



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

VURDERINGSINNLEVERING

Emnekode: SYKSB3001

Emnenamn: Sjukepleie, forskning og fagutvikling

Vurdering: (Bacheloroppgave)

Kandidatnummer: 13

Leveringsfrist: 23.02.09 kl.14.00 Studenttorget

Vurderingstype: ordinær

(ordinær eller kontinuasjon)

Opplysningane finner du på StudentWeb under Innsyn – Vurderingsmelding

Fagansvarlig : Benny Huser

Veileder: Gjertrud Husøy



Kull 2006

Bacheloroppgave – Sykepleieutdanningen,

Høgskolen Stord / Haugesund

Tema:

Livskvalitet til kvinner gjennomgått brystkreftoperasjon

Antall ord: 7345



(Breast cancer facts, 2009)

Som et utbrent landskap

herjet

øde

ligger huden

under hendene

Gi meg tid

elskede

Gi meg tid

Jeg må venne meg til

dette ukjente landet

disse fremmede slettene

dette utsprengte berget

En krig har rast her

Det er ingen ting igjen

Ikke en gang skyggen

av det som var

Gi meg tid

elskede

Jeg vet ikke

hvordan

jeg skal komme

tilbake

Fra: "Det dobbelte kys" av Ellen Franke

(Mørk, Wongraven, Dyrud, Heggum, 1996 : 6)

Livskvalitet til brystkreftopererte

Sammendrag.

Hensikten med bacheloroppgaven, er at jeg skal se hva betydning forskning har for utøvelsen av sykepleien. Oppgaven bygger på en kvalitativ litteraturstudie. Valgte teoretikere er Benner og Wrubel (1989), som mener at omsorg står sentralt i utøvelsen av sykepleie. Og Næss (2001), som mener at begrepet livskvalitet bør sees i sammenheng med psykisk velvære.

Oppgaven handler om hvordan livskvaliteten blir påvirket etter en brystkreftoperasjon. Funnene jeg har fått gjennom arbeidet, er at livskvaliteten blir påvirket etter en har fjernet brystet. Hvor mye det kommer til å påvirke, om livskvaliteten blir bedre eller verre, har med personlige ressurser og mestringsstrategier.

Summary.

The purpose of the bachelor paper, is to see what meaning research have on nursing as a profession. The paper is based on a qualitative literature study. The chosen theoretic is Benner and Wrubel (1989), who thinks that caring is important as a nurse. And Næss (2001), who thinks that quality of life, should be seen as psychological well-being.

The paper is about how the quality of life is affected after breast cancer surgery. The findings, is that the quality of life is affected after you have removed the breast. How much it is affecting you, if the quality of life gets worse or improves, is connected to your personal resources and your coping strategies.

Livskvalitet til brystkreftopererte

Innholdsfortegnelse

Kapittel 1. Innledning.....	6
1.1. Presentasjon av tema og prolemstilling.....	6
1.2. Begrunnelse for valg.....	7
1.3. Avgrensning.....	7
1.4. Oppgavens oppbygning.....	8
Kapittel 2. Metode.....	9
2.1. Definisjon.....	9
2.2. Litteraturstudium.....	9
2.3. Presentasjon av litteratur.....	10
2.4. Tidligere forskning.....	10
2.5. Kildekritikk.....	11
2.6. Databasen, søkeord.....	11
2.7. Etsiske aspekter.....	11
Kapittel 3. Hoveddel.....	12
3.1. Brystkreft.....	12
3.1.1. Definisjon.....	12
3.1.2. Brystenenes funksjon.....	12
3.1.3. Brystkreftoperasjon.....	12
3.1.4. Gjenoppbygging.....	12
3.1.4.1. Primær oppbygging.....	13
3.1.4.2. Sekundær oppbygging.....	13
3.1.4.1. Silikoninnlegg.....	13
3.2. Benner og Wrubel.....	14
3.2.1. Stress, krise og mestring.....	16
3.3. Siri Næss.....	16
3.3.1. Helse, mestring og tilpasning.....	18
4.0. Drøfting.....	19
4.1. Livskvalitet.....	19
4.2. Kroppslige forandringer.....	21
4.3. Mestring.....	22
4.4. Konsekvens for sykepleien.....	25
5.0. Oppsummering/konklusjon.....	27
Litteraturliste.....	28

Kapittel 1. Innledning

1.1. Presentasjon av tema og problemstilling

Kreft. Ett så sterkt ord. Alle vet om det, har kjennskap til det på en eller annen måte. ”Kreft assosieres med lidelse, smerte og død.” (Benner og Wrubel, 1989. Sitert fra Konsmo, 1998 : 160) . Siden det er et så kjent, og ofte er misforstått som fenomen. Har jeg lyst til å utforske dette temaet, og da spesielt om brystkreftopererte.

”Som tjeneste har sykepleieren pasientens helse, livskvalitet og mestring som sentrale mål” (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug, 2005 : 14). Det er det jeg har lyst til å oppnå som en sykepleier og håper at denne oppgaven vil uttrykke det.

Temaet for denne oppgaven handler om livskvaliteten til kvinner som har gjennomgått brystkreftoperasjon. Selv om man har vært brystkreftoperert så vil det ikke dermed si at du har dårlig livskvalitet. Jeg kommer likevel til å sikte inn på at livskvaliteten blir påvirket på en eller annen måte etter en brystkreftoperasjon. ”Å bli helbredet er mer enn bare å bli kvitt kreftcellene. Man trenger å bli kvitt angsten og bli ført tilbake til sin vanlige tilværelse” (Benner & Wrubel, 1989. Sitert fra Konsmo, 1998 : 167).

Min valgte problemstilling blir altså:

Hvordan påvirkes livskvaliteten til brystkreftopererte kvinner.

1.2. Begrunnelse for valg av tema og problemstilling

I 2005 var det 31548 kvinner med diagnosen brystkreft. 11538 av de hadde levd med brystkreft i 10 år før diagnosen. Veldig mange har derfor kontakt med, eller kjenner til, kvinner med brystkreft og er et svært aktuelt tema for sykepleien (Kåresen, Schlichting & Wist, 1998). Brystkreft er den vanligste kreftformen for kvinner og er derfor et aktuelt tema for dagens sykepleieutøvelse. (Almås, 2005).

Pasientens oppfatning av egen kropp har vist seg å spille stor rolle for hvordan de oppfatter seg selv, noe som igjen innvirker på forholdet til andre mennesker. Kroppslige forandringer i forbindelse med sykdom, skade og aldring kan ha betydelig innflytelse på pasientens livskvalitet og i ytterste konsekvens få betydning for helbredelsesprosessen. Å hjelpe pasienten til å kunne forstå og leve med kroppen på tross av endring og til å oppleve velvære i egen kropp, er en viktig oppgave for sykepleiere (Kristoffersen, et al., 2005 : 106).

På bakgrunn av dette føler jeg det ligger et behov og at det er nødvendig å belyse akkurat dette temaet.

En annen grunn som spilte stor betydning for mitt valg av tema og problemstilling ligger mer på et personlig plan. En i familien min har vært igjennom brystkreftoperasjon, og hun fjernet hele brystet. Dette har vært ett såkalt "ikke-tema" mellom meg og henne. Området er fremdeles tabu og det er spesielt vanskelig å snakke om når det er i din egen familie. Slik fattet dette området min interesse, og jeg fikk lyst til å utforske emnet både for meg selv, for sykepleieutøvelsen, og for min familie.

