



Høgskulen  
på Vestlandet

## **EKSAMENSINNLEVERING**

---

Emnenavn: **Sjukepleie, forskning og fagutvikling -  
Bacheloroppgave**

Emnekode: **SYKHB3001**

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 27.04.17 kl 14.00

Kandidatnr.: 534

Bachelorveileder: Astrid Berland

Antall ord: 8619



Høgskulen  
på Vestlandet

Livet etter mastektomi.



(Hentet 20.04.2017 fra Imagequest: [http://quest.eb.com.ezproxy.hsh.no/search/landscape-ocean/1/139\\_2018731/Oregon-coast](http://quest.eb.com.ezproxy.hsh.no/search/landscape-ocean/1/139_2018731/Oregon-coast) )

**Bacheloroppgave i sykepleie, Haugesund 2017, kull 2014 Antall ord: 8619.**

## **SAMMENDRAG:**

**Tittel:** Livet etter mastektomi.

**Bakgrunn:** Som sykepleierstudent møter en mange med brystkreft i ulike stadier. Kvinnene dukker opp på ulike avdelinger, men også i kommunehelsetjenesten. Det at brystkreft er den vanligste kreftformen blant kvinner har gjort at jeg har blitt interessert i tema, og som sykepleier vil man stadig møte på rammede kvinner. Det er også en diagnose jeg som ung kvinne kan relatere til, og jeg vet hvilken betydning brystene har for både selvbilde og identitet.

**Hensikt:** Hensikten med oppgaven er å øke kunnskapen om brystkreft, samt øke forståelsen for brystkreftrammede kvinner, spesielt etter at de har fått utført en mastektomi.

**Problemstilling:** *«Hvordan kan sykepleier hjelpe kvinner som har fått utført mastektomi på en bedre måte ved å vektlegge deres mestringserfaringer?»*

**Metode:** Litteraturstudie, hvor forskning og faglitteratur er benyttet for å belyse og svare på problemstillingen.

**Funn:** Kvinner opplever endring av kroppsbilde etter mastektomi og brystoperasjon.

Pasientene som opplever å få brystkreft tar i bruk ulike mestringsstrategier for å mestre den nye livssituasjonen. Pasientene ønsket å finne mening i sykdommen, samt det å aktivt gjøre noe. De fleste ønsket å returnere til sitt vanlige liv. Mange opplevde en økt følelse av å sette pris på livet etter å ha fått diagnosen, og de ønsket å fokusere på det de synes var viktig i livet. Pasientene beskriver behovet for å være hovedperson i egen sykdomssituasjon og behovet for å delta og kunne påvirke situasjonen. Aktiv mestring og sosial støtte går igjen som mest brukte mestringsstrategier.

**Nøkkelord:** Brystkreft, mastektomi, mestring, støtte.

## **ABSTRACT:**

**Title:** Life after mastectomy.

**Background:** Nursestudents meets cancer patients in different places. They show up in different sections at the hospital, but also in the municipal health service. Breast cancer is the most common cancer form for women, that made me interested and as a nurse I will continue to meet breast cancer patients. It is also a diagnosis I can relate to as a young women who know the meaning breast have on self image and identity.

**Aim:** The purpose of the assignment is to increase the knowledge of breast cancer, and to increase understanding of breast cancer, especially after they have done a mastectomy.

**Research question:** "How can nurses help women who have done mastectomy better by emphasizing their mastering experiences?"

**Method:** Literature study, where research and literature are used to illuminate and answer the issue.

**Findings:** Women experience a change of body image after mastectomy and breast surgery. Patients who experience breast cancer use different mastering strategies to master the new life situatuin. Patients wanted to find meaning in the disease, as well as to actively do something. Most wanted to return to their usual lives. Many experienced an increased sense of appreciating life after diagnosis, and they wanted to focus on what they thought was important in life. Patients describe the need to be a protagonist in their own disease situation and the need to participate and be able to influence the situation. Active mastering and social support is the most commonly used coping strategies.

**Keywords:** Breast cancer, mastectomy, coping, support.

## Innholdsfortegnelse

1	Introduksjon .....	6
1.1	Bakgrunn for valg av tema .....	7
1.2	Hensikt.....	7
1.2.1	Problemstilling .....	7
1.3	Avgrensing og presisering av oppgaven.....	7
2	Begrepsmessig rammeverk.....	8
2.1	Brystkreft.....	8
2.2	Symptomer og behandling .....	8
2.3	Mastektomi .....	9
2.4	Mestring .....	9
2.5	Sykepleieteoretisk perspektiv – Joyce Travelbee.....	11
3	Metode.....	14
3.1	Definisjon av metode .....	14
3.2	Litteraturstudie som metode .....	14
3.3	Forskningsetikk .....	14
3.4	Litteratursøk .....	15
3.4.1	Inklusjonskriterier .....	16
4	Resultat .....	17
4.1	Kvalitative forskningsartikler .....	17
4.2	Kvantitativ artikkel .....	20
4.3	Hovedfunn .....	21
5	Drøfting .....	22
5.1	Å finne mening i den endrede livssituasjonen .....	22
5.2	Å ha håp.....	24
5.3	Å aktivt gjøre noe.....	25
5.4	Å oppleve å bli hørt og respektert .....	26
5.5	Støtte.....	27
6	Avslutning.....	31
	Litteraturliste.....	32
	Vedlegg .....	35
	Vedlegg 1: Litteratursøk.....	35
	Vedlegg 2: Tabell over valgt forskning.....	37
	Vedlegg 3: Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning .....	39

## 1 Introduksjon

WHO skriver på sine nettsider at brystkreft er den vanligste kreftformen blant kvinner i hele verden, både i industriland og utviklingsland. Forekomsten av brystkreft er økende i utviklingsland på grunn av økt levealder, urbanisering og en mer vestlig livsstil. Brystkreft får ofte mer tid til å utvikle seg i lav- og mellominntektsland da brystkreften oftere diagnostiseres i sene stadier. Tidlig diagnostisering vil bedre utfallet av brystkreft, samt overlevelse (World Health Organization, u.å). Det er anslått at over hele verden døde mer enn 508 000 kvinner i 2011 grunnet brystkreft. Man har tenkt på brystkreft som en sykdom som rammer den industrialiserte verden, men nesten 50% av alle brystkrefttilfeller og 58% av dødsfallene forekommer i mindre utviklede land (World Health Organization, u.å). Ifølge kreftregisteret ble 3415 kvinner rammet av brystkreft i Norge i 2014, mens 663 kvinner døde av sykdommen samme år (Kreftregisteret, u.å). I Norge opplever ca. hver 11. kvinne å få diagnosen. Risikoen øker med alderen og rammer hyppigst de som er over 50 år. Det forventes også at flere unge kvinner vil få brystkreft på grunn av livsstilsendringer (Schlichting, 2014, s. 434).

Ifølge funn i studien til Koçan & Gürsoy (2016) opplever mange følelsen av at noe av dem manglet etter at de gjennomgikk mastektomi og fikk fjernet et bryst. Kvinnene følte at noe av identiteten manglet, og noe av det som gjorde dem til kvinne. Mange prøvde å skjule tapet av brystet ved å bruke dekkende klær, og noen følte det skjedde en endring i ekteskapet. For noen kan en forandring i fremtoning føre til et negativt selvbilde og ulike psykiske problemer. Hvordan man ser på seg selv, som fremtoning, helsetilstand, funksjon og seksualitet vil bli påvirket av en mastektomi. Mange opplever seg usexy og ønsker ikke lenger å vise seg frem naken. Mange blir også ukomfortable med arr. Det å tenke på tapet av brystet, samt tanker om rekonstruering av brystet kan påvirke dagliglivet og livskvaliteten (Koçan & Gürsoy, 2016).

Hvordan kvinner mestrer diagnosen og behandlingen har betydning for både deres følelsesmessige liv og deres velvære. Mestringsstrategier varierer både fra kvinne til kvinne, men en kvinne vil også bruke flere forskjellige strategier over tid postoperativt (Drageset et al., 2015).

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Som sykepleierstudent møter en mennesker med ulike kreftformer, herunder kvinner med brystkreft. Disse kvinnene dukker opp på ulike avdelinger, medisinske og kirurgiske, men også ute i kommunehelsetjenesten. Brystkreft er en kreftform som er utbredt i hele verden, derfor vil en som sykepleier uavhengig av landegrenser stadig møte på rammede kvinner. Det at brystkreft er den vanligste kreftformen blant kvinner har gjort at jeg har blitt interessert i tema. Det er også en diagnose en som ung kvinne kan relatere til, og jeg vet hvilken betydning brystene har for både selvbilde og identitet.

Brystkreftdiagnosen er skremmende, stressende og oppleves som en livstruende situasjon for kvinner uansett hvor i verden de lever. Det er knyttet usikkerhet til om det er spredning og det er usikkerhet forbundet med en reel trussel om liv og død. Det er en situasjon som er utfordrende og som krever mestring (Kristoffersen, 2012, s. 179).

## 1.2 Hensikt

Hensikten med oppgaven er å øke kunnskapen om brystkreft, samt øke forståelsen for brystkreftrammede kvinner, spesielt etter at de har fått utført en mastektomi.

### 1.2.1 Problemstilling

*«Hvordan kan sykepleier hjelpe kvinner som har fått utført mastektomi på en bedre måte ved å vektlegge deres mestringserfaringer?»*

## 1.3 Avgrensning og presisering av oppgaven

I oppgaven vil oppmerksomheten være på hvordan sykepleier kan hjelpe kvinner som har fått utført mastektomi ved å vektlegge deres mestringserfaringer. Oppgaven avgrenses til å handle om voksne kvinner mellom 18-68 år, som vi møter både på i spesialist- og kommunehelsetjenesten. Opplevelsen av god mestringfølelse hos kvinnene vil kunne ha en god innvirkning på de utfordringer de møter på etter å ha utført mastektomi.

## 2 Begrepsmessig rammeverk

### 2.1 Brystkreft

Brystkreft, også kjent som cancer mammae, er kreft i brystkjertelens melkeganger eller melkekjertler. Det er sammensatte årsaker til brystkreft. Både genetiske forhold, forhold i fosterlivet og påkjenninger gjennom livet spiller en viktig rolle (Schlichting, 2014, s. 434).

