene er hensiktsmessige på kort sikt fordi den gjør kroppen mer årvåken og klar til å håndtere farer, men på lang sikt kan det gi symptomer som hodepine, svimmelhet,

stiv nakke og muskelspenninger. Irritabilitet, konsentrasjonsvansker og søvnevansker er også ofte et resultat (Renolen, 2008).

2.4 Lazarus og Folkmans mestringsteori

Lazarus og Folkman (sitert i Renolen, 2008) mener mestring er en prosess med tre ledd. Først gjøres en primærvurdering. Her vurderes det hvor truende situasjonen er. Den kan være skadelig, nøytral eller positiv. Sekundærvurderingen er det neste leddet. Den omhandler personens vurderinger av hva som kan gjøres med situasjonen, og hvilke konsekvenser de ulike alternativene kan få. Det er en subjektiv vurdering som vil påvirkes av personen og konteksten. Dermed trenger det ikke å være samsvar mellom vår reaksjon og den reelle situasjonen. Det siste leddet er det personen faktisk gjør for å mestre situasjonen. Mestring er ifølge Lazarus og Folkman de tiltakene vi gjør, enten kognitive eller adferdsmessige, for å klare de indre eller ytre kravene som utfordrer eller overstiger våre ressurser (Renolen, 2008). De mener videre at det finnes to hovedtyper mestringsstrategier. Den ene er problemfokuset mestring, der en gjør tiltak som er rettet mot omgivelsene eller tiltak rettet mot en selv. Det kan være å søke støtte og hjelp (utadorientert), eller å senke ambisjonene (innadorientert). Den andre mestringsstrategien er emosjonsorientert mestring, der en forsøker å endre følelsesreaksjonene som oppstår. Denne strategien er kanskje best egnet dersom vi er i en situasjon som ikke kan endres, eller som en midlertidig løsning før vi gjør noe med selve problemet (Renolen, 2008) Revurderinger av mestringsforsøkene gjøres hele tiden.

2.4.1 Sosial støtte og mestring

Det er to måter å se på sosial støtte. En er den objektivt tilgjengelige støtten, slik som familie og venner, og så er det den subjektive eller opplevde støtten. Det er tre ting som er viktig når det kommer til støtte i en stressende livssituasjon. Støtten må være håndgripelig, altså oppfattes som relevant. Det andre, vurderingsstøtte, er en form for støtte som bidrar til at man kan se ting fra andre synsvinkler, og hjelper til med problemløsningen. Det tredje er emosjonell støtte, som innebærer å motta sympati, aksept og verdsettelse. Dette igjen vil bidra til en følelse av tilhørighet (Renolen, 2008). Støtte fra familie og venner er svært viktig for at pasienten skal

mestre situasjonen, og de ressursene en har for å mestre sykdommen er i stor grad avhengig av støtteapparatet rundt.

2.5 Kommunikasjon

Kommunikasjon kan veldig enkelt defineres som "utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter". Partene i et kommunikasjonsforhold påvirker hverandre gjensidig, og kommunikasjonen foregår både verbalt og nonverbalt (Eide & Eide, 2008). Den verbale kommunikasjonen er det vi sier, mens den nonverbale er for eksempel ansiktsuttrykk, toneleie, lydstyrke og kroppsspråk (Renolen, 2008).

Den helsefaglige kommunikasjonen bør alltid være hjelpende for pasient og pårørende. Den hjelpende kommunikasjonen skal være anerkjennende, skape tillit, og formidle informasjon på en god måte, slik at den kan bidra til å løse problemer og legge tilrette for mestring for pasienten og de pårørende (Eide & Eide, 2008). Aktiv lytting og klar kommunikasjon er en forutsetning for å få klarhet i hva som kreves i en situasjon og unngå dårlige løsninger. Ofte har helsearbeidere begrenset tid til å gjennomføre dette. Mange hjelpere opplever at de ikke strekker til i møtet med pasienter som har alvorlig sykdom, sosiale problemer eller annet, og det blir en emosjonell belastning (Eide & Eide, 2008).

2.6 Pårørende

De pårørendes situasjon vil avhenge av hvilken tilstand pasienten er i, samt hvilket behov for hjelp og støtte pasienten har. Pasient og pårørende har størst behov for støtte ved diagnostidspunktet, ved resultater av behandling og ved endring av behandlingsmål (Grov, 2010). Tilhørighet og nærhet til andre og å ha noen å snakke med er grunnleggende for mestring. Ved en alvorlig kreftsykdom kan ensomhetsfølelsen være stor og forholdet til familien kan også endre seg. "Kjærlighetens skjold" er et begrep David Nielsen (sitert i Grov, 2010) bruker om den gjensidige beskyttelsen som kan oppstå i en familie der noen har en alvorlig sykdom. Bekymring for sykdom og død kan fort bli et tabu i en familie, fordi det er et ønske om å skåne andre. Ektefellenes forhold til hverandre kan endres som en konsekvens, og dermed også forholdet til

barna. Dette skaper ensomhet og bitterhet. Det kan være helsefremmende å dele tanker og følelser med familien.

Sykepleieren må spørre hvilke bekymringer de pårørende har, og hva de tenker og føler om situasjonen. Respekt og omtanke vil styrke deres identitet (Grov, 2010). Pårørende må også sees på som en ressurs, og pasienten bør oppfordres til å ta noen med seg på konsultasjoner på sykehuset (Almås & Sørensen, 2008). Montebello-Senteret holder kurs for kreftpasienter og pårørende for å gi hjelp til livsmestring. Det er en nasjonal institusjon (Montebello-Senteret, uå.)

2.6.1 Partner

I følge Walker (sitert i Almås og Sørensen, 2008) bør sykepleieren se kvinnen og hennes partner som en enhet. De påvirker hverandre gjensidig når det gjelder frykt og usikkerhet rundt sykdommen. Det å ha mistet eller skulle miste et bryst betyr for mange en kroppsforandring som påvirker selvbildet negativt, og følelsen av å være en fullverdig kvinne reduseres. Dersom kvinnen er åpen ovenfor partneren om slike ting kan bearbeidelsen bli lettere. Dersom pasient eller pårørende har behov for å bearbeide følelser, diagnose eller samliv, kan sykepleieren kontakte en kreftsykepleier i et av fylkets omsorgssentre. Kreftforeningen har slike omsorgssentre i alle fylker. De har også kreftsykepleiere som har barn i kreftfamilier som spesialfelt (Almås & Sørensen, 2008).