1.3. Avgrensning og presisering av problemstillingen

Jeg har valgt å skrive om brystkreftoperasjon spesielt til kvinner. Dette på grunn av at bare var 18 menn imotsetning til 2780 kvinner som fikk brystkreft i 2005 (Kåresen, et al., 1998). Også på grunn av at amerikanske undersøkelser tidligere har vist at kvinner oftere viser positive følelser enn menn. Som kjærlighet og lykke. En kvinne vil da, ut ifra resultatene, svinge mer i følelseslivet og/eller opplever mer intense og sterke følelsesmessige opplevelser enn menn (Diener o.a. 1999, Nolen-Hoeksema og Rusting 1999, hentet fra Næss, 2001).

Det betyr ikke at jeg nedprioriterer brystkreft til menn på grunnlag av at det er få som får diagnosen. Eller at kvinner kanskje opplever reaksjonen på brystkreft annerledes. Men det går rett og slett på at det mer undersøkelser og mer teori om brystkreft til kvinner. Menn som får

Livskvalitet til brystkreftopererte

brystkreft er et område som helt klart trenger mer forskning, men jeg kommer ikke til å gå videre inn på det i denne oppgaven. Jeg kommer til å legge hovedvekten på kvinner i 30-års alderen og oppover, dette siden kvinner under 30 år som får brystkreft ikke er like vanlig (Buckman, 2002).

Det jeg mener med brystkreftoperasjon i denne situasjonen er mastektomi, der de har fjernet hele brystkjertelen. Mastektomi blir utført når strålebehandling ikke er hensiktsmessig i forhold til svulstens størrelse eller spredningsfare. Jeg tar sikte inn på primær og sekundær oppbygging av brystet og hva metode som er best å utføre i forhold til livskvaliteten (Mesic & Bains, 2008).

Jeg kommer også til å ta sikte på at pasienten ellers er frisk, det vil si, uten andre tilleggssykdommer. Jeg tar heller ikke for meg pasienter som har vært gravid eller som nettopp har fått barn i forhold til ordbegrensninger til oppgaven. Heller ikke smerter etter operasjonen, gjenopptrening eller seksualitet. Selv om punktene har mye å si i alle sammenhenger med livskvaliteten så kommer jeg bare til å trekke de inn til en viss grad. Men kommer til å legge hovedvekten på den brystkreftopererte og livskvaliteten etter operasjonen.

1.4. Oppgavens oppbygning.

Oppgaven er blitt delt inn i innledning, metodedel, hoveddel, drøfting og konklusjon.

Hoveddelen begynner med teori om brystkreft og generelt om operasjoner. Valgte sykepleierteoretikere for denne oppgaven er Benner og Wrubel (1989) og Næss (2001). Jeg har tatt med teori fra dem som går direkte inn på problemstillingen min.

I drøftingsdelen kommer jeg til å ta for meg noen forskningsartikler, samt boken "Når kreften taper" (2000). Også Benner og Wrubel (1989) samt Hummelvold (2006) siden deres krise og mestringsstrategier er like på mange måter. Jeg kommer også til å se på likheter og forskjeller mellom valgte teoretikere for denne oppgaven, Benner og Wrubel (1989) og Næss (2001).

Kapittel 2. Metode

2.1. Definisjon

I Dalland (2007) blir metode beskrevet som; ”En fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener til dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (Aubert, 1985 : 196. Sitert fra Dalland, 2007 : 81). En metode skal bli brukt til å samle inn data, det vi trenger for å sette grunnlaget for undersøkelsen/artikkelen. Med metode så skiller vi mellom kvantitativ og kvalitativ metode. Den kvantitative metoden gir oss den informasjonen vi trenger i form av målbare enheter. Dette hjelper oss til å holde en systematisk oversikt over resultater og kan sammenligne dem. Kvalitativ metode tar sikte på enheter som ikke lar seg tallfeste eller måle, slik som mening og opplevelser. Ofte blir begge metodene brukt der en trenger kvantitativ måte til å få fakta og tall. For så å analysere mønsteret i faktaene, og går mer i dybden ved hjelp av kvalitativ metode (Dalland, 2007).

Metoden som blir brukt i denne oppgaven er en kvalitativ litteraturstudie om et emne som jeg har tillegnet meg kunnskap om (Dalland, 2007).

2.2. Litteraturstudium som metode

En litteraturstudie baseres på gjennomgang av den litteraturen som allerede er der. Jeg kan derfor ikke med denne oppgaven forvente å innbringe ny kunnskap, men belyse den kunnskapen som allerede finnes om valgte emne (Forsberg, & Wengstrøm, 2008). Denne kunnskapen kan brukes i arbeidet for å kunne yte bedre sykepleie, og til å få større innsikt og forståelse for hvordan livskvaliteten blir påvirket til kvinner etter brystkreftoperasjon. Etter undersøkelse, fant jeg ut at det er en del forskning rundt temaet om brystkreft, samt livskvalitet i ulike artikler. Dette gjør at arbeidet er interessant å arbeide med. Oppgaven kommer til å bygge på kvantitative og kvalitative kilder. Der jeg kommer til å tolke kvalitetene i kildene. Noe som kommer til å gi mer dybde til oppgaven (Dalland, 2007).

2.3. Presentasjon av litteratur

Siden det finnes så mange teoretikere som tar for seg livskvalitet, kommer jeg til å legge hovedvekten på Næss (2001) sin fortolkning av livskvalitet. Hun mener at begrepet livskvalitet bør forstås som psykisk velvære.

Valgte sykepleieteoretikere for denne oppgaven blir Benner og Wrubel (1989). De mener at omsorg er primærkilden til stress og mestring i menneskers opplevelse av helse og sykdom (Benner & Wrubel, 1989. Hentet fra Konsmo, 1998).

Jeg har i oppgaven valgt å ta med teori om brystkreft generelt. Dette for å vise at en sykepleier trenger bakgrunnsforståelse i sitt arbeid. Benner og Wrubel mener at; "Høy kompetanse krever forpliktelse og involvering, men det krever også makt. Fordi omsorg er sentralt i sykepleie, er makt uten høy kompetanse en forbannelse" (Benner, 1984 : 207. Sitert fra Konsmo, 1998 : 189).

Jeg har også valgt å ta med boken "Når kreften taper" (2000). Dette er en samling av forskjellige historier fra overlevende av kreft. Ved å ta med denne boken kan jeg gå litt inn på den subjektive opplevelsen ved det å ha gjennomgått brystkreftoperasjon.

2.4. Tidligere forskning

I drøftingsdelen har jeg valgt å ta med forskning som er knyttet opp mot problemstillingen.

Den første undersøkelsen heter "Breast conservation versus mastectomy. Is there a difference in psychological adjustment or quality of life in the year after surgery?" den ble utgitt i 1992, og er skrevet av; Ganz, Schag, Lee, Polinsky og Tan. Hensikten med denne undersøkelsen var å se etter forandringer i livskvaliteten og psykologiske forandringer etter brystbevarende kirurgi og mastektomi.

