



Høgskulen  
på Vestlandet

## EKSAMENSINNLEVERING

---

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

Emnekode: **SYKHB3001**

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 27.04.17 kl 14.00

Kandidatnr.: 582

Antall ord: 9852

”Uansett hvor mye vi anstrenger oss, kan vi ikke kontrollere vår egen helse fullt ut.

Derfor må vi slutte å legge skylden for sykdommen på den syke selv,

og i stedet stå sammen om å gi syke mennesker gode vilkår for å bli så friske som mulig.”

Ståle Fredriksen

## **Sammendrag**

**Bakgrunn:** Brystkreft er den vanligste typen kreft blant kvinner, og hvert år dør over 500.000 kvinner av denne krefttypen. Som sykepleier er det viktig å vite hva sykdommen innebærer, og hvilken belastning det er for kvinner å få denne diagnosen. Dersom vi som sykepleiere har kunnskap nok om sykdommen, kan vi hjelpe kvinnene individuelt med å mestre kreften.

**Hensikt:** Hensikten med denne oppgaven er å få bedre kunnskap om hvordan jeg som sykepleier kan bidra til mestring hos kvinner som har blitt diagnostisert med brystkreft.

**Metode:** Litteraturstudie

**Funn:** Funnene jeg legger frem, etter analyse av forskningsartiklene jeg har presentert, understreker i all hovedsak viktigheten informasjon, og kunnskap om mestringsstrategier. For at kvinner skal håndtere og leve med brystkreft, er de avhengig av god informasjon og kunnskap om kreften fra helsepersonell, sammen med sosial støtte, spesielt fra familie og venner.

**Nøkkelord:** Brystkreft; mestring; sykepleier; kommunikasjon; diagnose; nylig diagnostisert

## **Abstract**

**Background:** Breast cancer, is the single-most deadly type of cancer among women in the world, and each year over 500.000 women die as a result. As nurses, it is important to have knowledge of the cancer and which stress it puts on the women, in order to be able to help the women cope on an individual level.

**Purpose:** The purpose of this paper is to gain knowledge about how I as a nurse can help coping in women with newly diagnosed breast cancer.

**Method:** Literature study

**Result:** The findings put forward from the different research papers I discuss, show an importance of information, as well as knowledge about different coping strategies. In order for women to be able to cope and live with their cancer, they are dependent upon good information and knowledge about the cancer from healthcare professionals, as well as social support from friends and family.

**Keywords:** Breast Cancer; coping; nurse; communication, diagnosis, newly diagnosed

## Innhold

1.0 Innledning .....	6
1.1 Oppgavens hensikt og problemstilling .....	6
1.2 Avgrensning, presisering og begrepsavklaring .....	7
2.0 Teori .....	8
2.1 Sykepleiefaglige perspektiv .....	8
2.2 Brystkreft.....	9
2.2.1 Symptomer.....	9
2.2.2 Diagnose .....	10
2.2.3 Behandling .....	10
2.3 Salutogenese .....	11
2.4 Krise .....	12
2.5 Mestring .....	13
2.5 Kommunikasjon.....	15
3.0 Metode .....	15
3.1 Beskrivelse av metode .....	15
3.2 Datainnsamling og litteratursøk.....	16
3.2.1 Inklusjons og eksklusjonskriterier .....	16
3.2.2 Data- og litteratursøk.....	17
3.3 Kildekritikk .....	18
3.4 Analyse .....	18
4.0 Resultat .....	19
4.1 Funn i forskningsartiklene.....	21
5.0 Drøfting.....	22
5.1 Fysiske endringer, seksualitet og femininitet .....	24
5.2 Informasjon .....	25
5.3 Kontroll .....	27
5.4 Kommunikasjon.....	29
5.5 Sosial Støtte.....	29
5.6 Mestring .....	31
6.0 Konklusjon .....	33
Litteraturliste .....	34

### Vedlegg 1: Funn i forskningsartiklene

## 1.0 Innledning

Jeg har valgt å skrive om brystkreft, og sykepleiers bidrag til kvinners mestring. Her vil jeg presentere oppgavens tema samt grunnen til at jeg har valgt dette emnet.

