

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: **Sjukepleie, forskning og fagutvikling
- Bacheloroppgave**

Emnekode: **SYKHB3001**

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 27.04.17 kl 14.00

Kandidatnr.: 567

Antall ord: 8994

En vond ventetid



Close up of an hourglass. [Photography]. Retrieved from Encyclopædia Britannica ImageQuest.
http://quest.eb.com/search/115_3961154/1/115_3961154/cite

Bachelorutdanningen i sykepleie
Haugesund, April 2017
Kull 2014
Antall ord: 8994

*Du er så tøff
og takler det så bra
sier de*

*Du er så modig
Det er så god prognoser*

Så godt at det var brystkreft

*Ja, sier jeg
Når først galt skal være
var det bra det var brystkreft*

*Samtidig tar usikkerheten
og redselen bolig*

*Jeg har hørt det beskrevet
Jeg har selv utallige ganger beskrevet det*

*Men ikke visste jeg at det
faktisk var slik det så ut
at det var slik det føltes
å vandre i det*

*Kart og kompass duger ikke
Jeg må bare gå veien
Håpe at jeg kommer fram*

Øyunn Granerud, 2016.

Sammendrag

Tittel: En vond ventetid

Bakgrunn: Brystkreft (cancer mammae) er både nasjonalt og internasjonalt den klart hyppigste kreftformen hos norske kvinner, og utgjør ca. 23% av alle krefttilfeller hos kvinner (Wist, 2010. s. 431). Forekomsten av brystkreft har også økt betydelig de siste tiårene, hvorav 3415 kvinner mottok diagnosen i 2015 (Kreftregisteret, 2016). Å få en kreftdiagnose representerer ikke bare et psykisk traume, men utløser like stressreaksjoner som etter katastrofer eller ulykker (Sørensen & Almås, 2013, s. 440).

Problemstilling: Hvordan tilrettelegge for håndtering av stress hos kvinner med nydiagnostisert brystkreft?

Hensikt: Formålet med bacheloroppgaven er å rette oppmerksomheten mot kvinners opplevelse av stress ved nyoppstått brystkreft, og hvordan håndtering av stress kan tilrettelegges av sykepleier.

Metode: Bacheloroppgaven er en litteraturstudie, hvor litteratur og forskning er benyttet for å belyse problemstillingen.

Funn: Funnene i den gjennomgåtte studien har vist at håndtering av stress hos kvinner med nyoppstått brystkreft består av flere viktige faktorer. Viktigheten av sosial støtte, formidling av riktig informasjon og kunnskap, å gi muligheten til å uttrykke tanker, følelser og reaksjoner, og oppfordring til aktiv bruk av livsfortelling. Dette er tilsynelatende sentrale elementer som kan føre til økt kunnskap hos sykepleier, og en bedre ventetid for disse kvinnene.

Konklusjon: Å få en brystkreftdiagnose har stor innvirkning på kvinnens psykiske helse, og stress er et symptom som preger kvinnens livskvalitet og fungering i stor grad etter diagnose. Som sykepleier kan man bidra til håndtering av stress, men dette krever at en møter kvinnen på hennes premisser, møter henne der hun er, og konteksten hun befinner seg i.

Nøkkelord: Brystkreft, Stress, Sykepleie, Psykologisk, Nydiagnostisert, Salutogenese

Abstract

Title: A painful waiting

Background: Breast cancer (cancer mammae) are both nationally and internationally by far the most frequent form of cancer among norwegian women, and accounts for approximately 23% of all cancer in women (Wist, 2010. p. 431). The incidence of breast cancer has increased significantly in recent decades, of which 3415 women received a diagnosis in 2015 (Kreftregisteret, 2016). Getting a cancer diagnosis represents not only a psychological trauma, but triggers similar stress reactions after disasters or accidents (Sørensen and Almås. 2013. p. 440).

Research question: How to facilitate handling of stress in women with newly diagnosed breast cancer?

Aim: The purpose of the bachelor thesis is to draw attention to women's experience of stress at the onset of breast cancer, and how managing stress can be facilitated by a nurse.

Method: The bachelor thesis is a literature study, where literature and research are used to answer the research question.

Findings: The finding of the reviewed study has shown that dealing with stress in women with newly diagnosed breast cancer consists of several key factors. The importance of social support, dissemination of information and knowledge, providing the ability to express thoughts, feelings and reactions, and call for active use of life-stories. This is apparently crucial elements that can lead to increased knowledge and insight of nursing, and can contribute to a better waiting time for these women.

Conclusion: Getting a breast cancer diagnosis has a major impact on the woman's mental health, and stress is a symptom that characterizes a woman's quality of life and functioning largely after diagnosis. As a nurse, you can contribute to dealing with stress, but this requires that one meets a woman on her own terms, meets her where she is, and the context she is in.

Keywords: Breast Cancer, Stress, Nursing, Psychology, Newly diagnosed, Salutogenesis

Forord

Jeg ønsker å takke veilederen min Sølvi Anne Eide Lunde for svært god veiledning, konstruktive tilbakemeldinger, og for å ha gitt meg frihet og ansvar i utformingen av oppgaven.

Det har vært en inspirerende og ikke minst lærerik prosess, som har vært personlig utviklende og som har gitt meg verdifull kunnskap.

En stor takk til Høgskolebiblioteket i Haugesund, som har vært svært behjelpelige med utlån av litteratur til bacheloroppgaven, og gitt gode faglige råd og tips under denne perioden.

Haugesund, April 2017.

Innholdsfortegnelse

1.0 Introduksjon	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Problemstilling	2
1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling.....	2
1.4 Begrepsavklaring	2
1.5 Oppgavens disposisjon.....	3
1.6 Oppgavens formål.....	3
2.0 Teori.....	4
2.1 Brystkreft, dens årsak og konsekvenser	4
2.2 utfordringer og konsekvenser for kvinnen preoperativt.....	5
2.3 Sykepleiers tilnærming preoperativt	6
2.4 Antonovskys teori om salutogenese	7
Stress.....	8
3. 0 Metode	10
3.1 Definisjonen av metode	10
3.2 Litteraturstudie som metode.....	11
3.3 Fremgangsmåte og litteratursøk	12
3.4 Kildekritikk	13
3.5 Forskningsetikk og etiske overveielser	14
4.0 Resultat	15
4.1 Hovedfunn.....	21
5.0 Drøfting.....	22
5.1 Støttens betydning for håndtering av stress	22
5.2 Informasjon og kunnskap kan i følge Antonovsky bidra til mestring.	25
5.3 Å uttrykke tanker, følelser og reaksjoner.....	27
5.4 Bruk av livsfortelling	29
6.0 Konklusjon	31

Vedlegg I : Kvalitativ sjekkliste.....	36
Vedlegg II : Kvantitativ sjekkliste.....	40
Vedlegg III: Søkeprosessen	44

1.0 Introduksjon

1.1 Bakgrunn for valg av tema

For kvinner er bryster ikke bare et symbol på kvinnelighet, ei heller kun et morsorgan eller en del av seksualiteten. Det er også en stor del av følelseslivet, selvbilde og selvtiliten. Brystkreft (cancer mammae) er både nasjonalt og internasjonalt den klart hyppigste kreftformen hos norske kvinner, og utgjør ca. 23% av alle krefttilfeller hos kvinner. Det vil si at hver 10.- 11. kvinne i dette landet vil utvikle brystkreft (Wist, 2010, s. 431). Forekomsten av brystkreft har også økt betydelig de siste tiårene. I 1970 ble 1235 kvinner rammet av brystkreft, i sammenlikning til 3415 kvinner i 2015. Dette er over en dobling (Kreftregisteret, 2016). Å få en kreftdiagnose representerer et psykisk traume og utløser like stressreaksjoner som etter katastrofer eller ulykker (Sørensen & Almås, 2013, s. 440). I følge Tjemsland mfl. (1998) rammes kvinner som får en brystkreftdiagnose, dobbelt psykologisk. Både i forhold til usikkerheten rundt metastaser, lidelse eller død, og dels ved problematikken omkring utseende og kvinnelighet. Denne diagnosen påvirker ikke bare kvinnens atferd, men hele hennes identitet (Siteret i Sørensen & Almås, 2013, s. 440).

Bakgrunnen for valg av tema er på grunnlag at jeg har kjennskap til, og vært borti brystkreft både privat og i jobbsammenheng. Det jeg erfarte var at fokuset ofte lå på behandling og smertelindring, men svært lite på hvordan kvinnen kunne håndtere stresset som medfølger en kreftdiagnose. Jeg har sett sykepleiere, og selv kjent som sykepleierstudent at man lett kan vegre seg over å gå inn i en situasjon knyttet til denne pasientgruppen, fordi en er usikker på hvordan en skal møte dem på. Jeg ønsker å bli en sykepleier som møter behovene til mine pasienter på best mulig måte, og lære å gå inn i en slik situasjon med trygghet og kunnskap.

1.2 Problemstilling

Hvordan tilrettelegge for håndtering av stress hos kvinner med nydiagnostisert brystkreft?

1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling

I min bacheloroppgave vil fokuset være på det psykiske aspektet før operasjon, med sykehuset som arena. Med ventetid vil dette si fra diagnosepunkt til operasjon. Både teori og forskning beskriver at denne ventetiden generelt ligger mellom 1-3 uker. Det fysiske aspektet står også svært sentralt, men på grunn av oppgavens omfang vil dette unnlates. Antonovskys salutogenese modell vil bli brukt i store deler av teorien fordi den beskriver godt hvordan et helsefremmende perspektiv kan hjelpe mennesker å håndtere stressende livssituasjoner.

1.4 Begrepsavklaring

Her presenterer jeg en kort definisjon av begrepene som er knyttet opp mot min problemstilling.

Stress

Reitan (2010, s. 75) definerer stress som en prosess som er en belastning på en persons ressurser. En påkjenning som kommer utenifra, en *stressor*, som oppfattes av sanseapparatet, utløser en emosjonell respons på stress (frykt, angst, sinne) som får mening ved at den bearbeides kognitivt.

Brystkreft

Brystkreft (cancer mammae) er en ondartet svulst som oppstår i brystet. Det finnes flere typer, men de fleste utgår fra kjertelvevet (Wist, 2010, s. 431).

1.5 Oppgavens disposisjon

I min bacheloroppgave vil jeg først presentere relevant og aktuell teori i teoridelen. Antonovsky vil bli representert som aktuell tilnærming, og hans salutogenese modell som sykepleierteoretisk perspektiv. Det følger en metodedel, med oversikt over oppgavens metode og fremgangsmåte. Jeg presenterer forskning jeg har funnet relevant for problemstillingen, i en resultatdel. Videre vil jeg drøfte teori og funn med problemstillingen som utgangspunkt, for så å svare på problemstillingen i en konklusjon avslutningsvis.

1.6 Oppgavens formål

Jeg ønsker med denne bacheloroppgaven å rette oppmerksomheten mot håndtering av stress hos kvinner med nydiagnostisert brystkreft. Som sykepleier er det viktig å vite hvordan en slik diagnose påvirker kvinnen på det psykiske plan, og hvor stor innvirkning det har på hennes liv og daglige fungering.