2.7 Taushetsplikt

Pasientens nærmeste pårørende skal ha informasjon om pasientens helsetilstand og helsehjelpen dersom pasienten samtykker til det eller forholdene tilsier det. De pårørende kan ikke selv kreve informasjon, og hvor mye informasjon som skal gis er overlatt til helsepersonellens skjønn. Pasienten kan bestemme at enkelte pårørende ikke skal ha informasjon, og dette må da respekteres. Sykepleiere må sikre seg at den pårørende er den han sier han er, slik at man ikke gir informasjon til noen som utgir seg for å være pårørende. (Molven, 2009)

3 METODE

I følge Tranøy (sitert i Dalland, 2007, s 81) kan metode beskrives som "...framgangsmåte for å frambringe kunnskap eller etterprøve påstander som framsettes med krav om å være sanne, gyldige eller holdbare funn." Alle midler som skal løse et problem og komme fram til ny kunnskap hører med i metodearsenalet (Dalland, 2007).

Kvantitativ forskning tar som oftest utgangspunkt i en forskers egne erfaringer på et område og en teori som bygger på tidligere forskningsstudier (Olsson & Sörensen, 2003). Dalland (2007) skriver at den kvantitative metoden tar sikte på å forme informasjonen til målbare enheter, slik at vi kan gjøre regneoperasjoner som for eksempel å finne prosent og gjennomsnitt av større mengder.

I følge Olsson og Sörensen (2003) er kvalitativ metode en forskningsprosedyre som gir beskrivende data der man ønsker å karakterisere noe. Holme og Solvang skriver at den kvalitative metoden skal finne opplevelser og meninger som ikke kan måles eller tallfestes (Dalland, 2007). Den gir mange opplysninger om få enheter, og de kan derfor bare forstås hvis de sees i sin sammenheng (Olsson & Sörensen, 2003).

I Bacheloroppgaven skal vi bruke metoden litteraturstudie. Et litteraturstudie kan defineres slik: "Et litteraturstudie innebærer å systematisk søke, kritisk granske og sammenfatte litteratur innenfor et emne eller problemområde" (Forsberg & Wengström, 2008, s 34). Forsberg og Wengström (2008) skriver videre at det ikke noen regler for hvor mange studier som skal inngå i en litteraturstudie, men på grunn av både praktiske og økonomiske grunner vil det bare kunne være et begrenset antall. Det kommer an på hvor mange studier forfatteren finner, og hvilke kriterier en har for å innlemme studiene. I et litteraturstudie skal man lete etter kunnskap om et tema fra forskjellige kilder, og sette dette sammen i en drøftingsdel slik at vi får fornyet kunnskap.

3.1 Fremgangsmåte

Jeg har brukt de tre databasene/nettsidene CINAHL, Medline, Vård i Norden og Sykepleien.no. CINAHL og Medline fant jeg via biblioteket sine sider. På sykepleien.no brukte jeg et norsk søkeord, siden det er et norsk nettsted. Der går det ikke an å kombinere eller avgrense søk, og jeg søkte derfor på ordet "kreft". Der fikk jeg 74 treff, og etter å ha sett igjennom dem fant jeg en artikkel som het "Barn og ungdoms informasjonsbehov når mor eller far har kreft". Jeg utførte også et søk på "Vård i Norden" der jeg brukte det samme søkeordet, altså "kreft". Man kan heller ikke der avgrense søkene. Jeg fikk opp 23 treff, men fant ingen som var relevante for problemstillingen.

På CINAHL kombinerte jeg ordene "breast cancer", "relatives" og "nursing". For å begrense søket haket jeg av for artikler med fullstendig tekst ("full text"), sammendrag og referanser ("Abstract available", "references available"). Jeg valgte å finne artikler fra 2002 og nyere for at ikke artiklene skal være for gamle, og fikk 74 treff. Da fant jeg artikkelen "A review of psychosocial needs of breast cancer patients and their relatives" skrevet av Schmid-Büchi, JG Halfens, Dassen, og Van Den Borne (2008). Jeg søkte videre på denne databasen og brukte ordene "Cancer AND coping AND care" med de samme begrensningene og fikk opp 157 treff. Jeg så igjennom disse og fant en artikkel ved navn "Uncertainty in breast, prostate, and colorectal cancer: Implications for Supportive Care", skrevet av Shaha, Cox, Talman, og Kelly (2008). Deretter utførte jeg et søk med ordene "Cancer AND coping AND care". Jeg fikk 154 treff, og fant en artikkel ved navn "Identifying the Educational Needs and Concerns of Newly Diagnosed Patients With Breast Cancer After Surgery". Artikkelen er skrevet av Stephens, Osowski, Fidale og Spagnolis (2008)

I databasen Medline brukte jeg de samme søkeordene som i CINAHL, "breast cancer", "relatives" og "nursing". Her haket jeg også av for artikler nyere enn 2002, engelskspråklig, full tekst, og sammendrag, og fikk 11 treff. Da fant jeg en artikkel som het "Care of women with breast cancer on a surgical ward: nurses' opinions of the need for support for women, relatives and themselves" av Ödling, Norberg og Danielson (2002). For fullstendig søketabell, se vedlegg 1.

3.2 Metodekritikk

Inklusjonskriteriene for de artiklene jeg har valgt er at selv om de omhandler pårørende, så er det på en slik måte at jeg i neste omgang kan bruke dem til å finne ut hvordan dette kan hjelpe pasienten. Jeg fant en del artikler som gikk på kreft og arvelighet i familier. Dette føler jeg faller litt utenfor min problemstilling, fordi jeg ønsker å sette fokus på en mer konkret pasientsituasjon. Jeg har dessuten bare lett etter artikler som dreier seg om pasienter og deres familier i vestlige land, siden behov hos en pasient ofte er kontekstavhengig. For at ikke kunnskapen skal være utdatert har jeg der det er mulig valgt å begrense søkene mine til litteratur som ikke er eldre enn ti år.

Det er flere svakheter ved litteraturstudie som metode. For det første har man tilgang til en begrenset mengde relevant forskning. For det andre vil den som utfører litteraturstudier kunne velge studier som bare støtter ens synspunkter. For det tredje kan ulike eksperter komme fram til helt ulike slutninger (Forsberg & Wengström, 2008). Når det kommer til forskningsetikk er det et par punkter som alltid skal oppfylles i en studie. Deltakerne i en studie skal gis forståelig informasjon om studien, det skal være frivillig å være med, og en kan trekke seg når som helst (Olsson & Sörensen, 2003). Konfidensialitet og anonymitet er dessuten påkrevd. Dette er noe jeg legger vekt på i min oppgave. Jeg vil også bruke studier med både positive og negative sider, så fremst jeg finner begge deler. Kildehenvisninger på teorien jeg bruker er jeg også nøye med.

