



EKSAMENSINNLEVERING

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

Emnekode: **SYKHB3001**

Eksamensform: **Prosjektoppgave**

Leveringsfrist: **27.04.17 kl 14.00**

Kandidatnr.: **557**

Antall ord: **8991**

Tittel

Brystkreft

Emne

Kommunikativ tilnærming

Høgskolen Stord/Haugesund, Avdeling for helsefag

Bachelorutdanningen i sykepleie, kull 2014

Haugesund, April 2017

Antall ord: 8991

Sammendrag

Problemstilling: “hvordan kan sykepleier kommunisere med brystkreft pasienter for å hjelpe henne på vegen mot mestring?”

Bakgrunn: Brystkreft er den hyppigste varianten av kreft hos kvinner i Norge og det oppdages ca 2700 nye tilfeller hvert år som også antas å være økende. En sykepleierfaglig utfordring vil bli den kommunikative tilnærmingen til pasienten, og forholdene rundt dette. Det vil også bli en utfordring å møte pasienten på tvers av de ulike fasene sykdomsprosessen innebærer.

Hensikt: Hensikten med oppgaven er å få økt forståelse for og kunnskap rundt hvordan sykepleier kan kommunisere med bryst kreft pasienter, ut i fra deres ønsker og behov på tvers av de ulike fasene, som prosessen vil innebære for den enkelte.

Metode: Litteraturstudiet er basert på relevant forskning, fag og pensumlitteratur. Forskningsartiklene er vurdert etter etiske hensyn og om de er holdbare for oppgaven. Søkeprosessen er beskrevet i oppgaven.

Funn: For at kommunikasjonen skal kunne fremstå hensiktsmessig blir det nødvendig å bygge tillit og bli kjent. Her blir det sentralt å fange opp både eget og pasientens ikke-verbale uttrykksmønster, opplevelse av situasjonen og behov. Videre blir det betydningsfullt med gjensidig kommunikasjon, opplevelse av at sykepleieren er tilgjengelig og psykisk tilstede, samt at hun fremtrer med en empatisk-, rolig- og vennlig tilnærming og tilpasser seg etter hvor pasienten befinner seg i øyeblikket. For mange opplevdes det også befriende med humor. Telefonsamtale kan være ett godt alternativ når pasienten befinner seg utenfor sykehuset.

Konklusjon: For å fremme god kommunikasjon blir det viktig å vise tilgjengelighet, lytte, forstå, akseptere, opptre vennlig og med godt humør samt være oppriktig. Det vil også være helt sentralt å være oppmerksom på det ikke-verbale språket både for å gjøre seg kjent med pasienten, men også for at sykepleieren skal være bevist på hvordan han bruker seg selv da dette kan bli viktigere enn ord.

Nøkkelord: Brystkreft, kommunikasjon, tilnærming, informasjon

Abstract

Question: "How can nurse communicate with breast cancer patients to help her on the road toward mastery?"

Background: Breast cancer is the most common variant of cancer for women in Norway and it reveals 2,700 new cases each year which is also believed to be increasing. A nurse professional challenge will be the communicative approach to patient, and the circumstances surrounding this. There will also be a challenge to meet the patient across the different phases disease process entails.

Aim: The purpose of the exercise is to increase understanding of and knowledge about how nurses can communicate with breast cancer patients based on their wants and needs across the different phases, as the process will entail for the individual.

Method: Litteraturstudiet er basert på relevant forskning, fag og pensumlitteratur. Research articles are assessed for ethical considerations and if they are sustainable for the task. Searching processes are described in the task.

Results: For communication to be able to appear expedient, it becomes necessary to build trust and get to know the patient. It is essential to capture both their own and the patient's non-verbal expression pattern, perception of the situation and needs. Furthermore, it becomes momentous of mutual communication, experience that the nurse is available and mentally present and that she appears with an Empathetic-, quiet- and friendly approach and adapts according to how the patient is in the moment. For many perceived it also liberating humor. Telephone calls may be one good option when the patient is outside the hospital

Conclusion: To promote good communication it's important to show availability, listen, understand, accept, act friendly with good humor and be sincere. It will also be essential to be aware of the nonverbal language both to acquaint themselves with the patient, but also for the nurse to be aware of how he uses himself as this may be more important than words.

Key words: Breast cancer, communication, approach, information

Innholdsfortegnelse

| | |
|---|----|
| 1.0 Introduksjon | 1 |
| 1.1 Problemområdet | 1 |
| 1.2 Bakgrunn for valg av tema | 1 |
| 1.3 Oppgavens hensikt og problemstilling | 2 |
| 1.4 Avgrensing og presisering av oppgaven..... | 2 |
| 2.0 Teori | 4 |
| 2.1 Brystkreft..... | 4 |
| 2.1.2 Konsekvenser for pasienten | 4 |
| 2.2 Joyce Travelbees definisjon på sykepleie..... | 5 |
| 2.3 Empowerment | 5 |
| 2.4 Kommunikasjon..... | 5 |
| 2.4.1 Nonverbal kommunikasjon | 6 |
| 2.5 Informasjon..... | 6 |
| 2.6 Mestring..... | 7 |
| 2.7 Empati | 8 |
| 2.8 Sosial – og emosjonell støtte | 8 |
| 2.9 Humor..... | 8 |
| 2.10 Kjønnssidentitet | 8 |
| 2.11 Sykepleie- og kommunikasjonsetikk..... | 9 |
| 3.0 Metode | 10 |
| 3.1 Hva er metode? | 10 |
| 3.2 Litteraturstudie som metode | 10 |
| 3.3 Litteratur i foreliggende besvarelse..... | 10 |
| 3.4 Litteratursøk..... | 11 |
| 3.5 Forskningsetikk..... | 12 |
| 3.6 Kildekritikk..... | 12 |
| 4.0 Funn (litteratur) | 13 |
| 4.1 Kvalitative forskningsartikler | 13 |
| Artikkel 1 av Drageset et al. (2010)..... | 13 |
| Artikkel 2 av Beaver et al. (2010)..... | 13 |
| Artikkel 3 av Khoshnazar et al. (2016) | 14 |

| | |
|---|----|
| Artikkel 4 av Webster et al. (2016)..... | 15 |
| Artikkel 5 av Shim et al. (2016)..... | 15 |
| 5.0 Drøfting | 17 |
| 5.1 Bygge tillit | 17 |
| 5.2 Å bli møtt som ett unikt menneske med ulike behov | 18 |
| 5.3 Styrke pasientens opplevelse av å ta ansvar for eget liv | 20 |
| 5.4 Tilpasse informasjon steg for steg og oppfølging | 22 |
| 6.0 Konklusjon | 24 |
| Referanseliste | 26 |
| | |
| Vedlegg | 31 |
| <i>Vedlegg 1: Søkehistorikk</i> | 31 |
| <i>Vedlegg 2: Oversikt valgte artikler</i> | 34 |
| <i>Vedlegg 3: Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning</i> | 37 |

1.0 Introduksjon

1.1 Problemområdet

I følge WHO (2017) er brystkreft en av den hyppigste forekomsten av kreft på verdensbasis, og i 2015 døde 571 000 av diagnosen. I følge Sørensen & Almås (2013, s.439) er den hyppigst også i Norge og det oppdages rundt 2700 nye tilfeller hvert år. Sykdommen antas også å være økende på grunn av den endrede livsstilen i våre dager (Schlichting, 2012, s.434). Her kan jeg vise til NOU (1998:16) som vurderer det hensiktsmessig både for enkelt individ og samfunnsøkonomisk, at kvinner over 40 år bør bli oppfordret til å foreta regelmessig mammografisk undersøkelse, for å oppdage brystkreft på ett tidelig stadie som følge av dette.

En sykepleiefaglig utfordring knyttet til denne pasientgruppen vil blant annet være å tilstrebe en omsorgsfull relasjon med pasienten (Lorentsen & Grov, 2013, s. 401). Sykepleieren har også ett ansvar for å informere pasienten og svare på spørsmål relatert til sykdommen (Renolen, 2015, s.207). En utfordring her blir at møtet mellom pasient og sykepleier ofte er minimalt, da pasienten som regel gjennomgår dagkirurgisk behandling eller bare er innlagt på sykehuset noen få dager. Dette bringer frem utfordringen med å sørge for at kvinnen opplever seg sett og på den korte tiden forberede henne, på tiden som vil komme etter fullført behandling. Gjennom prosessen som kreften utgjør, vil kvinnen gå gjennom en krisereaksjon som innebærer en sjokkfase, reaksjonsfase og nyorienteringsfase. Hvor lenge kvinnen befinner seg i fasene vil variere, og det er også vanlig å gå frem og tilbake mellom dem (Sørensen & Almås, 2013, s.440). Samtalestrategien blir også en utfordring ved at den skal utøves hensiktsmessig for pasienten (Eide & Eide, 2012, s.175).

1.2 Bakgrunn for valg av tema

Dette området er noe jeg har fått en ekstra interesse for, da jeg i forbindelse med praksis har opplevd mange tilfeller hvor det har vært vanskelig å vite hvordan enn skal tilnærme seg kommunikativt til pasienten. Jeg har opplevd flere situasjoner hvor sykepleieren har fått svært god kjemi med pasienten, hvor møtet mellom pasient og sykepleier har gått veldig galt, pasienter som blir engstelige og trygge etter en samtale. Særlig fikk jeg vekket interesse da jeg møtte på en kreftpasient som nylig hadde fått diagnosen og som har hatt diagnosen over tid, som gjør at jeg vil rette fokuset mot kreftpasienten. Jeg selv opplevde det som svært vanskelig å vite hva jeg burde si, for at det skulle bli gode ord for pasienten og ikke oppleves

upassende. Dette temaet har altså vekket interessen i den grad at jeg ønsker å undersøke nærmere hvordan man kan møte pasients kommunikative behov på en tilfredsstillende måte for at det skal bli hensiktsmessig for pasienten. Dette temaet er også noe jeg tenker blir verdifullt å ha en spisskompetanse på. Dette da jeg ser på temaet som svært sentralt for sykepleieryrket og noe man kan komme til å møte på uansett hvor en befinner seg.

1.3 Oppgavens hensikt og problemstilling

Hensikten med oppgaven er å få økt forståelse for og kunnskap rundt hvordan sykepleier kan kommunisere med brystkreft pasienten ut i fra deres ønsker og behov, på tvers av de ulike fasene som prosessen vil innebære for den enkelte.