### 2.2 Symptomer og behandling

Brystkreft gir sjelden symptomer før en kul i brystet kan kjønnnes eller kreften har spredd seg til andre organer. Asymmetri av brystene, inndratt brystknopp på en side, hudforandringer som rødhet, eksem, hudinndragning og appelsinhud kan også være symptomer på brystkreft. Blodig væske fra brystvorten kan også forekomme (Schlichting, 2014, s.434).

Operasjon er den viktigste behandlingen for brystkreft. I 2008 var ca. 55% av alle brystkreftoperasjoner brystbevarende. For å gjennomgå en brystbevarende operasjon må tumoren være maks 4 cm stor. Det er også nødvendig med postoperativ strålebehandling. 45% fjerner hele brystet. Alle brystkreftopererte i Norge får tilbud om rekonstruksjon senere. Mange pasienter kombinerer behandlinger. Både strålebehandling, cytostatika behandling, endokrin behandling og antistoffbehandling er behandlinger som kan være aktuelle for brystkreftpasientene (Schlichting, 2014, s. 436-439).

Brystkreftpasienten er som regel en tidligere frisk dame som har fått en alvorlig diagnose. Hun har ofte ingen symptomer før diagnosen stilles. Når en ikke føler seg syk, men allikevel har fått en kreftdiagnose vil det kunne gjøre det vanskelig å identifisere seg med pasientrollen. Behandling av brystkreftpasienter gjøres ofte dagkirurgisk, eller ved at pasienten ligger på sykehus noen få dager. Utfordringen er å vise pasienten at hun blir sett, samt forberede henne på livet etter operasjonen i løpet av kort tid (Sørensen og Almås, 2013, s. 439).



### 2.3 Mastektomi

Mastektomi er en operasjon hvor man fjerner hele brystet. Det kalles også ablatio mammae. Ca. 45% av alle som gjennomgår brystkreft operasjon gjennomfører en mastektomi.

Mastektomi skal utføres hvis tumoren i brystet er større enn 4 cm, eller hvis en har flere tumorer i samme bryst. Flere gjennomfører også en mastektomi slik at de kan unngå strålebehandling etterpå, samtidig som de reduserer frykten for tilbakefall. Mastektomi anbefales også til kvinner under 35 år på grunn av lokale residiv hos unge kvinner oftere har sammenheng med fjernmetastaser (Schlichting, 2014, s. 437).

### 2.4 Mestring

Mestring handler om å klare noe på egenhånd. Om å takle stress, påkjenninger, sykdom eller krise slik at en mestrer og kommer seg videre på en god måte, å ta i bruk de ressursene man har for å bedre situasjonen. Mestring defineres som stadig skiftende kognitive og handlingsrettede forsøk som tar sikte på å håndtere spesielle ytre eller indre utfordringer som blir oppfattet som byrdefulle eller som går utover de ressursene personen rår over (Heggen, 2007, s. 64-65).

I kartleggingen av mestring er det forutsatt at individets personlighet kan klassifiseres på ulike kontinuum som igjen karakteriseres ut fra for eksempel følgende ytterpunkter: Selvstendig versus avhengig, innadvendt versus utadvendt, undertrykkende versus ekstra følsom og konfronterende versus unngående. En forutsetter at den enkelte i ulike situasjoner bruker de samme mestringsstilene eller hovedgrupper av mestringsstrategier. En person som for eksempel prøver å unngå stress i en situasjon vil også i andre situasjoner prøve å unngå belastninger fremfor å prøve å gjøre noe aktivt med det som skaper ubehaget. Å betrakte mestring som et personlighetstrekk kan kritiseres for ikke å fange opp at mestring kan være et resultat av både personlighet og karakteristika ved situasjonen (Hanssen & Natvig, 2008, s. 45).

Den mest kjente og brukte mestringsteorien innen helsefag er teorien til Lazarus og Folkman som er fra 1984. Ifølge Lode (2016, s. 41) beskrives mestring som en prosess mellom personen og situasjonen. Når en person opplever en stressituasjon evalueres denne gjennom en tolkningsprosess, deretter bestemmer den følelses- eller atferdsmessige

reaksjonen på den stressende situasjonen. Situasjonene kan oppleves så belastende at personen ikke har ressurser til å håndtere situasjonen (Lode, 2016, s. 41).

Lode (2016, s. 41-42) skriver at Lazarus og Folkman deler tolkningsprosessen inn i tre stadier. I *primærtolkningen* tenker personen: Hva betyr dette for meg? Hva er det i situasjonen som truer eller utfordrer livet mitt? Vil situasjonen påføre meg tap eller skade? I *sekundærtolkningen* vurderer personen hva som kan gjøres for å redusere eller fjerne stressfaktorer. Personen velger den mestringsstrategien som oppfattes hensiktsmessig for å håndtere situasjonen. Lode (2016, s. 42) refererer til Carver, Scheier og Weintraub, som deler mestringsstrategiene inn slik: *problemfokuserte*, *emosjonsfokuserte* og *unngåelsesstrategier*. De *problemfokuserte* er handlingsrettet, for at denne strategien skal kunne brukes må det være mulig å kunne gjøre noe med situasjonen, man prøver å løse problemet ved å gjøre noe aktivt. De *emosjonsfokuserte* strategiene regulerer følelsesmessige reaksjoner og kan være viktige når det ikke er så mye man kan gjøre med situasjonen. De emosjonelle strategiene kan bidra til å holde følelser inne når dette er det rette for personen, eller det kan bidra til å dele følelsene med venner eller familie. *Unngåelsesstrategiene* brukes når man ikke ønsker å tenke på en stressituasjon. Man tvinger seg til å ikke tenke på det vonde, og kan gjøre helt andre ting for å avlede tankene. Ofte kan en trenge tid til å fordøye alvorlig informasjon og det å unngå og tenke på det vonde kan være en god måte å tilpasse seg gradvis på. Likevel anses det som uhensiktsmessig i mestring av vanskelige situasjoner knyttet til sykdom, da det å få og leve med sykdom oftest krever handling. Det siste og tredje stadiet av tolkningsprosessen har vi *retolkningen*. Her evaluerer man om den valgte mestringsstrategien er den mest hensiktsmessige. En person kan gå frem og tilbake mellom de ulike fasene, alt etter hva personen opplever og hva situasjonen krever (Lode, 2016, s. 42-43).

Mestring i psykologien blir knyttet til den enkeltes evne til å håndtere vanskelige livshendelser og påkjenninger som er vanskeligere enn det hverdagen har å by på. Mestring av tanker, følelser, fysisk ubehag og tap er det vi snakker om (Renolen. 2015, s. 166).

## 2.5 Sykepleieteoretisk perspektiv – Joyce Travelbee

Travelbee (2011, s.29) definerer sykepleie som en mellommenneskelig prosess der sykepleieren hjelper et individ, en familie, eller et samfunn med å forebygge eller mestre opplevelsen av sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene. Videre skriver Travelbee (2011, s.30) at å identifisere og være i stand til å få til endring ved en målrettet, opplyst og gjennomtenkt måte er en aktivitet sykepleieren skal beherske.

Å hjelpe syke personer til å gjenvinne helse eller reise seg etter en akutt fase av sykdommen gir en egen tilfredsstillende til sykepleieren. Som sykepleier bistår hun enkeltpersoner å gjenvinne helse samt å hjelpe pasienten å håndtere opplevelsen av sykdom og lidelse. Ved å skape en relasjon til pasienten viser hun at pasienten blir forstått og at hun ikke er alene. Til tider vil pasienten ha økte behov og det kan da være godt at det finnes minst en person som er varm, følsom og som har kunnskaper om sykdommen. Dette har nok hjulpet mange pasienter ut av fortvilelsen. Sykepleieren viser med sine handlinger at hun ønsker å hjelpe den enkelte pasienten, ikke fordi han er syk og forventer å bli tatt vare på, men fordi han er seg selv og ingen andre (Travelbee, 2011, s. 35). Den profesjonelle sykepleieren må være forberedt på å bistå enkeltindivider og familier til å takle sykdom og lidelse, men også hjelpe dem å finne mening disse erfaringene. Dette er blant de vanskeligste oppgavene en sykepleier kommer opp i, og kan ikke unngås (Travelbee, 2011, s.37).

Et menneske til menneske forhold i sykepleie er opplevelser og erfaringer som deles av sykepleieren og den syke, eller den som har behov for hjelp. Sykepleiebehovene til den som trenger hjelp blir ivaretatt, det er det vesentlige kjennetegnet ved denne relasjonen (Travelbee, 2011, s. 41). Et kjennetegn ved forholdet menneske til menneske er at sykepleier og den som er syk oppfatter og forholder seg til hverandre som unike individer fremfor sykepleier og pasient (Travelbee, 2011, s. 171). Sykepleierollen må overskrides hvis en skal kunne forholde seg som menneske til menneske, fremfor sykepleier til pasient. Det er bare i en relasjon der menneske til menneske relasjonen oppstår at man kan etablere et genuint forhold til hverandre. Som sykepleier må man overskride den barrieren som ligger i stereotypen pasient, og alt sykepleieren legger i den (Travelbee, 2011 s. 77). En annen viktig tanke for at et menneske til menneske forhold skal bli etablert er at sykepleier og den omsorgstrengende går gjennom fire sammenhengende faser. Det innledende møtet,

framvekst av identiteter, empati og sympati samt medfølelse. Denne prosessen kan ta lang tid og man kan gå frem og tilbake i fasene, men prosessen kan også stoppe opp. Det er sykepleiers ansvar å finne årsakene til hvorfor utviklingen stopper opp og gjøre det som trengs for å starte prosessen igjen (Travelbee, 2011, s. 172).

Empati er en erfaring mellom to eller flere individer. Empati er evnen til å leve seg inn i, ta del i og forstå den andres psykiske tilstand i situasjonen. En prosess der den enkelte nesten umiddelbart fatter betydningen av hva den andre personen tenker og føler akkurat i det gitte øyeblikket. Det å ha empati for andre er å ta del, samtidig som man står utenfor. Empati er en opplevelse av å forstå andre og deres situasjoner (Travelbee, 2011, s. 193).

