

BACHELOROPPGÅVE

“Se meg, hør meg og støtt meg som den jeg er”

av

Kandidatnr. 60 - Heidi Soleim

Her skriv du engelsk tittel på oppgåva

Emnekode og navn: SK152 Bacheloroppgave i sykepleie

Innleveringsdato: 02.05.2014

Tall ord: 6484 ord

Veileder: Solveig Sægrov



HØGSKULEN I
SOGN OG FJORDANE

Sammendrag

Tittel:

"Se meg, hør meg og støtt meg som den jeg er".

Bakgrunn for valg av tema

Jeg har alltid hatt en interesse for tema krise og mestring, i tillegg har jeg i det senere året fått en økende interesse for kreft og kreftomsorg. I årene jeg har tatt min bachelor i sykepleie, har 2 av mine venninner fått diagnosen brystkreft i tidlig alder, som følge av det valgte jeg å skrive om brystkreft, krise og mestring på min bacheloroppgave.

Problemstilling

Hvordan kan en sykepleier hjelpe kvinnen med nyoppdaget brystkreft med mestring i krise?

Fremgangsmåte

Denne oppgaven er basert på litteratur i fra pensum, selvvalgt litteratur og 3 kvalitative forskningsartikler

Konklusjon

Yngre brystkreftpasienter opplever en vanskelig tid ved diagnosen brystkreft, hvor behovet for informasjon og støtte er stort. Jeg mener det er viktig at sykepleieren tar seg tid i en hektisk arbeidsdag, å bruke tid på å se, forstå og lytte til kvinnen, opplevelsen av å bli forstått kan bety mer enn ord.

Abstract

Title

"See me, hear me and support me as who I am"

Background for choice of theme

I've always had a interest for crisis and coping, in addition I've experienced a growing interest in cancer and cancer care in the past year. two years, two of my girl friends have been diagnosed with breast cancer as a young adult in the past year. As a result of that, I chose to write about breast cancer, crisis and coping in my bachelor task.

Issue

"How can a nurse help a woman with newly diagnosed breast cancer in coping with crisis?"

Method

This paper is based on literature from the curriculum, self-selected literature and three qualitative research papers.

Summary

Younger breast cancer patients experiencing a difficult time in the diagnosis of breast cancer, where the need for information and support is huge. I think it is important that the nurse takes the time in a hectic work day, spending time to see, understand, and listen to the woman, the experience of being understood to mean more than words.

Innholdsliste

1. Innledning	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema	5
1.2 Problemstilling.....	5
1.3 Avgrensning av problemstilling	6
1.4 Begrepsavklaring	6
1.5 Oppbygging av oppgaven	7
2. Metode	7
2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	7
2.1.1 Begrunnelse for inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	8
2.2 Litteratursøk.....	8
2.3 Faglitteratur	9
2.4 Kildekritikk	9
3. Teori	9
3.1 Hva er brystkreft?.....	9
3.2 Krise ved nyoppdaget brystkreft	11
3.3 Mestring ved nyoppdaget brystkreft	13
3.4 Sykepleierrollen	15
3.5 Joyce Travelbee (1926 - 1973)	16
3.6 Aaron Antonovsky (1923 - 1994).....	17
4. Drøfting	17
4.1 Sjokkfasen.....	17
4.2 Reaksjonsfasen.....	20
4.3 Sykepleierrollen	22
4.4 Teoretikerne	24
5. Styrke og svakheter	25
6. Konklusjon	25
Litteraturliste	27
Vedlegg 1	29
Vedlegg 2	33

1. Innledning

Det er en kjent faktor at brystkreft er den hyppigste kreftformen for kvinner, i 2011 var det 3094 nye tilfeller av brystkreft hos norske kvinner, statistisk sett vil hver tiende kvinne utvikle brystkreft, og risikoen øker med alderen (Helsedirektoratet, 2014; Kreftregisteret, 2013). Brystkreft rammer først og fremst kvinner over 50 år, men i 2011 utgjorde brystkreft 34% av all kreft hos kvinner i alderen 25 – 49 år, i tillegg er brystkreft viktigste dødsårsak til kvinner opp til 65 år (Helsedirektoratet, 2014; Kreftregisteret, 2013).

I løpet av livet går mennesker igjennom større og/eller mindre kriser, mestringsevnen til kvinnene i den vonde ventetiden spiller en stor rolle for hvordan de mestrer sin situasjon under behandlingen og senere i sykdomsforløpet. Studier viser til at kvinner som mestrer sykdomsperioden sin dårlig, har det vesentlig vanskeligere i perioden etter sykdommen, i tillegg har tidligere studier vist at det er en sammenheng mellom manglende mestring og tilbakefall av kreften og tidlig død (Drageset, Lindstrøm & Underlid, 2010).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Å få stilt en brystkreftdiagnose kan oppleves traumatisk og kan utløse en stressreaksjon som man kan se i sammenheng etter ulykker og katastrofer. Pasienten gjennomgår flere sjokkfaser som er preget av kaos, usikkerhet, angst og håpløshet (Drageset et al., 2010; Sørensen & Almås, 2011). Jeg har valgt å skrive om krisemestring ved nyoppdaget brystkreft på bakgrunn av min interesse for kreft og møte med mennesker i krise. Det er i tillegg et samfunnsaktuelt og sykepleiefaglig relevant tema med tanke på den økende prevalensen innen brystkreft.

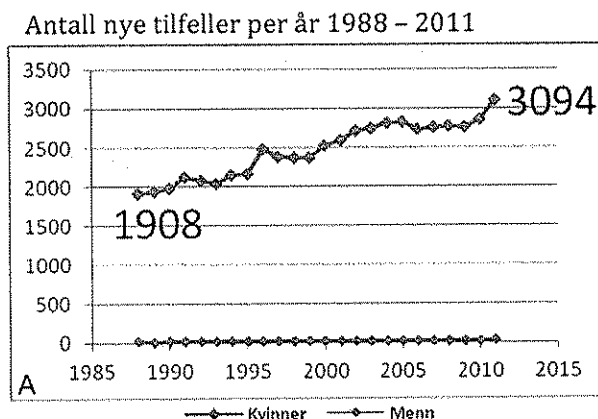
1.2 Problemstilling

"Hvordan kan en sykepleier hjelpe kvinnen med nyoppdaget brystkreft med mestring i krise?"

1.3 Avgrensning av problemstilling

Jeg vil fokusere på aldersgruppen 25 – 49 år, som er ut i fra Eriksons teori om psykisk personlighetsutviklings, fasene “tidlig voksenalder-fasen” og “middelalder-fasen” (Psykologi, 2011). I “tidlig voksenalder-fasen” har kvinnen utviklet sin identitet, og søker nærhet i form av å stifte familie og finne sin plass i arbeidslivet. Senere i “tidlig voksenalder-fasen” og i starten av “middelalder-fasen” vil det være viktig for kvinnen å finne mening i og lykkes i arbeidslivet, i tillegg til å ta vare på barn og familie (Psykologi, 2011; Renolen, 2008).

Yngre kvinner som utvikler brystkreft opplever en mer aggressiv form for brystkreft, som responderer dårligere til behandling. Prevalensen øker i antall



Figur nr. 1 Antall nye tilfeller per år 1988 – 2011. Hentet fra “Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter med brystkreft.” av Helsedirektoratet, 2014.

brystkreftrammede, i 2011 var det nesten dobbelt så mange nye tilfeller enn i 1956 (Helsedirektoratet, 2014).

Som følge av ordbegrensningen i oppgaven vil jeg fokusere på ventetiden fra når kvinnen får diagnosen til hun får behandling.

I denne perioden vil jeg fokusere på krise, mestring og sykepleierollen.