Studien av Larsen og Nortvedt (2011) er en litteraturstudie, og trenger dermed ikke å vurderes etisk siden det ikke er direkte forskning på personer. Jeg vurderer kvaliteten som god ut i fra sjekklisten. Den har et tydelig mål og tydelige resultater som kan overføres til praksis. Denne artikkelen mener jeg er relevant fordi god kommunikasjon i familien rundt sykdommen har en del å si for mestring hos pasienten, og mange foreldre vet ikke hvordan de skal snakke med barna om slike vanskelige ting.

Artikkelen til Ödling, Norberg, og Danielson (2002) er en kvalitativ studie som er godkjent av etisk komite. Ut i fra sjekklisten vurderer jeg kvaliteten som god. Den omhandler sykepleieres oppfatning av brystkreftpasienters og pårørendes behov for støtte og informasjon på en kirurgisk avdeling. Den nevner også sykepleiernes eget behov for noen å snakke med. Jeg

vurderer den som relevant for min problemstilling fordi den omhandler behovet for støtte og informasjon hos alle tre partene. Den viser også at det er et sprik mellom teori og praksis.

Schmid-Büchi, Halfens, Dassen, og Van Den Borne (2008) sin artikkel er også en litteraturstudie. Jeg trenger derfor ikke å vurdere den etisk. Den har et tydelig mål, klare inklusjonskriterier og et troverdig resultat, og jeg vurderer kvaliteten som god ut i fra sjekklisen. Den er relevant for min problemstilling fordi den peker på et behov for mer fokus på familien når en pasient har brystkreft, og behovet for mer forskning på partnerens og familiens behov.

Studien av Shaha, Cox, Talman, og Kelly (2008) er en litteraturstudie og trenger ikke vurderes etisk. Jeg vurderer kvaliteten som god ut i fra sjekklisen. Den omhandler usikkerheten knyttet til det å ha en kreftdiagnose (i studien enten bryst- prostata eller endetarmskreft). Jeg vurderer den derfor som relevant i forhold til min problemstilling fordi dette kan knyttes til mestring.

Stephens, Osowski, Fidale og Spagnolis (2008) studie er en kvalitativ studie. Den er godkjent av en etisk komite. Den har et klart mål og et tydelig resultat. Ut i fra sjekklisen vurderer jeg artikkelen som god. Jeg velger å inkludere den fordi den omhandler behov for opplæring og informasjon om sykdom og behandling hos pasienter som nylig har blitt operert for brystkreft, og hva de største bekymringene deres er. Dette anser jeg som relevant for min problemstilling.

Sjekklisene som er brukt er i PDF format, og kan dermed ikke legges som vedlegg.
Link til sjekklisene: <http://www.kunnskapssenteret.no/Verktøy/2031.cms>

4 RESULTAT

Artikkel 1: "Barns og ungdoms informasjonsbehov når mor eller far får kreft".

Dette er en litteraturstudie utført av Berit Hofset Larsen, spesialsykepleier i kreftsykepleie, og Monica Wammen Nortvedt, professor på Senter for kunnskapsbasert praksis. Den ble gitt ut i 2011 i Sykepleien Forskning. Litteraturstudiet bygger på 11 enkeltartikler og en oversiktsartikkel. De fleste studiene er gjort på barn av brystkreftpasienter. Resultatene kan i følge denne studien oppsummeres i seks tema. Disse er:

1. Barnets forståelse. Barn kan konstruere sine egne forklaringer dersom de ikke får informasjon, og disse er ofte preget av misforståelser.
2. Informasjonens innhold. Denne må tilpasses barnets modenhet. Det som opptar barna i størst grad er om forelderen kommer til å overleve.
3. Omfang. Jo eldre barna er, jo mer informasjon tyder det på at de trenger.
4. Timing. Barna ønsker involvering fra starten. Behovet for informasjon og støtte var størst ved tilbakefall, og når forelderen ble sykere.
5. Informasjonskilder. Foreldrene er de viktigste informasjonskildene.
6. Gjensidig beskyttelse. Informasjon kan bli tilbakeholdt av både barn og voksne, fordi de ønsker å beskytte hverandre og unngå uro.

Kunnskap om barns og ungdoms informasjonsbehov er viktig for helsepersonell for at de skal kunne bistå foreldrene i å ivareta informasjonsbehovet hos sine barn. Nye lovbestemmelser sier at helsepersonell er pålagt å gi veiledning. Lovbestemmelser sier også at det ikke er anledning til å gå utenfor taushetsplikten fordi dette kan virke uheldig inn på tillitsforholdet mellom pasient og helsepersonell og for samspillet i familien.

Artikkel 2: "Care of women with breast cancer on a surgical ward: nurses' opinions of the need for support for women, relatives and themselves"

Dette er en kvalitativ studie gjort av Gunvor Ödling, Astrid Norberg, og Ella Danielson. Den ble gitt ut i 2002 i Journal of Advanced Nursing. Den er basert på intervjuer av trettien sykepleiere på en kirurgisk avdeling.

Artikkelen omhandler sykepleieres oppfatning av brystkreftpasienter og deres pårørendes behov for støtte på en kirurgisk avdeling. Den nevner også sykepleiernes eget behov for støtte. Resultatene viste at sykepleierne mente behovet for å ha noen å snakke med og å få informasjon var noe av det viktigste for pasientene. Men det viste seg at få av sykepleierne faktisk hadde fokus på dette i det daglige arbeidet. Sykepleierne mente også at de pårørende hadde behov for støtte og informasjon, men den faktiske kontakten med de pårørende var nesten ikke-eksisterende. Sykepleierne følte at de selv hadde behov for støtte når de hadde opplevd triste og vanskelige ting på jobb, men dette blir i følge artikkelen ikke alltid møtt. De mente dessuten at de hadde liten oversikt over hvilken informasjon pasientene fikk av andre yrkesgrupper på sykehuset, men håpte at "noen hadde tid til å snakke med dem". Studien viste at sykepleierne ikke snakket om å ta ansvar for at pasienter og deres pårørendes behov ble møtt, men ga ansvaret over til noen andre. Det viser seg altså at det er et gap mellom det sykepleierne mener pasientene har behov for og det de faktisk får.

Artikkel 3: "A review of psychosocial needs of breast-cancer patients and their relatives" .

Denne litteraturstudien er publisert i 2008, i Journal of Clinical Nursing. Forfatterne er Silvia Schmid-Büchi, Ruud JG Halfens, Theo Dassen, Bart Van Den Borne. Studien er basert på 20 vitenskapelige artikler.

Artikkelen omhandler pasientens samt familiens behov. Med "familie" blir det i denne sammenhengen hovedsakelig partneren. Studien viser at kvinnes behov mest av alt handler om behandlingsrelaterte fysiske og sosiale vansker og emosjonelt stress. Kvinnene i studien har behov for tilpasset informasjon som gjør dem i stand til å mestre sin sykdom. Partnerne er bekymret for kvinnes diagnose. De har behov for å beskytte seg mot sine egne

følelser, men forsøker å føre et "normalt liv". De trenger informasjon om sin kones tilstand og hvordan de best kan hjelpe dem. Men hva de virkelig hadde behov for å takle ved deres kones sykdom er uklart i følge studien.