Jeg har valgt en problemstilling som jeg mener er relevant med tanke på sykepleierens funksjon og ansvar:

“Hvordan kan sykepleier kommunisere med brystkreft pasienter for å hjelpe dem på veien mot mestring?”

1.4 Avgrensing og presisering av oppgaven

Mitt fokus i denne oppgaven blir hvordan sykepleier kan møte pasienten kommunikativt, for å hjelpe kvinnen gjennom prosessen som sykdommen utgjør på tvers av de ulike fasene.

Fokuset mitt vil ikke være direkte relatert til mestring, men det er veien mot mestring jeg ønsker at pasienten skal rettes mot gjennom at sykepleieren er bevist på kommunikasjonen og hvilken betydning dette har for pasienten. Tilnærmingen til oppgaven vil hovedsakelig være humanistisk hvor genuitet, respekt og empati står sentralt, men jeg kommer også til å nevne kort hva dette kan bety for pasienten fysisk. Jeg kommer som en del av den kommunikative tilnærmingen til å trekke inn; informasjon, “empowerment”, emosjonell støtte og litt i forhold til kjønnsidentitet. På grunn av oppgavens omfang kommer jeg ikke til å ta med tilnærminger til etniske minoriteter, fokus på menn med brystkreft eller pårørende.

I teoridelen kommer jeg til å beskrive “empowerment” som ett begrep, men vil i drøftingen unnlate å bruke det engelske ordet, men heller som å fremme kontroll og ansvar for eget liv. Dette gjelder også begrepet “non-verbal”, som blir “ikke-verbal” med norske ord. Når det kommer til Travelbee, har jeg brukt to generasjoner av primærlitteratur, da jeg har fått lånt bøkene på ulike tidspunkt. Jeg har også henvist til Travelbee gjennom Eide & Eide (2012) i

teoridelen da jeg hadde ett begrenset lånetidspunkt på primærboken. Jeg vil også gjøre oppmerksom på at jeg kommer til å benevne sykepleieren som en mann i drøftingen, for lettere å kunne skille pasient fra sykepleier.

2.0 Teori

I denne delen av oppgaven vil jeg presentere teori som jeg skal bruke til å belyse valgt tema i drøftingsdelen på punkt 5.0. Først vil jeg presentere selve sykdommen brystkreft, symptomer, funn og konsekvenser for pasienten. Etterpå tar jeg for meg Travelbee sitt syn på sykepleie. Her vil jeg gjøre oppmerksom på at jeg ikke kommer til å skrive veldig mye i eget avsnitt, men utdype hennes meninger videre under begreper som jeg videre presenterer før jeg runder av med etikk.

2.1 Brystkreft

Kroppen vår består av millioner av celler som deler seg ved formering (Lorentsen & Grov, 2012, s.402). Ved en slik delingsprosess kan det oppstå en feil som gjør at cellen deler seg ukontrollert, og etter en tid utvikles en oppsamling av unormale celler som kalles en kreftsvulst (WHO, 2017). Brystkreft er en ondartet svulst i brystkjertelen. Svulsten kan spre seg til nærliggende lymfeknuter og derfra til skjelett, lunger og lever (Sørensen & Almås, 2013, s.440). Det spekuleres i om årsaken til brystkreft kan være genetiske forhold, forhold i fosterlivet eller livsstilmønster, hvor bruk av alkohol og særlig overvekt kan være predisponerende for sykdommen (Schlichting, 2012, s.434-435).

Det første tegnet på sykdommen er som regel en eller flere kuler i brystet eller armhulen som kvinnen selv kjenner. Senere i fasen kan det oppstå symptomer som sårdannelse som ikke gror, blodtilblandet eller klar væske fra brystvorten, nyoppstått asymmetri av brystene, inndragninger i huden eller eksem-lignende forandringer rundt eller på brystvorten (Sørensen & Almås, 2013, s.440).

2.1.2 Konsekvenser for pasienten

Å få en kreftdiagnose kan oppleves traumatisk og utløse de samme stressreaksjonene som ved alvorlige ulykker. Kvinnen opplever gjerne engstelse og usikkerhet rundt kreftutviklingen, utseendet og femininitet (Sørensen & Almås, 2013, s.440). Sykdommen kan også medføre rollekonflikter der kvinnen går inn i en sykerolle med nye forventninger og normer enn hun er vant til (Ingstad, 2014, s.46). Dette kan bidra til at kvinnen stakkarliggjøres som kan true hennes identitet (2014, s.48), da den påvirkes av hvordan andre oppfatter oss (2014, s.127). Behandlingen kan også medføre bivirkninger og redusere kvinnens livskvalitet samt utfoldelse som kan vedvare i årevis etter å ha blitt kreftfri (Sørensen & Almås, 2013, s.440).

2.2 Joyce Travelbees definisjon på sykepleie

Travelbee (2007, s.29) beskriver sykepleie som en prosess som bygger på medmenneskelighet, hvor sykepleier skal hjelpe enkelt mennesket til å mestre erfaringer med sykdom og lidelse. Sykepleieren kan gjøre dette ved å etablere en tillitsfull relasjon til den syke og formidle at hun blir forstått og ikke er alene. Det blir viktig at sykepleieren uttrykker at hun ønsker å hjelpe pasienten for den hun er som person og ikke sykdommen (2007, s.38). Hun beskriver også sykepleie som en serie hendelser, hvor pasient og sykepleier møtes. Her vil sykepleierens oppgave bli å identifisere, samt ha evne til å frembringe endringer hos pasienten på en omtentksom, målrettet og innsiktsfull måte (2007, s.30). Hun understreker også at hun tar avstand fra begreper som "pasient" og "sykepleier". Dette da hun mener begrepene stimulerer til stereotype rolleoppfatninger og eliminerer mennesket som spesielt med personlige kjennetegn og trekk. For å skape en god relasjon blir det viktig at partene ser på hverandre som unike mennesker (Travelbee, 1996, s. 33 & 119). Jeg gjør oppmerksom på at jeg likevel kommer til å bruke begrepene i oppgaven.

2.3 Empowerment

Empowerment kan defineres som evnen til å få tak i, oppfatte, forstå og bruke helseinformasjon, med hensikt at kunnskapen skal øke pasientens kontroll over sin egen situasjon (Tveiten, 2012, s.183). Dette kan fremmes gjennom gode relasjoner, tillit og trygghet (2012, s.176). Det blir viktig at sykepleieren er pasientens samarbeidspartner og at de bidrar til å opparbeide styrke i form av makt hos pasienten, gjennom å fremme kompetanse (2012, s.175).

2.4 Kommunikasjon

Travelbee (1996, s.93-94) beskriver kommunikasjon som å være ett middel for å hjelpe enkelt mennesket til å mestre opplevelsen av lidelse og sykdom, gjenopprette mening, kunne forstå og møte pasienten sine individuelle behov. Her vil det bli sentralt at sykepleieren og pasienten lærer hverandre å kjenne, gjennom at det skapes en personlig relasjon. For at dette skal være mulig må sykepleieren ha tilstrekkelig kommunikativ kunnskap når hun skal møte, oppfatte, respondere på, samt respektere det unike mennesket. Her blir det sentralt å være en aktiv lytter hvor hun understreker, at det er forskjell på å hente inn informasjon fra pasienten sammenlignet med å forstå pasienten. Samtidig sier hun at alle sykepleiere snakker, men at ikke alle forstår den underliggende årsaken til samtalen. Det er heller ikke slik at sykepleieren nødvendigvis er klar over hva hun faktisk formidler (1996, s.97 & 112). Travelbee (1996,

s.34-35) mener videre vi må tenke over måten vi snakker til pasienten på for å ikke dehumanisere personen eller gjøre henne til en sykdom eller oppgave. Dette da hun ikke ser på seg selv som dette, men da det også kan medføre at det bare blir de institusjonale oppgavene som “tas hånd om”.

Ofte er samtalen som har til hensikt å fungere hjelpende inndelt i tre deler; begynnelse-, midt- og avslutningsdel (Eide & Eide, 2012, s.250). I begynnelsen blir den viktigste funksjonen å skape tillit og trygghet, hvor det å bli møtt med respekt og vennlighet, bli lyttet til å få tydelig og god informasjon blir sentralt (2012, s.252-253). I midtdelen vil det å forstå pasientens perspektiv, samt forklare og informere være fokus (2012, s.257). I den avsluttende delen blir det viktig å gjøre en oppsummering og avtale videre oppfølging (2012, s.261). Det blir også alltid viktig å huske på i kontakt med pasienten at de ikke har plikt til å snakke, selv om sykepleieren har plikt til å legge til rette for dette (2012, s.193).

2.4.1 Nonverbal kommunikasjon

En god kommunikatív tilnærming kan også foregå ordløs (Kristoffersen, 2014, s.422-423). Ikke-verbal kommunikasjon er kontakt mellom mennesker i form av berøring, lukter, kroppsspråk, symboler, ansiktsuttrykk, bilder, samt lyder som gråting og latter. Denne formen for kommunikasjon er direkte eller indirekte tilstede i hver enkelt samtale (Travelbee, 1996, s.96). For at samtalen skal foregå på best mulig måte der det skapes god kontakt og en fin relasjon mellom partene, må enn som sykepleier fange opp hva pasienten symboliserer gjennom ord og uttrykk. Dette blir i tillegg viktig å være bevisst på ved seg selv (Kristoffersen, 2014, s.420). Travelbee (2007, s.12) ser på det som positivt at sykepleieren viser med sitt kroppsspråk og væremåte, at hun ønsker å hjelpe pasienten for det mennesket pasienten er og ikke fordi det er forventet.

2.5 Informasjon

Travelbee (1996, s.11) understreker at det å bevisst øke kunnskap gjennom å informere pasienter angående helsetilstanden, først og fremst dreier seg om å hjelpe dem til å mestre sykdom og lidelse. Kunnskap øker opplevelsen av kontroll, oversikt og tillit som er viktige elementer ved mestring av en situasjon (Kristoffersen, 2012, s.153). En forutsetning for at sykepleien skal fungere terapeutisk, er at han hjelper pasienten til å forstå hva sykdommen innebærer (Eide & Eide, 2012, s.131). Informasjon blir ett av sykepleierens viktigste ansvarsområder for å fremme kunnskap og trygghet (Sørensen & Almås, 2013, s.440). Her

skal man gjennom en dialog formidle kunnskap og gi pasienten mulighet til å fortelle og få svar på det hun lurer på ut i fra egne behov (Tveiten, 2012, s.183).

