



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001

Predefinert informasjon

Startdato:	25-02-2019 09:00	Termin:	2019 VÅR
Slutt dato:	25-04-2019 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F + Bestått)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 SYKHB30011 PRO1 2018 HØST Haugesund		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 89

Informasjon fra deltaker

Tittel *: Å finne håp i en krise

Antall ord *: 8445

Engelsk tittel *: To find hope in a crisis

Egenerklæring *: Ja

**Inneholder besvarelsen
konfidensiell materiale?:** Nei

**Jeg bekrefter at jeg har
registrert oppgavetittelen
på norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:** Ja

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Håp i en krise

Hope in a crisis

Kandidatnummer 89

Bachelor i sykepleie
Fakultet for helse- og sosialvitenskap
Institutt for helse- og omsorgvitenskap
Campus Haugesund

Innlevering 25.04.19

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

Sammendrag

Tittel: Håp i en krise

Bakgrunn: Brystkreft er den kreftformen som rammer flest kvinner. Tiden etter diagnose og før operasjon er utfordrende, og kan oppleves som en krise. For å finne ut hvordan sykepleier kan møte den nydiagnostiserte kvinnen vil det være nødvendig å ha kunnskaper om hvilke opplevelser kvinnene gjennomgår i venteperioden. Ved at sykepleier innehar forståelse og kunnskap om situasjonen til kvinnene kan sykepleier hjelpe dem til å mestre den sårbare ventetiden, og fremme håp.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleier bidra til å fremme håp og mestring hos kvinner som er nydiagnostisert med brystkreft, i påvente av behandling?

Metode: Litteraturstudie er brukt som metode. Oppgaven er basert på relevant forskning og faglitteratur som er sammenfattet for å svare på problemstillingen.

Oppsummering av funn og konklusjon: Det finnes ingen fasit på hvilken mestringsstrategi som er mest hensiktsmessig for den nydiagnostiserte kvinnen. Mestring kan ses på som en prosess, og vil være like individuell som hver enkelt kvinne. Ved å oppleve tillit, tålmodighet og støtte fra sykepleier kan en håpefull holdning fremmes allerede ved diagnosetidspunktet. Sykepleier bør ha kunnskap om de forskjellige reaksjonene og utfordringene som kvinner opplever i ventetiden. Dette kan forberede kvinnen på hva hun har i vente, og slik fremme håp og mestring.

Nøkkelord: Brystkreft – krise – mestring - håp

Abstract

Title: Hope in a crisis

Background: Breast cancer is the cancer that affects most women. The time after diagnosis and before surgery is challenging and can be experienced as a crisis. In order to find out how the nurse can meet the newly diagnosed woman, it will be necessary to have knowledge of what experiences the women undergo during the waiting period. By nursing understanding and knowledge of the situation of women, nursing can help them cope with the vulnerable waiting time and promote hope.

Research question: How can nurses help promote hope and a sense of mastery in women newly diagnosed with breast cancer, awaiting treatment?

Method: Literature study is used as a method. The thesis is based on relevant research and academic literature summarized to answer the research question.

Summary of findings and conclusion: There is no exact answer in which coping strategy is most appropriate for the newly diagnosed woman. Coping can be seen as a process and will be as individual as every single woman. By experiencing trust, patience and emotional support, a hopeful attitude can be promoted at the time of diagnosis. Nurses should have knowledge of the different reactions and challenges that women experience in the waiting period, this can prepare the woman for what she has in store, thus promoting hope and mastery.

Keywords: Breast cancer – crisis – coping – hope

Innholdsfortegnelse

1 Innledning.....	1
1.1 Oppgavens bakgrunn og hensikt	1
1.2 Presiseringer og avgrensninger i oppgaven.....	2
1.3 Problemformulering	2
2 Teori	3
2.1 Hva er brystkreft.....	3
2.1.1 Utfordringer for pasienten psykososiale behov	4
2.2 Sykepleiefaglig perspektiv	4
2.3 Krise	5
2.4 Mestring.....	6
2.5 Håp	7
2.6 Sykepleierens rolle og funksjon	8
3 Metode.....	9
3.1 Definisjon av metode.....	9
3.2 Litteraturstudie som metode	9
3.3 Søkeprosess	10
3.3.1 Litteratursøk	10
3.3.2 Artikkelsøk.....	11
3.4 Kildekritikk	13
3.5 Forskningsetikk	13
4 Resultater.....	14
4.1 Presentasjon av artikler	14
4.2 Hovedfunn	18
5 Drøft	19
5.1 Den vanskelige overgangen.....	19
5.2 Å mestre en krise	20
5.3 Håpets betydning for mestring	22
6 Konklusjon	25
7 Litteraturliste	26
Vedlegg 1: Søketablell	1
Vedlegg 2: Oversikt over valgte artikler	1
Vedlegg 3: Eksempel Kvalitativ sjekkliste	1

1 Innledning

Brystkreft er den kreftformen som rammer flest kvinner. I 2017 var det 3589 kvinner som fikk brystkreft i Norge (Kreftregisteret, 2018). Risikoen øker med alderen, og omtrent 80 % av de som rammes er over 50 år. Fem år etter at pasienten har fått diagnosen er det nå 90,4 % av kvinnene som lever. Unge kvinner har liten risiko for å få brystkreft, men sykdommen rammer i gjennomsnitt 160 kvinner under 40 år hvert år (Kreftforeningen, 2019).

1.1 Oppgavens bakgrunn og hensikt

En kvinne som får stilt diagnosen brystkreft er som regel en «frisk» kvinne, og vil ofte ha få symptomer før den alvorlige diagnosen stilles. Denne uante overgangen gjør det vanskelig å identifisere seg med pasientrollen, og identitet og verdighet kan føles truet av kreftdiagnosen. I sykepleiefaglig sammenheng kan det være en utfordring å vise kvinnen at hun blir sett, og forberede henne på tiden som kommer (Sørensen, Lorvik, Erntsen, & Almås, 2016, s. 437).

Sykepleierens rolle i møte med den nydiagnostiserte kvinnen med brystkreft er knyttet til psykosial støtte, informasjon, og hjelp til å mestre den endrede livssituasjon (Bredal, 2017, s. 477). Det å få en kreftdiagnose representerer et psykisk traume, og kvinner som får en brystkreftdiagnose kan oppleve å rammes dobbelt psykisk. Tanker rundt usikkerheten om metastaser, lidelse og død, og ikke minst problematikken omkring utseende og kvinneligheten utfordres (Sørensen et al., 2016, s. 440).

Hensikten er å øke kunnskapen om hvilke påkjenninger den nydiagnostiserte kvinnen vil møte i ventetiden etter diagnose, og før operasjon. Mestring og håp var to naturlige aspekter da jeg bestemte meg for å rette oppgaven mot brystkreft. For at jeg som nyutdannet sykepleier skal kunne fremme mestring og håp hos den nydiagnostiserte kvinnen, er det vesentlig at jeg innehar kunnskapen om hvilke utfordringer som venter dem i den sårbare ventetiden.

1.2 Presiseringer og avgrensninger i oppgaven

Oppgaven avgrenses til kvinner, selv om brystkreft også kan ramme menn, da kvinnen utgjør den klart største andelen av tilfellene. Oppgaven avgrenses til kvinner som nylig er diagnostisert med brystkreft, uavhengig av alder. Arenaen vil være på sykehus, da det er her sykepleier vil møte den nydiagnostiserte kvinnen.

Den nydiagnostiserte kvinnen vil bli omtalt som *kvinnen* i oppgaven, og ikke som pasient. Tiden mellom diagnosetidspunkt og operasjon vil bli beskrevet som *ventetiden*. I oppgaven vil det ikke tas stilling til etterbehandling av operasjon, senkomplikasjoner, eller de fysiske konsekvensene selv om de like viktige. Pårørende er en viktig ressurs, men på grunn av oppgavens omfang velger jeg å ikke inkludere sykepleiernes forhold til pårørende.

Informasjon er viktig for den nydiagnostiserte kvinnen, og vil bli drøftet i siste del av oppgaven. I følge pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2. (1999) skal pasienten ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand, men informasjonen skal ikke gis mot pasientens vilje. Omfanget av loven vil ikke bli inkludert i oppgaven for å unngå å skape for mange variabler.

1.3 Problemformulering

Hvordan kan sykepleier bidra til å fremme håp og mestring hos kvinner som er nydiagnostisert med brystkreft, i påvente av operasjon?

2 Teori

2.1 Hva er brystkreft

Brystkreft, *cancer mamma*, er kreft i brystkjertelens melkeganger eller melkekjertler. (Schlichting, 2016, s. 446). Forekomsten av kreftsykdommen har økt betydelig de siste ti årene og er i dag den hyppigste kreftformen blant kvinner. I 2017 var det omtrent dobbelt så mye brystkreft blant norske kvinner enn i 1958. Årsakene til brystkreft er sammensatte, og både genetiske forhold, forhold i fosterlivet og påvirkninger gjennom livet spiller en rolle (Kreftregisteret, 2018). Symptomer på brystkreft er ofte fraværende, det samme gjelder ved forstadier for brystkreft. Ofte er det kvinnen selv som oppdager en kul i brystet og kontakter lege. Ved klinisk undersøkelse kan ny oppstått asymmetri av brystene, inndragning av brystknopp, eller blodig sekret være mistenksomme symptomer (Schlichting, 2016, s. 447).

Kvinner med symptomer på brystkreft skal henvises til brystdiagnostisk senter for utredning (Schlichting & Wist, 2018, s. 333). Diagnostisering av brystkreft foregår i dag etter retningslinjer som kalles trippeldiagnostikk. Denne diagnostiseringen omfatter klinisk undersøkelse av brystet, bilde diagnostikk (mammografi og ultralyd) og vevsprøve tatt med en tynn nål (Sørensen et al., 2016, s. 438).

Thune (2017, s. 463) forklarer at brystkreftsykdommen er komplekse og omfatter ulike typer. Behandlingen og oppfølgingen inndeles etter hvilke celler brystkreften utgår fra. Sørensen et al. (2016, s. 442) skriver at den viktigste behandlingsmetoden for brystkreft er kirurgi, enten alene eller i kombinasjon med cytostatika, strålebehandling og endokrinbehandling. Kirurgisk behandling har som mål å fjerne svulsten. Dersom svulsten i brystet er mindre enn 5 cm, og det ikke foreligger noe spredning er ofte *brystbevarende kirurgi* den foretrukne behandlingsmetoden (Sørensen et al., 2016, s. 442). Mange kvinner vil selv få velge om hvilken operasjonsmetode de ønsker, så lenge det ikke foreligger klare indikasjoner for hvilken metode legen anbefaler. For mange er dette et vanskelig valg, og informasjon fra lege og sykepleier er en forutsetning for at kvinnen kan et forsvarlig valg av operasjonsmetode (Bredal, 2017, s. 478).

