

BACHELOROPPGÅVE

«Ingen heil kvinne lenger?»

Korleis kan sjukepleiar hjelpe kvinna til å meistre krise ved nyoppdaga
brystkreft?

av

Elisabeth Eilertsen & Anette W. Foss

Kandidatnummer: 59 & 11

«No longer a woman?»

Emnekode og namn: SK 152 Bacheloroppgåve i sjukepleie

Innleveringsdato: 29.05.2015

Tal ord: 9651

Rettleiar: Sissel Øygard

Avtale om elektronisk publisering i Høgskulen i Sogn og Fjordane sitt institusjonelle arkiv (Brage)

Eg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane løyve til å publisere oppgåva (Skriv inn tittel) i Brage dersom karakteren A eller B er oppnådd.

Eg garanterer at eg har opphav til oppgåva, saman med eventuelle medforfattarar. Opphavsrettsleg beskytta materiale er nytta med skriftleg løyve.

Eg garanterer at oppgåva ikkje inneheld materiale som kan stride mot gjeldande norsk rett.

Ved gruppeinnlevering må alle i gruppa samtykke i avtalen.

Fyll inn kandidatnummer og namn og set kryss:

Kandidatnummer: 59

Namn: Elisabeth Eilertsen

JA X NEI___

Kandidatnummer: 11

Namn: Anette W. Foss

JA X NEI___

Sammendrag

Tittel

«Ingen heil kvinne lenger?»

Problemstilling

Korleis kan sjukepleiar hjelpe kvinna til å meistre krise ved nyoppdaga brystkreft?

Bakgrunn for val av tema

Vi valde å skrive om meistring i krise til kvinna med nyoppdaga brystkreft fordi vi med stor sannsynlegheit vil som sjukepleiar møte fleire av desse pasientane i framtida. I tillegg har vi interesse for kreftomsorg og har begge vore i praksis på kreftavdeling. Vi har også begge erfaring frå familie som er ramma av kreft. I 2013 fekk 3220 kvinner brystkreft, og 630 døydde same år. Statestikken viser tydeleg auke av brystkreftpasientar kvart år, det er derfor nødvendig med meir kunnskap kring korleis ein som sjukepleiar kan møte desse pasientane på ein best mogleg måte.

Framgangsmåte

Oppgåva vår er basert på ein litteratur studie. I metoden har vi nytte ulike databasar for å finne relevante forskingsartiklar for å belyse problemstillinga vår. Vi har nytta pensumlitteratur og andre relevante bøker frå høgskulen sitt bibliotek. I tillegg har vi nytta oss av yrkesetiske retningslinjer utarbeida av Norsk sjukepleiarforbund. Til saman har vi fem forskingsartiklar og to fagartiklar. I tillegg har vi nytta egne praksiserfaringar frå kreftavdeling.

Oppsummering

Gjennom drøfting av litteratur, forskning og egne praksiserfaringar ser vi at sjukepleiaren si rolle som støttespelar er viktig for nydiagnostiserte kvinner med brystkreft. Vi ser at informasjon, kommunikasjon og relasjon er svært viktig i møte med denne pasientgruppa. I tillegg er det viktig å sjå pasienten, lytte og vise omsorg. Pasientane har individuelle behov, og dette skal respekterast på ein verdig måte. Som sjukepleiar må ein ha kunnskap om meistringsstrategiar og krisereaksjonar som kan oppstå hos pasientar ved ein slik diagnose. Det kom fram i ulike studiar at kvinner rapporterte mangel på informasjon blant sjukepleiarane, noko som kan gi psykososiale konsekvensar. Pasienten sin autonomi blir stilt sterkt i dei vala som skal takast, og som sjukepleiar skal ein vere tilgjengeleg for diskusjonar og samtalar.

Innholdsfortegnelse

1	Innleiing	1
1.1	Grunngjeving for val av tema	1
1.2	Problemstilling.....	1
1.3	Avgrensing av problemstilling	1
1.4	Begrepsavklaring	2
1.5	Oppgåva si oppbygging	2
2	Framgangsmåte.....	3
2.1	Metode.....	3
2.2	Søke- og utvalsprosess - bøker.....	3
2.3	Søke- og utvalsprosess - forskning	3
2.4	Kjeldekritikk.....	5
3	Teori.....	5
3.1	Brystkreft - diagnostisering og behandling.....	5
3.2	Krise ved nyoppdaga brystkreft.....	6
3.3	Meistring	7
3.4	Psykiske belastningar ved brystkreft.....	8
3.5	Endringar av kroppsbilde og seksualitet	9
3.6	Joyce Travelbee	9
3.7	Kari Martinsen	10
3.8	Aaron Antonovsky	10
3.9	Sjukepleiarrolla – kommunikasjon, informasjon og relasjon	10
4	Drøfting.....	12
4.1	Korleis informere kvinna i sjokkfasen.....	12
4.2	Møte med kvinna i reaksjonsfasen.....	14
4.3	Sjukepleiarrolla – kommunikasjon og relasjon.....	15
4.4	Hjelp til å meistre forandra kropps- og sjølvbilete.....	18
5	Konklusjon	19
	Litteraturliste.....	21

1 Innleiing

Gjennom livet kjem vi fleste menneske i møte med kreftsjukdom, enten som kreftramma eller som pårørende. Kreft er ein diagnose som dei fleste har ein tanke om, og som ofte assosierast med smerte, død og knuste framtidsplanar. Brystkreft, cancer mammae har vist seg å vere den kreftforma som rammar flest kvinner, og utgjer 22% av alle krefttilfelle hos kvinner (Helsedirektoratet, 2015). I 2013 fekk 3220 kvinner brystkreft. Stadig fleire overlever, men om lag ein av fire kvinner opplever å få spreining til andre organ, og ikkje blir friske. I 2013 døydde 630 kvinner av brystkreft (Kreftregisteret, 2015). Brysta er for dei fleste kvinner tett følelsesmessig knytta til sjølvoppfatning og kvinnlegheit (Den Norske Kreftforening, 2001, s.18-19).

1.1 Grunngeving for val av tema

Som følge av at mange kvinner blir ramma av brystkreft er det stor sannsynlegheit for at ein som sjukepleiar vil møte på enda fleire av desse pasientane. Vi har begge erfaring frå praksis på kreftavdelinga der vi har møtt menneske med alvorleg kreftsjukdom. Frå praksis har vi erfart at menneske som får ein kreftdiagnose opplever både fysiske, psykiske og sosiale utfordringar. Ein skal ikkje berre hjelpe pasienten til å takle dei fysiske utfordringane, men ein må også vere trygg og støttande i ein vanskeleg kvardag. Vi har gjort oss tankar om korleis ein skal møte kvinner som nyleg har fått diagnosen brystkreft, og ønskjer å ha fokus på korleis sjukepleiar kan hjelpe kvinna til å meistre krise ved nyoppdaga brystkreft. Vi meiner dette er relevant for sjukepleiefaget då statestatikken viser ein tydeleg auke i antall brystkreftpasientar kvart år, og det er nødvendig med meir kunnskap kring korleis sjukepleiarar kan møte desse pasientane på ein best mogleg måte. Det er på bakgrunn av dette at vi ønskjer å skrive om akkurat dette. Vi har begge personleg erfaring med familie som har vore ramma av brystkreft og som har måtte fjerne begge brysta eller som har døydd av sjukdommen.

1.2 Problemstilling

Korleis kan sjukepleiar hjelpe kvinna til å meistre krise ved nyoppdaga brystkreft?

1.3 Avgrensing av problemstilling

I oppgåva tek vi utgangspunkt i kvinner som nyleg har fått diagnosen brystkreft. Hovudfokuset blir korleis ein som sjukepleiar kan hjelpe kvinna til å meistre krise når ho nyleg har fått diagnosen brystkreft og i tida etterpå. Arenaen for å møte kvinnene i krise etter nyoppdaga brystkreft vil vere på sjukehus. Vi har ikkje avgrense til ein bestemt aldersgruppe, fordi vi ser at alle kvinner treng hjelp til å meistre krise ved nyoppdaga brystkreft. Vi veit likevell at risikoen for brystkreft auka med alderen og ca. 80 prosent av dei som rammast er over 50 år (Helsedirektoratet, 2015).

1.4 Begrepsavklaring

Brystkreft

Brystkreft (cancer mammae) er ondarta forandringar som oppstår i brystkjertelvevet (Sørensen & Almås, 2011, s. 440).

Meistring

Ifølgje Eide & Eide blir meistring ofte beskreve som å ha kontroll over ein situasjon. Dette handlar om å forholde seg til ein belastande situasjon, som gjenopprettar kognitiv kontroll, emosjonell kontroll og at ein skal løyse praktiske vanskar ein står ovanfor (gjengitt etter Kvåle, 2002, s. 45).

Krise

Ordet krise er gresk og betyr «avgjerelse, dom». Krise handlar om ein vanskeleg situasjon, eit avgjerande vendepunkt eller ein plutselig forandring (Renolen, 2008, s. 164). Krise er ein psykisk reaksjon som menneske opplever når vanlege meistringsstrategiar ikkje er tilstrekkeleg for å finne løysing på ein vanskeleg situasjon. Når menneske opplever krise blir ein prega av sterke følelsar som kan gje direkte eller indirekte voldsomme uttrykk (Reitan, 2010, s. 72).

Sjukepleiarrolla

«Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene» (Travelbee, 1999, s. 29).