2.0 Teori

2.1 Brystkreft, dens årsak og konsekvenser.

Kreft er en genetisk sykdom på cellenivå. Normale celler deler seg i det omfanget som er nødvendig for at kroppen skal vokse eller fornye seg. Men enkelte celler kan få skader, og utvikle seg til celler som er ondartede- såkalte kreftceller. De vil da vokse uhemmet, danne en svulst og bryte ned sunne og normale celler som omgir dem (Haakensen, Ikdahl, Helland & Dale, 2012, s. 50). Brystkreft er en ondartet svulst i brystkjertelen. Det er vanskelig å fastslå årsaken, med unntak av spesifikke genforandringer som kan påvises. De fleste brystkreftsvulster blir oppdaget før de gir symptomer, enten ved at kvinnen finner mistenkelige funn ved mammografi, eller ved at det tilfeldig blir oppdaget en kul i brystet (Kåresen & Wist, 2012, s. 318). Det er flere behandlingsmuligheter som venter på kvinnen etter diagnose. Kirurgi er den viktigste behandlingsmetoden for brystkreft, enten alene eller i kombinasjon med cytostatika, strålebehandling og endokrin behandling. Ved operativ behandling blir svulsten fjernet sammen med så mye av brystkjertelvevet rundt, slik at risikoen for lokalt residiv eller spredning blir minst mulig; dette kalles for brystbevarende behandling. Hvis hele brystkjertelen fjernes, med eller uten fascie, kalles dette for en mastektomi, eller en ablatio mammae (Sørensen & Almås, 2010, s. 444). Ved aksilletoalett blir flest mulig lymfeknuter i armhulen fjernet. Aksilletoalett blir utført hvor undersøkelsen av vaktpostlymfeknuten viser kreftceller, hvis det er påvist spredning til lymfeknuter preoperativt, eller hvis svulsten er så stor at kvinnen har fått cytostatikabehandling før operasjon; såkalt neoadjuvant behandling (Kåresen & Wist, 2012, s. 326-327).

2.2 utfordringer og konsekvenser for kvinnen preoperativt

Når kvinnen kommer til dagkirurgisk behandling, eller skal innlegges til operasjon er hun utredet poliklinisk og har fått vite diagnosen. Ventetiden fra diagnosen er bekreftet, og frem til hun opereres er fra 1-3 uker. For svært mange kvinner er disse ukene preget av uvirkelighet og sjokk. Uvisshet, redsel, og bekymring fyller ikke bare tankene, men hele hennes tilværelse. Frykten for diagnosen, og for at kreften allerede har spredt seg, kan være altoverskyggende. Hennes tanker og følelser er rettet mot å overleve kreften, og forandringer rundt utseende dersom brystet må fjernes er ofte av underordnet betydning i denne sjokkpregede fasen (Sørensen & Almås, 2010, s. 446). Den første informasjonen om alvorlig sykdom oppleves derfor for svært mange som den vanskeligste i sykdomsforløpet. Her er variasjonen stor med hensyn til reaksjonsmåter. Noen pasienter trekker seg tilbake fra yrkesmessige og sosiale sammenhenger, mens andre lever videre som ingenting har skjedd. Enkelte kan påstå at dette er en siste benektelse, men det kan være noe helt annet. Disse menneskene er fullt klar over at de har kreft, og behandlingen følger de opp. Som sykepleier kan man undre seg over at de ikke blir mer deprimerte eller engstelige, men det er noen som har en evne til å leve videre som om de er friske så lenge det er fysisk mulig for dem. En skal ikke forsøke å begrense en slik livsform, selv om man som helsepersonell kan ha oppfatninger om hva som er «riktige» måter å reagere på, er mangfoldet stort, og det er kvinnen som skal få definere hva hun ønsker hjelp til (Loge & Ekeberg, 2012, s. 468).

2.3 Sykepleiers tilnærming preoperativt

Dette avsnittet vil det kun presenteres preoperativ sykepleie i forhold til pasientens psykiske behov, da dette er relevant for min problemstilling. Det er allikevel sentralt å presisere at sykepleiere har en viktig funksjon postoperativt.

En utfordring for sykepleier preoperativt er at møtet med pasienten på sykehus er kortvarig, da behandlingen ofte gjøres dagkirurgisk, eller ved at kvinnen er inneliggende bare et døgn til noen få dager. Det er viktig å møte pasienten på hennes egne premisser og gi individuelt tilpasset informasjon ut fra hennes behov, men det kan også være vanskelig å vite hva den enkelte pasient har behov for i denne fasen av sykdommen (Sørensen & Almås, 2010, s. 440). Som sykepleier må en være klar over at reaksjonene i ventetiden kan være svært individuelle. Noen virker rolige, og noe greier å holde uroen unna fordi de trenger tid til å mentalt forberede seg før inngrepet. Noen kvinner har barn som trenger tilsyn, eller andre oppgaver som skal ordnes. Noe som er spesielt for denne pasientgruppen og svært viktig å være klar over, er at disse kvinnene er "friske". Kvinnen føler seg nødvendigvis ikke syk, hun har ingen plagsomme symptomer og ser ut som vanlig. Dette kan gjøre det svært vanskelig for pasienten å akseptere diagnosen, og ikke minst håndtere angst og stress (Sørensen & Almås, 2010, s. 446). Det vil være viktig å gjenta legens informasjon ved innlegging, og kontrollere om informasjonen som er gitt er hørt og forstått, og eventuelt gjenta det. Som sykepleier er det viktig å tilby kvinnen kontakt med sykehuset i ventetiden, eventuelt i form av telefonsamtaler, dersom hun ønsker det. Å være der, og ta seg tid til samtale vil være et enkelt, men viktig tiltak preoperativt.

2.4 Antonovskys teori om salutogenese

Flere ulike teoretikere har knyttet helsebegrepet nært menneskets evne til å mestre påkjenninger. Aron Antonovsky trekker frem hvordan helse er forstått som enkelt menneskets evne til å mestre eller håndtere påkjenninger på. Antonovsky er opptatt av *hva* som er årsaken til at enkelte mennesker er i stand til å opprettholde sin helse til tross for at de er utsatt for omfattende og sterke påkjenninger. Han oppsummerer de viktigste følgende av det salutogene perspektivet i en setning: "En salutogen tankegang er ikke bare en forutsetning for, men tvinger oss til å jobbe for å utforme og fremme en teori om mestring" (Antonovsky, 2012, s. 36-37). Ett av hovedpunktene i hans salutogenese modell er at en sterk opplevelse av sammenheng i tilværelsen, som er en ressurs som gjør mennesket i stand til å mestre belastende livshendelser, også kalt OAS (opplevelse av sammenheng). OAS består av tre kjernekomponenter som er spesielt viktige for å oppnå en sterk OAS (Antonovsky, 2012, s. 38). I en overordnet betydning må vedkommende ha en tillit til at utfordringene (stimulien) som oppleves er forståelig. For det andre må vedkommende ha en indre tro på at de har tilstrekkelige med mestringsressurser til å takle disse utfordringene. Og for det tredje må personen være motivert, og se at det er en mening med å møte disse utfordringene.

Begripelighet er selve kjernen i definisjonen. Det handler om at noe oppleves som strukturert og tydelig, sammenhengende og tydelig informert, i stedet for kaos, uorden, tilfeldig og uforklarlighet. Med en sterk opplevelse av forståelighet, vil utfordringene som kommer være mer preget av forutsigbarhet, eller hvis noe kommer som en overraskelse vil i hvert fall dette passe inn i en sammenheng og kunne forklares. En viss grad av forståelse er en grunnleggende forutsetning for den neste komponenten som er håndterbarhet (Antonovsky, 2012, s. 39).

Håndterbarhet handler om evnen og muligheten til å påvirke sin egen situasjon og omgivelsene rundt seg. Dette ved hjelp av egne ressurser, som f. eks kan være familie, venner, kjæreste, ektefelle, Gud, lege, sykepleier, eller en man kan stole på og ha tillit til (Antonovsky, 2012, s. 40).

Meningsfullhet er i følge Antonovsky, den viktigste komponenten, fordi den er så nært knyttet til følelser og motivasjon. Denne faktoren omtaler viktigheten av å være involvert som deltaker i de prosessene som former både ens hverdag, men også ens fremtid. Det at en var engasjert i områder i sitt eget liv, noe som betyr mye for en, og som ga mening følelsesmessig gjorde at personen fikk mer motivasjon og fant sterkere mening i situasjonen de var konfrontert med (Antonovsky, 2012, s. 41).

Stress

Reitan (2010, s. 80) definerer stress som en prosess som er en belastning på en persons ressurser. En ytre påkjenning, en *stressor*, oppfattes av sanseapparatet og utløser en emosjonell stressrespons, f. eks angst, frykt og sinne. Dette får mening ved at den bearbeides kognitivt. Stress sin primære virkning er at det skaper en spennings tilstand. Men, det også antydnet at stress også med fordel, kan ses på flere måter. Her ønsker jeg å flette inn OAS. Ved å ha en sterk opplevelse av sammenheng kan man bli motivert til å håndtere stressende situasjoner, og bidra til at stress ikke oppleves som utelukkende negativt. Mennesker som opplever en høy grad av begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet, altså en høy OAS har større ressurser til å håndtere indre og ytre stressfaktorer. En person med høy OAS vil i lavere grad oppleve indre eller ytre stimuli som stressfaktorer, og har derfor gode motstandsressurser. Men hvis indre eller ytre stimuli oppfattes som en stressfaktor, oppstår det et motstandsunderskudd, og situasjonen kan oppleves som både ubegripelig og uhåndterbar (Antonovsky, 2012, s. 50).

Hvis en knytter dette opp til utfordringene en kvinne med nydiagnostisert brystkreft står ovenfor i ventetiden før operasjon, kan en se på det slik:

- Lav OAS: « Denne tiden kommer jeg ikke til å klare. Hvordan skal jeg håndtere jobben, familien og venner nå? Det blir umulig, det er uunngåelig at det vil gå dårlig med meg ».
- Høy OAS: « Dette er tøft og vanskelig. Men jeg kommer til å klare dette. Jeg er sterk, og jeg har helsepersonell som er dyktige i det de driver med og vet hva de gjør. Jeg skal prøve så godt jeg kan å bli frisk ».

Eksemplene ovenfor er kun en illustrasjon på hvordan begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet kan gjenspeiles i kvinnens tanker og handlingsmønster. OAS representerer en måte å tenke på, føle på, handle på, og være på. Antonovskys hypotese er at en person med sterk OAS har lettere for å definere stimuli som en ikke-stress faktorer og går ut fra at han eller hun automatisk vil kunne tilpasse seg kravet, enn en person med svak OAS (Antonovsky, 2012, s. 143).

3. 0 Metode

3.1 Definisjonen av metode

Metoden forteller oss noe om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Metoden er vårt redskap i møte med noe vi vil undersøke. Den hjelper oss også til å samle inn data og informasjonen vi trenger til undersøkelsen vår. Vilhelm Aubert blir sitert i flere sammenhenger der spørsmålet om hva metode er, og han formulerer det slik (sitert i Dalland, 2012, s. 111) : «En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder».