2.1.1 Utfordringer for pasienten psykososiale behov

Mennesker som blir utsatt for ulykker og katastrofer beskriver et psykisk traume som utløser stressreaksjoner. Kvinner som blir konfrontert med at de har brystkreft og dermed en potensielt livstruende sykdom vil oppleve de samme stressreaksjonene (Bredal, 2017, s. 477). For at helsepersonell skal kunne hjelpe mennesker som befinner seg i en ny og vanskelig situasjon, må en kjenne til psykiske aspekter og reaksjoner ved alvorlig og livstruende sykdom (Reitan, 2017, s. 82). Å hjelpe mennesker i krise krever noen ganger tverrfaglig samarbeid, i oppgaven vil det kun fokusere på sykepleierens funksjon.

Kreftsykdom gjør det vanskelig å planlegge framtiden. Usikkerheten om kreftsykdommen og fremtiden utløser en mellomtilstand, hvor pasienten veksler mellom håp og fortvilelse, og tanken på at alt ordner seg eller at alt går galt (Dahl, 2016, s. 23). Pakkeforløpet for brystkreft indikerer ventetiden fra diagnosen er endelig og frem til behandling 13 kalenderdager (Helsedirektoratet, 2016). Mange kvinner opplever ventetiden etter diagnosen som utfordrende, og perioden kan være psykisk belastende og preget av usikkerhet (Bredal, 2017, s. 478). Mennesker som opplever å få en kreftdiagnose vil ofte ha spørsmål som vil være med på å styre følelsesreaksjonene på sykdommen, og forventningene til fremtiden. Hvorfor kreftsykdommen rammet, og hvordan informasjon fra helsepersonell skal forstås og håndteres er vanlige spørsmål som pasientene sitter igjen med. I sin tur bestemmer svarene, sammen med personligheten og mestringsmekanismene hvordan pasienten skal takle den nye livssituasjonen (Dahl, 2016, s. 25).

2.2 Sykepleiefaglig perspektiv

Travelbee sin sykepleietenkning bygger på verdier som har lange tradisjoner i sykepleien. Den tar utgangspunkt i pasienten som et enestående individ, vektlegger pasientens opplevelse av situasjonen og sykepleierens rolle i å vise respekt og engasjement for den syke (Kirkevold, 1992, s. 126). Teorien retter seg mot sykepleiefagets mellommenneskelige dimensjon. Med dette menes interaksjonen som foregår mellom pasient og sykepleier, hvordan denne oppleves, og hvilke konsekvenser dette kan ha for pasienten og hans tilstand (Kirkevold, 1992, s. 113). I tillegg til de overnevnte elementene hevder Travelbee at i det mellommenneskelige forholdet kan pasienten hjelpes til å finne håp og mening, og til å mestre opplevelsen av sykdom og lidelse (Travelbee, 2001, s. 171).

Hensikten med sykepleie er ifølge Travelbee (2001, s. 135-137) å hjelpe mennesker med å forebygge og mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig hjelpe dem til å finne mening med disse erfaringene. Gjennom kommunikasjon kan sykepleier formidle omsorg for pasienten, enten verbalt eller non verbalt. Ifølge Travelbee vil sykepleier ha en grunnleggende rolle i å hjelpe syke mennesker i å oppleve håp for å mestre sykdom og lidelse. Hun definerer håp som en mental tilstand hvor en ønsker å nå fram til eller oppnå et mål, samtidig som en har en viss forventning om at det en håper på er oppnåelig. Travelbee knytter håp opp mot tillit, og beskriver tillit som troen på at andre mennesker har mulighet til å hjelpe en i vanskelige situasjoner (Travelbee, 2001, s. 117-120).

2.3 Krise

Å være i en krise er ingen sykdom, men kan være en reel beskrivelse av situasjonen hos som mennesker som opplever alvorlig sykdom (Reitan, 2017a, s. 82).

Cullberg (2007, s. 11) definerer krise som en livssituasjon hvor våre tidligere erfaringer og innlærte reaksjoner ikke er tilstrekkelige til å kunne forstå, og beherske den aktuelle situasjonen. I psykologisk sammenheng blir krise sett i sammenheng med en livssituasjon som overstiger mestringssevnen til en person. Renolen (2015, s. 195) utdyper at det er flere aspekter som spiller inn, for at sykdommen oppfattes som en så stor belastning at den overstiger mestringsressursene. Alvorlig og livstruende sykdommer vil i de fleste tilfeller være en så stor trussel mot livet at krisen er et faktum (Renolen, 2015, s. 194).

Renolen (2015, s. 185) viser til de fire fasene som Cullberg identifiserer i en krise; *sjokkfasen*, *reaksjonsfasen*, *bearbeidingsfasen* og *nyorienteringsfasen*. Hver fase har sine terapeutiske utfordringer, og det er ikke alltid at alle fasene er til stede i en krise. Cullberg (2007, s.128-130) hevder at kunnskap om den indre opplevelsen hos den kriserammede danner grunnlaget for å kunne hjelpe mennesker som befinner seg i en krise. Det vil derfor være hensiktsmessig, både av praktisk-terapeutiske og pedagogiske grunner å dele kriseforløpet inn i fire naturlige faser, som et hjelpemiddel til å orientere seg i krisens forløp.

Cullberg (2007, s. 130) beskriver den første fasen i en krise som *sjokkfasen*. Denne fasen er preget av uvirkelighetsfølelse, og vanskeligheter med å forstå det som har skjedd.

Utfordringer for mennesker i denne fasen er å huske informasjon som blir gitt, og for

sykepleier er det viktig å ha kjennskap til dette. Enkelte mennesker kan virke upåvirkede og rolige, men oppleve et voldsomt kaos på innsiden. Cullberg (2007, s. 131) forklarer også at noen mennesker kan reagere med voldsomme følelsesutbrudd.

Cullberg (2007, s. 131) forklarer videre at neste fase er *reaksjonsfasen*, og sammen med sjokkfasen utgjør disse to tilsammen *krisens akutte fase* og varer ofte i 4-6 uker. Mange vil forsøke å finne mening i kaoset i denne fasen, og reaksjonene vil ofte begynne når den rammede er nødt til å innse virkeligheten av det som har skjedd. I denne perioden er det også naturlig at menneskers forsvarsmekanismer trer frem. Reitan (Reitan, 2017a, s. 84) forklarer at de psykologiske forsvarsmekanismene trer fram for at personen skal tilpasse seg situasjonen.

Cullberg (2007, s. 138-140) beskriver at den akutte fasen er ferdig når *bearbeidingsfasen* begynner. Ofte vil denne vare et halvt- til et år etter sjokket av krisen. Mennesker vil ofte prøve å bearbeide hendelsen i denne perioden. Den siste fasen er *nyorienteringsfasen*, som ikke har noen avslutning. Krisen vil bli en del av livet, som et arr som ikke forsvinner. Enkelte kan oppleve at hendelsen får ny betydning senere i livet.

Videre i oppgaven vil den *akutte fasen* bli omtalt, da det er denne som er aktuell for problemstillingen.

2.4 Mestring

Mestring er et vidt begrep med mange innfallsvinkler. Mennesker vil alle ha ulike måter å mestre krevende situasjoner på. Sykdom og vanskelige hendelser truer vår fysiske eller psykiske helsetilstand, og utfordrer samtidig vår evne til mestring. Mennesker som trenger hjelp til mestring vil måtte utføre mestringsarbeidet selv, sykepleiers rolle vil være å medvirke til at personen opplever mestring (Eide & Eide, 2017, s. 47-48).

Renolen (2015, s. 194) skriver at sjokket som en alvorlig diagnose utløser, setter pasienten ut av balanse, og ulike mestringsstrategier aktiveres. En velkjent teori om mestring knyttet til helse og sykdom er Lazarus og Folkman's stressmestringsmodell som beskriver mestring som en prosess som foregår mellom personen og situasjonen (Renolen, 2015, s. 41).

Lazarus og Folkman (1984, s. 141) definerer mestring som «*kontinuerlig skiftende kognitive og atferdsmessige anstrengelser for å takle spesifikke ytre, eller indre krav som oppleves belastende, eller som overskrider ens ressurser*».

Tanker, følelser og handlinger er avhengig av, og påvirker hverandre i en mestringsprosess. Lazarus og Folkman var opptatt av å se mestring i sammenheng med situasjonen som personen befinner seg i. Deres teori springer ut fra to typer mestringsstrategier, problemfokuset og emosjonsfokuset mestring. Den problemfokusede mestringsstrategien retter seg mot tiltak som fokuserer på å løse et problem eller en vanskelig situasjon. Den dreier seg om omgivelsene hos personen, og hvordan en kan bruke ressursene en har rundt seg til hjelp (Renolen, 2015, s. 169-170).

Ved *følelsesfokuset mestring* prøver en å endre følelsesreaksjonene som oppstår i forbindelse av stress. Mestringsstrategier som forsøker å dempe det følelsesmessige ubehaget hos mennesker, kan være kognitive strategier hvor en unngår informasjon eller situasjoner for å unngå ubehag (Renolen, 2015, s. 170). Følelsesfokuset mestring dreier seg om å endre opplevelsen av situasjonen, mer enn å endre selve situasjonen. Dette kan gi opplevelsen av å ha kontroll over seg selv, sine følelser og over situasjonen (Reitan, 2017a, s. 89).

Renolen (2015, s. 171) hevder at mange vil veksle mellom disse to strategiene i et forsøk på å håndtere en krise, og de to mestringsstrategiene utfyller hverandre og begge er like viktige.

2.5 Håp

Håp kan være en beskyttende faktor når det kommer til hvordan pasientene håndterer sykdommen gjennom hele forløpet. Allerede ved diagnositidspunktet er håp en viktig faktor for pasienter som opplever å få kreft (Utne, 2016, s. 306). Dessuten har sykepleier en viktig rolle i å understøtte håp hos pasienter (Norsk sykepleierforbund, 2011, s. 8).

Det eksisterer en rekke definisjoner av håp av både gammel og nyere dato. Rustøen (2001, s. 44) viser til William F. Lynch (1908-1987) sin forståelse av begrepet håp som den fundamentale kunnskapen og følelsen av at det er en vei ut av vanskelighetene, og at ting kan mestres. Renolen (2015, s. 174) utdyper at håp er sentralt for menneskers mestring. Det er håp som gjør det meningsfullt for alvorlig syke å hente fram indre og ytre ressurser slik at følelsen av at det kan være et lys i tunellen opprettholdes.