1.5 Oppgåva si oppbygging

Vi starta oppgåva vår med ei innleiing der vi beskriv bakgrunn for val av tema, problemstilling med avgrensing og begrepsavklaringar. Dette beskriv vi gjennom eit samfunn- og sjukepleiarperspektiv, samt at vi nytta personlege erfaringar. Vidare har vi skreve eit metodekapittel som omhandlar litteratur, forskning og kildekritikk. I teoridelen presentera vi relevant teori i forhold til problemstillinga vår, for eksempel sjukepleiarrolla, litt om yrkesetiske retningslinjer, krise og krisereaksjonar og funn ut ifrå forskingsartiklane. Seinare drøfta vi relevant teori frå bøker og forskingartiklar for å belyse korleis sjukepleiar kan hjelpe kvinna til å mestre krise ved nyoppdaga brystkreft. Til slutt i oppgåva vil det kome ein konklusjon over det vi har kome fram til.

2 Framgangsmåte

2.1 Metode

Vår bacheloroppgåve er ein litteratur studie, som vil sei at vi brukar og tolkar litteratur som allereie finnast frå før (Dalland, 2012, s.112). Ein skil mellom kvalitative og kvantitative metodar. Kvalitative metodane tek utgangspunkt i meining og opplevingar som ikkje kan talfestast eller målast. Derimot dreiar kvantitativ forskning seg om teoriar og prinsipp basert på objektivitet og nøytralitet, altså ein hypotetisk deduktiv tankegang. Forskaren er objektiv og held avstand til studieobjektet for å unngå at meiningane kan påverke resultatata (Forsberg & Wengstrøm, 2013, s. 53). Vidare skriv Dalland (2012, s. 112) at både kvalitative og kvantitative metodar bidreg på kvar sin måte til ein betre forståelse av samfunnet, og korleis grupper og enkeltmenneske handlar og samarbeida. I vår oppgåve har vi tatt utgangspunkt i relevant litteratur av god kvalitet til vår problemstilling, og vi har nytta forskingsartiklar med både kvalitative og kvantitative metodar.

2.2 Søke- og utvalsprosess - bøker

Då vi skulle finne bøker nytta vi høgskulen sitt bibliotek. Vi fekk hjelp av skulen sin bibliotekar for å finne bøker som omhandla kreft og kreftomsorg. Vidare leita vi etter pensumlitteratur frå andre emne som vi har hatt igjennom tre år på sjukepleiarutdanninga. Pensum er utarbeida av høgskulen i Sogn og Fjordane. «Kreftsykepleie» av Anne Marie Reitan og Tore Kr. Schjølberg var ei bok som fanga vår merksemd. Den beskriv kreftsjukepleie, pasient, utfordringar og handlingar som var nyttig teori for oss. Vi fann også inspirasjon av Kirsti Kvåle som skriv om «Sykepleie til menneske med kreft». Når vi skulle skrive teori om brystkreft, diagnostisering og behandling nytta vi oss av «Klinisk sykepleie 2» av Almås, Stubberud og Grønseth (2011). For å skrive om kva som er viktig i sjukepleiarrolla fant vi inspirasjon i Eide & Eide (2007) som skriv om «Kommunikasjon i relasjonar». Krise og meistring er to viktige fundament i oppgåva vår og vi nytta oss av Renolen (2008) si bok som skriv om: «Forståelsen av mennesker – Innføring i psykologi for helsefag». Når vi jobba med metodekapittelet vart boka: «Metode og oppgåveskriving» av Dalland (2012) nytta. Denne boka var relevant fordi vi skriv ein litteraturstudie, og denne hadde gode strukturar på korleis vi skulle formulere methodedelen. I kapittelet om teori har vi skreve om ulike sjukepleieteoretikarar. Vi nytta «Samtalen, skjønnet og evidensen» skreve av Kari Martinsen (2005), «Mellommenneskeleg forhold i sykepleie» av Joyce Travelbee (1999) og «Helsens mysterium» av Aaron Antonovsky (2012).

2.3 Søke- og utvalsprosess - forskning

Før vi byrja å søke etter forskning såg vi på S-pyramiden. S-pyramiden er eit viktig prinsipp i kunnskapsbasert praksis for å bruke oppsummert forskning som systematisk oversikter. Desto høgare opp i pyramiden ein kjem, desto meir kvalitetssikkert, brukbart og lettlest er forskinga (Nordtvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012, s. 44).

Det aller første vi byrja med var å finne relevant litteratur til problemstillinga vår. Vi gjekk inn på skulen sitt databasesystem og gjorde oss kjent med dei ulike databasane. Vi gjekk først inn på sykepleien.no for å leite etter norsk litteratur. Vi søkte med søkeordet «Brystkreft hos kvinner» og fekk opp 27 artiklar. Vi fant to fagartiklar relevant for vår oppgåve. Begge fagartiklane var av Sigrunn Drageset «Mestring før kreftoperasjon» frå 2013 og «Vond ventetid» frå 2011. Vidare gjekk vi inn i litteraturlista til artikkelen «mestring før kreftoperasjon», og fant ein artikkel med namnet: «Coping with breast cancer: Between diagnoses and surgery», frå 2010. Vi kopierte artikkelen inn i databasen Academic Search Premium. Vi fekk opp artikkelen, leste igjennom den og fant den relevant for vår oppgåve. For å finne gode engelske søkeord nytta vi databasen SveMed+. Vi brukte norske søkeord som: «brystkreft», «sosial støtte», «kreftpasient», «pasient behov», «kvinner» og «diagnose» og fekk engelske søkeord som: «breast cancer», «social support», «patient's needs», «woman» og «diagnoses». Vi har søkt i databasane PubMed, Academic Search Premium, Scient Direct, Medline og Cinahl. Søkeperioden var ca frå 6 april – 16 april.

I databasen PubMed søkte vi på «Patients needs». Vi valde å avgrense søket til dei fem siste åra. Her fekk vi 3 treff. Vi leste igjennom abstrakta og fant 1 relevant artikkel: “Patients’ needs and preferences in routine follow-up for early breast cancer; an evaluation of the changing role of the nurse practitioner”. Vi søkte også i databasen Scient Direct. Kombinerte søkeorda «Breast cancer», «social support» og «cancer patient» og avgrensa til dei fem siste åra. I denne databasen kryssa vi av for «breast cancer» igjen under «Topic», og for «European journal of oncology nursing» under «Publication title». Vi fekk her 24 treff, leste igjennom abstrakta og fant også berre ein artikkel relevant for vår oppgåve: «Stress and nursing care needs of women with breast cancer during primary treatment: A qualitative study». Vi nytta databasen Scient Direct fordi vi såg at ei tidligere bacheloroppgåve med same tema som oss hadde nytta denne databasen. Då vi var inne på denne artikkelen dukka det opp 3 artiklar under «recommended articles» i høgre hjørne. Vi leste igjennom abstrakta på desse og fant 1 artikkel som var aktuell: “Barriers to information access, perceived health competence, and psychosocial health outcomes: test of a mediation model in a breast cancer sample”. I databasen Academic Search Premium brukte vi søkeordet «Women diagnosed with breast cancer». Vi kryssa av for full text og avgrensa til år 2014. Vi fekk dermed opp 50 treff, men 1 aktuell for vår oppgåve: «Prevalence, intensity, and predictors of the supportive care needs of women diagnosed with breast cancer: a systematic review”. Tilsaman hadde vi då 6 forskingsartiklar og 2 fagartiklar. Etter å ha lest igjennom dei sat vi att med 5 forskingsartiklar og 2 fagartiklar som vi følte var relevant og som gav oss gode drøftingsområder for problemstillinga.

2.4 Kjeldekritikk

Dalland (2012, s. 67-68) skriv at kjeldekritikk er ein metode for å fastslå om ei kjelde er til å stole på. Det er to sider for å vurdere kjelder. Den første handla om å finne fram til riktig litteratur for ei problemstilling, og den andre handlar om å gjere greie for å vurdere litteraturen som ein har nytta i oppgåva si. Styrken med oppgåva er at vi har kritisk vurdert forskingsartiklane ut ifrå sjekklister for kvalitativ og ulike kvantitative sjekklister henta frå nasjonalt kunnskapssenter for helsetenesta (Kunnskapssenteret, 2015). Når vi valde ut våre forskingsartiklar la vi vekt på IMRAD-strukturen (Olsson & Sørensen, 2003, s. 50). Ved å sjå om IMRAD-strukturen er brukt, kan vi sei at det er ein forskingsartikkel. Dette på bakgrunn av at vitenskaplege artiklar alltid nyttar denne oppbyggingsmodellen. Denne strukturen er ein forkorting av introduksjon, metode, resultat og diskusjon (Olsson & Sørensen, 2003, s. 50). Ei anna styrke ved oppgåve er at vi har tatt i bruk S-pyramiden for å oppsummere om forskinga er kvalitetssikker (Nordtvedt et al., 2012, s. 44). Vi har funne ein review studie som ligg høgt i pyramiden, og som vil sei at den er av høgare kvalitet enn dei studiane som ligg lengre ned i pyramiden. Vi har også nytta nasjonale faglege retningslinjer noko som også styrkar oppgåva vår (Helsedirektoratet, 2015). Vi har brukt primærlitteratur, men om dette har vore vanskeleg har vi nytta sekundærlitteratur. Svakheitar ved oppgåva er at vi har nytta oss av ein forskingsartikkel frå år 2002, mens resten av artiklane ikkje er meir enn 10 år gamle. Til tross for at artikkelen er gammal, ønskjer vi likevel å nytte denne då den er svært relevant for vår oppgåve. Forsking blir heile tida fornya, og det er krav til oss som helsepersonell å nytte ny kunnskap. I følgje punkt 1.4 i yrkestiske retningslinjer står det at ein sjukepleiar har plikt til å holde seg oppdatert på forskning, og bidra til at ny kunnskap blir nytta i praksis (Norsk sykepleieforbund, 2011).