En skiller som oftest mellom to kategorier når en samler inn data. De *kvantitative* metodene har fordelen at de gir data i form av målbare enheter. Det vil si at tallene gir oss muligheten til å regne. Enten vi ønsker å finne gjennomsnittlig inntekt i befolkningen eller hvor stor prosent av befolkningen som er avhengig av sosialhjelp (Dalland, 2012, s. 112). Forskere som bruker en kvantitativ metode er objektive, og står "utenfor". En er distansert, og har kortvarig eller ingen kontakt med forsøkspersonen. Forskningen er strukturert, og problemstillingen er entydig formulert på forhånd. Et eksempel på en kvalitativ metode kan være et spørreskjema (Olsen & Sørensen, 2009, s. 16). De *kvalitative* metodene tar sikte på å fange mening og opplevelse, noe som ikke lar seg måle. Det kan være hvis vi vil fange opp sider ved begrepet levestandard, helsetilstand, eller opplevelse av mening i tilværelsen (Dalland, 2012, s. 112). Forskeren er subjektiv, står "innenfor" og har ofte langvarig kontakt med forsøkspersonen, ofte er forskningen fleksibel og går trinnvis dypere og dypere inn i problemstillingen. Et eksempel på en kvalitativ metode kan være intervju (Olsen & Sørensen, 2009, s. 16).

3.2 Litteraturstudie som metode

I en litteraturstudie er det litteraturen du studerer, altså det som er undersøkt og skrevet om i virkeligheten (empirien) av artikkelforfatterne. Litteraturstudien er en systematisering av kunnskapen, dette er et nyttig arbeid fordi en skaffer seg oversikt over den kunnskapen din fremtidige yrkesgruppe er opptatt av, og studien kan også være det første leddet i et forskningsprosjekt (Støren, 2013, s. 16-17). En litteraturstudie innebærer og gjøre et systematisk søk der en kritisk gransker resultatet, og deretter sammenstiller litteraturen innen et valgt emne eller problemområde. Den systematiske litteraturstudien bør fokusere på aktuell forskning innenfor det valgte området, og ha et godt grunnlag for klinisk praksis. Litteraturen utgjør informasjonskilden, og dataen bør være basert på vitenskapelige tidsskriftartikler eller andre vitenskapelige rapporter. En viktig forutsetning for å gjennomføre et slikt studie er det finnes nok studier som omtaler tema du skal skrive om. En kan være heldig å finne mengder med relevante studier, men en kan derimot ikke velge ut alle, og må kunne systematisk kun velge ut noen (Forsberg & Wengstrøm, 2013, s. 30-31).

Som alle andre oppgaver skal litteraturstudien bestå av bakgrunn, formål, spørsmålsstillinger og innsamlingsmetode. Litteraturdata for resultatredigjørelsen er det en fordel å hente fra et antall vitenskapelige artikler (gjerne 5-6 stk), eller andre relevante vitenskapelige rapporter (Olsson & Sørensen, 2009, s. 91). I drøftingsdelen setter man den innsamlede dataen fra litteraturen, og drøfter ut fra formål og spørsmålsstillinger. Det er gjennom drøfting en skal vise hva en har lært gjennom prosjektet sitt, og hvordan denne kunnskapen henger sammen med det som allerede eksisterer av kunnskap på området. Her viser en sammenhengen mellom de teoretiske perspektivene en trakk opp under arbeidet med problemstillingen, og resultatene fra undersøkelsen. Konklusjonen kommer til slutt, og skal være et svar på problemstillingen (Dalland, 2012, s. 143).

3.3 Fremgangsmåte og litteratursøk

Arbeidet med å innhente litteratur til oppgaven kan gjøre ved å søke manuelt, og skal gjøres ved å søke i databaser. Å utvikle en god søkestrategi er derfor helt vesentlig for et effektivt søkearbeid. Det handler om å bestemme emneord/søkeord og kombinasjoner av disse til søk i ulike databaser (Thidemann, 2015, s. 85-87).

Søket er gjort i databasen til Cinahl. Dette på grunn av gode erfaringer med søk herfra, og fordi den vektlegger sykepleie. PubMed ble brukt da den er verdens største database innenfor bl.a. medisin og sykepleie. Begge er engelske databaser, og søket ble gjort på engelsk. Søkeordene jeg benyttet meg av på databasen Cinahl og PubMed var : *Breastcancer + Stress + Psychological + Awaiting Surgery + Nursing + Coping + Newly Diagnosed*. Ettersom jeg har valgt Antonovsky i store deler av teoridelen, søkte jeg også på *Antonovsky Sense of Coherence + Coping + Stress*, for å finne artikler med en salutogen vinkling, og som kunne bindes opp til teorien min. Jeg har også valgt å søke i den norske databasen Idunn, både etter anbefalinger fra forelesere på studiet mitt, men også fordi det er Nordens største tidsskriftdatabase. Jeg mener det er viktig å innhente forskning både nasjonalt og internasjonalt, for å få variasjon i resultatet som kan gi ulike synspunkt og vinklinger. Her valgte jeg søkeord som *kreft + før operasjon + informasjon*. Andre databaser som ble brukt var Cochrane, Amed, og SveMed+ uten at noen artikler ble valgt derfra. Søkeordene ble brukt om hverandre, og i ulike sammensetninger og kombinasjoner for å gjøre søkene mer utvidet. Etter å ha sett på overskriftens relevans, valgte jeg å se nærmere på sammendraget til artikkelen for å vurdere om studiet var relevant for min oppgave. For en mer detaljert oversikt over søkehistorikken, se vedlegg III.

3.4 Kildekritikk

Dalland (2012, s. 63) hevder at alt som kan bidra til en oppgave, er en kilde. Når kilden er funnet, må den vurderes i forhold til kvalitet, men også om den er relevant til sitt arbeid. Kildekritikk er de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann. Det betyr å vurdere og karakterisere de kildene som en benytter, men også at du er istand til å forholde deg kritisk til det kildemateriale en bruker i oppgaven, og hvilke kriterier en bruker i utvelgelsen. Kritikken må hele tiden ses i forhold til hva kilden skal belyse. Vi skal så godt vi kan, vurdere i hvilken grad de teoriene og forskningsresultatene vi har funnet lar seg bruke til å beskrive problemstillingen vår. (Dalland, 2012, s. 67-73).

Jeg har tilstrebet å bruke litteratur som ikke er eldre enn 10 år, eller artikler som ikke er over 5 år gamle. Dette på grunn av at materiale skal være oppdatert forskning. Jeg har allikevel benyttet 3 artikler som er seks år gamle. Disse er fra Drageset, Lindstrøm, Torill & Underlid (2011); Groarke, Curtis & Kerin (2011), og Sarenmalm, Browall, Dickson & Johansson (2011). Jeg har valgt å bruke disse artiklene fordi de belyser min problemstilling godt, og de fremhever utfordringene kvinner opplever fra diagnose til operasjon på en variert og god måte. Jeg har òg valgt en artikkel som omhandler kreftpasienters erfaringer med preoperativ informasjon (Gabrielsen & Nord, 2012). På tross av at denne artikkelen ikke tar for seg brystkreft, har jeg valgt å ta den med fordi den belyser erfaringene pasienter har med preoperativ informasjon. Dette er en faktor som er viktig i min oppgave og problemstilling, og som kaster lys på viktigheten av *riktig* informasjon til pasienter i ventetiden før kirurgi. Forskningen jeg har brukt er både kvalitativ og kvantitativ for å få god variasjon og spennvidde. I et par av studiene har de benyttet seg av longitudinelle data og tverrsnittsundersøkelser. Longitudinell metode er en tilnærming hvor man følger et individ eller en gruppe individer over en lengre periode, og hensikten er å studere utvikling og endring (Dalland, 2012, s. 70). Tverrsnittsundersøkelser vil si at en beskriver en bestemt populasjon på et bestemt gitt tidspunkt (Dalland, 2012, s. 70).

Alle artiklene er publisert i kjente helsefaglige tidsskrifter, og jeg har tilstrebet å kvalitetssikre alle artiklene i forhold til reliabilitet (troverdighet) og validitet (gyldighet). Dette vurderer jeg i henhold til «sjekkliste for vurdering av kvalitativ forskning» (Kunnskapssenteret, 2014) og «sjekkliste for vurdering prevalensstudie» (Kunnskapssenteret, 2014) i vedlegg I og II.

3.5 Forskningsetikk og etiske overveielser

Forskningsetikk er et område av etikken som har med planlegging, gjennomføring, og rapportering av forskning å gjøre. Det handler om å sikre troverdighet til forskningsresultatene, men også å ivareta personvern (Dalland, 2012, s. 96).

Forskningens overordnede mål er å vinne ny kunnskap for å øke forståelsen av den verden vi lever i, og om mulig skape positive forandringer. Den vitenskapelige forskningens mål er å finne fakta som kan brukes til å løse problemer, både teoretiske så vel som praktiske som kan føre til nye kunnskaper. Dette kalles for kunnskapskrav. Men, noen ganger kan forskningen stilles ovenfor rollekonflikter, en konflikt mellom å vinne ny kunnskap og allmenne krav om å gjøre det gode og ikke gjøre skade.

Forskningen skal derfor ikke utsette mennesker for fysisk eller psykisk ubehag eller smerter. Forskningsetiske aspekter gjelder derfor for alle former for vitenskapelig arbeid, og her er det ingen forskjell på kvalitativ og kvantitativ forskning (Olsson & Sörensen, 2009, s. 56-57). I min bacheloroppgave skal jeg ikke innhente eller behandle personopplysninger, ettersom dette allerede er gjort i utvalgte forskningsartikler og litteratur. Jeg har allikevel forsøkt å være nøye på utvelgelsen av artikler, om de har blitt godkjent av etisk komité, eller der personvernet er blitt ivaretatt. Henvisning til litteratur er blitt brukt ved å følge APA standarden etter Høgskolens retningslinjer, og jeg har tilstrebet å gjengi litteraturen på korrekt måte, uten å kopiere den for å hindre plagiat.

4.0 Resultat

Her presenteres et utvalg forskning som kan belyse min problemstilling.

The support I Need! : Women´s experiences of social support after having received breast cancer diagnosis and awaiting surgery

(Drageset, S., Lindstrøm, R.N., Torill, C., Underlid, K. 2011).

Hensikt: Studiets hensikt var å beskrive kvinners individuelle opplevelser av sosial støtte etter å ha fått en brystkreftdiagnose og venter på operasjon.

Utvalg/Metode : Studien er en tverrsnitts studie. Individuelle intervjuer ble gjennomført dagen før operasjon med 21 kvinner i alderen 41 til 73 år med nylig diagnostisert brystkreft ved et norsk universitets sykehus. Perioden mellom diagnose og operasjon varierte fra 1 til 3 uker. Alle intervjuene fant sted i sykehus en dag før operasjonen, og før preoperativ individuell informasjon ble gitt ut. Studien har blitt godkjent av regional etisk styre, og alle deltakerne ga skriftlig informert samtykke.

Kildekritikk: Deltakerne i studiet hadde lik etnisitet og kultur, og kom bare fra ett geografisk område, i tillegg ble det kun tatt inn kvinner som snakket og skrev norsk. Et større og mer utbredt utvalg av kvinner kunne gitt andre resultater. På grunn av tverrsnittstudiet, er en heller ikke istand til å registrere endringer over tid.