Det er ett rettsmessig krav at helsepersonell skal gi pasienter informasjon som kan bidra til økt innsikt i egen sykdomsprosess og tjenestetilbud, i tillegg til å kunne ivareta rettigheter. Jeg viser her til pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 (2015) og spesialisthelsetjenesteloven §3-11 (2013) som begge understreker dette. Når pasienten mangler kunnskap vil det kunne medføre stor grad av stress, samt passiv og unnvikende mestring (kristoffersen, 2012, s.153). Informasjon kan også bidra til å rette på eventuelle feiloppfatninger hos pasienten, men dersom pasienten er veldig stresset som følger av situasjonen, kan hun derimot ha vansker med å innta informasjon som blir gitt (Renolen, 2015, s.172). Dette vil gjelde gjennom hele behandlingsforløpet og det blir viktig at sykepleieren møter pasienten der hun er og gir informasjon tilpasset det individuelle og varierte behovet hun måtte ha, på de ulike stadiene (Sørensen & Almås, 2013, s.440).

Videre mener de at det blir særlig viktig at sykepleieren gir tydelig og konkret informasjon postoperativt rundt forhold som bivirkninger, komplikasjoner og videre oppfølging. Dette da oppholdet på sykehuset som regel er kortvarig for de fleste etter avsluttet behandling (2013, s.446) og dette mener Travelbee i følge Eide & Eide (2012, s.135) blir sentralt for å mestre den kommende tiden på best mulig måte. Her kan jeg også vise til pasient og brukerrettighetsloven §3-5 som sier at dette er ett juridisk krav (2015).

2.6 Mestring

Mestring er ett begrep man kan bruke synonymt med menneskets evne til å takle utfordringer som er større enn de "hverdagslige" (Renolen, 2015, s.166) og i en mestringsprosess blir handlinger, følelser og tanker avhengige av og påvirker hverandre (2015, s.169). Når en kvinne får brystkreft, står hun ovenfor mange nye utfordringer som må mestres for å gjennomgås (Reitan, 2010, s.72). I følge Travelbee (1996, s.12) kan sykepleieren hjelpe pasienten til å fremme mestring ved å bygge en tillitsfull relasjon til kvinnen slik at hun ikke føler seg alene, men vet at det alltid vil være noen der som har mer erfaring og kunnskap enn henne selv, som hun kan støtte seg til.

Lazarus og Folkmann skiller mellom problemfokustert mestring og emosjonsfokustert mestring. Problemfokustert mestring kan være å søke kunnskap om sykdom og behandling som kan fremme følelsen av kontroll, men dersom det blir for mye og hyppig inntak kan det føre til forvirring og usikkerhet. Emosjonsfokustert mestring har fokus på å endre pasientens

følelsemessige reaksjon under den stressende situasjonen. Dette kan være å unngå informasjon, distansere seg for det eller høre det enn selv ønsker å høre. I senere tid kom det også en tredje mestringsstrategi som var meningsfokuset. Her er tanken å ha fokus på positive følelser som kan komme i stress- og krise situasjoner. Det kan være å ha fokus på å prioritere det som er viktigst i livet, som å oppleve verdifulle øyeblikk (2015, s.170- 172).

2.7 Empati

Travelbee (2007, s.193) beskriver empati som å være en erfaring som skapes mellom individer. Videre forstår hun det som evnen til å kunne leve seg inn i, forstå og ta del i hvordan den andre part opplever sin situasjon, uten at enn selv tenker og føler på samme måte. Gjennom empati vil mennesket som et unikt individ, kunne bli styrket gjennom økt oppfatning og anerkjennelse. Dette kan gjør at en enklere kan forstå hvordan den andre reagerer og har behov for. Eide & Eide (2012, s.36) mener empati på denne måten blir en forutsetning for kommunikasjon som har til hensikt å hjelpe andre. Den humanistiske psykologen Carl Roger uttalte at; "*Empati var grunnleggende for å bygge en god relasjon til pasienten*" (Sitert i Renolen, 2015, s.209) som sier noe av viktigheten rundt dette. En må også ha en indre forståelse av hva de syke trenger (Nortvedt, 2012, s.110).

2.8 Sosial – og emosjonell støtte

Sosial støtte blir en viktig del av at ett menneske skal mestre ulike livshendelser. Særlig vil dette være sentralt når helsen trues, hvor det blir desto viktigere at det faktisk oppleves for den enkelte pasient og at det oppleves passende. Ved emosjonell støtte blir det gitt uttrykk for sympati, verdsettelse og aksept. Dette fremmer følelsen av tilhørighet og at noen bryr seg (Renolen, 2015, s.175-176).

2.9 Humor

Humor kan beskrives som en kommunikasjonsstrategi som kan bli en viktig ressurs i vanskelige situasjoner. Det kan fremstå som et forsvar og oppleves befriende som kan fremme mestring og velvære hos pasienten. Det blir derimot viktig å være bevisst på at ikke all humor er akseptabelt, da det kan oppleves krenkende og irriterende (Eide & Eide, 2012, s.242-244).

2.10 Kjønnssidentitet

I følge WHO (2006) er kjønnssidentitet en stor del av menneskets eksistens og kan defineres som hvordan hver enkelt opplever og føler seg som ett kjønn, ut ifra kroppsbildet og kroppsopplevelse. I følge Gamnes (2012, s.98) kan brystene ha betydning for hvordan

kvinnen opplever seg seksuelt ut i fra femininitet og at fjerning av ett bryst kan true denne oppfatningen. Dette blir i følge Solvoll (2012, s.16-18) noe sykepleieren må forholde seg til i møtet med brystkreftpasienter, da pasienten har rett til å informeres om konsekvenser som kan påvirke seksuallivet som følger av behandling og dette også uten at pasienten trenger og be om det (2012, s.99).

2.11 Sykepleie- og kommunikasjonsetikk

Martinsen mente at et sentralt perspektiv i sykepleien var å kunne forstå situasjonen til pasienten på riktig måte. Sykepleieren skal ta ansvar for å gjøre sitt beste for å forstå pasienten sin opplevelse av sykdommen og plagene som medfølger (Nortvedt, 2012, s.55).

Kommunikasjonsetikk sier noe om hvordan vi bør kommunisere i vanskelige situasjoner. En forutsetning for å kunne kommunisere godt og møte pasienten med respekt, blir å vise faglig og praktisk initiativ. Respekt og fagkunnskap er også generelt sentrale verdier i ett hjelpende yrke. Nødvendige handlinger i denne situasjonen, kan for eksempel være å overholde avtaler med pasienten og utrykke vennlighet (Renolen, 2015, s.100).

3.0 Metode

3.1 Hva er metode?

I følge Dalland (2013, s.111) kan metode fortelle oss hvordan vi bør gå frem for å etterprøve eller fremskaffe kunnskap. Aubert definerer metode på følgende måte; “*En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap*” (sitert i Dalland, 2013, s.111). Jeg har brukt litteraturstudie som metode for å finne data til denne oppgaven og jeg skal hovedsakelig bruke kvalitative forskningsartikler for å belyse problemstillingen. I følge Christoffersen, Johannesssen, Tufte et al. (2015, s.53) er det naturlig å bruke kvalitativmetode når målet er og forstå det som skjer rundt oss. Dette da den tar utgangspunkt i å fortolke data, hvor vi ser på menneskers forestillinger, personlige erfaringer og har stor grad av fleksibilitet. Ved kvantitativ metode er hensikten å se på antall, hvor fordelene blir å se på utbredelsen av for eksempel et informasjonsbehov (2015, s.18).

3.2 Litteraturstudie som metode

I følge Dalland (2013, s.67) er litteratur et viktig grunnlag i studentoppgaver. Dette kan innhentes fra helsefaglige databaser som Cinahl, PubMed, SveMed +, Cochrane, Medline og Amed (Christoffersen et al., 2015, s.241). For å gjennomføre en strukturert litteraturstudie, må følgende kriterier være oppfylt; 1. Systematisk valg av primærstudier og definisjon av utvalgsmetoden, 2. Det må være en tydelig problemstilling, søkestrategier som blir brukt til å finne relevante studier skal beskrives og hvorfor de inkluderes eller ekskluderes i oppgaven, 3. Analysere resultatene og kvalitetsvurdere artiklene. Utover dette kan litteraturstudiet gjøres på forskjellige måter og det finnes ingen fasit (2015, s.62-63). I følge Dalland (2013, s.68) kan det være hensiktsmessig å velge ett problemområde og bruke søkeord som kan knyttes til dette, som videre kan lede til relevant litteratur. Videre utdypes det at søkingen burde begrenses ved å utarbeide noen kriterier for å “sile ut” interessante artikler. Dette kan eksempelvis være ett gitt tidsrom eller geografisk område (2013, s.70-71). Her blir det viktig å dokumentere hvordan man har søkt (Christoffersen et al., 2015, s.242), som jeg i neste avsnitt kommer til å gjøre rede for på punkt 3.4.

3.3 Litteratur i foreliggende besvarelse

I denne besvarelsen har jeg for min egen del også lest boken “Livsløst – om å møte og mestre motgang”. Denne er skrevet av en kvinne som har gjennomgått brystkreft og forløpet rundt. Dette har jeg gjort med hensikt å få en utvidet forståelse for hvordan kreftprosessen oppleves

og erfares av pasienten og jeg kommer til å ta med innspill fra denne boken til drøftingen. Jeg har også forsøkt å få tak i primærkilden til Lazarus og Folkmann uten hell og kommer derfor til og ta med deres forståelse av mestring gjennom Renolen (2015).

3.4 Litteratursøk

For å finne data til denne oppgaven har jeg utført systematiske søk i de helsefaglige databasene PubMed, SveMed + og Cinahl. Søkeordene jeg valgte å bruke var “cancer”, “newly”, “coping” og “communication” for å finne forskning med fokus på hvilke behov kreftpasienter generelt har for kommunikasjon og støtte, etter nylig å ha blitt diagnostisert. Underveis i søkingen har jeg kritisk vurdert artiklene som jeg så på som relevante, hvor jeg også har brukt kunnskapssenteret (2014) sin sjekkliste som er lagt som vedlegg til oppgaven.