3 Teori

3.1 Brystkreft - diagnostisering og behandling

Brystkreft (cancer mammae) er den hyppigaste kreftforma hos norske kvinner (Wist, 2010, s. 431). Årsaka er vanskeleg å fastslå, men forskning viser at nokon har større risiko for å få brystkreft enn andre. Vidare kjem det fram at risikoen aukar den tida kvinna eksponerast for østrogen, og 15-20 % er familiert tilknytta. Andre risikofaktorar kan vere kjønn, alder, tidleg menstruasjon, sein menopause, hormonbehandling i samband med overgangsalder, overvekt (KMI over 30), høgt alkoholinntak, arv og tidlegare gjennomgått kreft (Sørensen & Almås, 2011, s. 440).

Brystkreftsvulstar blir ofte oppdaga før dei gir symptom, der kvinna sjølv kjenner ein kul eller fleire i brystet eller armhola (Wist, 2010, s. 432). Kulen i brystet er som regel smertefri. Vidare kjem det fram at symptom på brystkreft kan vere asymmetri som ikkje har vore der tidlegare, blodtilblanda eller klar væske frå brystvorta, sår som ikkje vil gro på huda over brystet, raudheit og utslett rundt

brystvorta. Diagnostisering føregår etter det ein kallar trippeldiagnostikk, dette vil sei klinisk undersøkelse av brystet, mammografi og/eller ultralyd, og vevsprøve tatt med ei tynn nål (Sørensen & Almås, 2011, s. 443). Trippeldiagnostikk er grunnlaget for trygg og rasjonell mammae-utredning. Alle maligne tumorar skal vere diagnostisert med trippeldiagnostikk før dei opererast (Helsedirektoratet, 2015). Unge kvinner under 35 år har mindre sjans for å få brystkreft, fordi nyoppdaga klumper eller kuler vil variere etter menstruasjonssyklus. Desse forandringane kan forsvinne spontant, og det kan derfor vere grunn til at desse kvinnene ser ann situasjonen noko (Wist, 2010, s. 433).

All behandling av brystkreft her i landet følgjer retningslinjer som er utarbeida av norsk brystkreftgruppe, NCCG, som består av onkologar og kirurgar frå fleire sjukehus. Dei møtast to gongar i året for å oppdatere behandling av brystkreft ut ifrå all ny forskning (Sørensen & Almås, 2011, s. 444). Behandling av brystkreft kan bestå av kirurgi, adjuvant behandling og strålebehandling. Kirurgisk behandling har som mål og fjerne svulsten, samt å fjerne så mykje av brystkjertelvetvet omkring, slik at risikoen for spreiding blir minst mogleg. Dette vil sei brystbevarande kirurgi eller fjerning av heile brystkjertelen (Mastektomi eller ablatio mammae). Under operasjon blir vaktpostlymfeknuten fjerna og sendt til patolog for mikroskopisk undersøkelse (Sørensen & Almås, 2011, s. 444). Denne metoden gjer det mogleg å finne ut om det er spreiding til lymfeknutar eller ikkje. Det kjem og fram at dersom patologane ikkje finn kreftceller i vaktpostknuten er det sannsynleg at kreften ikkje har spreidd seg til andre lymfeknutar i armhola. Det er då ikkje nødvendig og fjerne fleire lymfeknutar (aksilletolett) i armhola. Dersom ein ser kreftceller i vaktpostlymfeknuten kan det vere teikn på spreiding til omkringliggende lymfeknutar og fleire lymfeknutar må då fjernast (aksilletolett). 1 Januar 2015 blei det innført eit pakkeforløp for brystkreft (Helsedirektoratet, 2015). Pakkeforløp for kreft skal gi ein forutsigbarheit og tryggleik for pasient og pårørande. Det er eit standard pasientforløp som skal beskrive organisering av utredning og behandling, kommunikasjon/dialog med pasient og pårørande. Formålet med dette er at kreftpasientar skal oppleve eit godt organisert, heiheitleg og forutsigbart forløp utan forsinkelsar i utredning, diagnostikk, behandling og rehabilitering.

3.2 Krise ved nyoppdaga brystkreft

Å få ein kreftdiagnose er for dei fleste ein sjokkbekjed, og ein kan få ein følelse av at alt stoppar opp (Renolen, 2008, s. 164). Mange kvinner beskriv det som ein tilstand der alt er frose fast, alt går i sakte film, og føler at dei går ved sidan av seg sjølv (Myskja, 2005, s. 20). Når krisa er blitt eit faktum vil dei fleste oppleve kaos, tristheit, depresjon, skyld, sinne, meningslausheit, frykt og angst (Renolen, 2008, s. 164).

Når kvinna får diagnosen brystkreft kan ein oppleve ei traumatisk krise. Ein klassikar innanfor kriseteori er Cullberg som definerar ein traumatisk krise slik: «Individets psykiske situasjon ved ei ytre hendelse av ein slik art at pasienten fysiske eksistens, sosiale identitet og trygghet eller grunnleggjende livsmuligheter blir truet» (Kvåle, 2002, s. 22).

Psykiater Johan Cullberg delar krisereaksjon inn i fire forskjellige fasar. Den første fasen er sjokkfasen som kan vare frå ein kort periode til nokre dagar (Renolen, 2008, s. 171). Vidare kjem det fram at fasen er prega av ein uverkelegheitsfølelse, og mange kan ha ein følelse av å vere i ein draum. Sjokkfasen er individuell, reaksjonane kan variere og ein kan virke upåverka av hendelsen, men ein kan også oppleve voldsomme følelsmessige utbrot. Ved den første konsultasjonen vil kvinna få svært mykje informasjon om sin kreftdiagnose, og ifølgje Dougherty viser studiar at pasientar oppfattar så lite som ca. 20% av den verbale informasjon som blir gitt (gjengitt etter Sørensen & Almås, 2011, s. 446). I sjokkfasen kan pasienten si evne til å forstå og bearbeide informasjon vere begrensa (Reitan, 2010, s. 76). Neste fase er reaksjonsfasen, som kan vare inntil 6. veker (Renolen, 2008, s. 171). Mange prøver då å finne ei meining med kaoset, ein begynner å ta verkelegheita innover seg, slepp følelsane til og ein har behov for å snakke om følelsar og tankar. I tillegg kan ein oppleve frykt, angst, tårer, sinne, aggresjon, uro, sorg, skyldfølelse og hjelpeslausheit. Vidare kan forsvarsmekanismar som regresjon, benekting, projeksjon, rasjonalisering og isolering dukke opp ved krise. Hensikta med forsvarsmekanismane er at det skal hjelpe den kriseramma til å ta inn over seg det som har skjedd (Renolen, 2008, s. 171-172). Sjokk og reaksjonsfasen er dei akutte fasane i ei krise (Renolen, 2008, s. 172). Vidare kjem bearbeidingsfasen og nyorienteringsfasen. Ei krise går aldri over, men vil alltid vere ein del av kvart menneske sitt liv. Ei kvinne som får brystkreft er i ein psykisk krise, og treng derfor tid til å ta inn over seg det som har skjedd, og gradvis la verkelegheita sleppe til.

3.3 Meistring

«Når mennesker får en alvorlig og livstruende kreftsykdom, vil mange oppleve å komme i en psykologisk krise som utfordrer deres evne til mestring» (Reitan, 2010, s. 80). Meistring kan oppfattast som summen av psykiske og direkte handlingsorienterte krefter som ein tek i bruk for å finne meining med livet og for å beherske, tolerere og redusere dei ytre og indre belastningane ein er utsatt for (Reitan, 2010, s. 83). Når vi møter situasjonar der evna vår til å meistre ikkje strekk til må vi ta i bruk meistringsstrategiar. Kreftpasientar seier at håp og eigenkontroll er dei beste meistringsstrategiane. Hos kreftpasientar er ofte «fighting spirit» omtalt som ein god meistringsstrategi. Dette vil sei ein kampvilje, der pasientane akseptera sin diagnose (Reitan, 2010, s.79-80).

Lazarus og Folkmann seg på meistring som ein prosess, og dei definera meistring som: «Kognitive og atferdsmessige tiltak for å klare indre og ytre krav som overstiger personens ressurser» (Renolen, 2008, s. 149). I følgje Lazarus og folkmann skil ein mellom emosjonsorientert og problemfokustert meistring (Reitan, 2010, s. 85). Problemfokustert meistring fokusera på tiltak for å løyse eit problem. Emosjonsfokustert meistring vil sei at ein prøver å endre følelsesreaksjonane som oppstår i forbindelse med stress (Renolen, 2008, s. 150). Dette er viktig når påkjenninga er stor, som på byrjinga av ei traumatisk krise. I ein kvalitativ studie kjem det fram korleis meistringsstrategiar bør brukast av kvinner mellom diagnostisering av brystkreft og kirurgi (Drageset, Lindstrøm & Underlid, 2010, s. 149-150). Vidare kjem det fram at kvinnene var klar over trusselen om død, men dei var likevel håpefulle og optimistiske. Kvinnene ønska å bli behandla på ein vanleg måte, og dei ville handtere situasjonen på sin eigen måte. Konklusjonen var at ein som helsepersonell og sjukepleiar må gje betre støtte til kvinner i ein sårbar situasjon. I ein fagartikkel frå sykepleien.no «Mestring før kreftoperasjon» vart det konkludert med at det er både likskap og variasjonar i kvinner sine meistringsstrategiar (Drageset, 2013, s. 60). Det kjem fram at kvinner kan meistre situasjonen sin ved å involvere og engasjere seg, og ved å prøve å holde avstand og kontroll. Funna i undersøkelsen gir kunnskap om kvinner sine meistringsopplevelsar i ein vanskeleg og vond ventetid.