Sykepleier må ha kunnskap om hva håp betyr for pasienten for å kunne møte pasienters behov for å finne eller opprettholde håpet. Slik kunnskap kan bidra til at sykepleier kan være med på å styrke eller verne håpet (Lohne, 2016, s. 112). Dette vil også være med på å fremme mestring hos den enkelte. Sykepleierens rolle for å kunne fremme håp hos pasienter kan formidles gjennom å ta seg tid til å snakke, gi informasjon, være vennlig, omsorgsfull og ved å vise respekt og ærlighet (Renolen, 2015, s. 174). Sykepleiere er i en unik posisjon når det gjelder å fremme pasientens håp gjennom mellommenneskelige prosesser, og god kommunikasjon mellom pasient og sykepleier kan hjelpe pasienten til å utvide sin mestringsevne (Reitan, 2017b, s. 113).

Lohne (2016, s. 122) beskriver at det å skulle formidle et negativt budskap til en pasientens kan oppleves som det motsatte av det å skulle verne om pasientens håp.

For sykepleier er det viktig å være klar over at ens egen adferd, holdninger og ordbruk i møte med den kreftrammede kan være medvirkende til om om pasienten opplever mismot eller håp (Lorentsen & Grov, 2016, s. 398).

2.6 Sykepleierens rolle og funksjon

Å formidle dårlige nyheter innebærer ikke bare å informere, men også å møte pasientens emosjonelle reaksjoner og behov for hjelp på en god måte. Med dårlige nyheter menes informasjon om noe negativt som kommer brått og uventet (Eide & Eide, 2017, s. 223).

Reitan (2017b, s. 108) påpeker at det er legens ansvar å informere pasienten om diagnose, behandlingsmuligheter og eventuelle komplikasjoner eller bivirkninger ved sykdommen. Ansvar til sykepleier er å informere om det som er aktuelt i utøvelsen av sykepleie til pasienten, og informasjon relatert til behandlingsopplegget.

Sykepleier har også en viktig oppgave i å finne ut hva pasienten vet om sin egen sykdom, og hvordan han selv oppfatter situasjonen (Reitan, 2017b, s. 115).

Kommunikasjon er langt mer enn formidling av informasjon. Først og fremst er det et sentralt element for å bli kjent med pasienten, forstå og møte pasientens behov og hjelpe vedkommende til å mestre sykdom (Reitan, 2017b, s. 104).

3 Metode

3.1 Definisjon av metode

Sosiologen Vilhem Auberg [sitert i Dalland, 2017, s. 51] formulerer metode slik: «En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder».

Metoden forteller oss og hvordan vi bør gå frem for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Metoden hjelper oss å samle inn nødvendig data og informasjon, og kan enkelt forklares som et redskap en tar i bruk i møte med det en ønsker å undersøke (Dalland, 2017, s. 51-52).

3.2 Litteraturstudie som metode

Denne oppgaven er en litteraturstudie. En litteraturstudie har som hensikt å beskrive kunnskap innenfor et bestemt område eller tema. Metoden baserer seg på et tydelig formulert spørsmål som besvares systematisk gjennom å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning (Forsberg & Wengström, 2015, s. 27). Hensikten med en litteraturstudie er å gi leseren oversikt og forståelse av den kunnskapen som finnes rundt temaet som problemstillingen etterspør. Litteraturstudie skaper med andre ord ingen ny kunnskap, men ved å sammenligne å kunnskap fra ulike litteratur og artikler kan en komme fram til nye erkjennelser (Støren, 2013, s. 17).

Denne litteraturstudien baserer seg på pensumlitteratur, selvvalgt litteratur og forskning. Oppgaven inkluderer både kvalitative og kvantitative forskningsartikler for å belyse problemstillingen.

Den kvalitative metoden derimot kjennetegnes ved å fange opp dybdekunnskapen om menneskelige opplevelser, erfaringer og tanker som ikke lar seg tallfeste eller måle. Innhenting av data skjer ofte i direkte kontakt med feltet, og metoden består av intervjuer som ikke alltid har faste svaralternativer. Dette vil få frem sammenhengen og helheten i det man ønsker å undersøke (Dalland, 2017, s. 52-53). En kvantitativ metode kjennetegnes ved å få frem det representative, det som er gjennomsnittlig, og fokuserer mer på breddekunnskapen. Denne metoden består ofte av spørreundersøkelser og lignende for å kunne gi målbare data,

som kan overføres til tall. Dette gir mulighet for å regne ut et gjennomsnitt av det som er undersøkt og sammenligne informasjonen (Dalland, 2017, s. 52-53).

I første omgang ønsket jeg å fange opp dybdekunnskap for å rette fange opp kvinnenes opplevelse av å bli rammet av brystkreft, og være i påvente av behandling, da vil kvalitative metoder være nyttig. Da kvalitative metodene ofte inkluderer et mindre utvalg i studiene, ønsket jeg å finne kvantitative artikler som fanget opp fakta kunnskaper som kanskje retter seg mot flere antall mennesker.

Artikkel til Brown, Refeld , & Cooper (2018) har en kombinert tilnærings metode, både kvantitativ og kvalitativ. Ved å kombinere kvalitativ og kvantitativ tilnærming kan en veie opp for de svakhetene som er forbundet ved å bare benytte en metode, dette kalles Metodetriangulering (Thindeman, 2015, s. 79). Artikkelen til Emanuela , Letizia , & Chiara (2015) er en kvalitativ metode, men en fenomenologisk tilnærming. Gjennom en fenomenologisk tilnærming ønsker man å studere menneskelige opplevde erfaringer. I intervjuer kommer disse erfaringene fram til forskeren gjennom fortellinger fra den som har opplevd dem. Formålet er å gjengi helheten i en spesiell erfaring slik som informantene opplevde det. Funn fra slike studier kan gi bedre forståelse av hvordan en pasientgruppe opplever sin situasjon (Nortvedt, Jamtvedt , Graverholt , Nordheim , & Reinart , 2012, s. 73). Artikkelen til Lally (2010) har en kvalitativ metode, som tar i bruk tilnæringsformen Grounded Theory. Nortvedt et al., (2012, s. 74) forklarer at studier som bruker denne tilnæringsformen retter fokuset på å finne fram til en teoretisk forklaring av de sosiale prosessene menneskene gjennomgår.

3.3 Søkeprosess

3.3.1 Litteratursøk

For å finne aktuell litteratur innenfor emnet ble Oria brukt, som er Høgskolen på Vestlandet sin database. Det ble brukt flere søkeord alene og kombinert sammen; brystkreft, informasjon, kommunikasjon, håp, mestring, ventetid, og diagnose. Det er også brukt litteratur fra pensum som retter seg mot brystkreft, håp, mestring og sykepleierens funksjon. Jeg har også inkludert informasjon fra kreftforeningen, kreftregisteret, og helsebiblioteket sine nettsider.

3.3.2 Artikkelsøk

Høgskolen sine helsefaglige databaser er brukt for å finne relevant litteratur har. Databasene SVEMED+, PUBMED og CINAHL er brukt i søkeprosessen. Alle inneholder fagfelleverdertforskning om helse og sykepleie. Utover i søkeprosessen endte jeg til slutt opp med å bruke en artikkel fra PubMed, og fire artikler fra databasen Cinahl.

For å få et systematisk søk som rettet seg mot problemstillingen min brukte jeg rammeverket PICO som hjelp. Ifølge Nortvedt et al., (2012, s. 33) representerer PICO en måte å dele opp søket på, slik at det struktureres på en hensiktsmessig måte.

Pasient / Problem	Intervensjon / Hva	Outcomes / Resultater
Breast cancer or Breast neoplasm	Newly diagnos* or Pretreatment or Preoperative period	Cope or Coping or Hope or Support or Patient`s experiences or emotion

← and →

I søkestrategien ble AND brukt mellom søkeordene for å avgrense, og OR ble brukt for å utvide søket. For å få hjelp til gode søkeord brukte jeg Helsebiblioteket for å finne engelske MeSH ord. Mesh ordene som er brukt er; Breast cancer or breast neoplasms, cope or coping.

Jeg ønsket å finne artikler som inkluderte kvinnenes erfaringer og opplevelser av å bli rammet av brystkreft, da denne kunnskapen vil være verdifull for at sykepleieren skal kunne forstå deres situasjon. I første omgang utførte jeg et bredt søk for å finne ut hva som fantes av forskning hos nydiagnostiserte kvinner med brystkreft. Det var noe utfordrende å finne artikler som baserte seg på opplevelser fra kvinner i ventetiden, mellom diagnose og før behandling, da mange rettet seg mot tiden etter behandling.

I begynnelsen av søket valgte jeg å avgrense til artikler som ikke var eldre enn 5 år, for å kunne bygge oppgaven på nyest forskning. Ved å utvide søket på grunn av manglende treff, valgte jeg å sette grensen til artikler som var innen 10 år gamle. Etter å ha lest flere artikler valgte jeg å sette grensen her. Jeg konkluderte med at opplevelsene og erfaringene som jeg var ute etter hos deltakerne i studiene, ikke nødvendigvis har endret seg i løpet av denne perioden.

Som nevnt ble databasen CINAHL brukt i søkene til fire av artiklene.

I første søk brukte jeg søkeordene; *breast cancer or breast neoplasm and newly diagnos* and support and patient`s eperiences*, jeg fikk da opp 27 treff og artikkelen til Drageset, Lindtsrøm, & Underlid, (2009) ble valgt fra dette søket.

I det andre søket brukte jeg søkeordene; *breast cancer or breast neoplasm and newly diagnos* and patient`s experiences and cope or coping*, dette resulterte i 6 treff og artikkelen til Drageset, Lindstrøm, Giske, & Underlid (2012) ble inkludert.

Videre i søket inkluderte jeg søkeordene *nurse or nursing* for å få frem artikler som sa noe om sykepleierens funksjon, eller kvinnenens opplevelse av sykepleierens rolle. Ved å bruke søkeordene; *breast cancer or breast neoplasm and pretreatment or preoperative period and nurse or nursing*, fikk jeg 18 treff. Artikkelen til Brown et al., (2018) og Lally (2010) ble inkludert i dette søket.

Det er gjort en del forskning på brystkreftpasienter, og kreftpasienter generelt som ser på opplevelsen av håp, men artiklene retter seg i mot tiden *etter* behandling, og ofte i forbindelse med senkomplikasjoner, eller ved tilbakefall av sykdommen. Artikkelen til Emanuela et al., (2015) var et av resultatene som jeg fikk med søk i databasen PubMed. Søkeordene som ble brukt var; *breast cancer and hope and emotion*, og gav treff på 33 artikler.

I Vedlegg 1 presenteres søkeprosessen i tabell.