Mennesket blir ifølge Travelbee (2011, s. 54) definert som et unikt og uerstattelig individ. Et menneske er en engangsforeteelse i universet, lik, men samtidig ulik alle andre mennesker som har levd, eller som kommer til å leve. Et menneske er et unikt individ med evne til å kjenne andre mennesker, men aldri helt i stand til å forstå andre mennesker (Travelbee, 2011, s. 54). Mennesker vet at det en dag skal dø, men denne viten forblir i det vesentlige abstrakt og teoretisk. Mennesker forneker, bekrefter, avviser og erkjenner, både tror og ikke tror at livets avsluttende fase skal komme (Travelbee, 2011, s.55).

Begrepet pasient brukes vanligvis om et individ som mottar pleie og behandling av lege eller andre med helsefaglig bakgrunn. Pasientene er ikke nødvendigvis på sykehus (Travelbee, 2011, s. 61). Ifølge Travelbee (2011, s. 62) er begrepet «pasient» en stereotyp og en kategori. Begrepet er nyttig fordi det fungerer i forbindelse med kommunikasjon. I virkeligheten finnes det ingen pasienter, kun individer som har behov for omsorg, tjenester og hjelp fra andre mennesker (Travelbee, 2011, s. 62). Kommunikasjon defineres som det å meddele, overføre og utveksle tanker eller meninger. Ved møter mellom sykepleieren og den som har behov for hennes tjenester foregår det kommunikasjon. Den som er syk kommuniserer noe til sykepleieren gjennom hvordan hun ser ut, adferden, holdningen, uttrykk i ansiktet, gester og manerer. Sykepleieren gjør det samme tilbake, det foregår kommunikasjon både bevisst og ubevisst (Travelbee, 2011, s.135-136). Vi har ulike måter å kommunisere på, både verbal kommunikasjon som er kommunikasjon der ord brukes enten skriftlig eller muntlig. Non-verbal kommunikasjon er kommunikasjon ved hjelp av gester,

ansiktsuttrykk og bevegelser. Gråt, stønning, skriking og andre lyder uten ord er også eksempler på non verbal kommunikasjon (Travelbee, 2011, s. 138).

Ifølge Travelbee (2011, s. 117) er håp en tilstand hvor en tror på at det vil eller kan skje en forandring og at den vil føre med seg bedring. Den håpende tror at hvis det er noe hun ønsker sterkt nok, vil livet bli forandret til det bedre og håpet vil føre med seg noe som gjør livet lettere. Muligheten for at målet for håpet oppnås varierer derimot veldig. Veldig syke mennesker håper gjerne på bedring i sykdommen, selv om det er liten eller ingen sjanse for at dette kommer til å skje (Travelbee, 2011, s. 117). Videre skriver Travelbee (2011, s. 119) at håp er fremtidsorientert. Den håpende tror på en forandring av livssituasjonen i fremtiden. Travelbee mener håp er relatert til valg. Den som håper tror at hun har ulike valgmuligheter, dette kan skape følelsen av å ha kontroll over egen skjebne. Håp er også relatert til ønsker. Å ønske defineres som å føle trang til å oppnå en ting eller en situasjon. Et ønske er ofte mer uoppnåelig enn det man håper på. Når man ønsker seg noe legger man ingen konkrete planer for at ønsket skal bli realisert, men den som håper tenker på hvordan håpet skal realiseres (Travelbee, s. 2016, s. 119-120).

## 3 Metode

### 3.1 Definisjon av metode

Dalland (2013, s. 111) skriver at metoden vil fortelle noe om hvordan en går frem for å skaffe eller etterprøve kunnskap. Dalland (2013, s. 111) refererer til sosiologen Vilhelm Aubert som formulerer metode som «*En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap*» (sitert i Dalland, 2013, s. 111). Metoden blir brukt som redskap i møtet med noe vi vil undersøke. Metoden hjelper oss til å samle inn den informasjonen, eller dataen, vi trenger for å kunne undersøke noe. Det finnes kvantitative og kvalitative metoder. De *kvantitative metodene* har en fordel på den måten at de gir oss data i form av målbare enheter, for eksempel tall. De *kvalitative metodene* har mer fokus på å fange opp meningen og opplevelsen som ikke kan måles i tall slik som de kvantitative metodene gjør (Dalland, 2013, s. 112).

### 3.2 Litteraturstudie som metode

En litteraturstudie innebærer å søke systematisk, kritisk granske og sammenligne litteraturen innen et valgt tema eller problemområde. Som regel er det best å bruke all relevant forskning innen et område, men dette er som regel vanskelig å gjennomføre av praktiske årsaker. Antall studier som tas med i en oppgave avhenger av hvor mye forskning forfatteren finner (Forsberg & Wengström, 2013, s. 30-31).

### 3.3 Forskningsetikk

Dalland (2013, s. 96) skriver at formålet med etikk er å gi oss grunnlag for vurderinger før vi handler, samt veiledning. Det å vinne ny innsikt og kunnskap ut ifra forskning ikke skal gå på bekostning av enkelt individers velferd og integritet. For å ta vare på samfunnets og enkeltindivider interesser innenfor forskning har det blitt etablert flere forskningsetiske komiteer (Dalland, 2013, s. 98). Begreper som er gjeldende når det er snakk om forskningsetikk er taushetsplikt, anonymitet og informert, frivillig samtykke (Dalland, 2013, s. 102-105). Artiklene jeg har valgt til oppgaven min er godkjent av ulike forskningsetiske komiteer.

Plagiat er ifølge Dalland (2013, s. 80) å late som at andres arbeid er sitt eget. Dalland (2013, s. 83) skriver at ved oppgaveskriving er akademisk redelighet viktig. Det betyr at man gir leseren innsikt i egne refleksjoner og hvilke kilder som har vært med å forme oppgaven. Dalland påpeker at hvis man refererer riktig, oppfyller man de akademiske verdiene. Det vil også bli lettere for leseren å følge tankegangen hvis man bruker referanser riktig. På den måten kan man heller ikke bli beskyldt for plagiat (Dalland, 2013, s. 83). I denne oppgaven har jeg referert til litteratur og forskning på en akademisk måte etter skolens retningslinjer. Jeg har i oppgaven også benyttet meg av sekundærlitteratur. Ulempen er da faren for feiltolkninger, da litteraturen allerede er tolket en gang.

### 3.4 Litteratursøk

Jeg har utført systematisk litteratursøk for å finne data til denne litteraturstudien. Jeg har søkt og kritisk vurdert forskjellig litteratur. Jeg har gått gjennom en langvarig søkeprosess før jeg bestemte meg for hvilken forskning som skulle tas med i oppgaven. Til å søke opp forskningsartikler har jeg brukt HVL sine helsefaglige databaser, CINAHL, SveMed+, Idunn og PubMed. Jeg har også søkt gjennom sykepleien.no sin database. Søkeordene jeg har brukt med ulike kombinasjoner er coping, coping strategies, cop\*, breast cancer, cancer, body image, qualitative, Drageset og mastectomy. Mer detaljer om søkeprosess ligger som vedlegg 1. Til slutt valgte jeg tre kvalitative forskningsartikler, en fra Tyrkia og to fra Norge. Jeg har også tatt med en kvantitativ forskningsartikkel fra Nederland. Artikkene har til felles at de handler om brystkreft, mestring og tiden etter diagnose og behandling. Dette gjorde artikkene relevante for problemstillingen. Artikkene er godkjent av etiske komiteer. De er kontrollert i forhold til sjekklister til kunnskapssenteret (Kunnskapssenteret, 2017). Se vedlegg 3 med eksempel. Tabell over presentasjon av valgte forskningsartikler ligger som vedlegg 2.

### 3.4.1 Inklusjonskriterier

For å gjennomføre litteraturstudien ble det valgt noen inklusjonskriterier for valg av forskning. Dette for at studiene som kom opp skulle være relevante, og for å luke ut for eksempel gammel forskning. Fokuset under søkeprosessen har vært på mestringsstrategier til brystkreftpasienter og de som har gjennomgått mastektomi. Inkluderingskriteriene jeg hadde var at artiklene var forskningsartikler skrevet mellom 2007-2017, på engelsk eller norsk.



## 4 Resultat

De følgende fire artiklene belyser brystkreftpasienter ut fra deres mestringserfaringer.

### 4.1 Kvalitative forskningsartikler

Artikkel 1 av Kocan og Gürsov (2016).

En kvalitativ studie utført ved å intervju 20 kvinnelige pasienter i Tyrkia. Hensikten med studien var å få en helhetlig og dyp forståelse for hvilken effekt mastektomi har på kroppsbilde til kvinner. På den måten kan studien hjelpe oss til å bedre forstå og forbedre pasientenes helse. Kvinnene ble intervjuet i sitt eget hjem under den andre uken etter brystfjerning. Kvinnene var tidligere friske, mellom 18-60 år. Studien viste at deltakerne følte seg redde, dårlige, rare og annerledes etter operasjonen, og mange unngikk å se på operasjonsåret. Flere følte også at forholdet til ektemannen var forandret. Studien kom frem til at sykepleier bør komme med informasjon og støtte til pasientene både før og etter operasjonen. Det kommer også frem ulike mestringsstrategier kvinnene tar i bruk for å mestre tapet av et bryst:

- Aktiv mestring, for eksempel endre klesstil for å skjule tapet av et bryst.
- Å finne mening i sykdommen, kvinnene snudde seg til Allah for å finne mening.
- Håp, kvinnene hadde håp om bedring.
- Støtte, fra ulike hold, både profesjonell støtte og sosial støtte.

Konklusjonen i studien var at mastektomi som behandlingsform har negativ effekt på kvinnekroppen, kroppsbilde og selvtilliten til de rammede. Studien vil også fungere som en guide for helsetjenesten slik at de kan utvikle måter som vil hjelpe pasienten til å finne effektive metoder å mestre deres nye livssituasjon på (Koçan & Gürsov, 2016).