3.4 Psykiske belastningar ved brystkreft

I følgje Booth et al. vil ca. 20 % av alle nydiagnostiserte brystkreftpasientar oppleve langvarig psykisk stress (gjengitt etter Kvåle, 2002, s. 21-22). Sjølv om mange pasientar blir frisk av sin kreftsjukdom, vil mange kreftpasientar leve med ein trussel om at ein kan dø av sin sjukdom (Kvåle, 2002, s. 21). I ein randomisert kontrollert studie kom det fram i kva grad kvinner med brystkreft opplever vanskar med å få nødvendig informasjon om sin sjukdom og tilstand (Arora, Johanson, Gustafson, McTayish, Hawkins, Pingree, 2002, s. 37-38). Studien konkludera med at informasjonen pasientane får kan påverke deira helseutfall. Ein konsekvens av at brystkreftpasientar ikkje får tilgang på helseinformasjon er at dei kan oppleve å få dårleg psykososial helse.

Sjukdommen kan påverke ekteskapet, familien, sosiale relasjonar og funksjonar i heimen og på arbeid (Sørensen & Almås, 2011, s. 440). Det blei gjort ein studie i følgje Aass et al. ved det Norske Radiumhospitalet som viste at 13 % av pasientane hadde angst og 9 % hadde depresjon (gjengitt etter kvåle, 2002, s. 25). Depresjon er ofte tristheit som er konstant og vedvarande som gjer at ein ikkje er i stand til å føle glede (Kvåle, 2002, s. 25). Vidare kan depresjon vere ein sorgreaksjon over eit tap og trussel om håp. Det er derfor viktig at pasientane får uttrykke sin sorg, og at ein som sjukepleiar er lyttande. Angst er den redselen ein kan oppleve ovanfor trusselen om å tap av livet (Sæteren, 2010, s. 248). Det kan også komme av tap av ein kroppsdel, helse, kontroll over livet og trussel om tap av relasjonar (Kvåle, 2002, s. 26). Vidare kan angst gje kroppslege symptom som

hjerterbank, svimmelheit, pustebesvær, rastlausheit og konsentrasjonsvanskar. I fagartikkelen «vond ventetid» kjem det fram at brystkreft kan gje ein stor psykologisk belastning som kan gje angst og usikkerheit (Dragset, 2011, s. 53). Funn i studien viser at det er viktig at kvinna får ein fastsatt og rask dato for operasjon. Det kjem fram at tida på sjukehuset kan vere ukjend for kvinna, og behandling, prosedyrar og utstyr kan vere skremmande.

3.5 Endringar av kroppsbilde og seksualitet

Tap av eit bryst kan for mange gje ein følelse av at dei ikkje lenger er ei fullverdig kvinne, fordi brysta er ein viktig del av kvinna sin seksuelle identitet (Sørensen & Almås, 2011, s. 448). I tillegg kan det vere ei stor påkjenning for kvinner å la andre sjå at ho har fjerna eit bryst. Dersom kvinna er open ovanfor partnaren sin kan ein lettare bearbeide tapet og kroppsforandringa. Mange kvinner vil sleppe å sjå operasjonssåret første gong (Sørensen & Almås, 2011, s. 448). Ein må vere klar over at reaksjonane kan variere, og ein må respektere og støtte dei vala kvinnene tek. Då tida er komen for at kvinna skal sjå arret er det anbefalt at ein sjukepleiar bør vere tilstade, støtte og gi informasjon. Det kan også her vere aktuelt å tilby kvinna sin partner til å vere med å sjå på arret før heimreise (Sørensen & Almås, 2011, s. 449). I ein review studie kjem det fram at yngre brystkreftpasientar har meir utfordringar knytt til seksualitet og kroppsfokus enn eldre (Fisze, Dolbealt, Sultan & Bredart, 2013, s. 372). Studien konkluderer med at ein som sjukepleiar må ha kunnskap om kvinna sine individuelle behov og kva omsorg som bør gis til rett tid. Seksualitet er ein viktig del av menneske sin identitet (Borg, 2010, s. 122). For å bevare god helse er det å elske og kjenne seg elska ein viktig del av livet. I følgje Kvåle (2002, s. 29) må ein som sjukepleiar oppmuntre kvinna og partnaren til å ta vare på den delen av seksuallivet som fungera. Seksualitet handlar ikkje berre om samleie, men gjeld også nærleik, ømheit og berøring.

3.6 Joyce Travelbee

Joyce Travelbee (f. 1926-d.1973) arbeida som psykiatrisk sjukepleiar, var både lærar og seinare ledar for sjukepleiarutdanninga på 1900-talet i USA (Travelbee, 1999, s. 5-6). Ho presenterte sjukepleie med fokus på utvikling av relasjonar mellom pasient og sjukepleiar. I følgje Travelbee (1999, s. 41) er målet med sjukepleie å skape eit menneske til menneske forhold mellom sjukepleiar og pasient. Hensikta med eit slikt forhold er å hjelpe individ, familie og samfunn til å førebygge eller meistre sjukdom og lidning. Det handlar om at den profesjonelle sjukepleiaren brukar seg sjølv terapeutisk i møte med pasienten og dei pårørande. Ho er oppteken av at mennesket er eit unikt individ både likt men også ulikt alle andre. Vi menneske er heile tida eit individ i vekst, utvikling og endring (Travelbee, 1999, s.5). Vidare skal ein som sjukepleiar ikkje ha handlingar som mål, men som eit hjelpemiddel til å hjelpe andre menneske. I tillegg får ho fram at ein som sjukepleiar er eit menneske, og ikkje ein stereotyp (Travelbee, 1999, s. 6).

3.7 Kari Martinsen

Kari Martinsen (f. 1943) er ein norsk sjukepleiar, magister i filosofi og dr.philos. (Kirkevold, 1992, s. 169). Ho meiner at sjukepleiarfaget er bygd opp omkring omgrepet omsorg, og at det er ein grunnleggande føresetnad for alt menneske liv. Vidare meina ho at det mest grunnleggande er at menneske er avhengig av kvarandre. Ein kan ikkje leve i isolasjon frå andre, og omsorg må vere sjukepleiaren sitt verdigrunnlag. Omsorg er knytt til relasjonar og moral, og den viser seg i praktisk handling (Martinsen, 2005, s. 164). Omsorg i sjukepleia blir utøvd ut ifrå ein autoritetsstruktur med svak paternalisme. Dette vil sei at ein som sjukepleiar engasjera seg i andre, og tek hensyn i den andre sin situasjon. Som sjukepleiar skal ein gjere situasjonen best mogleg for pasienten og ein må bruke sitt faglege skjønn og makta som ligg i denne slik at tilliten blir best mogleg. Dette gjer den faglege sjukepleiaren også til ein kritisk sjukepleiar (Martinsen, 2005, s. 165). Martinsen legg vekt på relasjonar og avhengigheit, og at fellesskapet settast i sentrum (Martinsen, 2005, s. 168).

3.8 Aaron Antonovsky

Aaron Antonovsky (f.1923 - d. 1994) var ein israelsk-amerikansk sosiolog, forskar og professor. Han er kjend for forskning på forholdet mellom helse, stress og velvære (Antonovsky, 2012, s. 27). I følgje Renolen (2008, s. 152) blir salutogenetisk tenking oppfatta som helse i eit kontinuum. Salutogenese handlar om å finne ut kor på kontinuumet kvar enkelt person er til ei kvar tid (Antonovsky, 2012, s.27). Det handlar også om kva som gjer eller som held oss friske (Renolen, 2008, s. 152). OAS «Opplevelse av samanheng» er eit kjernebegrep i Antonovsky's teori (Renolen, 2008, s. 152). I begrepet OAS er det tre moment som heng saman og påverkar kvarandre: Begripelegheit, håndterbarheit og meningsfullheit. Tilnærming i salutogentisk tenking til mennesket si helse kan føre til ein djupare forståing og kva faktorar som bidreg til meistring av helseproblem. Kommunikasjon i rolege omgivadar kan utgjera ein forskjell i pasienten sin følelse av meistring i ein vanskeleg situasjon (Renolen, 2008, s. 153).

3.9 Sjukepleiarrolla – kommunikasjon, informasjon og relasjon

Ifølgje punkt 2.2 og 2.3 i yrkesetiske retningslinjer skal ein som sjukepleiar understøtte håp, meistring, livsmot og ivareta den enkelte pasient sine behov for heilheitleg omsorg (Norsk sykepleieforbund, 2011). Når ein pasient får ein alvorleg diagnose er det viktig å gå lyttande inn i ein samtale (Myskja, 2005, s. 20). Når ein blir sjuk har ein eit stort behov for informasjon og kunnskap om ein rekke ulike forhold (Eide & Eide, 2007, s. 292). Vidare må informasjonen som blir gitt tilpassast etter pasientens behov og ein skal bli tatt godt i vare på. Personar i sjokk treng god allmenn omsorg, og hjelparen kan gjerne få ein «moderleg» funksjon (Renolen, 2008, s.171). I tillegg er informasjonen svært viktig fordi i sjokkfasen blir informasjonen ofte gløymd. Kvinnene kan ha behov for kroppskontakt, som ei hand å holde i, noko som kan gi ein følelse av tryggleik. Det er legen som

har ansvar for å informere pasienten om diagnose, behandling, komplikasjonar og biverknadar (Reitan, 2010, s. 105). Vidare må ein som sjukepleiar gjenta informasjonen som har betydning for utøvinga av sjukepleia til pasientane. Pasienten har også rett til å vite sanninga rundt sin sjukdom. I følgje pasient- og brukerrettighetslova § 3-2 kjem det fram at pasienten skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innhaldet i helsehjelpa. Han skal også informerast om moglege risikoar og biverknadar (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999)

