



# Høgskulen på Vestlandet

## SK152 - Bacheloroppgave i sykepleie

SK152

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	23-05-2019 09:00	<b>Termin:</b>	2019 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	07-06-2019 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave i sykepleie	<b>Studiepoeng:</b>	15
<b>SIS-kode:</b>	203 SK152 1 O 2019 VÅR FORDE		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

**Kandidatnr.:** 161

### Informasjon fra deltaker

**Antall ord \*:** 6997

**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

### Gruppe

**Gruppenavn:** (Anonymisert)

**Gruppenummer:** 70

**Andre medlemmer i  
gruppen:** Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? \*

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? \*

Nei



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGAVE

Brystkreft, cellegift og mestring

Breast cancer, chemotherapy and coping

**Kandidatnummer 161**

**Anita Leivdal**

Bachelorutdanning i sykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap (FHS)

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Veileder Solveig Sægrov

Innleveringsdato 07.06.2019

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

Brystkreft, cellegift og mestring

## Bakgrunn

Over 3500 mennesker blir diagnostisert med brystkreft hvert år i Norge. Antallet krefttilfeller er økende, og vil fortsette å øke i tiden fremover (FHI, 2018). Mennesker som får brystkreft, blir kastet inn i en tøff situasjon der de må snu om på livet, enten for en periode, eller for resten av livet (Utne, 2016, s. 311). Cellegiftbehandling vil svært ofte gi bivirkninger opp mot grensen for det tolerable (Grov & Lorentsen, 2016, s. 399). Ved kurativt siktemål er det viktig å gjennomføre behandlingen som planlagt. Derfor må bivirkninger i større grad aksepteres, og pasienter må lære å leve med bivirkningene (Grov & Lorentsen, 2016, s. 400). Som sykepleier arbeider man i dette spennet mellom krise og mestring når man treffer pasienten i poliklinikken.

## Problemstilling

Hvordan kan sykepleier styrke mulighet for mestring hos personer med brystkreft under cytostatikabehandling?

## Fremgangsmåte

Dette er en litterær oppgave med et systematisk søk basert på litteraturstudie, og en drøftingsdel.

## Oppsummering

I cellegiftbehandling er hovedfokus for sykepleieren helhetlig pleie. Omsorg for pasienten omfatter å være tilstede, utføre handlinger og hvordan man utfører handlingene. Pasienten må lære seg å leve med tøffe bivirkninger av cellegiften for å oppnå kurasjon. Sykepleierens intervensjoner, kunnskap, holdning og interesse kan legge til rette for mestring av kreften og behandlingen.

**Nøkkelord:** brystkreft, mestring, cellegift, sykepleier, kommunikasjon, relasjon

## Abstract

### Title

Breast cancer, chemotherapy and coping

### Purpose/Objectives

In Norway more than 3500 people get diagnosed with breast cancer every year. The numbers of people affected by cancer are increasing, and will increase further in the years to come (FHI, 2018). People with breast cancer are thrown into a life changing situation, either at the time being or for the rest of their lives. Chemotherapy is included in treatments to prevent relapse or to aim towards healing and will in almost every setting lead to side effects on the border line to what is tolerable. In curative treatment it is essential to finish the treatment. Therefore side effects has to be tolerated in a much larger degree. In an outpatient clinic, the nurse is working in this area between crisis and coping.

### Thesis question/Topic

How can nurses enable breast cancer patient's potential of coping with chemotherapy?

### Methods

The method is a literary paper with a systematic search based on literature reviews, and with a discussion composed of experience, theory and research papers towards the end.

### Summary/conclusions

During chemotherapy the main focus from the nurse's perspective is an holistic approach towards the patient. Patient care requires presence, action and reflection of one's actions. The patient needs to learn how to endure side effects from treatment to achieve curation. The nurse's interventions, knowledge, behaviour, sensibility and interest can facilitate coping with cancer treatment.

**Keywords:** breast neoplasms, coping, chemotherapy, nurse, communication, relations

## Innhold

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2	Problemstilling.....	2
1.3	Avgrensning av problemstilling.....	2
1.4	Innhold og oppbygging.....	2
2	Metode.....	2
2.3	Systematisk søk og utvalgsprosess.....	3
2.5	Kildekritikk.....	4
3	Teori.....	6
3.1	Sykepleie.....	6
3.2	Cellegift.....	6
3.3	Bivirkninger.....	7
3.3.1	Kvalme.....	7
3.4	Psykologisk stress.....	8
3.5	Mestring og mestringsstrategier.....	8
3.6	Kommunikasjon i sykepleie.....	9
3.7	Sykepleierens undervisende funksjon.....	10
4	Resultat/funn.....	10
4.1	Artikkel 1.....	10
4.2	Artikkel 2.....	11
4.3	Artikkel 3.....	12
4.4	Artikkel 4.....	12
4.5	Artikkel 5.....	14
5	Drøfting.....	14
5.1	Mestring av kvalme.....	14
5.2	Å redusere stress.....	16
5.3	Relasjonen og kommunikasjonens betydning for mestring.....	17

5.4	Å styrke mestring ved informasjon .....	17
5.5	Unngåelsesstrategier .....	19
5.6	Å styrke mestring i et salutogent perspektiv.....	19
5.7	Å styrke mestring gjennom kontinuitet .....	21
6	Konklusjon.....	22
	Bibliografi .....	23

## 1 Innledning

Av 1000 kvinner som tar mammografi, vil ca. 970 få beskjed om at alt er ok. De resterende 30 vil bli kalt tilbake for grundigere undersøkelse. Av disse vil 18 trenge nye undersøkelser, og får beskjed om at alt er ok. 12 må ta flere prøver. 6 av disse vil få vite at de ikke har kreft. De resterende 6 vil få diagnosen brystkreft (Kreftforeningen, 2018).

Omtrent én av tre personer i Norge vil få kreftsykdom innen de fyller 75 år (FHI, 2018). Dette henger sammen med en større befolkning og økt levealder (FHI, 2018). Brystkreft er den vanligste formen for kreft hos kvinner. 3589 kvinner og 34 menn fikk brystkreft i 2017 (Kreftregisteret, 2018). Over 48 000 kvinner og menn ble friske eller levde med brystkreft samme år. Antall brystkreftrammede stiger, og vil fortsette å øke i tiden fremover i takt med sykepleiemangel (Norsk sykepleierforbund, 2019). De fleste som får brystkreft de neste 20 årene er allerede født.

Kreftsykdom rammer både kroppslig i form av langvarig behandling og bivirkninger, og psykologisk. Mange oppfatter kreftsykdom som knuste fremtidsplaner, lidelse og død. Cellegiftbehandling kan gi påkjenninger opp mot toleransegrensen. Mennesker blir kastet inn i en tøff situasjon der de må snu om på livet, enten for en periode, eller for resten av livet (Utne, 2016, s. 311). Situasjonen innebærer både smerter og muligheter (Reitan, 2017, s. 83). Som sykepleier arbeider man i dette spennet mellom krise og mestring når man skal forberede pasienten på livet under og etter cellegiftbehandling.

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Som sykepleierstudent har jeg truffet personer rammet av brystkreft på ulike stadier. Jeg har ikke vært i praksis på kreftavdeling, men på forskjellige poliklinikker og sengeposter. Ved alle praksisstedene, har jeg møtt personer med kreft i ulike faser. Ved poliklinikk var jeg tilstede da lege informerte pasienten om at de hadde kreft, og jeg fikk vitne sjokket i ansiktet. På sengeposter har jeg møtt pasienter med dårlige prognoser for sin kreftsykdom. Jeg fikk se hvordan kreftsykdom påvirket alle involverte i situasjonen; leger drøftet hva pasienten visste om sin egen prognose, ettertenksomheten hos sykepleiere og helsepersonell, bekymring og håp for fremtiden hos pasienten, og sorg og mot hos pårørende.



Jeg har i denne oppgaven søkelys på personer med brystkreft under cellegiftbehandling, da erfaringer med kreftsykdom har satt spor etter å ha vært i praksis. I en tid med økende polikliniske henvendelser der pasienter reiser hjem igjen, ønsket jeg å lære mer om hva sykepleieren kan bidra med i spennet mellom krise og mestring i møtet med pasienter som er i en tøff situasjon.