#### *Kritisk vurdering av artikkel 1.*

Artikkelen er relevant for oppgaven min fordi studien ser på tiden etter gjennomgått mastektomi, og hvilken effekt dette har på kvinnene. Den viser også til hvilke mestringsstrategier som var til hjelp for kvinnene. Formålet med studien er klart og tydelig og det er hensiktsmessig at det er kvalitativ metode som tas i bruk for å få svar. En får god forståelse for hvordan det er å ha gjennomgått en mastektomi. Jeg har vurdert artikkelen i forhold til sjekklisten for å vurdere kvalitativ forskning, sjekklisten ligger som vedlegg 3 med

et eksempel. Artikkelen er fra Tyrkia, publisert i Journal of Breast Health i 2016. Studien er godkjent av en lokal etisk komite i Tyrkia. Det at kvinnene ble intervjuet allerede under den andre uken etter at de hadde gjennomgått mastektomi kan være negativt da de ikke har fått nok tid til å bli vant med tanken på at de mangler et bryst. Men det kan være at det er den første tiden etter en mastektomi de faktisk trenger mest hjelp fra sykepleierne. Jeg anser derfor studien som holdbar og gyldig, også med tanke årstall.

#### Artikkel 2 av Drageset, Lindstrøm og Underlid (2015)

En kvalitativ studie utført ved å intervju 10 kvinnelige pasienter i Norge. Hensikten med studien var å beskrive kvinnenes individuelle mestringsopplevelser og refleksjoner i løpet av det første året etter at de hadde gjennomgått brystkreft operasjon. Kvinnene ble intervjuet på et møterom ved et norsk sykehus på det tidspunktet hvor de skulle ha ettårs kontroll. Kvinnene var mellom 48-68 år og fra samme geografiske område i Norge med samme kulturelle bakgrunn. Studien viste at det var individuelle mestringsstrategier som ble tatt i bruk av de ulike kvinnene. Ulike strategier kvinnene brukte for å mestre livet etter å ha fått diagnosen var:

- Å finne mening i sykdommen.
- Kvinnene hadde ulike tanker og følelser angående sykdommen. Noen tenkte mest på hvor heldige de var som hadde overlevd, andre tenkte mest på brystet de hadde mistet, noen var konstant redd for at kreften skulle spre seg og det var noen som hadde akseptert situasjonen og prøvde å gå videre.
- Å aktivt gjøre noe, som å delta i støttegrupper, snakke åpent om sykdommen, trene og ikke returnere til jobben for raskt, men fokusere på seg selv en periode. Andre igjen returnerte til jobb nesten med en gang, ikke for å jobbe så mye, men for å ha kollegaene rundt seg og for aktivt ha noe gjøre på.
- Returnere til det vanlige livet, distansere seg fra snakk og informasjon om kreft.

De fleste kvinnene hadde en økt følelse av å sette pris på livet og større tro på seg selv etter ett år. De fokuserte mer på det de synes var viktig i livet, som familie og nære relasjoner. De fleste ville returnere til det vanlige livet og ønsket å distansere seg fra kreftmiljøet og informasjon rundt dette. Studien konkluderte med at usikkerheten og angsten om tilbakefall var stor. Da pasientene har ulike mestringsprofiler og forskjellige behov kan vi som

helsepersonell bidra til støtte og mestring i de ulike mestringsstrategiene (Drageset et al., 2015).

### *Kritisk vurdering av artikkel 2*

Artikkelen er relevant for oppgaven min da den tar opp ulike mestringsstrategier i forhold til livet etter brystkreftoperasjon. Jeg har vurdert artikkelen opp mot sjekklisten for kvalitativ forskning. Den regionale komitéen for medisinsk forskningsetikk har godkjent studien. Artikkelen er fra Norge publisert i European Journal of Oncology Nursing i 2016.

### Artikkel 3 av Varre, Slettebø og Ruland (2011)

En kvalitativ studie utført ved å analysere diskusjonsinnleggene på en lukket gruppe for kreftpasienter, henholdsvis de som har gjennomgått brystkreft eller prostatakreft. 62 pasienter har valgt å delta på forumene, 45 kvinner og 17 menn. Hensikten med studien var å få innsikt og forståelse for kreftpasienters mestringsmuligheter slik det kommer til uttrykk gjennom deres beskrivelser på et internettbasert diskusjonsforum. Økt innsikt og forståelse vil ha betydning for utøvelse av sykepleie både i forhold til veiledning og oppfølging av pasienter, samt undervisning av helsepersonell. Funnene i studien viser hvilke tanker og spørsmål kreftpasientene har når de får muligheten til å uttrykke seg fritt. Mange beskrev hvordan de opplevde situasjoner. For eksempel hvor vanskelig det var å være i samtale og måtte ta inn fakta og vurderinger som «frakken» kom med. Det ble også beskrevet at de ikke ønsket å være «den vanskelige pasienten», men at det var på tide å stå på kravene, da det er «meg og min sykdom» det gjelder. Pasientene etterspurte medpasientene om erfaringer og råd. Både vilje til å påvirke, pågangsmot og bruk av ressurser beskrives på forumet. De anskueliggjør selvinnsikt og refleksjon, samt hvordan de søker løsninger på ulike utfordringer de støter på. Pasientene beskriver behovet for å være hovedperson i egen sykdomssituasjon og behovet for å delta aktivt og kunne påvirke situasjonen. Det kom også frem at pasienters behov for å fortelle sine historier, erfaringer og refleksjoner så ut til å ha et stort mestringspotensiale. Det å aktivt sette ord på og skrive ned opplevelser, så ut til å ha like stor verdi som å etterspørre andres erfaringer og råd (Varre et al., 2011).

### *Kritisk vurdering av artikkel 3*

Artikkelen er relevant for min oppgave da den tar for seg kreftpasienters mestringsmuligheter slik det kommer til uttrykk på et diskusjonsforum på nett. Jeg har kritisk vurdert artikkelen ved sjekklisten for kvalitativ forskning, denne ligger som vedlegg 3. Studien er en delstudie til et større forskningsprosjekt WebChoice. Studien er godkjent av Regional Etisk Komité for Helse Sør. Artikkelen er en norsk artikkel publisert i Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies i 2011.

### 4.2 Kvantitativ artikkel

#### Artikkel 4 av den Heijer et al. (2011)

En kvantitativ studie utført ved at deltagerne har fått spørreskjema i posten. Hensikten med studien var å utforske hvordan psykiske plager og kroppsbilde endret seg etter å ha gjennomgått profylaktisk mastektomi eller fjerning av eggstokkene over en periode på opptil 9 år etter operasjon. De ønsket også å identifisere om det var noen risikofaktorer allerede før operasjon som kunne være med på å utvikle dårlig kroppsbilde over tid. 36 kvinner med en gjennomsnittsalder på 40 år deltok i studien. Deltagerne var vurdert til høy risiko for å utvikle arvelig brystkreft eller livmorhalskreft og de hadde bestemt seg for å gjennomgå profylaktisk mastektomi eller profylaktisk fjerning av eggstokkene. Spørreskjemaene fikk de i tre omganger. Først 2-4 uker før de gjennomgikk operasjon, 6 måneder etter operasjon og til sist 6-9 år etter operasjon. De fant ut at aktiv mestring og det å søke sosial støtte førte til mindre problemer relatert til bryst og generelt kroppsbilde over lengre tid. Psykiske plager og angst for kreft reduseres etter profylaktisk mastektomi eller fjerning av eggstokker, over tid, men det går på bekostning av problemer angående kroppsbilde. Undersøking av mestringsstiler og kroppsbilde til kvinner før en profylaktisk operasjon kan bidra til å identifisere sårbare kvinner som kan ha nytte av ekstra støtte under og etter operasjonen (den Heijer et al., 2011).

#### *Kritisk vurdering av artikkel 4*

Studien er relevant for oppgaven min da den sammen med artikkel 1 tar utgangspunkt i kroppsbilde etter at man har gjennomgått en mastektomi. Den beskriver også hvordan aktiv mestring og sosial støtte kan være med på å redusere psykiske plager og dårlig kroppsbilde.

Den sier også noe om hvordan pasientene blir påvirket i det lange løp. Studien ble støttet med stipend fra den Nederlandske kreftforeningen og den har blitt godkjent av Medisinsk Etisk komité ved Erasmus Medical Center i Rotterdam. Artikkelen er fra Nederland og publisert i European Journal of Cancer i 2012.

#### 4.3 Hovedfunn

Det som kommer frem i forskningen er at kvinner opplever endring av kroppsilde etter mastektomi og brystoperasjon. Som regel har det en negativ effekt på selvtilliten og selvbildet til kvinnene. Pasientene som opplever å få brystkreft tar i bruk ulike mestringsstrategier for å mestre diagnosen, og det er viktig at den enkelte finner den strategien som passer best for henne. Pasientene ønsket å finne mening i den endrede livssituasjonen, samt det å aktivt gjøre noe, å motta støtte var også til hjelp. De fleste ønsket å returnere til sitt vanlige liv, uten for mye snakk om sykdommen. Mange opplevde en økt følelse av å sette pris på livet etter å ha fått diagnosen, og de ønsket å fokusere på det de synes var viktig i livet. Usikkerheten og angsten om tilbakefall og spredning var stor hos pasientene. Pasientene beskriver behovet for å være hovedperson i egen sykdomssituasjon, og behovet for å delta og kunne påvirke situasjonen. Aktiv mestring og støtte i ulike former bidrar til å minske problemene relatert til bryst og kroppsilde, samt mestre den nye livssituasjonen. Psykiske plager og angst for kreft ble redusert etter profylaktisk mastektomi eller fjerning av eggstokkene, over tid, men det går på bekostning av problemer angående kroppsilde.

## 5 Drøfting

*«Hvordan kan sykepleier hjelpe kvinner som har fått utført mastektomi på en bedre måte ved å vektlegge deres mestringserfaringer?»*

For å besvare problemstillingen har jeg tatt utgangspunkt i ulike funn i forskningsartiklene og teori fra pensum.

### 5.1 Å finne mening i den endrede livssituasjonen

Ifølge studien til Koçan & Gürsoy (2016) valgte noen av kvinnene å se situasjonen som Allah's vilje. Sæteren (2010, s. 308) skriver at mennesker har alltid i alle kulturer søkt etter holdepunkter som hjelp til å forstå og tolke verdenen de lever i. Slik dannes det enkelte mennesket livsforståelse. Norge blir stadig mer flerreligiøst, noe som krever at sykepleier må ha kunnskap om ulike kulturer og religioner (Sæteren, 2010, s. 308). For å hjelpe religiøse kvinner å finne mening i den endrede livssituasjonen kan vi som sykepleier tilby dem å snakke med prest, eller annen «religiøs leder». På den måten vil en sikre et tverrfaglig samarbeid rundt pasienten, samtidig som en vektlegger pasientens mestringserfaring. På en annen side er det viktig å forklare pasienten at årsakene til at enkelte får brystkreft er ukjent, slik at pasienten ikke føler skyld for å ha utviklet sykdommen.