1.4 Begrepsavklaring

- **Krise**

Begrepet krise brukes “når man er kommet opp i en livssituasjon som man ikke er i stand til å forstå og mestre med de erfaringer, kunnskaper og livsmønster man har utviklet.” (Psykologi, 2009, avsnitt 1).

- **Sykepleierollen**

I følge Travelbee (1999) er sykepleierrollen en betegnelse på arbeidet en

person med kunnskap og erfaring innenfor sykepleie, utøver til en person som trenger pleie og omsorg.

- **Mestring**

Mestring regnes som alle forsøk og håndtering av stress og kriser, i tillegg til at vi utvikler oss, tilpasser oss og lærer oss nye ferdigheter (Eide & Eide,2009).

1.5 Oppbygging av oppgaven

Oppgaven begynner med som du alt har lest, med innledning på tema, og valg av problemstilling. Videre tar jeg for meg metodekapittelet, som forklarer hvordan jeg har fått fram for finne litteratur og forskning. I kapittel 3 blir faglitteratur, og forskningslitteratur presentert, og deretter videre drøftet i kapittel 4 i lys av problemstillingen. Til slutt vil svakheter og styrke ved oppgaven bli sett på, før oppgavens avslutning kommer i form av konklusjon som svar på problemstillingen.

2. Metode

I følge Tranøy er en metode: "en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder." (Gjengitt etter Dallan, 2007, s. 81).

2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier:

- Kvinner med diagnosen brystkreft (cancer mammae).
- Kvalitativ forskning
- Artikler fra 2004 – 2014
- Skal inneholde enten mestring, behov, eller utløsende årsaker til krise
- Ikke bestemt aldersgrense, men søker hovedsakelig etter alder 25 – 49 år.
- Teksten skal være på norsk, svensk, dansk eller engelsk.
- Artikkene skal være etisk vurdert.

Eksklusjonskriterier:

- Artikler fra Afrika og Asia

2.1.1 Begrunnelse for inklusjons- og eksklusjonskriterier

Siden jeg har valgt å fokusere på yngre kvinner, søkte jeg i utgangspunktet for litteraturstudier hvor kvinner i alderen 25 – 49 var hovedgruppen. I løpet av søkeprosessen fant jeg ut at det er mange aldersgrupper som er representert i studiene, derfor har jeg gått ut i fra kvaliteten på funn i studiene, hvorvidt de representerer funn som er relevante for yngre kvinner, vurderingen har jeg gjort ut ifra funn i studier hvor yngre kvinner er primærgruppe. “Kvalitativ metode tar i større grad sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle” (Dalland, 2007, s. 82). Jeg har valgt å søke etter kvalitative studier for å få vite opplevelsene og meningene til kvinnene som har gjennomgått brystkreft, for å kunne forstå deres erfaring og benytte meg av kunnskapen i praksis i ettertid. Jeg begrenset mine studier til perioden 2004 – 2014 for å få oppdatert kunnskap, i tillegg er artikler fra Afrika og Asia ekskludert på bakgrunn av mulige forskjeller i funn som følge av kulturforskjeller. Se vedlegg for kritiske vurderingen av artiklene.

2.2 Litteratursøk

For å finne frem til artiklene søkte jeg i databasene Academic Search Premier, Medline, Cinahl, Smvemed, Science direct, og i fag- og forskningsarkivet til Sykepleien.no. For å få en oversiktlig søkeprosess har jeg valgt å presentere søkene jeg gjennomførte i hver database, som resulterte i de 6 forskningsartiklene brukt i oppgaven.

I perioden 12 – 13 Mars 2014 gjennomførte jeg søk etter litteratur i databasene Academic Search Premier, Medline og Cinahl. I første søket benyttet jeg søkeordene “breast cancer, coping, young woman” jeg begrenset søket til perioden 2004 – 2014, søket resulterte i 7 artikler, hvor 5 ble lest igjennom og artikkelen “*Early adulthood uprooted*” ble brukt. Videre søkte jeg i samme database på søkeordene “breast cancer, qualitative, social support, crisis”, som resulterte i 1 treff, som ikke var relevant.

I databasen ScienceDirect søkte jeg på ordene “breast cancer, needs, nursing, qualitative, strains”, begrenset søket til brystkreft og fikk 19 treff. Leste igjennom

6 av artiklene, fant artikkelen "*Stress and nursing care of women with breast cancer during primary treatment: a qualitative study*" relevant for min oppgave.

I perioden 13-15 Mars 2014 søkte jeg i databasen SveMed+ søkte jeg på ordene "Brystkreft/ breast cancer, coping/ mestring, crisis/ krise, support/ støtte, adaptation/ tilpasning,", som resulterte i 80 artikler, med kun 30 av dem var innenfor tidsperioden jeg søkte. fant jeg de to doktorgradavhandlingene "Vond ventetid" og "Mestring før kreftoperasjon" til en, de samme to artiklene kom frem ved et søk i sykepleien også, hvor jeg i tillegg fikk 22 treff, og leste igjennom 5 artikler, men de andre 3 var ikke av relevans. Når jeg leste igjennom artiklene fra søket i Svemed+ og sykepleien.no, fant jeg frem til hovedstudien, som heter "Coping with breast cancer: Between diagnosis and surgery", gjennom et søk i Ovid på ordene "Breast cancer, coping strategies, Between diagnosis and surgery" fant jeg artikkelen.

2.3 Faglitteratur

Jeg har brukt pensum- og selvvalgt litteratur som omhandler fakta om brystkreft, krise og sykepleie til pasienter i krise. Bøkene jeg har brukt fra pensumlitteraturen er: "Klinisk Sykepleie – del2" av Almås m.fl., "Kommunikasjon i relasjoner" av Eide & Eide, "Forståelsen av mennesker" av Renolen. Av selvvalgt litteratur har jeg valgt å bruke "Sykepleie til mennesker med kreft" av Kvåle, "Kreftsykepleie-pasient-utfordring-handling" av Reitan & Schølberg.

2.4 Kildekritikk

Jeg har kritisk vurdert alle artiklene med sjekklister fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Vurderingene er lagt ved som vedlegg.

3. Teori

3.1 Hva er brystkreft?

Brystkreft er ondartet svulst i brystkjertelen, og den hyppigste kreftformen hos norske kvinner. Kreften forekommer mellom menstruasjon og menopause.

Årsaken er vanskelig å fastslå, men 15-20 % av tilfellene er familiært tilknyttet, i tillegg det finnes noen disponerende faktorer:

- Kjønn – kvinne
- Alder – risikoen øker med alderen
- Tidlig menstruasjon
- Sen menopause
- Hormonbehandling i forbindelse med overgangsalder
- Sen (etter 35 år) eller ingen graviditet
- Over gjennomsnittet høy
- Overvekt (KMI over 30)
- Og tidligere gjennomgått kreft (Sørensen & Almås, 2011; Wist, 2010)

Symptomer på brystkreft kan være forandringer utenom det vanlige, som for eksempel asymmetri i brystene, inntrukket og/eller sekresjon fra brystvorte, appelsinhud, rødflammet og sår i huden som ikke vil gro (Sørensen og Almås, 2011; Wist, 2010).).

Diagnosen stilles etter trippeldiagnostikk, dette omfatter klinisk undersøkelse av brystet, mammografi og/eller ultralyd, og vevsprøve ved utydighet ved de to første undersøkelsene. Brystkreft hos kvinner under 35 år er svært sjeldent, og forandringer i brystet varierer ofte med menstruasjons-syklus, ved diagnostiseringen brukes ultralyd brukes på bakgrunn av tett kjertelstruktur og bedre sensitivitet på ultralyd i forhold til mammografi (Helsedirektoratet, 2014 ; Sørensen & Almås, 2011).