Den andre undersøkelsen heter "Influence of social factors on the quality of life after breast cancer surgical treatment". Den ble utgitt i 2005 og er skrevet av; Bulotienė, Ostapenko og Vesėliunas. Hensikten med undersøkelsen var å undersøke hvorvidt sosiale faktorer som alder, gift/ugift og bosted påvirket pasientens livskvalitet etter mastektomi og brystbevarende kirurgi.

2.5. Kildekritikk

I denne oppgaven har jeg brukt en del lærebøker, samt annen litteratur om brystkreft og livskvalitet. Jeg har også brukt internett en del. Ved å innhente informasjon gjennom internett har jeg vært påpasselig med å bruke sikre kilder. Ved sikre kilder menes lærebøker og godkjente nettsteder. En del av den informasjonen om sikre nettsteder har jeg fått gjennom bibliotekets sider på HSH.no. Jeg har også benyttet meg av andre nettsteder utenom denne listen. Jeg har da funnet ut at sidene er sikre kilder samt utført litteratursøk på forfatterne for å finne ut hvilken utdanning de har innenfor feltet, og om de har drevet med forskning tidligere (Dalland, 2007).

2.6. Databasen, søkeord

Søkemotorene jeg har brukt for denne oppgaven har vært Tidsskriftet, Sykepleien, PubMed, Science Direct, SweMed+, Academic Search Elite. Søkeordene som er blitt brukt er; Kreft, cancer, brystkreft, breastcancer, mastectomi, livskvalitet, quality of life. Gjennom søkeordene kom jeg frem til flere relevante internettsider for oppgaven.

2.7. Ethiske aspekter

Under litteratursøket har jeg vært nøye og påpasselig med hvor informasjonen kommer fra. Ideer eller avskrivning fra andre oppgaver/undersøkelser skal grundig dokumenteres. Om en unnlater å dokumentere hvor informasjonen er hentet fra, og presenterer stoffet som ditt eget. Regnes dette som plagiat. I Lovdata.no, står det i loven om behandling av etikk og redelighet i forskning, § 5. Nasjonalt utvalg for gransking av redelighet i forskning; ”Med vitenskapelig uredelighet menes forfalskning, fabrikkering, plagiering og andre alvorlige brudd med god vitenskapelig praksis som er begått forsettlig eller grovt uaktsomt i planlegging, gjennomføring eller rapportering av forskning.” (Forskningsetikkloven § 5).

Kapittel 3. Hoveddel

3.1. Brystkreft

3.1.1. Definisjon

”kreft er ukontrollert vekst av unormale celler som trenger inn i og skader friskt vev.” (Buckman, 2002 : 10). Om kreftcellene vokser og utvikler seg dannes det en svulst. Denne kan være godartet og ondartet. Om denne svulsten finnes sted i brystet, blir det kalt for brystkreft (Buckman, 2002).

3.1.2. Brystenes funksjon

Rent teknisk sett så skal brystet virke som et melkeproduserende organ som skal ernære små barn. Brystene betyr imidlertid mye for identiteten til en kvinne og har derfor mye å si for selvfølelsen. Brystene identifiseres ofte med feminitet og seksualitet (Kåresen, et al., 1998).

3.1.3. Brystkreftoperasjon

Ved brystkreftoperasjon eller mastektomi blir hele brystet fjernet. Dette inkluderer hud kjertelvev og fettvev. Operasjon anbefales når kreft er til stede i to eller flere områder i brystet. Eller dersom brystet tidligere har vært strålebehandlet uten hell, og det dreier seg om en nokså stor svulst i et lite bryst. Eller når det er fare for tilbakefall av kreften. Rundt 40% av alle kvinner diagnostisert med brystkreft velger å foreta en operasjon. Ut ifra disse tallene, er det et antall kvinner som kanskje ikke trenger å fjerne hele brystet. Men som velger det, for å minske sjansen for brystkreft senere (Kåresen, et al., 1998).

3.1.4. Gjenoppbygging av fjernet bryst

Dette er en naturlig del av brystkreftbehandlingen. Etter at operasjon er bestemt, starter et samarbeid mellom brystkirurg, onkolog og plastikkirurg for å finne det beste alternativet for pasienten. Hovedmålet er å oppnå symmetri med gjenværende bryst. Pasienten må deretter bestemme seg for om hun har lyst til å ha primær (øyeblikkelig) eller sekundær (utsatt) rekonstruksjon (Mesic & Bains, 2008).

3.1.4.1. Primær oppbygging av brystet

Brystet blir først operert vekk og gjenoppbygget med det samme, forutsatt at det ikke er spredningsfare. Fordelene med dette er bedre resultater med mindre kirurgiske arr. I tillegg slipper pasienten å gjennomgå flere operasjoner og kun én rekonvalensperiode. Pasienten slipper også de psykiske påkjenningene ved å leve med ett bryst. Ulempen er at pasienten ligger lengre under narkose. Noe som kan medføre risiko som følge av det, og i tillegg blir det lengre rekonvalenstid. Dette inngrepet fører også med seg en større fare for infeksjon (Mesic & Bains, 2008).

3.1.4.2. Sekundær oppbygging av brystet

Ved dette blir brystet operert vekk først. Etter at pasienten er fullstendig restituert blir en operasjon utført for gjenoppbygging av brystet. Fordelen med dette, er at inngrepene er kortere og pasienten er ikke like lenge under narkose. Dermed kortere rekonvalensperiode under hvert inngrep. Pasienten får dessuten tid til å tenke på forskjellige typer brystoppbygging og om dette er ønskelig. Ulempen er lengre kirurgiske arr, og vanskeligere å oppnå det ideelle brystutseende (Mesic & Bains, 2008).

3.1.4.3. Silikoninnlegg

Selv om det nå til dags finnes forskjellige måter for oppbygging av brystet, er det fremdeles en del som velger å ikke ha det. Grunnene er forskjellige. Men så lenge avgjørelsen skjer på eget valg og initiativ og ikke manglende informasjon er det viktig å respektere dette valget. Etter operasjonen får man en forløpig vattprotese. Når operasjonssåret er grodd kan man få en utvendig protese i form av et silikoninnlegg. For kvinner som ikke ønsker gjenoppbygging av brystet kan et silikoninnlegg være et bra alternativ. Innlegget brukes i BH'en og ser ut som et naturlig bryst med klær på. Innlegget er dessuten bra for å redusere følelsen av skjevhet og assymetri hos dem med et stort gjenværende bryst. Silikoninnlegg anses oftest som en midlertidig løsning for dem som ikke har bestemt seg for gjenoppbygging av brystet. Også i tilfeller der påfølgende strålebehandling er nødvendig etter fjerning av brystet (Mesic & Bains, 2008).

3.2. Benner og Wrubels omsorgsteori

Benner og Wrubel bygger på Heideggers fenomenologiske virkelighetsforståelse, der mennesket blir sett på som en del av verden den lever i. Også ved at mennesket deltar i verden på en meningsfull måte (Heidegger, 1962. Benner & Wrubel, 1989. Hentet fra Kristoffersen, et al., 2005).

De mener videre at mennesket må sees som i en sammenheng i verdenen, og ikke forstås isolert og tatt ut fra sammenhengen. Mennesket lever og utvikler seg i takt med omgivelsene. Benner og Wrubel har fire sentrale begrep for å forklare denne sammenhengen. Omsorg (caring), kroppslige kunnskaper (embodied intelligence), bakgrunnsforståelse (background meaning) og spesielle anliggender (concern) (Benner & Wrubel, 1989. Hentet fra Kristoffersen, et al., 2005).