## 1.2 Problemstilling

Hvordan kan sykepleier styrke mulighet for mestring hos personer med brystkreft under cytostatikabehandling?

## 1.3 Avgrensning av problemstilling

Jeg har valgt å avgrense problemstillingen til polikliniske pasienter som møter opp på dagtid på sykehuset for å få behandling. Pasientene er tenkt å reise hjem samme dag. Det må også understrekes at noen personer har opphold på sengepost. Cytostatikabehandlingen innebærer cellegift som blir gitt med kurativt siktemål, altså at pasienten behandles mot siktemål om å bli kreftfri. Dette innebærer at kreftsykdommen ikke anses som metastaserende. Jeg har ikke avgrenset kjønn eller alder. Jeg har inkludert pårørende der det er naturlig for oppgaven.

## 1.4 Innhold og oppbygging

Videre i oppgaven presenteres metoden brukt for å belyse problemstillingen. I teorikapittelet legger jeg frem litteratur basert på eksisterende kunnskap om cellegift, bivirkninger, sykepleieteori og mestring. Funn og resultat av forskningsartikler presenteres før oppgaven drøfter problemstillingen sett i lys av utvalgt teori, forskning og egne erfaringer. Til slutt vil jeg legge frem en konklusjon.

## 2 Metode

Ifølge Dalland er metode en fremgangsmåte for å samle inn data eller informasjon for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap (Dalland, 2017, s. 51). Det er viktig å formulere presist hvordan man har kommet frem til kunnskapen for at andre skal kunne etterprøve det man

har gjort og komme til samme konklusjon (Thidemann, 2015, s. 76). Metoden skal være egnet til å belyse problemstillingen (Dalland, 2017, s. 51). I en litteraturstudie beskrives og analyseres relevant forskning og eksisterende kunnskap innenfor et bestemt forskningsområde (Thidemann, 2015, s. 81). Dette krever systematiske litteratursøk som følger bestemte retningslinjer og protokoller (Thidemann, 2015, s. 81). Til slutt foretas en sammenfatning. Denne oppgaven er en litterær oppgave basert på eksisterende kunnskap, med et systematisk litteratursøk hentet fra litteraturstudier, og en drøftingsdel. Jeg har også brukt egne praksiserfaringer som kilder for drøfting.

### 2.3 Systematisk søk og utvalgsprosess

For å forberede systematisk søk definerte jeg eksklusjons- og inklusjonskriterier for å finne relevant og gyldig forskning sett opp mot problemstillingen, og for å begrense mengden litteratur. Artiklene ikke skulle overstige ti år, for å finne oppdatert kunnskap og forskning. Både kvalitative og kvantitative metoder kunne bidra til forståelse for problemstillingen på hver sin måte, enten kvantitativt i form av målbare enheter eller kvalitativt ved å fange opp meninger og opplevelser som ikke kan tallfestes eller måles (Dalland, 2017, s. 52). Jeg inkluderte også fagfelleverderte artikler, for kvalitetssikring. Jeg inkluderte artikler oppbygd med IMRaD-struktur, en anerkjent disponering innen forskning (Thidemann, 2015, s. 30).

Jeg søkte i tre internasjonale databaser, kartlagt via Høgskolebibliotekets hjemmesider (HVL, 2019). Academic Search Elite er en tverrfaglig database. CINAHL har litteratur om sykepleie og tilgrensende fag, og mye kvalitativ forskning. Medline dekker biomedisin. Jeg vurderte disse som nyttige for problemstillingen. Databasene ble sammenfattet for søk i EBSCOhost. Senere referanser til EBSCOhost i oppgaven vil derfor vise til disse tre databasene.

Søkeprosessen begynte tidlig etter å ha funnet en foreløbig problemstilling. Søkeordene ble endret underveis ettersom problemstillingen tilspisset seg gjennom veiledning og refleksjon. Søkeordene ble operasjonalisert med rammeverket PICO, bestående av elementene «patient/problem», «intervention», «comparison» og «outcome» (Thidemann, 2015, s. 86). Dette skapte systematikk og oversikt over søkeordene. Pasientelementet er personer med brystkreft under cellegiftbehandling. Tiltaket er å styrke mulighet for mestring. Sammenligning av tiltak ble ikke aktuelt. Utfallet er mestring. Utenfor PICO-skjemaet var

søkeordene «sykepleier» og «poliklinikk» aktuelle. Fordi databasene er internasjonale, oversatte jeg søkeordene til engelsk. Det er også brukt synonymer og emneord fordi ulike artikler kan bruke forskjellig terminologi. Jeg søkte hovedsakelig opp «breast neoplasms» (emneord), «coping», «outpatient», «cytostatics», «nurse intervention» og «side effects». De nøyaktige søkeelementene og operatorene for hver artikkel er beskrevet under kapittelet «Resultater/Funn» for å kunne etterprøves.

For å velge ut artikler kikket jeg igjennom overskriftene fra søkeresultatene og tolket hvordan de kunne drøftes opp mot problemstillingen (Thidemann, 2015, s. 29). Jeg leste bakgrunnsinformasjon i sammendragene, og kunne dermed «filtrere» artikler videre. Deretter skumleste jeg artiklene, og tok med de jeg synes var interessant og relevant. Til sist gikk jeg til verks med kritisk og reflekterende lesing, for å se om jeg ønsket eller kunne bruke artikkelen i drøftingen. Jeg endte opp med fem artikler med hensikt å belyse problemstillingen helhetlig.

Annen litteratur er funnet gjennom Oria og pensumlitteratur fra tidligere emner, da pensum er vurdert gyldig for sykepleierstudiet. «Kreftsykdommer – en basisbok for helsepersonell» av Schlichting og Wist, og «Kreftsykepleie. Pasient – utfordring – handling» av Reitan og Schjølberg ble funnet via Oria. Hummelvolls «Helt – ikke stykkevis og delt», «Klinisk sykepleie 1» og «Klinisk sykepleie 2» er eksempler på pensumbøker. «Grunnleggende sykepleie 3» og «Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie» ble funnet i forbindelse med «Klinisk sykepleie». Jeg har også brukt nettsider som Brystkreftforeningen, Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet, Lovdata, Kreftregisteret og Regjeringen.

## 2.5 Kildekritikk

Kildekritikk betyr å vurdere og karakterisere utvalgt litteratur med tanke på relevans og pålitelighet (Dalland & Trygstad, 2017, s. 158). Relevansen handler om hvilken verdi kilden har i forbindelse med problemstillingen (Dalland & Trygstad, 2017, s. 159). Kunnskapen skal være sann, gyldig og holdbar (Dalland, 2017, s. 51). Mestring og krise, sykepleierrollen, kreft og cellegift er alle store tema. Jeg har i oppgaven gjort et bevisst utvalg blant eksisterende litteratur for å belyse problemstillingen. Her vil jeg utrede hvilke styrker og svakheter jeg ser ved litteraturen.

Forskningsartiklene er bygd opp etter IMRaD-strukturen, en mye brukt norm for oppbygging av forskningsartikler (Dalland, 2017, s. 163). Alle artiklene er fagfellevurdert, og kan derfor ha gode utgangspunkter for bruk i oppgaven. Jeg har etter beste evne gått kritisk igjennom resultatene, men for lite kunnskap og innsikt i å fortolke og vurdere statistiske og kvalitative data i forskningsartikler har vært en begrensning. Derfor har jeg måtte lene meg på konklusjonene forfatterne har kommet frem til. Artiklene er skrevet på engelsk og jeg har selv oversatt de. Dette kan ha medført problemer med å korrekt oversette ord, ordlyd eller nyanser det engelske språket har sammenlignet med norsk. Artiklene er belgisk, svensk, dansk og britisk/irsk. Jeg fant ikke like relevante artikler fra Norge gjennom søk i Ebscohost. Ulik oppbygging av helsetjenestene på tvers av geografi, kan påvirke gyldigheten sett opp mot problemstillingen. I raskt voksende fagfelt, slik som brystkreftforskning, kan man vurdere hvorvidt litteraturen er tilstrekkelig oppdatert. Jeg hadde på forhånd ti år som et kriterium, og har i etterkant forsøkt å vurdere alder opp mot dagens helsetjeneste.