Artikkel 4: "Uncertainty in breast, prostate, and colorectal cancer: Implications for Supportive Care"

Dette er en litteraturstudie skrevet av Maya Shaha, Carol L. Cox, Kirsi Talman, og Daniel Kelly. Den er gitt ut i Journal of Nursing Scholarship i 2008. Studien er basert på 40 artikler som omhandler usikkerhet i forhold til bryst- prostata og endetarmskreft. Denne litteraturstudien indikerer at usikkerhet er noe alle kreftpasienter opplever. Det er tre hovedfaktorer som bidrar til usikkerhet hos kreftpasientene. Disse er:

1. Usikkerhet på grunn av lite eller manglende informasjon.
2. Usikkerhet på grunn av uforutsigbarhet knyttet til sykdomsforløp, og i forhold til behandling.
3. Usikkerhet knyttet til å leve et normalt liv og mestring av sykdommen.

Det er ikke mulig å fjerne usikkerhet helt. Pasientene må lære seg å mestre sykdommen og leve med usikkerheten som følger med. Opplæring, informasjon eller spesifikke psyko-onkologiske støtteintervensjoner kan hjelpe når det kommer til å redusere de negative effektene som usikkerhet har på pasientenes livskvalitet og mestringsprosess. Det er mange mestringsstrategier pasienter kan bruke. En av dem kan være at pasienten stoler på helsearbeiderne på en slik måte at de legger kontrollen over situasjonen utenfor seg selv, og over på helsearbeiderne. Artikkelen kaller det for et ytre "locus of control". Funn viser også at usikkerhet reduseres ved et høyt nivå av opplevd sosial støtte.

Artikkel 5: "Identifying the Educational Needs and Concerns of Newly Diagnosed Patients With Breast Cancer After Surgery".

Denne kvalitative studien er utgitt i 2008 i Clinical Journal Of Oncology Nursing, og er skrevet av Patrice A. Stephens, Maryjo Osowski, Mary Sue Fidale og Cathy Spagnolis. Studien er basert på et telefonintervju av 199 pasienter som var operert for brystkreft en uke før intervjuet fant sted.

Resultatene i studien viste at angst og frykt for at kreften skulle komme tilbake var fremtredende i den umiddelbare postoperative perioden, og peker på at tidlig postoperativ oppfølging er viktig. Skriftlig materiale som pasientene kan bruke som en langtidsressurs når det gjelder informasjon er i følge artikkelen veldig nyttig. Pasientene hadde også angst knyttet til den operative og postoperative behandlingen, og hva framtiden ville bringe for dem. I denne artikkelen ble en oppfølgingssamtale over telefon utført. Den hadde spesifikke spørsmål som skulle avdekke kvinnenenes behov. Kvinnene fikk snakke med en sykepleier om det som bekymret dem. De fleste i denne studien mente allikevel at de allerede hadde fått dekket sine behov på det daværende tidspunktet. 40 % av deltakerne fokuserte på kombinasjonen av sosiale, fysiske, emosjonelle og åndelige behov når de ble spurt hvilke aspekter av kreftsykdommen de så på som viktigst.

For resultattabell, se vedlegg 2.

5 DRØFTING

5.1 Mestring av sykdommen

Noe av det mest fremtredende med å få en kreftdiagnose er følelsen av usikkerhet (Shaha, Cox, Talman & Kelly, 2008). I studien til Ödling, Nordberg og Danielson (2002) kommer det frem at sykepleiernes oppfatning var at pasientene hadde behov for å snakke med noen på grunn av kreftsykdommens skremmende natur, usikkerhet knyttet til fremtiden og den spesielt skremmende tanken på mulig lemlestelse etter operasjon. Umiddelbart etter at operasjonen er gjennomført er nesten alle kvinnene plaget med frykt og angst (Stephens, Osowski, Fidale & Spagnoli, 2008). Spesielt er frykten for at kreften skal komme tilbake eller at den har metastasert stor. Denne frykten starter ofte ved diagnosetidspunktet og fortsetter etter at behandlingen er avsluttet. Frykt for den videre behandlingen etter operasjon og den påvirkningen dette vil ha på den enkeltes liv er også vanlig.

I følge Lazarus og Folkman (Renolen, 2008) er psykologisk stress en følelse av trussel, usikkerhet, eller tap av kontroll. Å få diagnosen kreft er en ytterst stressende situasjon, nettopp fordi alt er usikkert. Kreften er en trussel mot liv og helse, der pasienten har liten kontroll over det endelige utfallet. Mennesker har ulik oppfatning av hvor mye kontroll de har over forhold som påvirker eget liv. Noen vil mene at det meste er opp til dem selv, mens andre kanskje forklarer hendelser med skjebnen, noe religiøst eller andre faktorer utenfor dem selv. Shaha og Cox (Shaha et al., 2008) kaller dette et indre eller ytre "locus of control". Mange kreftpasienter støtter seg på de profesjonelle når det kommer til avgjørelser rundt behandling. Noen vil overflytte beslutningene til andre, basert på troen om at helsearbeiderne vil det beste for dem. Dette flytter kontrollen ut av en selv, og kan gjøre mestringen av sykdommen mer utholdelig den første tiden. Både Schmid-Buchi et al. (2008) og Stephens et al. (2008) peker på behovet for å føle en viss kontroll over situasjonen som et av de viktigste behovene for brystkreftpasienter, men at dette også er et av de mest utfordrende å oppfylle.

For å mestre en situasjon preget av usikkerhet finnes det ulike mestringsstrategier. Benner og Wrubel (1989) mener at det ikke finnes en fasit på en mestringsstrategi som passer i alle situasjoner i livet. Men for mange kan et første steg mot en mer varig mestring være å flytte kontrollen fra helsearbeiderne og over til en selv. Med tiden ønsker kanskje pasienten å bidra mer i beslutningsprosessen rundt deres egen kropp. Pasienten får et mer indre "locus of control".

Sammen med å søke informasjon kan dette bidra til at pasienten etter hvert klarer å mestre en hverdag med kreft (Stephens et al., 2008). Å søke informasjon og hjelp er en problemfokuset mestringsstrategi (Renolen, 2008). Ved emosjonsfokuset mestring prøver pasienten å endre følelsesreaksjonene som oppstår. Dette kan for eksempel være gjennom unngåelse av informasjon eller situasjoner, distansering eller selektiv oppmerksomhet. Denne typen mestring kan være nødvendig når påkjenningene er store, slik som ved diagnostisering av brystkreft. De fleste veksler mellom disse strategiene (Renolen, 2008).

