



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: Emne 5

Emnekode:

SYKSB/SYKHB 3001 - Bacheloroppgave

Eksamensform: Hjemmeeksamen

Leveringsfrist: 11.10.12

Kandidatnr.: 13

Antall ord: 8175

Sammendrag

Bakgrunn: På verdensbasis er brystkreft den mest vanlige krefttypen blant kvinner (Who, 2005), og antall tilfeller har økt markant de siste 30årene (Fretheim, 2100). På bakgrunn av at dette er en sykdommen som rammer så mange, er det viktig at sykepleier har gode kunnskaper for å kunne møte denne gruppen pasienter og fremme mestring i utfordrende situasjoner.

Problemstilling: ”Hvordan fremme mestring hos pasienter med nyoppdaget brystkreft? ”

Hensikt: Å øke kunnskap og forståelse for hva sykepleier kan gjøre for å fremme mestring hos pasienter med nyoppdaget brystkreft.

Metode: Oppgaven er skrevet som en litteraturstudie, hvor data fra eksisterende litteratur og forskning er benyttet for å finne svar knyttet til problemstillingen.

Funn: Funnene i artiklene og litteraturen belyser at for at sykepleier skal kunne fremme mestring er det avgjørende at hun har forståelse for pasienten i situasjonen, skaper relasjon til pasienten, lytter og gir rom for at pasienten skal kunne uttrykke følelse, oppfyller pasientens behov for informasjon på en ærlig og oppriktig måte, samt behandle symptomer som kan redusere evnen til mestring,

Summary

Background: Worldwide breast cancer is the most common type of cancer among women (WHO, 2005), and the number of cases has increased markedly in the last 30 years (Fretheim, 2010). Given that this is a disease that affects so many, it is important that nurses have good knowledge in order to meet this group of patients and promote coping in challenging situations.

Question: "How to promote coping in patients with newly diagnosed breast cancer?"

Purpose: To increase knowledge and understanding of what nurses can do to promote coping in patients with newly diagnosed breast cancer.

Method: This thesis is written as a literature study, where data from existing literature and research are used to find answers related to the problem.

Findings: The findings in articles and literature highlights that in order for a nurse to be able to promote mastering it is essential that she has an understanding of the patient in the situation, creating relationship to the patient, listens and allows for the patient to be able to express emotion, meets patients' needs for information in an honest and sincere manner, and treat the symptoms that may interfere with their ability to cope.

Innholdsfortegnelse

1.0 Introduksjon	5
1.1 Bakgrunn.....	5
1.2 Hensikt.....	5
1.3 Problemstilling:	6
1.4 Avgrensing	6
2.0 Teori	7
2.1 Sykepleiefaglig perspektiv	7
2.2 Brystkreft	7
2.3 Mestring	9
2.3.1 Informasjon	10
2.3.2 Håp	12
3.0 Metode	13
3.1 Litteraturstudie som metode.....	13
3.2 Kildekritikk	14
3.3 Etiske overveielser	14
3.4 Litteratursøk og valg av litteratur	15
4.0 «Hvordan fremme mestring hos kvinner med nylig diagnostisert	16
brystkreft?»	16
4.1 Emosjonell støtte	17
4.2 Kognitiv støtte.....	20
4.3 Praktisk støtte	22
5.0 Avslutning.....	27
6.0 Referanseliste	28
Vedlegg 1.....	32

1.0 Introduksjon

Valg av tema omfatter nylig diagnostiserte kvinner rammet av brystkreft. I den foreliggende semesteroppgaven vil det settes fokus på hvilke påvirkninger det kan ha for pasienter å få diagnosen brystkreft, og hva sykepleiere kan bidra med for å hjelpe de som er rammet til å oppleve mestring.

1.1 Bakgrunn

På verdensbasis er brystkreft den mest vanlige krefttypen blant kvinner (WHO, 2005). Antall tilfeller har økt markant de siste 30 årene, i 2009 fikk 2754 kvinner diagnosen brystkreft i Norge. Anslagsvis vil 1 av 13 oppleve å få diagnosen brystkreft (Fretheim, 2011). På bakgrunn av dette er en sykdom som rammer mange, er det viktig å få frem hvordan en kreftdiagnose kan påvirke menneskene som blir rammet, slik at sykepleierne har en bedre forståelse for pasientens situasjon i møte med dem i praksis.

Det er få ord som kan fremkalle en slik umiddelbar, livstruende reaksjon som ordet kreft. Tiden rundt diagnostiseringen og påfølgende behandling fase kan oppleves svært traumatisk. Det kan i slike situasjoner være vanskelig å vite hvordan man skal møte disse pasientene, og man kan vegre seg for å gå inn på sensitive tema. Fra egen erfaring har jeg sett sykepleiere, og selv kjent på som student, at man lett kan verger seg for å gi seg inn i situasjonen knyttet til denne pasientgruppen, fordi en er usikker i måten de skal møte dem på. Selv ønsker jeg å bli en sykepleier som møter mine pasienters behov på en best mulig måte. Jeg vil oppnå og kunne gå inn i en slik situasjon, på en kunnskapsrik og trygg måte. Som Travelbee (2011) skriver kan en være en dyktig sykepleier på det tekniske plan, men samtidig være tilbøyelig til å unngå kontakt med sykemennesker, fordi en er for dårlig rustet til å hjelpe syke mennesker til å mestre sykdom.

1.2 Hensikt

Den foreliggende studien har med hensikt å tilegne meg kunnskap om hvordan en slik diagnose kan påvirke den som er rammet, og få en økt forståelse og utvidet kunnskap om hva sykepleier kan bidra med for å oppnå mestring hos disse pasientene.

1.3 Problemstilling:

«Hvordan fremme mestring hos pasienter med nylig diagnostisert brystkreft?»

1.4 Avgrensning

Denne oppgaven vil ha fokus på pasient- sykepleier forhold på sykehus, etter å ha fått påvist diagnosen brystkreft, og frem til eventuell behandling starter. Studien vil omhandle kvinner, ettersom flertallet som er rammet av brystkreft er kvinner, og pasienten blir i sammenheng med dette, flere steder i oppgaven omtalt som hun. På grunn av oppgavens begrensinger av ord velger jeg å utelukke pårørende i denne sammenhengen. Ettersom mestring er et ganske vidt begrep, og det finnes en rekke ulike mestringsstrategier vil jeg ta utgangspunkt i sykepleiers rolle i å støtte pasientene til å oppnå mestring.

2.0 Teori

2.1 Sykepleiefaglig perspektiv

Joyce Travelbee er kjent for sitt arbeid som sykepleieteoretiker. I forbindelse med denne semesteroppgaven vil Travelbee sin teori, som er basert på sykepleiefagets mellommenneskelige dimensjon, være relevant for å belyse temaet og problemstillingen oppgaven omhandler. Teorien omfatter forståelsen av forholdet mellom pasient og sykepleier, hvordan denne interaksjonen kan oppleves og hvilke konsekvenser det kan få for pasienten. Teorien er bygd på eksistensialistisk filosofi som kommer tydelig frem i begrepen individ, lidelse, mening, menneske til menneske forhold og kommunikasjon, som Travelbee velger å fremheve som sykepleiens ansvar og karakter (Kirkevold, 2008).

Travelbees ideer er sammenfattet i hennes definisjon av sykepleie;

«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, lidelse og om nødvendig finne mening i disse erfaringene» (Travelbee, 2011, s. 29).

Som et sentralt mål i Travelbees sykepleieteori er å hjelpe pasienten til å mestre, bære og finne mening i de erfaringene som følger med lidelse og sykdom. Travelbee legger stor vekt på begrepet håp og beskriver håp som en mental tilstand hvor en ønsker å oppnå et mål. Hun vektlegger at håp handler om noe som er fremtidsorientert, og at den som har håp ønsker at en situasjon skal endre seg. Travelbee mener at en ved hjelp av håp kan finne mening i den livssituasjonen en befinner seg i. Det er den profesjonelles sykepleier ansvar for å gå inn i situasjonen, ikke bare for å hjelpe til å mestre sykdom og lidelse, men og til å finne mening i disse erfaringene. Dette er en viktig sykepleieroppgave, og som ikke må unnviks (Travelbee, 2011).

2.2 Brystkreft

Brystkreft er den vanligste kreftsykdommen blant kvinner i Norge (Fretheim, 2011), og utgjør ca. 23 % av alle krefttilfeller hos kvinner (Wist, 2010). Brystkreft er en ondartet svulst, og det finnes flere typer brystkreft. I 25–30 % av tilfellene er aggressive (Naume, 2012)

I følge Lacey et al. (2009) er det ikke mulig å identifisere spesifikt hva som er årsaken til brystkreft, men en har dokumentert ulike risikofaktorer og faktorer som kan redusere risikoen for brystkreft.

Faktorer som kan øke risikoen;

- tidlig første menstruasjon og sen overgangsalder, altså et høyt antall menstruasjonsperiode
- og ikke å føde barn
- å føde barn først etter fylte 35 år
- overvekt, særlig kombinert med stor høyde
- alkohol, risikoen øker med inntak
- tidligere strålebehandling mot brystkjertelen
- langvarig bruk av østrogenilskudd i forbindelse med overgangsalder

og faktorer som kan redusere risikoen:

- å føde sine første barn før fylte 25 år
- å føde flere barn
- å amme
- sunt kosthold
- regelmessig mosjon

Drøyt 5 % av brystkrefttilfeller er arvelige.