3.4 Kildekritikk

Kildekritikk betyr å vurdere å karakterisere den litteraturen en har funnet. Hensikten er at leseren skal få del i de refleksjonene som gjøres underveis. Kildekritikk er viktig for å få frem hvilken relevans og gyldighet litteraturen har når det gjelder å belyse problemstillingen på oppgaven (Dalland & Trygstad, 2017, s. 158). I søkeprosessen ble det vektlagt at artiklene hadde IMRaD-struktur. De fleste vitenskapelige artikler innenfor medisin og helsefag er bygd opp etter IMRaD-prinsippet (Thindeman, 2015, s. 68). Det er også brukt sjekklister fra kunnskapsbasert praksis for å fastslå troverdighet, relevans og gyldighet av artiklene. Sjekklister er laget som pedagogisk verktøy for å lettere kunne kritisk vurdere vitenskapelige artikler (Helsebiblioteket, 2016). Det er også målbevisst tatt i bruk artikler som fagfellevurdert, *peer review*. De valgte forskningsartiklene er skrevet på engelsk, dette kan være en svakhet da det kan være setninger som jeg har misforstått eller feiltolket.

I Vedlegg 2 presenteres artiklene i tabell med kritisk vurdering.

I vedlegg 3 vises et eksempel på hvordan jeg har tatt i bruk en sjekklister for en av artiklene som var kvalitativ metode.

3.5 Forskningsetikk

Kunnskap om mennesker, deres livssituasjon og måten de forholder seg til samfunnet på, er det bare mennesker selv som kan gi oss. For å få denne kunnskapen, er vi avhengig av tillit. Etske overveielser handler om å tenke gjennom hvilke utfordringer arbeidet vårt medfører (Dalland, 2017, s. 235). God etikk er et viktig aspekt i all vitenskapelig forskning. Interessen for å innhente ny kunnskap skal alltid veies opp mot kravet for å beskytte menneskene som deltar i undersøkelsene (Forsberg & Wengström, 2015, s. 59).

Min oppgave er å presentere artiklene i oppgaven, som baserer seg på mennesker på en hensiktsmessig måte. Jeg har vært bevisst på å bruke forskning som har god anonymisering av deltakeren, og som er godkjent av en etisk komité. Ifølge Forsberg & Wengström (2015, s. 59) er det viktig å velge forskning som er godkjent fra en etisk komité, eller hvor det er tatt strenge etske hensyn når en velger forskningsartikler.

4 Resultater

4.1 Presentasjon av artikler

Nedenfor presenteres forskning som belyser min problemstilling. Artiklene presenteres mer utfyllende i vedlegg 2.

Artikkel 1: Coping with breast cancer: between diagnosis and surgery

Forfatter: Sigrunn Drageset, Torill Christine Lindstrøm & Kjell Underlid, 2009.

Hensikt: Å beskrive mestringsstrategier som ble brukt av nydiagnostiserte kvinner med brystkreft i tiden mellom diagnose og kirurgisk behandling.

Metode: Kvalitativ tverrsnittstudie, data ble innhentet ved hjelp av individuelle semi strukturerte intervjuer.

Utvalg: 21 norske kvinner med nyoppdaget brystkreft.

Resultat: De vanligste mestringsstrategiene som ble brukt av kvinnene i ventetiden kunne deles inn i fem kategorier;

Ta en ting om gangen: var at mesteparten av kvinnene mestret tiden etter diagnose ved å ta en ting om gangen. Denne strategien lot kvinnene holde fokuset på nåtiden, og ignorere fremtidige utfordringer. *Fortrenge diagnosen og operasjon:* Kvinnene forklarte at ved å unngå å tenke på hva som kom til å komme, unngikk de å bli overveldet med følelsesmessig stress.

Fokusere på hverdagen og nyte livet: Det var nyttig for kvinnene å fokusere på hobbyer, hagearbeid, musikk og andre aktiviteter for å kunne leve i nuet. *Håndtering av følelser:* kvinnen oppleve følelsesmessig stress etter diagnosen, det var viktig å håndtere disse følelsene for å kunne håndtere ventetiden. *Håpe på det beste men forberede seg på det verste:* Noen ønsket å ha en håpefull holdning, men for enkelte av kvinnene var det ikke aktuelt for dem å håpe, dette forberedte dem på at de kanskje ikke kunne bli friske etter behandling. Studien konkluderer med at steg for steg var den mest hensynsfulle mestringsstrategien for kvinnene i studien. Denne gav kvinnene tid til å bearbeide følelser, og informasjon gradvis.

Studiens relevans for oppgaven: Studien er aktuell for oppgaven da den viser til ulike mestringsstrategier som blir brukt av kvinner som er nylig brystkreftdiagnostisert. Videre kommer det frem at sykepleier kan fremme mestring ved å ha kunnskap om de ulike mestringsstrategiene i møte kvinnene i ventetiden.

Artikkel 2: Acclimating to breast cancer: a process of maintaining self-integrity in the pretreatment period.

Forfatter: Robin M. Lally, 2010

Hensikt: Formålet til studien var å utvikle en teori om tankeprosessen og adferden til kvinner som er diagnostisert med brystkreft før de skal gjennom kirurgisk behandling.

Metode: Kvalitativ metode som tar i bruk tilnæringsformen Grounded Theory. Data ble hentet ut gjennom individuelle intervjuer.

Utvalg: 18 kvinner ved et brystsenter i USA, i alderen 37-87 år. Kvinnene ble intervjuet 6-21 dager etter diagnose, og var i påvente av kirurgisk behandling.

Resultat: Resultatet i studien utviklet en teori om en prosess kvinnene gikk igjennom i denne perioden. De tre elementene som ble inkludert i prosessen var;

Oppsummering av hendelsen: Kvinnene opplevde sjokk og følelsesmessige påkjenninger ved diagnosetidspunkt, uavhengig av hvor forbedret de var. Identitet og verdigheten ble truet.

Mestringsmetode: Kvinnene tar i bruk ulike mestringsmetoder. Noen fokuserte på hva de måtte gjøre her og nå. Og ønsket ikke tenke på hvilke konsekvenser sykdommen medførte. Samtidig var det noen kvinner som ønsket å få kontroll over situasjonen ved å innhente informasjon.

Akseptering av situasjonen: Å opprettholde integriteten etter diagnostisering var utfordrende. Kvinnene ønsket ikke å identifisere seg som «en kvinne med brystkreft». Kvinnene som kom seg over det emosjonelle sjokket, beveget seg i en retning hvor de ønsket å akseptere den nye situasjonen.

Studiens relevans for oppgaven: Studien er aktuell for oppgaven da den identifiserer aktuelle tankeprosesser, og handlingsmønstre som nydiagnostiserte kvinner gjennomgår i påvente av kirurgisk behandling. Teorien som artikkelen utvikler er aktuell da den beskriver ulike mestringsstrategier som kvinnene tar i bruk i denne perioden.

Artikkel 3: Timing and mode of breast care nurse consultation from the patients perspective

Forfatter: Brown, Refeld , & Cooper, 2018

Hensikt: Studiens hensikt var å undersøke om det var forskjeller på hvordan kvinner med brystkreft opplevde konsultasjonen med sykeleier i tiden mellom diagnose og operasjon.

Metode: Studien bruker en parallell metode hvor både kvantitativ og kvalitativ tilnærming er benyttet. Data ble hentet ut gjennom et spørreskjema basert på lukkede og åpne spørsmål.

Utvalg: 67 kvinner ved et sykehus i Australia deltok i studien. Alle kvinnene hadde planlagt operasjon i nærmeste framtid.

Resultat: Kvinnene som hadde konsultasjon med sykeleier i tiden før operasjon opplevde mer trygghet i form av både emosjonell og praktisk støtte. Kvinnene som ikke hadde kontakt med sykeleier før operasjon opplevde at de ikke var forberedt på operasjon, og savnet noen å snakke med som kunne vært til hjelp for å forstå de følelsesmessige reaksjonene i denne perioden. Kvinnen som hadde samtale med sykeleier via telefon oppgav at de fikk tilfredstillit en del av sine behov, men at de hadde forstrukket et aktuelt møte med en sykeleier ansikt-til-ansikt.

Studiens relevans for oppgaven: Studien er aktuell da den viser hvordan sykeleier kan forberede, gi støtte og ivareta den ny diagnostiserte kvinnen. Studien påpeker at sykeleiers tilgjengelighet tidlig i venteperioden bidrar til at kvinner klarer å håndtere følelser, tanker og andre utfordringer de kan møte denne tiden.

Artikkel 4: What Is Hope For Breast Cancer Patients? A Qualitative Study

Forfatter: Saita Emanuela, De Luca Letizia & Acquati Chiara, 2015

Hensikt: Studiens hensikt er å undersøke hvordan kvinner som er nydiagnostisert med brystkreft opplever håp.

Metode: Studien har en kvalitativ metode med en fenomenologisk tilnærming. Data ble hentet gjennom semistrukturerte intervjuer.

Utvalg: Fire kvinner i 50 årene ble intervjuet etter operasjon av brystbevarende eller mastektomi inngrep ved et sykehus i Italia.

Resultat: Resultatene viser at håp er et viktig element for å kunne håndtere brystkreftdiagnosen. Ved diagnosetidspunkt beskrev kvinnene at måten diagnosen ble formidlet på hadde stor betydning. Kvinnene gjenlevde ofte denne situasjonen, og prøvde å finne en mening i ordene som ble sagt. Kvinnene uttrykte at måten de ble møtt på, hadde

betydning for tiden etter diagnosetidspunktet. Ved at sykepleier møtte kvinnene på deres nivå gav det kvinnene selvsikkerhet til å ha tro på seg selv i en ny situasjon.

Studiens relevans for oppgaven: Artikkelen er aktuell for oppgaven da den viser at håp er et viktig element for mennesker i en vanskelig situasjon. Den viser til flere måter helsepersonell kan h medvirke for å opprettholde håpet i venteperioden.

Artikkel 5: «The Support I Need», Women`s experiences and social support avfter having received breast cancer diagnosis and awaiting surgery.

Forfatter: Drageset, Lindstrøm, Giske, & Underlid, 2012.

Hensikt: Studiens hensikt var å beskrive kvinners individuelle opplevelser av sosial støtte, i tiden mellom diagnose og kirurgisk behandling. Den sosiale støtten gjaldt både utenfor og i helsevesenet.

Metode: Kvalitativ tverrsnittstudie, data ble innhentet ved bruk av individuelle intervjuer dagen før operasjon.

Utvalgt: 21 kvinner ved et norsk sykehus. Det ble gjennomført intervjuer dagen før operasjon, og før den individuelle preoperative informasjonen ble gitt.