”Behandling av tidlig brystkreft består av flere elementer: kirurgi, adjuvant behandling samt strålebehandling” (Wist 2010, s. 433). Kirurgisk behandling har som mål å fjerne svulsten, i tillegg til så mye omkringliggende brystkjertellev for å redusere risiko for spredning. Dette kan innebære brystbevarende kirurgi eller, fjerning av hele brystkjertelen (mastektomi eller ablatio mammae).

Vaktpostlymfekjertelen tatt ut og undersøkt ved operasjon, lymfeknuten er den første lymfeknuten i aksillen som mottar lymfe fra brystkjertelen. Ved funn av

kreftceller i vaktpostlymfeknuten, kan dette være tegn på spredning til omkringliggende lymfeknuter, og flere lymfeknuter må fjernes (aksilletoalett) (Sørensen & Almås, 2011; Wist, 2010).

3.2 Krise ved nyoppdaget brystkreft

Ventetiden på svaret fra trippeldiagnostikken er i følge Drageset et al. (2010) en av de mest stressende periodene, etterfulgt av sjokkbeskjeden "Du har kreft.", deretter den vonde ventetiden på operasjon.

"Alvorlige livshendelser kalles ofte med en fellesbetegnelse for kriser. Personer i krise har behov for god støtte, medmenneskelig kontakt og noen å dele tanker og følelser med" (Eide & Eide, 2009, s. 166). Det er naturlig at kvinner opplever en psykisk reaksjon når de får brystkreft, og de fleste kvinner opplever en traumatisk krise med følelse av kaos, usikkerhet, angst og håpløshet som utfordrer kvinnens mestringsevnene (Kvåle, 2002; Reitan, 2010). Cullberg (1994) hevder at "Traumatiske kriser er plutselige og uventede vanskelige ytre påkjenninger" (gjengitt etter Renolen, 2008, s. 164).

En krisereaksjon kan deles inn i forskjellige faser, den første fasen er sjokkfasen. Sjokkfasen er individuell og kan vare fra sekunder til dager. Fasen preges av uvirkelighetsfølelse og reaksjonen kan være fra å virke upåvirket av hendelsen til voldsomme følelsemessige utbrudd (Renolen, 2008).

Ved første konsultasjonstid får kvinnen svært mye informasjon om diagnose, prognose og behandling (Sørensen & Almås, 2011). I følge Dougherty husker pasientene ca. 20% av den verbale informasjonen som blir gitt ved kreftdiagnose, dette skyldes i følge Lancaster angst (gjengitt etter Sørensen & Almås, 2011).

I en studie fra USA uttrykte kvinnene at brystkreften var et vendepunkt i livet, som resulterte i en ut av seg selv opplevelse ved tidspunktet de fikk vite diagnosen, en umiddelbar frykt for å dø dukket opp (Shaha & Bauer-Wu, 2009). Tiden fra diagnosetidspunktet til operasjonen er også kort, kvinnen har sjelden

verken for oversikt eller grep om diagnosen (Remmers, Holtgräwe & Pinkert, 2010).

Videre kommer reaksjonsfasen som kan vare inntil 6 uker. Tanker og følelser kvinner har kommet frem og behovet for å snakke å finne mening i krisen er fremtredende (Renolen, 2008). En kvinne som får diagnosen brystkreft er å betrakte som en "frisk" kvinne, med en alvorlig diagnose. Det kan være vanskelig å identifisere seg med pasientrollen, og mange opplever kreftdiagnosen som en trussel mot identitet og verdighet (Sørensen & Almås, 2011). I reaksjonsfasen er viktig å akseptere at man har fått brystkreft, for å kunne takle sykdommen best mulig (Drageset et al., 2010).

Fra dagen kvinnen får diagnosen brystkreften og til behandlingen skal starte er i følge Eusoma guidelines maksimalt 10-15 virkedager (Helsedirektoratet, 2014). I ventetiden har kvinnene mange tanker rundt operasjonen, for eksempel om de får beholde brystet, frykt for spredning til lymfer og andre organer, bivirkninger av anestesien og eventuelle smerter som kan oppstå postoperativt (Drageset et al., 2010; Remmers et al., 2010; Sørensen & Almås, 2011). Bryster et symbol på kvinnelighet, seksualitet og ofte svært viktig for kvinnens selvbilde (Drageset et al., 2010). Å miste et bryst kan føre til følelsen av å ikke være en fullverdig kvinne (Kvåle, 2002). I tillegg vil det å miste håret, være en stor endring og synlig påminnelse for kvinnen (Drageset et al., 2010). For noen kvinner, spesielt yngre kvinner, medfører kroppslige endringer forandring i rolle og identitet (Renolen, 2008).

Som følge av aggressiv behandling mot en mer aggressiv krefttype, kan yngre kvinner oppleve tidlig overgangsalder og sterilitet. I tillegg skal yngre kvinner utvikle sin identitet, stifte familie, starte en karriere, og finne sin plass i samfunnet og miljøet (Shaha & Bauer-Wu, 2009). Kvinnene kan oppleve bekymringer med tanke på det å ha ansvaret for små barn og effekten av brystkreften på ekteskap, familiesituasjon, sosiale relasjoner og kvinnens funksjon i hjemmet og/eller arbeid (Gjertsen, 2010; Shaha & Bauer-Wu, 2009; Sørensen & Almås, 2011). Det er ikke noe klart skille på fasene og de vil variere,

men de kan gi en forståelse for pasientens reaksjoner og behov i situasjonen. (Eide & Eide, 2009).

3.3 Mestring ved nyoppdaget brystkreft

Mestring retter seg både mot kognitiv, affektive og atferdsmessige prosesser, og disse er nært forbundet med hverandre ... Ved alvorlig sykdom vil ens opplevelse av sykdom preges av hvem man selv er, hvordan personene rundt en reagerer og av en rekke andre faktorer i nåtid og fortid. (gjengitt etter Eide & Eide, 2009, s. 176).

Mestring er menneskets individuelle evne til å ha kontroll i en situasjon, og er påvirket av tidligere erfaringer med lignende situasjoner (Eide & Eide, 2009; Kvåle, 2002). Når vi møter en situasjon hvor vår evne til mestring ikke strekker til, må vi ta i bruk mestringsstrategier. Ved alvorlig sykdom er det tre måter å reagere på følelser og tanker som kommer ved alvorlig sykdom. Man kan forsvare seg ved å prøve å holde opplevelsen av sykdom unna, en annen måte er å i mindre eller større grad akseptere situasjonen, eller la den kaotiske strømmen av indre impulser og tanker komme frem (Eide & Eide, 2009).

Lazarus og Folkman (1984) hevder at vurderingen av følelsene våre, og hva som kan gjøres i en stressfylt situasjon vil danne grunnlaget for to mestringsstrategier, som er emosjonsfokusert og problemfokusert mestring (gjengitt etter Renolen, 2008).

Problemfokusert mestring fokuserer på tiltak for å løse et problem (Eide & Eide, 2009). I følge Lazarus og Folkmann kan dette være:

Rettet utad mot omgivelsene, som for eksempel å endre tilgang på ressurser ved å søke støtte og hjelp, å endre rutiner, å endre livsstil eller redusere ytre årsaker til stress ... strategier kan være rettet innover mot

oss selv, slik som å senke ambisjoner, lære nye ferdigheter, søke informasjon og kunnskap. (gjengitt etter Renolen, 2008, s. 150).

Følelsesfokusert mestring er kognitive mestringsforsøk, som omfatter å forandre følelsesreaksjonene som oppstår ved stress og dempe det følelsesmessige ubehaget (Eide & Eide, 2009; Renolen, 2008). I følge Lazarus og Folkman kan dette være "kognitive strategier som unngåelse av informasjon eller situasjoner, distansering til problem/situasjoner eller selektiv oppmerksomhet ... fysisk aktivitet, bruk av medikamenter eller alkohol" (gjengitt etter Renolen, 2008, s. 150). Følelsesfokusert mestring kan være for eksempel å fortsette som før i arbeid og dagligdagse aktiviteter, finne nye verdier i livet, la følelsene få slippe frem og forberede seg på det verste (Drageset et al., 2010). I mestringsprosessen veksler vi mellom disse to mestringsstrategiene, den ene er ikke bedre enn den andre, men de utfyller hverandre og er begge er like viktige (Renolen, 2008).