(Normannvik, u.å.)

Det er gjort store framskritt innen kunnskap om brystkreft de siste 30årene (Fretheim, 2011). I følge WHO (2012) er tidlig diagnostisering et av de viktigste fremskrittene, ettersom det ved en diagnose som blir oppdaget sent er begrensede ressurser for helbredelse. Normannvik (u.å.) uttaler om brystkreft «Helbredelsesmulighetene er gode - utsiktene er bedre jo tidligere diagnosen stilles.»

I Norge ble det i1990 innført Nasjonalt mammografiprogram for å øke tidlig diagnostisering av brystkreft. Hensikten var å oppnå en nedgang i dødelighet på 30 %. Det er ikke påbegynt evaluering av dette enda, men helse- og omsorgsdepartementet har bevilget penger til en evaluering av det norske mammografiprogrammet (Fretheim, 2011).

De fleste brystkreftsvulster blir oppdaget før de gir symptomer, som en kul i brystet eller ved mammografi (Wist, 2010).

En kul i brystet kan være tegn på godartede tilstander, som væskefylte hulrom eller godartede cyster, men kan også være tegn på brystkreft. Derfor kan det ikke understrekes nok, at enhver forandring som ikke har en åpenbar, annen forklaring, raskt bør undersøkes av lege med tanke på brystkreft. Ved undersøkelse gjøres som regel en såkalt "trippeldiagnostikk" som innebærer å kjenne på kulen, gjøre radiologiske undersøkelser (mammografi/ultralyd/MR) og ta en prøve av selve svulsten (Biopsi) (Wist, 2010).

God utredning som gir rett diagnose, er nødvendig for å gi den enkelte pasient riktig behandling og pleie (Normannvik, u.å). Behandlingen av brystkreft består av flere elementer: kirurgi, stråling, cytostatika, endokrin behandling og immunbehandling (Wist, 2010).

Behandlingene pasientene gjennomgår er ofte langvarig og påfører vedkommende store forandringer, både fysisk og psykisk. I følge Gjertsen (2010) er en sykepleiers viktigste oppgave å hjelpe til å akseptere det som skjer, samt lindre fysisk og psykisk smerte. Å lytte, være til stede og støtte pasienten, samt informere slik at pasienten forstår hva som sies viktige oppgaver for sykepleieren i møte med brystkreftpasienter. Gram (2004) belyser at etter en kreftdiagnosen er stilt, vil pasienten være i en følellesperiode preget av angst, fortvilelse, vrede/irritasjon, søvnbesvær, svingende konsentrasjonsevne og nedsatt appetitt. Det er viktig at sykepleiere kjenner disse reaksjonene som kan oppstå, og legger merke til at pasientene ofte kan føle seg hjelpeløse og ute av stand til å ha kontroll over situasjonen. Dette kan forklare mange uventede handlinger fra pasientens side, og må bli møtt med forståelse (Kvåle, 2002). I følge Faulkner & Maguire (2001) vil en pasient som har fått en kreftdiagnose ikke klare å overvinne bestemte grunnleggende psykiske hinder som: usikkerhet om fremtiden, leting etter mening, tap av kontroll, behov for åpenhet, og behov for følellesmessig støtte.

2.3 Mestring

Lazarus og Folkman (1984) definerer mestring som det å kunne vurdere den situasjonen man er i, kognitivt og så vurdere hvilke muligheter den gir. Videre beskriver de betydningen av å ha kontroll i situasjonen. Dette henger i tråd med hva Bandura (1977) sin «self- efficacy» teori, som fokuserer på individets tro på egne muligheter som bestemmende for individets atferd (Tveiten, 2005).

Mestring handler om måten mennesket velger å møte og håndtere en vanskelig situasjon. Personen kan enten se situasjonen i øynene, velge å bruke ens indre og ytre ressurser for å møte ubehaget, eller forsøke å fortrenge eller skyve det unna situasjonen ved hjelp av forskjellige forsvarsmekanismer (Reitan, 2010b). For å kunne mestre en situasjon, er det en viss forutsetning og kunne oppnå mestringskompetanse (Tveiten, 2005). Å være mentalt forberedt styrker pasientens mestringsevne (Reitan, 2010b). Mestringskompetanse innebærer at man har kunnskaper, innsikt og forståelse, samt ferdigheter på ulike plan (Tveiten, 2005).

En kan oppnå mestring kan være å søke relevant informasjon om situasjonen en befinner seg i, og ved å endre måten en tenker på i den stressende situasjonen. Benner og Wrubel knytter mestring og stress tett opp imot hverandre, og legger i definisjonen av forholdet mellom stress og mestring; «*stress er opplevelsen av brudd i mening, forståelse og uhemmet funksjon. Mestring er det man gjør med dette bruddet*» (Kirkevold, 2008 s.62)

Brenner og Wrubel anser sykdom en stressfaktor. Mestring er begrenset av de meninger og problemstillinger som eksisterer i det en person opplever som stressende (Kirkevold, 2008) Mestring blir ofte beskrevet som å ha kontroll på en situasjon. Det vil si å forholde seg til den vanskelige situasjonen på en måte som gjenoppretter sammenheng og mening. Sykepleier må også kartlegge de forskjellige måtene pasienten gjenvinner kontrollen på, og vite når og hvordan de skal hjelpe. Det er nødvendig å se helheter, bruke ulike metoder og ha tro på menneskets muligheter, uansett situasjon og kontekst (Tveiten, 2005). Mestringsbegrepet i seg selv er nøytralt noe som betyr at det ikke er en bestemt type vurdering eller mestring. Som mestring er det viktig å merke seg at mestring ikke betyr å overvinne eller takle situasjonen på en objektiv «suksessfull» måte. En persons mestring må vurderes ut ifra vedkommende sin egen forståelse, vurdering og mulighet (Kirkevold, 2008).

2.3.1 Informasjon

I følge Lassen(2010) har det skjedd en historisk forandring i pasientens krav om informasjon og i hjelpekulturens holdning til pasientinformasjon. Da livsstilssykdommene kom i 1970-årene, ble det nødvendig å involvere pasienten i behandlingen. Det innebar at pasientene hadde den kunnskap som måtte til for å forstå sin egen sykdom. Dette, sammen med at sykepleieteoretikerne begynte å vektlegge begreper som omsorg, medmenneskelighet og

kommunikasjon, kan ses på som et skritt på veien til pasientens medbestemmelse. Kravene om medbestemmelse endrer seg stadig, og full informasjon er ikke lenger tilstrekkelig. Medbestemmelse innebærer at man også tar hensyn til pasientens preferanser i behandlingen (Lassen, 2010).

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 3-1. *Pasientens og brukerens rett til medvirkning*, viser til at pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse og omsorgstjenester. Det innebærer at pasienten har rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningen skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Så langt det lar seg gjøre skal tjenestetilbudet utformes i samarbeid med pasienten. Dette forutsettes igjen av at § 3-2. *Pasientens og brukerens rett til informasjon*, blir ivaretatt. I følge § 3-2 skal pasienten ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i egen helsetilstand og innhold i helsehjelpen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Å formidle informasjon på en klar og forståelig måte er en grunnleggende ferdighet innen kommunikasjon som kan gjøre det lettere å mestre de ulike situasjonene som oppstår ute i praksis. Denne ferdigheten kan trenes opp (Eide & Eide, 2005) Sykepleiers pedagogiske funksjon innebærer mange vurderinger og valg. Å utøve pedagogikk i praksis er komplisert, og når praksis innebærer møte med syke mennesker, øker kompleksiteten (Tveiten, 2005) En forutsetning for at man skal kunne gi informasjon er gode fagkunnskaper. Uten grundig kjennskap til faget, vil kommunikasjonen i de fleste tilfeller bli uinformert, mangelfull og uprofesjonell. I enkelte situasjoner kan en pasient trenge å få den samme informasjonen flere ganger, fordi situasjonen er så krevende at ny informasjon vanskelig trenger inn og fester seg. Informasjon som blir gitt bør tilpasses situasjonen og pasientens evne til å bearbeide, ettersom reaksjoner på en ubehagelig nyhet vil ofte være ulike former for forsvar. Tristhet, fortvilelse, sinne og angst er ikke uvanlig (Eide & Eide, 2005). Det er viktig at mottakeren får rom til å gi utløp for de reaksjoner og tanker han eller hun måtte ha. Når forsvaret aktualiseres innskrenkes også evne til å oppfatte adekvat. Det er derfor viktig både emosjonelt og for forståelsen, at den andre får anledning til å snakke og at hjelperen holder seg rolig, informerer klart og tydelig og lytter forstående (Eide & Eide, 2005).

2.3.2 Håp

Travelbee (2011) trekker frem at den profesjonelle sykepleiers rolle er å hjelpe syke mennesker til å oppleve håp for å mestre sykdom og lidelse. Håp en motiverende faktor bak menneskeligheten. Travelbee definerer håp som;

«En mental tilstand karakterisert ved ønsket om og nå frem til eller oppfylle et mål, kombinert med en viss grad av forventning om hva som ønskes» (Travelbee, 2011, s. 117).