Resultat: Resultatene i studien viser til fem ulike temaer som fremsto som essensielle for at opplevelsen av støtte var optimal i denne perioden.

Tilgjengelig støtte; Helsepersonell hadde en viktig rolle i å støtte kvinnene i ventetiden, og med å gi kunnskap og forståelse om utfordringene de gikk gjennom.

Informasjon og råd; Kunnskap fra sykepleier var viktig for kvinnene som opplevde usikkerhet, råd fra det sosiale nettverket kunne til tider være påtrengende og vanskelig og forholde seg til.

Omsorg; Omsorg fra pårørende var viktig for kvinnens opplevelse av støtte. Måten sykepleier ivaretok kvinnene ble også sett på som betydningsfull omsorg.

Å ha fortrolige; Pårørende var en viktig ressurs når kvinnen opplevde emosjonelle påkjenninger i ventetiden.

Balansere avstand og nærhet i det sosiale nettverket; Støtte og råd fra pårørende og venner kunne til tider være krevende, men på samme tid nødvendig. Det var viktig for kvinnene å få en balanse i hvordan de skulle forholde seg til denne støtten.

Studiens relevans for oppgaven: Studien er aktuell da den fremhever sykepleierens støttende rolle, og nødvendigheten av kunnskap fra helsepersonell i ventetiden.

4.2 Hovedfunn

Funn fra artiklene viser det er utfordrende for kvinnene å akseptere rollen som en brystkreftpasient, og verdigheter er truet. To av artiklene beskriver ulike mestringsstrategier som ble brukt i den vanskelige ventetiden, og en av studiene viser at ved å ta en ting om gangen kan hjelpe kvinnene til å mestre ventetiden. Samtidig var innhenting av informasjon var viktig for flere av kvinnene, som ønsket å tilegne seg kunnskap om sykdommen. En håpefull holdning kunne fremmes allerede ved diagnosetidspunktet, og sykepleierens væremåte hadde stor betydning. Ved å møte en sykepleier som kunne gi både emosjonell støtte og formidle kunnskap bidro dette til håp og økt tro på seg selv hos den enkelte.

5 Drøft

I dette kapittelet vil sentrale funn fra artiklene blir drøftet opp i mot litteratur og egne refleksjoner. Teoretikerne Travelbee og Lazarus & Folkman er opptatt av å se pasientens forståelse av situasjonene, og oppgaven videre vil legge vekt på den individuelle opplevelsen hos den nydiagnostiserte kvinnen. For å kunne gi en helhetlig forståelse, og for å kunne svare på problemstillingen vil oppgaven vil drøftet videre i tre overskrifter; *Den vanskelige overgangen, å mestre en krise og håpets betydning for mestring.*

5.1 Den vanskelige overgangen

Den korte overgangen fra å være en frisk kvinne, til en kvinne med brystkreft gjør det vanskelig å sette seg inn i pasientrollen. Ifølge Dahl (2016, s. 24) vil pasientrollen være ukjent og utfordrende for mennesker som får en kreftsykdom. Det kan ta tid å tilpasse seg denne nye rollen, som representerer både tap og krenkelse av selvfølelsen. Brystet er et symbol på det feminine hos kvinner, og det kan tenkes at kvinner som blir rammet av brystkreft vil oppleve at selvoppfatningen og identiteten blir truet. I studien til Lally (2010) forklarer kvinnene at å opprettholde integriteten etter diagnostisering var utfordrende. Kvinnene ønsket ikke å identifisere seg som «en kvinne med brystkreft», og tanken om at de havnet i denne gruppe gjorde dem ukomfortable. Lignende svar kommer frem i studien til Drageset et al., (2009), hvor kvinnene uttrykte at det var vanskelig å akseptere diagnosen da de ellers følte seg friske. Bredal (2017, s. 477) forsterker dette med å utdype at verdigheten til kvinnen blir truet i det hun må innta rollen som pasient. Travelbee (2001, s. 64) tar avstand fra begrepet pasient og skriver at en av sykepleierens viktigste rolle er å se mennesket bak pasienten, først da kan sykepleier finne ut hvilke behov pasienten har.

Et viktig aspekt som ikke kan overses er at det kan være en utfordring for sykepleieren, i møte med den nydiagnostiserte kvinnen, å vise at hun blir sett og å forberede henne på tiden som kommer. Dette beskriver Sørensen et al., (2016, s. 438) som legger vekt på at det er viktig å møte kvinnene på hennes egne premisser for å få til dette. Den nydiagnostiserte kvinnen ønsker å bli sett, forstått, respektert og verdsatt som en enkelt person, og ikke bare som en kvinne med brystkreft (Drageset et al., 2012). Eide & Eide (2017, s. 17) forklarer at ved å forholde seg åpent og anerkjennende til pasienten som en unik person, kan sykepleier fremme

tillit og bygge en relasjon med pasienten. Dette forutsetter at sykepleier er oppmerksomt til stede og lytter til det som blir sagt.

Ved at sykepleier møter den nydiagnostiserte kvinnen som et menneske, og ikke kun som en pasient som mottar en diagnose, kan sykepleier hjelpe og styrke kvinnen i den vanskelige overgangen. Dette vil også være i tråd med Travelbees (1999, s. 35) menneskesyn som retter seg mot at hvert enkelt mennesker er verdifullt, og nødvendigheten med å se den unike personen bak diagnosen. For at sykepleier skal kunne møte kvinnen på hennes egne premisser er det viktig å lytte til kvinnens bekymringer og være til stede og opptre støttende. Dette vil være nødvendig for at sykepleier skal kunne skape en relasjon til kvinnen, og dermed gi henne en opplevelse av trygghet i den sårbare ventetiden.

5.2 Å mestre en krise

Det finnes ingen oppskrift på hvordan kriser skal mestres. Hvordan mennesker mestrer alvorlig sykdom kan forklares med hvordan de møter følelser, problemer, og ulike belastninger i forbindelse med sykdommen (Lode, 2016, s. 40). Ifølge Lazarus & Folkman, (1984, s. 143) må man kjenne til de forskjellige tankene og handlingene hos menneskene, for å kunne forstå hvordan de mestrer den aktuelle situasjonen.

Et av hovedfunnene i studien til Drageset et al., (2009) var at mesteparten av kvinnene mestret tiden etter diagnose ved å ta en ting om gangen. Denne strategien lot kvinnene holde fokuset på nåtiden, og ignorere fremtidige utfordringer. Kvinnene forklarte at ved å unngå å tenke på hva som kom til å komme, unngikk de å bli overveldet med følelsesmessig stress.

Samme måte å møte sykdommen på blir beskrevet av flere av kvinnene i studiene til Lally (2010), hvor det kommer fram at de ikke ønsket å tenke på hvilke konsekvenser sykdommen medførte, men heller fokusere på hva de måtte gjøre her og nå. Lazarus & Folkman (1984, s. 145) beskriver den følelsesfokuserte mestringen hvor mennesker prøver å endre de emosjonelle reaksjonene som en opplever i situasjonen. Cullberg (2007, s. 133) forklarer også at i den akutte fasen av en krise vil mennesker bruke ulike forsvarsmekanismer for å redusere tanker og opplevelser om det som truer den indre bevisstheten. Isolering av følelser er et av de vanligste forsvarene, og kan fungere som en midlertidig beskyttelse. Cullberg (2007, s. 134) forklarer videre at dersom denne fornektelsen av følelser ikke forsvinner, kan det ha uheldige konsekvens og komme til uttrykk i form av andre symptomer som angstreaksjoner senere.

Denne teorien kan ses i sammenheng med studien til Lally (2010) hvor de fant at de kvinnene som kom seg over det emosjonelle sjokket, klarte å bevege seg i en retning hvor de ønsket å tilpasse seg den nye situasjonen.

Ifølge Eide & Eide (2017, s. 47) er det sykepleiers rolle å medvirke til at personene opplever mestring, selv om mesteparten av arbeidet må ligge hos personen selv. Dette samsvarer med et av funnene i studien til Brown et al., (2018) som viser at sykepleiers tilgjengelighet tidlig i ventetiden bidro til at kvinnene klarte å håndtere følelser, tanker og andre utfordringer de møtte i denne tiden. Sykepleier må ifølge Reitan (2017a, s. 82) ha kjennskap til hvilke reaksjoner som kan komme hos mennesker etter å ha blitt fortalt de har en alvorlig sykdom. Culleberg (2007, s. 128) understøtter dette med å si at kunnskap om de opplevelsene som mennesker går igjennom i en krise, er selve grunnlaget for å kunne hjelpe dem. I studien til Brown et al., (2018) var det å møte en kunnskapsrik sykepleier, som var sikker på seg selv, en viktig faktor som bidro til at kvinnene følte seg godt ivaretatt. I tillegg til dette skriver Dahl (2016, s. 43) at sykepleier bør informere om at sterke følelser er en helt vanlig reaksjon på en kreftdiagnose, og gi rom for at pasienten får fram sine reaksjoner. Sett ut i fra dette kan det tenkes at enkelte kvinner har behov for forutsigbarhet i venteperioden, slik at de er forberedt på de emosjonelle påkjenningene de kan møte.

Til tross for at følelsesfokusert mestring var hensiktsmessig for kvinnen i studien til Lally (2010) og Dragset et al., (2009), opplever flere kvinner at det å få kontroll over situasjonen ved å innhente informasjon var til hjelp for dem i ventetiden (Brown et al., 2018).

Ifølge Lazarus & Folkman (1984, s. 145) vil mennesker ofte veksle mellom ulike mestringsstrategier, sett ut i fra hvor de befinner seg i prosessen. Som nevnt tidligere skiller Lazarus & Folkman (1984, s. 145) mellom to mestringsstrategier, den følelsesfokuserte og den problemfokuserte mestringsstrategien. I studien til Brown et al., (2018) beskriver kvinnene at de hadde behov for å forstå hva diagnosen innebar, og ønsket derfor kontakt med sykepleier i ettertid av diagnosen. Lignende resultater kommer frem i studien til Drageset et al., (2012) hvor helsepersonell hadde en viktig rolle i å støtte kvinnene i ventetiden, med å gi kunnskap og forståelse om utfordringene de gikk gjennom. Lazarus & Folkman (1984, s. 145) beskriver den problemfokuserte mestringsstrategien med at mennesker har behov for å tilegne seg kunnskap om den aktuelle situasjonen. Videre utdyper forfatterne at når et menneske får konstanter en kreftdiagnose kan denne mestringsstrategien dreie seg om å finne kunnskap om behandlingsmuligheter og ulike fremgangsmåter. I studien til Brown (2018) beskriver en av

kvinnene hun tok kontakt med sykepleier for å få videre råd om valg av operasjonsmetode, og at dette bidro til at hun følte seg sikrere i valget. Samtidig viser resultatene i studien til Drageset et al., (2009) at tanker om tiden fremover var skremmende, og at de ønsket å begrense informasjon og situasjoner som fikk dem til å tenke på diagnosen. Det kan tyde på at sykepleier har en sentral rolle i å veilede, gi råd og støtte for kvinner som tar i bruk den problemfokuserende mestringsstrategien. Det kan samtidig være av stor betydning at sykepleier ikke gir for mye informasjon, slik at kvinnen ikke må forholde seg til mer enn hun mestrer i øyeblikket.