1. Omsorg.

Benner og Wrubel definerer omsorgsbegrepet som menneskets måte å være i verden på. "Omsorg er ikke bare et middel for å nå et mål, omsorg er godt i seg selv." (Benner & Wrubel, 1989. Sitert fra Kongsmo, 1998 : 181). Gjennom omsorg finner mennesket betydning for noe utenfor seg selv, gjennom dette får vi mulighet til å skape mening og innhold i livet (Benner & Wrubel, 1989. Hentet fra Kristoffersen, et al., 2005).

- 1) Omsorg er primærkilden til både stress og mestring i menneskers opplevelse av helse og sykdom
- 2) Omsorg er mest grunnleggende i sykepleiepraksis (og all annen praksis), og
- 3) Omsorgsfull sykepleiepraksis har positiv påvirkning på sykdommens resultater (Benner & Wrubel, 1989 : 7. Sitert fra Kongsmo, 1998 : 22).

2. Kroppslige kunnskaper

Benner og Wrubel ser mennesket som en helhet, i samsvar med resten av verdenen. Det de mener med dette, er at helse og sykdom må forstås som en levd erfaring. De tar dermed avstand fra det dualistiske menneskesynet.¹ "Kroppslige kunnskaper fungerer på det ubevisste plan, der de ikke krever bevisst oppmerksomhet og refleksjon i den konkrete situasjonen" (Benner & Wrubel, 1989. Sitert fra Kristoffersen, et al., 2005 : 71).

¹ Det dualistiske menneskesynet skiller mellom kropp og sjel.

Når situasjonen er ny og ukjent, er det ikke alltid våre kroppslige kunnskaper strekker til. Det er da vi blir nødt til å skaffe informasjon om dette og tenke over våre handlinger. Dette blir omtalt som kroppslig intelligens. Kroppslig intelligens blir beskrevet som et viktig aspekt der mennesket reagerer på en meningsfull og hensiktsmessig måte. ”Kroppslig intelligens er også en viktig del av de komplekse ferdigheter som utøves av en jazzpianist eller en dyktig sykepleier” (Benner, 1984. Sitert fra Kristoffersen, et al., 2005 : 71).

3. Bakgrunnsforståelse

Ved bakgrunnsforståelse menes det her den forståelsen en er født og oppdratt med i sammenheng med kultur. Ens handlinger og meninger er påvirket av den kulturen og bakgrunnsforståelsen en er oppdratt med. Benner og Wrubel (1989) viser her betydningen for sykepleieren å møte alle pasientene med åpent sinn og ikke forhåndsdømme (Benner & Wrubel, 1989. Hentet fra Kristoffersen, et al., 2005). Både den kroppslige intelligensen og den kulturelle bakgrunnsforståelsen bidrar til at en kan leve i verdenen med daglige gjøremål uten å tenke så mye over ens handlinger. ”Kroppslig intelligens tillater mennesker å leve i verden og forstå den i relasjon til dem selv, og bakgrunnsforståelsen frambringer innholdet i det som blir forstått.” (Benner & Wrubel, 1989 : 47. Sitert fra Kristoffersen, et al., 2005 : 72).

4. Spesielle anliggender

Begrepet spesielle anliggender, er oversatt fra det engelske ordet concern. Ved dette begrepet menes det konkrete forhold eller personer som en har omsorg for, det en bryr seg om. De forklarer videre at om ens spesielle anliggender blir truet, øker dette stressnivået til personen. ”Fordi personlige anliggender avgjør hva som står på spill for enkeltmennesket i enhver situasjon, er utfordringen for helsepersonellet å fortolke de anliggender som virker inn på den enkeltes forståelse av sin sykdom” (Benner & Wrubel, 1989 : 47. Sitert fra Kristoffersen, et al., 2005 : 76).

Benner og Wrubel skriver mye om hvordan personen opplever og ser på sykdom. Om en forstår hvilken mening pasienten ser på situasjonen, hvilke personlige anliggender pasienten føler er truet, kan en få kartlagt hvilke muligheter pasienten har til å mestre situasjonen (Benner & Wrubel, 1989. Hentet fra Kristoffersen, et al., 2005).

3.2.1. Stress, krise og mestring

Benner og Wrubel (1989) skriver at sykdomsopplevelsen i seg selv henger sammen med en tapt eller nedsatt funksjon. Sykepleieroppgaven i forhold til dette vil være å finne ut pasientens opplevelse av sykdommen, både mentalt, kroppslig og sosialt. Dette kan vises ved de forskjellige krisereaksjonene som håp, frykt, fortvilelse eller fornektelse (Benner & Wrubel, 1989. Hentet fra Kosmo, 1998).

”Å få kreft rammer hele personen og hans familie. Å mestre kreft involverer både familiemessige, økonomiske, eksistensielle, sosiale og personlige aspekter.” (Benner og Wrubel, 1989. Sitert fra Kosmo, 1998 : 163). De skriver videre at det er levde erfaringer som avgjør hvordan personen ser og mestrer sin sykdom. Bakgrunnsforståelsen avgjør hva personen ser på som stress, hva en krise er og hvordan mestringen vil bli. Ifølge Benner og Wrubel (1989) oppstår stress når ens vanlige mestringsstrategier ikke lenger strekker til. Stress er knyttet til det fysiske, følelsesmessige og/eller intellektuelle når ens vante fungering er brutt sammen (Benner & Wrubel, 1989. Hentet fra Kosmo, 1998).

3.3. Siri Næss`s definisjon av livskvalitet

Næss skriver i sin bok ”livskvalitet som psykisk velvære” (2001) at livskvalitet går på individets opplevelser og de indre tilstandene. Hun sier at ytre omgivelser *kan* ha innvirkning på livskvaliteten, men hovedssynet går på personens egne tolkninger av forskjellige situasjoner. Livskvalitet knyttes til verdier, til positive og negative opplevelser. Samtidig hjelper det ikke å utelate de negative opplevelsene, men om man har god livskvalitet som en målsetting må en rette oppmerksomheten på pasientens positive opplevelser.

Næss (2001) mener at det er fire variabler som påvirker livskvaliteten; aktivitet, sosiale relasjoner, selvbilde og grunnstemning.

1. Aktivitet

Aktivitet, i denne situasjonen, relateres til mening og til livslysten

”En person har høyere livskvalitet i jo høyere grad personen er aktiv, dvs. har appetitt og livslyst, interesserer seg for, engasjerer seg i og deltar i noe utenfor seg selv som representerer

Livskvalitet til brystkreftopererte

en utfordring og oppleves som meningsfullt” (Næss, 2001 : 72). Aktivitet ses derfor ikke bare som fysisk aktivitet, men å bedrive tiden med noe meningsfullt for personen selv.

2. Sosiale relasjoner

Ved sosiale relasjoner menes det ikke bare at du har en sosial omgangskrets, men også opplevelsen av å elske og bli elsket tilbake. ”En person har høyere livskvalitet i jo høyere grad personen har gode interpersonlige forhold; har et nært, varmt og gjensidig forhold til minst ett annet menneske” (Næss, 2001 : 73). Det Siri Næss mener her er hvor viktig relasjonene til andre mennesker er, spesielt familie og venner som kan gi støtte i en ellers så vanskelig situasjon (Næss, 2001).