I 2015 fikk 3415 kvinner i Norge brystkreft (Kreftregisteret, 2015). Det er den vanligste formen for kreft blant kvinner, og hvert år dør flere tusen kvinner av sykdommen. Brystkreft er også den vanligste kreftformen hos kvinner på verdensbasis, og i 2011 døde over 508 000 kvinner som følge av brystkreft (WHO, 2017). Det er få sykdommer som vekker like sterke følelser som kreft. Kreft, og kvinnehelse er et sykepleietema som alltid har interessert meg. Denne oppgaven handler om brystkreft og hvordan kvinner med nyoppdaget brystkreft kan klare å mestre sin nye hverdag, og hvordan sykepleier kan bidra etter brystkreftdiagnosen til å mestre sykdommen ved hjelp av mestringsstrategier. Jeg har valgt å fokusere på brystkreft (cancer mammae) siden det er den hyppigste formen for kreft som rammer kvinner. En stor utfordring hos sykepleiere er å observere og handle slik at påkjenningene som følge av sykdommen blir minst mulig hos kvinnen (Dahl, 2016). Dersom sykepleiere kan klare å kartlegge individuelle behov hos kvinnene med diagnosen brystkreft, vil dette være med på at vi som helsepersonell kan yte en best mulig helsehjelp og støtte dem slik at de føler mestring. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleier sier at man som sykepleier skal understøtte håp, mestring og livsmot hos pasientene (NSF Yrkesetiske Retningslinjer punkt 2.2).

### 1.1 Oppgavens hensikt og problemstilling

Hensikten med oppgaven er å få bedre kunnskap om hvordan jeg som sykepleier kan bidra til mestring hos kvinner som har blitt diagnostisert med brystkreft. Jeg har selv ingen erfaringer med brystkreftpasienter, men jeg har erfaringer med andre typer kreft. Siden kreftdiagnosen ofte kommer som et sjokk og er en krise i kvinnens liv, er det viktig at sykepleier sitter med kunnskap om sykdommen. Gjennom målrettet kommunikasjon, informasjon og støtte kan sykepleier best mulig møte pasienten. Dette kan bidra til at kvinnen føler seg ivaretatt i sin nye og utfordrende fase av livet. Kvinner med nylig diagnostisert brystkreft møter først sykepleier på den aktuelle avdelingen, og deretter i forbindelse med oppfølging og behandling.

Problemstillingen jeg har valgt for oppgaven min er følgende:

*Hvordan kan sykepleier være med på å fremme mestring hos kvinner med nylig diagnostisert brystkreft?*

## **1.2 Avgrensning, presisering og begrepsavklaring**

Jeg har valgt å utelukke kvinner i palliativ fase og kvinner med metastaser. Dette begrunner jeg med at jeg vil avgrense oppgaven min mot kvinner som nettopp har fått beskjed om diagnosen og tiden som kommer etter. Jeg ønsker å skrive en sykepleierrettet oppgave om hvordan jeg best kan bidra og hjelpe kvinner med å mestre sykdommen. Jeg kommer til å skrive om tiden fra diagnosen blir gitt. Oppgaven vil være rettet mot den krisen og sjokket kvinnene opplever etter å ha blitt diagnostisert med brystkreft, og hvordan de på best mulig måte klarer å mestre sin nye hverdag. Siden det ikke finnes noen fasit på hvordan hver enkelt kvinne vil reagere på det å få brystkreft, så er det avgjørende mener jeg at sykepleier stiller opp som støttespiller.

*Helsefremming*: et arbeid fokusert på positive ressurser for helse, og å styrke helsen for forebygge sykdom (Mæland, 2010).

*Mestring*: kognitive og atferdsmessige tiltak for å klare indre eller ytre krav som overstiger personens ressurser (Lazarus og Folkman, 1984 i Renolen, 2008, s. 149).

*Mestringsstrategier*: finne frem til hva som hjelper for å møte problemer og å utvikle egne verktøy for å håndtere helseproblemer (Hummelvoll, 2012).

*Salutogenese*: en teori som fokuserer på hva som fremmer god helse og gir personer økt mestring og velvære (Dahl, 2016).