Resultat / Hovedfunn: Studiets analyse avslørte 5 viktige temaer i ventetiden mellom diagnosetidspunkt og operasjon: At helsepersonell var tilgjengelig og ga støtte, tilstrekkelig faglig informasjon og råd, å gi god omsorg, være fortrolig med pasienten, og det å ha en balansert avstand og nærhet. Den sosiale støtten var en svært viktig ressurs for pasienten, men kunne òg være et tveegget sverd, ettersom tilbudet også kunne oppfattes som en byrde.

Symptoms, clusters and quality of life prior to surgery for breast cancer (Denieffe, S., Cowman, S., Gooney, M. 2013)

Hensikt: Studiet belyser symptomene og symptomgruppene hos kvinner som venter på brystkreftkirurgi erfarer, og hvilken virkning disse symptomene har på livskvaliteten til kvinnen.

Utvalg og metode: Dette er en kvantitativ studie der 94 kvinner ble valgt, i alderen 30-92 år. Data i artikkelen tar for seg tidspunktet der kvinnen nylig ble diagnostisert med brystkreft som generelt var 10 dager før operasjon, og innenfor en 2 ukers periode fra hun fikk diagnosen. Symptomer preoperativt samt måling av livskvalitet ble gjort med ulike typer skalaer og indekser. Før oppstarten av studiet fikk artikkelen godkjenning av en forskningsetisk komité ; Health Service Executive. I artikkelen har de grundige reliabilitet og validets målinger, og resultatet er signifikant.

Kildekritikk: Studiet har en liten utvalgsstørrelse, noe som begrenser analysen. Studiet ble foretatt på kun 1 brystkreft senter, ved hjelp av en målrettet prøve, som gjør at resultatet har en liten generaliserbarhet. Studien er gjennomført på en troverdig måte, til tross for nevnt kritikk. Kravene til artikkelens reliabilitet og validitet blir derfor tilfredsstillende.

Resultat/Hovedfunn: Studiet viser to viktige funn: Det at symptomer som angst, usikkerhet, stress og søvnproblemer har stor innvirkning på livskvalitet og kvinnens fungering. Studiet belyser òg viktigheten av at sykepleier vurderer og adresserer disse symptomene alvorlig, raskt og effektivt. Videre beskriver studiet viktigheten av at helsevesenet sørger for at det er nok ressurser og intervensjoner innenfor denne ventetiden mellom diagnosepunkt og operasjon.

Experience in breast cancer. Burden, benefit or both? (Curtis, R., Groarke, A.M., McSharry, J., Kerin, M. 2013).

Hensikt: Hensikten med denne studien var å utforske den subjektive opplevelsen av stress hos 30 irske kvinner med nylig diagnostisert brystkreft før operasjon, ved hjelp av en stress-mestringsmodell. Mer spesifikt var studien interessert i å vite hvordan vurderingen av diagnose og påfølgende stress genererte sameksisterende positive og negative opplevelser, gjennom å følge dagbøkene disse kvinnene skrev.

Utvalg/ Metode: Dette er en kvalitativ studie. Kvinnene ble valgt fra brystsenteret på universitetssykehuset Galway i Irland. Kriteriene for å delta i studiet var at kvinnen nylig hadde mottatt diagnosen brystkreft og skulle ha kirurgi. Av 241 pasienter ble 95 kvinner enige om å delta, hvorav dagbøkene av 30 kvinner som ventet på kirurgi ble analysert ved hjelp av tematisk analyse. Studien fokuserte på kvinnens opplevelse av stress, tretthetsreduksjon, adaptiv mestring gjennom avspenningstrening og kognitiv restrukturering. Studien er blitt godkjent av etisk komité , og det ble innhentet skriftlig godkjenning fra alle deltakerne.

Kildekritikk: En begrensning av denne studien er at deltakernes dagbøker ble skrevet innenfor rammen av en psykologisk intervensjon, som vil si at miljøet kan ha påvirket skriveprosessen og opplevelsen av stresset de opplevde.

Resultat / Hovedfunn: Funnene viste at det var store individuelle forskjeller i oppfatningen av diagnosen og påfølgende stress, og at oppfatningen av diagnosen som enten en trussel eller utfordring varierte veldig mellom kvinnene. Noen av pasientene skrev om de negative konsekvensene av brystkreft og de uønskede endringene som hadde blitt påtvunget på deres liv. Men *flertallet* av deltakerne skrev om sine erfaringer i et positivt lys. Kreften ble beskrevet som en pause, og kvinnene ønsket denne pausen velkommen fordi det gav dem en sjanse til å reflektere over sine prioriteringer, fornyet fokus på familien, og viktigheten av å leve for den, snarere enn for andre mennesker. Denne studien gir helsepersonell innsikt i hvordan gi best mulig støtte, og legge til rette for kvinners tilpasning under diagnose.

Kreftpasienters erfaringer med preoperativ informasjon (Gabrielsen, A.K., Nord, R., 2012).

Hensikt: Innleggelse på sykehus for kirurgisk behandling vil for svært mange pasienter være forbundet med usikkerhet og engstelse. Studiets hensikt er å beskrive en gruppe kreftpasienters erfaringer med preoperativ informasjon om tidlig postoperativ fase.

Utvalg/ Metode: Studien er kvalitativt. Ni pasienter ble inkludert i studien og de var innlagt til planlagt kirurgi for kreft, med minst ett døgn opphold ved postoperativ avdeling. Pasientutvalget besto av 4 kvinner og 5 menn. Gjennomsnittsalderen var 65 år, og personen hadde fire ulike kreftdiagnoser. Intervjuene ble gjennomført 5 til 11 dager etter operasjonen. Studien ble vurdert og tilrådd av Regional komité for medisinsk forskningsetikk, og meldt til Norsk Samfunns-vitenskapelig Datatjeneste (NSD) samt til sykehusets eget personvernombud.

Kildekritikk: Utvalget på 9 personer er svært lite, og ved et større utvalg kunne informasjonen blitt annerledes, og også resultatet. Det ble også valgt pasienter som skulle gjennomgå abdominal kirurgi, begrunnet ut fra at pasientene hadde tilhørighet ved sengepost, og det gjorde det enklere ved rekruttering av pasienter; dette er ikke den samme type kirurgi som venter pasienter med brystkreft, og derfor kan følelser og behovet for spesifikk informasjon være annerledes for denne gruppen i artikkelen.

Resultat / Hovedfunn: Studien beskriver at flere pasienter hadde preoperative erfaringer som var preget av frykt, spørsmål, isolasjon og usikkerhet, og flere av pasientene mente at informasjonen i hovedsak handlet for mye om behandling av kreftdiagnose og prognose, og mindre om informasjon som har med rehabilitering og mestring å gjøre.

Relationship of sence of coherence to stressful events, coping strategies, health status, and quality of life in women with breast cancer. (Sarenmalm, E.K., Browall, M, Persson, L-O, Dickson, F. & Johansson, F.G. 2011).

Hensikt: Å teste hypotesen om Antonovskys begrep om opplevelsen av sammenheng (SOC= Sence of Coherance) kan forutse stressende hendelser, mestringsstrategier, helse status, og livskvalitet (QoL = Quality of Life), i en kohort studie av postmenopausale kvinner med nylig diagnostisert primær eller tilbakevendende brystkreft.

Utvalg/ Metode: Denne metoden tar for seg longitudinelle data som bruker både kvantitative og kvalitative metoder. Pasientene ble rekruttert fra to kirurgiske avdelinger, og to onkologiske sentre. 145 nydiagnostiserte brystkreftpasienter ble invitert til å delta i studien, og av dem var det 80 pasienter med primær nyoppstått brystkreft, og 65 pasienter med tilbakevendende brystkreft. 135 takket ja til å delta, noe som gir en svarprosent på 90%. Data ble samlet inn ved start, og etter 3 og 6 måneder etter brystkreftdiagnosen. Studien er blitt godkjent av forskningsetisk komité ved Universitetet i Gøteborg og det Karolinska Institutt i Stockholm. Alle deltakerne ga også skriftlig informert samtykke. I artikkelen har de grundige relabilitet og validets målinger, og resultatet er signifikant.

Kildekritikk: En begrensning ved denne studien var at pasienter med alvorlige samtidige sykdommer, andre medisinske forhold eller hadde begrenset levetid ble utelukket. Hvis studien hadde inkludert disse pasientene, kunne tilfellene der forekomsten av stressende hendelser vært ennå høyere enn rapportert i denne studien.

Resultat / Hovedfunn: Følelsen av sammenheng (Sence of Coherance) er en helt essensiell faktor i repertoaret av mestringsstrategier et individ besitter for å tilpasse seg stressende hendelser. Antonovskys følelse av sammenheng viser seg å spille en svært viktig rolle i å mestre vanskelige situasjoner.

Global stress predicts both positive and negative emotional adjustment at diagnosis and post-surgery in women with breast cancer (Groarke, A., Curtis, R. Kerin, M. 2011).

Hensikt: Individuelle forskjeller i vurdering av stress, mestring, optimisme og sosial støtte har bidratt til stor variasjon i hvordan kvinner tilpasser seg til brystkreft. Forskning viser at det er en betydelig minoritet som opplever alvorlige tilpasningsproblemer. Å identifisere psykososiale faktorer som forstyrrer eller forbedrer tilpasningen er en viktig utfordring.

Utvalg/ Metode : Denne studien er kvalitativ. Av 613 pasienter valgte 376 kvinner (61%) valgte å delta, og av dem var det 355 av kvinnene som fullførte vurderingsskjemaene 1 uke etter diagnose. Av dem som ble kontaktet ved oppfølging postoperativt, svarte 241 kvinner (67.8%) på vurderingsskjemaene. Studien er blitt godkjent av universitetets sykehusets etiske komité. I artikkelen har de grundige reliabilitet og validets målinger, og resultatet er signifikant.

Kildekritikk: Studien valgte å ekskludere pasienter som ikke hadde fått påvist en sikker kreftdiagnose, eller som hadde andre samtidige sykdommer /tilleggs sykdommer i tillegg til brystkreft. Kvinner som var 75 år eller eldre, pasienter med en utviklingshemming eller en psykisk lidelse, eller med manglende lese- og skriveferdigheter ble ikke involvert i studien.

Resultat / Hovedfunn: Den sterke virkningen som stress har ved en brystkreftdiagnose, tyder på at kartlegging av stress ved diagnose er tilrådig for å tilrettelegge gode psykologiske tiltak, og for å identifisere de som har en risiko for å tilpasse seg dårlig til sykdommen.

4.1 Hovedfunn

Funnene i de utvalgte studiene er knyttet til kvinners individuelle opplevelse av *sosial støtte*, som belyser viktigheten sosial støtte har i ventetiden mellom diagnose og operasjon hos kvinner, men at dette behovet er individuelt, og må tilpasses hver enkelt. Behovet for at sykepleiere *vurderer og adresserer* negative psykiske symptomer preoperativt fremkommer også tydelig, slik at tiltak kan settes i gang og lette symptomer som nød, stress og angst. Videre er *kartlegging av stress ved diagnose, og informasjon knyttet til rehabilitering og mestring* viktige elementer, som innebærer behovet for riktig og tilpasset informasjon, kartlegging og undervisning. Til slutt er *følelsen av sammenheng* et sentralt element, som innebærer behovet for positiv tenkning, det å styrke og forbedre sine mestringsferdigheter, slik at en bedre kan håndtere belastende hendelser.