En primærkilde er den opprinnelige utgaven av en tekst eller senere opptrykk av den samme (Dalland & Trygstad, 2017, s. 158). Jeg har forsøkt å bruke dette der det har latt seg gjøre. Eksempel er Kari Martinsens «Samtalen, skjønnets og evidensen». Pensum er ofte sekundærlitteratur, der teksten er bearbeidet og presentert av noen andre enn originalforfatteren (Dalland & Trygstad, 2017, s. 158). I pensumbøkene henvises det ofte til forskning eller spesifikke teorier, slik som Lazarus og Folkmans teori om stress og mestring. Også en av forskningsartiklene er en litteraturstudie. Sekundærlitteratur kan medføre at det opprinnelige perspektivet endres, da tekstene kan være oversatt, fortolket eller skrevet i lys av bestemte vinklinger (Dalland & Trygstad, 2017, s. 159). Nettsider som Brystkreftforeningen, Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet, Lovdata, Kreftregisteret og Regjeringen anser jeg som troverdige kilder.

## 3 Teori

### 3.1 Sykepleie

Haakensen, Helland og Russnes beskriver kreft som en genetisk sykdom på cellenivå, som oppstår på grunn av skader på arvestoffet (Haakensen, Helland, & Russnes, 2018, s. 48). Gjennom gradvise mutasjoner kan en normal celle bli en kreftcelle som kan dele seg ukontrollert, spre seg og slå seg ned i annet vev (Haakensen, Helland, & Russnes, 2018, s. 48). Brystkreft er ondartet svulst i brystkjertelen. Det kan ta år fra den første cellen muterer til svulsten gir symptomer og er detekterbar (Haakensen, Helland, & Russnes, 2018, s. 48).

I Samhandlingsreformen 2015 fikk kommunene mer pasientansvar. Med siktemål på å sikre kvalitet, og øke servicenivået og effektivitet, har dette samtidig ført til kortere liggetid på sykehus og økende polikliniske henvendelser (Helsedirektoratet, 2018). Cellegift til brystkreftpasienter gis hovedsakelig poliklinisk og administreres med tre ukers mellomrom. Behandlingen kan vare fra 9 uker opptil 24 uker (Bremnes, Lundgren, & Slørdal, 2018). Noen behandlingsregimer strekker seg over år. Som sykepleier på poliklinikk skal man forberede pasienten på livet under og etter cellegiften. Sykepleieren har også ansvar for å dokumentere behandlingspraksis, og sikre at behandlingen blir fulgt opp fra vakt til vakt, eller kontakt til kontakt (Stubberud, 2013, s. 54). Gjennom sykepleieprosessen observeres, vurderes og identifiseres pasientens behov og problemer. Tiltak utføres og evalueres. Pasienten har krav på forsvarlig helsehjelp, og sykepleieren skal gi dette basert på etiske, juridiske og faglige retningslinjer (Stubberud, 2013, s. 43).

### 3.2 Cellegift

Kurativ cytostatikaterapi kjennetegnes med raskt innsettende behandling, høy doseintensitet og flere cellegifter i kombinasjon eller i sekvens (Bremnes, Lundgren, & Slørdal, 2018, s. 97). Det er avgjørende å behandle tidlig for å forhindre at kreftcellene deler og sprer seg ytterligere, og for å forhindre tilbakefall senere i livet (Bremnes, Lundgren, & Slørdal, 2018, s. 97). Derfor må behandlingen og bivirkningene i større grad aksepteres, og pasienten må lære å leve med bivirkninger under og etter kjemoterapi (Groven & Lorentsen, 2016, s. 400). Ifølge Reitan er målet for pasienten best mulig funksjonsnivå og å unngå skader og komplikasjoner som følge av behandlingen (Reitan, 2017, s. 42). Samhandling

mellom aktørene som deltar i behandlingen skal sikre kontinuitet og et best mulig behandlingsresultat (Stubberud, 2013, s. 48).

### 3.3 Bivirkninger

Cellegift mangler spesifisitet, og vil derfor også påvirke friske celler som deler seg raskt som i beinmargen, slimhinnene, huden, hårfolliklene og gonadene (Groven & Lorentsen, 2016, s. 400). Dette fører til bivirkninger som vil ramme pasientene med ulik styrke og intensitet (Schlichting & Wist, 2018, s. 338). Et utdrag av de vanligste bivirkningene er kvalme, psykisk og fysisk smerte, muskelverk, obstipasjon, fatigue, diaré, tung pust, konsentrasjonsvansker, hårtap og nedsatt immunforsvar (Groven & Lorentsen, 2016, s. 400). Bivirkninger som kvalme og diaré kan føre til elektrolyttforstyrrelser, som videre kan føre til psykisk utmattelse, angst og depresjon (Groven & Lorentsen, 2016, s. 400). Kvalme kan også føre til obstruksjon av luftveiene og aspirasjonspneumoni (Knutstad, 2016, s. 211). Både kreft og cellegiften gjør at man mister noe, og reaksjon på tap er sorg (Reitan, 2017, s. 83). Uforutsigbarhet vedrørende sykdommen og prognosen, om forløpet og forverring, kan ha stor innvirkning på å mestre sykdommen (Lode, 2016, s. 46).

#### 3.3.1 Kvalme

Kvalmen som oppstår i forbindelse med cellegift er annerledes enn annen kvalme ved at den ofte varer lengre (2-7 dager), og det hjelper ikke å kaste opp (Knutstad, 2016, s. 206). Den er vanskeligere å mestre for pasienten, og helsepersonellet. Noen blir kvalme etter at de reiser fra klinikken, og denne kvalmen ser ikke helsepersonellet like godt (Knutstad, 2016, s. 206). Det er like viktig å forebygge kvalme ved å administrere forordnet antiemetika før, under og etter behandling, og observere effekten av kvalmedempende midler, som å forberede pasienten på at kvalmen kan fortsette hjemme og bevisstgjøre dem på strategier de selv kan bruke for å håndtere kvalme (Knutstad, 2016, s. 212). Dette kan være å selv registrere kvalmens frekvens, varighet og alvorlighetsgrad, ta antiemetika før måltider eller spise flere små måltider fremfor store (Knutstad, 2016, s. 214). Mye kan gjøres for å motvirke problemer med kvalme, men kvalmefrihet kan ikke garanteres (Schlichting & Wist, 2018, s. 338). Kvalme skal heller ikke aksepteres av sykepleieren eller pasienten (Knutstad, 2016, s. 212).

### 3.4 Psykologisk stress

Mennesker under cellegiftbehandling er utsatt for store påkjenninger både av fysisk og psykologisk art. Kurative behandlingsregimer kan strekke seg over år, og pasientene kan oppleve langvarig stress (Reitan, 2017, s. 87). Pasienter befinner seg i usikkerhet vedrørende sykdommen og prognose, om forløpet og hvor raskt det vil skje forverring (Lode, 2016, s. 46). Jo mindre opplevd kontroll man opplever å ha, jo større blir usikkerheten, som kan føre til økt hjelpsløshet (Lode, 2016, s. 47).

Stress kan være ulike belastninger mennesket utsettes for, som overskrider eller tærer på ens ressurser (Kristoffersen, 2016, s. 247). Ifølge Lazarus og Folkman (1984) kan man ikke se på psykologisk stress uavhengig av personen. Hvem personen er, personlighet, og tolkning og kognitive vurdering av omgivelsene vil føre til en individuell opplevelse av det som oppfattes stressende (Kristoffersen, 2016, s. 247). Hvordan en person håndterer sykdomsrelatert stress, er avhengig av hvordan de tolker stress og hvilke mestringsstrategier som anvendes (Reitan, 2017, s. 87). Ny informasjon fra omgivelsene eller fra personen selv kan medføre revurdering av situasjonen og personen kan innse at de har muligheter til å mestre den (Kristoffersen, 2016, s. 249).