En kvinne i studien til Drageset et al. (2015) fortalte at hennes møte med kreft hadde vært bra for hennes selvutvikling og at hun hadde funnet indre fred, hun mente også at når man hadde fred med seg selv kunne man gi mer til andre, slik at andre også skulle finne fred. Det kom også frem i studien til Drageset et al. (2015) at de rammede kvinnene ikke lenger tok livet for gitt. De opplevde å prioritere andre ting enn før som de mente var viktigere, for eksempel familie og venner. Lode (2016, s. 49) refererer til Aron Antonovsky som kom frem til at kvinner som opplevde vonde og vanskelige ting fokuserte på ressurser og muligheter, som er viktige faktorer i en mestringsprosess. Antonovsky kom også frem til at en kan se muligheter på tross av sykdommen og en kjenner at den kan ha en mening i livene deres (Lode, 2016, s. 49). Travelbee (2011, s. 226) skriver at ved sykdom og lidelse vil behovet for å finne mening i livet melde seg med full kraft. Videre skriver hun at man kan bruke

sykdommen som en positiv livserfaring. Positiv på den måten at det er mulig for pasienten på grunnlag av erfaringene og oppnå selvaktualisering. Når en føler seg nødvendig for noen eller noe får man følelsen av at livet betyr noe. Når man greier å fatte denne sannheten, vil man også lettere kunne fatte den dypere meningen som man kan finne i sykdom. De fleste trenger hjelp over tid fra helsepersonell hvis de skal mestre disse erfaringene og finne mening i dem. Sykepleieren kan hjelpe pasienten med å finne mening i de reglene pasienten må følge, for å bevare helsen og holde symptomene under kontroll. Det vil si i fornektede handlinger og nødvendige ofre, og med å akseptere sykdommen samt leve et fullt og rikt liv til tross for de begrensningene sykdommen medfører. Det finnes ingen eksperter på å hjelpe mennesker til å mestre sykdom og lidelse, det er ingen som vet alt om slike menneskelige problemer. Det krever innsikt, dømmekraft, takt, mot og ferdigheter fra sykepleieren sin side (Travelbee, s. 226-228, 2011). «Alle sykepleiehandlinger som har som siktemål å hjelpe den syke med å finne mening, vil være effektive bare i den grad sykepleieren selv virkelig tror at det finnes en mening», skriver Joyce Travelbee (2011, s. 228-229). Som sykepleier må vi altså hjelpe pasienten å se lyspunktene og det positive i situasjonen. Vi har også ansvar for å bidra til at pasientene fokuserer annerledes enn tidligere, samt at de setter seg realistiske mål. Vi må lindre og behandle de symptomene vi kan, slik at pasientene får en best mulig hverdag og dermed lettere kan fokusere på å mestre sykdommen. På en annen side er det ikke slik at man skal troppe opp på pasientrommet med champagne, musikk og et stort smil. Det skal være rom for at pasienten har tunge dager og vonde tanker. Veien til å finne mening i sykdommen er lang og det finnes ingen snarveier. Ifølge studien til Varre et al. (2011) mestrer pasientene lettere situasjonen om de klarer å fokusere annerledes enn før, og sette seg realistiske mål.

Kjernen i sykepleiegjeringen er å utføre omsorgsfulle og kyndige handlinger til den hjelpetrequende. Vi skal handle med faglig kyndighet på en medmenneskelig måte. For at dette skal kunne skje må vi bygge opp tillit, være tålmodig og forståelsesfull i alle situasjoner (Kristoffersen og Nortvedt, 2012, s. 85). For at vi i det hele tatt skal kunne hjelpe den brystkreftrammede pasienten å mestre situasjonen er det viktig at vi har bygget opp tilliten til pasienten og skapt en relasjon. Pasientene må kunne føle seg ivaretatt og trygge for at de skal stole på oss som sykepleiere. På en annen side er det viktig at relasjonen til pasienten er profesjonell og ikke glir over i et uprofesjonelt vennskap. Travelbee (2011, s. 171) skriver at

kjennetegn ved forholdet menneske til menneske er at sykepleier og den som er syk oppfatter og forholder seg til hverandre som unike individer istedenfor sykepleier og pasient (Travelbee, 2011, s. 171). Sykepleierollen må overskrides hvis en skal kunne forholde seg som menneske til menneske fremfor sykepleier til pasient. Det er bare i en relasjon der menneske til menneske relasjonen oppstår at man kan etablere et genuint forhold til hverandre. Som sykepleier må man overskride den barrieren som ligger i stereotypen pasient, og alt sykepleieren legger i den (Travelbee, 2011 s. 77).

## 5.2 Å ha håp

Kvinnene i studien til Koçan & Gürsoy (2016) forteller at mastektomi kan bringe med seg negative tanker og følelser over å ha mistet et bryst, men de følte også et håp over at de fortsatt var i live. Videre forteller de at når de så operasjonssåret kort tid etter mastektomien ble de redde, følte seg dårlige, rare og annerledes. Ufullstendig og halv, var også uttrykk kvinnene brukte etter å ha mistet brystet. Travelbee (2011, s. 119) skriver at håp er fremtidsorientert. Den håpende tror på forandring av hans livssituasjon i fremtiden. Travelbee mener håp er relatert til valg. Den som håper tror at hun har ulike valgmuligheter, dette kan skape følelsen av å ha kontroll over egen skjebne. Håp er også relatert til ønsker (Travelbee, 2011, s. 119). Rustøen (2009, s. 42-43) skriver at håpet er viktig for menneskenes helse og velbefinnende. Det ligger styrke og aktivitet i håpet og håpet er nødvendig for at livet skal oppleves godt å leve. Det er også sett en sammenheng mellom håp og overlevelse ved at håp kan ha en positiv virkning på immunforsvaret (Rustøen, 2009, s. 42-43). Når en som sykepleier ser håp hos pasienten er det viktig å fokusere på håpet og hvilke ønsker pasienten har. Har pasienten håp kan det være lettere å bidra til mestring, og at pasienten ser det positive fremfor det negative. Hvis sykepleier ikke ser håp hos pasienten kan en forsøke å finne lyspunkter sammen med pasienten, eller samarbeide med andre profesjoner, slik at man kan skape et håp hos pasienten sammen. På den andre siden må vi som sykepleiere ikke gi pasientene falskt håp, sykepleier skal være ærlig og støttende. Rustøen (2009, s. 73) skriver at en kan kartlegge håp hos pasientene ved å ta i bruk ulike spørreskjemaer. Ved at sykepleiere i praksis anvender slike spørreskjemaer kan være positivt på den måten at det kan være lettere for pasienten å uttrykke seg skriftlig. Det som kan være negativt med slike skjemaer er at pasienten kan føle at det er upersonlig å fylle ut, og



de har kanskje andre tanker eller spørsmål som ikke blir beskrevet i skjemaene. Det kan også være en ide og fylle ut skjema sammen med pasienten slik at de sammen kan diskutere punkt for punkt.

### 5.3 Å aktivt gjøre noe

Ifølge studien til Koçan & Gürsoy (2016) velger kvinnene som opplever et negativt kroppsbilde etter mastektomi å endre klesstilen sin, slik at de på den måten kan mestre deres nye hverdag. Callista Roy, sitert i Rustøen (2009, s. 83) definerer selvbilde som sammensetningen av hva man tror på og føler om seg selv, formet av interne persepsjoner, og persepsjoner av andres reaksjoner, som er retningsgivende for ens atferd. Det finnes mange ulike brystproteser, proteser man kan ha inne i bhen, eller proteser som festes på huden. Foreningen for brystkreftopererte sitter inne med et mangfold av følelsesmessige og praktiske erfaringer som er nyttige. De har også oversikt over støtteordninger og har mye informasjon om forhandlere av proteser (Sørensen og Almås, 2013, s. 449-450). Hvordan den enkelte velger å kle seg etter en mastektomi er individuelt, og som sykepleier skal man respektere alle ulike valg. Det kan være greit i starten å skjule at brystet er borte med klær, slik at man kan venne seg til at man mangler et bryst uten at andre trenger å se det. Det som derimot er viktig er å fortelle og forklare om ulike muligheter kvinnene har i forhold til proteser. Om de får en passende protese kan de bruke sine vanlige klær uten at tapet av brystet er like synlig. Om kvinnen prøver hardt å skjule tapet av brystet for andre kan det tyde på at kvinnen ikke aksepterer utfallet av sykdommen, og sykepleier må da være tilstede og bidra til at kvinnen finner sin mestringsstil for å mestre og akseptere den nye hverdagen. den Heijer et al. (2011) skriver i studien at 6-9 år etter profylaktisk mastektomi oppgir kvinnene et betydelig bedre selvbilde enn de opplevde kun 6 måneder etter operasjon. Dette kan ha å gjøre med at kvinnene tilpasser seg sitt nye kroppsbilde. De fleste hadde også gått gjennom en rekonstruksjon av brystet, noe som også potensielt kan øke selvbildet hos kvinnene.

Å aktivt gjøre noe går igjen som mestringsstrategi i studien til Drageset et al. (2015). Å gå i støttegrupper, trene, vende tilbake til jobb, gå turer, høre på musikk og reise var aktiviteter kvinnene gjorde for å holde tankene om kreften på avstand. Fysisk aktivitet som

mestringsmulighet er også noe som går igjen i Varre et al. (2011) sin studie. Det kommer også tydelig frem at pasientene ønsker å være aktivt deltagende i forhold til egen helse. Det kan oppleves meningsfullt å delta aktivt i sykdomsprosessen når pasientene opplever sammenhengen mellom hvordan de tenker, handler og hvordan de har det i hverdagen (Varre et al., 2011). Aktiv mestring er oppgitt som en av de viktigste mestringsstrategiene kvinnene tok i bruk etter å ha gjennomgått profylaktisk mastektomi i studien til den Heijer et al. (2011). Alle mestringsstrategier har som formål å hjelpe den enkelte til å bevare selvbylde, finne mening og opprettholde personlig kontroll over ulike problemer vedkommende står ovenfor (Reitan, s. 84, 2010). Uavhengig av hvilke mestringsstrategier pasientene velger å ta i bruk trenger de veiledning av sykepleier. Sykepleier må derfor ha kunnskap om ulike strategier og dermed kunne hjelpe kvinnene på best mulig måte. Om pasientene ikke viser tegn til å mestre sykdommen kan sykepleier komme med forslag, for å hjelpe pasienten til å finne sin mestringsstrategi. For eksempel sette pasienten i kontakt med støttegrupper for å fremme aktiv mestring. Selv om aktiv mestring går igjen som funn i flere av forskningsartiklene er det viktig å respektere de pasientene som opplever at aktiv mestring ikke er noe for dem.