3. Selvbilde

En person har høyere livskvalitet i jo høyere grad personen har selvfølelse, dvs. selvsikkerhet, føler seg vel som menneske, sikker på egne evner og dyktighet, følelse av å mestre, av å være nyttig; aksepterer seg selv, fravær av skyld- og skamfølelse, lever opp til egne standarder (Næss, 2001 : 73).

Næss skriver videre at med lav selvfølelse vil du også oppleve skam og skyldfølelse. Med dette mener hun at det ikke er nødvendig å være ekstremt selvsikker. Bare du ikke har lav selvfølelse, noe som vil gå ut over selvtilliten og dermed livskvaliteten.

4. Grunnstemning

Grunnstemningen er det som står nærmest livskvalitet. De andre tre blir sett på som årsaksforhold til denne grunnstemningen (Næss, 2001).

En person har høy livskvalitet i jo høyere grad personen har en grunnstemning av glede, lyst og velvære, av at livet er rikt og givende, fravær av tomhetsfølelse, nedstemthet, ubehag og smerte; har en grunnstemning av harmoni, fravær av uro, bekymring, angst; har rike og intense opplevelser av skjønnhet, er åpen og mottakelig, ikke avstengt overfor den ytre verden (Næss, 2001 : 74).

3.3.1. Helse, mestring og tilpasning

Brief o.a. skisserte en modell for sammenhengen mellom objektiv helse, subjektiv helse, livskvalitet og personlighet. Denne modellen viser at den objektive helsen og personligheten påvirker den subjektive helsen som igjen påvirker livskvaliteten (Hentet fra Næss, 2001).

”Mestring kan sies å være en tendens til å reagere på bestemte måter når vi utsettes for en påkjenning, f.eks. sykdom” (Lazarus & Launier, 1978. Sitert fra Næss, 2001 : 126). Om en har en sykdom har man en stressor som enten kan påvirke positivt eller negativt på livskvaliteten. Som beskrevet i avsnittet over så ser en at det er den subjektive helsen som avgjør om det påvirker livskvaliteten. Mestring er personens egen handling for å takle sykdom eller negative hendelser. ”Formålet med mestring kan være å forebygge uheldig utvikling av sykdommen og å bevare livskvaliteten.” (Næss & Eriksen, 2000b. Sitert fra Næss, 2001 : 126).

Mestringsteorien skiller mellom de handlingorienterte anstrengelsene og de intrapsykiske. I de handlingsorienterte anstrengelsene gjør personen noe rettet mot omgivelsene. Dette kan være å ta kontakt med venner, familie eller personer som har opplevd/oplever det samme som en selv. De intrapsykiske anstrengelsene handler om ”å gå inn i seg selv”. Å selv finne den styrken en trenger for å møte hverdagen og for å bearbeide tanker og følelser (Næss, 2001).

”Tilpasning i vid forstand refererer til prosesser som vekker eller styrker effekten av et konstant eller stadig gjentatt stimulus.” (Næss, 2001 : 128). Dette vil si at den ytre stimulien kan ha innvirkning på det indre og dermed livskvaliteten. En trenger ikke å ha forandret på noe, men en har godtatt situasjonen og dermed tilpasset seg den nye situasjonen.

4.0. Drøfting

4.1. Opplevelse av livskvalitet når sykdom rammer

Kvinnen som har brystkreft blir påvirket både før, under og etter operasjonen. Spiller det noen rolle for livskvaliteten om du har valgt å ikke gjenoppbygge brystet etter operasjonen? Vil du ha dårligere livskvalitet ved å leve med ett bryst? Det er flere som hevder dette.

”Mange ønsker imidlertid å få laget et ”nytt bryst” for å få bedre livskvalitet” (Kåresen, et al., 1998 : 133). Besic og Mains (2008) hevder også at pasienter som velger primær gjenoppbygging av et bryst slipper de psykiske påkjenningene ved å leve med ett bryst.

En undersøkelse som heter ”Breast conservation versus mastectomy. Is there a difference in psychological adjustment or quality of life in the year after surgery?” utgitt i 1992, fulgte opp 109 kvinner som har hatt brystbevarende kirurgi og mastektomi. De er blitt fulgt opp i ett år etter operasjonen for å undersøke forandringer i livskvaliteten og de psykologiske forandringene. Resultatene viser at det ikke er så stor forskjell på livskvaliteten eller psykologisk mellom kvinnene som valgte brystbevarende kirurgi eller mastektomi. Den eneste tydelige forskjellen var at de som valgte mastektomi uten gjenoppbygging av brystet, hadde større problemer med klær og syn på kroppen (Ganz, Schag, Lee, Polinsky & Tan, 1992). Dette vil da svare på det jeg innledningsvis lurte på. Livskvaliteten vil ikke forandres med store forskjeller om du velger å leve med ett eller ingen bryst. Men det blir kanskje vanskeligere på den tekniske måten som ved av og påkledning. Kanskje er det å leve med ett bryst godt for pasienten å føle og vite at en har hatt kreft. At det å leve med ett bryst hjelper på bearbeidingen av følelsene?

De fleste som blir spurt hva livskvalitet er, vil oftest svare ”god helse”. En har funnet sammenheng mellom helse og psykisk velvære, livstilfredshet, lykke o.l. De fleste som sier de har dårlig helse opplever at de er lite tilfreds med livet (Næss, 2001). Gjennom årene har forskjellige personer forsøkt å finne ut av hva god helse virkelig er. Kristoffersen (2005) skriver at helse ikke bare er frihet fra sykdom og svakhet, men at det er fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære. Kan man være alt dette? Om man mangler ett bryst så går dette ut over det fysiske med kroppslige forandringer, det psykiske der en kanskje ikke føler seg som en hel kvinne, at noe mangler, det sosiale kan være påvirket av det psykiske. Ut ifra Kristoffersen (2005) sin definisjon så skal altså en kvinne som har gjennomgått mastektomi ha dårlig helse og dermed dårligere livskvalitet. En undersøkelse som heter ”Influence of social factors on the quality of life after breast cancer surgical treatment” (2005).

Livskvalitet til brystkreftopererte

undersøkte hvorvidt sosiale faktorer (alder, gift/ugift og bosted) påvirket pasientens livskvalitet etter mastektomi og brystbevarende kirurgi. De undersøkte 62 kvinner som har gjennomgått brystkreftoperasjon. Resultatet de kom frem til var at livskvaliteten etter brystkreftoperasjon ble påvirket av sosiale faktorer (Bulotienė, Ostapenko, Vesėliunas, 2005). Da stemmer dette med Næss (2001) sin tolkning, at ytre omgivelser kan ha innvirkning på livskvaliteten. Hun er også opptatt av at livskvaliteten er en individuell opplevelse

Årsakene til at vi oppnår høy livskvalitet vil være forskjellige, både fra kultur til kultur, og individ til individ. Vi har forskjellige erfaringer, verdier, behov og smak, noe som fører til at vi både søker forskjellige goder og oppnår glede på forskjellige måter. Definisjonen angir nødvendige og tilstrekkelige kjennetegn, mens empiriske sammenhenger peker på mulige årsaker (Næss, 2001 : 75).

Den vanligste formen for å dokumentere livskvaliteten er selvrapportert livskvalitet. Dette er heller ikke god livskvalitet, men rapporter om opplevelser selv, ikke indre tilstander (Næss, 2001).