I ein kvalitativ studie kjem det fram at kvinner med nydiagnostisert brystkreft lid meir av psykiske påkjenningar enn dei fysiske (Remmers, Holtgrawe & Pinkert, 2009, s.15). Dei ga uttrykk for at emosjonell støtte var svært viktig. Som sjukepleiar kan ein støtte kvinnene ved å lytte til dei, og informere dei. Ein kan på denne måten formidle sikkerheit til kvinnene og hjelpe dei til å oppretthalde håp og evna til å forhalde seg til verkelegheita. Resultat av studien viser framfor alt at ferdigheitar i det å danne relasjonar og kommunisere er avgjerande for å lykkast. Relasjon kan forståast som eit forhold eller ein forbindelse til eit anna menneske (Eide & Eide, 2007, s.17). Kvaliteten på relasjonen mellom fagperson og pasient har betydning for om pasienten føler tryggleik, der ho kan uttrykke sine opplevingar, tankar, meiningar og følelsar (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 25). Som helsepersonell er det viktig å legge til rette for ein god kommunikasjonsprosess som gir rom for å utvikle ein relasjon og ein større forståing av pasienten (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 28). Væremåte, empati og annarkjennelse er tre forhold som er viktig for korleis ein skal skape ein god relasjon (Røkenes & Hanssen, 2012, s.108). Som helsepersonell er det viktig å vere tilgjengeleg utan å presse for å få til den gode samtalen, men å skape tillit og fortrulegheit (Myskja, 2005, s. 21). Når ein skal møte pasientar i krise og sorg er det nødvendig for ein som sjukepleiar og prøve å forstå opplevinga, det ein kalla for empati (Renolen, 2008, s. 188). Empati betyr å leve seg inn i andre sine indre, subjektive opplevingar både innhaldsmessig og affektivt (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 187). I følgje Eide & Eide (2007, s. 136-137) er kommunikasjon eit middel til å bli kjent med pasienten, møte pasienten sine behov, og hjelpe vedkommande til å meistre sjukdom, liding og einsamheit. Vidare blir kommunikasjon sett på som nødvendig for å etablere menneske-til-menneske forholdet, som igjen vil vere avgjerande for at ein som sjukepleiar skal kunne verkeleggjera sitt formål. Kommunikasjon er komplisert og ein tosidig prosess, og ein må som sjukepleiar forstå kva pasienten formidlar både verbalt og nonverbalt. I ein studie kjem det fram at brystkreftpasientar var fornøgd med den oppfølginga dei fekk og at rolla som sjukepleiar blei høgt verdsatt (Hezewijk, Ranke, van Nes, Stiggelbout, de Bock & van de Velde, 2011, s. 772). Det blei konkludert med at dei yngre brystkreftpasientane hadde eit større behov for informasjon i oppfølgingsfasen enn dei eldre. Som sjukepleiar i kreftomsorg kan ein bli stilt ovanfor etiske problemstillingar (Sørbye, 2010, s. 299). Korleis ein vel å møte desse utfordringane er avhengig av eigne verdiar og holdningar. Pasienten sin

autonomi blir stilt sterkt i dei vala som skal takast. Som sjukepleiar er ein medansvarleg for at alle sider ved ein valsituasjon er blitt belyst, slik at pasienten er i stand til å sjå konsekvensane ved ulike val (Sørbye, 2010, s. 300). I sjukepleiaren sitt møte med pasientane står nærleiksetikk og barmhjertlegheitstanken heilt sentralt (Sørbye, 2010, s. 285). Dersom ein møter pasientane på eit likeverdig nivå kan det gje grunnlag for å løyse etiske utfordringar og konflikhtar gjennom kommunikasjon. I yrkesetiske retningslinjer for norsk sjukepleiarforbund står det at ein som sjukepleiar skal ha respekt for den enkelte mennesket sitt liv og verdigheit. Til slutt skal sjukepleie byggje på barmhjertigheit, omsorg og respekt og menneskerettighetane (Norsk sykepleierforbund, 2011).

4 Drøfting

I denne delen av oppgåva skal vi drøfte korleis sjukepleiar kan hjelpe kvinna til å meistre krise ved nyoppdaga brystkreft. Å hjelpe kvinna til å meistre krise kan vera heilt avgjerande for å kunne handtere situasjonen på best mogleg måte. Vi vil nytte relevant teori, forskingsartiklar, samt eigne erfaringar og opplevingar frå praksis til å drøfte påstandar.

4.1 Korleis informere kvinna i sjokkfasen

I denne fasen er det først og fremst viktig at ein som sjukepleiar er klar over at pasienten treng tid til å samle seg etter at ho har fått ein kreftdiagnose (Renolen, 2008, s. 171). Det er også viktig at ein er forberedt på at det kan ta kort tid hos nokre pasientar, medan hos andre tar det lengre tid. Vi observerte i praksis ein samtale mellom ein sjukepleiar og ei kvinne med nydiagnostisert brystkreft. Sjukepleiaren var stille, såg seg rundt i rommet, og vi oppfatta ho som både ukomfortabel og usikker. Dette medførte at kvinna vart stille og virka meir engsteleg og redd. Vi veit at det kan vere ei utfordring i praksis å informere når ein pasient har fått ein alvorleg diagnose. Dette kan skyldast at vi som sjukepleiarar har for lite kunnskap om korleis vi skal møte kvinna og korleis vi skal handtere situasjonen. Vi kan vere redd for å seie noko feil, redd for å ta til tårene og redd for å ikkje strekke til. I tillegg kan ein som sjukepleiar kjenne på at ein synst synd i pasienten eller ein kan oppleve å ta det personleg. Til tross for dette veit vi at ein som sjukepleiar må vere flink til å informere pasientane gjennom heile prosessen. Vi må gjenta informasjonen ofte då pasienten si evne til å forstå og bearbeide informasjon kan vera begrensa (Reitan, 2010, s. 76). Som sjukepleiar er det viktig at vi er ein god støttespelar heile vegen, og møter kvinna på sine eigne premissar og gir individuell informasjon ut ifrå kvinna sine behov (Sørensen & Almås, 2011, s. 33). Ventetida på prøvesvar, beskjed om diagnose og den vonde ventetida på operasjon var i følgje Drageset (2011, s. 52) den mest stressande perioden. Ei ung dame sitter å ventar på svare frå legen om ho skal fjerne brystet etter å ha fått brystkreft. Vi observerte at kvinna var svært uroleg, ho klarte ikkje å halde beina i ro,

og stirra tomt ut i lufta. Ho sa ingenting, fekk ikkje fram orda og vi kunne sjå fortvilelsen. Gjennom praksiserfaringar veit vi at ein som sjukepleiar kan gjere ein forskjell ved å vere til stades, lytte og informere. I praksis sat vi oss ned med pasienten, la ei varm hand på skuldra og viste at vi var tilstade sjølv om det var vanskeleg å vite kva vi skulle seie. Kvinna sa til oss «det e godt du er her saman med meg». Å vere tilstade, handtrykk, og merksemd, er små viktige tiltak for at den kreftsjuke skal føle seg sett og bekrefta som person (Lorentsen & Grov, 2010, s.410). Dersom dette ikkje blir gjort har det vist seg i ein studie at nydiagnostiserte brystkreftpasientar som ikkje får nok og tilstrekkeleg informasjon kan oppleve dårlegare psykososial helse (Arora et al., 2002, s. 37-38).

Det kjem fram i pasient - og brukarrettighetsloven at pasientane skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innhaldet i helsehjelpa. Samtidig skal pasienten få informasjon om moglege risikoar og biverknadar (Pasient - og brukarrettighetsloven, 1999). Som sjukepleiar må ein vite konsekvensar av handlingar. I tillegg må pasienten få nok informasjon til å forstå konsekvensane av sine val (Sørbye, 2010, s. 288). Sidan legen har hovudansvaret for å informere pasienten, skal vi som sjukepleiarar repetere og informere pasientane om det er noko dei lurar på. Då er det viktig at informasjonen som vert gitt tilpassast etter pasienten sitt behov. Vi kan tenke oss at ei kvinne med nyoppdaga brystkreft sit aleine saman med legen og får informasjon utan sjukepleiar tilstade. Legen informera pasienten om sjukdom, behandling og prognose. Legen pratar raskt, og brukar faguttrykk som er ukjende for pasienten. Det ser også ut til at legen har svært dårleg tid. Det er i dette tilfelle lite truleg at pasienten fekk med seg det som blei sagt. I følge Sørensen & Almås (2011, s. 446) oppfattar pasientar så lite som 20 % av den verbale informasjonen som blir gitt. Vi meiner derfor at det er nødvendig at ein som sjukepleiar er saman med legen når diagnosen blir gitt. Dette fordi ein som sjukepleiar då får vite kva informasjon legen gir, og ein kan ut ifrå dette møte kvinna sine reaksjonar på ein best mogleg måte. I tillegg meiner vi at det er viktig at ein som sjukepleiar har kunnskap om reaksjonar, diagnose og behandling. Ein kan dermed vere att med pasienten og pårørande etter legen har gått for å gjenta informasjon eller svare på spørsmål ut ifrå det som legen har sagt (Kvåle, 2002, s. 44). «Av og til kan helsepersonells behov for å informere være større enn pasientens behov for å vite» (Lorentsen & Grov, 2011, s. 414). Det er viktig å vere klar over korleis informasjonen blir formidla, kva ord som blir brukt og måten informasjonen blir gitt på (Lorentsen & Grov, 2011, s.415).