Håp blir betraktet som en positiv ressurs, som følelsen av det mulige (Rustøen, 2001) Som Travelbee (2011) skriver, vil livet til den som håper endre seg på en eller annen måte, det vil bli mer behagelig, mer meningsfylt eller gi større glede. Dersom man over lang tid lider intenst mentalt, fysisk eller åndelig, kan håpet tapes (Rustøen, 2001 s. 54). En studie av Chi (2007) viser til at kreftpasienter har brukt håp som mestringsstrategi, og at håpet generelt er med på å bestemme hva den enkelte forventer i fremtiden. Travelbee trekker frem fremtidsorientert håp, som;

«Den som har håp, tror på at vise valg står åpne for han. Egentlig er personen utilfreds og finner liten trøst i livet her og nå. Men alt menneske har er øyeblikket her og nå. Den som har håp står over oppgaven til å bruke sitt her og nå på en slik måte at han bygger og strukturerer fremtiden for å kunne oppnå det han håper på» (Travelbee, 2011, s. 119).

For de som mangler håp, ser ingen utsikter til forandring eller forbedring i livet, og heller ikke noen løsninger på problemene eller veier ut av vanskelighetene (Rustøen, 2001). Det innebærer å hjelpe den syke til å holde fast ved håpet og unngå håpløshet. Omvendt er det og sykepleiers oppgave å hjelpe den som opplever håpløshet, til å gjenvinne håp (Travelbee, 2011).

3.0 Metode

Dalland (2002) trekker frem forfatter Vilhelm Aubert sin definisjon på metode:

«en metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilke som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Dalland, 2002, s.71).

I denne studien vil jeg bruke faglitteratur, samt litteratur fra eksisterende forskning. Av den hensikt vil jeg belyse ulike former for metode som bli benyttet av forfattere for å belyse sin forskning.

Som metode kan en skille mellom kvantitative og kvalitative orienterte metoder. Den kvalitative metoden kan en bruke når en viser til egenskapene eller karaktertrekkene. Kvantitative metoder der imot, gir mulighet for å samle data som kan beskrive fenomenet ved hjelp av tall (Dalland, 2002). I følge Olsson og Sørensen (2009) kan en og velge å kombinere ulike metoder, noe som kalles metode- og analysetriangulering. Flere forskere har beskrevet fordeler med å kombinere ulike metoder for å belyse ulike dimensjoner av fenomen, ved å oppnå en mer komplett forståelse av et problemkompleks. I følge Holter er formålet med å anvende metode er å gi en bedre forståelse av det samfunnet vi lever i (Holme og Solvang, 1996).

3.1 Litteraturstudie som metode

Et krav for denne studien er å anvende litteraturstudie som metode. Forsberg og Wengström (2008, s.34) definerer en litteraturstudie slik: *”En litteraturstudie innebærer systematisk å søke, kritisk granske og sammenfatte litteratur innenfor et emne eller problemområde”*.

En forutsetning for å gjøre en systematisk litteraturstudie er at det finnes tilstrekkelige litteratur studier av god kvalitet, som kan gi et tilfredsstillende underlag for bedømminger og resultat. Litteraturstudie skal i følge Olsson og Sørensen (2009) bestå av bakgrunn, formål, spørsmålsstilling og innsamlingsmetode. Forberg og Wengström (2008) skriver at det finnes både fordeler og ulemper ved å bruke litteraturstudie som metode. Fordelen med litteraturstudie er at man tilegner seg mye kunnskap om et tema på kort tid, ved å benytte seg av allerede eksisterende litteratur og forskning.

Flere forskere mener at det er viktig å inkludere kvalitative studier som beskriver pasientens opplevelser, da dette gir en mulighet til å få belyst problemet fra flere sider. Den svake siden med en litteraturstudie er at en har begrenset mengde relevant forskning, utvalget er selektivt om ekspertene velger studier som støtter egne meninger, og at ekspertene kan komme frem til ulike resultater (Forsberg & Wengström, 2008).

3.2 Kildekritikk

Kildekritikk vil innebære og vurdere å karakterisere litteratur og andre kilder som er benyttet i oppgaven. Hensikten ved å bruke kildekritikk vil være å vise til leser at kilder som er brukt i oppgaven er vurdert i forhold til relevans av oppgavens problemområder og problemstilling, og at kildene er pålitelige. I et fagfelt som vokser raskt er det hensiktsmessig å bruke litteratur som er tilstrekkelig oppdatert for å vise til dagens situasjon av problemområdet (Dalland, 2002). I denne oppgave har jeg derfor forsøkt å bruke litteratur som ikke går tilbake mer enn ti år. Jeg har også forsøkt så langt det har latt seg gjøre og bruke primærkilder, ettersom Dalland (2002) opplyser at mye av den litteratur som finnes er sekundærlitteratur og at teksten kan være bearbeidet slik at det opprinnelige perspektivet kan ha endret seg. Med hensyn til dette har jeg i de tilfeller hvor jeg har brukt sekundærlitteratur, lest andre kilder som kan bygge opp under at det jeg har skrevet i oppgaven er pålitelig.

3.3 Etiske overveielser

I følge Forsberg og Wengström (2008) innebærer arbeid med litteraturstudie å gjøre etiske overveielser. Det er gitt ut retningslinjer for medisinsk forskning med tanke på etikk, som Helsinkideklarasjonen fra 1964, sist ble revidert i 2000 (Olsson & Sørensen, 2009). I oppgaven er det brukt pensumlitteratur, annen litteratur, og forskningsartikler som er relevant for oppgaven. Ved funn av litteratur har jeg vært nøyaktig med tanke på tolkning, vurdering av funn og omgjøring av resultat til mitt personlige kildemateriale. Tatt i betraktning med egne erfaringer vedrørende dette emnet, har jeg forsøkt å være nøytral når det gjelder å finne aktuelt pensum.

3.4 Litteratursøk og valg av litteratur

For å finne relevant forskningslitteratur har jeg benyttet meg av høgskolen sine helsefaglige databaser. For å finne artikler som har vært relevante for oppgaven, har jeg brukt ulike databaser som; medline, svemed+, cochrane og cinahl. Jeg har brukt søkeord på engelsk for å få et utvidet resultat når det gjelder forskning utenfor orden. Søkeord jeg har brukt: cancer, breast cancer, patient, nursing, hope, coping, information, symptoms, newly diagnosed, hope, support, needs

Inklusjonskriteriene var at de omhandlet kreft og var aktuelle for min problemstilling.

Vedlagt ligger sammendrag og søkehistorikk av fire relevante artikler som er brukt for å gi svar på problemstillingen.

4.0 «Hvordan fremme mestring hos kvinner med nylig diagnostisert brystkreft?»

For å kunne hjelpe kvinner med nydiagnostisert brystkreft med å mestre er det viktig å ha en forståelse av hvordan en kreftdiagnose kan påvirke kvinnene som blir rammet.

Å være til utredning for kreft er skremmende for pasientene. En frykter ofte det verste, og ordet kreft er noe mange forbinder med lidelse og død. En studie av Montgomery (2010) viser at pasientenes usikkerhet starter allerede ved oppdagelse av sykdom, og perioden en venter på evaluering av diagnoseundersøkelsen. Usikkerheten som oppstår før diagnosen blir påvist, vil i følge studien innebære faren for malign sykdom og død. Pasienter som venter på svar etter en undersøkelse er ofte svært bekymret, og opplever situasjonene som krevende. I følge Reitan (2010a) er den diagnostiske fasen preget av uro, bekymring og angst over å få beskjed om resultater fra prøver og undersøkelser. Å få påvist brystkreft vil være svært belastende for pasienten. Studien til Landmark og Wahl (2002) forteller at kvinner med brystkreft opplevde emosjonelt kaos, oftest var ledet av sjokk, etter å ha fått påvist diagnosen. I studien til Beatty, Oxlad, Koczwara og Wade (2008) rapporterte alle grupper en opplevelse av frykt, sjokk og angst ved diagnostiseringen. Som Reitan (2010a) skriver er det viktig at helsepersonell kjenner til psykiske aspekter og reaksjoner ved alvorlig og livstruende sykdom for å kunne hjelpe pasienten i en ny og vanskelig situasjon. Ved å ha en bedre forståelse av hvordan det kan oppleves for kvinnene å bli rammet av brystkreft og hvilke innvirkninger det kan ha på dagliglivet, desto enklere vil det være for sykepleier å vite hvordan en kan hjelpe pasienten til å mestre situasjonen. Landmark & Wahl (2002) skriver i sin studie at det er viktig å være bevisst over kvinners opplevelser av deres nye og endrede livssituasjon, for å kunne gi støtte under deres prosess til mestring. Det er viktig at sykepleier bidrar til støtte hos pasienter som blir diagnostisert med brystkreft. Reitan (2010b) skriver at god sykepleierintervensjon har som mål og støtte å hjelpe pasienter til krisemestring. En forståelse av hvordan kvinner opplever en ny og endret livssituasjon er viktig for støtten sykepleierne er med å gi i prosessen mot helbredelsen (Landmark & Wahl, 2002).