5.0 Drøfting

Med utgangspunkt i utvalgte forskningsartikler vil jeg drøfte fire hovedfunn: sosial støtte, formidling av informasjon og kunnskap, å uttrykke tanker, følelser og reaksjoner, og oppfordring til aktiv bruk av livsfortelling. Funnene drøftes opp mot litteratur, for å finne svar på problemstillingen: *Hvordan tilrettelegge for håndtering av stress hos kvinner med nydiagnostisert brystkreft?*

5.1 Støttens betydning for håndtering av stress

Renolen (2008, s. 175) hevder at sosial støtte er sentralt i mestring av ulike livshendelser, og at vi trenger noen å støtte oss til ikke bare gjennom belastende situasjoner, men gjennom hele livet. Betydningen av sosial støtte blir ekstra tydelig og viktig når helsen svikter, eller når en utsettes for andre store påkjenninger. Dette står også i tråd med studien til Drageset et. al (2011) som viser at sosial støtte er en svært viktig ressurs for pasienten i tiden mellom diagnose og operasjon, ettersom dette er en tid preget av stress, usikkerhet og engstelse. Isaksen (referert i Renolen, 2008, s. 196) skiller mellom tre ulike støttesystemer. Den *private støtten* som forekommer fra familie, venner og kollegaer; pårørende gir trøst på bakgrunn av at de kjenner pasienten. Den *profesjonelle støtten* som blir gitt av helsepersonell, privat og offentlig helsevesen, der den faglige kompetansen bidrar til en følelse av at kvinnen er i beste hender. *Likemannsstøtten* er støtten som gis av medpasienten eller pasientforeninger. De har ofte erfaringer med sykdommen, og vet hva kvinnen vil gå til; dette er en viktig informasjonskilde. Uansett hvilken støtte som skal gis av helsepersonell er det viktig å huske at det pasientens behov som skal stå i fokus, og i perioder vil pasienten åpne seg eller lukke seg, oppleve forståelse eller forvirring, kaos og kontroll. Forståelse for disse prosessene har stor betydning for pasientens mestring. Forskningen til Drageset et al. (2011) og Groarke et al. (2011) støtter dette, og viser tydelig at den sosiale støtten må tilpasses hver enkelt kvinnes behov. Det sosiale nettverket tilbyr kanskje støtte, men representerer for flere av kvinnene en byrde.

Reitan (2010, s. 100) hevder at sykepleier bør legge til rette for erfaringsutveksling med mennesker i tilsvarende krise- eller sorgsituasjoner ved å sette pasienten i kontakt med pasientforeninger. Å få til et personlig møte med en annen som har erfaring med samme sykdom, kan i mange tilfeller ha en positiv innvirkning på håndtering av situasjonen, og møtene kan være en god kilde til informasjon og støtte. Hopen (2010, s. 303) mener at sykepleier også bør legge til rette for at pasienten kan treffe andre som befinner seg i samme situasjon, og gjerne opprette kontakt mellom den aktuelle organisasjonen og pasienten. Brystkreftforeningen har en egen likepersonstjeneste som handler om kontakt mellom mennesker som kan hjelpe og støtte hverandre på bakgrunn av sine erfaringer med brystkreft. Alle som er berørt av brystkreft kan benytte seg av tilbudet, både pasienter og pårørende. Likepersonen har selv erfaringer med brystkreft, har forutsetninger til å forstå kvinnens situasjon og vil lytte og forstå situasjonen en befinner seg i (Brystkreftforeningen, u.å.). For kvinner som har fått diagnosen brystkreft og venter på kirurgi vil likepersoner være en verdifull støttespiller som kan gi individualisert støtte og omsorg til kvinnen. Studiet til Drageset et. al (2011) viser at støtte fra personer som hadde gått gjennom det samme som dem var av betydning for å håndtere usikkerhet og stress, også ensomheten ble redusert når de hadde en annen person de kunne kontakte hvis de hadde spørsmål og ikke ville "plage" familie eller helsepersonell med.

Til tross for at en i lys av litteratur og forskning kan se på *likemannsstøtten* som den viktigste støtten, viser samtlige studier at *den profesjonelle støtten* er vel så viktig (Curtis et. al. 2013; Denieffe et. al. 2013; Dragset et. al. 2011; Groarke et. al. 2011). Curtis et. al (2013) sin studie belyser spesielt hvordan kvinnene i løpet av diagnose og behandling beskrev hvordan sykepleiere, leger og konsulenter reduserte stress og dempet frykten ved å ytre sine kritiske synspunkt i sin brystkreft erfaring. Reitan (2010, s. 102) hevder at sykepleieren kan i samhandling med pasienten kartlegge hvilke praktiske problemer sykdommen og behandlingen medfører for familielivet, og styrke pasienten til selv å finne en løsning på dem. Å opprettholde kvinnens kompetanse på flest mulig områder av dagliglivets gjøremål er svært viktig; enten det gjelder arbeid, husarbeid, mosjon, hobbyer, samt mye mer. I denne korte, men intense tiden mellom diagnose og kirurgi, vil dagliglivet være for mange en trygghetsskapende ramme. Praktisk handling kan understøtte kvinnens egenverd og troen på at det er mulig å organisere sitt liv på en måte som gir plass til både

familielivet, det sosiale, sykdom og behandling. På den andre siden fremkommer det også i studien i Curtis et al. (2013) og Drageset et al. (2011) at sosial støtte også kunne oppfattes som en byrde. Primært gikk det ut på informasjonen kunne oppfattes som skremmende og overbelastende, og at det ble gitt for mye informasjon fra helsepersonell før nyheten om diagnosen hadde sunket inn hos kvinnen. Dette understreker viktigheten av å gi riktig støtte på en måte som er gunstig for kvinnen. Sett i lys av Antonovskys salutogenesemodell, fremhever Antonovsky spesielt sosial støtte som en betydningsfull mestringsressurs, men understreker viktigheten av at denne støtten er begripelig og oppleves som riktig der og da. Antonovsky utfordrer helsepersonell i å spørre seg selv om de fremmer eller hemmer utvikling av OAS hos pasientene; hvordan og når en diagnose formidles, kan skape en opplevelse av meningsløshet og redusere opplevelsen av sammenheng, og motsatt (Renolen, 2008, s.173). Ved å gi innsiktsfull kommunikasjon i omgivelser som oppleves som rolige kan utgjøre en stor forskjell hos pasienten, og en kan som sykepleier på denne måten legge til rette for håndtering av stress og engstelse, fordi det gir pasienten en følelse av at hun mestrer situasjonen.

5.2 Informasjon og kunnskap kan i følge Antonovsky bidra til mestring.

Å styrke pasientens kognitive mestring har som mål å gjøre situasjonen forståelig, forutsigbar, og entydig som et grunnlag for konstruktiv handling og aksept. Ved kognitiv mestring kan personen som befinner seg i krise vurdere og analysere situasjonen og forberede seg mentalt. Det er vanlig at en slik strategi blir brukt forut for en truende situasjon, eksempelvis før en beskjed om en kreftdiagnose, før resultatet av prøver og undersøkelser som kanskje viser spredning av sykdommen, eller før undersøkelser eller operasjoner (Reitan, 2010, s. 98). Å være mentalt forberedt styrker evnen til å håndtere situasjonen, men en grunnleggende forutsetning for kognitiv mestring er at kvinnen får tilgang til informasjon og kunnskaper, og at dette oppleves som forståelig (Reitan, 2010, s. 97). Dette støttes også opp av Antonovsky (2012, s. 41) som viser til begripelighet som helt sentralt for at en person skal kunne oppleve informasjonen og kunnskapen som strukturert og tydelig, sammenhengende og tydelig informert. Det er derfor av betydning at formidling av informasjon skjer på en måte som ikke oppleves overveldende, eller uforståelig. Ved at kvinnen får tilpasset informasjon vil videre utfordringer som kommer senere i forløpet være mer preget av forutsigbarhet, eller hvis noe kommer som en overraskelse vil i hvert fall dette passe inn i en sammenheng og kunne forklares. En viss grad av forståelse er en grunnleggende forutsetning for å få en sterk opplevelse av sammenheng (OAS). Det er av betydning at pasienten får faktakunnskap, tilpasset den enkeltes situasjon, om sykdom, diagnostiske prøver og undersøkelser, behandling, forventede bivirkninger eller komplikasjoner. På den andre siden skal en være oppmerksom på at stress og angst kan redusere pasientens evne til kognitiv informasjonsbearbeiding, særlig i den akutte og tidlige fasen av krisen. Dougherty (1996) sine studier viser at pasienter oppfatter så lite som 20 % av verbal informasjon etter å ha fått en kreftdiagnose, og dette skyldes i mange tilfeller stress og angst (sitert i Sørensen & Almås, 2010, s. 446).

Som sykepleier har man derfor en viktig oppgave å pedagogisk vurdere hva som skal gis av informasjon og hvordan den skal formidles, og tenke over hva den kriserammede har behov for å vite (Reitan, 2010, s. 98). Studiet til Gabrielsen og Nord (2012) viser at pasientene fikk mye muntlig informasjon, samt brosjyrer og skriftlig informasjon før operasjon, men flere uttrykte at de ikke oppfattet all

informasjon de hadde fått, eller hvor de hadde fått informasjonen fra. To av ni pasienter husket ikke å ha snakket med anestesilegen før inngrepet, og ingen av pasientene fikk preoperativ informasjon av spesialsykepleiere fra operasjonsavdeling, anesthesiavdeling, post operativ avdeling, eller av fysioterapeuter, noe som førte til usikkerhet *på tross* av store mengder informasjon. Det kan tenkes at et ikke tilpasset tidspunkt for formidling av informasjon kan føre til at informasjonen blir utilstrekkelig for pasienten. For de aller fleste kreftpasienter er det også slik at de må begynne på til dels avansert behandling – kjemoterapi, strålebehandling og kirurgiske inngrep, mens de ennå befinner seg i en tidlig fase av krisen. Det gjør dem enda mer sårbare og har behov for tilpasset informasjon og veiledning (Reitan, 2010, s. 99). Ekeland & Heggen (2007, s. 16-17) hevder også at det er viktig at pasienten tar del i utvekslingen av informasjon og kunnskap. I en situasjon hvor en kvinne har fått en brystkreftdiagnose, har helsepersonell mye kunnskap om fag og sykdom, men lite om hvordan selve sykdommen kan håndteres for den enkelte kvinnen. En har ikke direkte tilgang til dette perspektivet, slik som pasienten og pårørende har. Selv om en som sykepleier har generell kunnskap om hva som kan være fornuftig, har en liten kunnskap om hvordan denne kunnskapen kan komme til nytte hos den enkelte kvinnen i sin livssituasjon. Det er derfor både utfordrende, og stiller store krav til helsepersonell å gjøre om tankemåten fra den tradisjonelle «sykdomsmodellen», der den syke overlater ansvaret til eksperten. Å formidle informasjon og kunnskap som skal hjelpe pasienten til å håndtere symptomer som stress krever andre roller. Kvinnen har et større ansvar for mestring, mens helsepersonell i større grad må fokusere på hva som må til for å oppnå slik læring (Ekeland & Heggen, 2007, s. 16). Kunnskap om pasientens ståsted vil hjelpe helsepersonell å se hvem som trenger ekstra støtte, for å sette inn tiltak. Dette underbygges av studien til Curtis et. al (2013) og Groarke et. al (2011) hvor behovet for at helsepersonell kunne vurdere og adressere negative symptomer raskt var viktig for å tilrettelegge for gode psykologiske tiltak til dem som tilpasset seg sykdommen dårlig.