For at kvinner skal unngå å bli overvelda av følelsesmessige reaksjonar tar dei i bruk meistringsstrategiar og forsvarsmekanismar (Drageset et al., 2010, s. 149). Det er blitt vist at det å ta inn over seg informasjon litt etter litt vil gjere det lettare å forhalde seg til den endra situasjonen (Drageset, 2013, s. 58). «Det er lettere for meg hvis jeg tar det steg for steg». «Når jeg har fått den beskjeden, så må jeg fordøye den og så får jeg neste beskjed og så må jeg fordøye den» (Drageset,

2013, s. 58). Vidare viste det seg at «steg for steg» er den mest hensiktsmessige meistringsstrategien for å unngå å bli overvelda av truande tankar og følelsar. I praksis såg vi at fleire pasientar fortrengde informasjon som blei gitt både frå legen og sjukepleiar. Vidare tolka vi dit henn at pasientane ikkje fortrengte det med vilje, men at det var pasienten sin måte å takle situasjonen på. I følgje Drageset (2013) hadde nokon kvinner forsvarsmekanismar der dei hadde vanskar med å akseptere diagnosen, og prøvde å skyve vekk vanskelege tankar og følelsar. Som følgje av ein krisereaksjon kan pasientane oppleve voldsomme følelsemessige utbrot, men ein kan også virke upåverka av hendelsen (Renolen, 2008, s. 172). Desse reaksjonane er ikkje nødvendigvis noko pasienten står for, men det kan vere eit verktøy for å beskytte seg mot trussel ho føler av kreften (Reitan, 2010, s. 77). «Det kan ikke være sant, si at det ikke er sant» (Myskja, 2005, s. 20). Slike tankar kan vere vanleg når ein får ein kreftdiagnose. Ein kan då som sjukepleiar hjelpe kvinna til å oppretthalde håp og evna til å forhalde seg til verkelegheita ved å lytte til ho, akseptere hennar følelsar og informere ho (Remmers et al., 2009, s. 11). Ut ifrå dette ser vi at situasjonane vi møter i praksis er i tråd med litteratur, forskning og teori. Dette vil gjere til at vi får betre kunnskap og dermed blir betre rusta til å informere, opptre roleg, skape tillit og tryggleik i møte med pasientar i sjokkfasen.

4.2 Møte med kvinna i reaksjonsfasen

Etter det første sjokket forsøker ein å finne ei meining og ta verkelegheita innover seg (Renolen, 2008, s. 171). Erfaringsmessig har vi opplevd at det er vanskeleg for pasientane å finne ei meining i det som ofte opplevast som kaos. Då meiner vi at ein som sjukepleiar må vere til god støtte for pasientane i den tida dei er i avdelinga. I følgje Renolen (2008, s. 171) har pasientane i denne fasen ofte eit stort behov for å snakke om følelsar og opplevingar. Som sjukepleiar kan ein då få ein «containing» funksjon, som vil sei at ein lyttar til det pasienten har å seie. Studien frå Remmers et. al (2009, s. 11) viste at pasientane opplevde tryggleik ved at sjukepleiaren ga seg tid til å lytte. Når ein får ein diagnose kan ein reagere ulikt, og ein taklar situasjonar individuelt (Renolen, 2008, s.171). Nokon reagera med frykt, angst, tårer og sinne, mens andre kan oppleve aggresjon, uro, sorg, skyldfølelse og hjelpelausheit. Alle desse reaksjonane er ulike forsvarsmekanismar som vi menneske naturleg tek i bruk for å beskytte oss sjølv, og for å meistre situasjonen (Renolen, 2008, s.171-172). Her ser vi igjen kor viktig sjukepleiarrolla er for å fremme meistring. Ein kan oppleve at nokon pasientar ikkje ønska hjelp, og ein må som sjukepleiar respektere dette. Likevel må ein vere der for pasientane og gje dei høve til å ta i mot samtale og støtte.

Generelt har alle pasientar behov for å handtere situasjonen på sin eigen måte (Drageset et.al, 2010, s. 149). Vi har erfart i praksis at nokon vil at livet skal fortsette som før, sjølv om dei har fått ein kreftdiagnose. Det kan truleg tenkjast er fordi dei ønskjer å oppleve kontroll. Antonovsky fokusera på det som fremjar helse, og ikkje det som gjer oss sjuke, og dersom ein klarer å tenke slik vil ein

kunne takle sjukdommen lettare (Renolen, 2008, s. 152). Nokon kvinner ønska å leve normalt med dei vanlege daglegdagse aktivitetane som hobby og arbeid etter å ha blitt diagnostisert med brystkreft (Drageset et.al, 2010, s. 152). Dette kunne gjere til at kvinnene fekk ein følelse av kontroll, og at livet fortsette som før. Berre det å kunne arbeide som før og vere sosial kunne hjelpe kvinnene. Vidare kjem det fram at medlidenheit og medfølelse kunne gjere til at dei kunne føle sårbarheit og det kunne utløyse negative følelsar. Andre kvinner prøvde å skyve vekk følelsar og fokuserte på noko anna. Å fokusere på noko anna som hobby, hagearbeid og musikk har vist seg å kunne hjelpe på negative tankar. Det å få brystkreft kan føre til at kvinna isolera seg for å sortere ut tankar og følelsar (Myskja, 2005, s. 24). Det kan også vere med å skape avstand mellom kvinna sjølv og hennar sosiale miljø. God sosial støtte er avgjerande for at kvinna skal meistre sjukdommen sin, og i følgje Kesselring treng pasientar som har lite sosial nettverk, meir sosial støtte frå sjukepleiarane i kreftomsorga (gjengitt etter Kvåle, 2002, s. 26). Det kom også fram at det var ei utfordring for kvinnene om venner og bekjente trakk seg unna og ikkje lenger var tilstade for å prate (Remmers et. al, 2009, s. 13-14). Det kan opplevast som eit paradoks at studien frå Remmers et. al (2009, s. 13-14) viser at kvinna sine pårørande kan vere ei belastning. Kvinner var bekymra over at familien blei overbelasta med detaljert informasjon kring deira kreftsjukdom. Samtidig var dei redde for å bli ei «byrde» for familien. Dei kvinnene som hadde barn eller andre familiemedlemmar var bekymra for deira omsorg både no og i framtida. Nokon av kvinnene var meir bekymra for sine familiemedlemmar enn seg sjølv. I følgje Kvåle (2002, s. 44) kjem det fram at det er ein fordel om pårørande er tilstade med pasienten når diagnosen blir formidla. I tillegg kan pårørande sjåast på som ein ressurs i denne situasjonen, då dei kan oppfatte det som pasienten ikkje får med seg, og vere med å oppklare mistydingar som kan dukke opp i samtale mellom pasient og lege. Vi har begge erfart frå praksis at pasientar har vore aleine då dei har fått ein kreftdiagnose utan familie tilstade. Det var forferdeleg vondt å sjå pasienten sitte aleine å ta imot ein sånn alvorleg beskjed. Som konklusjon ut ifrå forskning, teori og praksiserfaringar ser vi at pårørande kan vere ein god støttespelar for pasienten, men dei kan også opplevast som ein belastning då pasienten er redd for at dei blir overbelasta av informasjon kring sjukdommen. Det er derfor viktig at ein som sjukepleiar lyttar, støttar og snakkar om opplevsalar og bekymringar saman med pasient og pårørande.

4.3 Sjukepleiarrolla – kommunikasjon og relasjon

I arbeid og prosess rundt pasienten er relasjon av god kvalitet avgjerande (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 18-19). I studien til Remmers et.al (2010, s. 15) viste det seg at relasjon og kommunikasjon mellom sjukepleiar og pasient er avgjerande for om pasienten skal føle seg trygg og ivareteken. Vidare kan ein berolige pasientane med at dei vil overleve den noverande krisen, med nærheit og oppmuntring. Målet med studien var å redusere dei psykososiale belastningane kvinnene opplever,

og auke trivselen til dei berørte. Studien konkluderte med at dersom ein som sjukepleiar skal kunne gi tilstrekkeleg omsorg til kreftpasientar treng ein nødvendig kunnskap og ferdigheit kring informasjon om kreftpasientar sine individuelle behov. I følge Drageset (2013, s. 58) er det viktig at ein som sjukepleiar gir individuell omsorg og behandling slik at pasienten sine meistringsressursar kan styrkast. Vidare er det viktig at ein som sjukepleiar følgjer dei yrkesetiske retningslinjene som seier at ein som sjukepleiar skal ivareta den enkelte pasients verdigheit og integritet, retten til heilheitleg sjukepleie, medbestemmelse og rett til ikkje å bli krenka (Norsk sykepleieforbund, 2011).

I praksis møtte vi ei ung dame som skulle til ein miniskoperasjon. Det blei ikkje operasjon, fordi blodprøvesvara ikkje var som dei skulle. Kvinna blei lagt inn på kreftavdelinga. Ho var heilt aleine utan familien tilstade. Kvinna forstod ikkje sjølv kvifor ho ikkje fekk operasjon. Like etterpå kjem legen inn og startar samtalen med å fortelje at ho har fått ein kreftdiagnose. Vi oppfatta at legen informerte pasienten på ein uverdigg måte, og tok heller ikkje hensyn til at kvinna var aleine. Då legen var ferdig med å informere blei pasienten liggande aleine på rommet før ein sjukepleiar kom inn. Vi kunne høyre den unge dama sine skrik heilt frå rommet til vaktrommet. I dette tilfelle meiner vi at kommunikasjon og relasjon ikkje blei ivareteken. I følge Røkenes & Hanssen (2012, s. 27) kjem det fram at dersom ein relasjon blir svekka kan det føre til negative følelsar, ein oppleving av avstand og manglande forståing. Travelbee (1999, s. 171) påpeikar at kommunikasjon har ein avgjerande betyding for å få til eit menneske-til-menneske forhold, og dette skjer når to menneske møtast, både verbalt og nonverbalt. Vidare fokusera ho på forholdet mellom pasient og sjukepleiar, og kva som skal til for å bygge eit godt forhold, samt å ivareta pasientens behov på ein best mogleg måte. Vi meiner at legen burde tatt seg tid til å informere pasienten på ein meir verdigg måte og medan sjukepleiar var tilstade. Det burde også vore tatt opp om pårørande skulle vore tilstade når diagnosen blei formidla. I tillegg meiner vi at pasienten ikkje skulle vore aleine når legen gjekk frå rommet. Martinsen legg vekt på relasjonar og avhengighet, og at fellesskapet settast i sentrum (Martinsen, 2005, s. 168). Frå praksis har vi erfart at ein som sjukepleiar sit inne med mykje kunnskap og erfaring, og vi er der for eksempel oftare enn ein lege. Dette gjer til at pasientane oftare kjem i kontakt med oss som sjukepleiarar. Ut ifrå dette ser ein at ein som sjukepleiar må skape gode relasjonar gjennom god informasjon og omsorg. Ein studie påpeikar også at sjukepleiaren sine ferdigheit i det å danne relasjonar og kommunisere er avgjerande for å lykkast (Remmers et al., 2009, s. 14). Travelbee hevda at kommunikasjon er ein føresetnad for å oppnå det som er sjukepleiaren hensikt, å hjelpe pasienten til å meistre sjukdom og liding (Kirkevold, 1992, s. 119).