### 3.5 Mestring og mestringsstrategier

Selv i perioder med store påkjenninger, sykdom og helsesvikt viser mennesket stor evne til å tåle stress og til å kunne tilpasse seg endrede livssituasjoner (Hummelvoll, 2012, s. 37). Lazarus og Folkman (1984) beskriver mestring som «kontinuerlig skiftende kognitive og adferdsmessige anstrengelser for å klare spesifikk indre og/eller ytre krav som vurderes som krevende, eller som overstiger personens ressurser og truer velværet» (sitert i Reitan, 2017, s.88). De belyser i sin teori sammenheng mellom stress og mestring. Lazarus og Folkman skiller hovedsakelig mellom to mestringsstrategier. Problemfokuset mestringsstrategi har til hensikt å løse eller håndtere stressende situasjoner, og rettes gjerne mot omgivelsene eller egen følelsesmessig bearbeiding (Kristoffersen, 2016, s. 250). Eksempler er å søke informasjon, kunnskap, veiledning og støtte, endre livsstil, bearbeide følelser eller forhindre at situasjonen skal gjenoppstå (Kristoffersen, 2016, s. 250). Ved emosjonelt orientert mestring tar pasienten sikte på å endre opplevelsen av situasjonen, for eksempel ved å tenke

på noe annet, overlate ansvaret til noen andre, unngå situasjon eller informasjon, bagatellisere alvoret eller bruke humor og ironi (Kristoffersen, 2016, s. 251).

Unngåelsesstrategier brukes når pasienten ikke ønsker å tenke på situasjonen, og pasienten kan tvinge seg selv til å ikke tenke på det ubehagelige (Lode, 2016, s. 42). De kan være greie å bruke for en tid, men som oftest krever sykdom handling i form av aktivitet. Aktiv og god mestring hjelper pasienten å tilpasse seg en ny virkelighet (Reitan, 2017, s. 88).

Antonovskys teori om salutogenese er rettet mot mestring og det å leve med sykdom (Langeland, 2012, s. 208). Teorien tar for seg at mennesket gjennom livsytringen kontinuerlig beveger seg mellom ulike grader av helse (Langeland, 2012, s. 208). Begrepet «opplevelse av sammenheng» (OAS) beskriver en grunnleggende holdning som kan påvirke graden av mestring, helse og velvære. OAS kan oppsummeres som et tredelt begrep (Langeland, 2012, s. 211). «Meningsfullhet» er at personen opplever mening, og er knyttet til motivasjon og følelser (Jacobsen, 2016, s. 59). «Begripelighet» er at pasienten forstår det som skjer som strukturert, forutsigbart og forståelig. «Håndterbarhet» er knyttet sammen med muligheten og evnen til å påvirke situasjon eller omgivelser (Jacobsen, 2016, s. 59). I en salutogen tilnærming kan sykepleieren bidra til å øke en persons helse og velvære ved å være en fasilitator som setter i gang eller utløser prosesser hos pasienten som kan styrke deres ressurser (Langeland, 2012, s. 208).

### 3.6 Kommunikasjon i sykepleie

Ifølge sykepleieteoretiker Joyce Travelbee kan man ikke på forhånd vite hvordan den enkelte opplever sin sykdom, før helsearbeideren utforsker dette sammen med vedkommende og får frem hvilke meninger de legger i sin tilstand (Kristoffersen, 2016, s. 30). Travelbee beskriver kommunikasjon som et av sykepleiernes viktigste verktøy når det gjelder å etablere relasjon til pasienten. Hun beskriver kommunikasjon som en prosess der mennesker formidler sine tanker og følelser til hverandre, og partene kommuniserer kontinuerlig både verbalt og ikke-verbalt (Kristoffersen, 2016, s. 35). Ifølge Kari Martinsen kan det stå i sykepleierens makt å vende situasjonen i en eller annen retning (Martinsen, 2012, s. 162). Gjennom stemning eller holdning påvirker sykepleierens det andre menneskets livsmuligheter (Martinsen, 2012, s. 162). Sykepleierens årvåkenhet og



sensitivitet være med på å oppdage hvilke krav møtet med den andre stiller (Martinsen, 2012, s. 139).

Tid kan være en begrensende faktor for om pasienten våger å snakke om sine belastninger (Grovs & Lorentsen, 2016, s. 420). Det er derfor viktig at det er akseptert blant personalet å bruke tid til samtale (Grovs & Lorentsen, 2016, s. 420). Ifølge Martinsen kan hastighet og effektivitet ødelegge for samtalen, og det dreier seg om å være langsom i de korte møtene (Martinsen, 2012, s. 42). Martinsen skildrer også at sykepleierens holdning kan gjøre den andres liv truende eller trygt, derfor er det et krav om å ta vare på den som tilliten legger i sykepleierens hånd (Martinsen, 2012, s. 143).

### 3.7 Sykepleierens undervisende funksjon

Sykepleierens undervisende funksjon innebærer ansvar for å informere, undervise og veilede pasienter for å fremme trygghet, forståelse og mestring av konsekvensene for sykdom og behandling (Grønseth & Nortvedt, 2016, s. 21). Pasienten har også en lovfestet rett til informasjon (Lovdata, 2018). Ifølge Reitan myndiggjøres kreftpasienter ved å få tilgang til kunnskaper og informasjon og ved å få innflytelse på egen situasjon (Reitan, 2017, s. 96). Man må imidlertid være bevisst på at stress og angst kan midlertidig redusere pasientens evne til kognitiv informasjonsbearbeiding, og pasienter som begynner med kjemoterapi er sårbare og informasjonen må tilpasses situasjonen (Reitan, 2017, s. 96).

## 4 Resultat/funn

### 4.1 Artikkel 1

«High experienced continuity in breast cancer care is associated with high health related quality of life» (Brandberg, Emilsson, Plate, Söderberg, & Wärnberg, 2018). Søkeordene «breast neoplasms» OR «breast tumor» OR «breast cancer», AND «nordic» OR «norway» OR «scandinavia», AND «society» OR «social» OR «community», AND «chemotherapy» OR «treatment» OR «cytostatics» gav 87 fagfelleverderte resultater i Ebscohost mellom 2016-2019.

Dette er svensk studie som undersøker om brystkreftpasientenes opplevelse av kontinuitet i pleien er assosiert med helserelatert livskvalitet. Forfatterne sendte ut to spørreskjema til kreftpasienter fordelt på to kreftavdelinger av ulik størrelse. 218 pasienter ble inkludert i analysen. Andre data som reflekterte medisinsk kvalitet ble også samlet inn fra pasientenes journaler og det nasjonale kreftregisteret i Sverige.

Resultatet viste en statistisk signifikant assosiasjon mellom høy opplevd kontinuitet og høy helserelatert livskvalitet. Kontinuiteten var høyere hos den minste avdelingen. Ingen betydelige forskjeller ble funnet mellom enhetene med tanke på medisinsk kvalitet eller tidsforløp. Forfatterne har konkludert med at fraværet av klinisk relevante forskjeller i tidsforløp og medisinsk kvalitet kan indikere at kontinuitet kan oppnås uten tap av kvalitet.

#### 4.2 Artikkel 2

«Coping with chemotherapy for breast cancer: Asking women what works» er en britisk/irsk kvalitativ forskningsartikkel av Andrea Gibbons og AnnMarie Groarke (Gibbons & Groarke, 2018). Søkordene «nurse intervention» AND «breast cancer» AND «chemotherapy» i EBSCOhost genererte 14 fagfelleverderte artikler mellom 2009-2019.

Studiens hensikt var å utforske mestringsstrategier ved mestring av bivirkningene og stress under kjemoterapi. Tyve kvinner med brystkreft under kjemoterapibehandling tok del i kvalitativt semistrukturerte intervjuer.