I en studie fra Norge ble forsvarsmekanismene steg-for-steg, emosjonell distansering brukt for å ikke bli overveldet av tanker og følelser. (Drageset et al., 2010)

Å distansere seg følelsesmessig fra virkeligheten, hvor kvinnen skyver bort vanskelige og kaotiske tanker er en forsvarsmekanismen med positiv effekt i kortere perioder (Renolen, 2008). Steg-for-steg gjør at personen møter realiteten gradvis i mestringsprosessen, som ga tid til å akseptere og forberede seg for hva som kunne komme. Dette ga en følelse av kontroll over en situasjon de først og fremst oppfattes som utenfor deres kontroll (Drageset et al., 2010) "Emosjonsfokusert mestring er nyttig og nødvendig når påkjenningen er stor, som i begynnelsen på en traumatisk krise" (Renolen, 2008, s. 150). Kvinnen mestrer situasjonen ut i fra vurderingen av sykdommen, kvinnen vil takle situasjonen bedre hvis hun vurderer sin situasjon til at "dette overlever jeg", i forhold til hvis hun vurderer situasjonen til at "nå dør jeg" (Eide & Eide, 2009).

3.4 Sykepleierrollen

I følge de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere, skal sykepleieren: “understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten ... ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg” (International Council of Nursing [ICN], 2011, s. 8).

Når en pasient får en slik alvorlig diagnose, er det i følge Cullberg (1976) viktig at sykepleier tar seg tid til pasienten og ser pasienten, dette kan også være at sykepleieren er igjen etter at legen er gått for å prate med pasienten og pårørende (gjengitt etter Kvåle, 2002). Personer i sjokk trenger god allmenn omsorg, for eksempel holde hånden og gi rom for reaksjoner (Renolen, 2008).

I følge Bolund er det viktig at pasienten kan få “hjelp til å lindre angsten ved å dele sine tanker med noen, sette ord på problemene, sortere problemene, få kunnskap og diskutere løsninger” (gjengitt etter Kvåle, 2002, s. 26). Kvinnens følelse av angst, kan være som følge av trusselen for å miste noe som hun har setter pris på og er glad i, for eksempel brystet. Utryggheten og uvissheten om hvordan operasjonen og fremtiden blir forsterker også angsten (Kvåle, 2002). I ventetiden hvor kaos og usikkerhet er fremtredende, kan det være godt for kvinnen å få tilbudet om telefonkontakt med sykehuset (Sørensen & Almås, 2011).

Det er i hovedsak legen som informerer om diagnose og behandling, det er viktig for både kvinne og pårørende at informasjonen er relevant til kvinnens situasjon (Drageset et al., 2010, Kvåle, 2002).

For å sikre best mulig omsorg for kvinnen og pårørende er det viktig å være tilstede, men også identifisere de individuelle behovene og forventningene kvinnen har (Gjertsen, 2010; Remmers et al., 2010). For å forstå menneskets behov må sykepleieren være empatisk. I følge Holm er empati “å plassere seg selv i en annen persons indre virkelighet” (gjengitt etter Kvåle, 2002, s. 16).

Sykepleieren må også tenke på etiske perspektiver i arbeid med mennesker, i følge Brinchmann (2005) er moral, som er basert på holdninger og verdier, for eksempel som respekt, evne til å se, lytte og vite når man skal tie. I følge Sneltvedt (2005) er barmhjertighet, omsorg og respekten for grunnleggende menneskerettigheter de grunnleggende verdiene i yrkesetiske retningslinjer. I følge Brinchmann (2005) er holdningene våre måten vi møter pasienten på, det vil si hvordan vi reagerer og handler i situasjoner. Det er viktig at en sykepleier støtter opp under valgene til kvinnen, selv om hun ville ha valgt noe annet (Gjertsen, 2010).

3.5 Joyce Travelbee (1926 – 1973)

Travelbee var psykiatrisk sykepleier og leder av sykepleierutdanning i USA på midten av 1900-tallet. Hennes teori er en reaksjon på avhumanisering i helsesektoren i USA etter andre verdenskrig. Sentralt i teorien er anvendelsen av bruken begrep, prinsipper og atferdsmessige begrep omtalt som erfaringer gjennomgått og gjennomlevd av mennesker, mennesket er i sentrum (Eide & Eide, 2007; Travelbee, 1999).

Travelbee hevder at er det å være syk og lide kan innebære å erfare en eller flere erfaringer. For at en sykepleier skal kunne gi omtenksom og intelligent omsorg til den syke, samt å kunne hjelpe personen med å finne mening og mestring i personens sykdom, må hun kunne forstå og sette seg inn i erfaringene personen opplever (Travelbee, 1999). For å kunne forstå og oppfatte disse erfaringene må sykepleieren etablere et menneske-til-menneske-forhold (Eide & Eide, 2007; Travelbee, 1999).

Begrepene "pasient" og "sykepleier" er i følge Travelbee både en merkelapp og en kategori som avhumaniserer sykepleierforholdet. Travelbee hevder at mennesket har en tendens til å kategorisere individer, og det er først når de oppfatter hverandre som unike individer at menneske-til-menneske-forholdet kan etableres (Travelbee, 1999). Videre hevder hun at menneske-til-menneske-forholdet er virkemiddelet i sykepleiesituasjonen, som gjør det mulig å oppfylle sykepleiens hensikt og mål som er "å hjelpe enkeltindividet, familien og

samfunnet til å forebygge eller mestre sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene.” (Travelbee, 1999, s. 41).

3.6 Aaron Antonovsky (1923 – 1994)

Det salutogene perspektivet er det motsatte av det patogene perspektivet, med hovedfokus på hvilke faktorer som gjør at mennesket holder seg frisk.

Perspektivet ble utviklet av den israelske sosiologen, professor og forskeren Antonovsky 1970-årene (Antonovsky, 2013; Renolen, 2008).

I stede for å klassifisere mennesker som enten friske eller syke, brukte Antonovsky begrepet “kontinuumet” som et flerdimensjonalt abstrakt begrep på veien mellom uhelse og helse, hvor den negative enden er uhelse og den positive enden er helse (Antonovsky, 2013).

”Hvorfor er det noen som befinner seg i den positive enden av kontinuumet mellom helse og uhelse? eller hvorfor beveger de seg i denne retningen, uavhengig av hvilken plassering de måtte ha til enhver tid?” (Antonovsky, 2013, s. 16). I følge Antonovsky ligger svaret i de generelle motstandsressursene, for eksempel penger, egostyrke, kulturell stabilitet, sosial støtte. For å gi en klar definisjon på de generelle motstandsressursene og en forståelse av hvordan noen ting kan fungere som en motstandsressurs mot uhelse, utarbeidet Antonovsky begrepet “*Sense of coherence*”, for å oversette dette til norsk vil jeg bruke begrepet opplevelse av sammenheng (OAS). Antonovsky hevder at personens OAS i svært stor grad bestemmer hvor bra personen klarer seg, men understreker at det ikke er den eneste faktoren. Under begrepet OAS er det tre livsopplevelses momenter som trer frem, dette er indre sammenheng som legger grunnlaget til begripelighet, erfaring av medbestemmelse som fører til meningsfullhet, og balanse mellom overbelastning og underbelastning, som legger grunnlaget for håndtbarhet (Antonovsky, 2013).