#### 5.4 Å oppleve å bli hørt og respektert

Pasientene i studien til Varre et al. (2011) uttrykker at de har behov for å være hovedperson i eget livsdrama. For å mobilisere krefter til å holde ut, mestre, samt leve med situasjonen, beskrives betydningen av at den enkelte pasient får stå i sentrum, bli hørt og respektert. Travelbee (2011, s. 137) skriver at kommunikasjon er en dynamisk kraft som kan ha dyp innvirkning på graden av mellommenneskelig nærhet i sykepleiesituasjoner. Kommunikasjon kan brukes til å trekke andre mennesker nærmere, støtte dem bort, hjelpe eller såre. Sykepleier oppfatter og responderer på det unike ved menneske som tar imot hjelpen eller pleien. For å kunne bli kjent med noen må man møte, oppfatte, respondere på og respektere det unike ved den enkelte. Sykepleier må oppfatte mennesket bak merkelappen «pasient» (Travelbee, 2011, s. 140). At man som sykepleier behandler pasienten som et unikt individ og ikke bare «enda en pasient» er viktig uavhengig av pasientens diagnose og bakgrunn. Sykepleier må også respektere at ingen pasient er lik, og gå på arbeid som en profesjonell

yrkesutøver. Klarer sykepleier å være på bølgelengde med pasientene vil det være lettere å hjelpe dem gjennom sykdommen.

## 5.5 Støtte

Kvinnene i studien til Drageset et al. (2015) beskriver gode relasjoner, både på jobb og privat sammen med støtte fra helsepersonell på sykehus som en viktig del av det å mestre sykdommen. Kvinnene i studien til Varre et al. (2011) beskriver også behovet for støtte i relasjoner, sammen med en trygg og tillitsfull dialog med helsepersonell, samt behovet for hjelp til å kontrollere følelser for å oppleve mestring. Sosiale ressurser innebærer tilknytning til andre mennesker gjennom primær- og sekundærgrupper. Primærgrupper er for eksempel familie og nære venner, disse kan gi en støtte som er veldig verdifull. Sekundærgrupper er for eksempel kollegaer og interessegrupper (Smebye og Helgesen, 2012, s. 48). Reitan (2010, s. 91) skriver at samtale kan være en god metode for å kartlegge ressursene til pasienten. Relasjonen mellom sykepleier og pasient må da bygge på trygghet og tillit, og sykepleier må ha nok tid til å gjennomføre samtalen. I samtalen er det viktig at pasientens integritet og autonomi ivaretas, og pasienten må ha lyst til å fortelle om seg og sitt liv. På den måten vil pasienten bli bevisst om seg selv og sine mestringmuligheter, samtidig som samtalen kan medvirke til å bekrefte identiteten, verdigheten og opplevelsen av myndiggjøring hos pasienten (Reitan, 2010, s. 91). Sykepleier kan sammen med pasienten finne ut av hvordan støtte pasienten trenger, og hvor hun ønsker støtten fra, slik at pasienten føler seg deltagende og får ytret sine meninger. På en annen side kan det være vanskelig for pasienter å innrømme at de trenger støtte. Renolen (2015, s. 175-176) skriver at gjennom livet opplever vi å trenge andre mennesker å støtte oss til. Når man er i en vanskelig situasjon i livet, vil opplevd sosial støtte være viktigst. Støtten må oppleves relevant av den som mottar den. Det å få sympati, aksept og oppleve å bli verdsatt vil styrke følelsen av å være elsket og oppleve tilhørighet. Mange kan ha problemer med å be om eller motta hjelp, men ingen er så sterke at en aldri trenger støtte (Renolen, 2015, s. 175-176).

Mange av kvinnene i studien til Koçan & Gürsoy (2016) forteller at de unngår sosiale settinger for de føler de må skjule tapet av brystet, men det var også noen som fortalte at de mottok støtte fra andre og derfor ønsket å delta ved sosiale settinger. Å søke sosial støtte

var også blant de viktigste mestringsstrategiene kvinnene tok i bruk etter å ha gjennomgått profylaktisk mastektomi i studien til den Heijer (2011). Kvinner føler seg ofte alene og opplever å isolere seg etter inngrep som mastektomi, og da kan sosial støtte være en viktig faktor for å komme ut av det (den Heijer et al., 2011). Sosial støtte defineres som å oppleve eller erfare at en blir tatt vare på av andre, respektert og verdsatt, samt er en del av et sosialt nettverk hvor det er gjensidig hjelp og forpliktelse. Det finnes dokumentasjon på at sosial støtte reduserer og regulerer negative psykologiske konsekvenser av stressituasjoner (Lode, 2016, s. 47). Når man blir syk kan det å delta i pasientforeninger ha positiv innvirkning på å komme seg gjennom sykdommen. Sosial støtte og nettverk kan også ha en negativ effekt. Hvis familie eller venner blir altfor støttende kan det utfordre selvstendigheten og autonomien deres (Lode, 2016, s. 48). Sosial støtte vil for de fleste bidra til å mestre sykdommen lettere og de vil ikke føle seg like alene som de kunne ha gjort uten den sosiale støtten. På en annen side vil pasienten kunne oppleve seg enda mer alene hvis hun ikke får den sosiale støtten hun hadde forventet å få da hun fikk diagnosen. På en annen side er det viktig at støtten er moderat slik at pasienten beholder selvstendigheten og autonomien, og ikke blir en som bare flyter med uten egne meninger og tanker. Reitan (2010, s. 90) skriver at myndiggjøring vil styrke menneskers evne til å ta selvstendige og effektive valg, som vil føre til økt mulighet til å ta kontroll over forhold i dagliglivet, samt nå egne mål for å bedre livskvaliteten.

Drageset et al. (2015) skriver at hvordan kvinner tenker og føler angående kreftsykdommen varierer, men etter et år hadde de fleste distansert seg mer og mer fra tankene rundt operasjonen og akseptert deres nye livssituasjon. Det å gjenkjenne følelser og snakke om dem gikk igjen som viktig for kvinnene, slik at de hadde en følelse av kontroll. Flere av kvinnene i studien til Drageset et al. (2015) fortalte at å snu det negative om til noe positivt hjalp dem på veien, men dette var ikke like lett for alle. Mens mange prøvde å være positive var det andre som ikke klarte å tenke lenger enn de kommende ukene og månedene, de klarte ikke å lage fremtidsplaner. Å vite at de ikke var alene om å kjempe mot brystkreft, og dermed oppleve støtte, var noe alle derimot kunne kjenne seg igjen i. Å vite at man ikke er alene, men å høre at andre også har vært i samme situasjon beskrives som viktig også av pasientene i Varre et al. (2011) sin studie. Solvoll (2012, s. 30-31) skriver at samtaler er et godt hjelpemiddel i å støtte pasienter. I de gode samtalene er sykepleier oppmerksom og lar

pasienten komme til orde, samt stille spørsmål om det hun ikke forstår. De fleste kjenner seg verdsatt og opplever respekt hvis de får fortelle sin historie uten avbrytelser. Å være en som lytter betyr ikke å være stille og taus, men å være åpen og bekreftende, å være en aktiv lytter (Solvoll, 2012, s. 30-31). Uavhengig hvilken pasient man har, om pasienten vil fortelle noe vanskelig og trist, eller noe hun har glede av er det viktig å lytte til hva pasienten har å si. På en annen side kan det være godt for pasienten å høre andre i samme situasjon fortelle om hvordan de opplever eller opplevde sykdommen, istedenfor å si så mye selv. Hvis det er tilfellet kan man kontakte Foreningen for brystkreftopererte. Foreningen for brystkreftopererte har forbindelse med alle aktuelle kirurgiske avdelinger i Norge. Representanter fra foreningen er kvinner som selv har blitt operert, og som har arbeidet seg gjennom reaksjonene og nådd frem til en ny trygghet. Dette kan være kvinner som kan gi en god støtte for pasienten under og etter oppholdet på sykehuset (Sørensen og Almås, 2013, s. 449).

Koçan & Gürsoy (2016) skriver i studien at det å gi profesjonell støtte til pasientene etter at de har gjennomgått en mastektomi er blant sykepleierens viktigste ansvar. Videre skriver de at pasientene trenger medisinsk, sosial og psykososial støtte under og etter behandlingen for brystkreft. Ifølge forfatterne kan sykepleierne lære bort mestrings ferdigheter for å hjelpe kvinnene å møte fremtidige utfordringer. Det bør også diskuteres rekonstruksjon av bryst allerede før operasjon eller tidlig postoperativt for at pasientene skal oppleve fullstendig støtte (Koçan & Gürsoy, 2016). Pasientens sosiale nettverk betyr mye for hvordan man mestrer sykdom. Vi har ifølge Renolen (2015, s. 196) tre ulike støttesystemer, *privat støtte* gis av familien, kollegaer og venner. *Profesjonell støtte* gis av helsepersonell og *likemannsstøtte* gis av medpasienter, støttegrupper og foreninger for pasienter. Uavhengig av hvilken støtte som gis, eller av hvem som gir den, skal vi huske på at det er den individuelle pasientens behov som skal stå i fokus (Renolen, 2015, s. 196). At pasienten opplever både privat støtte, profesjonell støtte og likemannsstøtte vil være med på å få pasienten til å mestre sykdommen på best mulig måte, men det er også viktig å huske på at pasienten skal få ro og hvile til å sortere sine egne tanker, uten at alle rundt involverer seg i pasientens tanker og følelser hele tiden. Varre et al. (2011) skriver i studien at pasienter som selv har erfaring med sykdom kan være de beste rådgiverne for andre i lignende situasjoner. Det å sette ord på opplevelser og erfaringer og konfrontere traumatiske hendelser kan bidra

til økt forståelse for situasjonen, samt en opplevelse av å mestre (Varre et al., 2011).