På bakgrunn av dette bør sykepleier ha kunnskap om de ulike reaksjonene og følelsene som kan dukke opp i møte med den nydiagnostiserte kvinnen, slik at hun er forberedt på alle situasjoner. Sykepleier bør legge til rette for at kvinnen opplever at det er rom for å uttrykke følelser, og prøve å normalisere emosjonelle utbrudd. Ved å ta en ting om gangen kan kvinnen oppleve å mestre situasjonene her og nå, andre vil oppleve mestring ved å innhente kunnskap og fokusere på fremtiden. Sykepleierens rolle vil være å finne ut hvilke behov hver enkelt kvinne har og hvordan de ønsker å håndtere tiden fremover, slik at det kan fremme mestring i ventetiden.

5.3 Håpets betydning for mestring

Håp kan hjelpe den nydiagnostiserte kvinnen til å håndtere den vanskelige ventetiden. Ifølge Travelbee (2001, s. 117) har håp en sentral rolle for mennesker i krise, og er det som gjør mennesker i stand til å bære byrden av sykdom og lidelse. Ifølge Lohne (2016, s. 112), er det håpet som avgjør hvordan mennesker velger å forholde seg til sine vanskeligheter. I studien til Emanuela et al., (2015) beskriver kvinnene at det var avgjørende for dem å se fremover for å få en følelse av håp. Samtidig kommer det frem ulike beskrivelser for hvor langt håpet strakk seg for den enkelte. Noen uttrykte at de kun ønsket å fokusere på det som gav dem håp her og nå. Andre rettet håpet på det som lå i vente, og satte seg langsiktige mål som gav dem noe å se frem til. Ifølge Rustøen (2001, s. 53) er håp like viktig, selv om det er lite eller stort. Dette forklarer forfatteren med at en framtid er en framtid, uansett hvor langt fram den strekker seg. Samtidig beskriver forfatteren at ved å sette seg mål, blir en tvunget til å tenke gjennom hva en vil prioritere, og at dette kan være med på å styrke håpet. Travelbee (2001, s. 119) retter opplevelsen av håp mot fremtiden, og løfter frem at det er sykepleierens rolle å hjelpe mennesker til å oppleve håp for å kunne mestre sykdom. Med bakgrunn i dette kan en anta at

sykepleieren har en viktig rolle i å bidra til at kvinnen i å oppleve håp. Ved å inspirere kvinnen til å sette seg mål i ventetiden, eller mot tiden etter operasjon, kan håp fremmes ved at kvinnene retter tankene fremover.

Samtidig vil det også være mennesker som ikke våger å håpe. I studien til Drageset et al., (2009) beskrev enkelte av kvinnene at for å spare seg selv for dårlige nyheter i fremtiden, var det ikke aktuelt for dem å håpe på å bli frisk etter behandling. Kvinnene fortalte at det var bedre å være forbedret på det verste, og at det fungerte som en beskyttelse for trusselen for framtiden. Lohne (2016, s. 118) beskriver at mennesker kan i noen tilfeller tilpasse seg sine ulykkelige omstendigheter, fordi de ikke orker flere skuffelser. Til tross for dette løfter Utne (2017, s. 67) fram at håp er viktig for den nydiagnostiserte kreftpasienten, som kan oppleve at håpet blir satt på prøve i den vanskelige situasjonen. Ifølge Rustøen (2001, s.53) kan håp fremmes ved å ha noe å utføre som man opplever som meningsfullt. I studien til Drageset et al., (2009) var det nyttig for kvinnene å fokusere på hobbyer, hagearbeid, musikk og andre aktiviteter. Dette viser nødvendigheten for sykepleier å motivere kvinnen til å fortsette med aktiviteter som oppleves som meningsfulle, slik at håpet kan fremmes. Det kan tenkes at kvinnene opplever at tiden fremover er truet, og det kan være nødvendig å beskytte seg selv for denne trusselen. Samtidig vil det være av stor betydning at kvinnen opplever at det finnes håp når fremtiden blir satt på prøve.

Håp har en sentral tilknytning til mestring, og sykepleier har en viktig rolle i å understøtte håpet. Ifølge Renolen (2015) kan håpet til pasienten påvirkes av måten informasjonen blir gitt på. Dette samsvarer med et av hovedfunnene i studien til Emanuela et al., (2015) hvor kvinnene uttrykte at måten selve diagnosen ble formidlet på, og informasjonen de fikk hadde stor betydning for tiden videre. Resultatene i studien viser at helsepersonell hadde en avgjørende rolle i å fremme en håpefull holdning hos kvinnene allerede ved diagnosetidspunktet. Reitan (2017b, s. 114), støtter opp dette ved å si at det er ikke budskapet alene som har stor betydning for pasienten, men også måten det blir kommunisert på. Et menneske som skal motta dårlige nyheter er alltid sårbar, og sykepleier har en sentral rolle i å gi støtte og hjelp i den vanskelige samtalen, selv om det er legen som har ansvaret for formidling av diagnosen (Reitan, 2017b, s. 115). Studien til Emanuela (2015) peker på vennlighet, tålmodighet og forståelse som viktige elementer for å fremme en opplevelse av håp i møte med sykepleier. Dette påpeker nødvendigheten for at sykepleier skaper en atmosfære av trygghet og tillit i samtalen med kvinnen når diagnosen blir stilt.

Et viktig synspunkt som ikke kan oversees er kvinnenens evne til å ta inn informasjonen som blir gitt, sett ut i fra at de befinner seg i en krise. Eide & Eide (2017, s. 80) beskriver at informasjon som gis til mennesker i en krise, lett kan bli feiltolket eller kun delvis oppfattet. Videre forklarer forfatteren at omsorg, nærhet og respekt er elementer som sykepleieren kan formidle for å hjelpe mennesker med å mestre. Reitan (2017b, s. 110) forsterker dette med å si at emosjonell støtte er like viktig som informasjon i samtale med helsepersonell. I studien til Drageset et al., (2012) kommer det frem at sykepleier hadde en viktig rolle for kvinnene som opplevde usikkerhet i forbindelse med informasjonen som ble gitt. Ved å ta kontakt med sykepleier i ettertid ble de møtt med forståelse og fikk beroliget sin usikkerhet. Lignende resultater kommer fram i studien til Brown et al., (2018) hvor kvinnene uttrykket at de ikke ville være foruten kontakten med sykepleier i ventetiden som var preget av usikkerhet. I tillegg til dette hevder Lohne (2016, s. 119) at det å ha et udekket informasjonsbehov ved alvorlig sykdom kan bidra til å svekke håpet. Eide og Eide (2017, s. 80) fastslår at informasjon som blir gitt til mennesker som befinner seg i en krise alltid må gjentas. Bredal (2017, s. 478) støtter opp dette med å si at pasienten ofte vil glemme eller fortrenge det som blir sagt ved diagnosetidspunkt, og det er viktig å tilby kontakt med sykepleier i ventetiden.

På bakgrunn av dette må sykepleier være tilgjengelig, viser forståelse og tilby emosjonell støtte for å kunne fremme en håpefull holdning hos den nydiagnostiserte kvinnen. Håpet kan styrkes ved å finne glede i aktiviteter, og sykepleier kan motivere kvinnen til å fortsette med meningsfulle gjøremål. Kvinnen kan oppleve å få både for lite og for mye informasjon om sykdommen, og det er sykepleierens rolle å gi individuell tilpasset informasjon. Sykepleier bør etterspør hvilke kunnskaper kvinnen har oppfattet, for å forsikre seg at viktig informasjon er forstått. Ved å tilby og oppmuntre kvinnen til å ta kontakt i ventetiden, kan dette gi kvinnen valget om å selv får informasjon og råd når hun er klar for det.

6 Konklusjon

Både litteratur og forskning viser at ventetiden etter brystkreftdiagnosen er en krevende periode for kvinnen, som kan oppleve sykdommen som en krise. Forskning viser at flere mestringsstiler blir tatt i bruk når kvinner opplever å få stilt diagnosen, og det finnes ingen fasit på hvilken mestringsstrategi som er mest hensiktsmessig. Mestring kan ses på som en prosess, og vil være like individuell som hver enkelt kvinne. Oppgaven viser at ved å ta en ting om gangen, og fokusere på det som er viktig her og nå, vil noen oppleve at de får kontroll på hverdagen som plutselig er snudd opp ned. Andre ønsker å fokusere på fremtiden, og samtidig innhente informasjon og råd fra sykepleier. Ved at kvinnen har kontakt med sykepleier i ventetiden, kan dette bidra til at hun opplever mer kontroll over sin situasjon og slik fremme mestring.

Lignende resultater kommer også fram ved å se på håpets betydning for mestringen. Forskning viser at kvinner har ulike tanker når det kommer til hvordan håp oppleves i ventetiden. Noen ønsket å rette håpet mot øyeblikket, andre beveget seg ut av ventetiden og løftet håpet mot fremtiden. Forskning utdyper også elementer som kan være med på å understøtte håpet hos den nydiagnostiserte kvinnen. Ved å oppleve tillit, tålmodighet og støtte fra sykepleier kan en håpefull holdning fremmes allerede ved diagnosetidspunktet. Mestring og håp vil erfares og oppleves individuelt, men det kan tenkes at følelsen av å ha kontroll over situasjonen er et viktig aspekt.

Konklusjon på problemstillingen «*Hvordan kan sykepleier bidra til å fremme håp og mestring hos den nydiagnostiserte kvinnen, i påvente av operasjon?*» må ses i betraktning av hvordan hver enkelt kvinne opplever å få stilt den alvorlige sykdommen. Ved at sykepleier har kunnskap om de forskjellige reaksjonene og utfordringene som kvinner opplever i ventetiden, kan en forberede kvinnen på hva hun har i vente, og slik fremme håp og mestring.