## 2.0 Teori

Her vil jeg presentere teorien som jeg har lagt til grunn for min problemstilling. Jeg vil dekke sykepleiefaglige perspektiv, brystkreft, salutogenese, krise, mestring og kommunikasjon.

### 2.1 Sykepleiefaglige perspektiv

I denne oppgaven har jeg brukt Joyce Travelbee sin sykepleieteori som grunnlag. Travelbee er en kjent sykepleieteoretiker, som setter mennesket, og pasienten som et individ i fokus. I tillegg til det mellom-menneskelige, så fokuserer hun også på mestring i sitt arbeid med sykepleie. Siden jeg skal fokusere på hvordan kvinner mestrer brystkreft, er Travelbee sin sykepleieteori et naturlig verktøy for min oppgave. Travelbee definerer sykepleie som;

*Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene. (Travelbee, 2007, s.29).*

Sykepleiere jobber i stor grad ved sykehus, og ved sykehus er ofte målet at pasienter skal komme seg, og bli friske. Travelbee (2007) skriver at sykepleiere må bistå syke mennesker ved å hjelpe dem å mestre en sykdom eller lidelse som en erfaring, og at en oppnår dette ved å etablere en tilknytning med pasienten, som fører til at pasientene føler seg forstått og at de ikke føler seg alene. Håp er viktig for å mestre en vanskelig situasjon, det er også et sentralt tema hos Travelbee som beskriver hvordan håp henger sammen med mestring. Skal en pasient være villig til å motta hjelp fra helsepersonell, må man ha et håp om at man kan bli frisk. Pasienter som har håp er i en avhengig posisjon, hvor hjelp fra andre blir akseptert (Travelbee, 2007). Travelbee (2007) beskriver videre hvordan et kirurgisk inngrep går inn på et menneske, og at reaksjonene varierer fra person til person. Det grunnleggende behovet i forbindelse med et kirurgisk inngrep er informasjon og sikkerhet. Travelbee beskriver måter å mestre angst i forbindelse med operasjoner eller kirurgiske inngrep. Mennesker mestrer angsten forbundet med kirurgisk inngrep på lik linje som de har håndtert en krise i livet tidligere (Travelbee, 2007). Menneske-til-menneske-forhold i sykepleie er de erfaringene og opplevelsene som deles av sykepleier og den syke. Her blir individets, familiens eller samfunnets sykepleiebehov ivaretatt av en sykepleier ved at han eller hun målbevisst bruker seg selv terapeutisk, samtidig som hun disiplinert og intellektuelt forholder seg til problemer (Travelbee, 2007). Kommunikasjon mellom pasient og sykepleier foregår på forskjellige



måter, og er det viktigste verktøyet sykepleier har for å etablere et Menneske-til-menneske-forhold. Dette forholdet er en gjensidig prosess, hvor pasienten opplever at hun blir behandlet som et menneske og ikke et nummer i rekken, eller et romnummer. Det er sykepleieren som må opprettholde dette forholdet, og sykepleieren blir også sett på som et menneske som skal hjelpe pasienten snarere enn bare en sykepleier (Travelbee, 2007).

## 2.2 Brystkreft

Brystkreft, *cancer mammae*, er den kreftformen som tar nest mest liv hos kvinner. I 2015 fikk 3415 kvinner denne kreftformen (Kreftregisteret, 2015). Brystkreft er en ondartet svulst lokalisert i brystkjertelen, 70 % av tilfellene treffer kvinner over 50 år mens bare 5,6 % av tilfellene treffer kvinner under 40 år. Av de kvinnene som var i live av brystkreft viser tall fra per 31.12.2008 at det gjaldt 34.000 kvinner, mens i 2006 så døde 675 kvinner i Norge av brystkreft (Wist, 2012).