Likemannsstøtte vil være med på å gi pasienten følelsen av at hun ikke er alene, at andre har opplevd lignende og kommet seg gjennom og mestret sykdommen. På en annen side er det viktig å huske på at ingen pasientforløp er like, og selv om en pasient har funnet noe positivt i sykdommen er det ikke sikkert at en annen opplever det på samme måte.

## 6 Avslutning

Hensikten med oppgaven var å øke kunnskapen om brystkreft, samt øke forståelsen for brystkreftrammede kvinner, spesielt etter at de har fått utført en mastektomi.

Forskningslitteratur og annen litteratur viser at det å finne mening i sykdommen, ha håp, aktivt gjøre noe, oppleve å bli hørt og respektert og sist men ikke minst oppleve støtte fra ulike hold er alle mestringsstrategier som har vært til hjelp for kvinner rammet av brystkreft. Som sykepleier kan man hjelpe kvinnene på en bedre måte hvis man vektlegger kvinnenes mestringserfaringer. Mastektomi rammer kvinner på ulike måter, og deres reaksjoner og valg av mestringsstrategier er ulike.

## Litteraturliste

Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

den Heijer, M., Seynaeve, C., Timman, R., Duivenvoorden, H. J., Vanheusden, K., Tilanus-Linthorst, M., & ... Tibben, A. (2011). Body image and psychological distress after prophylactic mastectomy and breast reconstruction in genetically predisposed women: A prospective long-term follow-up study. *European Journal Of Cancer*, 48(9), 1263-1268. doi:10.1016/j.ejca.2011.10.020

Drageset, S., Lindstrøm, T. & Underlid, K. (2015). «I just have to move on»: Women`s coping experiences and reflections following their first year after primary breast cancer surgery. *European Journal of Oncology Nursing* 21 (2016) 205-211. doi: <http://dx.doi.org.galanga.hib.no/10.1016/j.ejon.2015.10.005>

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stocholm: Natur og kultur.

Hanssen, T. & Natvig, G. (2008). Stress og mestring. I E. Gjengedal & B. R. Hanestad (red.) *Å leve med kronisk sykdom*. (2. utg., s. 40-59). Cappelen Forlag.

Heggen, K. (2007). Rammer for meistring. I T.J. Ekeland & K. Heggen (Red.) *Meistring og myndiggjering, reform eller retorikk?* (1. utg., s.64-82). Gyldendal Norsk Forlag.

Koçan, S., & Gürsoy, A. (2016). Body Image of Women with Breast Cancer After Mastectomy: A Qualitative Research. *Meme Sagligi Dergisi / Journal Of Breast Health*, 12(4), 145-150. doi:10.5152/tjbh.2016.2913

Kreftregisteret (u.å). *Brystkreft*. Hentet 9. mars 2017 fra

<https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Fakta-om-kreft/Brystkreft-Alt2/>



- Kristoffersen, N.J. (2012). Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt og E. Skaug (Red.) *Grunnleggende sykepleie, Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. (2. utg., s. 83-133). Gyldendal Akademisk Forlag.
- Kristoffersen, N.J. (2012). Stress og mestring. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt og E. Skaug (Red.) *Grunnleggende sykepleie, Pasientfenomener og livsutfordringer*. (2. utg., s. 133-196). Gyldendal Akademisk Forlag.
- Kunnskapssenteret (2017). Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler. Hentet 24. mars 2017 fra <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler>
- Lode, K. (2016). Mestring. I A.K.T. Heggstad og U. Knutstad (Red.) *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie*. (4. utg., s.40-55). Cappelen Damm Akademisk.
- Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker*. Fagbokforlaget.
- Reitan, A. (2010). Krise og mestring. I A. M. Reitan og T. K. Schjøllberg (Red.) *Kreftsykepleie*. (3. utg., s. 72-101). Akribe AS.
- Rustøen, T. (2009). *Håp og livskvalitet*. Gyldendal akademisk forlag.
- Schlichting, E. (2014). Sykdommer i brystene. I S. Ørn, J. Mjell og E. Bach-Gansmo (Red.) *Sykdom og behandling*. (1. utg., s. 431-442). Gyldendal Norsk Forlag.
- Smebye, K. L. & Helgesen, A. K. (2012). Kontakt med andre. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt og E. Skaug (Red.) *Grunnleggende sykepleie, Pasientfenomener og livsutfordringer*. (2. utg., s. 41-70). Gyldendal Akademisk Forlag.
- Solvoll, B. (2012). Identitet og egenverd. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt og E. Skaug (Red.) *Grunnleggende sykepleie, Pasientfenomener og livsutfordringer*. (2. utg., s. 15-40). Gyldendal Akademisk Forlag.

Sæteren, B. (2010). Åndelig og eksistensiell omsorg. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.) *Kreftsykepleie*. (3. utg., s. 304-316). Akribe AS.

Sørensen, E. M. & Almås, H. (2013). Sykepleie ved brystkreft. I H. Almås, D. G. Stubberud og R. Grønseth (Red.) *Klinisk sykepleie 2*. (4. utg., s. 439-454).

Travelbee, J. (2011). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendal Akademisk forlag.

Varre, P., Slettebø, Å. & Ruland, C. (2011). 'It's about my life'. Cancer patients' coping potential, as expressed through their messages in an online discussion forum. *Nordic Journal Of Nursing Research & Clinical Studies / Vård I Norden*, 31(3), 4-8.

World Health Organization (u.å) *Breast cancer: prevention and control. Introduction*. Hentet 9 mars 2017 fra <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/>

World Health Organization (u.å) *Breast cancer: prevention and control. Breast cancer burden*. Hentet 9 mars 2017 fra <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/index1.html>

## Vedlegg

### Vedlegg 1: Litteratursøk

Søk i CINAHL

8. mars, 2017

Søkeord	Avgrensing	Antall treff	Artikler lest	Relevante artikler
«After» «Mastectomy»	2007-2017 Academic Journals Engelsk Alder 19-44	82	6	«The Relationship between Body Esteem and Hope and Mental Health in Breast Cancer Patients after Mastectomy» (Heidari & Ghodusi, 2015)
«Mastectomy» «Partner or spouse or couple or family member or significant other» «Experience»	2007-2017 Engelsk	9	3	«Renegotiating Sexual Intimacy in the Context of Altered Embodiment: The Experiences of Women With Breast Cancer and Their Male Partners Following Mastectomy and Reconstruction» (Loaring, et al., 2015)

Søk i PubMed

21. mars, 2017

Søkeord	Avgrensing	Antall treff	Artikler lest	Relevante artikler
«Drageset» «Coping» «Cancer»	Ingen	7	1	"I just have to move on": Women's coping experiences and reflections following their first year after primary breast cancer surgery. (Drageset, Lindstrøm & Underlid, 2015).

Søk i CINAHL  
21. mars, 2017

Søkeord	Avgrensing	Antall treff	Artikler lest	Relevante artikler
«Breast cancer» «Coping» «Mastectomy»	2007-2017 Academic Journal Engelsk	19	3	«Body image and psychological distress after prophylactic mastectomy and breast reconstruction in genetically predisposed women: A prospective long-term follow-up study» (den Heijer et al., 2011).
«Coping strategies» «Breast cancer»	2007-2017 Academic Journal Norsk	1	1	«'It's about my life'. Cancer patients' coping potential, as expressed through their messages in an online discussion forum» (Varre, Slettebø & Ruland, 2011).

Søk i CINAHL  
22. mars, 2017

Søkeord	Avgrensing	Antall treff	Artikler lest	Relevante artikler
«Cop*» «Breast cancer»	2007-2017 Engelsk	1179	4	«If I don't laugh, I'll cry: Exploring humor coping in breast cancer.» (Melton, 2016).

Søk i PubMed  
27. mars, 2017

Søkeord	Avgrensing	Antall treff	Artikler lest	Relevante artikler
«Body image» «Breast cancer» «Mastectomy»	2007-2017	279	3	«Body Image of Women with Breast Cancer After Mastectomy: A Qualitative Research.» (Koçan & Gürsoy, 2016).

Søk i CINAHL

27. mars, 2017

Søkeord	Avgrensing	Antall treff	Artikler lest	Relevante artikler
«Breast cancer» «Qualitative» «Cop*»	2007-2017 Engelsk	156	2	«What to listen for in the consultation. Breast cancer patients' own focus on talking about acceptance-based psychological coping predicts decreased psychological distress and depression» (Jensen et al., 2014).

Vedlegg 2: Tabell over valgt forskning

Artikkel	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utvalg	Resultat/funn
1. «Body image of women with breast cancer after mastectomy: A qualitative research» (Koçan & Gürsov, 2016).	Å få en helhetlig og dyp forståelse for hvilken effekt mastektomi har på kroppsbilde til kvinner.	En kvalitativ studie gjort ved hjelp av enkeltintervju.	20 kvinnelige pasienter som nylig hadde fått utført mastektomi på grunn av brystkreft. Pasientenes alder var mellom 18-60 år.	Funnene i studien beskriver kvinner som føler tap av seg selv, både som individ og kvinne. De ønsket å kle seg på en måte hvor man ikke kunne se tapet av brystet, og flere følte relasjonen til ektemannen var forandret. Studien viser til at støtte og informasjon fra sykepleier er nødvendig, og at sykepleier kan lære bort mestringsferdigheter for å forberede kvinnene på tiden som kommer.
2. «I just have to move on»: Women's coping experiences and reflections following their first year after primary breast cancer surgery (Drageset et al., 2015).	Å beskrive kvinnenes individuelle mestringsopplevelser og refleksjoner i løpet av det første året etter at de hadde gjennomgått brystkreftoperasjon.	En kvalitativ studie gjort ved hjelp av enkeltintervju.	10 kvinnelige pasienter som hadde gjennomgått brystoperasjon ca. 1 år før intervju. Pasientenes alder var mellom 48-68 år.	Studien viste at det var individuelle mestringsmetoder blant kvinnene. De hadde en økt følelse av å sette pris på livet. De fokuserte mer på det de synes var viktig i livet. De fleste ville returnere til det vanlige livet.