Kroppen både ser og føles annerledes ut etter en brystkreftoperasjon. Personlig tror jeg dette blir litt underordnet i første omgang, fordi en tross alt gjennomgår behandling for å beholde livet. Benner og Wrubel (1989) tar utgangspunkt i at pasienten er i en situasjon der det som er viktig for ham eller henne er truet, og pasienten opplever stress i forbindelse med tap eller sykdom. I denne sammenhengen er det først og fremst livet som er truet, men tapet av et bryst oppleves også traumatisk. Den påvirkningen behandlingen har på kvinnens selvbilde og følelse av attraktivitet er stor for de aller fleste. Påvirkningen kommer selvfølgelig an på hvor omfattende operasjonen har vært, og hvilket forhold kvinnen har hatt til sine bryster før operasjon. Noen svulster er såpass små at det holder med en brystbevarende operasjon (Almås & Sørensen, 2008), mens andre må fjerne hele brystet og kanskje også lymfeknuder. Resultatene i Schmid-Büchi et al. (2008) viser at kvinnene rapporterte om en følelse av tap av attraktivitet, femininitet og seksualitet. Første gang såret skal skiftes på etter operasjon er en stor påkjenning for både pasient og sykepleier i det pasienten innser at brystet faktisk er borte, og kanskje ønsker ikke kvinnen å se arret den første gangen (Ödler et al., 2002, Almås & Sørensen, 2008). En sykepleier beskrev det første sårskiftet hos en pasient slik: "Hun skrek høyt, det var så grusomt, jeg vil aldri glemme det" (Ödler et al., 2002). I følge Almås og Sørensen (2008) får kvinnen med seg en midlertidig brystprotese når hun reiser fra sykehuset. Noen kvinner synes det er vanskelig å vise arret til andre, mens andre kvinner synes det er vanskelig å skjule seg med kunstige midler.

Mange brystkreftpasienter får fysiske plager som følge av behandlingen. Fatigue, manglende energi, begrensninger i skulder/armbevegelse og lymfødeme, vekttoppgang og forandret hudfølelse er noen som trekkes fram (Schmid-Büchi et al., 2008, Almås & Sørensen, 2008). Slike fysiske problemer kan i følge Schmid-Büchi et al. (2008) i sin tur bidra til et mer negativt kroppsbilde, som jeg har omtalt over. Jeg tenker at dersom kvinnen føler hun har liten

kontroll over bivirkninger og helseproblemer knyttet til kreften vil dette forringe mestringsfølelsen.

Brystkreftpasienter har også sosiale behov knyttet til sin sykdom. Anerkjennelse fra familie og venner om den påkjennelsen det er å leve med brystkreft er et behov som ofte ikke blir møtt tilstrekkelig, i følge resultater i Schmid-Büchi et.al (2008). Sosial støtte er en ressurs når det kommer til mestring av alvorlig sykdom. På samme måte mener jeg at manglende støtte kan være et problem. Benner og Wrubel (Kristoffersen, 2005) mener at pasienten ikke kan sees isolert fra sine omgivelser, men utvikler seg i forhold til dem. Pasientens omgivelser kan både være positivt i forhold til pasientens mestring, og negativt. En pasients objektivt tilgjengelige støtte kan være stor, men når det kommer til stykket er det ikke sikkert at pasienten opplever støtte fra alle (Renolen, 2008). Noen venner og bekjente vil trekke seg unna, kanskje fordi de synes det er vanskelig å snakke med den som har kreft om sykdommen. De synes det er ubehagelig og vet ikke hva de skal si. Funn i Shaha et al. (2008) peker på at usikkerhet reduseres med graden av opplevd sosial støtte. Sosial støtte vil med andre ord hjelpe pasienten å mestre sykdommen.

5.2 Pasientens nærmeste

Kreft påvirker ikke bare pasienten, men hele familien. Kvinnens partner kan føle seg overveldet og har et behov for å beskytte seg selv mot sine egne følelser. Dette gjør han gjennom å undertrykker sine følelser og behov, og holde fokuset på sin partner (Schmid-Büchi et al., 2008). Mannen er bekymret for kvinnen, og de påvirker hverandre gjensidig når det gjelder frykt og usikkerhet rundt sykdommen (Scmid-Büchi et. al., 2008, Almås & Sørensen, 2008). Mennene ønsker å være informert og å bidra i beslutningsprosesser rundt behandling. De forsøker å være positive og ønsker også at livet skal gå tilbake til "normalt", i følge Schmid-Büchi et al. (2008). Kanskje er det en sammenheng mellom partnerens ønsker om å leve et normalt liv og være positiv, og kvinnens følelse av manglende forståelse og aksept for hva hun går igjennom, som jeg nevnte tidligere i drøftingen. I følge Eide og Eide (2008) kan det virke mot sin hensikt å forsøke å gjøre pasienten optimistisk, fordi vedkommende kanskje ikke føler seg forstått.

I følge studien til Schmid-Büchi et al. (2008) er det uklart hva mennene i studien egentlig har behov for å takle ved deres partners sykdom. Kan det tenkes at de opplever kvinnens "nye" utseende som vanskelig, og at de ikke ønsker å si dette? Det er bare spekulasjoner, men det

er en interessant tanke. Resultater i denne studien viser også at partnernes støtte til kvinnene øker i takt med kvinnenes fysiske begrensninger grunnet sykdommen, mens støtten avtar med økende grad av stress hos kvinnen. Det kan ut i fra dette virke som at mennene synes det er enklere å hjelpe kvinnen med praktiske oppgaver enn å gi henne emosjonell støtte.

Familiemedlemmenes forhold til hverandre kan endres når en av foreldrene får kreft. Deres ønske om å skåne hverandre (Grov, 2010) er jo i utgangspunktet et positivt ønske, men det kan gjøre ting verre når det ikke er åpenhet i familien. Hvis det er tabu å snakke om kreftsykdommen ser jeg for meg at det kan bli en negativ spenning i hjemmet. Ingen forteller hverandre om sine behov og bekymringer. Dette kan skape en ensomhetsfølelse for alle parter, og kan også skape bitterhet (Grov, 2010). Larsen og Nordtvedt (2011) mener at foreldrene ofte tilbakeholder informasjon ovenfor barna. Grunnene er at foreldrene ikke tror barna vil forstå, fordi de mangler kunnskap selv eller fordi de er redde for å få spørsmål om døden. Barna på sin side vil ikke uroe foreldrene med å fortelle om sine bekymringer, og spesielt de eldre barna og ungdommene tilbakeholder egne problemer for å beskytte foreldrene.