Da jeg søkte syntes jeg problemområdet jeg hadde valgt ble for vidt med tanke på variasjon av kreftformer. Jeg valgte derfor å se nærmere på brystkreft som jeg synes ble av størst interesse på grunn av den hyppige forekomsten. Da fortsatte jeg søket med å legge til ordet “breast cancer”. Etter å ha valgt ny tilnærming var jeg fremdeles innstilt på å avgrense søket til fasen etter nylig ha fått diagnosen og behandling, men da det viste seg å være vanskelig å finne direkte relatert litteratur til, valgte jeg å se på kommunikative behov på tvers av de ulike fasene gjennom prosessen. Jeg fant de fleste artiklene jeg ønsket å bruke i databasen Cinahl. Dette da jeg hovedsakelig gjennomførte søkene mine her, da jeg synes det var oversiktlig og enkelt å gjennomføre begrensede søk i denne basen. Samtidig vet jeg at den inneholder fagfelle vurdering og er en pålitelig kilde for å finne forskning innenfor sykepleie og helse. Den har også ett særlig fokus på kvalitativ forskning (Christoffersen et al., 2015, s.241) som er metoden jeg har valgt å bruke.

Etter hvert satt jeg igjen med 7 artikler som jeg syntes var interessante, men ettersom oppgaven skal begrenses til maks 6 artikler, valgte jeg å ekskludere studien til Raggio et al. (2014) hvor jeg fant minst relevante funn. Etter dette hadde jeg 4 kvalitative og 2 artikler som var blanding mellom kvalitativ og kvantitativ metode. Jeg valgte etter hvert også å ekskludere de to mixstudiene som hovedfunn. Dette da de var tolket av sekundære forfattere som jeg ble opplyst om kan medføre at studiene ikke er godt nok kvalitetsikret, som også bemerkes av Dalland (2013, s.73). Jeg skal derimot likevel bruke dem i drøftingen da de hadde interessante funn for besvarelsen. Etter dette valgte jeg å søke etter flere artikler i PubMed for å øke

antallet, hvor jeg fant studien til Shim et al (2016). Til slutt satt jeg igjen med 5 artikler som jeg kritisk vurderte før jeg belyste problemstillingen.

Inkluderingskriteriene jeg hadde under søkingen var at det skulle omhandle voksne kvinner som er klar og orientert, at studien var fra en sykepleiefaglig tidsskrift, innenfor tidsrom år 2012-2016 og fra land med lignende kultur eller at funnene kunne overføres til Norsk kultur. Etter å ha utført omfattende søk valgte jeg å utvide tidsrommet til perioden 2008-2017 for å kunne belyse problemstillingen ettersom det var gjort ett mindre antall studier på dette området i senere tid.

Se vedlegg 1 for søkehistorikk. Jeg vil gjøre oppmerksom på at søkehistorikken ikke inneholder alle søk som ikke ledet til relevante funn, men derimot gir et bilde av søkestrategien som er blitt brukt.

3.5 Forskningsetikk

Ved all helsefaglig forskning hvor det er pasienter involvert, skal studien være godkjent av en etisk komité (2013, s.98). Her kan jeg også vise til forskningsetikkloven (2006) §3-4. Etske overveielser skal også stå sentralt i selve studentoppgaven. Det er viktig at deltakere i studiene har følt seg ivaretatt når de har deltatt for å gi oss innblikk i deres opplevelser og erfaringer. Ny innsikt og kunnskap skal ikke skje på deltakerenes bekostning i form av deres velferd og integritet. Samtidig er bruk av etiske retningslinjer i forskningen viktig for at resultatet skal være troverdig (Dalland, 2013, s.95-96).

Alle forskningsartiklene jeg har valgt å ha med i litteraturoppgaven er etisk godkjent.

3.6 Kildekritikk

Kildekritikk går ut på å kvalitetssikre kildene som benyttes. Her skal enn vurdere og bedømme hva en skal legge vekt på, for å kunne svare på problemstillingen og om det vi leser er til å stole på (Dalland, 2013, s.67-68). For å vurdere om artiklene var relevant for min oppgave så jeg først og fremst på tittel, hensikt og konklusjon. Deretter så jeg på resultatdelen for å se om det var relevante funn i artikkelen jeg kunne bruke for å belyse temaet.

Videre i oppgaven på punkt 4.0 ,vil jeg presentere artikkelfunn og kritisk vurdere hver enkelt av dem. Jeg kommer til å fokusere på hvorfor de er relevant for min oppgave og om de er holdbare.

4.0 Funn (litteratur)

I denne delen vil jeg først og fremst gjør oppmerksom på at jeg bakerst i oppgaven har lagt ved en tabell, med oversikt over forskningsartiklene jeg har valgt. Denne inneholder hensikt, metode/datasamling, utvalg og en konklusjon av funnene. Jeg kommer på dette punktet derfor til å fokusere på å utdype funnene fra artiklene i første avsnitt og om de er holdbare, samt hvorfor de er relevante for min oppgave i den kritiske vurderingen i andre avsnitt.

4.1 Kvalitative forskningsartikler

Artikkel 1 av Drageset et al. (2010)

Hensikten med studien var å undersøke hvilke mestringsstrategier som skilte seg ut hos kvinner med brystkreft i fasen mellom nylig ha fått diagnosen og behandling. Det som utpekte seg som felles for de fleste, var ønsket om å tilnærme seg situasjonen steg for steg, avledes fra å bli sittende å gruble for mye og bli behandlet slik de var vant til før de fikk diagnosen. Mange av deltakerene opplevde at fokus på meningsfulle verdier og aktiviteter, kunne hjelpe dem i mestringsprosessen. For andre var det viktig å kunne "luften" følelsene sine og snakke om diagnosen for å komme seg videre i prosessen. Ellers var det viktig at sykepleieren opptrådte støttende, oppriktig og åpent. Mange opplevde også det ble viktig med humor og at en latter kunne styrke dem. Ellers trekker studien inn kommunikative tilnærminger og væremåter i forhold til dette (Drageset, Lindstrøm & Underlid, 2010).

Kritisk vurdering av artikkel 1

Artikkelen er relevant for min oppgave ettersom den trekker frem viktige aspekter og tilnærminger knyttet til kommunikasjon med brystkreft pasienter. Artikkelen er norsk fra *journal of advanced nursing*, år 2010. Studien er godkjent av Regional Ethical Board. Denne artikkelen er noe eldre en først ønskelig, men på bakgrunn av studiens opphav ser jeg likevel på den som gyldig og holdbar.

Artikkel 2 av Beaver et al. (2010)

Hensikten med studien var å undersøke synspunkter rundt telefonoppfølging i etterkant av behandling for brystkreft. Det trekkes frem at dette kunne være en fordel, da det blir mindre fokus på tilbakevendende sykdom og mer fokus på informasjon og individuell støtte. Pasientene kunne også organisere dagen sin mer effektivt, samtidig som det føltes mer dagligdags og behagelig å snakke i telefonen hjemmefra. For mange var det også godt å føle

seg anonymisert. Videre mente de at det var greit å få de samme spørsmålene stilt ved hver samtale, da det opplevdes som en sikkerhet at nødvendige tema ikke ble glemt. Det var imidlertid også noen få pasienter som syntes telefon oppfølging kunne bli upersonlig da de ikke kunne se ansiktet til den som ringte, men at dette kunne gjøres noe med ved å se personen på forhånd. Andre følte noen ganger helsepersonell skyndet seg gjennom spørsmålene for å bli raskt ferdig, og noen savnet tryggheten av å bli fysisk undersøkt. Det var en fordel om helsepersonell hadde gode kommunikasjonsferdigheter for at samtalen skulle bli velykket (Beaver, Williamson & Chalmers, 2010).

Kritisk vurdering av artikkel 2

Denne artikkelen er relevant for min oppgave da den undersøker brystkreftpasienters synspunkter rundt telefonoppfølging, som er en kommunikative tilnærming. Studien er amerikansk fra *Journal of Clinical Nursing* og etisk godkjent av Central Office of Research i England og Research and Development departments fra studie sider. På bakgrunn av tidsskriftet, geografisk område og at den svarer på problemstillingen ser jeg på den som gyldig og holdbar for oppgaven til tross for at den er 7 år gammel.

Artikkel 3 av Khoshnazar et al. (2016)

Hensikten med studien var å undersøke kommunikative behov hos kvinner med brystkreft. Studien resulterte med to hoved-kategorier av funn; ”terapeutisk kommunikasjon” og “Tilrettelagt empati”. Det kommer frem at dersom sykepleier har fokus på å bygge ett tillitsfullt forhold til pasienten kan dette redusere stress, angst, frykt og bidra til velvære. Dersom dette skal bli velykket blir det i følge pasientene sentralt at pleieren er hyggelig, har god humor og er oppriktig. Det var også viktig at sykepleieren var tilgjengelig, fysisk tilstede, uttrykte at hun ønsket og snakke med dem, viste interesse for spørsmål og individuelle behov hos pasienten, samt kunne berøre kvinnen om det passet seg for å berolige. I forhold til “tilrettelagt empati”, omtaler studien verdien av at pasienter får møte andre i samme situasjon for lettere å kunne forstå, akseptere og mestre (Khoshnazar, Rassouli, Akbari, et al, 2016).

Kritisk vurdering av artikkel 3

Denne artikkelen er relevant for min oppgave da den trekker frem synspunkter kvinnene har rundt kommunikasjon med helsepersonell og ønskelig kommunikativ tilnærming. Denne studien ble godkjent av det aktuelle sykehuset, samt at alle deltakerene har skrevet under på ett samtykkeskjema og blitt forklart at de kan trekke seg fra studien når som helst. Studien er

fra *Indian Journal of Palliative Care*, år 2016. Til tross for at denne studien er utført i India og fra palliativt tidsskrift, velger jeg å inkludere denne da jeg ser på funnene som overførbare til Norge og det kommer frem i artikkelen at det ikke er fokus på palliative pasienter.

Artikkel 4 av Webster et al. (2016)

Hensikten med studien var å undersøke om samtale med pasienten reduserer stressnivået, gjennom å måle mengden kortisol i blodet før og etter samtale. Studien ønsket også å se om samtaleformene; verbal, skriftlig eller telefonsamtale utgjorde noen forskjell på nivået i blodet. Det kommer frem i artikkelen at informasjon blir en viktig del av den kommunikative tilnærmingen. Videre var det viktig å få informasjonen på passende tidspunkt da det kunne hjelpe kreftpasienter til å mestre sykdommen, behandlingen og situasjonen for øvrig, men at det hadde liten betydning hvordan den ble overlevert (Webster et al, 2016).

Kritisk vurdering av artikkel 4

Denne artikkelen er interessant da den sier noe om den fysiske betydningen av kommunikasjon. Denne studien er etisk godkjent av Institutional Human Ethical Committee på universitetet i Saveetha og er fra *Indian Journal of Palliative Care*, år 2016. Jeg mener studien oppfyller krav til god forskning og jeg velger å inkludere denne artikkelen til tross for at den er fra "*palliative care*" da den omtaler situasjonen til kreftpasienten gjennom hele forløpet der prognosen ikke er satt.