5.3 Å uttrykke tanker, følelser og reaksjoner.

Mennesker i sorg og krise må ha muligheten til å uttrykke følelser, tanker og reaksjoner. Reitan (2010, s. 95) hevder at følelser som angst, redsel og stress er fremtredende, men også sinne og aggresjon ved stor belastning. Dette støttes av studien til Denieffe et al. (2013) og Sarenmalm et al. (2011) som viser at følelser og reaksjoner som depresjon, angst, stress og usikkerhet er til stede i høy grad etter å ha blitt diagnostisert med brystkreft. Disse følelsene viste seg også å ha stor innvirkning på søvn og fysisk velvære, som igjen førte til fatigue og smerter. Mangel på søvn og den stadig tilstedeværende følelsen av usikkerhet førte til stress hos flesteparten av kvinnene. Tanker, følelser og reaksjoner viser seg derfor å ha stor innvirkning på hverdagen og fungeringen til personene i begge studier. Det kan også dukke opp tanker hos kvinnen som er vanskelig å forstå og verbalisere. At personen har fravær av sterke følelser kan være en tilpasning til en vanskelig situasjon, der kvinnen mobiliserer det maksimale mentale ressurser for å håndtere en ytre trussel slik som stress. Tegn på personers fysiske og emosjonelle stressnivå kan også ses i menneskers stressadferd. Et furet, sammenbitt ansiktsuttrykk, en uklar stemme, ufrivillige skjelvninger eller spasmer kan vise at personen er plaget av stress (Wormnes & Manger, 2005, s. 180). I forbindelse med en kreftdiagnose er tanken på spredning, lidelse og død vanlig. En rekke eksistensielle spørsmål reises, hva har jeg gjort galt når sykdommen rammer akkurat meg? Er det en mening med dette? Kommer jeg til å dø av denne sykdommen? Å begynne å bearbeide tanker, følelser og refleksjoner for tidlig kan imidlertid føre til at kvinnens følelsesmessige reaksjoner forsterkes, og totalt kaos kan oppstå. Meningssammenbrudd er en stor trussel mot mestring, og kan tenkes å forsinke mobiliseringen av kvinnens motstandsressurser og emosjonelle mestringsevne (Reitan, 2010, s. 95).

Dette står i samsvar med Antonovskys teori, som hevder at en person må få tid til å mobilisere sine ressurser for så å kunne håndtere en stressende situasjon. Hvis dette gjøres for tidlig, vil situasjonen oppleves som uhåndterbar, og kvinnen vil kun se stressfaktorens belastende aspekt. En kvinne med nydiagnostisert brystkreft som blir overlatt til å bearbeide havet av følelser som følger med en kreftdiagnose for tidlig, vil mest sannsynlig være overbevist om at kaos ikke er til å unngå, og gir i utgangspunktet opp et hvert forsøk på å forstå stressfaktoren. Resultatet blir et

halvhjertet, ensidig fokus på å mestre det følelsesmessige problemet, og vil føle til en svak opplevelse av sammenheng (Antonovsky, 2012, s. 150).

I ventetiden mellom diagnose og operasjon er det derfor av betydning at sykepleier først og fremst ivaretar og trygger kvinnen. Den enkelte må få bearbeidelsesmuligheter i forhold til tanker og opplevelser, men ikke for tidlig, ettersom dette kan bryte ned forsvarsmekanismene (Johnsen, 2009, s. 95). På en annen side kan forsvarsmekanismer ha positive funksjoner, og må vurderes ut fra hvilke situasjon personen befinner seg i. De kan redusere indre spenninger, og bidra til å opprettholde stabilitet og ro, samt at optimisme og innsatsvilje opprettholdes. Wormnes & Tanger (2005, s. 185) hevder at i håndteringen av stress er det viktig å fremholde og fokusere på de positive mulighetene. Men det må likevel ikke oppleves som om en prøver å bagatellisere vanskene. Det vil være en form for løgn, som ikke vil være til fordel for kvinnen. Det kan være av betydning og legge til rette for samtale om følelser, tanker og reaksjoner når kvinnen har fått samlet seg, fått en oversikt over situasjonen og mobilisert sine ressurser. Sykepleier bør informere både kvinnen og hennes pårørende om normale følelsesmessige krisereaksjoner og hvordan disse reaksjonene kan virke inn på selvbilde. Videre kan kvinnen oppfordres til å bruke hjelpemetoder som kan virke spenningsreducerende på sterke følelser, for eksempel musikk, litteratur, avspenningsøvelser eller fysisk aktivitet (Reitan, 2010, s. 98). Dette støttes i studien til Sarenmalm et. al (2011) som viser at avslapnings- og spenningsreducerende øvelser er en mestringsstrategi som flere kvinner bruker for å håndtere belastende symptomer, som blant annet stress. Kvinnene i studien som jevnlig brukte spenningsreducerende øvelser synes å håndtere stressfaktorer bedre, og dette bidro også til en sterkere opplevelse av sammenheng. Aktiv egeninnsats kan derfor styrke pasientens opplevelse av emosjonell mestring og kontroll over situasjonen.

5.4 Bruk av livsfortelling

Når pasienten forteller om sine erfaringer med sykdommen, pleien og behandlingen, og det å motta omsorg, får en som sykepleier et innblikk i hva som betyr noe for denne pasienten. Det er en lang og krevende prosess å skulle integrere sykdom og lidelse i eget liv (Reitan, 2010, s. 95). Kvinner som har mottatt en brystkreftdiagnose har for eksempel fått en sykdom som er utenfor deres kontroll, og som er uforutsigbar. Disse kvinnene trer inn i et «ukjent landskap», der flere spørsmål blir påtrengende: Hva skal barna informeres om? Hvor går veien videre? Hvordan skal jeg kontrollere frykt og uro for tilbakefall? Reitan (2010, s. 98) hevder at ved en ny sykdom eller ved et tilbakefall, kan en se likheter i symptomer på posttraumatisk stresslidelse, som krever spesiell oppmerksomhet når en lytter til pasientens fortelling med tanke på utvidet behov for intervensjon. Dette belyser også studiene til Groarke et al. (2011) og Denieffe et. al (2013) der flertallet av kvinnene trekker frem påtrengende spørsmål, frykt og uro i tiden fra diagnose. Disse symptomene viste seg å ha stor innvirkning på deres fungering og livskvalitet, og behovet for at sykepleier kunne avdekke og adresse disse symptomene raskt, var noe som var tiltrengt for å kunne legge til rette for håndtering av det.

På en annen side kan sykdom bringe inn positive erfaringer inn i livet. Studiet til Curtis et. al (2013) viste at flertallet av deltakerne skrev om sine erfaringer i ventetiden i et positivt lys. Kreften ble beskrevet som en etterlengt pause, og kvinnene ønsket denne pausen velkommen fordi det gav dem en sjanse til å reflektere over sine prioriteringer, fornyet fokus på familien, og viktigheten av å leve for den, snarere enn for andre mennesker. Kvinnene i studien til Groarke et. al (2011) viser også at det er store individuelle forskjeller i vurderingen av stress og håndtering av den. Kvinner tilpasser seg diagnosen ulikt, men trekker frem at det å identifisere faktorer som forbedrer tilpasningen er en viktig utfordring. Reitan (2010, s. 97) hevder at vektlegging av meningskonstruksjon, det vil si å utvikle en sammenhengende fortelling, er et viktig tillegg til forståelsen av tap, uavhengig om kvinnen stiller seg positiv eller negativ til diagnosen. Sykepleier bør sette av tid til å lytte aktivt til kvinnens fortelling. Ved at kvinnen får fortelle om sitt tap, og sette det inn i relasjon til sitt eget liv er hun med på å skape mening og sammenheng i sin tilværelse. Antonovsky (2012, s. 41) hevder også at det å skape mening er med å

styrke kvinnens situasjon. Antonovsky viser til at meningsfullhet er den viktigste komponenten i det å ha en sterk opplevelse av sammenheng. Dette er fordi det er så nært knyttet til følelser og motivasjon. Meningskomponenten handler om i hvilken grad livet er forståelig, at i hvert fall noen av tilværelsens problemer og krav er verdt å bruke krefter på, eller at de er verdt innsats og engasjement. Det betyr ikke at en kvinne som skårer høyt på parameteren meningsfullhet gleder seg over nærstående operasjon eller stresset som medfølger, men når en slik kvinne opplever slike ting, er hun villig til å ta utfordringer, er bestemt på å finne mening i den, og gjøre sitt beste for å komme seg gjennom den.

Forskning viser midlertidig at helsepersonell er *lite* oppmerksomme på å etterspørre alvorlige syke kreftpasienters livsfortelling (Sæteren, 2011). Dette kan skyldes at tiden sykepleier har til disposisjon i en travel avdeling er knapp, og kan være en begrensende faktor for om pasienten våger å fortelle om sine problemer eller sin fortelling. Derfor kan det være viktig at det settes av tid til slike samtaler, og at det er en felles aksept blant personalet om at det er greit å bruke tid på det (Lorentsen & Grov, 2010, s. 416). Som sykepleier kan et alternativ også være å oppfordre kvinnen til å fortelle sin historie til familien og det personlige nettverket, skrive dagbok, spille inn fortellingen på video, skrive den ned, eller bruke internett som en forteller kanal. Det å skrive en biografi kan for mange også være god terapi og hjelp til andre som har erfart krise, sorg og tap, ved at de får en innsikt i hvordan pasienten har klart seg i ettertid, og kan gi kvinnen en følelse av meningsfullhet (Dahl & Olafsen, 2007, s. 97). Alle mennesker har behov for at noen lytter til deres historie. Gjennom å fortelle sin historie gir man pasienten en mulighet til bearbeidelse og refleksjon, som kan føre til at uforståelige erfaringer kan falle på plass som brikker i et puslespill (Sæteren, 2011).

6.0 Konklusjon

Forskning viser at det å få en brystkreftdiagnose har stor innvirkning på kvinnens psykiske helse, og at stress er et symptom som preger kvinnens livskvalitet og fungering i stor grad. Behovet for sosial støtte er noe som har vist seg å være av stor verdi. Støtte fra familie og venner er av stor betydning, men vi ser også at støtte fra likemenn eller av helsepersonell er vel så viktig. Samtidig må sykepleier selv være lyttende i, og tilgjengelig for samtale med kvinnen når hun har behov for det. Behovet for informasjon og kunnskap er en grunnleggende forutsetning for at kvinnen skal oppleve kognitiv mestring. Som sykepleier er det viktig å vurdere hva som skal gis av informasjon, og hvordan den skal formidles. Å uttrykke følelser, tanker og reaksjoner er av betydning å fremme hos pasienter som befinner seg i en vanskelig situasjon. Slike følelser har stor innvirkning på livskvalitet og daglig fungering, og muligheten til å uttrykke dem kan gi kvinnen et etterlengtet pusterom. Å få et innblikk i hva som betyr noe for akkurat denne personen, høre om hennes erfaringer med sykdommen og det å motta omsorg, kan gi sykepleier verdifull informasjon om pasientens behov og utvidet behov for intervensjon.