Når en snakker om støtte relateres det til sykepleierintervensjonen til emosjonell, kognitiv og praktisk støtte.

4.1 Emosjonell støtte

På bakgrunn av at en kreftdiagnose gir frykt for en usikker fremtid, vil pasienter begynne å se etter ulike midler som kan gi støtte i en stressende situasjon i forbindelse med sykdom (Chi, 2007). Som Travelbee (2011) skriver kan det oppstå lidelse der menneske opplever tap av emosjonell integritet. Hun beskriver lidelse som en erfaring der menneske blir seg bevisst fysisk, emosjonell og åndelig smerte. I følge Myskja (2005) vil de fleste pasienter som blir rammet av kreft ha behov for emosjonell støtte ettersom livstruende sykdom og usikkerhet som følger vekker sterke følelser. Varre, Slettebø og Ruland (2011) viser i sin studie at støtte i form av relasjoner, samt en trygg og tillitsfull dialog med helsepersonell er uvurderlig. Rosenzweig, Donovan og Slavish (2010) påpeker at det krever et sterkt samarbeid mellom pasient og pleier for å kunne gi optimal støtte i kreftomsorgen.

I forbindelse med å få diagnosen brystkreft vil det oppstå mange ulike reaksjoner og følelser. En studie av Drageseth, Lindstrøm & Underlid (2009) forteller hvordan kvinner som blir rammet av brystkreft har forsøkt å distansere seg fra emosjonelle følelser. Som det viste seg hadde dette lite resultat ettersom følelsene uansett kom tilbake. Rosenzweig et al., (2010) viser at kvinner med nydiagnostisert brystkreft savnet informasjon om hvordan en kunne takle emosjonelle behov, og forklarte at følelsene som oppstod rundt diagnosetidspunktet og videre i sykdomsforløpet, til tider var overveldende og vanskelig å takle. Ved at sykepleiere legger til rette for en dialog med pasienten, vil i følge Varre et al., (2011) ha stor betydning for at pasienten skal kunne kontrollere følelsene som oppstår. Det er viktig at pasienten får rom til å gi utløp for de reaksjoner og tanker han eller hun måtte ha. En må finne tid til å sette seg ned hos pasienten, kanskje en kan en del av sengekanten og holde i ei hånd for å vise pasienten at man er der for henne. Sykepleiere anser å møte pasientens behov for å snakke som veldig viktig. De ga uttrykk for at pasienter som er rammet av brystkreft, hadde behov for støtte ved at en tok seg tid til å snakke med dem, eller bare tid til å være hos dem (Ödling, Nordberg & Danielson, 2002). Som Finset og Gude (2007) skriver vil man etter å ha hatt en følelsesmessig opplevelse helt alene, føle en trang for å fortelle andre om det. Ettersom det å få diagnosen brystkreft vil vekke sterke følelser, vil det oppstå behov for hjelp til å kontrollere disse følelsene, og beskrives som vesentlig for å oppleve mestring (Varre et al., 2011).

Travelbee (2011) fremhever at sykepleiens mål og hensikt er å hjelpe individet til å mestre sykdom, og mener at dette oppnås gjennom etablering av et menneske- til- menneske forhold. Et slikt forhold oppstår ved en eller flere delte erfaringer, eller at det oppstår behov for sykepleierens tjeneste. En profesjonell sykepleier vil målbevisst etablere og opprettholde et

menneske til menneske forhold (Travelbee, 2011). En relasjon kan oppleves positivt, den kan være beskyttende, omsorgsfull, tillitsvekkende og trygghetsskapende (Hall & Graubæk, 2010). I følge Källerweld (2007) vil et møte mellom pasient og helsepersonell som er karakterisert av tillit og gjensidighet, kunne skape en vi- følelse i kampen mot kreftsykdommen. Dette krever at det finnes tid for at pasienten får uttrykt sine tanker og bekymringer, som bidrar til at pasienten vil føle seg som en del av et fellesskap hvor pasienten selv er en ressurs. For pasienten vil dette kunne gi en opplevelse av støtte og trøst (Hall & Graubæk, 2010, s. 64). Ödling et al.,(2002) viser at kvinner nylig diagnostisert med brystkreft uttalte at det var viktig å ha noen til å lytte til dem og som kunne svare på spørsmål de hadde. Det er utfordrende for pasient og pleier å kommunisere om en livstruende sykdom. Det kan resultere i at fokuset i samtalene blir liggende på medisinske problemer og behandling, istedenfor livskvaliteten og emosjonelle problemer som oppstår (Rosenzweig et al., 2011). Som Ödling et al.,(2002) sin studie også viser var at mange snakket om hverdagslige ting med pasientene, men at pasientene ønsket å snakke om sykdommen og angsten som følger av den. Kvinnene uttrykte behov for emosjonell støtte og ønsket å ha noen de kunne dele frykten de følte med. Ved å skape gode relasjoner ved at man som sykepleier viser at man har tid og er til stede for pasienten slik at det skapes en trygghet, kan det være lettere å prate om temaer som omfatter mer enn det hverdagslige, som selve sykdommen og følelsene som oppstår i forbindelse med den. Ödling et al., (2002) understreker hvor viktig det første møte og at det er nødvendig å bygge gode relasjoner med kvinnene for å kunne prate om selve sykdommen og kartlegge pasientens emosjonelle behov. En studie av Turner, Kelly, Swanson, Allison og Wetzig (2005) beskriver hvordan uvisshet om pasienters bekymringer fører til at man ikke klarer å oppfylle pasientens psykososiale behov.

Kvinnene som deltok i studien til Landmark og Wahl (2002) forventet mer emosjonell støtte fra pleierne enn hva de opplevde å motta. Studien til Turner et al.,(2005) spekulerer i om sykepleiere unngår å snakke om vanskelige tema med pasienter fordi de synes dette er stressende situasjoner, og hvordan slike unngåelser kan fører til at pasienter får manglende emosjonell støtte. Mange har nok kjent seg igjen i situasjoner hvor en ikke vet nøyaktig hvordan man skal handle eller hva man skal si. Man anser gjerne denne pasientgruppen som ekstra sårbare og er redd for å si noe som er feil. En annen studie gjort av Landmark, Bøhler, Loberg og Wahl (2008) kommer det frem at kvinner med nydiagnostisert brystkreft opplevde å få mye støtte fra familie, venner og helsepersonell.

Sykepleiere som ga emosjonell støtte ved å hjelpe pasienter til å finne mening, muligheter og håp i krevende situasjoner ble beskrevet som gode sykepleiere (Rchaidia, Casterlè, Blaeser & Gastmans, 2009).

I følge Travelbee vil det å finne mening i livets ulike erfaringer er av fundamental betydning. Mening er; «*grunnen som gis til en bestemt livserfaring av individet som gjennomlever erfaringen*»(Kirkevold, 2008 s.115)

Menneske trenger ofte hjelp til å finne mening i tilstedeværelsens ulike livserfaringer. Pasientene som deltok i studien til Varre et al., (2011) beskriver hvordan de redefinerer verden slik at de kan håndtere sin situasjon og finne mening, som krevende og utfordrende. Pasienter kan ved hjelp av deltagelse i internettbaserte støttegrupper få hjelp til å redefinere livssituasjonen med kreft til en ny situasjon med mening. (Varre et al., 2011). Dersom pasienter etterspør medpasienters erfaringer og råd, kan sykepleier anbefale å bruke et slikt forum. Fordelen ved å bruke internettbaserte forum er at det er tilgjengelig når pasienten har behov for det. I en studie av Varre et al., (2011) kommer det frem at pasienter med kreft har ofte behov for gjenkjennelse, å føle at de ikke er alene, samt behov for å være «normal» igjen. Også i Landmark et al., (2008) sin studie ga flere kvinner uttrykk for at det var godt å føle at de ikke var alene og at fellesskap med andre i samme situasjon var viktig. Christensen (2004) skriver at psykologisk behandling hvor man deltar i en støttegruppe hvor man blir oppmuntret til å uttrykke bekymringer og dele erfaringer, er med å fremme evnen til mestring ved at en får hjelp til å uttrykke følelser og kunne håndtere sykdommen. Ved å lære av andres erfaringer, kan det være lettere å forholde seg til egen sykdom. Det kan også gi en positiv opplevelse og snakke med pasienter som har overlevd sykdommen. Det å snakke med personer som har overlevd kan være med på å styrke fremtidshåpet.