Artikkel 5 av Shim et al. (2016)

Hensikten med denne studien var å se på hvordan pasientene opplevde den kommunikative tilnærmingen ved lege konsultasjoner, gjennom hele kreftprosessen og hva de ville ha endret på. Studien trekker frem at når pasientene nylig hadde fått diagnosen, ble det viktig at det var tid til stillhet sammen med helsepersonellet og at det var mulig å stille spørsmål. De understreket også at det var vanskelig for dem å huske alt som ble sagt den første tiden og at de ønsket at helsepersonell gav dem ett skriftlig referat eller tegning i etterkant. En empatisk tilnærming var også verdsatt, både ikke-verbalt som verbalt. Før operasjonen var det heller ikke tidspunktet for mye informasjon, da de heller ønsket å stole på at kirurgen hadde kontroll. Etter operasjonen var det til hjelp at helsepersonell uttrykte empati for pasienten som gjerne hadde mistet ett bryst, samtidig som det ble gitt informasjon om rekonstruksjon med en empatisk og behagelig tilnærming (Shim, Park, Yi et al., 2016).

Kritisk vurdering av artikkel 5

Denne artikkelen er relevant da den trekker frem hvordan pasientene ønsker at helsepersonell skal tilnærme seg kommunikativt for å ivareta pasienten på best mulig måte. Selv om den tar utgangspunkt i konsultasjoner mellom lege og pasient, tenker jeg den er relevant da det likevel sier noe om hva pasienten ser på som viktig og ønskelig ved den kommunikative tilnærmingen. Samtidig er sykepleier gjerne med på konsultasjoner og blir derfor en del av dette. Den tar også for seg både tidlig og sen fase av kreftprosessen som gjør den ekstra interessant for denne litteraturoppgaven. Jeg tenker denne tilnærmingen kan overføres til Norsk kultur til tross for at den er utført i Sør Korea. Studien er etisk godkjent av *the Institutional Review of Board of seoul National University Hospital* år 2016 (Shim et al., 2016). På bakgrunn av dette ser jeg på artikkelen som holdbar og gyldig.

Under neste punkt 5.0, skal jeg besvare problemstillingen ved hjelp av å drøfte ulike funn med teori, andre innspill, samt min egen mening. Jeg vil også gjøre oppmerksom på at jeg har oversatt samtlige av artiklene fra engelsk til norsk og det kan derfor være mulighet for feiltolkninger.

5.0 Drøfting

Jeg kommer til å ta utgangspunkt i funn fra artiklene for å svare på problemstillingen; *“Hvordan kan sykepleier kommunisere med brystkreft pasienter for å hjelpe dem på veien mot mestring?”* Samtidig vil jeg drøfte funnene opp mot aktuell teori og andre sekundærkilder, samt innspill fra en bok basert på en brystkreftpasients opplevelse av sin situasjon. Jeg har kommet frem til følgende tema som kan bidra til å belyse problemstillingen:

- ➔ Bygge tillit
- ➔ Å bli møtt som ett unikt mennesket med ulike behov
- ➔ Styrke pasientens opplevelse av å ta ansvar for eget liv
- ➔ Tilpasse informasjon steg for steg og oppfølging

5.1 Bygge tillit

I studien til Khoshnazar et al. (2016) mener informantene at et forhold basert på tillit blir avgjørende for at de skal oppleve god kvalitet på omsorgen og for at de skal holde tritt med hverandre. I studien til Beaver et al. (2010) kommer det frem at deltakerene ønsket at samme person som de hadde utviklet ett tillitsfullt forhold til tidlig i fasen, skulle følge dem opp videre i prosessen, samt etter avsluttet behandling. Denne sykepleieren ble for mange nå sett på som en venn, som gjorde det lettere å “snakke ut”. Min egen erfaring er at pasienter gjerne kan bli urolige når fast ansatte blir byttet ut med vikarer. Dette støttes av Thorsen (2012, s.119) som mener det er vanlig at pasienter foretrekker mennesker de har en trygg relasjon til.

Informantene i studien til Khoshnazar et al. (2016) legger vekt på at grunnlaget for at pasienten skal få tillit til sykepleieren er at vedkommende opptrer oppriktig, vennlig og med godt humør, samt at han viser at han er tilgjengelig og psykisk tilstede. Informantene i studien til Shim et al. (2016) mente det blir viktig med en empatisk tilnærming, hvor ikke-verbal kommunikasjon som stillhet og øyekontakt ble verdsatt. Dette støttes også av informantene i studien til Khoshnazar et al. (2016) som videre mente de ikke opplevde det så viktig hva som ble sagt, men hvordan ting ble sagt som også kan understøttes av Nortvedt (2012, s.59).

I studien til Khoshnazar et al. (2016) blir det lagt vekt på at en tillitsfull relasjon mellom partene, kan fremme pasientens deltakelse rundt- og akseptering av forholdene knyttet til prosessen som sykdommen medfører. Dette kan igjen bidra til å redusere frykt og angst hos pasienten, fremme livskvalitet og bevare individet som en helhet. Videre mener studien at

dette også kan effektivisere og forbedre behandlingen. Informantene i studien til Shim et al. (2016) opplevde det betydningsfullt at det ble utviklet et tillitsfullt forhold i forkant av behandlingsfasen, da dette gjorde kvinnene mer komfortabel ved oppstart. Dersom dette ikke lykkes, opplevde de at de ble med på noe de ikke var trygge på og at de gjennomførte som følge av psykisk utmattelse, desperasjon eller hjelpeløshet. Selv har jeg erfart pasienter som ikke opplever å få delta med egne synspunkter, av den grunn at helsepersonell ikke har tid til dem og derfor heller ikke ønsker å “bry” dem med egne tanker og meninger, som jeg mener gir uttrykk for svekket tillit. Dette støttes av Travelbee (2007, s.35) som mener det vil bli sentralt å etablere en relasjon til pasienten, hvor hun opplever at sykepleieren blir et varmt menneske hun kan “lene” seg til som forstår.

5.2 Å bli møtt som ett unikt menneske med ulike behov

Majoriteten i studien til Drageset et al. (2010) opplevde det sentralt å bli møtt som de ellers var vant til som “frisk”, men at sykepleieren skulle opptre støttende. De ønsket at situasjonen skulle normaliseres og dersom noen syntes synd på dem, begynte de også å synes synd på seg selv som forverret situasjonen. Informantene i studien til Shim et al. (2016) mente det blir viktig at sykepleieren gir betryggende og oppmuntrende ord. I studien til Khoshnazar et al. (2016) mente informantene det blir lettere å mestre om sykepleieren fokuserer på det positive og har en vennlig tone selv i negativt betingede situasjoner, slik som i dette eksempelet; *“The doctor said in a comforting and kind tone that I was facing a disease which should be worked out in tandem...It would be completely cured if you wanted so....I got the feeling it was not meant to have a mortal fear of cancer”* (sitert i Khoshnazar et al., 2016, s.405).

I studien til Shim et al. (2016) uttrykte informantene at i den første fasen av kreftprosessen var viktig å bli behandlet som en som nettopp fikk diagnosen og ikke bare en av mange pasienter. Travelbee (2007, s.158) mener det blir helt sentralt at sykepleieren oppfatter kvinnen som ett unikt menneskelig individ for at kommunikasjonen skal kunne bli meningsfylt. Videre mener hun at dette må uttrykkes gjennom måten sykepleieren handler på (2007,s.221), noe jeg selv også har opplevd som et stort fokus gjennom sykepleierutdanningen. I følge Solvoll (2012, s.42) blir det viktig å være bevisst på hvordan vi kommuniserer, da dette kan ha stor betydning for hvordan pasienten opplever å bli respektert og verdsatt. Drageset (2014) mener videre dette vil være ekstra viktig i nåtidens behandlingssystem, ettersom sykepleieren har mindre tid sammen med pasienten som følge av redusert sykehusopphold.

Informantene i studien til Shim et al. (2016) forteller at de ønsket at sykepleieren skulle ha en sammensatt og rolig holdning som ville hjelpe dem å takle følelser. I følge Travelbee (2007, s.159) blir det viktig å finne ut hva kvinnen egentlig mener når hun uttrykker noe. Derfor vil det bli viktig å ta seg tid til å tenke over det som blir sagt og ikke svare pasienten for raskt, som også støttes av studien til Khoshnazar et al. (2016). I følge Gamnes (2012, s.85) blir det viktig å være oppmerksom på å anvende ord som pasienten forstår, men at det må vurderes individuelt hvor tydelige ordene skal være. Det kan for eksempel oppleves ubehagelig ved bruk av "godt norske" ord ved tema som seksuell velvære. I følge Ingstad (2014, s.157) vil det kunne oppleves å ikke bli møtt som ett menneske, dersom sykepleier anvender ord som pasienten ikke forstår. Dette støttes også av Travelbee (2007, s.160-161) som videre mener det blir viktig å gjøre seg kjent med pasientens ikke-verbale karakter, for å kunne oppfatte og respondere på kvinnens individuelle behov (2007, s.35).

Informantene i studien til Khoshnazar et al. (2016) mente videre at å bli forstått kan redusere smerte og skape håp om helbredelse, som også understøttes av Travelbee (2007, s.35) og Nortvedt (2012, s.110). Dersom dette nedprioriteres risikeres det at pasientens individuelle behov blir forsømt blant rutinemessige oppgaver (Khoshnazar et al., 2016). Hofstad (2016) forteller utfra egen erfaring at hun ønsket hun hadde blitt spurt om hvordan nettopp hun opplevde sin sykdom og ønsket sin hverdag skulle være. I følge Travelbee (2007, s.36) er det nødvendig å sette seg inn i hvordan sykdommen oppleves for den enkelte for å kunne hjelpe. Selv har jeg erfart i praksis hvordan en svært angstfylt pasient slappet av da sykepleieren satte seg ned ved sengekanten og holdt hendene hennes, mens han ga henne sin fulle oppmerksomhet og uttrykk for å forstå hva hun trengte i øyeblikket. Denne pasienten etterspurte denne sykepleieren videre under oppholdet. Renolen (2015, s.196) understreker verdien av dette og at det blir viktig å ha pasienten sitt behov i fokus, samtidig som empati vil være sentralt for å lykkes (2015, s.209).