Til syvende og sist er det viktig å være klar over nettopp dette. Alle er individuelle, reagerer ulikt, og har ulike behov. Det finnes ingen fasit på hvordan man skal tilnærme seg hver enkelt person i en slik situasjon. Behovet for håndtering av stress varierer, og hva hver enkelt kvinne legger i sin situasjon av betydning er avgjørende for hvordan hun håndterer den. Som sykepleier har man en viktig rolle i å møte kvinnen på hennes premisser. Det handler om å møte henne der hun er, og konteksten vedkommende befinner seg i.

7.0 Referanseliste

- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium. Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Akademiske
- Brystkreftforeningen. (u.å.). *Noen å snakke med?*. Hentet 20. Mars 2017 fra <http://brystkreftforeningen.no/tjenester/likepersonsarbeid>
- Curtis, R., Groarke, A.M., McSharry, J., & Kerin, M. (2013). Experience in breast cancer: burden, benefit, or both? *Cancer Nurs.* 2014 May-Jun;37(3):E21-30. doi: 10.1097/NCC.0b013e3182894198.
- Dahl, A. A. (2013). Psykiske symptomer og lidelser. I J. H. Loge., A. A. Dahl., S. D. Fosså & C. E. Kiserud (Red.), *Kreftoverlevende. Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv* (2 utg., s. 127-148). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Dahl, P. A., & Olafsen, E. (2007). *Hva skal vi med stjerner nå?* Oslo: Schibsted Forlag.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademiske
- Denieffe, S., Cowman, S., & Gooney, M. (2013). Symptoms, clusters and quality of life prior to surgery for breast cancer. *Journal Of Clinical Nursing*, 23(17/18), 2491-2502. Doi: 10.1111/jocn.12430
- Drageset, S., Lindstrøm, T. C., Giske, T., & Underlid, K. (2011). 'The Support I Need': Women's Experiences of Social Support After Having Received Breast Cancer Diagnosis and Awaiting Surgery. *Cancer Nursing*, 35(6), E39-47. doi:10.1097/NCC.0b013e31823634aa
- Ekeland, J. T., & Heggen, K. (Red.). (2007). *Meistring og myndiggjøring. Reform eller retorikk?* Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Fjerstad, E. (2010). *Frisk og kronisk syk. Et psykologisk perspektiv på kronisk sykdom*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2010). *Att göra systematiska litteraturstudier. Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Gabrielsen, A.K & Nord, R. (2012). Kreftpasienters erfaringer med preoperativ informasjon. Hentet fra: <https://www.idunn.no/nsf/2012/01/art09>
- Granerud, Ø. (5 januar 2016). *Modig og sårbar*. Hentet fra Kreftforeningens blogg: <http://kreftforeningens-blogg.no/2016/01/modig-og-sarbar/>
- Groarke, A., Curtis, R., & Kerin, M. (2011). Global stress predicts both positive and negative emotional adjustment at diagnosis and post-surgery in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 22(1), 177-185. doi:10.1002/pon.2071
- Haakensen, V. D., Ikdahl, T., Helland, Å., & Dale, A. L. B. (2012). I R. Kåresen & E. Wist (Red.), *Kreftsykdommer – En basisbok for helsepersonell* (4. Utg., s. 50-63). Oslo: Gyldendal Akademiske AS.
- Hopen, L. Læring og mestring med langvarig sykdom. (2010). I U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 2* (3 utg., s.284-308). Oslo: Akribe AS
- Johnson, E. G. (2009). Tidlig psykologisk intervensjon ved traumatiske hendelser – hva skal vi gjøre og hva virker? *Utposten, blad for allmenn- og samfunnsmedisin 2009*; 38 (5): 35-38.
- Kreftregisteret (2016). Hentet 5. Januar 2017: <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Fakta-om-kreft/Brystkreft-Alt2/>

- Kristoffersen, N. J. (2014). Helse og sykdom. I N. J Kristoffersen, F. Nordvedt & E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1* (2 utg., s. 31-72). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Kunnskapssenteret. (2014). *Sjekkliste for vurdering av prevalensstudier*. Hentet 8. Mars 2017 fra <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler>
- Kunnskapssenteret. (2014). *Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning*. Hentet 8. Mars 2017 fra <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Loge, J. H., & Ekeberg, Ø. (2012). Psykiske og psykiatriske aspekter ved kreftsykdommer. I R. Kåresen & E. Wist (red.), *Kreftsykdommer – En basisbok for helsepersonell* (4 utg., s. 463-475). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Lorentsen, B. U., & Grov, K.E. (2010). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I H, Almås, D. G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk Sykepleie 2* (4. utg., s. 401-437). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Mertz, B. G., Bistrup, P. E., Johansen, C., Dalton, S. O., Deltour, I., Kehlet, H., & Kroman, N. (2011). Psychological distress among women with newly diagnosed breast cancer. *European Journal Of Oncology Nursing*, 16(4), 439-443. doi:10.1016/j.ejon.2011.10.001
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2009). *Forskningsprosessen. Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Reitan, A.M. (2010). Mestring. I U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 2*. (3 utg., s. 74- 107). Oslo: Akribe AS

- Renolen, Å. (2008). *Forståelse av mennesker- innføring i psykologi for helsefag*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Sarenmalm, E., Browall, M., Persson, L., Fall-Dickson, J., & Gaston-Johansson, F. (2011). Relationship of sense of coherence to stressful events, coping strategies, health status, and quality of life in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 22(1), 20-27. doi:10.1002/pon.2053
- Støren, I. (2013). *Bare søk! Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier*. Oslo: Cappelen Damm Akademiske.
- Sørensen, E.M., & Almås, H. (2010). Sykepleie ved brystkreft. I H. Almås, D.G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk Sykepleie 2* (4. Utg., s. 439-452). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Sæteren, B. (2011). Livsfortellingene som ingen etterspurte. *Kreftsykepleie*, 2011; 25 (2).
- Thidemann, I-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter. Den lille motivasjonsboken i akademisk skriving*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Tjemsland, L., Søreide, J.A. & Malt, U.F. *Breast Cancer Res Treat* (1998) 47: 141. doi:10.1023/A:1005957302990
- Wist, E. (2010). Brystkreft. I A. M. Reitman & T. K. Skjølberg (Red.), *Kreftsykepleie* (3. Utg., s. 431-438). Oslo: Akribe AS.
- Wormnes, B., & Manger, T. (2005). *Motivasjon og mestring- veier til effektiv bruk av egne ressurser*. Bergen: Fagbokforlaget.

Vedlegg I : Kvalitativ sjekkliste

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk

Vedlegg I : Eksempel på kildekritikk

**SJEKKLISTE FOR Å VURDERE KVALITATIV
FORSKNING**

Målgruppe: studenter og helsepersonell
Hensikt: øvelse i kritisk vurdering

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.

Referanse:
1. Critical Appraisal Skills Programme. www.casp-uk.net

I dette vedlegget vil jeg gi et eksempel på kildekritikk. Denne sjekklisten er hentet fra Kunnskapssenteret (2014) Nettsidens referanse finnes i oppgavens referanseliste. Den kvalitative studien jeg kritisk vurderer er av Drageset, Lindstrøm, Torill & Underlid (2011). Fullstendig kilde er å finne i oppgavens referanseliste.

INNLEDENDE SPØRSMÅL

<p>1. Er formålet med studien klart formulert?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Er det oppgitt en problemstilling for studien? 	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p>0</p>	<p>Nei</p> <p>0</p>
<p>2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser? 	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p>0</p>	<p>Nei</p> <p>0</p>

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?

<p>3. Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Er utvalg, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet og begrunnet? 	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p>0</p>	<p>Nei</p> <p>0</p> <p>Kommentar: Utvalg, datasamling og analyse er godt beskrevet og begrunnet.</p>
<p>4. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?</p> <p><i>TIPS:</i> 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"> Er det gjort rede for hvem/hva som ble valgt ut og hvorfor? Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (rekrutteringsstrategi)? Er det gjort rede for hvorfor noen valgte ikke å delta? Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, osv.)? 	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p>0</p>	<p>Nei</p> <p>0</p> <p>Kommentar: Utvalget er tydelig beskrevet i form av tekst: 21 kvinner ble rekruttert i alderen 18 år og eldre. Kvinnene hadde ny-diagnostisert brystkræft og ventet på operasjon. Rekrutteringsstrategien er godt beskrevet.</p>
<p>5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?</p> <p><i>TIPS:</i> 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"> Er metoden som ble valgt god for å belyse 	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p>0</p>	<p>Nei</p> <p>0</p> <p>Kommentar:</p>

<p>problemstillingen?</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 måten data ble samlet inn på beskrevet (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)? Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet? 	<p>Metoden som er brukt presenteres i studien: Individuelle intervjuer ble gjennomført dagen før operasjon hos alle 21 kvinner. Datainnsamling, begrunnelse for valg av metode, og utvalget er også beskrevet. Metoden er grundig i studien.</p>
---	--

<p>6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</p> <p>TIPS: 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"> Er det redegjort for hvilken type analyse som er brukt (for eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.). Er det tydelig redegjort for hvordan analysen ble gjennomført (f. eks. de ulike trinnene i analysen)? Er motstridende data tatt med i analysen? Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskeren har kommet fram til? 	<table border="1"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </table> <p>Kommentar: Et kvalitativt deskriptivt design ble brukt, hvordan data ble samlet og gjennomført er beskrevet derunder. Det er en klar sammenheng mellom innsamlede data og det forfatterne / forskerne har kommet frem til.</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	0	0
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="radio"/>	0	0					
<p>7. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</p> <p>TIPS: 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? 	<table border="1"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </table> <p>Kommentar: Studien inneholdt et eget avsnitt med begrensninger, og tolkning av data i studien er godt beskrevet. Forfatterne / forskernes teoretiske ståsted kommer ikke frem i studien, men det gjør deres faglige bakgrunn.</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	0	0
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="radio"/>	0	0					
<p>8. Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?</p> <p>TIPS: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller å få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt likt uttrykk. Imidlertid bør slike forskjeller forklares</p>	<table border="1"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </table> <p>Kommentar: Hovedfunnene i studien diskuteres opp mot tidligere teoretiske begreper og forskning i eget avsnitt.</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	0	0
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="radio"/>	0	0					

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk

<p>tilfredsstillende.</p> <ul style="list-style-type: none"> Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene? 	<p>En annen kilde trekkes inn for å vurdere og underbygge funnene</p>						
<p>9. Er etiske forhold vurdert?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ble studien forklart for deltagerne (f.eks. gjennom informert samtykke)? Dersom relevant, ble studien forelagt Etisk komite? 	<table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Kommentar: Studien er blitt godkjent av regional etisk styre, og alle deltakerne ga skriftlig informert samtykke.</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					

HVA ER RESULTATENE?

<p>8. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?</p> <ul style="list-style-type: none"> Kan du oppsummere hovedfunnene? Ble funnene diskutert i lys av det opprinnelige formålet med studien? 	<table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Kommentar: Hovedfunnene kommer klart fram i studien, og diskuteres i lys av det opprinnelige formålet i studien.</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					

KAN RESULTATENE BRUKES I MIN PRAKSIS?