5.3 Informasjonsbehov og taushetsplikt

I følge Shaha et al. (2008) kan lite eller manglende informasjon føre til usikkerhet hos pasienten. På en kirurgisk avdeling har pasienten behov for informasjon i forhold til rutineene på avdelingen, den kirurgiske behandlingen og sykepleien som gis (Ödler et al., 2002). De har også behov for informasjon om brystkreft i seg selv, rutineene rundt utskriving, og hvordan de skal håndtere helseproblemer og bivirkninger som stammer fra sykdommen (Shaha et al., 2008). I følge Lobb et al. (sitert i Schmid-Büchi et al., 2008) ønsker 80% av brystkreftpasientene så mye informasjon som overhodet mulig, mens bare 16% ønsker begrenset informasjon. Informasjonsbehovene som trekkes fram her er i tillegg til det som tidligere er nevnt, livslengde, hva de kunne gjøre for å hjelpe seg selv, samt sjansen for at andre familiemedlemmer også kunne risikere å få brystkreft (Schmid-Büchi et al., 2008). Hvordan slik informasjon blir formidlet er viktig for kvinnene. De ønsker å vite hva som er normalt både fysisk og psykisk, og har behov for informasjon om støttegrupper. Informasjon tilpasset den enkelte er viktig for å gjøre pasienten i stand til å mestre sykdommen.

Flesteparten av partnerne til kvinnene får informasjon gjennom pasienten, slik som resultatene i Schmid-Büchi et al. (2008) viser. Men mange av dem får også informasjon gjennom helsearbeidere. Partnerne ønsker å være med kvinnen på sykehuset for å hjelpe pasienten å huske informasjon, støtte henne og få informasjon selv. Men det er ikke sikkert dette er så vanlig over alt. I følge Ödling et al. (2002) beskriver sykepleierne kontakten med pårørende som nesten ikke-eksisterende, og de få gangene de hadde kontakt var som regel via telefon etter operasjon, eller tilfeldig når de pårørende var på besøk hos kvinnen. Nå kan nok en del av forklaringen til dette være at pasientens liggetid på avdelingen er ganske kort. På den andre siden, så viser den samme studien at sykepleierne er usikre på om selv pasienten får sitt behov for støtte og informasjon dekket. De håpte at pasientene hadde fått snakket med noen om sine bekymringer. Det kan skyldes mangel på tid, eller mangel på erfaring og kunnskaper knyttet til pasienter og pårørendes behov i en slik situasjon.

Barn og ungdom i en familie der mor har brystkreft har også behov for informasjon. Mange foreldre synes det er vanskelig å snakke med barna om kreft hos en forelder, og har behov for informasjon om hvordan de skal gjøre dette. Allikevel er foreldrene de viktigste informasjonskildene i følge Larsen og Nordtvedt (2011). Som nevnt tidligere kan barn og foreldre holde ting tilbake for å skåne hverandre (Grov, 2010). Barna merker ofte at noe er galt før foreldrene sier noe. Dersom de mangler informasjon om hva som foregår lager de ofte sine egne forklaringer. Larsen og Nordtvedt (2011) mener at barna ønsker involvering fra starten, men informasjonen må tilpasses barnets alder og modenhet, ellers kan det skape forvirring. Barna er opptatte av om forelderen vil overleve, og vil ha ærlig og konkret informasjon om sykdommen og behandlingen. Jeg tror personlig at barna også er opptatte av å vite at forelderen blir tatt godt vare på under oppholdet på sykehuset. Informasjonsbehovet stiger med alderen, og eldre barn og ungdom er ofte mer aktiv med informasjonssøk på nettet (Larsen & Nordtvedt, 2011). Noen barn og ungdom ønsker også å snakke med helsepersonell. Selv om barna har et stort informasjonsbehov kan ikke sykepleieren gå utenfor taushetsplikten. I følge Larsen og Nordtvedt kan det gå utover samspillet i familien og tillitsforholdet mellom sykepleier og pasient. Pårørende har ingen selvstendig rett til å kreve informasjon. Pasienten kan også reservere seg mot at enkelte pårørende får informasjon (Molven, 2009). Den sikreste måten å bevare taushetsplikten på vil være å veilede pasienten og eventuelt partneren i hvordan de kan snakke med barna om sykdommen. Slik kan foreldrene selv velge hvor mye de vil fortelle. Larsen og Nordtvedt (2011)

skriver at besøk på sykehuset kan bidra til avmystifisering og økt kunnskap for barna. Men man må også respektere barnets eventuelle ønske om begrenset informasjon. De skal heller ikke ha mer informasjon enn foreldrene, fordi det kan bli en belastning å være informasjonskilde for andre.

5.4 Implikasjon for sykepleie

Det kan være utfordrende å hjelpe en brystkreftpasient å mestre sykdommen på en vanlig avdeling, slik som en kirurgisk avdeling. Det tror jeg blant annet er på grunn av tidspress og tildels manglende kunnskaper for hvordan en skal ta ivareta behovene til brystkreftpasienter. Ved å kjenne til Lazarus og Folkmans stressmestringsmodell kan sykepleieren ha påvirkning på pasientens mestringsprosess (Renolen, 2008). Når pasienten gjør sin primærvurdering kan sykepleieren gi informasjon om sykdommen og behandlingen, samt korrigere eventuelle feilforestillinger (Renolen, 2008). I følge Shaha et al. (2008) kan opplæring og informasjon bidra til å redusere de negative effektene usikkerhet har på pasientens mestring. Ved sekundærvurderingen kan sykepleieren gjennom å kartlegge pasientens tanker og følelser gi innspill som kan lette mestringen (Renolen, 2008). Dette forutsetter at sykepleieren forsøker å bli kjent med pasienten, slik at en får vite hva kvinnen anser som viktig. Benner og Wrubel (Kristoffersen, 2005) mener at sykepleieren må vite hva som er viktig for pasienten for at sykepleien som gis skal oppleves meningsfylt. Det kan for eksempel være familien, utseende, jobb, fritidsaktiviteter, uavhengighet, osv. Dette er eksempler på faktorer som påvirker pasientens opplevelse av situasjonen.