4. Drøfting

4.1 Sjøkkfasen

Det er ingen dødsdom å motta diagnosen brystkreft i tidlig alder, til tross for at forskning viser til at yngre kvinner utvikler en mer aggressiv form for brystkreft,

og responderer dårligere til behandlingen, er det flere og flere som har en klar overdødelighet i mer enn 20 år etter at diagnosen er stilt (Helsebibloteket, 2014).

Det er viktig å gi personen litt tid til å fordøye beskjeden om kreft, og sykepleieren må være forberedt på at ulike reaksjoner kan komme, dette er pasientens forsvarsmekanismer og mestringsstrategier som settes i verk som følge av de følelsene kvinnen opplever i øyeblikket. Ting som blir sagt og gjort i en slik situasjon er ikke noe kvinnen mener noe med, men det er rett og slett et verktøy for å beskytte seg mot trusselen hun føler av kreften. Det er ikke nødvendigvis sånn at den stille og beherskede pasienten er den som mestrer beskjed og situasjonen bra, det er ingen "rett reaksjon" til den traumatiske opplevelsen.

"It's not about me" (Drageset et al., 2010, s. 152), noen kvinner distanserte seg fra sykdommen ved å skyve vekk de skumle tankene om fremtiden og brystkreften, og uttrykte at de ville ha livet de hadde før diagnosen tilbake. For å skyve vekk tankene, prøvde de å fokusere på noe annet. å leve som normalt ga kvinnene en følelse av kontroll. (Drageset et al., 2010; Remmers et al., 2009).

Yngre kvinner har ofte små barn de har ansvaret for og mange roller de skal fylle, dette kan for eksempel være roller som mor, ektefelle og kollega (Remmers et al, 2009). Frykten for å etterlate et tomrom og det å ikke få muligheten til å se barna vokse opp og delta på begivenheter som giftemål og barnebarn, forsterket kvinnens frykt og tristhet i situasjonen (Shaha & Bauer-Wu, 2009). For å unngå å bli overveldet av følelser og informasjon i sjokkfasen benyttet mange kvinner seg av mestringsstrategien steg-for-steg, dette innebar at kvinnen tok inn over seg informasjonen og følelsene litt etter litt, dette er den mest hensiktsmessige mestringsstrategien for å forberede seg for hva som kan komme og gradvis forholde seg til forandrede situasjonen (Drageset et al, 2010). Denne mestringsstrategien kunne også sees i sammenheng med informasjonsbehovet, hvor kvinnene hadde variert behov for informasjon (Drageset et al., 2010).

Disse mestringsstilene er forsvarsmekanismer for å ikke bli overveldet av informasjon og følelser i sjokkfasen, de kan være nyttige for å forsøke å få kontroll over situasjonen som ellers følte så ukontrollert, i tillegg til å redusere bekymringene (Drageset et al., 2010; Renolen, 2008).

I følge Kvåle (2002) bør kvinnen innkalles til lege for å få resultatet, å ringe eller sende brev hjem til kvinnen om diagnosen, gjør at det er en stor fare for at kvinnen er alene på tidspunktet når hun får vite at hun har brystkreft. Det er derfor viktig at legen og eventuelt sykepleier er der sammen med kvinnen når hun får resultatet og kan svare på eventuelle spørsmål kvinnen har.

Med tanke på at personer oppfatter så lite som 20% av verbal informasjon etter at diagnosen kreft er gitt, mener jeg at det kan være gunstig at sykepleier er med på møtet sammen med legen hvor pasienten får vite diagnosen, dette mener jeg fordi at da får sykepleier vite hva slags informasjon legen har gitt, hun kan oppleve den umiddelbare reaksjonen til kvinnen, som igjen kan være med på sykepleierens helhetlige vurdering av behov for støtte. I tillegg tenker jeg at det er viktig at sykepleier har kunnskap om reaksjoner, diagnosen og behandling, og dermed kan være igjen med kvinnen og pårørende etter at legen er gått for å svare på spørsmål til det legen har sagt, eller gjenta informasjonen på nytt. Dette er selvsagt på kvinnen premisser, kvinnen bestemmer hvem som skal være med på møte av pårørende og helsepersonell.

Når kvinnen og pårørende skal reise hjem er det viktig å gi med et skriv som gjentar informasjonen som er gitt den dagen, i tillegg kan det være betryggende for kvinnen å få et telefonnummer til sykehuset eller kreftforeningen som hun kan ringe til ved behov for å få svar på for eksempel spørsmål om diagnosen, symptomer, behandling, praktiske spørsmål, eller bare rett og slett for å ha noen, utenom de nærmeste pårørende, å snakke med i ventetiden på operasjonen (Drageset et al., 2010; Sørensen & Almås, 2011; Kvåle, 2002).

4.2 Reaksjonsfasen

Etter at det første sjokket ved diagnostiseringstidspunktet, kommer kvinnens tanker og følelser fra sykdommen til overflaten, og behovet for å få pratet om det som har skjedd og finne mening i kaoset blir sterkere. I denne fasen ser vi behovet for opplevelse av sammenheng, hvor kvinnen søker etter opplevelse av sammenheng for å mestre situasjonen bedre. Opplevelse av sammenheng betyr ikke å ha kontroll, men det betyr å være med å bestemme i sin egen situasjon, i sitt eget liv.

Når andre bestemmer alt for oss – når de definerer oppgavene, bestemmer regler og styrer utfallet – og vi ikke har noe vi skulle ha sagt, reduseres vi til objekter. Hvis vi opplever at våre handlinger ikke har noen effekt i verden, blir verden etter hvert meningsløs. Dette gjelder for nære personlige relasjoner, jobb og alle andre sfærer som ligger innenfor våre grenser. (Antonovsky, 2013, s. 106).

Antonovsky mener at OAS er vesentlig for å bevege seg i den positive retningen på kontinuumet, altså i den retningen som er positiv for vår helse. Dette er gjensidig i alle personer, om vi er syke eller friske, fra en viss alder har vi behov for å være delaktige i bestemmelsen over våre liv (Antonovsky, 2013; Reitan, 2010). Kvinnenes opplevelse av medbestemmelse i egen sykdomsprosess, vil gi en følelse av mestring i kaoset. Dette kan være for eksempel ved spørsmål om brystbevarende operasjon eller fjerning av brystet. Å la kvinnen bestemme hva som er best for henne er en selvfølge, i følge Brinchmann er kvinnens autonomi et sentralt etisk og juridisk prinsipp (Brinchmann, 2005).

Falling ill with a life-threatening disease such as breast cancer during a period that is usually marked by establishing roots, developing meaningful relationships and careers, and giving birth can be shattering to young

women and can interfere with their ability to adjust to important life events. (Shaha, Bauer-Wu, 2009, s. 247).

Å finne mening og opplevelse av sammenheng i kaoset er fremtredende for kvinnen i reaksjonsfasen, mange kvinner spør seg selv: "Hvorfor meg?", i følge Travelbee finner pasienten mening i sykdommen ved at en bruker positiv livserfaring, dette vil si at personen ikke underkaster seg sykdommen, men at kvinnen skal bruke sykdomserfaringen til å utvikle seg (Travelbee, 1999). Kvinnene fokuserte heller på det positive tingene i livet og verdsatte de små tingene som tidligere ble tatt for gitt, å bruke tiden sammen med andre ga en intens glede og følelse av å leve til tross for bekymringer for helse og død (Remmers et al., 2009). Noen kvinner bearbeidet usikkerheten ved å stille spørsmål med meningen med livet, finne frem til verdiene som kom sterke frem etter diagnosen. Kreftdiagnosen ble på en måte en påminnelse på at kvinnen skulle leve livet og nyte dagene hun fikk. Å prioritere verdiene, det som betydde mest for dem og se det positive i situasjonen ga dem en mulighet til å takle dødsangsten og usikkerheten i forhold til sykdommen (Drageset et al., 2010).