I følge Chi (2007) sees håp på som en viktig mestringsstrategi for pasienter som er rammet av kreft. Håp er ofte knyttet til fremtiden, og generelt sett er håp med på å bestemme hva den enkelte venter av fremtiden. Sykepleiere kan bidra til økt håp hos pasienter ved å ta seg til samtale, være hjelpsom, og sørge for informasjon som er relevant og svare på spørsmål på en sympatisk, positiv og respektfull måte. Man kan oppfordre pasienten til å tenke på et bestemt mål hun kan arbeide mot, som f.eks. noe hun ønsker å oppleve. I studien til Varre et al., (2011) uttrykte pasienter behov for å være hovedpersonen i eget livsdrama. Det er deres liv og fremtid det gjelder. For å mobilisere krefter til å utholde, mestre og leve med situasjonen beskrives betydningen av at den enkelte pasient opplever å få stå i sentrum, bli lyttet til og

respektet. Fellesskapsfølelsen som kommer ved å opprette en vi- følelse, er i følge Källæweld (2007) med på å styrke troen på muligheten til å bli frisk (Hall & Graubæk, 2010, s.65). Dette kan bidra til fremtidshåp ved at det lokker frem en livskraft som kan påvirke helbredelsesprosessen i riktig retning. Rustøen (2004) skriver at håp med på å gi styrke og energi til å takle utfordringer i hverdagen og er viktig for å mestre sykdom. Funn i en studie viser at nivået av håp var relatert til nivået av mestring. Pasienter som hadde mye håp, mestret sykdommen bedre gjennom å akseptere sykdom, å leve på en tilnærmet normal måte og forsone seg med liv og død. For å ivareta håpet var det viktig å leve for fremtid, leve dag for dag, og snakke med andre i samme situasjon (Chi, 2007).

I følge Kinnane (2011) syntes pasienter det var fint å vite at de ikke var alene, og hadde positivt utbytte av å se og høre andre kvinners erfaring med å leve dag for dag med brystkreft. Studien til Drageseth, et al., (2009) belyser at å leve steg for steg er en vanlig mestringsstrategi ved kreftsykdom. Ved å ta en ting av gange kunne en ignorere problemer som kanskje kan oppstå senere, og unngå å bli overveldet av tanker om behandling og følelser, som kan redusere bekymringer knyttet til sykdommen. En studie av Al-Azri, Al-Awisi og Al-Moundhri (2009) viser til at det å kunne uttrykke seg emosjonelt etter å ha fått diagnosen brystkreft, hadde forbindelse med overlevelsesrenten. Pasienter som ikke uttrykte seg emosjonelt, sammen med lite emosjonell støtte, hadde lavere overlevelsesrente enn kvinner som fikk gi uttrykk på høgt nivå innenfor begge områdene. En slik studie viser viktigheten av å sette fokus på de essensielle behovene, og hvilke effekt det kan ha for behandlingen dersom man griper tak i disse fra starten av sykdomsperioden. Ved å gi støtte knyttet til emosjonelle behov som oppstår etter å ha fått en kreftdiagnose, vil det kunne gjøre pasienten bedre rustet til å oppnå kognitiv kontroll av situasjonen som hun befinner seg i.

4.2 Kognitiv støtte

Å gi kognitiv støtte vil innebære at en sørger for at pasienter får tilstrekkelig med informasjon og undervisning slik at hun forstår alle aspekter ved sin sykdom.

Ved at sykepleier hjelper pasienten til å forstå diagnosen, hva det innebærer og hva en kan forvente å møte på av utfordringer, kan man bidra til å hjelpe pasienten til å oppleve kontroll. Som Reitan (2010b) skriver er kontrollaspektet grunnleggende for all mestring, og innebærer kontroll på det emosjonelle, det kognitive og det atferdsmessige nivået. Kognitiv kontroll viser tilgang til informasjon som gjør at en situasjon kan oppleves som forutsigbar og entydig.

Informasjon er sett på som en positiv mestringsstrategi. Som loven viser skal pasienten ha den informasjon som er nødvendig for å få en innsikt i egen helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. En studie av Kinnane (2011) viser at helsepersonell kan undervurdere mengden av informasjon som pasienten krever, samtidig som helsepersonell kan overvurdere mengden av informasjon som blir gitt. Dette kan være noen årsaker for pasienter føler at behovet for informasjon i tilfeller ikke blir fullt ivaretatt. Som studien av Landmark et al., (2008) viser, har pasienter opplevd at behov for informasjon ikke blir tilfredsstilt. Pasientene vil i mange situasjoner ha behov for informasjon som krever at helsepersonellet har god kompetanse innen området. Pasientene kan kreve svært detaljert informasjon om sykdommen og i studien kommer det frem at kvinner med nydiagnostisert brystkreft forventer å møte kompetent personell. Kinnane (2011) viser at pasienter synes det er viktig å ha muligheten for å kunne snakke med en erfaren helsearbeider som er i stand til å gi informasjon angående diagnose og behandling. Dette krever at helsepersonell som arbeider med denne pasientgruppen har gode fagkunnskaper. Som Reitan (2010a) skriver vil kompleksiteten i utfordringene en kreftpasient står ovenfor i situasjonen etter å ha fått en kreftdiagnose, forutsette at sykepleier har høy faglig kompetanse slik at de kan imøtekomme pasienters spesielle utfordringer. Eide & Eide (2005) underbygger dette, og skriver at en forutsetning for å gi informasjon innebærer å ha gode fagkunnskaper. Dersom helsepersonell ikke har god nok kunnskap om situasjonen pasienten befinner seg i, og har vanskelig for å kunne svare på eventuelle spørsmål pasienten ønsker svar på, kan man skape en utrygg følelse, og gjøre situasjonen mer stressende for pasienten. Eide & Eide (2005) skriver at å formidle informasjon i krevende situasjoner er ferdigheter kan trenes opp. I sykepleieryrket, når man ser på antall nye tilfeller av kreft årlig, kan man forvente å møte pasienter med nyoppdaget kreft i praksis. Jo flere år man jobber og jo flere situasjoner man står oppi, jo bredere erfaring vil man få. Erfaringen som kommer i arbeidet med disse pasientene vil gjøre sykepleier tryggere i sin rolle, som vil styrke sykepleiers mestring til å hjelpe disse pasientene i en utfordrende situasjon. Som Reitan(2010a) skriver vil man lære av erfaringer gjennom å bearbeide dem. Å reflektere over situasjoner man opplever som vanskelig vil være med å sette situasjonen i ulike perspektiv og bidra til økt bevissthet om ulike handlinger en kan gjøre i lignende situasjoner. Dette kan bidra til at sykepleier oppnår bedre kompetanse, og vil ha bedre evne til å møte pasientenes individualiserte behov.

Studien til Ödöling et al., (2002) viser til litteratur som sier at det er viktig at man møter og tar hånd om pasientenes individualiserte behov for informasjon. Å tilby de som er rammet av

kreft med skreddersydd og individualisert informasjon, krever et høgt nivå av kapasitet til kommunikasjon (Kinnane, 2011).

Travle klinikker gir begrenset tid til å gi skreddersydd informasjon, samt å ta seg tid til å gjengi informasjon og relatere den til pasienten bekymringer (Kinnane, 2011). Mange sykepleier vil nok kjenne seg igjen i nettopp dette med begrenset tid i en travel sykehushverdag, hvor pasientene har få liggedøgn, og følelsen av at ikke alle behovene til pasienten er dekket slik en ønsker. Det er viktig at sykepleier benytter hver og en situasjon til å sørge for å møte pasientens behov. Det kan være at man skal inn å gi en medisin til pasienten. I forbindelse med den situasjonen kan man spørre pasienten om det er noe hun lurer på, om det er noe hun ønsker svar på. Dersom pasienten uttrykker behov for informasjon, og man som sykepleier anser at samtalen som vil finne sted tar lenger tid enn hva sykepleier har i den aktuelle situasjonen, kan man avtale med pasienten at en kommer tilbake etter at en er ferdig med medisinerunden. Det er viktig at sykepleier prioriterer og finne tid til å informere pasientene etter behov, ettersom å formidle informasjon kan gi pasienten økt forståelse og kunnskaper om sykdommen. Ved å gi relevant informasjon kan man styrke pasientens mestringskompetanse, som vil være med å gjøre det lettere for pasienten å mestre situasjonen. Dette forutsetter at informasjonen som blir gitt dekker alle aspekter av sykdommen. Det å gi fylldig informasjon ved diagnostiseringen av kvinner med brystkreft, vil det være med å forbedre pasientens evne til mestring (Rosenzweig et al., 2010). Erfaringer viser at det er lettere å mestre dersom man er forberedt (Myskja, 2005). Dersom pasienten er forberedt på å møte utfordringer som følge av sykdommen, kan pasienten oppleve kontroll over sykdommen.

Ved å gi kognitiv støtte på en slik måte at pasienten har kunnskap og innsikt i sykdommen, er pasienten bedre rustet til å være med i beslutninger vedrørende sykdommen. I følge Ekeberg & Loge (2007) er det blitt stadig vanligere å trekke pasienter aktivt inn i behandling og beslutningsprosesser.

4.3 Praktisk støtte

I forbindelse med en kreftdiagnose forutsettes en eller annen form for mestring relatert til diagnosen, behandlingsrelaterte bivirkninger og leveutsikter. Stress og ubehag virke negativt inn på pasientens læring og mestringsmuligheter (Reitan, 2010b). Det å bli diagnostisert med en kreftdiagnose kan fremkalle flere symptomer hos pasientene.