I studien til Khoshnazar et al. (2016) opplevde deltakerene også en lettelse og var tilfreds dersom sykepleieren var fysisk tilstede og tilgjengelig ved behov. De satte pris på samtaler, berøring, ivaretagelse, at de var interessert i å svare på spørsmål og ønsket å få frem deres behov. Ett eksempel på dette er en av kvinnenes følgende uttalelse; "*She held my hand and asked how I felt. The pain diminished. The following day I was keen to see my nurse again*" (Sitert i Khoshnazar et al., 2016, s.405). I studien til Shim et al. (2016) mente informantene det var viktig med gjensidig kommunikasjon og i studien til Khoshnazar et al. (2016) poengteres det, at dette blir avgjørende for at pasienten skal oppleve god kvalitet på pleien.

Videre kommer det frem i studien til Shim et al. (2016) at dersom dette ikke lykkes vil pasienten kunne oppleve seg dømt, svak og dehumanisert. Travelbee (2007, s.160) støtter dette samtidig som hun mener en viktig årsak til at slikt kan oppstå, er at sykepleieren ikke lytter tilstrekkelig til pasienten. Jeg har selv vært delaktig i en situasjon hvor pasienten har uttalt med en fortvilet stemme; *“hører dere ikke hva jeg sier?!”*, hvor det låg mellom linjene at hun ikke ble forstått, selv om vi hørte hvilke ord hun brukte. I følge Travelbee (1996, s.93 & 112) blir det viktig at sykepleieren har evnen til å forstå meningen av den sykes måte å kommunisere på og hva som egentlig uttrykkes for å gi tilfredsstillende omsorg.

I studien til Drageset et al. (2010) opplevde informantene at fokus på meningsfulle aktiviteter og verdier hjalp dem på veien mot å mestre. Samtidig var det viktig med en god tone, et godt humør og en god latter som gjorde at de følte seg sterkere. Grue (2015) understøtter at positiv tankegang er viktig og jeg har selv hørt pasienter fortelle at de ikke ønsker å være rundt mennesker som tapper dem for energi, men som gir *“lys til dagen”*. Solvoll (2012, s.34) underbygger dette med at bruk av humor i tunge og vanskelige situasjoner kan være betydningsfullt og det å kunne le sammen kan oppleves befriende. Hva pasienten synes er morsomt er imidlertid individuelt, og humor kan oppleves sårende dersom det blir gjort med en uheldig tilnærming. Dette får meg til å tenke at humor, hvert fall i første omgang bør fremkomme fra pasienten, men som det kan bli viktig at sykepleieren tar del i, i dette øyeblikket. At humor kan være positivt kan understøttes av Renolen (2015, s.166) som videre påpeker at en viss grad av optimisme faktisk viser seg å ha en positiv effekt. Dette da de som har en forventning om at gode ting vil skje og har troen på at ting vil bli bedre, ofte blir bedre rustet for påkjenninger. Som følge av dette vil de videre også komme seg fortere etter sykdom enn de som ser *“mørkt”* på livet.

5.3 Styrke pasientens opplevelse av å ta ansvar for eget liv

I studien til Webster et al. (2016) beskrives brystkreft som den varianten hvor det oppleves høyest stressnivå som kan påvirke sykdomsforløpet og tiden etter negativt. Dette mener jeg kan ha sammenheng med pasientens opplevelse av kontroll. Videre i studien til Shim et al. (2016) nevnes det at emosjonell støtte og informasjon basert på pasientens behov på passende tidspunkt, kan redusere stressnivået (2016). I studien til Drageset et al. (2010) kommer det frem at informantene opplevde behovet for kontroll som sentralt. Dette støttes av informantene i Schmid-Büshi et al. (2008) som videre mente at kvinnen måtte oppfordres til å

delta i diskusjoner og reflektere rundt egne forventninger til prosessen, dersom dette skulle lykkes. Majoriteten i studien til Drageset et al. (2010) opplevde dette først ble mulig om de kunne håndtere situasjonen gradvis, mens det for en mindre gruppe derimot ble foretrukket å få all informasjon samtidig. Dette da det gjorde dem mindre engstelige om de visste hva de hadde i vente. Dette mener jeg derimot blir viktig å være forsiktig med da jeg har erfart flere pasienter som opplever situasjonen uoverkommelig, etterfulgt av unødvendig psykisk påkjenning som følger av dette. Travelbee (2007, s.262) mener å innhente mye informasjon kan være både en ulempe og en fordel, men at “å vite” blir det første skrittet mot å kunne akseptere realiteten.

Majoriteten i studien til Shim et al. (2016) ønsket i forkant av behandling at informasjon ble balansert med ærlighet og håp. Samtidig ønsket de ikke for mye informasjon rundt prosedyren, da de heller ønsket å overlate kontrollen til kirurgene. I følge Eide & Eide (2012, s.166) blir kommunikasjon og informasjon uansett sentralt for å mestre situasjonen. Dette kan forsterkes av at mange i etterkant av inngrepet, angret på at de ikke hadde tatt aktiv del i behandlingsprosessen når ettervirkningene fremhevet seg (Shim et al., 2016). I studien til Ussher et al. (2012) ønsket mange de hadde fått informasjon om konsekvenser relatert til seksuell velvære og i følge Sørensen & Almås (2013, s.440), kan kunnskap bidra til å gjenvinne kontroll over livet. Travelbee (2007, s.262) mener derimot kunnskap ikke er som ett tryllemiddel. Selv tenker jeg det blir viktig at pasienten uansett om hun ønsker det eller ei, får vite om konsekvenser relatert til valgt behandling, da det kan påvirke livet hennes videre i varierende grad. Som sykepleier blir det viktig å ha fokus på å hjelpe pasienten til å innta en aktiv rolle og selv ta ansvar for tilfredsstillende oppfølging (shim et al., 2016). Selv mener jeg at kvinner som overlater alt ansvaret til helsepersonellet, kan ha pådratt seg en midlertidig “ikke bry seg” – holdning, men som Travelbee (2007, s.99) mener først inntreter etter at kvinnen har lidd psykisk over lang tid uten å få nødvendig hjelp.

Etter avsluttet behandling når livet på sykehuset var over, opplevde informantene i studien til Shim et al. (2016) at det først var nå problemene startet. De hadde økt behov for detaljert forklaring, aktiv oppmuntring og beroligelse. Dersom pasienten opplever angst og lidelse blir det nødvendig å opptre empatisk og støttende da det kan ha negativ påvirkning for videre mestringsopplevelse. Av erfaring vet jeg at morgenrunden på sykehuset kan være en fin anledning til å fange opp pasientens tanker og følelser, samt sette av tidspunkt for videre samtale. Sørensen & Almås (2013, s.448) understreker at videre samtaler blir viktig å tilby kvinnen, da hun gjerne kan oppleve seg til bry om hun må be om dette på eget initiativ i denne

fasen. Håatun (2008, s.175-176) utdyper dette med at det blir viktig å snakke om tema som bivirkninger, reaksjoner og opplevelser ut ifra egen erfaring med denne tiden.

5.4 Tilpasse informasjon steg for steg og oppfølging

I studien til Drageset et al. (2010) uttrykker majoriteten at de foretrakk når realistisk informasjon ble tatt steg - for - steg som gjorde det mulig å bearbeide og akseptere situasjonen gradvis. Dette fremkommer også i studien til Beaver et al. (2010) hvor de samtidig måtte måtte oppleve seg klar. I studien til Shim et al. (2016) ønsket informantene oppriktig informasjon, men at de fleste foretrakk informasjonen ved engstelse og usikkerhet. Videre mente de at det ble viktig å vurdere individuelt hvordan enn tilnærmer seg pasienten på tvers av fasene i sykdomsprosessen. Dette da behovet ikke bare varierer etter personlighet, men også hvilken fase kvinnen befinner seg i som kan variere hos den enkelte. Ut i fra dette tenker jeg det må være vanskelig å finne riktig tilnærming til enhver tid, men Renolen (1996, s.98) mener dette vil oppleves enklere etterhvert som man blir kjent med pasienten.

Kvinnene i studien til Shim et al. (2016) forteller at det særlig i den første fasen av prosessen blir viktig å være bevisst på hvordan en møter pasienten, da det kan være vanskelig å forstå, stille spørsmål og huske hva som blir sagt. Schmid-Büshi et al. (2008) beskriver at nylig diagnostiserte pasienter gjerne opplever funksjonelle begrensninger sosialt. Dette støttes av Sørensen & Almås (2013, s.446) som videre forklarer det er påvist at de ikke oppfatter mer enn 20% av informasjonen som gis på dette tidspunktet. Selv har jeg erfaring med at pasienter kan ha nytte av å motta brosjyrer med informasjon som de kan se på i etterkant, som understøttes av Renolen (2015, s.196). Studien til Shim et al. (2016) forklarer det blir viktig å gi korte og konkrete forklaringer og at helsepersonell må vurdere pasienten ikke-verbalt, for å finne passende tidspunkt for samtale. Dette kan understøttes av Nortvedt (2012, s.62) som mener mange opplever informasjon gis på upassende tidspunkt som også kan oppleves krenkende.

I følge Beaver et al. (2010) vil kvinnen fortsatt ha behov for oppfølging etter å ha blitt kreftfri hvor formålet vil være å oppdage tilbakefall på et tidlig stadie og fange opp- samt møte hennes behov. I følge Sørensen & Almås (2013, s.442) kan jevnlig kontroll i årene etter derimot forsterke frykten for tilbakefall, men mener samtidig det kan oppleves betryggende. I studien til Beaver et al. (2010) har rutinemessig oppfølging på sykehuset basert på samtale og klinisk blikk imidlertid vist seg å ikke nødvendigvis være tilfredsstillende. Dette kan tenkes å

ha sammenheng med at kvinnen kan oppleve å være “til bry” i den hektiske sykehusstilværelsen. Hun kan også oppleve at hun bruker mye tid på venteværelset. Selv vet jeg hvordan det kan oppleves å være pasient og bli sittende å vente over lengre tid om du ikke har en “god nok” sak å ta opp når du endelig kommer til timen. I følge Eide & Eide (2012, s.120) blir det nødvendig å vise respekt for kvinnens tid for å respektere henne som person og at den som venter gjerne opplever avmakt.