7 Litteraturliste

- Bredal, I. S. (2017). Sykepleieutfordringer ved brystkreft. I A. M. Reitan, & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient-Utfordring-Handling* (4. utg., s. 477- 487). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Brown, J., Refeld , G., & Cooper, A. (2018). Timing and Mode of Breast Care Nurse Consultation From the Patient`s Perspective. *Oncology Nursing Forum* , 45(3), 389-398. Doi: 10.1188/18.ONF.
- Cullberg, J. (2007). *Mennesker i krise og utvikling* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Dahl, A. A. (2016). *Kreftsykdom: Psykologiske og sosiale perspektiver* . Oslo : Cappelen Damm AS.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo : Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dalland, O., & Trygstad. (2017). Kilder og kildekritikk. I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving* (s. 148 - 165). (6. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dickerson, S. S., Nesreen, A., Underhill, M., & Lally, R. M. (2011). Surviving the wait: defining support while awaiting breast cancer surgery. *Journal Of Advanced nursing* , 67(7), 1468-1479. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05612.x.
- Drageset, S., Lindstrøm, T. C., Giske, T., & Underlid, K. (2012). "The Support I Need", Womens experiences og social support avfter having recived breast cancer diagnosis and awaiting surgery. *Cancer Nursing*, 35(6), 39-47. Doi:10.1097/NCC.0b013e31823634aa.
- Drageset, S., Lindstrøm , T. C., & Underlid, K. (2009). Coping with breast cancer: between diagnosis and surgery. *Jurnal of advanced nursing*, 66(1), 149-158. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05210.x.
- Eide, H., & Eide , T. (2017). *kommunikasjon i relasjoner: Personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Oslo : Gyldendal Akademisk.
- Emanuela , S., Letizia , D. L., & Chiara, A. (2015). What Is Hope For Breast Cancer Patients? A Qualitative Study. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, III(1), ISSN: 2282-1619. Doi: 10.6092/2282-1619/2015.3.1047.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (4. utg.). Stockholm: Natur & Kultur.
- Helsebiblioteket. (2016, mars 06). *Sjekklister* . Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/249212.cms>

- Helsedirektoratet . (2016, januar 08). *Pakkeforløp for brystkreft: Forløpstider i pakkeforløpet for bystkreft* . Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/pakkeforlop-for-brystkreft/seksjon?Tittel=forlopstider-i-pakkeforlop-for-1329>
- Kirkevold, M. (1992). *Sykepleieteorier: Analyse og evaluering* . Oslo : Ad Notam Gyldendal AS .
- Kreftforeningen. (2019, 15. januar). *Brystkreft*. Hentet fra <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/brystkreft/>
- Kreftregisteret . (2018, 29.oktober). *Brystkreft* . Hentet fra <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Fakta-om-kreft/Brystkreft-Alt2/>
- Kreftregisteret. (2018, 06. november). *Nasjonalt kvalitetsregister for brystkreft*. Hentet fra <https://www.kreftregisteret.no/Registrene/Kvalitetsregistrene/Brystkreftregisteret/>
- Lally, R. M. (2010). Acclimating to breast cancer: a process of maintaining self-integrity in the pretreatment period. *Cancer Nursing* , 66(1), 268-279. doi: 10.1097/NCC.0b013e3181d8200b.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping* . New York : Springer Publishing Co Inc.
- Lode, K. (2016). Mestring. I A. K. Heggstad, & Unni Knutstad (Red.), *Sykepleieboken 2 - Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie* (4. utg., s. 40 - 54). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Lohne, V. (2016). Håp og håpløshet. I A. K. Heggstad, & U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 2* (4. utg., s. 110-124). Oslo: Cappelen damm akademisk.
- Lorentsen, V. B., & Grov , E. K. (2016). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth , & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5. utg., s. 397-436). Oslo : Gyldendal Akademisk .
- Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler*(30673), Hentet fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf.
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt , G., Graverholt , B., Nordheim , L. V., & Reinar , L. M. (2012). *Jobb kunnskapbasert: En arbeidsbok* . Oslo: Akribe.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient-og brukerrettigheter. (LOV-1999-07-02-63), Hentet fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3.

- Reitan, A. M. (2017a). Psykologisk krise og mestringsmuligheter. I A. M. Reitan, & T. Schjøberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient-Utfordring-Handling* (4. utg., ss. 82-103). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Reitan, A. M. (2017b). Klinisk kommunikasjon. I A. M. Reitan, & T. Schjøberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient-Utfordring-Handling* (4. utg., s. 104-118). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Renolen, Å. (2015). *Forståelsen av mennesker - innføring i psykologi for helsefag* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Rustøen, T. (2001). *Håp og livskvalitet: en utfordring for sykepleieren?* . Oslo : Gyldendal Akademisk .
- Sørensen, E. M., Lorvik, M. K., Erntsen, N. G., & Almås , H. (2016). Sykepleie ved brystkreft. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (s. 437 - 452). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Schlichting, E., & Wist, E. (2018). Svulster i bryst. I E. Schlichting, & E. Wist (Red.), *Kreftsykdommer: En basisbok for helsepersonell* (5. utg., s. 327 - 344). Oslo: Gyldendal norsk Forlag AS.
- Schlichting, E. (2016). Sykdommer i brystene. I S. Ørn, & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg., s. 443 465). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Støren, I. (2013). *Bare søk! :Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier* . Oslo: Cappelen damm akademisk .
- Thindeman, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* . Bergen: Univeritetsforlaget.
- Thune, I. (2017). Brystkreft. I A. M. Reitan, & T. K. Schjøberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient - Utfordring - Handling* (4. utg., s. 463 - 474). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* . Oslo : Gyldendal Norsk Forlag AS .
- Utne, I. (2016). Opplevelser og reaksjoner hos mennesker med kreft. I A. K. Heggstad, & U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 2* (4. utg., s. 305 - 323). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Utne, I. (2017). Håp i et kreftforløp. I A. M. Reitan, & T. K. Schjøberg, *Kreftsykepleie: Pasient - Utfordring - Handling* (s. 67-79). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Vedlegg 1: Søketablell

Søk i databasen CINAHL				
Nummer	Søkeord Mesh ord	Avgrensing 2009-2019	Resultat	Inkluderte artikler
S1	breast cancer or breast neoplasm		61,044	
S2	newly diagnos*		9,626	
S3	support		241,510	
S4	Patients experiences		84, 224	
S5	S1 + S2 + S3 + S4		27	Drageset et al., (2009)
S6	Cope or coping		31,928	
S7	S1 + S2 + S4 + S6		6	Drageset et al.,(2012)
S8	Pretreatment or Preoperative period		16,763	
S9	Nurse or nurses or nursing		333,727	
S10	S1 + S8 + S9		18	Lally (2010) Brownet al., (2018)

Vedlegg 2: Oversikt over valgte artikler

Artikkel 1

Artikkel:	Sigrunn Drageset, Torill Christine Lindstrøm & Kjell Underlid, 2009 Coping with breast cancer: between diagnosis and surgery
Hensikt:	Å beskrive mestringsstrategier som ble brukt av nydiagnostiserte kvinner med brystkreft i tiden mellom diagnose og kirurgisk behandling.
Metode:	Kvalitativ tverrsnittstudie, data ble innhentet ved hjelp av individuelle semi strukturerte intervjuer.
Utvalg:	21 norske kvinner med nyoppdaget brystkreft. Alle kvinnene måtte være over 18 år og, og kunne skrive og snakke norsk. Perioden mellom diagnose og kirurgiskbehandling varierte mellom 1 til 3 uker. Intervjuene ble gjennomført i denne ventetiden. (48 stykk ble invitert, men 27kunne ikke delta på grunn av kort varsling før kirurgi).
Resultater:	<p>De vanligste mestringsstrategiene som ble brukt av kvinnene i ventetiden kunne deles inn i 5 kategorier;</p> <ul style="list-style-type: none">• Ta en ting om gangen• Fortrenge diagnosen og operasjon• fokusere på hverdagslivet og nyte livet• Håndtering av følelser• håpe på det beste men forberede seg på det verste. <p>Studien konkluderer med at steg for steg var den mest hensynsfulle mestringsstrategien for kvinnene i studien. Denne gav kvinnene tid til å bearbeide informasjonene gradvis.</p>
Kildekritikk:	Kvinnene i studien kom fra samme geografiske område. Studien kunne kanskje ha fått andre resultater dersom utvalget var bredere.

Artikkel 2

Artikkel:	Robin M. Lally, 2010 Acclimating to breast cancer: a process of maintaining self-integrity in the pretreatment period.
Hensikt:	Formålet til studien var å utvikle en teori om tankeprosessen og adferden til kvinner som er diagnostisert med brystkreft før de skal gjennom kirurgisk behandling.
Metode:	Kvalitativ metode som tar i bruk tilnæringsformen Grounded Theory. Data ble hentet ut gjennom individuelle intervjuer.
Utvalg:	18 kvinner ved et brystsenter i USA, i alderen 37-87 år. Kvinnene ble intervjuet 6-21 dager etter diagnose, og var i påvente av kirurgisk behandling.
Resultater:	Resultatet i studien utviklet en teori om en prosess kvinnene gikk igjennom i denne perioden. De tre elementene som blir inkludert i teorien er; oppsummering av situasjonen, mestringsmetode, akseptering av situasjonen.
Kildekritikk:	Det er kun en forfatter i studien, dette er en svakhet. Det er gjort en sekundær analyse av studien i 2011, som også har innhentet den opprinnelige forfatteren (Dickerson, Nesreen, Underhill, & Lally, 2011). Det kan tenkes at dataene i studien er verdifulle da andre forfattere baserer en ny studie på den. Til tross for at det kun er en forfatter av studien, er den høys aktuell for oppgaven er derfor inkludert.

Artikkel 3

Artikkel:	Drageset, Lindstrøm, Giske, & Underlid, 2012. «The Support I Need», Women`s experiences and social support avfter having received breast cancer diagnosis and awaiting surgery.
Hensikt:	Studiens hensikt var å beskrive kvinners individuelle opplevelser av sosial støtte, etter å ha blitt diagnostisert med brystkreft og i påvente av kirurgisk behandling. Støtten som ble sett på inkludertefra både helsepersonell og pårørende og venner.
Metode:	Individuelle intervjuer ble gjennomført dagen før operasjon, og før den preoperative informasjonen ble gitt til hver enkelte.
Utvalg:	21 kvinner i alderen 41-73 år med nylig diagnostisert brystkreft ved et norsk universitets sykehus.
Resultater:	Det ble avdekket 5 temaer som fremsto som essensielle for at opplevelsen av støtte var optimal i denne perioden: <ul style="list-style-type: none">○ Tilgjengelig støtte○ informasjon og råd○ Omsorg fra helsepersonell○ Å ha fortrolige i det sosiale nettverket, og hos helsepersonell○ Balansere avstand og nærhet i det sosiale nettverket
Kildekritikk:	Deltakerne i studien kom fra samme geografiske område, og hadde lik etnisitet og kultur. Et bredere utvalg av kvinner kunne gitt andre resultater.