Noen kvinner vil at livet skulle fortsette som normalt som mulig, til tross for diagnosen. Dette kunne gi kvinnene en opplevelse av kontroll. Arbeid ga kvinnene et pusterom i hverdagen, hvor de fikk muligheten til å fokusere på andre ting, i tillegg var det en god opplevelse å være inkludert i det sosiale samholdet på en arbeidsplass. Opplevelsen av tilhørighet og at man til tross for sykdommen kan være til nytte, kunne gi kvinnene økt sjanse til mestring i hverdagen i påvente av operasjon og behandling, i tillegg var dette en mestringsstrategi for å holde de vonde tankene og bekymringene unna, ved å holde seg opptatt med andre ting, dette kan også være for eksempel en hobby (Drageset et al., 2010). Dette er svært individuelt, noen kvinner bruker tiden på å organisere fremtiden med tanke på sykemelding på jobben, barnepass og andre praktiske gjøremål (Sørensen & Almås, 2011). Å føle kontroll er grunnleggende innenfor mestring, det er forskjellig hvordan vi opplever kontrollen, men alle har

et behov for å føle kontroll på noe i livet. Noen vil ha kontrollen selv, andre kan gi kontrollen til noen andre (Reitan, 2010).

I følge en Shaha & Bauer-Wu (2009), kunne det å få brystkreft være en isolerende erfaring, som skapte et mellomrom mellom kvinnen og hennes sosiale miljø. Dette var fordi at kvinnens pårørende ikke hadde erfaringene nok til å helt fatte kvinnens vanskeligheter, brystkreftens innvirkning på henne og dens innvirkning på kvinnens liv. I følge Kesselring (1986) er det viktig med god sosial støtte for evne til å se positivt på sykdommen sin, pasienter som har mindre sosial støtte fra familie og venner, trenger mer sosial støtte fra sykepleierne i kreftomsorgen (gjengitt etter Kvåle, 2002).

I følge Remmers et al. (2009), kan dette være motsatt også, hvor kvinnens pårørende blir en belastning som følge av at de ikke ser noen utvei i hennes lidelse, hennes sosiale nettverk kan påvirke i noen grad også kvinnens syn på sykdommen og kvinnen oppleve en forsterket følelse av sårbarhet og hjelpeløshet.

4.3 Sykepleierrollen

I følge Drageset et al. (2010) vil ventetiden på prøvesvarene, beskjeden om diagnosen og den vonde ventetiden på operasjon, være de mest stressende periodene. Kvinnens største behov fra sykepleierne er blant annet informasjon og tilbud kommunikasjon (Remmers et al., 2009)

Det er viktig at sykepleieren er til stede når hun er sammen med pasienten, og virkelig ser henne og behovene henne. Opplevelsen av å bli sett, hørt og forstått kan bety mye mer enn selve ordene som blir sagt (Kvåle, 2002).

Mange av kvinnens behov var å bli sett på som et individ, tatt seriøst og behandlet med respekt. I tillegg var det viktig for mange av kvinnene at sykepleieren var til stede i samtalen når den oppsto, og kvinnene fikk snakke om deres bekymringer og behov når de følte for det, ikke fordi de følte seg presset til det av sykepleierne (Remmers et al., 2009).

I tillegg var det viktig for noen kvinnene at sykepleieren kunne gjøre hverdagen litt lysere ved å bruke humor i kreftomsorgen, men at de i tillegg kunne være tilstede under vanskelige samtaler og eventuelt undersøkelser før operasjon (Remmers et al., 2009). Ved depresjon og angst, kan i følge Falkmer & Kaasa (1998) sykepleieren legge til rette for at kvinnen får snakket om følelsene.

Dersom en pasient er nedstemt og trist, kan en prøve og minne vedkommende på hva han eller hun fortsatt har å glede seg over. Dersom depresjonen 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, 2002, s. 25).

Noen kvinner ønsket å holde sine følelser tilbake, mens noen andre kvinner synes det var godt å slippe å "holde masken" foran sykepleieren. Dette vil si at de følte en lettelse over å kunne vise følelser til personer de følte var støttende (Drageset et al., 2010).

Ved alvorlig sykdom er usikkerheten vanskelig å forholde seg til, for å bearbeide usikkerheten kan noen stille spørsmål ved meningen med livet. (Kvåle, 2002). En sykepleier må være forberedt på dette temaet, og finne tid til å sette seg ned å diskutere og lytte med pasienten kan være svært positivt for henne (Kvåle, 2002; Remmers et al., 2009). I tillegg må sykepleieren være oppmerksom på at pasienter ikke stiller direkte spørsmål om liv og død, og må derfor være oppmerksom på de indirekte spørsmålene (Kvåle, 2002).

Sykepleieren kan ved å identifisere det sosiale nettverket til pasienten, hjelpe kvinnen til å be om praktisk hjelp om det er behov for det. De fleste pårørende ønsker å hjelpe, men de vet bare hvordan eller om pasienten ønsker denne hjelpen (Kvåle, 2002).

Bekymringene i forhold til å miste et bryst var ikke store i forhold til risikoen for å dø av brystkreften, den største bekymringen til tapet av brystet var hvordan deres partner skulle reagere og forholde seg til dem i etterkant. I tillegg vil det eventuelle tapet av brystet påvirke seksuallivet til kvinnen (Drageset et al., 2010). I følge Howlett et al. (1997) bør det være en naturlig del av støtten å hjelpe pasienter med seksuelle problemer. (gjengitt etter Kvåle, 2002). I tillegg kunne sykepleierne oppleve at kvinnen henvendte seg til sykepleieren for å spørre om hun ville ha fjernet brystet eller bevart brystet, sykepleieren må derfor være forberedt på at dette spørsmålet kan komme og være åpen for diskusjon om temaet, men hun skal aldri ta avgjørelsen for kvinnen (Kvåle, 2002).

4.4 Teoretikerne

I følge Antonovsky (2013) skal vi fokusere på helheten i mestringsprosessen til kvinnen, og mener det at vi skal fremheve de faktorene som gjør at kvinnen og pårørende beveger seg i retning av opplevelsen av sammenheng og helse. Som tidligere nevnt er opplevelsen av sammenheng viktig for at en person skal bevege seg i riktig retning på kontinuumet (Antonovsky, 2013).

Travelbee fokuserer mer på forholdet mellom pasienten og sykepleier, og hevder at når stereotypene pasient og sykepleier overskrides, og de oppfatter hverandre som unike individer, kan menneske-til-menneske-forholdet etableres (Travelbee, 1999). Opplevelsene som sykepleier og pasient erfarer sammen på første møtet, kan være starten på etableringen et menneske-til-menneske-forholdet, videre hevder Travelbee at (1999) i et slikt forhold, vil sykepleieren lettere oppdage behovene til kvinnen som kan bidra til at kvinnen får en opplevelse av å bli sett og hørt (Travelbee, 1999).

Mens Antonovsky fokuserer mer på hva som gjør mennesker friske, fokuserer Travelbee på hva som skal til for å skape forholdet til pasienten, som gjør det lettere og finne behovene til pasienten. Dermed fokuserer Travelbee mer på sykdommen, men igjen er mennesket sentralt i hennes i den forstand at den syke

skal bli tatt vare på, slik at hun kan fokusere på å bli frisk. Det er noen likhetstrekk mellom teoriene.

5. Styrke og svakheter

Denne oppgaven har gitt meg mye ny kunnskap og erfaring som jeg tror vil være veldig relevant for min videre praksis og arbeid på kreftavdelingen, i tillegg håper jeg at andre kan ha nytte av denne oppgaven. Jeg har lært mye om søkeprosessen i arbeidet med oppgaven, og vil helt klart ha nytte av dette når jeg skal ut i arbeid.

Styrken i oppgaven kan være at forskningsartiklene er fra vest-kulturelle land som Tyskland og USA, i tillegg til Norge. Jeg mener at dette styrker oppgaven, fordi den norske leseren kan relatere seg til funnene i oppgaven og se dette i praksis i Norge.