Med ordet livskvalitet får en assosiasjoner til ordet tilfredsstillelse. Næss (2001) skriver at det er tre hovedfaktorer for å redusere utilfredshet. Forventningsnivå, vår persepsjon av den objektive verdenen og den objektive virkeligheten. Å endre den *objektive virkeligheten* kan i første øyekast sees å være den beste løsningen. Dette kan være å søke behandling for sykdommen. Dette kan få et negativt utfall dersom det ikke går an å kurere sykdommen. Å *endre oppfatningen* av virkeligheten, er å se på sykdommen som noe en må akseptere og heller se på de mer positive sidene av livet. Å *senke forventningene* er den tredje strategien. Den syke ser at det ikke er mulig å bli frisk, men ser muligheter til å bremse sykdommens utvikling (Næss, 2001).

Benner og Wrubel skriver om hvordan kroppslige kunnskaper kan hjelpe pasienten med å nå sine mål (Jamf. 3.2.). I hensyn til arbeidet som sykepleier så sier de her at om sykepleieren har gode basiskunnskaper om teori og har utøvd dette nok i praksis så blir denne rutinen en del av deg. Dette hjelper i sykepleiarbeidet ved utførelse av en injeksjon, en tenker ikke så mye på rutinen, men kan heller observere hvordan mennesket reagerer (Benner, 1984. Hentet fra Kristoffersen, et al., 2005).

4.2. Kroppslige forandringer

Brystene betyr mye for identiteten som en kvinne og har også mye å si for selvfølelse. "Brystene identifiseres ofte med feminitet og seksualitet" (jamf 3.1.3 : 9). En kan forestille seg at det å miste et bryst vil si det samme å miste en del av deg selv. Enten du har valgt å bygge opp brystet direkte etter operasjonen, eller velger å vente med denne bestemmelsen, så vil diagnosen "brystkreft" følge med deg i alle aspekter i livet.

Om man har hatt brystkreft i det høyre brystet kan man ha latt være å bruke høyrearmen. Grunnene til dette kan være mange. Bl.a. kan pasienten ha vært redd for å "flytte" på kreften ved å bruke høyresiden for mye. En kan også ha følt at det høyre brystet er litt fremmedgjort, det er noe i brystet som ikke tilhører kroppen, som ikke skal være der. Dermed kan den delen av kroppen ha blitt litt "misligholdt". Det samme gjelder etter operasjonen, dette spesielt om man ikke har bestemt seg for å gjenoppbygge brystet. En grunn til at kvinner velger å gjenoppbygge brystet kan være i henhold til mulige feilstillinger. (jamf. 3.1.4.3.) Om man har store bryst kan det være en fordel å gjenoppbygge brystet, dette fordi den ene siden blir tyngre enn den andre og feilstillinger kan oppstå på grunn av dette. Da kan et silikoninnlegg være effektivt. Mange kan være bekymret for hvordan silikoninnlegget kommer til å se ut, og om noen legger merke til at de går med det. Man kan da bli usikker og kanskje dette vil gå ut over selvfølelse og dermed livskvaliteten.

Begrepet til Benner og Wrubel (1989) "spesielle anliggender" gjør seg gjeldende her. (jamf. 3.2) Dette begrepet har med det personen bryr seg om, hva som er viktig i livet. Om dette er truet, øker stressnivået til personen. Da er det viktig at sykepleieren støtter og gir informasjon til pasienten. Ved et silikoninnlegg er det liten sjans for at noen legger merke til dette under klærne. Sykepleieren kan for eksempel gi informasjon om hva slags klær en kan gå i for å føle seg litt mer vel. Ikke for trange klær med stor utringing kan hjelpe på selvfølelsen. Samtidig som det er viktig å oppmuntre til å leve og kle seg som før operasjonen. Dette for ikke å "miste seg selv" i helbredningsprosessen.

4.3. Mestring av lidelser

I boken "Når kreften taper" (2000) blir forskjellige fortellinger berettet om personer med kreft og deres opplevelser gjennom dette. Katherine Stephens Gallagher, en overlevende fra brystkreft skriver dette;

Da jeg skulle ta et skritt så jeg ned. Der så jeg til min forbløffelse ei vakker sjøstjerne. *Hvordan kan dette ha seg? (...)* Det var ingen tilfeldighet at jeg befant meg på *den* stranden, *den* dagen, på *det* tidspunktet! Denne opplevelsen var rett og slett et bøttesvar. Fra da av visste jeg at jeg ville overleve brystkreften. Dessuten hadde jeg nå et budskap jeg var mer enn villig til å dele med andre (...) Jeg er takknemlig for den innsikten kreften ga meg, og for forholdet til en høyere makt som velsigner meg med små mirakler i hverdagen. Framfor alt er jeg takknemlig for vissheten at jeg ikke er noen mindreverdig kvinne selv om kreften tok brystene mine. Jeg er mer enn mine begrensninger! (Canfield, Hansen, Aubery & Mitchell, 2000 : 155).

En annen historie fra den samme boken, skriver Jane Hill,

Som overlevende av brystkreft skal jeg være den første til å innrømme at det ikke er det minste morsomt å lide av kreft. Men som komiker forsøker jeg å finne humor i hverdagen. (...) Mellom min tredje og fjerde operasjon, begynte jeg å fremføre "kreftkomedien" min for andre overlevende etter kreft for å bringe litt humor inn i et vanskelig tema (Canfield, et al., 2000 : 171).

På bakgrunn av dette har jeg lyst til å ta med en fortelling som en venninne av henne fortalte.

Jeg har et ark hengende i dusjen med diagrammer som viser hvordan en brystundersøkelse skal utføres. Vanligvis henger jeg arket med bildene mot veggen. En dag hadde imidlertid rengjøringshjelpen latt bildene henge ut mot rommet. Min sju år gamle sønn Jake fikk øye på arket og spurte meg hva det var til. Uten å gå i for mye detalj forklarte jeg ham at det hang der som en påminnelse om noe jeg skulle gjøre hver måned og hvordan jeg skulle gjøre det. Jake svarte: "Mamma, jeg kan ikke begripe at du ikke vet hvordan du skal vaske puppene dine!" (Canfield, et al., 2000 : 171).

Disse fortellingene er tatt fra virkeligheten og gir et lite innblikk i hvordan livskvaliteten kan bli påvirket etter operasjonen. Begge fortellingene er ganske like i den forstand at de virker positive på hver sine måter. Den første fortellingen viser hvordan denne personen legger merke til ting på en ny måte etter konfrontasjonen med brystkreft. Hun ser ikke på livet som negativt selv om hun har hatt kreft. Hun føler seg velsignet i den form av at hun nå har et budskap å dele med andre. Enten dette er å ha gjenoppdaget en tro på høyere makter, eller det at hun kan hjelpe andre i samme situasjon.

Livskvalitet til brystkreftopererte

Det viktigste med denne fortellingen er at hun forteller at; ”Framfor alt er jeg takknemlig for vissheten at jeg ikke er noen mindreverdige kvinne selv om kreften tok brystene mine. Jeg er mer enn mine begrensninger!” (Canfield, et al., 2000 : 155). Dette er et viktig aspekt som kanskje mange har kommet frem til. Selv om brystene er fjernet, så har de fremdeles livet i gave. De er mer enn sine begrensninger.