Artikkel 4

Artikkel:	Saita Emanuela, De Luca Letizia & Acquati Chiara, 2015 What is hope for Breast Cancer Patients? A Qualitative study
Hensikt:	Hensikten til studien er å undersøke hvordan kvinner som er nydiagnostisert med brystkreft opplever håp. Opplevelsen av håp ble sett i sammenheng med kvinnenes indre opplevelser, og hvilken betydning helsepersonell hadde i møte med kvinnene.
Metode:	Studien har en kvalitativ metode med en fenomenologisk tilnærming. Data ble hentet gjennom semi strukturerte intervjuer
Utvalg:	Fire kvinner i 50 årene ble intervjuet etter operasjon av brystbevarende eller mastektomi inngrep ved et sykehus i Italia.
Resultater:	Analyse av intervjuene viser at håp er et viktig element for å kunne håndtere brystkreft diagnosen. Funnene i studien viser at håp må ses i en helhet fra både kognitive og emosjonelle dimensjoner. Ved diagnosetidspunkt gjengav kvinnene at måten diagnosen ble formidlet på hadde stor betydning. Kvinnene gjenlevde ofte denne situasjonen, og prøvde å finne en mening i ordene som ble sagt. Kvinnene uttrykte at måten de ble møtt på, hadde betydning for tiden etter diagnosetidspunktet. Ved at sykepleier møtte kvinnene på deres nivå gav det kvinnene selvsikkerhet til å ha tro på seg selv i en ny situasjon.
Kildekritikk:	Utvalget i studien er lite, kun fire kvinner. Studien inkluderes likevel i oppgaven da funnene i studien baserer seg på hvilken rolle helsepersonell hadde i kvinnenes opplevelse av håp. Den retter seg også mot kvinnenes opplevelse ved diagnosetidspunkt, som er høyst aktuelt for oppgaven.

Artikkel 5

Artikkel:	Brown, Refeld , & Cooper, 2018 Timing and mode of breast care nurse consultation from the patients perspective
Hensikt:	Studiens hensikt var å undersøke om det var forskjeller hvordan kvinner med brystkreft opplevde konsultasjonen med sykeleier i tiden mellom diagnose og operasjon. Fokuset var rettet mot forskjellen mellom kvinner som gjennomgikk konsultasjon enten ved ansikt til ansikt med sykepleier, via telefon, eller uten konsultasjon
Metode:	Studien bruker en parallell metode hvor både kvantitativ og kvalitativ tilnærming er benyttet. Data ble hentet ut gjennom et spørreskjema basert på kvalitativ og kvantitativ tilnærming. Basert på tre ulike temaer: Å få dekket informasjon og kunnskapsbehov, psykologisk støtte, praktisk støtte. Kvinnene svarte på et spørreskjema før utskrivelse fra sykehuset, eller ble kontaktet via telefon innen tre uker post operativt. Data ble hentet ut gjennom et spørreskjema basert på kvalitativ og kvantitativ tilnærming. Basert på tre ulike temaer: Å få dekket informasjon og kunnskapsbehov, psykologisk støtte, praktisk støtte. Kvinnene svarte på et spørreskjema før utskrivelse fra sykehuset, eller ble kontaktet via telefon innen tre uker post operativt.
Utvalg:	67 kvinner ved et sykehus i Australia deltok i studien. <ul style="list-style-type: none">• 27 kvinner møtte opp til konsultasjon med sykepleier• 20 kvinner hadde konsultasjon via telefon• 20 kvinner som ikke hadde konsultasjon. Alle kvinnene hadde planlagt operasjon i nærmeste framtid.
Resultater:	Kvinnene som hadde konsultasjon med sykepleier i tiden før operasjon opplevde mer trygghet i form av både emosjonell og praktisk støtte. Kvinnene som ikke hadde kontakt med sykepleier før operasjon opplevde at de ikke var forberedt på operasjon, og savnet noen å snakke med som kunne vært til hjelp for å forstå de følelsesmessige reaksjonene i denne perioden. Kvinnen som hadde samtale med sykepleier via telefon oppgav at de fikk tilfredstillt en del av sine behov, men at de hadde forstrøket et aktuelt møte med en sykepleier.

Vedlegg 3: Eksempel Kvalitativ sjekkliste

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Hvordan bruke sjekklisten

Sjekklisten består av tre deler:

- Innledende vurdering
- Hva forteller resultatene?
- Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du spørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «uklart» eller «nei». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklisten

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?
Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Denne sjekklisten er inspirert av «10 questions to help you make sense of qualitative research» fra CASP. Critical Appraisal Skills Programme (CASP). CASP Checklists. Oxford: CASP UK [oppdatert 2017; lest 23.11.2017]. Tilgjengelig fra: <http://www.casp-uk.net/checklists>

(A) Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

 JA UKLART NEI

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

"The Support I Need", Women's experiences and social support avfter having received breast cancer diagnosis and awaiting surgery.
Forfatter: Drageset, Lindstrøm, Giske, & Underlid, 2012.

Studiens hensikt var å beskrive kvinners individuelle opplevelser av sosial støtte, i tiden mellom brystkreft diagnose og kirurgisk behandling.

Forskerne ønsker å finne svar på dette da tiden mellom diagnose og operasjon er en utfordrende periode, og få studier har sett på betydningen av sosial støtte i denne perioden.
Problemstillingen er relevant da brystkreft sykdommen har økt betydelig de siste ti årene.

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

 JA UKLART NEI

Tips: Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Studien har som mål å beskrive opplevelsene til kvinnene. Kvalitativ metode er hensiktsmessig da denne kjennetegnes ved å fange opp meninger og opplevelser hos menneskene som deltar i studien. Ved å hente inn data med hjelp av intervju er det mulig å få fylldig og detaljerte beskrivelser av det som undersøkes.

Skal du fortsette vurderingen?

Tips:

Hvis du svarte NEI på et av spørsmålene over kan du kanskje like godt legge bort artikkelen og finne en annen.

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

JA

UKLART

NEI

Tips:

- Er utvalgsmetode, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet?

Data ble hentet inn ved bruk av intervju av 21 kvinner. Intervjuene ble tatt opp på bånd og nedskrevet, og videre oversatt, og analysert ved bruk av Kvale's metode.

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

JA

UKLART

NEI

Tips: Når man bruker f.eks. *strategiske utvalg* 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.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, f.eks. hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, sosioøkonomisk status)

Kvinner som var nydiagnostisert med brystkreft fikk en invitasjon om å delta i studien sammen med informasjonsbrevet angående operasjon.

De som ønsket å delta i studien ble intervjuet dagen før operasjon, og ettersom det ikke kom frem noe ny informasjon etter det 21 intervjuet ble innhenting av data avsluttet her.

Alle kvinnene måtte være i påvente av operasjon, over 18 år, og ha skriftlige og muntlige Norsk kunnskaper.

Utvalget bestod av 21 kvinner, fra samme geografiske område i Norge. Alle hadde lignende etnisk og kulturelle bakgrunner.

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

JA

UKLART

NEI

Tips: Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? F.eks. intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse.
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (f.eks. lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

Datainnsamlingen ble foretatt ved et sykehus i Norge, 1 dag før operasjon.

Det ble brukt semi strukturerte dybde intervjuer. Intervjuerens inntrykk av atmosfære, og nonverbal kommunikasjon ble dokumentert etter hvert intervju.

Dataene ble dokumentert med lydopptak og notater.

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

JA

UKLART

NEI

Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
 - a. utforming av problemstilling
 - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
 - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

Alle forfatterne analyserte dataene uavhengig av hverandre. Videre ble funnene i analysen diskutert av alle forfatterne.

Forfatterne gikk tilbake og revurderte betydningen av uttalelsene dersom det oppsto uenighet eller tvil, for å kunne komme fram til en entydig forståelse.

Notater ble skrevet under analysen for å sikre at inntrykk, og ideer og refleksjoner ikke ble tapt.

7. Er etiske forhold vurdert?

 JA UKLART NEI

Tips:

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan f.eks. være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

Studien ble godkjent av den regionale etisk komité. Alle deltakerne fikk både skriftlig og muntlig prosjektinformasjon, og gav et skriftlig samtykke.

Kvinnerens behov for følelsesmessig beskyttelse ble respektert dersom det oppsto sterke følelsesmessige reaksjoner under intervjuet.

Kvinnene ble tilbudt oppfølging i etterkant av studien, men ingen takket ja.

Deltakerene rapporterte at de hadde hatt en fordel ved å delta i intervjuene.

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

 JA UKLART NEI

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt (f.eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.)?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført (f.eks. de ulike trinnene i analysen)?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene?
- I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

De semi strukturerte dybde intervjuene ble analysert ved bruk av Kvale's metode.

Det vises en klar sammenheng mellom innsamlede data i kategoriene som forskerne har kommet fram til. De forskjellige temaene ble indentifisert og satt sammen i ulike grupper, og videre kodet til større temaer. Temaene som presenteres i artikkelen er; tilgjengelig støtte, informasjon og råd, omsorg, å ha fortrolige, og balansere avstand og nærhet i det sosiale nettverket.

Basert på svarene dine på punkt 1 – 8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

 JA UKLART NEI

(B) Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

JA

UKLART

NEI

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 få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (f.eks. triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

Funnene diskuteres opp i mot den opprinnelige problemstillingen ut fra de fem temaene som ble indentifisert. Se punkt 8.

I diskusjonsdelen understøttes funnene med annen relevant teori og forskning.

Resultatet i artikkelen viser at opplevelsen av støtte var viktig for at kvinnene skulle håndtere ventetiden. Kvinnene oppgav at sosial støtte fra pårørende var nødvendig, men at de hadde behov for en balanse. Den sosiale støtten kunne til tider være overveldende. Sosial støtte fra helsepersonell hadde stor betydning for kvinnene i denne perioden. Dette svarer på problemstillingen som ønsket å se på hvordan kvinnene opplevde individuell støtte i ventetiden frem til operasjon.

(C) Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Tips: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de f.eks. funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

Funnen fra denne studien belyser at helsepersonell bør tilby støtte, omsorg og rådgivning individuelt til kvinner som er nydiagnostisert med brystkreft.

Basert på funnene i studien gir forfatterne uttrykk for at helsepersonell kan ringe til hver pasient i ventetiden, og understreke at det er lav terskel for å ta kontakt, slik at kvinnen får den støtten de har behov for.

Resultatene i studien kan gi økt forståelse til helsepersonell om hvordan kvinnene opplever støtte, og hvor viktig det er å tilrettelegge den individuelt for hver enkelt.