<p>Hvor nyttige er funnene fra denne studien?</p> <p>TIPS: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.</p> <ul style="list-style-type: none"> Kan resultatene hjelpe meg til bedre å forstå sammenhengen jeg arbeider i? Droft hvordan funnene kan utvide eksisterende kunnskap og forståelse? 	<p>Kommentar: Studien er relevant og aktuell for min bachelor oppgave da den peker på 5 viktige tema i tiden mellom diagnose og operasjon hos bryst kreftpasienter. Dette kan være en svært god veileder for helsepersonell, for å gjøre ventetiden lettere. Det trekkes også frem positive og negative effekter av støtte i ventetiden, noe som betyr viktigheten av å tilpasse støtten til disse kvinnene, ettersom alle er individuelle. Studien viser flere funn som kan hjelpe sykepleier i å tilrettelegge for håndtering av stress i ventetiden. Studien er en viktig del av min bachelor oppgave.</p>
--	--

Vedlegg II : Kvantitativ sjekkliste

Vedlegg II : Eksempel på ^{Kritisk vurdering - prevalensstudie} kildekritikk.
Kvantitativ sjekkliste.

SJEKKLISTE FOR VURDERING AV PREVALENSSTUDIE

(Tverrsnittstudie, spørreundersøkelse, survey)

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

Kan vi stole på resultatene?

Hva forteller resultatene?

Kan resultatene være til hjelp i praksis?

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

Basert på EBMH Notebook. Guidelines for evaluating prevalence studies. May 1998, Vol 1, No 2 pp 37-9. URL: [http://www.psychiatry.ox.ac.uk/cebmh/journal/contents/1\(2\)/37-9.html](http://www.psychiatry.ox.ac.uk/cebmh/journal/contents/1(2)/37-9.html)

Cathryn Thomas, Sheila Greenfield and Yvonne Carter. Questionnaire design. Chapter 6 in "Research Methods in Primary Care" (1997) Oxford: Radcliffe Medical Press.

Den kvantitative studien jeg kritisk vurderer er av Sarenmalm, Browall, Persson, Dickson & Johansson (2011). Fullstendig kilde er å finne i oppgavens referanseliste.

1

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2006

INNLEDENDE SPØRSMÅL

1. Er problemstillingen i studien klart formulert?	Ja <input checked="" type="radio"/>	Uklart <input type="radio"/>	Nei <input type="radio"/>
2. Er en prevalensstudie en velegnet metode for å besvare problemstillingen / spørsmålet?	Ja <input checked="" type="radio"/>	Uklart <input type="radio"/>	Nei <input type="radio"/>

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE

3. Er <u>befolkningen</u> (populasjonen) som utvalget er tatt fra, klart definert? <i>TIPS:</i> - Er det gitt opplysninger om befolkningsgruppen som alder, kjønn, språk, etnisk tilhørighet og sosio-økonomiske forhold? - Er det gjort rede for subgrupper i befolkningen som ikke dekkes av studien?	Ja <input checked="" type="radio"/>	Uklart <input type="radio"/>	Nei <input type="radio"/>
4. Ble <u>utvalget</u> inkludert i studien på en tilfredsstillende måte? <i>TIPS:</i> - En god studie inkluderer et utvalg som nøyaktig representerer en definert befolkningsgruppe. Dette sikres ved bruk av statistiske utvalgsmetoder og ved en vurdering av respondentenes karakteristika - Var utvalget representativt for en definert befolkningsgruppe?	Ja <input checked="" type="radio"/>	Uklart <input type="radio"/>	Nei <input type="radio"/>

Befolkningen som utvalget er tatt fra er klart definert. 145 nydiagnostiserte brystkreftpasienter ble innvitert til å delta, og 135 takket ja. Gjennomsnittsalder var 65 år. Det er gjort rede for sosio-økonomiske forhold og subgrupper i befolkningen som ikke dekkes av studien.

Utvalget er representativt for en definert befolkningsgruppe

<p>5. Er det gjort rede for om <u>respondentene</u> skiller seg fra dem som ikke har respondert?</p> <p><i>TIPS: Ikke-respondenter er frafall i utvalget.</i></p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Ja</th> <th>Uklart</th> <th>Nei</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>Av de 145 pasientene som ble innvitert i studien, takket 135 ja. Frafall er 10 pasienter.</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
<p>6. Er svarprosenten høy nok?</p> <p><i>TIPS: I spørreundersøkelser er det vanligvis OK med en svarprosent på >70, så lenge forfatterne viser at respondenter og ikke-respondenter har like karakteristika som befolkningen de er utvalgt fra.</i></p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Ja</th> <th>Uklart</th> <th>Nei</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>Svarprosenten er på 90%.</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
<p>7. Bruker studien <u>målemetoder</u> som er pålitelige (valide) for det man ønsker å måle?</p> <p><i>TIPS: Er det brukt spørreskjemaer som er valide, testet og anvendt i tidligere studier? Ble spørreskjemaet pilottestet, evt validert?</i></p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Ja</th> <th>Uklart</th> <th>Nei</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>Studiet bruker målemetoder som er pålitelige for det en ønsker å måle: Skalaer og måleinstrumenter som ble brukt har blitt testet for validitet og reliabilitet i flere andre studier. Videre er dette begrunnet godt i eget avsnitt.</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
<p>8. Er <u>datainnsamlingen</u> standardisert?</p> <p><i>TIPS: Er datainnsamlingen identisk for alle utvalgte individer? Alle avvik fra en standard kan gi skjevhet når dataene samles inn. (F.eks intervjuetoder og personer) Sikres ved opplæring av intervjuer, veiledning, metode for å sikre data fra respondenter, spørreundersøkelsens utforming (avkrysning, Liker- skala etc) Standardiserte og valide målemetoder ved tester</i></p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Ja</th> <th>Uklart</th> <th>Nei</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>Datasamlingen var identisk for alle utvalgte individer, med skalaer, og utfylling av "dagbøker". Det var metoder som var gyldige, og pålitelige.</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
<p>9. Er <u>dataanalysen</u> standardisert?</p> <p><i>TIPS: Analysen skal kunne skille individuelle forskjeller som er reelle fra forskjeller som er tilfeldige. Se på hvordan "åpne spørsmål" er behandlet. Er analysering av data gjort av to uavhengige personer?</i></p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Ja</th> <th>Uklart</th> <th>Nei</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </tbody> </table>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					

HVA FORTELLER RESULTATENE?

<p>10. Hva er resultatet i denne studien?</p> <p><i>TIPS:</i> Hva er hovedkonklusjonen? Kan du oppsummere resultatene i én setning?</p> <p>Kan resultatene skyldes tilfeldigheter? Presenterer studien resultatene med konfidensintervall for statistiske estimater? Er det oppgitt p-verdier?</p>	<p>Hovedresultatet i denne studien er at følelsen av sammenheng (sense of coherence) er en helt essensiell faktor i repertoaret av mestingsstrategier et individ besitter for å tilpasse seg stressende hendelser. Konklusjonen peker også på hvordan en som sykepleier kan finne psykososiale tiltak som kan hjelpe kvinner i å håndtere stress i ventetiden ved hjelp av SOC.</p> <p>Det er oppgitt P-verdier, og resultatet er signifikant med 5%. Studien presenterer også resultater med konfidensintervall for statistiske estimater i eget avsnitt.</p>
--	--

KAN RESULTATENE VÆRE TIL HJELP I MIN PRAKSIS

<p>11. Kan resultatene overføres til praksis?</p>	<p>Ja <input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart <input type="radio"/></p>	<p>Nei <input type="radio"/></p>
<p>12. Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene i andre tilgjengelige studier?</p> <p><i>TIPS:</i> Prevalensstudier gjøres for å bekrefte en eksisterende teori eller kunnskap, ikke for å lage en ny teori! Eksisterende kunnskap kommer fra kliniske og epidemiologiske studier som fokuserer på etiologi, prognose og effekt av tiltak.</p>	<p>Ja <input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart <input type="radio"/></p>	<p>Nei <input type="radio"/></p>

Vedlegg III: Søkeprosessen

Database	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Antall artikler hentet	Relevans for min bacheloroppgave
CINAHL	Awaiting surgery AND support.	Utgivelsesår: 2012-2016. Språk: Engelsk.	7	1. The support I Need! : Women´s experiences of social support after having received breast cancer diagnosis and awaiting surgery.	Studien peker på 5 viktige temaer i tiden mellom diagnose og operasjon hos brystkreftpasienter som kan være en god veileder for helsepersonell for å gjøre ventetiden lettere. Det trekkes også frem positive og negative effekter av støtte i ventetiden.
	Antonovsky Sence Of Coherance AND Coping AND Stress	Utgivelsesår: 2012-2016. Språk: Engelsk.	13	1. Relationship of sence of coherence to stressful events, coping strategies, health status, and quality of life in women with breast cancer	Studiet viser at Antonovskys <i>følelsen av sammenheng</i> (Sence of Coherance) er en helt essensiell faktor i repertoaret av mestring strategier et individ besitter for å tilpasse seg stressende hendelser, og viser seg å spille en svært viktig rolle i å mestre vanskelige situasjoner.

PubMed	Positive AND negative emotions AND breast cancer AND stress	Utgivelsesår: 5 år (2012-2017). Språk: Engelsk.	31	1. Global stress predicts both positive and negative emotional adjustment at diagnosis and post-surgery in women with breast cancer.	Studien tyder på at kartleggingen av stress ved en brystkreftdiagnose er tilrådig for å tilrettelegge gode psykologiske tiltak, og for å identifisere de som har en risiko for å tilpasse seg dårlig til sykdommen. Utformingen av denne studien muliggjør også identifisering av gode mestringsstrategier.
	Quality of life AND prior to surgery AND breast cancer AND nursing	Utgivelsesår: 5 år (2012-2017). Språk: Engelsk	12	1. Symptoms, clusters and quality of life prior to surgery for breast cancer.	Studien peker på 2 viktige funn: negative symptomer som forekommer i ventetiden fra diagnose til operasjon har stor innvirkning på kvinnens livskvalitet og fungering (samt hvilke symptomer), samt viktigheten av hvordan sykepleier vurderer og setter i gang tiltak utifra symptomene.

	How women cope with stress AND newly diagnosed breast cancer.	Utgivelsesår: 5 år (2012-2017). Språk: Engelsk	41	1. Experience in breast cancer. Burden, benefit or both?	Studien viser at kvinnene hadde forskjelligheter i sin identifisering av stressende hendelser og påfølgende mestringsstrategier. Deres opplevelse illustrerer også det komplekse forholdet mellom vurdering av hendelsen, personlige ressurser og sosiale interaksjoner, noe som kan resultere i både positive og negative utfall.
Idunn	Kreftpasient + før operasjon + informasjon	Årgang fra og med: 2012-2017. Språk: Norsk	1	1. Kreftpasienters erfaringer med preoperativ informasjon	Denne studien er mer av generell karakter i forhold til min problemstilling, ettersom den tar for seg kreftpasienters erfaringer generelt. Allikevel synes jeg den er viktig, fordi studien viser at mye av den preoperative informasjonen er rettet <i>for lite</i> rundt rehabilitering og

					mestring, og hvis dette hadde vært mer fokusert på, kunne ventetiden preoperativt blitt lettere for mange av pasientene.
--	--	--	--	--	--