Ved at kvinnen informeres om hva som er vanlige bivirkninger og helseplager etter en brystkreftoperasjon og hva hun selv kan gjøre med dette tror jeg kvinnen kan oppleve større grad av forutsigbarhet og kontroll. Dette er for eksempel informasjon om adekvat smertelindring for å kunne bevege armen og forebygge stivhet og ødemutvikling (Almås & Sørensen, 2008). Normale reaksjoner på det å fjerne et bryst bør kvinnen også opplyses om, spesielt i forbindelse med å skaffe seg en permanent protese. Hun må forberedes på at hun kan oppleve det psykisk belastende første gang hun skal gå til innkjøp av en protese, selv om hun i utgangspunktet tror hun er ferdig med å sørge over brystet (Almås & Sørensen, 2008). Det kan hende kvinnen ikke ønsker å bruke protese i det hele tatt og dette må sykepleieren respektere. Almås og Sørensen (2008) anbefaler at en sykepleier er tilstede første gang kvinnen skal se arret. Sykepleieren må

være var for tegn på at kvinnen ønsker å snakke om tapet av brystet, eller andre ting hun måtte ha behov for å snakke om i forhold til sykdommen. Da er det viktig at sykepleieren forsøker å vise at hun er der for pasienten, også gjennom kroppsspråket. Det er en dårlig ide å spørre om det er noe pasienten har behov for å snakke om og samtidig ha en hånd på dørhåndtaket. En må tenke på både den verbale og den nonverbale kommunikasjonen (Renolen, 2008, Eide & Eide, 2008). Eide og Eide (2008) mener at all kommunikasjon fra helsepersonell skal være en hjelpende kommunikasjon. Den skal være anerkjennende, skape tillit, og formidle informasjon på en god måte. Jeg tror en del sykepleiere er litt redde for å begi seg inn på slike samtaler med pasienter fordi de er usikre på om de klarer å gi pasienten gode nok svar. Men noen ganger handler det ikke om å gi gode svar, men bare vise at man er der for pasienten og tar hennes opplevelse på alvor. En må lytte aktivt, og ikke bare være opptatt av hva en skal si i neste setning. I følge Ödling et al. (2002) tok ikke sykepleierne i deres studie ansvar for at pasientenes og de pårørendes behov for informasjon og støtte ble møtt, men overlot det til noen andre. Det er viktig at sykepleiere ikke tenker at noen andre sikkert har snakket med dem, men tar ansvar. I følge sykepleierne i Ödling et al. (2008) hadde de selv behov for noen å snakke med om vanskelige situasjoner som de opplevde på jobb, men at det ofte ikke var tid til dette bortsett fra i kaffepauser. Kanskje er det nyttig for sykepleierne å ha noen å snakke med selv, en person i avdelingen eller på sykehuset som kan veilede dem og snakke med dem om ting som de opplever som vanskelig. Dette kan kanskje gjøre dem tryggere på samhandlingen med pasienten i vanskelige situasjoner.

Når det gjelder de pårørende har jeg selv erfaring med at kontakten med dem på en kirurgisk avdeling ikke er stor. Dette påpeker også Ödling et al. (2008) i sin studie. Hverdagen på et sykehus er hektisk, og det er liten tid til å oppsøke de pårørende. Men når sykepleieren først treffer dem er det viktig å vise at man ser dem ved å spørre hvordan de har det, hva de tenker og føler, og om det er noe de trenger hjelp til. I følge Grov (2010) vil det å vise omtanke og respekt for dem styrke deres identitet. Sykepleieren må altså gi dem emosjonell støtte (Renolen, 2008). De pårørende må sees på som en ressurs, og pasienten bør oppfordres til å ta noen med seg på konsultasjoner på sykehuset (Almås & Sørensen, 2008). På den måten kan de hjelpe pasienten med å huske informasjon, og de får informasjon selv.

Noen ganger har pasient eller pårørende behov for å bearbeide følelser, diagnose eller samliv. Da kan sykepleieren kontakte en kreftsykepleier i et av fylkets omsorgssentre. Sykepleieren kan også informere om at Montebello-Senteret har kurs for kreftpasienter og deres

pårørende. Siden tiden til å snakke med både pasient og pårørende noen ganger er knapp, kan en løsning være å gi dem skriftlig materiale om brystkreft som kvinnene og familien kan bruke som informasjonskilde. Dette er i følge Stephens et al. (2008) et effektivt tiltak dersom det skriftlige materialet er av god kvalitet og omfattende nok.

Hvis kvinnen har barn eller ungdom i huset kan det hende hun har behov for veiledning fra en sykepleier om hvordan hun kan snakke med barna om sykdommen. Det er i alle fall nødvendig at sykepleieren informere om viktigheten av at foreldrene gjør nettopp dette. Ved å snakke med kvinnen om slike ting kan vi indirekte også hjelpe familien. Hvis det er barn i familien, kan tilrettelegging av besøk være et fint tiltak for at de får være sammen med pasienten. Da får også sykepleieren anledning til å snakke litt med dem dersom de ønsker det.

Kreftforeningen har kreftsykepleiere med barn i kreftfamilien som spesialfelt hvis de har ytterligere behov for noen å snakke med (Almås & Sørensen, 2008). Sykepleieren kan gi eldre barn og ungdommer tips om pålitelige nettsider, slik som "kreftforeningen.no" eller "NHI.no", der de kan finne nyttig informasjon. Dette kan være måter å bidra til at familien også får dekket sitt informasjonsbehov, selv om sykepleierens tid til å snakke med dem kan være knapp.

5.5 Konklusjon

For at sykepleieren skal kunne hjelpe brystkreftpasienten å mestre sykdommen må sykepleieren ha kunnskap om ulike mestringsstrategier, brystkreft i seg selv og de spesielle behovene brystkreftpasienter har. Pasient og pårørende har et stort informasjonsbehov, og ved å gi opplæring og støtte kan sykepleieren bidra til mestring. Aktuelle tiltak er tilrettelegging for besøk på sykehuset av familien, skriftlig informasjonsmateriell, anbefalinger av pålitelige nettsider, veiledning i hvordan foreldre kan snakke med sine barn om sykdommen, tilstedeværelse, aktiv lytting og henvisning til støttegrupper.

6 LITTERATURLISTE

- Almås & Sørensen (2008). Sykepleie ved brystkreft. I: Almås, H., Stubberud, D.G., & Grønseth, R., (Red.). *Klinisk sykepleie 2*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Benner, P.E., & Wrubel, J., (1989). *The primacy of caring: stress and coping in health and illness*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley Publishing Company.
- Eide, H., & Eide, T. (2008). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur.
- Grov, E.K. (2010). Om å være pårørende. I: Knutstad, E.K. (Red.). *Sentrale begreper i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 2*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kreftforeningen (2011). *Brystkreft/Cancer mammae*. Hentet 17.02.12 fra http://www.kreftforeningen.no/portal/page?_pageid=37,83296&_dad=portal&_schema=PORTAL&navigation1_parentItemId=2448&navigation2_parentItemId=2448&navigation2_selectedItemId=2017&_piref37_88109_37_83296_83296.sectionId=284&gclid=CNye3-PX_K0CFagumAodrWE8uQ
- Kristoffersen, N. J. (2005). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. & Skaug, E.A. (Red.). *Grunnleggende sykepleie, Bind 4*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Molven, O., (2009). *Sykepleie og jus*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Montebellosenteret (u.å). *Om montebellosenteret*. Hentet den 01.02.12 fra <http://www.montebello-senteret.no/index.php/om-montebellosenteret>
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2003). *Forskningsprosessen: Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Renolen, Å., (2008). *Forståelse av mennesker: Innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Larsen, B.H., & Nortvedt, M.W., (2011). Barns og ungdoms informasjonsbehov når mor eller far får kreft. *Sykepleien Forskning*, 2011 6(1):70-77. Hentet fra <http://www.sykepleien.no/forskning/forskningsartikkel/643416/barns-og-ungdomsinformasjonsbehov-nar-mor-eller-far-far-kreft>