Resultatet var at kvinnene benyttet en kombinasjon av mestringsstrategier for å håndtere bivirkningene av kjemoterapien. Problemfokuserede mestringsstrategier som proaktiv mestring og opprettholdelse av aktiviteter ble brukt for å gjenvinne følelse av kontroll. Emosjonelle mestringsstrategier, som å søke støtte og revurdering, ble benyttet for å mestre behandlingsrelatert stress. Kvinnene brukte også tolkningsprosesser, hvor de evaluerte hvor effektive deres responser var i å redusere stress, noe som ofte førte til endring av mestringsstrategi. Kvinner som hadde vansker med å ta i bruk mestringsstrategier, følte mer

stress. Å forvente uttalte bivirkninger førte til dårligere vurdering av mestringsevne og mer stress.

#### 4.3 Artikkel 3

«Living with side effects from cancer treatment - a challenge to target information» (Koktved, Nielsen, & Pedersen, 2013) er en dansk kvalitativ fagfellevurdert studie, utvalgt blant 26 treff med søkeordene «coping» AND «information» AND «side effects» AND «chemotherapy» fra 2009-2019 i EBSCOhost.

Bakgrunnen for studiet var at krav om effektivitet begrenser tiden pasienten tilbringer med helsepersonell. Ni pasienter deltok gjennom semistrukturerte intervjuer. Det krever at personalet må være i stand til å tilby tilstrekkelig støtte i mestring av bivirkninger i dagliglivet. Hensikten med studien var å utforske pasientenes opplevelse om hvordan bivirkninger fra kjemoterapi og strålebehandling innvirker på dagliglivet, og hvordan behov for informasjon og mestrings av bivirkningene oppleves.

Resultatene viser at pasientene er svært påvirket av bivirkninger i dagliglivet. De strever etter å makte, men opplever tap av kontroll. De føler seg uerfarne og uten kunnskap i et «pågående forløp», og på grunn av mangel på kontinuitet, kommer deres behov ikke frem. Pasientene trenger individuell støtte fra personalet. Forfatterne konkluderer med blant annet at for å myndiggjøre pasienten må personalet være i stand til å sanse pasientens behov/signaler for hjelp og entre en omsorgsfull relasjon. Personalet må være i stand til å kritisk vurdere hvordan de legger frem informasjon.

#### 4.4 Artikkel 4

«Dealing with chemotherapy-related symptoms at home: a qualitative study in adult patients with cancer» (Achterberg, Aertgeerts, Coolbrandt, Dierckx de Casterle, & Wildiers, 2016). Denne ble funnet i samme søk som gjelder for «4.3 Artikkel 3».

Hensikten med denne belgiske kvalitative studien er at kjemoterapibehandlinger for det meste blir utført poliklinisk, og pasienter må håndtere symptomer fra bivirkninger

hovedsakelig hjemme. Det er påvist at pasienten ofte føler seg etterlatt alene eller uforberedt til dette. Artikkelen utforsker hvordan 28 kreftpasienter under cellegiftbehandling håndterer bivirkningene hjemme, hvilke faktorer og ideer som påvirker deres mestring og hvilken rolle profesjonelle omsorgsarbeidere har.

Resultatet viser at å håndtere kjemoterapi relaterte symptomer involverer en prosess av å erfare og lære over tid hvordan bivirkninger utfolder seg. Opplevelser og håndtering av symptomer er formet av personlige faktorer (mestring av kreft og kreftbehandling, opplevelse av kontroll) og miljøfaktorer (helsepersonellers holdning, informasjonskilder).

Forfatterne konkluderer med at å forbedre støtte til hvordan pasienten kan håndtere symptomer, krever aktiv utforsking av den personlige opplevelsen og håndtering av symptomer. Pleien burde bli skreddersydd til pasientens perspektiv, og burde adressere personlige og miljømessige faktorer for pasientens adferd.

#### 4.5 Artikkel 5

«The Patient-Healthcare Professional Relationship and Communication in the Oncology Outpatient Setting: A Systematic Review» (Danielsen, et al., 2017). Denne artikkelen ble funnet i EBSCOhost, gjennom søkeordene «nurse-patient relations» AND «nurse» AND «outpatient clinic» AND «chemotherapy». Dette resulterte i 5 fagfelleverderte treff fra 2009-2019. I denne danske litteraturstudien har forskerne søkt opp kvalitative og kvantitative studier for å oppsummere litteraturen av voksne pasienters opplevelser av og behov for relasjon og kommunikasjon med helsepersonell under kjemoterapi i kreftpoliklinikker. Studiene identifiserte at relasjonen mellom pasient og personale var viktig for pasientens evne til å mestre kreften og har innvirkning på tilfredshet med sykepleie. Poliklinikker la rammene for og påvirket kommunikasjon og relasjon.

Forfatterne konkluderer med at relasjon og kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient er viktig for pasientens evne til å mestre kreften. Artikkelen diskuterer at helsepersonell må være ekstra oppmerksomme på de relasjonelle aspektene ved kommunikasjon i en poliklinisk setting, da møtet ofte er kortvarig. De mener mer forskning trengs for å finne den beste interaksjon og intervensjon som vil være mest effektiv i å støtte pasienten i å mestre poliklinisk cellegiftbehandling.

### 5 Drøfting

I denne delen av oppgaven tar jeg for meg drøfting av cellegiftbehandling, poliklinisk sykepleie, stress og mestring. Jeg har tatt utgangspunkt i funn i forskningsartiklene.

#### 5.1 Mestring av kvalme

For å hjelpe kvinner med brystkreft under cellegiftbehandling, er det viktig å ha kunnskaper om hvordan bivirkningene påvirker personen. Sammen med kunnskap om stress og mestringsstrategier, kan sykepleier med de rette mellommenneskelige egenskapene hjelpe personen. Jeg vil her ta for meg mestring av kvalme som bivirkning av cellegift.

Gjennom praksis kunne jeg erfare hvordan kvalme påvirket livet hos en kvinnelig pasient i stor grad. Som sykepleierstudent har jeg truffet personer med brystkreft på ulike stadier i sykdommen. I et møte med en av kvinnene fortalte hun meg at hun hadde gjennomgått cellegiftbehandling. Hun bodde hjemme og reise til sykehuset hver 3. uke for å få cellegift. Den første uken etter cellegiften var hun konstant kvalm, og de to neste ukene hun var hjemme brukte hun da til å grue seg til neste cellegiftkur. I Achterberg et al. sin forskningsartikkel om hvordan pasienter håndterer bivirkninger fra kjemoterapi hjemme, viser resultatene at pasientene gjennomgår en prosess med å erfare og lære hvordan bivirkninger utfolder seg og hvordan håndtere dem (Achterberg, Aertgeerts, Coolbrandt, Dierckx de Casterle, & Wildiers, 2016). En av kvinnene Achterberg et al. intervjuet, fortalte at kvalmen var den verste bivirkningen. På det verste lurte hun på om det noensinne kom til å bli bedre. Ved å *oppleve* bivirkningen, var de realiteten nå i stedet for tomme ord (Achterberg, Aertgeerts, Coolbrandt, Dierckx de Casterle, & Wildiers, 2016).

Personlige faktorer som mestring, og miljøfaktorer som helsepersonellens holdning og informasjon, spiller inn på hvordan brystkreftpasienter opplever mestring. Pasienten jeg møtte i praksis opplevde belastning både i form av kvalme, og frykt. Kvalme kan slå en person helt ut, og frykt for å oppleve kvalme av cellegift er en forståelig reaksjon. Ifølge Gibbons og Groarkes forskning kan forventede bivirkninger og mestringsstrategier minimere bivirkningenes innvirkning, noe som tydeliggjør viktigheten av å gi korrekt informasjon (Gibbons & Groarke, 2018). Sykepleierens ansvarsområde for å undervise, veilede og informere kan fremme trygghet, forståelse og mestring (Grønseth & Nortvedt, 2016, s. 21). Pasienten skal informeres ut fra individuelle behov. Men på en annen side, er informasjon også ord, eller slik som i Achterberg et al. sin artikkel, tomme ord, før symptomene blir opplevd i realiteten. Derfra kan vi trekke slutningen om å ikke bare betydningen ved å informere, men betydningen av å *samtale* om bivirkninger. Sykepleier og pasient kan også *samarbeide* om å velge strategier for kvalmekontroll (Knutstad, 2016, s. 213). Ifølge Gibbons og Groarke kan problemfokuserede mestringsstrategier slik som proaktiv mestring og opprettholdelse av aktiviteter brukes for å gjenvinne følelse av kontroll (Gibbons & Groarke, 2018). Ifølge Knutstad er å oppleve kontroll over situasjonen viktig for at pasienten skal mestre den (Knutstad, 2016, s. 213). Ved å samarbeide med pasienten og pårørende kan sykepleier oppfordre til bruk av problemfokuserede mestringsstrategier, som at kvinnen selv