Svakheten i oppgaven vil jeg si er at jeg fokuserer på aldersgruppen 25 – 49 år, men inkludert studier som har personer som er eldre enn 49 år i studien, det er mange forskjellige faser i livet og forskning knyttet til kun alderen 25 – 49 år var veldig vanskelig å finne, på bakgrunn av at forskerne som regel har med kvinner i mange aldre i studien. Dette kan være en svakhet for oppgaven at forskningsresultatene ikke er fokusert på kun den aldersgruppen jeg konsentrerte meg om. I tillegg kan det være en svakhet at det er fokusert på mye kommunikasjon i oppgaven, men lite teori om kommunikasjon og sykepleie.

6. Konklusjon

Det kommer frem i alle forskningsartiklene og mange pensumbøker, samt selvvalgt litteratur, at det å få diagnosen brystkreft er en stressende og traumatisk opplevelse. Spesielt når kvinnene er i en tidlig alder, skal de i utgangspunktet uten noen form for sykdom eller funksjonssvikt etablere seg i samfunnet, stifte en familie og starte sin karriere.

Sjokkfasen kan derfor være svært omfattende, men det er også vist til at kvinner følte en form for lettelse. Når de fikk diagnosen fikk de svar på hva som var galt,

og hadde en positivt syn på behandlingsperioden. Bekymringene som kvinnene følte på var å dø fra familie, venner, barn, og hennes roller i det sosiale nettverket.

Så hvordan kan en sykepleier hjelpe kvinnen til mestring i krisen ved nyoppdaget brystkreft?

Det første sykepleieren må huske på er at hver kvinne er individuell, i tillegg må hun se kvinnen som et individ og ikke som en kvinne med diagnosen brystkreft. I tillegg ønsket noen av kvinnene mye informasjon, mens andre ble skremt av dette.

Det å ha et stabilt sosialt nettverk opplever kvinnene som støttende og viktig for mestringsprosessen, det ble hevdet at opplevelsen av sosial støtte var en viktig del under hele mestringsprosessen kvinnen gjennomgikk. En sykepleier vil derfor ha en sentral oppgave i å se både pasienten og pårørende i situasjonen, og ta seg tid til å lytte og snakke om deres opplevelser, erfaringer og bekymringer var svært viktig.

Men dette kan være utfordrende som følge av den korte tiden pasienten er inneliggende på sykehuset. Jeg ser det at å ha en kontakt med en eller flere sykepleiere allerede fra diagnostiseringen kan være gunstig for pasienten, da kjenner pasienten til sykepleierne når hun kommer inn for operasjon, og slapper kanskje også derfor mer av. I tillegg vil dette skape en eller flere opplevelser av erfaringer sammen, som er i følge Travelbee vesentlig for å opprette en god relasjon mellom sykepleier og pasient.

Litteraturliste

- Antonovsky, A. (2013). *Helsens mysterium – den salutogene modellen* (1. utg). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Brinchmann, B. S. (Red.). (2005). *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4.utg). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Drageset, S., Lindstrøm T. C. & Underlid, K. (2010). Coping with breast cancer: between diagnosis and surgery. *Journal of advanced nursing* 66(1), 149-158.
- Eide, H & Eide, T (2009). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Forsberg, C., & Wengstrøm, Y. (2013) Att göra systematiska litteraturstudier. Stocholm: Natur og kultur.
- Gjertsen, T.(2010). Sykepleieutfordringer ved brystkreft. I: Reitan, A, M. & Schølberg, T. K.(red.)*Kreftsykepleie-pasient- utfordring-handling* (s. 440-447). Oslo: Akribe AS.
- Helsedirektoratet. (2014). Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter med brystkreft. Hentet 22. april 2014 fra <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonalt-handlingsprogram-med-retningslinjer-for-diagnostikk-behandling-og-oppfolging-av-pasienter-med-brystkreft/Publikasjoner/IS-2169-Nasjonalt-handlingsprogram-brystkreft.pdf>
- International Council of Nurses. (2007) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler*. Oslo: Norsk sykepleierforbund
- Kreftregisteret (2013). Brystkreft. Hentet fra: <http://www.kreftregisteret.no/no/Generelt/Fakta-om-kreft-test/Brystkreft-Alt2/>
- Kvåle, K. (2002). *Sykepleie til mennesker med kreft* (1. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Psykologi (2009). I *Store norske leksikon*. Hentet 15. april 2014 fra <http://snl.no/krise%2Fpsykologi>
- Psykologi (2011) *Eriksons beskrivelse av faser I den sosiale utviklingen*. Hentet 18. April 2014 fra <http://psykologi.cappelendamm.no/c799778/artikkel/vis.html?tid=803357>
- Reitan, A. M. (2010). Krise og mestring. I A. M. Reitan & T. K. Schølberg (red.), *Kreftsykepleie-pasient- utfordring-handling* (s. 431-439). Oslo: Akribe AS.
- Remmers, H., Holtgräwe, M. & Pinkert, C. (2010). Stress and nursing care needs of women with breast cancer during primary treatment: A qualitative study. *European journal of oncology nursing*, 14 (1), 11-16.
- Renolen, Å. (2008) *Forståelsen av mennesker – innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Shaha, M. & Bauer-Wu, S. (2009). Early adulthood uprooted: Transitoriness in young women with breast cancer. *Cancer nursing*, 32(3), 246-255.
- Sneltvedt, T. (2005). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (s. 88-104). Oslo: Gyldendal akademisk
- Stordalen, J. & Støren, I. (2010) *Bare skriv! Praktisk veiledning i oppgaveskriving*. Oslo: Cappelen akademisk forlag.
- 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: Universitetsforlaget
- Wist, E.(2010). Brystkreft. I A. M. Reitan & T. K. Schølberg (red.), *Kreftsykepleie-pasient- utfordring-handling* (s. 431-439). Oslo: Akribe AS.

SJEKKLISTE FOR Å VURDERE KVALITATIV FORSKNING

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

*Kan vi stole på resultatene?
Hva forteller resultatene?
Kan resultatene være til hjelp i min praksis?*

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

Referanser:

1. Critical Appraisal Skills Programme. www.phru.org.uk/~casp
2. Greenhalgh T, Taylor R. Papers that go beyond numbers. *BMJ* 1997; 7110 (315)
3. Seers K. Qualitative research. In *Evidence- Based Practice. A Primer for Health Care Professionals*. Churchill Livingstone, Edinburgh 1999
4. Malterud K. The art and science of clinical knowledge: evidence beyond measures and numbers. *Lancet* 2001;358:397-400.

INNLEDENDE SPØRSMÅL

<p>1. Er formålet med studien tydelig?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Går det klart fram hva som blir studert? • Er dette en interessant eller relevant problemstilling? 	<p>Ja</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Nei</p> <p><input type="radio"/></p>
<p>2. Er en kvalitativ tilnærming hensiktsmessig?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Har problemstillingen som mål å forstå og fortolke, eller beskrive fenomen eller subjektive erfaringer eller synspunkter? 	<p>Ja</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Nei</p> <p><input type="radio"/></p>

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?