Den andre situasjonen som er beskrevet av Jane Hill, går mer på å se humoren i en vanskelig situasjon. Jeg tror det er viktig både for pasienten selv, familien og øvrig helsepersonell å være der for pasienten, la de få lov til å uttrykke sine bekymringer rundt brystkreft. Det er også viktig å la pasienten få lov å beholde humoren i situasjonen om dette er ønskelig. Men, i den situasjonen er det også viktig å få greie på om pasienten forstår omfanget av situasjonen. Humoren kan ha blitt brukt som en ”beskyttelse” mot sannheten (Hummelvold, 2006).

I begge situasjonene finner vi mestringsstrategier som disse kvinnene har tilegnet seg. ”Formålet med mestring kan være å forebygge uheldig utvikling av sykdommen og å bevare livskvaliteten.” (Næss & Eriksen, 2000b. Sitert fra Næss, 2001 : 126). Næss sin definisjon av mestringsstrategiene skiller mellom de handlingsorienterte og de intrapsykiske (Jamf. 3.3.1.). Den første fortellingen handler om at hun ”gikk inn i seg selv” og fant en indre styrke for å takle den nye hverdagen. Derfor vil det ifølge Næss (2001) være intrapsykiske mestringsstrategier. Den andre fortellingen ble ikke fortalt av hovedpersonen selv, men en venninne av henne. Dette tyder på at hun har funnet sin mestringsstrategi der personen gjør noe rettet mot omgivelsene, som kan være handlingsorienterte anstrengelser (Jamf. 3.3.1.). Uansett hvilken mestringsmåte som blir brukt, har begge funnet mening i en vanskelig situasjon. Nemlig å berette sine fortellinger slik at andre kan få bruk for deres historie. Hvilke mestringsstrategier som passer best vil være individuelt. Begge fortellingene tyder på at disse kvinnene har tilpasset seg den nye situasjonen på forskjellige måter. ”Tilpasning i vid forstand refererer til prosesser som vekker eller styrker effekten av et konstant eller stadig gjentatt stimulus.” (Jamf. 3.3.1 : 19). De virker tilfredse med en ellers vanskelig situasjon. De har da brukt mestringsstrategien ved å ”endre på virkeligheten”. De har begge slått seg til ro med at det er noe de må akseptere og de ser heller på de mer positive sidene av livet, og har da ifølge Næss (2001) bedret livskvaliteten.

Livskvalitet til brystkreftopererte

Benner og Wrubel (1989) og Næss (2001) presenterer begge ulike teorier, men som har også likheter på mange områder. Benner og Wrubel presenterer fire hovedpunkter i sin omsorgsfilosofi. Dette er Omsorg, kroppslige kunnskaper, bakgrunnsforståelse og spesielle anliggender. (Jamf. 3.2.) Næss har også, i sin teori, fire variabler som påvirker livskvaliteten; aktivitet, sosiale relasjoner, selvbilde og grunnstemning. (Jamf. 3.3.)

Omsorg står sentralt i Benner og Wrubel sin teori. De mener at omsorg er det grunnleggende til stress og mestring og hvordan personer opplever helse og sykdom. Omsorg kan sees i sammenheng med Næss sin variabel; sosiale relasjoner. Det er gjennom de sosiale relasjonene en kan oppleve å gi og få omsorg. Dette kan igjen knyttes opp mot aktivitet. Ved aktiviteten, menes her, å gjøre det en bryr seg om. Ved dette kan det knyttes sosiale relasjoner og dermed omsorg.

Ved kroppslige kunnskaper menes det kunnskapene om mennesket. En må ha de grunnleggende kunnskapene for å kunne behandle hele mennesket. Her strider denne teorien med Næss sin teori. Næss mener at livskvalitet skal sees på som psykisk velvære, men hun utelater da kroppen. Det å miste et bryst går ut over kroppen, men det er ikke sikkert det går ut over psyken. Men en må likevel ha kunnskap om mennesket for å kunne observere eventuelle plager –kroppslige og psykiske. Benner og Wrubel tar som sagt avstand fra det dualistiske menneskesynet, mens Næss sin teori omhandler akkurat det, siden hun legger hovedvekten på psykisk velvære.

Ved bakgrunnsforståelse menes måten du er oppdratt på, i sammenheng med normer, verdier og holdninger. Næss mener at livskvaliteten knyttes til verdier, til positive og negative opplevelser. Hun mener også at de ytre omgivelsene *kan* ha innvirkning på livskvaliteten, men hovessynet går på pasientens egen tolkning av situasjonen.

Ved spesielle anliggender menes det en bryr seg om, og dette blir synet på hvordan personen opplever og ser på sin sykdom. De mener at om de personlige anliggende blir truet kommer en til å mestre situasjonen dårligere og stressnivået øker. Dette stemmer overens med Næss sin teori, og kan knyttes opp til selvbilde og grunnstemning. Om man mister et bryst kan dette gå ut over selvbilde, og om du bryr deg om det er dette dine spesielle anliggender. Grunnstemningen kan da bli påvirket av dårlig selvbilde og dermed livskvaliteten.

Benner og Wrubel og Næss sine teorier har mange likeheter. Den største likheten er at begge mener at livskvalitet og det å mestre egen sykdom og helse er individuelt.

4.4. Konsekvens for sykepleien.

En krise oppstår når den vanlige problemløsningsevnen ikke strekker til. For at en person skal kunne gjennomgå en krise på en bra måte er det tre hovedpunkter som blir vektlagt. For det første trenger den kriserammede å få snakke om, og få utløp for sine følelser. For det andre trenger den kriserammede å akseptere hva som har hendt for å kunne leve på best mulig måte med bra livskvalitet. For det tredje trengs det å utvikles nye roller og livsmønster. I grunn av disse bearbeidingsfasene trengs det sosial støtte i form av nære nettverk eller hjelp fra det profesjonelle hjelpeapparatet (Hummelvold, 2006).

Det finnes ulike kriser som mennesket kan gå igjennom. De blir vanligvis delt inn i ulykkeskriser, livsfasekriser, rollekriser og flyttekriser. De som går direkte inn på kriser som brystkreftopererte kan oppleve er ulykkeskrise og rollekriser. Ulykkeskrise er når noe spontant og uforutsett skjer som tap av et bryst. En kan ha fått diagnosen brystkreft og operasjonen ganske raskt avhengig på alvorlighetsgrad og spredningsfaren. Tap av brystet kan føre til redsel for et mer omfattende tap, som redselen for å dø. Rollekrise kan omfatte det å gå fra et "normalt" mennesket til å tre inn i rollen som pasient. Det handler også om å tre inn i rollen som en med brystkreft. En er ikke bare en vanlig person, men en person med en alvorlig diagnose. Hvordan man forholder seg til denne nye rollen vil være avhengig av hvordan man bearbeider tapet av den tidligere rollen. Det er sykepleierens mål å hjelpe personen med å finne mening og livsmot i den nye situasjonen (Hummelvold, 2006).

Å mestre noe er det man gjør med en stresset situasjon. Målet med mestring er å finne mening igjen. "Hvis man ønsker å hjelpe andre, må man først og fremst forstå hvordan pasienten opplever sin egen historie og sin nåværende situasjon, samt hvilke muligheter han selv opplever at han har." (Benner & Wrubel, 1989. Sitert fra Kosmo, 1998 : 85). Ut fra dette så er det viktig for sykepleieren å styrke de funksjoner pasienten selv har og kanskje skape flere muligheter. Dette målet oppnåes ved å fortolke situasjonen, veilede og trene opp til nye ferdigheter gjennom det å vise omsorg.