kan registrere kvalmens frekvens, varighet og alvorlighetsgrad, ta antiemetika før måltider eller spise flere små måltider fremfor store (Knutstad, 2016, s. 214). Man må imidlertid være bevisst på at stress og angst kan midlertidig redusere pasientens evne til kognitiv informasjonsbearbeiding, og pasienter som begynner med kjemoterapi er sårbare og informasjonen må tilpasses situasjonen (Reitan, 2017, s. 96). Ifølge Gibbons og Groarkes forskning ble emosjonelle mestringsstrategier, som å søke støtte og revurdering, benyttet for å mestre behandlingsrelatert stress (Gibbons & Groarke, 2018). Det er ofte anbefalt at pasienten tar med seg pårørende når informasjon skal gis, da pasienter kan oppleve stress i den grad at de ikke får med seg det som blir sagt.

## 5.2 Å redusere stress

Under cellegiftbehandling kan det være utfordrende å finne mening i en stressende situasjon. Ifølge Lazarus og Folkman kan man ikke se på stress uavhengig av hvem personen er og personlighetstrekk (Kristoffersen, 2016, s. 247). Individets egen tolkning og vurdering vil føre til en individuell opplevelse av det som oppfattes stressende (Kristoffersen, 2016, s. 247). Reitan skriver at kreftpasienter myndiggjøres ved å få tilgang til kunnskaper og informasjon og ved å få innflytelse på egen situasjon (Reitan, 2017, s. 96). Ifølge Lazarus og Folkman kan ny informasjon fra omgivelsene eller fra personen selv medføre revurdering av situasjonen og personen kan innse at de har muligheter til å mestre den (Kristoffersen, 2016, s. 249). I Gibbons og Groarkes forskningsartikkel brukte kvinner tolkningsprosesser, hvor de evaluerte hvor effektive deres responser var i å redusere stress, noe som førte til endring i den mestringsstrategien de brukte (Gibbons & Groarke, 2018). Med en god relasjon, gode holdninger, kunnskaper og forståelse for pasienten kan det tenkes at sykepleieren kan bidra til å styrke mestring av cellegiftbehandlingen gjennom å samtale likeverdig med pasienten, og informere hvorfor cellegiftbehandlingen gjennomgås og virkninger av den. Dette forutsetter at relasjonen er tillitsbærende (Martinsen, 2012, s. 143). Fatigue vil alltid ramme i en eller annen grad i forbindelse med cellegift. I praksis har jeg sett at det er viktig å ta hensyn til fatigue og utmattelse ved informasjon og i samtale. For mye stimuli fra miljøet kan overvelde og stresse individet, og hodet deres kan føles helt tomt. Det kan gå ut over humøret og individet kan føle en indre uro. Da bør sykepleier oppfatte tegn på at det er for mye for pasienten, selv om vi ønsker å informere om mer.

### 5.3 Relasjonen og kommunikasjonens betydning for mestring

Travelbee beskriver kommunikasjon som et av sykepleierens viktigste verktøy når det gjelder å etablere relasjon til pasienten (Kristoffersen, 2016, s. 35). Kommunikasjon med pasienten er avgjørende for å forstå, kartlegge og iverksette tiltak som kan redusere stress (Leegaard & Winger, 2016, s. 177). Ifølge litteraturstudien av Danielsen et al. er relasjon og kommunikasjon mellom helsepersonell og pasienten i polikliniske rammer viktig for pasientens evne til å mestre kreften (Danielsen, et al., 2017). Mange med kreft har endret funksjoner og/eller selvbilde som følge av sykdommen, og blir ekstra følsomme og sårbare for det de tolker som tegn på at omgivelsene synes det samme (Grov & Lorentsen, 2016, s. 418). Slike tegn kan være sykepleierens stemme, blikk, berøring, stillhet og nærvær (Grov & Lorentsen, 2016, s. 418). Derfra kan det trekkes slutning om at sykepleier bør ha et reflektert forhold til sin væremåte, og kunne sanse det som kreves i situasjonen. Ifølge Kari Martinsen kan sykepleierens årvåkenhet og sensitivitet være med på å oppdage hvilke krav møtet med den andre stiller (Martinsen, 2012, s. 139).

### 5.4 Å styrke mestring ved informasjon

Gjennom praksis på poliklinikk fikk jeg erfare en pasient få beskjed om at han hadde kreft. Først reagerte han med synlig sjokk. Legen snakket med pasienten hele tiden underveis, og gav mer informasjon, både om krefttype, behandling og innleggelse. Jeg erfarte at informasjon var veldig viktig for å nå inn til pasienten, forbi sjokket, slik at pasienten fikk mer forståelse for sin sykdom. Da han fikk vite mer, ble han mindre preget av sjokk. Informasjonen var veldig viktig for hvordan han oppfattet situasjonen, for å få forståelse av sykdommen sin. Jo mer han fikk vite om sin egen sykdom, jo bedre var det for ham på godt og vondt.

Problemfokuserede mestringsstrategier har til hensikt å løse eller håndtere situasjonen (Kristoffersen, 2016, s. 250). Forskning tyder på at problemfokuserede og emosjonsfokuserede mestringsstrategier kan bli brukt for å gjenvinne følelse av kontroll, minimere bivirkningenes innvirkning og redusere stress (Gibbons & Groarke, 2018). Strategien rettes gjerne mot omgivelsene eller pasientens egen følelsesmessige bearbeiding, ved å for eksempel søke informasjon og kunnskap, veiledning og støtte (Kristoffersen, 2016, s. 250). Ved å informere



og veilede pasienten, tilby kunnskap og støtte, kan sykepleieren appellere til pasientens problemfokuserede mestringsstrategier. Helsepersonell har også en lovfestet plikt til å informere pasienten på en forståelig måte. Man må imidlertid være bevisst på at stress og angst kan redusere pasientens evne til informasjonsbearbeiding, og pasienter kan være sårbare. Informasjonen må tilpasses personen og situasjonen (Reitan, 2017, s. 96).

Ifølge Lazarus og Folkmans teori blir emosjonsfokuserede strategier brukt når situasjonen ikke kan gjøres så mye med. Derfor tar pasienten sikte på å endre sin egen opplevelse av situasjonen (Kristoffersen, 2016, s. 251). Ifølge forskningen til Gibbons og Groarke ble emosjonelle mestringsstrategier brukt for å søke støtte og revurdering av situasjonen for å mestre behandlingsrelatert stress til cellegift (Gibbons & Groarke, 2018). Sykepleieren kan gjøre situasjonen mindre belastende ved å spør pasienten om det er spesielle ting som er vanskelige, eller om de har ønsker som kan forbedre deres situasjon (Lode, 2016, s. 52). Emosjonelt orientert mestring kan også være at pasienten bruker humor og ironi om sin situasjon (Kristoffersen, 2016, s. 250). Da er det imidlertid viktig at sykepleieren kan sanse at dette er en form for mestringsstrategi for å ikke krenke pasienten.

Pasienten har en lovfestet rett til informasjon (Lovdata, 2018). Gjennom informasjon kan sykepleier fremme trygghet, forståelse og mestring av konsekvensene for sykdom og behandling (Grønseth & Nortvedt, 2016, s. 21). Sykepleier kan bygge opp under pasientens egne ressurser ved å gi de kunnskap, som kan være med på å ytterligere myndiggjøre pasienten ved at de opplever å ha innflytelse på sin situasjon. På en annen side kan det tenkes at forskjellig informasjon mellom ulikt helsepersonell eller instanser, usikkerhet fra sykepleier eller usikkerhet rundt prognose føre til ytterligere belastning hos pasienten. Ifølge Kari Martinsen kan det stå i sykepleierens makt å vende situasjonen i en eller annen retning (Martinsen, 2012, s. 162). Gjennom stemning eller holdning påvirker sykepleieren det andre menneskets livsmuligheter (Martinsen, 2012, s. 162). Derfra kan man trekke en konklusjon om at sykepleieren må være årvåken og bevisst på informasjonen hun formidler og hvordan den formidles.