Vidare har vi sett i praksis at ein som sjukepleiar skal vere flink til å sette sprøyter og utføre ulike prosedyrar, men at fokuset blir mindre på sjukepleiar-pasient relasjonen. Med dette meina vi at både informasjon, og korleis ein som sjukepleiar skal opptre blir gløymt. Truleg kan dette ha samanheng

med ein travel kvardag på sjukehuset, men det er likevel viktig å hugse på sjukepleiar-pasient relasjonen. Det kjem fram i ein studie at tillitsforholdet som utviklar seg mellom sjukepleiar og pasient i løpet av kort tid på sjukehus er viktig for pasientens trivsel (Remmers et al., 2009, s. 13). I følgje Martinsen er sjukepleiaren sine holdningar, stemningsleie og korleis ein tek hand om pasienten avgjerande for om pasienten føler omsorg, styrke og mot (gjengitt Lorentsen & Grov, 2011, s.410). Sjukepleiarfaget er bygd opp omkring omsorg, hevda Martinsen (Kirkevold, 1992, s.169). Hennar omsorgsteori bygger på ein forståing av sjukepleiarfaget og sjukepleia sitt kunnskapsgrunnlag. Omsorg er ein grunnleggande forutsetnad for alt menneske liv. Dette vil sei at menneske ikkje kan leve i isolasjon frå andre. Tydelegheita av avhengigheit av andre kjem fram i situasjonar der sjukdom, liding og funksjonshemming oppstår (Kirkevold, 1992, s.169). For nokon kvinner var det viktig å ha følelsane litt på avstand, mens andre synst det var godt å grine og «sleppe å holde maska» framfor sjukepleiaren (Drageset et al, 2010, s. 153) . Dette vil seie at dei synst det var godt å vise følelsar ovanfor personar dei følte var støttande og som lytta. I følgje Remmers et al., (2009, s. 13-14) ønska pasientane å bli behandla med respekt som menneske og individ, og føle seg ivareteken med sine ønskjer og behov. Samtidig var det veldig viktig for pasientane at sjukepleiarane viste korleis dei skulle bruke humor, og at dei snakka om den normale kvardagen. Dette for å få dei til å tenke på noko anna enn sjukdom, og for å hugse på at livet fortsetter.

Gjennom sjukepleieutdanninga har vi komme utfor mange ulike etiske problemstillingar og utfordringar i møte med pasientar, der vi på den eine sida skal ivareta pasienten sin autonomi og på den andre sida hindre skade og gjere godt. Korleis vi har valt å møte desse utfordringane har vore avhengig av vore eigne verdiar og holdningar. Ein må som sjukepleiar kjenne til sine eigne roller og sitt eige funksjons og ansvarsområde (Sørbye, 2010, s. 287). I praksis møtte vi ein situasjon som gjorde sterkt inntrykk. Legen informerte ein pasienten om at det ikkje var hensiktsmessig for vidare behandling, fordi sjukdommen var i utvikling og progresjon. Pasienten ønska sterkt å få ein siste cellegift kur, då ho hadde trua på at det ville hjelpe ho til å få leve lenger. Vi ser her ein vanskeleg problemstilling som sjukepleiarar ofte kan komme opp i. Å la kvinna bestemme sjølv vil sei at ho er autonom, og ho har rett til brukarmedverknad og rett til å avslutte eller nekte behandling (Sørbye, 2010, s. 286). Vi har som sjukepleiarar plikt til å følgje dei yrkesetiske retningslinjene, og skal understøtte håp, meistring, livsmot og ivareta den enkelte pasients behov for heilheitleg omsorg (Norsk sykepleieforbund, 2011). Nærleiksetikk og barmhjertigheitsprinsippet er kommunikative omgrep i etikken som er viktig i mellommenneskelege relasjonar (Sørbye, 2010, s. 285).

4.4 Hjelp til å meistre forandra kropps- og sjølvbilete

Vi undra oss over korleis det må vere å miste håret eller brystet, kva reaksjonar pasienten får og kva forandringar har tapet ført til i kvardagen? Å få ein kreftdiagnose kan gje forandringar av kroppsbilete, og ei sentralt oppgåve for oss som sjukepleiarar i kreftomsorga er å hjelpe pasienten til å forstå og akseptere endra kroppsbilete (Schjølberg, 2010, s. 131-132). Ein kan som sjukepleiar hjelpe pasientane ved å oppmuntre og gi støtte (Kvåle, 2002, s. 29). Ei kvinne bytta ut sjukehuskjorta med ein nydeleg raud bluse. Vi observerte at sjukepleiaren sa til pasienten «Så fin du var i dag, den blusen kledde du». Vi såg då at pasienten smilte og gav uttrykk for at ho blei glad. Holdningane til sjukepleiaren kan vere med å hjelpe pasientane til å sjå seg sjølv attraktiv til tross for eventuelle kroppsforandringar (Kvåle, 2002, s. 29). Det å gi komplement til pasienten kan vere lette tiltak for å oppmuntre og gi støtte i kvardagen.

Kvifor unngår helsepersonell å snakke om seksualitet med pasientane sine? I praksis observerte vi at dette var eit vanskeleg tema for sjukepleiarane å ta opp ilag med pasientane. Dette fordi sjukepleiarane sa sjølv at dei hadde for lite kunnskap. Dei gav også uttrykk for at det var eit vanskeleg og privat tema å ta opp med pasientane. Ei forklaring kan vere noko som kom fram i ein dansk undersøking der 43 % av kreftsjukepleiarar var for sjenert til å ta opp dette temaet, 28% skyldte på hensyn til pasientane og andre begrunna det med mangel på tid og kunnskap (Borg, 2010, s. 126). Kunnskap om pasienten sine fysiske og psykiske utfordringar er viktig at ein som sjukepleiar har kunnskap om når ein skal snakke med kvinna om seksualitet (Borg, 2010, s. 126). Empati er viktig, og gjennom medfølelse kan ein gi kvinna tryggleik som kan gjere til at samtalen går lettare. Vidare kjem det fram at samtalen bør vere prega av struktur, nærheit og respekt (Borg, 2010, s. 127). Det er også viktig å hugse på at ikkje alle pasientar ønska å snakke om seksualitet, og det må vi respektere (Borg, 2010, s. 128). I praksis erfarte vi at yngre kvinner hadde meir fokus på seksualitet og kropp, og dei opna seg lettare kring tema enn eldre. Samtidig tok dei initiativ til samtale med sjukepleiarane sjølv. Studie påpeikar at yngre pasientar har meir problem i forhold til seksualitet og kroppsfokus (Fiske et al., 2013, s. 372). Ut ifrå dette ser vi at dei har meir behov for samtale og informasjon kring tema, likevel meina vi at det er viktig å ikkje gløyme å ta opp temaet med eldre kvinner då alle har rett på lik oppfølging. På den eine sida var den største bekymringa for kvinnene endring i utsjånad, mens på den andre sida var det å dø av brystkreften ei større bekymring enn det å miste brystet (Drageset, 2011, s.). I praksis erfarte vi at enkelte kreftpasientar hadde negative tankar og hadde mange spørsmål knytt til framtida. Dei gav uttrykk for at dei satt inne med mange ubesvarte spørsmål. Vi oppfatta nokre pasientar som meir nedstemt enn andre. I ein samtale gjennom praksis var det ei dame som måtte fjerne det eine brystet. Ho spurde mange spørsmål til sjukepleiaren kring utsjånad og korleis det ville vere å leve med eit bryst. Ho var redd for at andre skulle ha negative tankar om

ho, og redd for at andre skulle begynne å stirre. Vidare var ho også redd for korleis mannen ville reagere, og om han fortsatt ville like ho. I følge Drageset (2011, s. 54) vil det å miste eit bryst påvirke seksualitet og relasjon, noko som igjen kan gjere det vanskeleg for kvinna og handtere den forandra kroppen. Vidare var det viktig at partneren var roleg ovanfor kvinna, gav omtanke og viste forståing for endra kroppsbilete. Dette var viktig for at kvinna fortsatt skulle føle seg verdsatt og elska. I følge Drageset et al (2010, s. 15) kan brystkreft bli ein stor psykisk belastning som kan gi angst og depresjon.

Dersom en pasient er nedstemt og trist, kan en prøve å minne vedkommende på hva han eller hun fortsatt har å glede seg over. Dersom depresjon er en sorgreaksjon over tap og trussel om tap, må pasientene få lov til å gi uttrykk for sin sorg, og helsearbeideren bare lytte (Kvåle, 2010, s. 25).

5 Konklusjon

Det å få ein brystkreftdiagnose kan vere traumatisk og stressande for mange. Når ein høyrer ordet kreft tenkjer ein gjerne på døden. Gjennom drøfting av litteratur, forskning og egne praksiserfaringar ser vi at sjukepleiaren si rolle som støttespelar er viktig for nydiagnostiserte kvinner med brystkreft. Som sjukepleiar skal vi opptre roleg, og ein skal vere ærleg med pasientane på ein slik måte at pasientane ikkje mistrur oss. Dette er viktig for å skape tillit og tryggleik saman med pasientane.