Gram (2004) trekker frem angst, søvnbesvær og nedsatt appetitt som følger av å ha fått en kreftdiagnose. Som Myskja (2005) skriver vil symptomer knyttet til angst ved diagnostiseringen, inkludere anspenhet, nervøsitet, manglende evne til å slappe av, innsovningsproblemer, kvalme og ubesluttsomhet. I studien av Beatty et al.,(2008) nevnte deltakere at tretthet, kvalme og smerte påvirket deres evne til mestring. Ettersom ubesluttsomhet som symptom kan hindre pasienten og aktivt delta i beslutninger vedrørende behandlingen, er det viktig å få behandlet disse symptomene for å bedre pasientens evne til mestring. Som loven tilsier har pasienten rett til å medvirke i valg av behandling, og så langt det lar seg gjøre skal tjenestetilbudet utformes i samarbeid med pasienten. Da må man legge til rette for at pasienten skal være rustet til å delta aktivt så langt det lar seg gjøre, en forutsetning da er å behandle symptomer og plager som hindrer pasientens evne til å utføre dette.

Smerter relatert til kreft er hos mange et kjent symptom. Som artikkelen til Brelin (2012) viser til, oppstår smerte ofte i forbindelse med behandling eller langtkommen sykdom. Bjørge (2010) skriver at smerter kan oppstå uten morfologisk grunnlag. Smerter er en opplevelse sammensatt av kognitive funksjoner og emosjonelle reaksjoner. Psykiske faktorer kan i tilfeller gi reelle smerter i form av muskel- og hodesmerter. Ved denne fasen av sykdommen som omhandles i denne studien, hvor behandling enda ikke er startet kan det være reelt at det er denne typen smerter pasientene kan gi uttrykk for. Ved kartlegging av smerter hos kreftpasienter er det viktig å være bevisst på denne typen smerter, og at behandlingen må rettes mot den psykiske grunnlidelsen. Dersom man har oppnådd behovet for emosjonell støtte, ved at man har latt pasienten få utløp for sine følelser og formidlet trygghet, kan symptomer som dette være forhindret.

Flere av pasienter som nylig har fått påvist brystkreft opplever også dårlig søvn. De har gjerne mange ting som bekymrer dem, og ligger og engster seg. Ödling et al.,(2002) viste at nattevakter på sykehuset forsøkte å ta seg tid til pasientene på kveldrundet og formidle at de er der for pasientene, fordi de opplevde at pasientens engstelse var sterkere på natten. Ved å vise pasientene at de er der for dem, er med å skape en trygghet. Andre tiltak som å sørge for en god madrass og en god liggestilling, kan bidra til at pasientene sover bedre. Ved å iverksette tiltak som dette, vil det være med å bidra til å vise pasienten at man er til stede for pasienten, og ønsker pasienten beste. Som Ekedahl og Wengström (2008) er sykepleiers hensikt at pasienten skal oppleve at hun blir godt ivaretatt. Å gi støtte og trygghet er viktige faktorer som man må trekke inn på andre områder.

Som Myskja (2005) skriver kan behandling av smerter relatert til psykiske faktorer gis i form av støttesamtaler. Dette forutsetter at de praktiske omgivelsene for at disse støttesamtalene skal kunne finne sted. En utfordring er at pasienter ofte må dele rom med andre, noe som kan gjøre det vanskelig å snakke åpent ut om personlige ting. En må i tilfeller der pasienter må ligge på flermannsrom, finne andre alternativer til rom hvor pasienten kan trekke seg tilbake og prate om følelser som oppstår i ro og fred. Dette kan i tilfeller være et tilgjengelig kontor eller undersøkelsesrom. Tiltak som dette krever tid og ressurser, men bør iverksettes for en starter opp med eventuelle medikamentelle behandlinger. Bjørger (2010) trekker frem antidepressive som kan være effektive mot smerter som er relatert til psykiske faktorer, og innen medikamenter knyttet til sovemedikamenter er det mye man kan tilby pasientene. Utfordringen med dette er at de kan medføre ytterligere symptomer som kan forhindre evnen til mestring.

Et annet symptom som kan redusere pasienter evne til mestring er kvalme. Kvalme kan forekomme som primærsymptom i forbindelse med diagnostiseringen, og er ofte relatert til angst (Brelvi, 2012). Dersom en mistenker at kvalme er relatert til psykiske årsaker, som stress eller lignende, må behandling rettes mot kausale årsaker (Bjørger, 2010). Følelse av utrygghet og engstelse kan ha innvirkning på kvalme, og beroligende midler kan være nødvendig for å redusere kvalmen (Kvåle, 2002). Sykepleier kan også forslå avslappende teknikker som pusteøvelser, avslappende musikk og massasje som kan ha være med å redusere engstelse og dermed redusere kvalmen. Brusset (2010) belyser at alternativ behandling som massasje tilbys ved flere sykehus, og har rapportert effekt på angst, smerte og anspenthet. En studie av Al- Azri et al.,(2009) viste til at pasienter som hadde benyttet alternativ behandling, som f. eks. yoga kort tid etter diagnostiseringen, opplevde å være mindre psykisk stresset sammenlignet med de som ikke hadde benyttet slike tilbud.

Som Myskja (2005) skriver er det også viktig å drikke godt ettersom rikelig med drikke kan virke lindrende. Oppfordre pasienten til å drikke litt av gangen, særlig mellom måltider, og tilby noe pasienten liker. Drikken kan eventuelt fryses ned til isbiter, så pasienten kan suge på dem. Det kan også lindre kvalme å spise litt allerede før en står opp om morgningen. Det trenger ikke å være mye, bare en enkel liten kjeks kan være nok. Videre er det viktig å forsøke å spise noe til alle måltider, ettersom kvalme kan forverres av «tom mage» (Myskja, 2005). Å få i seg mat til alle måltider kan være utfordrende dersom pasienten har nedsatt matlyst. Som nevnt kan nedsatt matlyst være en følge av en kreftdiagnose, eller oppstå i forbindelse ved kvalme. Å sørge for å lufte godt i rommet og oppmuntre pasienten til å hvile etter måltidet

kan bidra til økt appetitt, samt å tilby pasienter små, hyppige måltider, gjerne til de tider pasienten føler seg mest opplagt kan være effektive tiltak (Myskja, 2005). På sykehusene er det lagt opp slik at pasientene kan gå i en kantine og forsyne seg med mat til visse klokkeslett. Det er viktig å huske på at pasientenes behov kan tilsi at en må tilby måltider utenom disse rutinene. Dersom pasienten føler seg kvalm og uopplagt til å gå i kantinen, kan man tilby pasienten å få måltidet servert på rommet. En kan også tilby pasienten ønskekost, hvor pasienten får en meny over ulike retter hun kan bestille til måltidene. Ved ikke å oppfylle behovene knyttet til ernæring, står pasienten i fare for å bli underernært. Som Bye (2010) skriver vil avmagring som følger av appetittløshet, føre til slapphet og nedsatt allmenntilstand.

Å være slapp og trett og oppleve mangel på energi forbindes ofte med kreftsykdom. Et symptom som er svært vanlig ved kreftsykdom er fatigue (Landmark et al., 2008). Fatigue beskrives som en tilstand der pasienten føler seg unormalt trett, en tretthet som ikke forsvinner ved søvn eller hvile (Schjølberg, 2010). Som det vises i artikkelen til Brelvi (2012) anslåes det at dette vil ramme 80- 90 % av alle kreftpasienter. Fatigue kan oppstå som et debutsymptom av sykdommen. Opplevelsen av fatigue kan variere og kan følge pasienten gjennom store deler av sykdomsforløpet. Siden fatigue er vanskelig å definere er den en stor utfordring å skille mellom hva som forårsaker fatigue, hvordan det kommer til uttrykk og følgene fatigue får for pasienten. Det finnes i dag en rekke måleinstrumenter som kan kartlegge kreftpasientens situasjon, som eksempel spørreskjema som måler livskvalitet. Siden det ikke finnes noe bestemt behandlingsopplegg knyttet til fatigue, er målet for sykepleien å hjelpe pasienten med tiltak som kan redusere de negative virkningene tilstanden kan ha på livskvaliteten (Schjølberg, 2010). Kvåle (2002) skriver at en slik tretthet kan hindre pasienten til å utføre det de normalt gjør eller det de ønsker å gjøre. Dette kan f. eks. være relatert til jobb, husarbeid, aktiviteter i lag med barn. Schjølberg (2010) anbefaler at pasienter som opplever fatigue setter opp mål om hvordan de skal mestre de problemer som kan oppstå. Siden kreftrelatert fatigue kan vare lenge, er det hensiktsmessig å sette opp kortsiktige og langsiktige mål. Det er viktig at de målene pasientene setter seg er realistiske og gjennomførbare, slik at de ikke gir pasienten en følelse av stress, engstelse og utmattelse ved at de ikke klarer å gjennomføre dem. Reitan (2010b) skriver at å arbeide mot egne mål er motivasjonsskapende, og styrker troen på egne ressurser. I følge Gèlinas og Fillon (2004) vil pasienter som bidrar aktivt i forhold til mestring av sykdommen, oppleve lavere nivå av fatigue. Sykepleier kan bidra som støtte i pasientens målsettingsarbeid, og kan i samarbeid med pasienten kartlegge hvilke praktiske problemer sykdommen og behandlingen kan

medføre for dagliglivet, og styrke pasienten til og selv finne løsninger på dem. Muligheter for å mestre beskriver flere av deltakerne i studien til Beatty et al., (2008) som en evne til å mobilisere og en opplevelse av å kunne påvirke situasjonen. Opplevelsen av å påvirke eget sykdomsforløp beskriver pasienten som frigjørende og motiverende. En kan sammen med pasienten eksempelvis sette husarbeid som et mål, og pasienten kan selv finne løsning på dette. Dersom pasienten kjenner på kroppen at dette blir vanskelig og ønsker å spare kreftene dette tar til andre ting som hun synes er viktigere å prioritere, kan man veilede pasienten til og eventuelt spørre familie eller venner til hjelp med husarbeidet.