<p>3. Er det tilfredsstillende beskrevet hvordan og hvorfor utvalget ble valgt?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <p>I strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Finnes det en beskrivelse og en overbevisende legitimering av utvalget som blir gjort? • Er det gjort rede for hvem/hva som ble valgt ut og hvorfor? • Er det gjort rede for hvor mange som ble valgt og hvorfor? • Er det gjort rede for hvorfor noen valgte ikke å delta? 	<p>Kommentar:</p>
<p>4. Var datainnsamlingen tilstrekkelig for å gi et helhetlig bilde av fenomenet?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <p>Datainnsamlingen må være omfattende nok både i bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Går det klart fram hvilke metoder som ble valgt for å samle data? For eksempel feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), dokumentanalyse. • Er metoden som ble valgt den beste for å belyse problemstillingen? 	<p>Kommentar:</p>

<p>5. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</p> <p><i>TIPS:</i> Forskningsresultatene blir nødvendigvis påvirket av perspektivet til forskeren. I tillegg vil konteksten som datainnsamlingen foregår innenfor påvirke resultatene.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Har forskeren gjort rede for konteksten som datainnsamlingen foregikk innenfor? • Har forskeren gjort rede for sitt teoretiske ståsted og sin faglige bakgrunn? 	<p>Kommentar:</p>
<p>6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</p> <p><i>TIPS:</i> En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data og kategoriene som forskeren har kommet fram til? 	<p>Kommentar:</p>
<p>7. Er det blitt gjort forsøk på å underbygge data (funnene)?</p> <p><i>TIPS:</i> Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller å få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilde gir helt likt uttrykk. Imidlertid bør slike forskjeller forklares tilfredsstillende.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge data? 	<p>Kommentar:</p>
<p>8. Er etiske forhold vurdert ?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ble studien forklart for deltagerne? • Ble studien forelagt Etisk komite? 	<p>Kommentar:</p>

HVA ER RESULTATENE?

<p>8. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Kan du oppsummere hovedfunnene?</i>• <i>Ble funnene diskutert i lys av det opprinnelige formålet med studien?</i>	<p>Kommentar:</p>
---	--------------------------

KAN RESULTATENE BRUKES I MIN PRAKSIS?

<p>9. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?</p> <p><i>TIPS:</i> <i>Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. Isteden kan resultatene gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.</i></p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Kan resultatene hjelpe meg til bedre å forstå sammenhengen jeg arbeider i?</i>• <i>Drøft hvordan funnene kan utvide eksisterende kunnskap og forståelse?</i>	<p>Kommentar:</p>
---	--------------------------

Vedlegg 2

Artikkel 1	Remmers, H., Holtgräwe, M., Pinkert, C.
Forfattere	
År	2010
Land	Tyskland
Tidsskrift	European journal of oncology nursing, Vol. 14, 11-16
Tittel	Stress and nursing care needs of women with breast cancer during primary treatment
Formålet	Hensikten med denne studien var å finne ut de spesifikke belastningene kvinner har både før og i den primære kirurgiske behandlingsfasen, samt behovene og forventningene kvinnene har til sykepleierne i denne perioden
Metode	Studien bygger på erfaringer og opplevelser til kvinnene, kvalitativ tilnærming er derfor hensiktsmessig.
Instrument	Intervjuene ble tatt opp på tape, dette sikrer at forskerne får med alt som er sagt. Intervjuene hadde en varighet på 20 – 50 minutter. Studien pågikk i 1 år. Spørreskjema som ble brukt i de semi-strukturerte intervjuene hadde blitt testet 2-3 ganger før oppstart.
Deltakere	Alle kvinnene ble kontaktet av sykepleierne, fikk informasjon om studien gjennom en brosjyre som ble gitt ut. Når kvinnene uttrykte at de ville være med, startet intervjuene med forskerne 2-6 dager etter operasjon. Alle de 42 kvinner i alder 33-79 år deltok, kvinnene mottok en gave på €50 for deltakelsen.
Hovedfunn	Studiens resultater viser til at kvinnene vise forskjellige typer belastninger, dette var belastninger knyttet til operasjonen, frykt som følge av usikkerhet, påkjenninger forårsaket av det sosiale miljøet, og endringer i selvbilde. Behovene som kvinnene uttrykte var ønske om et godt forhold til sykepleieren, bli sett og verdsatt, vennlig atmosfære på sykehuset, behov for emosjonell støtte, sosial og faglig kompetanse.
Kritisk vurdert?	Kritisk vurdert med sjekklister for kvalitativ forskning.
Etisk vurdert?	Godkjent av university of Osnabrück etiske komitee.
Database	ScienceDirect

Artikkel 2	Drageset, S., Lindstrøm, T. C. & Underlid, K.
Forfattere	
År	2010
Land	Norge
Tidsskrift	<i>Journal of advanced nursing</i> , 66(1), 149-158
Tittel	Coping with breast cancer – Between diagnosis and surgery
Formålet	Hensikten med denne studien var å kartlegge de forskjellige mestringsstrategiene som kvinnene benyttet seg av i perioden fra diagnostisering til operasjonen startet.
Metode	Kvalitativ studie, som kvinnene ble individuelt intervjuet dagen før operasjon.
Instrument	Individuelle semi-strukturerte intervju
Deltakere	Kriteriene for å være med i studien var at kvinnene hadde nylig fått diagnosen brystkreft, over 18 år, og i stand til å snakke og skrive norsk. 48 kvinner ble invitert til studien, hvor 21 av disse ble intervjuet og inkludert i studien. Grunnen til at noen ikke ble med var blant annet for liten tid før operasjon.
Hovedfunn	Hovedfunnet i studien var mestringsstrategiene kom frem, dette var: Steg-for-steg, emosjonell distansering til sykdommen, fortsette som før, finne nye verdier i livet, la følelsene komme frem, forberede seg på det verste og ha et positivt fokus. Kvinnene hadde forstått at muligheten for en tidlig død var reelt, men til tross for det var de håpefulle og optimistiske. De fleste kvinnene ønsket å bli behandlet som vanlig, slik som de ble før diagnosen brystkreft.
Kritisk vurdert?	Kritisk vurdert med sjekkliste for kvalitativ forskning.
Etisk vurdert?	Godkjent av Regional Ethical Board, i tillegg til at kvinnenes frykt ble respektert, og studien gikk ikke inn på de truende bekymringene og frykten.
Database	Ovid medline

Artikkel 3	Shaha, M. & Bauer-Wu, S.
Forfattere	
År	2009
Land	USA
Tidsskrift	<i>Cancer nursing</i> 32(3), 246-255
Tittel	Early adulthood uprooted – Transitoriness in young women with breast cancer.
Formålet	Hensikten med denne studien var å belyse yngre kvinners opplevelse av trussel om tidlig død som følge av brystkreften.
Metode	Analyse av en tidligere studie som studerte kvinnenes opplevelser etter å ha deltatt i en skriveintervensjon. Studien bygger på erfaringer og opplevelser til kvinnene, kvalitativ tilnærming er derfor hensiktsmessig.
Instrument	Kvalitativ analyse av tidligere dokument fra en ekspressiv skriveintervensjon. Behandlingen av dokumentene fra den tidligere intervensjonen ble gjort med forsiktighet og respekt for kvinnene.
Deltakere	Bare deltakere fra den ekspressive skrive gruppen ble inkludert i studiet, deltakernes alder ble satt til <39 år. Gjennomsnittsalderen var 34.13 år. Flesteparten i gruppen var gift, og halvparten hadde barn. Deltakerne var diagnostisert innen 3 – 6 måneder før studien, bortsett fra en som var diagnostisert 7 – 9 måneder før studien.
Hovedfunn	Kvinnene i studien skulle utvikle sin identitet, finne sin plass i samfunnet og jobb, planlegge familie og romantiske forhold. Bekymringene kvinnene hadde som følge av diagnosen var blant annet å ikke bli husket om hun døde, forlate barna, etterlate et tomrom, svikte pårørende ved å dø. I tillegg ble det nevnt 4 hovedtemaet i følelsene kvinnen opplevde, dette var at de følte seg trist og motløs, livredd, isolert, noen følte en livskraft og takknemmelighet for livet.
Kritisk vurdert?	Kritisk vurdert med sjekklister for kvalitativ forskning.
Etisk vurdert?	Denne analysen er ikke etisk vurdert, men studien som forskerne analyserer er etisk vurdert.
Database	Ovid