<p>3. «Det er mitt liv det gjelder» Kreftpasienters beskrivelse av mestringsmuligheter, slik det kommer til uttrykk på et internettbasert diskusjonsforum (Varre et al., 2011).</p>	<p>Å få innsikt og forståelse for kreftpasienters mestringsmuligheter slik det kommer til uttrykk gjennom deres beskrivelser på et internettbasert diskusjonsforum</p>	<p>En kvalitativ studie utført ved å analysere diskusjonsinnleggene på en lukket gruppe for kreftpasienter.</p>	<p>Det var 162 pasienter som fikk tilgang til forumet, men kun 62 av disse var deltagende med innlegg. 45 kvinner og 17 menn. Deltagerne var mellom 35-77 år.</p>	<p>Funnene i studien viser hvordan de mestrer hverdagen, hvilke tanker og spørsmål de har når de får uttrykke seg fritt. De beskriver behovet for å være hovedperson i egen sykdomssituasjon og behovet for å delta aktivt og kunne påvirke situasjonen.</p>
<p>4. «Body image and psychological distress after prophylactic mastectomy and breast reconstruction in genetically predisposed women: A prospective long-term follow-up study» (den Heijer et al., 2011).</p>	<p>Å utforske hvordan psykiske plager og kroppsbilde endret seg etter å ha gjennomgått profylaktisk mastektomi eller fjerning av eggstokkene. De ønsket også å identifisere om det var noen risikofaktorer allerede før operasjon som kunne være med på å utvikle dårlig kroppsbilde over tid.</p>	<p>En kvantitativ studie utført ved at deltagerne har fått spørreskjema i posten tre ganger iløpet av en 6-9 års periode.</p>	<p>36 kvinner med en gjennomsnittsalder på 40 år deltok i studien. Deltagerne var vurdert til høy risiko for å utvikle arvelig brystkreft eller livmorhalskreft og de hadde bestemt seg for å gjennomgå profylaktisk mastektomi eller profylaktisk fjerning av eggstokkene.</p>	<p>Aktiv mestring og sosial støtte førte til mindre problemer relatert til bryst og generelt kroppsbilde. Psykiske plager og angst for kreft reduseres etter profylaktisk mastektomi over tid, men det går på bekostning av kroppsbilde. Undersøking av mestringsstiler og kroppsbilde til kvinner før en profylaktisk operasjon kan bidra til å identifisere sårbare kvinner som kan ha nytte av ekstra støtte.</p>

### Vedlegg 3: Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk

#### **SJEKKLISTE FOR Å VURDERE KVALITATIV FORSKNING**

Målgruppe: studenter og helsepersonell

Hensikt: øvelse i kritisk vurdering

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

*Kan vi stole på resultatene?*

*Hva forteller resultatene?*

*Kan resultatene være til hjelp i min praksis?*

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på de ulike punktene.

Referanse:

1. Critical Appraisal Skills Programme. [www.casp-uk.net](http://www.casp-uk.net)

I dette vedlegget vil jeg gi eksempel på kildekritikk.

Sjekklisten er hentet fra Kunnskapssenteret (2017)

Link finnes i referanselisten.

Den kvalitative studien jeg kritisk vurderer er av Varre, Slettebø & Ruland (2011).

Se referanseliste for fullstendig kilde.

## INNLEDENDE SPØRSMÅL

<b>1. Er formålet med studien klart formulert?</b> <i>TIPS:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er det oppgitt en problemstilling for studien?</li> </ul>	<b>Ja</b> <input checked="" type="radio"/>	<b>Uklart</b> <input type="radio"/>	<b>Nei</b> <input type="radio"/>
<b>2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</b> <i>TIPS:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?</li> </ul>	<b>Ja</b> <input checked="" type="radio"/>	<b>Uklart</b> <input type="radio"/>	<b>Nei</b> <input type="radio"/>

## KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?

<b>3. Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</b> <i>TIPS:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er utvalg, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet og begrunnet?</li> </ul>	<b>Ja</b> <input checked="" type="radio"/>	<b>Uklart</b> <input type="radio"/>	<b>Nei</b> <input type="radio"/>
<b>4. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?</b> <i>TIPS:</i> <p>I <b>strategiske utvalg</b> er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er det gjort rede for hvem/hva som ble valgt ut og hvorfor? Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (rekrutteringsstrategi)?</li> <li>• Er det gjort rede for hvorfor noen valgte ikke å delta?</li> <li>• Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, osv.)?</li> </ul>	<b>Ja</b> <input checked="" type="radio"/>	<b>Uklart</b> <input type="radio"/>	<b>Nei</b> <input type="radio"/>
<b>5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?</b> <i>TIPS:</i> <p>Datainnsamlingen må være omfattende nok både i bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er metoden som ble valgt god for å belyse</li> </ul>	<b>Ja</b> <input checked="" type="radio"/>	<b>Uklart</b> <input type="radio"/>	<b>Nei</b> <input type="radio"/>

**Kommentar:**  
 utvalg, datainnsamling og analysering er godt beskrevet

**Kommentar:**  
 utvalget er beskrevet både som tekst og i tabell. 62 personer var deltagende, 45 kvinner og 17 menn. Personene var mellom 35-77 år. Rekrutteringen har skjedd ved selv-rekruttering. Det er ikke gjort rede for hvorfor noen ikke valgte å delta.



Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk

<p>problemstillingen?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Går det klart fram hvilke metoder som ble valgt for å samle data? For eksempel <b>feltstudier</b> (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), <b>intervjuer</b> (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), <b>dokumentanalyse</b>.</li> <li>Er måten data ble samlet inn på beskrevet (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)?</li> <li>Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?</li> </ul>	<p>Dataene har blitt samlet fra forumet over en to års periode. og tabeller er med på å vise hvem som har skrevet, alder, kjønn, men også eksempel på innlegg.</p>
--	--

<p><b>6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</b></p> <p>TIPS: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Er det redegjort for hvilken type analyse som er brukt (for eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.).</li> <li>Er det tydelig redegjort for hvordan analysen ble gjennomført (f. eks. de ulike trinnene i analysen)?</li> <li>Er motstridende data tatt med i analysen?</li> <li>Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskeren har kommet fram til?</li> </ul>	<table border="1"> <tr> <td><b>Ja</b></td> <td><b>Uklart</b></td> <td><b>Nei</b></td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p><b>Kommentar:</b> Det kommer tydelig fram hvordan dataene har blitt analysert og det er tatt i betraktning at dataene kommer fra et forum hvor man ikke har anledning til å spørre deltakerne om ekstra spørsmål.</p>	<b>Ja</b>	<b>Uklart</b>	<b>Nei</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Ja</b>	<b>Uklart</b>	<b>Nei</b>					
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					

<p><b>7. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</b></p> <p>TIPS: Forskningsresultatene blir nødvendigvis påvirket av perspektivet til forskeren. I tillegg vil konteksten som datainnsamlingen foregår innenfor påvirke resultatene.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Har forskeren gjort rede for konteksten som datainnsamlingen foregikk innenfor?</li> <li>Har forskeren gjort rede for sitt teoretiske ståsted og sin faglige bakgrunn?</li> </ul>	<table border="1"> <tr> <td><b>Ja</b></td> <td><b>Uklart</b></td> <td><b>Nei</b></td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p><b>Kommentar:</b> Forskeren beskriver egen tankegang ved analyseing av data. Det kommer også fram negative sider ved måten studien er gjort på.</p>	<b>Ja</b>	<b>Uklart</b>	<b>Nei</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Ja</b>	<b>Uklart</b>	<b>Nei</b>					
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					

<p><b>8. Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?</b></p> <p>TIPS: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller å få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt likt uttrykk. Imidlertid bør slike forskjeller forklares</p>	<table border="1"> <tr> <td><b>Ja</b></td> <td><b>Uklart</b></td> <td><b>Nei</b></td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p><b>Kommentar:</b> Antonovskij trekkes inn for å vurdere funnene.</p>	<b>Ja</b>	<b>Uklart</b>	<b>Nei</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Ja</b>	<b>Uklart</b>	<b>Nei</b>					
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk

<p>tilfredsstillende.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?</li> </ul>			
<p><b>9. Er etiske forhold vurdert?</b></p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ble studien forklart for deltagerne (f.eks. gjennom informert samtykke)?</li> <li>Dersom relevant, ble studien forelagt Etisk komite?</li> </ul>	<p><b>Ja</b></p> <p><input checked="" type="radio"/></p>	<p><b>Uklart</b></p> <p><input type="radio"/></p>	<p><b>Nei</b></p> <p><input type="radio"/></p>

**Kommentar:**  
 Pasientene har gitt samtykke til at kommunikasjonen kan brukes i videnskaplig form. Regional Etisk komité for Helse sør har godkjent studien.

HVA ER RESULTATENE?

<p><b>8. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kan du oppsummere hovedfunnene?</li> <li>Ble funnene diskutert i lys av det opprinnelige formålet med studien?</li> </ul>	<p><b>Ja</b></p> <p><input checked="" type="radio"/></p>	<p><b>Uklart</b></p> <p><input type="radio"/></p>	<p><b>Nei</b></p> <p><input type="radio"/></p>
--	--	---	--

**Kommentar:**  
 Hovedfunnene kommer klart fram og diskuteres i studien.

KAN RESULTATENE BRUKES I MIN PRAKSIS?

<p><b>Hvor nyttige er funnene fra denne studien?</b></p> <p>TIPS:</p> <p>Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. Isteden kan resultatene gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kan resultatene hjelpe meg til bedre å forstå sammenhengen jeg arbeider i?</li> <li>Drøft hvordan funnene kan utvide eksisterende kunnskap og forståelse?</li> </ul>	<p><b>Kommentar:</b></p> <p>Vi får innblikk på en annen måte når det er deltagerne som får spørre spørsmålene og dele tankene sine med andre som er i samme kørt. Formet er anonymt så det kan være enklere å diskutere vanskelige ting når man sitter gjemt bak en skjerm. Deltagene får også bedre tid på seg til å spørre/svare på diskusjonsformet fremfor ved et intervju</p>
--	--