Benner og Wrubel (1989) tar avstand fra type mestringsstrategier og idealer for hva god mestring er. De mener at mennesker har ulike typer stress og mestrer dette på forskjellige måter, hva som er viktige for dem, historien og deres nåværende situasjon. Personen skal bli sett på som i en sammenheng med livet en lever i. Også det å ikke skille mellom kropp og sjel.

Livskvalitet til brystkreftopererte

Det er vesentlig at ikke sykepleieren reduserer motivasjonen til å mestre og tilpasse situasjonen ved å si at alt vil ordne seg. Derimot må hun understreke at det er nødvendig med engasjement og aktivitet fra den hjelpesøkendes side. Samtidig er det avgjørende at sykepleieren viser tillit til hans evne til å makte å gjenoppleve krisen på en positiv måte – selv om man ikke kan vite hva det positive utfall vil bli (Hummelvold, 2006 : 469).

Et menneske som har gjennomgått en brystkreftoperasjon har hatt en avgjørende kursendring i livet og gjennomgår en personlig krise. En slik situasjon som å miste et bryst kan utløse spørsmål som ”hvorfør meg” og meningsløshet i situasjonen (Olofsson & Sjöström, 1993. Hentet fra Hummelvold, 2006) ”Målet for sykepleieren blir å hjelpe pasienter med å komme over disse stressende opplevelsene på en best mulig måte.” (Benner & Wrubel, 1989. Sitert fra Kosmo, 1998 : 81).

Kreftsykepleie er kjent for å være utfordrende på mange måter: Det forekommer en rekke symptomer og bivirkninger som bør forebygges eller lindres, pasientene har store problemer med ernæring, det oppstår ofte problemer med forholdet til de nærmeste, og pasientene gjennomgår belastende behandlinger som krever mye støtte og veiledning. Benner og Wrubel hevder at det derfor er nødvendig at sykepleieren selv har et bearbeidet forhold til kreft, og at hun har inngående kunnskaper på alle nødvendige områder (Benner & Wrubel, 1989. Sitert fra Kosmo, 1998 : 170).

Benner og Wrubel (1989) sier at uansett hva sykepleieren bryr seg om, er det viktig at en bryr seg. Om en ikke bryr seg vil en heller ikke legge merke til pasienten og deres opplevelse av situasjonen. Om sykepleieren ikke bryr seg og utøver omsorg vil hun heller ikke legge merke til forandringer i situasjoner som kan være avgjørende for pasientens velvære og dermed livskvaliteten (Benner & Wrubel, 1989. Hentet fra Kosmo, 1998).

5.0. Oppsummering / Konklusjon

Det er fremdeles mange ubesvarte spørsmål ved slutten av denne oppgaven. Èn ting er sikkert, livskvaliteten blir påvirket etter en brystkreftoperasjon. Om den vil bli verre eller bedre har med personlige ressurser, egne verdier og mestringsmåter.

De valgte teoretikerne for denne oppgaven er enige om at livskvaliteten er en høyst subjektiv opplevelse og derfor blir det ingen fasitsvar på min oppgave. Livskvaliteten er det personen gjør til selv, gjennom hvordan hun ser og opplever situasjonen. Sykepleieren kan hjelpe pasienten til å mestre situasjonen ved å utøve omsorg og støtte pasientens egne ressurser.

Gjennom arbeidet med denne oppgaven har jeg gått igjennom et vanskelig tema, både fra et sykepleieperspektiv, men også som en pårørende. Kreft tar mange liv, og kreft kan virke negativt inn på livskvaliteten. Men det er godt å vite, at hos mange brystkreftopererte, er det fremdeles en stemning av håp og livsmot.

”Jeg er mer enn mine begrensninger.”

LITTERATURLISTE

Almås, H. (red.) (2005) **Klinisk sykepleie**, bind 1

Oslo : Gyldendal Akademisk AS

Breast Cancer facts (2009) [**Bilde**] Hentet 20. Februar 2009 fra:

<http://howtotreatcancer.com/breast-cancer-facts>

Buckman, R. (2002) **Alt du trenger å vite om brystkreft**

Oslo : Notabene Forlag AS

Bulotienė, G., Ostapenko, V. & Vesėliunas, J. (2005)

Influence of social factors on the quality of life after breast cancer surgical treatment. Hentet 13. Februar fra:

http://images.katalogas.lt/maleidykla/act52/ActMed_079_083.pdf

Canfield, J., Hansen, V., Aubery, P. & Mitchell, N. (2000) **Når kreften taper**

Oslo : Genesis Forlag AS

Dalland, O. (2007) **Metode og oppgaveskriving for studenter** (4. Utgave)

Oslo : Gyldendal Norsk Forlag AS

Forsberg, F. & Wengstrøm (2008) **Att göra systematiska litteraturstudier** (2. Utgave)

Stochholm : Författarna och Bokforlaget Natur och Kultur

Forskningsetikkloven (2007) **§ 5 Nasjonalt utvalg for gransking av uredelig forskning**

av 1. Juli 2007. Hentet 19. Februar 2009 Fra:

http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/usr/www/lovdata/all/tl-20060630-056-0.html&emne=etiske*%20,%20plagiat*&&

Ganz, P., Schag, A., Lee, J., Polinsky, M. & Tan, S., (1992)

Breast conservation versus mastectomy. Is there a difference in psychological adjustment or quality of life in the year after surgery? Hentet 7. Februar 2009 fra:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1551058>

Hummelvold, J., K. (2006) **Helt – ikke stykkevis og delt.** (6. Utgave)

Oslo : Gyldendal Akademisk AS

Konsmo, T. (1998) **En hatt med slør.**

Otta : Tano AS

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Eli, A., S. (2005) **Grunnleggende Sykepleie** Bind 1, 2

Oslo : Gyldendal Norsk Forlag AS

Kåresen, R., Schlichting, E. & Wist, E. (1998) **Brystkreft**

Oslo : Universitetsforlaget AS

Kåresen, R. & Wist, E. (2005) **Kreftsykdommer – en basisbok for helsepersonell**

Oslo : Gyldendal Norsk Forlag AS

Mesic, H. & Bains, R. (2008) **Brystrekonstruksjon Athene 3**

Foreningen for brystkreftopererte. Hentet 28 Januar 2009 fra

<http://ffb.renomme.no/medlemsblad.asp?meny=7,47&act=read&RecNo=719>

Livskvalitet til brystkreftopererte

Mørk, R. W., Wongraven, H., Dyrud, A. M. & Heggum, E.(1996) **Den vanskelige samtalen?**

Oslo : HIO-notat 1996 nr 10, HIO - trykkeriet

Næss, S. (2001) **Livskvalitet som psykisk velvære.** NOVA rapport 3/2001

Oslo : Norsk institutt for forskning, velferd og aldring

Oncolex., **Mastektomi.** Hentet 8. Februar 2009 fra :

<http://www.onkolex.no/Bryst/Prosedyre katalog/BEHANDLING/Kirurgi/Mastektomi.aspx?lg=procedure>

World Health Organization. **About WHO.** Hentet 26 Januar 2009 fra :

<http://www.who.int/about/en/>