## 5.5 Unngåelsesstrategier

Gjennom praksis har jeg erfart at pasienter ikke snakker om sin sykdom eller går inn i samtale om behandlingen. Dette gjelder også for mennesker under cytostatikabehandling. Unngåelsesstrategier brukes når pasienten ikke ønsker å tenke på situasjonen (Lode, 2016, s. 42). Ved å tenke på noe annet og unngå å adressere situasjonen, kan det tenkes at det er slik pasienten klarer å mestre situasjonen. For en stund kan unngåelsesstrategier være greie å bruke fordi situasjonen er belastende, men som regel krever cellegiftbehandling en form for handling fra pasienten da de skal hjem igjen, enten ved tiltak for egenomsorg eller for eksempel å ta medikamenter selv (Lode, 2016, s. 42). Vi må heller ikke glemme at hvert menneske er individuelle, og personlighet og hvem pasienten er vil påvirke hvordan de tilnærmer seg situasjonen (Kristoffersen, 2016, s. 247). Sykepleier skal observere, kartlegge, iverksette tiltak og evaluere tiltakene gjennom sykepleieprosessen (Stubberud, 2013, s. 43). Sykepleierens holdning kan gjøre den andres liv truende eller trygt, derfor er det et krav om å ta vare på den som tilliten legger i sykepleierens hånd (Martinsen, 2012, s. 143). Forskning antyder at relasjon og kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient i poliklinikken er viktig for pasientens evne til å mestre kreften (Danielsen, et al., 2017). Det kan tenkes at en sterk og tillitsbærende relasjon mellom sykepleier og pasient kan medføre at personen ønsker å adressere områder de trenger hjelp til å mestre. Jeg har etter erfaring i praksis sett viktigheten av å gi pasientene tid til å bearbeide og selv ville prate om det de opplever vanskelig. Derfor er kunnskaper om stress og mestring også viktig.

## 5.6 Å styrke mestring i et salutogent perspektiv

Under cellegiftbehandling kan det være utfordrende å finne mening i livet, og erfaringene kreft fører med seg. Antonovskys teori om salutogenese beveger mennesket seg mellom ulike grader av helse, og perspektivet er rettet mot mestring og det å leve med sykdom (Jacobsen, 2016, s. 59). Opplevelse av sammenheng (OAS) kan påvirke graden av mestring, helse og velvære (Jacobsen, 2016, s. 59).

OAS består av tre begreper. Ved «meningsfullhet» opplever personen mening, som er knyttet til motivasjon og følelser (Jacobsen, 2016, s. 59). Ved kurativ behandling må cellegiften som oftest administreres så raskt som mulig, og behandlingen kan være aggressiv (Bremnes, Lundgren, & Slørdal, 2018, s. 97). Grunnen er målet om helbredelse og å

forebygge tilbakefall (Bremnes, Lundgren, & Slørdal, 2018, s. 97). Ifølge Reitan går veien til muligheter gjennom smerten (Reitan, 2017, s. 83). Sykepleier kan informere og veilede pasienten om det endelige målet ved behandling, for eventuelt å motivere pasienten.

Det andre begrepet er «begripelighet» hvor pasienten forstår det som skjer som strukturert, forutsigbart og forståelig. To av de utvalgte forskningsartiklene peker på kontinuitet som en faktor for poliklinisk kreftbehandling. I Brandberg et al. sin artikkel kom det frem en signifikant assosiasjon mellom høy opplevd kontinuitet og høy helserelatert livskvalitet (Brandberg, Emilsson, Plate, Söderberg, & Wärnberg, 2018). Poliklinikk legger rammeverket for møtet mellom pasient og sykepleier. Kокtved, Nielsen og Pedersens artikkel resulterte i at på grunn av mangel på kontinuitet, kom ikke pasientens behov frem (Kокtved, Nielsen, & Pedersen, 2013). For å skape kontinuitet, kan sykepleieren ha primært ansvar for de samme pasientene gjennom deres behandlingsforløp så langt det lar seg gjøre. Slik kan pasienten slippe å oppleve å fortelle om seg, sine behov og problemer i samme utstrekning hver gang (Stubberud, 2013, s. 46). Slik kan også forløpet være mer forutsigbart for pasienten ved å forholde seg til mennesker de kjenner igjen, og eventuelt har bygd opp en relasjon med.

Det tredje begrepet «håndterbarhet» er knyttet sammen med muligheten og evnen til å påvirke situasjon eller omgivelser (Jacobsen, 2016, s. 59). Pasienten har lovfestet samtykkekompetanse, og en lovfestet rett om å medvirke i sin behandling (Lovdata, 2018). Gjennom informasjon, veiledning og holdningen om at individet er et autonomt vesen, kan sykepleieren styrke pasientens muligheter eller evne til å påvirke sin egen situasjon. Ifølge Reitan myndiggjøres kreftpasienter ved å få tilgang til kunnskaper og informasjon og ved å få innflytelse på egen situasjon (Reitan, 2017, s. 96).

I en salutogen tilnærming til problemstillingen, kan sykepleieren ses som en fasilitator som setter i gang eller utløser prosesser hos pasienten som kan styrke deres ressurser (Langeland, 2012, s. 208). I et salutogent perspektiv kan opplevelse av sammenheng (at verden er meningsfull og forståelig, og man selv kan gjøre noe med situasjonen) påvirke graden av mestring, helse og velvære (Langeland, 2012, s. 211). Pårørende kan også ses på som en ressurs for pasienten, og å støtte pårørende kan også være å støtte pasienten.

## 5.7 Å styrke mestring gjennom kontinuitet

Pasientene befinner seg i usikkerhet vedrørende sykdommen og prognose, om forløpet og hvor raskt det vil skje forverring. Resultatet i forskningsartikkelen til Brandberg et al. tyder på at det er en sammenheng mellom høy opplevd kontinuitet og høy helserelatert livskvalitet. De peker også på at kontinuitet kan oppnås på kreftavdelinger av ulike størrelse uten tap av kvalitet (Brandberg, Emilsson, Plate, Söderberg, & Wärnberg, 2018).

Poliklinisk virksomhet har økende pasientkontakt, og tendensen tyder på at polikliniske kontakter vil fortsette å øke i tiden fremover. Forskningsartikkelen til Koktved, Nielsen og Pedersen resulterte også i at polikliniske pasienter under cellegiftbehandling og stråleterapi opplevde tap av kontroll (Koktved, Nielsen, & Pedersen, 2013). Jo mindre opplevd kontroll man opplever å ha, jo større blir usikkerheten, som kan føre til økt hjelpesløshet (Lode, 2016, s. 47). Tid kan være en begrensende faktor for om pasienten våger å snakke om sine belastninger (Grov & Lorentsen, 2016, s. 420). Ifølge Martinsen kan hastighet og effektivitet ødelegge for samtalen, og det dreier seg om å være langsom i de korte møtene (Martinsen, 2012, s. 42). Det er derfor viktig at det er akseptert blant personalet å bruke tid til samtale (Grov & Lorentsen, 2016, s. 420).

Koktved, Nielsen og Pedersen konkluderte med at pasienten trenger individuell støtte. For å myndiggjøre pasienten må personalet være i stand til å sanse pasientens signaler om hjelp, og entre en omsorgsfull relasjon (Koktved, Nielsen, & Pedersen, 2013). Ifølge Kari Martinsen kan sykepleierens årvåkenhet og sensitivitet være med på å oppdage hvilke krav møtet med den andre stiller (Martinsen, 2012, s. 139). På en annen side er det ikke sikkert at de samme sykepleierne er på vakt når pasientene returnerer til poliklinikken. Sykepleieren kan selv bidra til kontinuitet ved å følge opp de samme pasientene. Sykepleieren skal derimot sikre at behandlingen blir fulgt opp fra vakt til vakt gjennom dokumentasjonsansvar og rapporter (Stubberud, 2013, s. 54). Slik kan pasienten slippe å fortelle om behov og problemer på nytt for hver behandling, som kan oppleves belastende (Stubberud, 2013, s. 54).