Ut i fra dette forstår jeg det som at telefonsamtale vil kunne være et godt alternativ, samtidig som kvinnen går til regelmessig mammografi. Dette støttes av studien til Beaver et al. (2010) som videre mener telefonoppfølging stadig blir forsterket som tilnærming. Dette da det blant annet blir mindre fokus på tilbakevendende sykdom og mer fokus på informasjon og å tilfredsstillende kvinnens behov. Informantene opplevde det også i større grad individualisert, uavbrutt og tidsbesparende, samtidig var det mer behagelig å snakke via telefon. Dette da situasjonen ble normalisert og anonymisert som i følge Ussher et al. (2012), særlig kan være ønskelig ved tema som seksuell velvære som støttes av informantene i studien til Schmid-Büshi et al. (2008). Informantene i studien til Ussher et al. (2012) opplevde også at sykepleieren hadde bedre tid til dem via telefonsamtale i motsetning til på sykehuset. Det som for noen i studien til Beaver et al. (2010) kunne være en ulempe var ønsket om å sette et ansikt til stemmen, men en mulighet kunne vært at en sykepleier som pasienten hadde hatt tett kontakt med tidligere hadde fulgt opp kvinnen, som også hadde gjort det mulig å fange opp ikke-verbal kommunikasjon gjennom tonefall og pauser (Beaver et al., 2010).

6.0 Konklusjon

Hensikten med oppgaven var å finne ut hvordan sykepleier kunne kommunisere med kvinner diagnostisert med brystkreft for å hjelpe dem på vegen mot å mestre situasjonen. Funn i studiene viser at det først og fremst blir viktig at sykepleieren skaper en tillitsfull relasjon med pasienten. For at dette skal lykkes blir det viktig at sykepleieren er fysisk og psykisk tilstede og oppmerksom på både sin egen og pasientens ikke-verbale kommunikasjon. Dette da pasienten opplever det viktig å bli forstått av sykepleieren samtidig som det blir viktig å kjenne til, ved vurdering av hvordan kvinnen ønsker å bli møtt og hva samtalen skal inneholde på tvers av fasene hun gjennomgår. Fra kvinnens perspektiv oppleves det ikke nødvendigvis å være hva som blir sagt som blir det viktigste, men hvordan det blir sagt. En støttende-, empatisk og vennlig tilnærming, samt stillhet og øyekontakt var noe av det som pasientene her satte pris på, samtidig som at de ble møtt med respekt og som ett menneske bak sykdommen.

Videre kom det frem som sentralt med gjensidig kommunikasjon gjennom hele forløpet og at sykepleieren lytter aktivt til pasienten og tilrettelegger for spørsmål. For de fleste var det også av betydning at informasjonen ble utgitt steg for steg for å lettere kunne ta kontroll over eget liv som opplevdes viktig. Ellers opplevde mange det lettere å mestre dersom sykepleieren fokuserte på det positive selv i negativt betingede situasjoner. Videre kunne det å le sammen oppleves befriende, men derimot noe enn skal være forsiktig med da det også kan oppleves krenkende.

I forhold til de ulike fasene kom det frem at det særlig i den første fasen av sykdomsprosessen, var viktig å være bevisst på hvordan en møtte pasienten. Dette da pasienten kunne oppleve funksjonelle begrensninger sosialt og dermed ha vanskelig for å huske. Her kan det dermed bli nødvendig å gi korte og konkrete forklaringer, samt gjerne utlevere en skriftlig oppsummering til å se på i etterkant. Før behandling viser det seg å være viktig at sykepleieren har fokus på å hjelpe pasienten til å delta i diskusjoner og reflektere rundt egne forventninger til prosessen. Selv om dette ikke opplevdes viktig for mange i denne fasen, kan det få betydning på ett senere tidspunkt at kvinnen visste på forhånd hvordan særlig tiden etter avsluttet behandling kunne bli. Dette gjaldt spesielt konsekvenser i forhold til seksuell velvære. Etter avsluttet behandling opplevde mange kvinner ett behov for detaljert forklaring, aktiv oppmuntring og beroligelse. Etter hjemreise viste det seg at telefonoppfølging samtidig med mammografisk undersøkelse kunne være det mest

tilfredsstillende for største del av informantene. Det var derimot viktig at det var en kjent sykepleier som tok samtalen og at enn ikke må glemme å vurdere hver enkelt kvinne individuelt.

Referanseliste

- Aviado-Langer, J. (2014). Measuring preoperative anxiety in patients with breast cancer using The visual analog scale. *Clinical journal of oncology nursing*, 18(5),489-491.
Doi: 10.1188/14.CJON.489-491.
- Beacer, K., Williamson, S., & Chalmers, K. (2010). Telephone follow-up after treatment for breast cancer: Views and experiences of patients and specialist breast care nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 19(19/20),2916-2924. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03197.x
- Bertelsen, B., Hornslien, K., & Thoresen, L. (2012). Svulster. I S. Ørn, J. Mjell & E. Bach-Gansmo (red.), *Sykdom og behandling* (1.utg., s.123-145). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Christoffersen, L., Johanessen, A., Tufte, P. A., & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for Sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Dalland, O. (2013). Metode og oppgaveskriving. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Drageset, s. (2014). Mestring før kreftoperasjon. *Sykepleien*. Hentet fra:
<https://sykepleien.no/forskning/2014/01/mestring-kreftoperasjon>
- Drageset, S., Lindstrøm, T., & Underlid, K. (2010). Coping with breast cancer: between Diagnosis and surgery. *Journal of advanced nursing*, 66(1), 149-158. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05210.x
- Eide, H., & Eide, T. (2012). *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Forskningsetikkloven. (2006). *Lov om behandling av etikk og redelighet i forskning av 30. Juni 2006 nr. 56*. Hentet 14.Mars 2017 fra
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2006-06-30-56?q=etikk%20og%20forskning>

Gamnes, S. (2012). Nærhet og seksualitet. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3* (2 utg., s.72-104). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Grue, J. (2015). Kampen for sykdomstilværelsen. *Sykepleien*. Hentet fra:

<https://sykepleien.no/meninger/innsjill/2015/06/kampen-sykdomstilvaerelsen>

Hummelvoll, J. K. (2014). *Helt – ikke stykkevis og delt – psykiatrisk sykepleie og psykisk Helse*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Hofstad, E. (2016). Sykepleiere må tåle å stå i pasientens smerte. *Sykepleien*. Hentet fra:

<https://sykepleien.no/2015/12/sykepleiere-ma-tale-sta-i-pasientens-smerte>

Holter, I. M. (2011). Sykepleierprofesjonens kjernekompetanse. I I.M. Holter & T. E. Mekki (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie – Sykepleieboken 1* (4. utg., s.139-148). Oslo: Akribe.

Håtun, A. (2008). *Livslust – om å møte og mestre motgang*. Oslo: Aschehoug

Ingstad, K. (2014). *Sosiologi – I sykepleie og helsearbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Khoshnazar, K. T. A., Rassouli, M., Akbari, M.E., Lotfi-Kashani, F., Momenzadeh, S., Rejeh, N., & Mohseny, M. (2016). Communication needs of patients with breast Cancer: A qualitative study. *Indian journal of palliative care*, 2(4), 402-409.
Doi: 10-4103/0973-1075.191763

Kristoffersen, N. J. (2012). Stress og mestring. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3* (2 utg., s.134-196). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Kristoffersen, N. J. (2014). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A. Skaug (red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1 – sykepleiens Grunnlag, rolle og ansvar* (2utg., s. 207-280). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kunnskapssenteret. (2014). *Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning*. Hentet 6. April 2017 fra <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklist-for-vurdering-av-forskningsartikler>
- Lorentsen, V. B. & Grov, E. K. (2013). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I H. Almås, D.-G. Stubberud & R. Grønseth (red.), *Klinisk sykepleie 2* (4utg., s.401-437). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lov om pasient- og brukerrettigheter. (2015). Pasienten og brukerens rett til medvirkning av 12.November 2015 nr 29. Hentet 17. mars 2017 fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02/63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven#KAPITTEL_3.*
- Molven, O. (2014). *Sykepleie og jus*. Oslo: Gyldendal juridisk.
- Nortvedt, P. (2012). *OMTANKE – En innføring i sykepleiens etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- NOU 1998:16. (1998). Nytte-kostnadsanalyser – veiledning i bruk av lønnsomhetsvurderinger i offentlig sektor. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1998-16/id116515/sec7>
- Reitan, A. M. (2010). Krise og mestring. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (red.). *Kreftsykepleie – pasient – utfordring – handling* (3. utg., s. 72-100). Oslo: Akribe
- Pasient- og brukerrettighetsloven (2015) Rett til medvirkning og informasjon 24 juni 2011 nr 30. Hentet 17.mars 2017 fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven#KAPITTEL_3.*
- Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker – innføring i psykologi for helsefag*.

Bergen: Fagbokforlaget.

Schlichting, E. (2012). Sykdommer i brystene. I S. Ørn, J. Mjell & E. Back-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (1.utg., s.431-442). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Schimid – Büchi, S., Halfens, R., Dassen, T., & Van den Borne, B. (2008). A review of psychosocial needs of breast-cancer patients and their relatives. *Journal of Clinical Nursing*, 17 (21), 2895-2909. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02490.x

Solvoll, B-A. (2012). Identitet og egenverd. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3* (2 utg., s.16-39). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Spesialisthelsetjenesteloven. (2013). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m av 7. juni 2013 nr 29*. Hentet 17.mars 2017 fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61/KAPITTEL_3#KAPITTEL_3.

Sørensen, E. M. & Almås, H. (2013). Sykepleie ved brystkreft. I H. Almås, D-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (4 utg., s.439-452). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Thorsen, R. (2012). Trygghet. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3* (2 utg., s.105-132). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Travelbee, J. (2007). Mellommenneskelige forhold i sykepleie. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Travelbee, J. (1996). *Interpersonal Aspects of Nursing*. Pensumtjeneste AS.

Tveiten, S. (2012). Empowerment og veiledning – sykepeierens pedagogiske funksjon I Helsefremmende arbeid. I Å. Gammersvik & T. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis* (2 utg., s.173-191). Bergen: Fagbokforlaget.

Ussher, J. M., Perz, J., & Gilbert, E. (2013). Information needs associated with changes to

sexual well-being after breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 69(2), 327-337.

Doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06010.x

Webster, S., Chandrasekaran, S., Vijayaragavan, R., & Sethu, G. (2016). Impact of emotional support on serum cortisol in breast cancer patients. *Indian journal of palliative care*, 22(2), 141-149. Doi:10.4103/0973-1075.179607

WHO. (2017). Cancer. Hentet 6. April 2017 fra

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>

WHO. (2006). Sexual and reproductive health. Hentet 6. April 2017 fra

http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/

Vedlegg

Vedlegg 1: Søkehistorikk

Database: Cinahl

| Søkeord | Avgrensning | Antall treff | Artikler lest | Funn |
|-------------------------------------|---|--------------|---------------|--|
| “Cancer” “Support” | Full tekst “2012-2017” | 380 | For vidt søk | Ingen |
| “Cancer” “Newly” “cop*” | “full tekst” “2010-2017” | 14 | 2 | Coping with breast cancer; between diagnosis and surgery |
| “breast cancer” “emotion*” | “full tekst” “2010-2017” | 100 | 2 | Impact of emotional support on serum cortisol in breast cancer patients |
| “breast cancer” “communication” | “full tekst” “2012-2017” | 51 | 3 | Communication needs of patients with breast cancer: a qualitative study |
| “Breast cancer” “communication” | “full tekst” “2012-2017” “Europa” | 25 | 2 | Are patient-nurse relationships in breast cancer lined to adult attachment style |
| “breast cancer” “social support” | “full tekst” “2012-2017” “Europa” | 10 | 3 | Ingen |
| “breast cancer” “social support” | “full tekst” “2008-2017” “Europa” | 20 | 1 | Ingen |
| “breast cancer” “communication” | “full tekst” “2005-2017” “Europa” | 50 | 5 | Telephone follow-up after treatment for breast cancer: views and experience of patients and specialist breast cancer nurses. |

| | | | | |
|---|---|----|---|--|
| “breast cancer” “relation*” “nurs*” | “full tekst” “2005-2017” “Europa” | 40 | 3 | Ingen |
| “breast cancer” “information” | “full tekst” “2010-2017” “Europa” | 66 | 5 | Prevalence and correlates of sexual morbidity in long term breast cancer survivors |
| “breast cancer” “information” | “full tekst” “2005-2010” “Europa” | 31 | 3 | A review of psychosocial needs of breast-cancer patients and their relatives |

Database: PubMed

| Søkeord | Avgrensning | Antall treff | Artikler lest | Funn |
|--|---------------------------|--------------|---------------|--|
| Breast cancer Communication needs Nursing | Free full text 5 years | 13 | 2 | 1. Tailoring communications to the evolving needs of patients throughout the cancer care trajectory: A qualitative exploration with breast cancer patients |

Database: SveMed +

| Søkeord | Avgrensning | Antall treff | Artikler lest | Funn |
|--------------------------------|-------------|--------------|---------------|-------|
| Breast cancer Communication | Läs online | 20 | 1 | Ingen |
| Breast cancer | Läs online | 9 | 1 | Ingen |

| | | | | |
|---------|--|--|--|--|
| Nursing | | | | |
|---------|--|--|--|--|

Vedlegg 2: Oversikt valgte artikler

| Artikkel | Hensikt | Metode og datainnsamling | Utvalg | Konklusjon |
|---|--|---|--|--|
| <i>1. Coping with breast cancer; between diagnosis and surgery (Drageset, Lindstrøm & Underlid, 2010)</i> | Hensikten med denne studien var å undersøke hvilke mestringsstrategier som ble brukt hos kvinner med brystkreft i fasen mellom å nylig ha fått diagnosen og operasjon. | En kvalitativ studie gjennomført ved hjelp av individuelle intervju av utvalgte deltakere på ett norsk sykehus dagen før preoperativ informasjon. | 21 kvinner nylig diagnostisert med brystkreft. Kvinnenes alder hadde en gjennomsnitt på 54 år. | 7 tema var framtreddende for mestrings hos denne pasientgruppen; 1. Steg for steg, 2. Skyve vekk, 3. Fortsette som normalt, 4. Nyte livet, 5. Håndtere følelser, 6. Forberede seg på det verste, 7. Ha ett positivt fokus. |
| <i>2. Telephone follow-up after treatment for breast cancer: views and experiences of patients and specialist breast care nurse (Beaver, Williamson & Chalmers,</i> | Hensikten med denne studien var å utforske synspunktene til pasienter og sykepleiere i henhold til oppfølging etter brystkreft operasjon i form av telefonsamtaler. | En amerikansk undersøkelse utført ved hjelp av individuelle intervju av både pasienter og sykepleiere. Studien er kvalitativ. Dataene ble analysert av to uavhengige etterforskere, | 28 brystkreft behandlede pasienter med gjennomsnittlig alder på 61 år og 4 sykepleiere. | Telefonoppfølging viste seg å være en tilfredstillende tilnærming til majoriteten i studien. |

| | | | | |
|---|---|---|--|--|
| 2010) | | gjennom en manifest analyse prosedyre. | | |
| <i>3. Communication needs of patients with breast cancer: A qualitative study</i> | Å undersøke behovet for kommunikasjon hos kvinner med brystkreft | En kvalitativ studie gjennomført ved hjelp av personlig intervju med hver enkelt deltaker. Intervjuene ble deretter transkribert og vurdert før de ble kategorisert. | 20 deltakere. 9 av dem var kvinner med brystkreft, 10 helsepersonell og ett familiemedlem. | Å fange opp og møte pasientens kommunikative behov under sykdomsprosessen gjør at pasientene opplever seg bedre ivaretatt. |
| <i>4. Impact of emotional support on serum cortisol in breast cancer patients</i> | Hensikten med studien var å sammenligne effektiviteten rundt emosjonell støtte direkte fra sykepleiere til brystkreftpasienter gjennom verbal, skriftlig og telefon samtaler med deres nivå av kortisol i blodet. | En kvalitativ studie gjennomført ved å samle inn 2 ml blod fra deltakerene. Deltakerene var delt inn i 3 grupper hvor hver inneholdt 10 pasienter. Det ble brukt radioimmunoassay for å måle konsentrasjonen av Kortisol før og etter den utvalgte samtalemetoden var gjennomført hos hver enkelt gruppe. | Deltakerene var 30 brystkreftpasienter som var tilfeldig valgt gjennom en talltabell. | Emosjonell støtte viste seg å være effektivt for å redusere stressnivået i kroppen fysisk. Det var liten forskjell på kortisolnivået om tilnærmingen skjedde skriftlig, ansikt til ansikt eller gjennom telefon. |
| <i>5. Tailoring communication to the evolving needs</i> | Hensikten med denne artikkelen var å se på hvordan | Dette er en kvalitativ studie utført ved å intervju | 7 kvinner med brystkreft. Alle kvinnene var fra 20 år | Tilnærming- og kommunikasjonsbehov varierer etter hvilken fase |

| | | | | |
|---|---|--|--------------------|---|
| <i>of patients throughout the cancer care trajectory: a qualitative exploration with breast cancer patients</i> | <p>pasientene opplevde den kommunikative tilnærmingen ved lege konsultasjoner gjennom hele kreftprosessen og hva de kunne tenke seg hadde blitt gjort annerledes.</p> | <p>deltakerene i dybden. Transkripsjonen ble analysert ved hjelp av en analytisk tilnærming hvor dataen ble identifisert av en uavhengig gruppe etterfulgt av kategorisering av en "jury".</p> | <p>og oppover.</p> | <p>pasienten befinner seg i av sykdomsprosessen. Det blir også viktig å ha fokus på pasientens ikke-verbale kommunikasjon for å fange opp kvinnens behov.</p> |
|---|---|--|--------------------|---|

Vedlegg 3: Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning

I dette vedlegget vil jeg gi ett eksempel på kritisk vurdering av en forskningsartikkel som jeg har brukt. Sjekklisten er hentet fra kunnskapssenteret (2014)
 → se oppgavens referanseliste for fullstendig kilde, samt link til nettsiden.
 Den kvalitative studien jeg vurderer er følgende:
 Shim, Park, Yi, Jung, Lee & Hahn (2016). Se oppgavens referanseliste for fullstendig kilde.

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. casp-uk.net

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk

INNLEDENDE SPØRSMÅL

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

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?

| | | | |
|---|---|--|-------------------------------------|
| 3. Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen? TIPS: <ul style="list-style-type: none"> • Er utvalg, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet og begrunnet? | Ja <input checked="" type="radio"/> | Uklart <input type="radio"/> | Nei <input type="radio"/> |
| 4. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen? TIPS: <p><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.</i></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.)? | Ja <input checked="" type="radio"/> | Uklart <input type="radio"/> | Nei <input type="radio"/> |
| 5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart? TIPS: <p><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.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Er metoden som ble valgt god for å belyse | Ja <input checked="" type="radio"/> | Uklart <input type="radio"/> | Nei <input type="radio"/> |

2

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>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? | <p>Ja</p> <p><input checked="" type="radio"/></p> | <p>Uklart</p> <p><input type="radio"/></p> | <p>Nei</p> <p><input type="radio"/></p> |
| | <p>Kommentar: Studien er etisk godkjent av en etisk komitee.</p> | | |

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? | <p>Ja</p> <p><input checked="" type="radio"/></p> | <p>Uklart</p> <p><input type="radio"/></p> | <p>Nei</p> <p><input type="radio"/></p> |
| | <p>Kommentar: Hovedfunnene kommer klart fram i studien og funnene diskuteres i lys av det opprinnelige formålet med studien.</p> | | |

KAN RESULTATENE BRUKES I MIN PRAKSIS?

| | |
|--|---|
| <p>Hvor nyttige er funnene fra denne studien?</p> <p>TIPS:</p> <p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> Kan resultatene hjelpe meg til bedre å forstå sammenhengen jeg arbeider i? Dreft hvordan funnene kan utvide eksisterende kunnskap og forståelse? | <p>Kommentar: Studien er relevant og aktuell for min bacheloroppgave da den tar for seg hvordan pasienter ønsker å bli møtt kommunikativt. Selv om forskningen er utført i Sør Korea ser jeg på resultatene som interessante funn som kan overføres til norske kultur.</p> |
|--|---|

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk

| | | | | | | | |
|--|---|-----------------------|---------------|------------|----------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| <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>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="0"> <tr> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Uklart</td> <td style="text-align: center;">Nei</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Kommentar: mønstre i data blir identifisert og kategorisert 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"/> | | | | | |
| <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="0"> <tr> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Uklart</td> <td style="text-align: center;">Nei</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Kommentar: Konteksten er beskrevet i besvarelsen. Forskernes teoretiske ståsted og faglige bakgrunn er fra kreft omsorg sentrer og kreft sykehus.</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 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="0"> <tr> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Uklart</td> <td style="text-align: center;">Nei</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Kommentar: Hovedfunnene i studien diskuteres opp mot tidligere forskning i diskussionsdelen.</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"/> | | | | | |