- Ödling, G., Norberg, A., & Danielson, E., (2002). Care of women with breast cancer on a surgical ward: nurses' opinions of the need for support for women, relatives and themselves. *Journal of Advanced Nursing*, 39(1), 77-86.
- Schmid-Büchi, S., Halfens, R.J.G., Dassen, T., & Van Den Borne, B. (2008). A review of psychosocial needs of breast-cancer patients and their relatives. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2895-2909.
- Shaha, M., Cox, C.L., Talman, K., & Kelly, D. Uncertainty in breast, prostate, and colorectal cancer: Implications for Supportive Care. *Journal of Nursing Scholarship*, 2008; 40:1, 60-67.
- Stephens, P.A., Osowski, M., Fidale, M.S., & Spagnolis, C., (2008). *Clinical Journal of Oncology Nursing*, Volume 12, Number 2. doi: 10.1188/08.CJON.253-258.

Vedlegg 1 Søketablell

Søk 20.01.2012			
Database	Søkeord/term	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
CINAHL	Breast cancer AND relatives AND nursing	År 2002-2012 Full text Abstract available References available English language	4
CINAHL	Breast cancer AND family AND nursing	År 2002-2012 Full text Abstract available References available English language	72
CINAHL	Breast cancer AND family AND coping		157
CINAHL	Cancer AND coping AND care	År 2002-2012 Full text Abstract available References available English language	154
Sykepleien.no	kreft		15
Medline	Breast cancer AND relatives AND nursing	År 2002-2012 Full text Summary	11
Vård i Norden	kreft		33
Vård i Norden	coping		126

Vedlegg 2 Resultattabell

Artikkel	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utvalg	Resultat
<p>Barns og ungdoms informasjonsbehov når mor eller far får kreft</p> <p>Larsen B.H og Nortvedt M.W</p> <p>2011</p>	<p>Hensikten med denne studien var å gjennomgå eksisterende forskning om barns og ungdoms informasjonsbehov når mor eller far har kreft.</p>	<p>Litteratur - studie</p>	<p>11 enkeltstudier og en oversiktsartikkel.</p> <p>Kriteriene for utvelgelsen av artiklene var at de omhandlet informasjon til barn og ungdom opp til 18 år når en av foreldrene har kreft.</p>	<p>Hovedfunnet i artikkelen er at foreldrene er barnas viktigste informasjonskilde, og barna har behov for ærlig og konkret informasjon om sykdommen, behandlingen og prognosen.</p>
<p>Care of women with breast cancer on a surgical ward: nurses' opinions of the need for support for women, relatives and themselves</p> <p>Ödling, Norberg og Danielson</p> <p>2002</p>	<p>Hensikten med studien var å beskrive sykepleiernes meninger om støtte og omsorg til brystkreftpasienter og deres pårørende på en kirurgisk avdeling, i tillegg til deres eget behov for støtte i forbindelse med omsorgen for disse.</p>	<p>Kvalitativ studie.</p> <p>Den er basert på semistrukturerte intervjuer. Intervjuet ble spilt inn og ordrett skrevet ned. Deretter ble intervjuene analysert.</p>	<p>Trettien sykepleiere på en kirurgisk avdeling.</p>	<p>Behovet for å snakke og motta informasjon ble sett på som det viktigste både for pasienter, pårørende og dem selv. Det var et gap mellom hvordan sykepleierne mente dette behovet burde bli møtt, og hvordan det ble utført i praksis.</p>

<p>"A review of psychosocial needs of breast-cancer patients and their relatives".</p> <p>Schmid-Büchi, JG Halfens, Dassen, og Van Den Borne</p> <p>2008</p>	<p>Å identifisere de psykososiale behovene til brystkreftpasienter og deres pårørende og hvilke faktorer som påvirker disse behovene, for å kunne lage en modell som kan guide framtidig forskning på dette området.</p>	<p>Litteraturstudie.</p>	<p>20 studier ble analysert. Kriteriene var at artiklene måtte beskrive spesifikke behov hos kvinner med brystkreft eller av deres familie. Bare studier av pasienter og familier fra vestlige land ble inkludert.</p>	<p>Kvinnene har behov for informasjon som kan hjelpe dem å mestre sin sykdom. Partnerne ønsket informasjon om kvinnens tilstand og begge ville ha informasjon om prognosen.</p>
<p>"Uncertainty in breast, prostate, and colorectal cancer: Implications for Supportive Care"</p> <p>Shaha M., Cox C.L, Talman K., og Kelly D.</p> <p>2008</p>	<p>Hensikten var å finne nøkkelaspekter knyttet til usikkerhet i forhold til brystkreft, prostatakreft eller endetarmskreft.</p>	<p>Litteraturstudie.</p>	<p>40 artikler. Kriteriene for utvalget var at de omhandlet usikkerhet knyttet til enten bryst- prostata- eller endetarmskreft.</p>	<p>Usikkerhet er noe som følger alle kreftformer. Opplæring, sosial støtte og åpen diskusjon gir pasienter med kreft en mulighet til å utforske sin situasjon. Mer forskning er nødvendig for å finne ut effekten av slike tiltak.</p>
<p>"Identifying the Educational Needs and Concerns of Newly Diagnosed Patients With Breast Cancer After Surgery".</p> <p>Stephens, Osowski, Fidale og Spagnolis</p> <p>2008</p>	<p>Hensikten med studien var å identifisere informasjons og opplæringsbehov hos nylig diagnostiserte brystkreftpasienter etter operasjon.</p>	<p>Kvalitativstudie basert på telefonintervjuer av pasienter. Pasientene bli spurte tre åpne spørsmål, og intervjuet blir tapet. Deretter analyseres og kategoriseres svarene.</p>	<p>199 pasienter fra fire sykehus som nylig var diagnostisert for brystkreft. Kriteriene for å være nylig diagnostisert er diagnostisering en måned maks en måned før operasjon.</p>	<p>Angst og frykt for at kreften skal komme tilbake er vanlig i den umiddelbare postoperative perioden. Skriftlig materiale som kvinnen kan bruke som en informasjonskilde for sine langtids informasjonsbehov er i følge studien veldig nyttig.</p>