Ved at pasienten er med å ta avgjørelser og arbeider mot egne mål, kan bidra til en økt livskvalitet ved at det fremmer pasientens mulighet til å ta kontroll over dagliglivet. Å sette pasienten i fokus ved å la pasienten delta aktivt og påvirke situasjonen, hjelper pasienten å mobilisere krefter til å utholde, mestre og leve med situasjonen (Varre et al., 2011).

5.0 Avslutning

Hensikten med denne studien var å finne svar på hvordan sykepleier kunne fremme mestring hos kvinner med nydiagnostisert brystkreft. Etter å ha gjennomgått mye forskning og litteratur har jeg kommet frem til følgende:

Det oppstår sterke reaksjoner når en blir rammet av kreft. Pasientene befinner seg i en ny og vanskelig situasjon, og vil i se etter midler som kan gi støtte for å håndtere reaksjonene. Ettersom de fleste pasienter befinner seg på sykehuset når de får diagnosen er det viktig at sykepleierne er tilgjengelig for å støtte pasientene til å oppnå mestring. Sykepleierintervensjonen relateres til emosjonell, kognitiv og praktisk støtte.

Pasientene har for støtte til å kontrollere følelsene som oppstår i forbindelse med diagnosen. Sykepleiere kan gi støtte ved å legge rette for dialog, vise tilstedeværelse og lytte til pasientene. Dette vil bidra til å skape gode relasjoner som gir pasienten trygghet. Sykepleier må lytte til pasientene og være beredt til å svare på eventuelle spørsmål. Pasientene ønsker å tilegne seg kunnskap om sykdommen, og det er viktig at man som sykepleier informerer pasientene etter deres individuelle behov. Ved å møte pasientenes behov for informasjon vil man bidra til og styrke pasientens opplevelse av kognitiv kontroll. Kontrollaspektet er grunnleggende for all mestring, og vil styrke pasientenes mestringskompetanse. Ved oppnådd mestringskompetanse må man legge til rette for at pasienten kan delta aktivt i behandlingen. Som følge av å få påvist diagnosen brystkreft kan det oppstå ulike symptomer knyttet til sykdommen. Det er viktig at man får kartlagt alle symptomene og iverksette tiltak for å behandle dem, ettersom de kan ha negativ innvirkning på mestringsevnen. I mange situasjoner vil det være hensiktsmessig å sette opp mål i samarbeid med pasienten, og gi støtte for at pasienten selv skal finne løsninger på dem. Ved å la pasienten delta i beslutninger vil det kunne mobilisere til krefter for å utholde, mestre og leve med situasjonen.

6.0 Referanseliste

- Al-Azri, M., Al-Awisi, H. & Al-Moundhri. (2009). Coping With a Diagnosis of Breast Cancer-Literature Review and Implications for Developing Countries. *The Breast Journal* 15(6), 615-622. DOI: 10.1111/j.1524-4741.2009.00812.x
- Beatty, L., Oxlad, M., Koczwara, B. & Wade, T. D. (2008) The psychosocial concerns and needs of woman recently diagnosed with breast cancer: a qualitative study of patient, nurse and volunteer perspectives. *Health Expectations*, 11, pp.331-342.
- Bjørgo, S. (2010). Smerte og smertebehandling. I: A. M. Reitan & T. K. Schjøberg(red.). *Kreftsykepleie – pasient, utfordring, handling*.(s.194-213) Oslo: Akribe AS.
- Brelin, S. (2012) Palliativ behandling- om symptomlindring i allmennpraksis. *Utposten*, s.6-11. Hentet fra <http://www.utposten.no>.
- Bruset, S. (2008). Kreft og supplerende behandling. I: A. M. Reitan & T. K. Schjøberg(red.). *Kreftsykepleie – pasient, utfordring, handling*.(s.351-362) Oslo: Akribe AS.
- Bye, A. (2010). Ernæring. I: A. M. Reitan & T. K. Schjøberg(red.). *Kreftsykepleie – pasient, utfordring, handling*.(s.214-233) Oslo: Akribe AS.
- Chi, G.(2007). The role of hope in patients with cancer. *Oncology nursing forum*. 34(02), 415 – 424.
- Christensen, S. (2004). Psykosocial behandling af kræft- betydning for overlevelse. I: B. Zachariae & M. Y. Mehlsen(red.) *Kræftens psykologi: psykologiske og sociale aspekter ved kræft*.(s.159-169) København:Forfatterne og Hans Reitzels Forlag.
- Dalland, O. (2002) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Drageseth, S., Lindstrøm, T. C. & Underlid, K. (2009). Coping with breast cancer: between diagnosis and surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 66(1), 149-158. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05210.x
- Eide, T., & Eide, H. (2005) *Kommunikasjon i praksis- Relasjoner, samspill og etikk i sosialfaglig praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Ekeberg, Ø. & Loge, J.H. (2007) Psykososiale aspekter ved kreftsykdommer. I: P. Vaglum & A. Finset(Red.), *Helse, sykdom og atferd- innføring i medisinske atferdsfag* (s.313-328). Oslo: Cappelen Forlag AS.
- Ekedahl, M. & Wengström, Y.(2008). Coping processes in a multidisciplinary healthcare team- a comparison of nurses in cancer care and hospital chaplains. *European Journal of Cancer Care* 17,42-48.
- Faulkner, A. & Maguire, P. (2001). *Kommunikation med kreftpasienter*. København: Munksgaard bogklubber

- Finset, A. & Gude, T. (2007). Pasienten din har følelser og samhandler med andre mennesker. I: P. Vaglum & A. Finset (Red.), *Helse, sykdom og atferd- innføring i medisinske atferdsfag* (s.50-72). Oslo: Cappelen Forlag AS.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *At gjøre systematiske litteraturstudier*. Stockholm: Forfatterna och Bokforlaget Natur och Kultur.
- Fretheim, A. (2011) *Brystkreft*. Oslo: MEDLEX Norsk helseinformasjon
- Gèlinas, G. & Fillon, L. (2004). Factors Related to Persistent Fatigue Following Completion of Breast Cancer Treatment. *Oncology Nursing Forum* 31(2),269-278. Doi: 10.1100/04
- Gjertsen, T. (2010) Sykepleieutfordringer ved brystkreft. I: A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (red.). *Kreftsykepleie – pasient, utfordring, handling*. (s.440-447) Oslo: Akribe AS
- Gram, D. (2004). Psykologiske reaksjoner på kreft. I: B. Zachariae & M. Y. Mehlsen (red.) *Kræftens psykologi: psykologiske og sociale aspekter ved kreft*. (s.81-93) København: Forfatterne og Hans Reitzels Forlag.
- Hall, E. O.C. & Graubæk, A. (2010). Pasientologi- fra fortelling til grunnleggende verdier. I: A. Graubæk. (Red.), *Å være pasient- en innføring i pasientologi*. (s.51-72) Oslo: Akribe AS.
- Holme, I.M. & Solvang, B.K. (1996). *Metodevalg og metodebruk*. (3. utg.) Oslo: Tano.
- Kinnane, N.A. (2011). Evaluation of a hospital-based cancer information and support centre. *Support Care Cancer*, 20:287-300. Doi: 10.1007/s00520-010-1071-y.
- Kirkevold, M. (2008) *Sykepleieteorier- analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kvåle, K. (2002). *Sykepleie til mennesker med kreft*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Landmark, B. T., Bøhler, A., Loberg, K. & Wahl, A. k. (2008). Women with newly diagnosed breast cancer and their perceptions of needs in a health-care context. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness* in association with *Journal of Clinical Nursing* 17,7b,192-200. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02340.x
- 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
- Lassen, T. (2010) Pasientkultur i historisk perspektiv. I: A. Graubæk (red.). *Å være pasient- en innføring i pasientologi*. (s. 209-224) Oslo: Akribe AS.