## 6 Konklusjon

Jeg har i denne oppgaven forsøkt å belyse hvordan sykepleiere kan styrke mestring hos brystkreftpasienter under cellegiftbehandling.

Ut fra litteraturen og funn i artiklene, synes det å være en oppfatning om at kontinuitet, korrekt informasjon, interesse, relasjon og kommunikasjon med helsepersonell kan påvirke til mestring hos pasienten. I arbeidet med denne oppgaven har jeg fått en større innsikt i prosessene som ligger bak mestring i belastende situasjoner. Pasienten er nødt å lære å stå i en belastende situasjon for å ha mulighet til å oppnå kurasjon. Sykepleieren kan med kunnskap om krise, stress og mestring, bidra til å styrke mestringsevnen ved å kartlegge behovet for mestring og mestringsintervensjon. Det er viktig med ettertenksomhet, gode holdninger og tillit til å inngå i relasjon med pasienten.

Jeg opplevde at det var lite forskning rundt poliklinisk sykepleie fra Norge, og svært mye forskning rundt brystkreft internasjonalt. Det hadde vært interessant med mer forskning på poliklinisk sykepleie i Norge med økende polikliniske kontakter, befolkning og tilfeller av kreftsykdom kombinert med spådd sykepleiemangel (FHI, 2018). Det blir interessant å se hvordan dette kan påvirke helsevesenet og sykepleiepraksis fremover.

## Bibliografi

- Achterberg, T., Aertgeerts, B., Coolbrandt, A., Dierckx de Casterle, B., & Wildiers, H. (2016, 01 25). *Dealing with chemotherapy-related symptoms at home: a qualitative study in adult patients with cancer*. doi:<https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/ecc.12303>
- Brandberg, Y., Emilsson, L., Plate, S., Söderberg, M., & Wärnberg, F. (2018, 02 20). *High experienced continuity in breast cancer care is associated with high health related quality of life*. doi:<https://doi.org/10.1186/s12913-018-2925-0>
- Bremnes, R. M., Lundgren, S., & Slørdal, L. (2018). Cytostatika. I Schlichting, Ellen, E. West, & E. West (Red.), *Kreftsykdommer - en basisbok for helsepersonell* (5. utg., ss. 95-111). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dalland, O. (2017). Hva er metode? I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving* (6. utg., ss. 50-61). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dalland, O., & Trygstad, H. (2017). Kilder og kildekritikk. I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving* (6. utg., ss. 149-164). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Danielsen, A. K., Jarden, M., Moller, K. A., Nielsen, D. L., Olsen, M.-H., & Prip, A. (2017, 30 09). *The Patient-Healthcare Professional Relationship and Communication in the Oncology Outpatient Setting: A Systematic Review*. doi:10.1097/NCC.0000000000000533
- FHI. (2018, 01 24). *Kreft i Norge*. Hentet 04 27, 2019 fra Folkehelseinstituttet: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/kreft/#stabil-kreftdoedelighet>
- Gibbons, A., & Groarke, A. (2018, 08 01). *Coping with chemotherapy for breast cancer: Asking women what works*. doi:<http://dx.doi.org.galanga.hvl.no/10.1016/j.ejon.2018.06.003>
- Grov, E. K., & Lorentsen, V. B. (2016). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I H. Almås, R. Grønseth, D.-G. Stubberud, & H. Almås (Red.), *Klinisk Sykepleie 2* (Vol. 5, ss. 437-452). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Grønseth, R., & Nortvedt, P. (2016). Klinisk sykepleie - funksjon, ansvar og kompetanse. I H. Almås, R. Grønseth, & D.-G. Stubberud, *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., ss. 17-40). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Haakensen, V. D., Helland, Å., & Russnes, H. G. (2018). Tumorbiologi. I E. Schlichting, & E. Wist, *Kreftsykdommer - en basisbok for helsepersonell* (5. utg., ss. 48-62). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Helsedirektoratet. (2018, 03 01). *Aktivitetsdata for somatisk spesialisthelsetjeneste*. Hentet fra Helsedirektoratet: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/aktivitetsdata-for-somatisk-spesialisthelsetjeneste>
- Hummelvoll, J. K. (2012). Psykiatrisk sykepleie som fagområde. I J. K. Hummelvoll, *Helt - ikke stykkevis og delt* (7. utg., ss. 23-50). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- HVL. (2019, 05 10). *Søk etter fagressursar*. Hentet fra HVL: <https://www.hvl.no/bibliotek/sok-etter-fagressursar/>
- Jacobsen, E. L. (2016). Helse og sykdom. I A. K. Heggstad, & U. Knutstad, *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie* (4. utg., ss. 56-76). Oslo: Cappelen Damm AS.

- Knutstad, U. (2016). Kvalme. I A. K. Heggstad, & U. Knutstad, *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie* (4. utg., ss. 198-217). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Koktved, D. P., Nielsen, L. L., & Pedersen, B. (2013, 09 01). *Living with side effects from cancer treatment - a challenge to target information*. doi:10.1111/j.1471-6712.2012.01085.x
- Kreftforeningen. (2018, 09 24). *Brystkreftscreening*. Hentet fra Kreftforeningen: <https://kreftforeningen.no/om-kreft/screening-masseundersokelse/brystkreftscreening/>
- Kreftregisteret. (2018, 10 29). *Brystkreft*. Hentet fra Kreftregisteret: <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Fakta-om-kreft/Brystkreft-Alt2/>
- Kristoffersen, N. J. (2016). Stress og mestring. I G. H. Grimsbø, N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3* (3. utg., ss. 237-286). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling. I G. H. Grimsbø, N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3* (3. utg., ss. 15-64). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Langeland, E. (2012). Salutogene samtalegrupper. I M. S. Fagermoen, & A. Lerdal, *Læring og mestring - et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning* (1. utg., ss. 208-235). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Leegaard, M., & Winger, A. (2016). Smertor. I A. K. Heggstad, & U. Knutstad, *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie* (ss. 172-194). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Lode, K. (2016). Mestring. I A. K. Heggstad, & U. Knutstad, *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 2*. (4. utg., ss. 40-54). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Lovdata. (2018, 08 06). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet 05 23, 2019 fra Lovdata: <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63/§4-1>
- Martinsen, K. (2012). *Samtalen, skjønnnet og evidensen* (5. utg.). Oslo: Akribe AS.
- Norsk sykepleierforbund. (2019, 27 03). *Sykepleiermangel*. Hentet 01 06, 2019 fra Norsk sykepleierforbund: <https://www.nsf.no/sykepleiermangel/artikkelliste/1740674>
- Reitan, A. M. (2017). Kreftsyrkepleie. I A. M. Reitan, & T. K. Schølberg, *Kreftsyrkepleie. Pasient - utfordring - handling* (4. utg., ss. 33-47). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Reitan, A. M. (2017). Psykologisk krise og mestringsmuligheter. I *Kreftsyrkepleie. Pasient - utfordring - handling*. (4. utg., ss. 82-103). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Schlichting, E., & Wist, E. (2018). Svulster i bryst. I E. Schlichting, E. Wist, & E. Wist (Red.), *Kreftsyrkdommer - en basisbok for helsepersonell* (5. utg., ss. 327-345). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Stubberud, D.-G. (2013). Pasientens psykososiale behov: konsekvenser for sykepleierens funksjon og ansvar. I D.-G. Stubberud, *Psykososiale behov fved akutt og kritisk sykdom* (1. utg., ss. 42-64). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Thidemann, I. -J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Utne, I. (2016). Opplevelser og reaksjoner hos mennesker med kreft. I A. K. Heggstad, U. Knutstad, & U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 2* (4. utg., ss. 305-). Oslo: Cappelen Damm AS.