Sjokkfasen er individuell og reaksjonane kan variere. Nokon kan virka upåverka av hendelsen, mens andre kan oppleve voldsomme følelsesmessige utbrot. Sidan kvinnene oppfattar lite av den verbale informasjonen som blir gitt, kan pasienten si evne til å forstå og bearbeide informasjonen vere begrensa i denne fasen. Derfor må ein som sjukepleiar gi informasjon ut ifrå kvinna sine individuelle behov. Dersom kvinnene ikkje får tilstrekkeleg med informasjon har det kome fram at dei kan oppleve dårlegare psykososial helse. Når ein skal informere kvinner i sjokkfasen må ein som sjukepleiar tenke på korleis informasjonen blir formidla, kva ord om blir brukt og måten den blir gitt på. Kvinnene tar i bruk meistringsstrategiar og forsvarsmekanismar. Det viste seg at «steg for steg» var den mest hensiktsmessige meistringsstrategien for å unngå truande tankar og følelsar.

Nokon kvinner ønska å leve som normalt og ha eit stabilt og sosialt nettverk då dette kunne gje dei ein følelse av kontroll av meistring. For å møte kvinner i sjokkfasen og reaksjonsfasen er det viktig at ein som sjukepleiar er tilstade for å lytte, støtte og snakke om opplevingar, og bekymringar saman med pasient og pårørande. Pårørande kan sjåast på som ein ressurs, men det kom også fram at

kvinnene var redde for at pårørende blei overbelasta av informasjon kring sjukdommen deira, og vart dermed ei belastning for kvinnene. For at pasienten skal føle seg trygg og ivareteken er relasjon og kommunikasjon mellom sjukepleiar og pasient avgjerande. Som sjukepleiar kan ein skape god kommunikasjon og relasjon gjennom å lytte, informere, vise omsorg og vere tilstade for pasienten. Ein må som sjukepleiar ha nødvendig kunnskap og ferdigheit kring informasjon om kreftpasientar sine individuelle behov. Travelbee påpeikar at kommunikasjon er avgjerande for å få til eit menneske–til–menneske- forhold. Nokon kvinner syns det var viktig å ha følelsane litt på avstand, mens andre syns det var godt å grine og opne seg framfor sjukepleiarane. Kvinnene ønska å bli behandla med respekt som menneske og individ, og føle seg ivareteken med sine ønskjer og behov. For at kvinna skal akseptere forandra kropps- og sjølvbilete kan ein som sjukepleiar oppmuntre og gi støtte. Det kjem fram under pasient- og brukarrettigheitslova at pasientane skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innhaldet i helsehjelpa. Samtidig skal pasienten få informasjon om moglege risikoar og biverknadar. Vi har som sjukepleiarar plikt til å følgje dei yrkesetiske retningslinjene, og skal understøtte håp, meistring, livsmot og ivareta den enkelte pasients behov for heilheitleg omsorg. Det er legen si oppgåve å informere om diagnose og behandling. Pasienten sin autonomi blir stilt sterkt i dei vala som skal takast, og som sjukepleiar skal ein vere tilgjengeleg for diskusjonar og samtalar. Oppgåva vår har vist at det å informerer kvinna i sjokkfasen, møte og ivareta kvinna i reaksjonsfasen, god kommunikasjon og relasjon, og hjelp til å meistre forandra kropps- og sjølvbilete kan hjelpe kvinna til å meistre krise ved nyoppdaga brystkreft.

Litteraturliste

- Antonovsky, A. (2012). *Heltens mysterium - Den salutogene modellen*. (1. Utg). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Arora, K. N., Johnson, P., Gustafson, H. D., McTavish, F., Hawkins, P. R., Pingree, S. (2002). Barriers to information access, perceived health competence, and psychosocial health outcomes: test of a mediation model in a breast cancer sample. *Patient Educ Couns*. 2002 May;47 (1):37-46. doi:10.1016/S0738-3991(01)00170-7
- Audun, M. (2005). *Leve med kreft- Hvordan styrke håp og livsmot*. Oslo: Cappelens Forlag
- Borg, T. (2010). Seksualitet. I A. M Reitan & T. K. Schølberg (Red.), *Kreftsykepleie-pasient-utfordring-handling* (s. 121-130). Oslo: Akribe AS
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. (5.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Den Norske Kreftforening. (2001). *Brystkreft - Informasjon til pasienter, pårørende og andre interesserte [Brosjyre]*. Oslo: Den norske kreftforening
- Drageset, S., Lindstrøm, T. C. and Underlid, K. (2010). Coping with breast cancer: between diagnosis and surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 66: 149–158. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2009.05210.x
- Drageset, S. (2013). *Mestring før kreftoperasjon*. *Sykepleien* 2013 101 (14): 60-62. DOI:10.4220/sykepleiens.2013.0135
- Drageset, S. (2011). *Vond ventetid*. *Sykepleien* 2011 99 (12):52-54 DOI:10.4220/sykepleiens.2011.0181
- Eide, H & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon I relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Fiszer, C., Doubeault, S., Sultan, S & Bredart, A. (2013). Prevalence, intensity, and predictors of the supportive care needs of women diagnosed with breast cancer: a systematic review. *Psychooncology*. 2014 Apr;23(4):361-74. DOI: 10.1002/pon.3432. Epub 2013 Oct 28.
- Forsberg, C. & Wengstrøm, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur og kultur.

Helsedirektoratet (2015). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter med brystkreft*. Henta 6. Mai 2015 frå <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/920/Brystkreftbehandlingsprogram%20270315.pdf>

Hezewijk van, M., Ranke, G.M.C., Nes van, J.G.H., Stiggelbout, A.M., Bock de, G.H & van de Velde, C.J.H. (2011). Patients' needs and preferences in routine follow-up for early breast cancer; an evaluation of the changing role of the nurse practitioner. *European Journal of Surgical Oncology* Volume 37, Issue 9, September 2011, Pages 765–773.

[DOI:10.1016/j.ejso.2011.06.007](https://doi.org/10.1016/j.ejso.2011.06.007)

Kirkevold, M. (1992). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. Oslo: Ad Notam Gyldendal AS.

Kreftregisteret. (2015). *Brystkreft*. Henta 07.04.2015 frå

<http://kreftregisteret.no/no/Generelt/Fakta-om-kreft-test/Brystkreft-Alt2/>

Kunnskapscenteret. (2015). *Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler*. Henta 24.04.15 frå

<http://www.kunnskapscenteret.no/verktoy/sjekkliste-for-vurdering-av-forskingsartikler>

Kvåle, K. (2002). *Sykepleie med menneske med kreft* (1 utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Lorentsen, B.V & Grov, E.K. (2011). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I Almås, H., Stubberud, D-G., Grønseth, R (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (s. 401-437). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Pasientens og brukerens rett til informasjon*. Henta frå https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3

Reitan, A.M. (2010). Kommunikasjon. I A.M Reitan & T.K. Schølberg (red.), *Kreftsykepleie-pasientutfordring-handling* (s. 102-119). Oslo: Akribe AS

Reitan, A.M. (2010). Krise og mestring. I A.M Reitan & T.K. Schølberg (red.), *Kreftsykepleie-pasientutfordring-handling* (s. 431-439). Oslo: Akribe AS

Renolen, Å. (2008) *Forståelsen av mennesker – Innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Remmers, H., Holtgrawe. M & Pinkert. C. (2009). Stress and nursing care needs of women with breast cancer during primary treatment: A qualitative study. *Eur J Oncol Nurs*. 2010 Feb;14(1):11-6. DOI: 10.1016/j.ejon.2009.07.002. Epub 2009 Sep 11.

- Romsland, G. I. (2012). Mestring som mulighet. I Solvang, K. P & Slettebø, Å. (Red.), *Rehabilitering – Individuelle prosesser, fagutvikling og samordning av tjenester* (s. 160-177). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Røkenes, O. H & Hanssen, P-H. (2012). *Bære eller bryte – Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. (3 utg). Oslo: Vigmostad & Bjørke.
- Schjøberg, T (2010). Endret kroppsbilde. I A.M Reitan & T.K. Schjøberg (red.), *Kreftsykepleie-pasient-utfordring-handling* (s. 131-141). Oslo: Akribe AS
- Sæteren, B. (2010). Omsorg for døende pasienter. I A.M Reitan & T.K. Schjøberg (red.), *Kreftsykepleie-pasient-utfordring-handling* (s. 235-255). Oslo: Akribe AS
- Sørbye, W.L. (2010). Etiske problemstillinger. I A.M Reitan & T.K. Schjøberg (red.), *Kreftsykepleie-pasient-utfordring-handling* (s. 431-439). Oslo: Akribe AS
- Sørensen, E. M & Almås, H. (2011). Sykepleie ved brystkreft. I Almås, H., Stubberud, D-G., Grønseth, R (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (s. 439-453). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Olsson, H & Sørensen, S. (2003). *Forskningsprosessen: Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Martinsen, K. (2005) *Samtalen, skjønnhet og evidensen* (1. utg). Oslo: Akribe AS
- Myskja, A. (2005). *Leve med kreft: Hvordan styrke håp og livsmot*. Oslo: Cappelen Forlag AS
- Nordtvedt, W. M., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L.V & Reinart, L.M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert: En arbeidsbok* (2 utg). Oslo: Akribe AS
- Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Henta 7. mai 2015 frå https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Wist, E (2010). Brystkreft. I A.M Reitan & T.K. Schjøberg (red.), *Kreftsykepleie-pasient-utfordring-handling* (s. 431-439). Oslo: Akribe AS