- Montgomery, M. (2010). Uncertainty During Breast Diagnostic Evaluation: State of the Science. *Oncology Nursing Forum*, 37(1), 77-83.
- Myskja, A. (2005). *Leve med kreft- hvordan styrke håp og livsmot*. Oslo: Cappelen Forlag AS
- Naume, B. (2012) Brystkreft. Hentet fra <http://www.oncolex.no/Bryst.aspx>
- Normannvik, E. (u.å) Brystkreft- cancer mammae. Hentet fra <https://kreftforeningen.no>
- Olsson, H. & Sörensen, S.(2009) *Forskningsprosessen – kvalitativ og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter av 2. juli 1999. nr. 63*.hentet 24. September fra <http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-063.html>
- Rchaidia, L., Casterlè, B. D., Blaeser, L. D. & Gastmans, C. (2009). Cancer Patients' Perceptions of the Good Nurse: a literature review. *Nursing Ethics* 16(5). Doi: 10.1177/0969733009106647.
- Reitan, A. M. (2010a) Kommunikasjon. I: A. M. Reitan & T. K. Schjølberg(red.). *Kreftsykepleie – pasient, utfordring, handling*.(s.102-119) Oslo: Akribe AS.
- Reitan, A. M. (2010b) Krise og Mestring. I: A. M. Reitan & T. K. Schjølberg(red.). *Kreftsykepleie – pasient, utfordring, handling*.(s.72-99) Oslo: Akribe AS.
- Rosenzweig, M., Donovan, H. & Slavish, K. (2010). The Sensory and Coping Intervention for Women newly Diagnosed with Metastatic Breast Cancer. *J Canc Educ*, 25,377-384. Doi: 10.1007/s13187-010-0056-3.
- Rustøen, T. (2004) *Håp og livskvalitet – en utfordring for sykepleieren*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Schjølberg, T.K. (2010). Fatigue. I: A. M. Reitan & T. K. Schjølberg(red.). *Kreftsykepleie – pasient, utfordring, handling*.(s.174-184) Oslo: Akribe AS.
- Travelbee, J.(2011). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Turner, J., Kelly, B., Swanson, C., Allison, R. & Wetzig, N. (2004) Psychosocial impact of a newly diagnosed advanced breast cancer. *Psycho-Oncology*,14, 396-407. Doi: 10.1002/pon.856
- Tveiten, S. (2005) *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Varre, P., Slettebø, Å. & Ruland, C. (2011). «Det er mitt liv det gjelder»- Kreftpasienters beskrivelse av mestringmuligheter, slik det kommer til uttrykk på et internetbasert diskusjonsforum. *Vård i Norden*, 101(31),3, pp.4-8.
- Wist, E. (2010) Brystkreft. I: A. M. Reitan & T. K. Schjølberg(red.). *Kreftsykepleie – pasient, utfordring, handling*.(s.431-438) Oslo: Akribe AS.

World Health Organization. (2012). *Breast cancer: prevention and control*. Hentet 30. August 2012 fra <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/index3.html>

World Health Organization; Lacey JV Jr. et al. (2009). *Breast cancer epidemiology according to recognized breast cancer risk factors in the Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian (PLCO) Cancer Screening Trial Cohort*. *BMC Cancer*, 9, 84.

World Health Organization. (2005, Mars) *Screening for Breast Cancer*. Hentet 30. August 2012 fra <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/print.html>

Ödling, G., Norberg, A. & Danielson, E. (2002). Care og women with breast cancer on a surgical ward: nurses' opinions of the need for support for woman, relatives and themselves. *Journal of Advanced Nursing*, 39(1), 77-86.

Vedlegg 1

Artikkel 1

Drageseth, S., Lindstrøm, T. C. & Underlid, K. (2009). *Coping with breast cancer: between diagnosis and surgery.*

Søkested: Cinahl

Søkeord: Breast cancer, needs, newly diagnosed

Antall treff: 22

Link: <http://ezproxy.hsh.no:2077/ehost/detail?vid=15&hid=110&sid=abca6094-1482-4f20-b4f3-b9b7f67751e3%40sessionmgr111&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=2010503798>

Hensikt: Kartlegge ulike mestringsstrategier som kvinner med brystkreft bruker fra de får diagnosen og frem til operativ behandling.

Metode: Analyse av individuelle intervju innkledd av kvalitativ metode.

Funn: Tema som ble knyttet til mestring i perioden mellom diagnostiseringen og operasjon var;

- Steg for steg, ved at kvinnene fokuserte på den aktuelle situasjonen som fant sted og ignorere problemer som kunne oppstå senere. Som det kommer frem i studien ønsket mange kvinner kun å få informasjon som var relevant for situasjonen, og ved dette oppleve å få mer kontroll. Motsatt var det kvinner som ønsket alt på en gang, for å vite hva de kan vente seg, og på denne måten oppnå mer kontroll. Studien viste at kvinner generelt synes det var hjelpsomt å motta støttende og realistisk informasjon fra medisinsk personell.
- Skyve til side, ved å fokusere på annet, som f.eks. hobbyer og musikk, for å fremme positive tanker.
- Takle emosjonelle reaksjoner. Studien viste at kvinner ente var åpne om følelsene eller holdt igjen. Det kom frem i studien at kvinnene hadde behov for å takle situasjonen på egen måte, samt at målet for kvinnene var å takle reaksjoner uten at de ble overveldet.

Artikkel 2

Rosenzweig, M., Donovan, H. & K. Slavish, K. (2010). *The Sensory and Coping Intervention for Women Newly Diagnosed with Metastatic Breast Cancer*.

Søkested: Medline

Søkeord: Breast cancer, newly diagnosed, patient, coping

Antall treff: 16

Link: <http://ezproxy.hsh.no:2091/sp-3.6.0b/ovidweb.cgi?&S=EJCAPDCHKBDHFKIMKFNPKMDBGMDA00&Complete+Reference=S.sh.17%7c2%7c1>

Hensikt: Å evaluere om forberedt informasjon, gjennom en sensorisk og mestringsintervensjon, kan bli brukt for å fremme mestring hos pasienter med nylig diagnostisert metastatisk brystkreft.

Metode: Kvalitativ analyse av intervju hvor 20 kvinner diagnostisert med metastatisk brystkreft deltok.

Funn: Kvinnene synes positiv og realistisk informasjon var viktig, og opplevde at intervensjonen ga dem det. Samtidig ønsket de mer informasjon om hvordan de kunne takle emosjonelle behov, ettersom følelsene ved diagnostiseringen og eller i sykdomsforløpet ofte var overveldende og vanskelig å takle. Kvinnene synes det var hjelpsomt og høre hvordan andre kvinner i lignende situasjoner beskrive hvordan de levde dag for dag med sykdommen. Å få satt diagnose og behandling i perspektiv fremmet håp hos kvinnene i undersøkelsen, samtidig som kvinnene opplevde at å høre negative aspekter knyttet til sykdommen, som angst og negative følelser skapte frykt, og var ikke noe kvinnene ønsket å assosiere seg med.

Artikkel 3

Landmark, T. B., Bøhler, A., Loberg, K. & Wahl, K. A. (2008). *Women with newly diagnosed breast cancer and their perceptions of needs in a health-care context.*

Søkested: Cinahl

Søkeord: Breast cancer, needs, newly diagnosed

Antall treff: 22

Link: <http://ezproxy.hsh.no:2077/ehost/detail?vid=7&hid=110&sid=7ef13858-a48c-431c-a8d7-ca262de78f12%40sessionmgr114&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=2010086738>

Hensikt: Å kartlegge hva kvinner med nydiagnostisert brystkreft erfarte av behov i sammenheng med helsevesenet.

Metode: Kvalitativ analyse av en fokusgruppe bestående av syv kvinner med brystkreft

Funn: Studien viste funn som indikerte at det var to kategorier av behov som påvirket mulighetene til å mestre, som behov for kunnskap og behov for psykososial støtte. Studien viste at kvinnene hadde behov for detaljert informasjon for å forstå situasjonen fullstendig. Kvinnene uttrykte at mangel på informasjon førte til at de følte seg oversett og at ingen var interessert i å lytte. Kvinnene uttrykte at det var positivt å være i fellesskap med andre i samme situasjon, og at dette ga støtte ved at de kunne dele tanker og erfaringer. Studien viste også til at kvinnene hadde behov for støtte, som følge av diagnosen, og synes det var godt å ha muligheter for å snakke med leger eller sykepleiere.

Artikkel 4

Landmark, T.B. & Wahl, A. (2002) *Living with a newly diagnosed breast cancer: a qualitative study of 10 women with newly diagnosed breast cancer.*

Søkested: Cinahl

Søkeord: Breast cancer, coping, newly diagnosed

Antall treff: 15

Link: <http://ezproxy.hsh.no:2077/ehost/detail?vid=4&hid=110&sid=7ef13858-a48c-431c-a8d7-ca262de78f12%40sessionmgr114&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtG12ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=2002170882>

Hensikt: Å beskrive fra pasientenes perspektiv om deres opplevelse av å leve med brystkreft

Metode: Kvalitativ analyse av 10 pasientintervju.

Funn: Kvinnene som deltok i studien hadde som mål og ønske om å oppnå et tilnærmet likt hverdagsliv som de hadde før sykdommen. I tunge tider når hverdagen opplevdes vanskelig ga kvinnene uttrykk for at å finne meningsfulle aktiviteter, ledet dem til meningsfull mestring og opplevelse av kontroll. Samtidig ga de uttrykk for at aktiviteter bidro til positive følelser og en bedre livskvalitet. De uttrykte også et behov for sosial støtte, og følte mangler støtten i fra helsevesenet. Det ble nevnt at de følte seg alene, og måtte selv kjempe for å få nødvendig informasjon.