Årsakene til at kvinner får brystkreft kan være mange. Når kvinnen eksponeres for østrogen, er risikoen størst for å utvikle brystkreft. Dette relaterer til at sen alder for første menstruasjon minsker risikoen – den minskes med 4 % per år over landsgjennomsnittet på 12,5 år. Ung graviditet reduserer også risikoen (20-25 år) sammen med flere graviditeter før 30 år. Ukentlig trening på 4 timer har vist å redusere risikoen med 40 %. Amming og fjerning av eggstokkene før 35 år reduserer også noe risikoen. Bruk av p-piller øker brystkrefttrisikoen, men denne økte risikoen forsvinner etter 10 år – det samme gjør høy alder ved første graviditet (over 30 år). Oppdagelsen av brystkreftgene BRCA1 og BRCA2, viser at enkelte former for brystkreft er arvelig betinget (Wist, 2012). Alle kvinner er bærere av genet, men enkelte har mutasjoner, som gir opp til 70 % risiko for å utvikle brystkreft før fylt 80 år (BRAC1) og 60 % risiko for BRAC2 (Wist, 2012).

### 2.2.1 Symptomer

De fleste kvinner som får påvist brystkreft, får kreftsvulsten oppdaget før de får symptomer, og på tidlig stadium er det, foruten om en kul i brystet, veldig få symptomer (Jacobsen, 2009). Kuler i brystet er vanligvis smertefrie, så en kul blir gjerne tilfeldig oppdaget eller under mammografiscreening. Sekret fra brystvortene kan, dersom det inneholder blod være et symptom på ondartete svulster. Et av de tidligste tegnene på brystkreft er forandringer i huden, det kan vise seg som små søkk inn i brystet, appelsinhud eller rødflammet hud. Inntrukket

brystvorte er også et viktig symptom og tegn på brystkreft (Kåresen og Wist, 2012). Andre symptomer som kan komme senere kan også være sår som ikke gror på brystet, eksemplignende endringer rundt brystvorten, og forandringer i brystets størrelse (Jacobsen, 2009). Dersom pasienten har spredning til andre deler av kroppen, kan det være sammenhengende smerter og symptomer. Brystkreftpasienter har derimot veldig sjelden spredning, eller symptomer på spredning på tidspunktet når de får diagnosen (Sørensen og Almås, 2012).

### 2.2.2 Diagnose

Pasienter med tydelige kreftsvulster, symptomer eller mistanke om kreft, henvises til senter for brystdiagnostikk hvor man foretar en såkalt trippeldiagnostikk (Wist, 2012).

Trippeldiagnostikk innebærer en klinisk undersøkelse, bildediagnostikk og vevsprøve. Resultatene fra de enkelte diagnostiske metodene gir ikke klare svar på hvorvidt man har brystkreft eller ei. En optimal trippeldiagnostikk hvor samarbeidet fungerer mellom kirurg, røntgen-lege og patolog, gir en treffsikkerhet på 98-99 % (Sørensen og Almås, 2012). En klinisk undersøkelse av brystet er en systematisk inspeksjon og palpasjon av brystet og området rundt (Wist, 2012). Bildediagnostikk blir oftest gjort ved hjelp av mammografi, her blir det tatt røntgenbilder av brystet, og her kan man oppdage svulster i brystet som er mye mindre enn hva man kan ved klinisk undersøkelse. Magnetisk Resonanstomografi (MR) brukes også i tillegg til mammografi. MR brukes i tilfeller hvor det er uenighet mellom klinisk diagnose og mammografi, samt hos kvinne med som har genet for arvelighet (Sørensen og Almås, 2012). Nålebiopsi kan gi den histologiske eller cytologiske delen av diagnosen, og gjennomføres ved hjelp av finnålsbiopsi (FNAC) eller sylindربیopsi, dette gjennomføres ved å ta en vevsprøve av brystet (Kåresen og Wist 2012, Sørensen og Almås, 2012).

### 2.2.3 Behandling

Behandling av brystkreft i Norge, følger Norsk Brystkreftsgruppe (NBCG) sine retningslinjer. Kirurgi, adjuvant behandling og strålebehandling er elementene brukt i behandlingen. Kirurgisk inngrep, enten i form av brystbevarende kirurgi, eller mastektomi, fjerning av hele brystet, er de viktigste og vanligste behandlingene (Sørensen og Almås, 2012). Ved små svulster ønsker man å gjennomføre brystbevarende kirurgi, brystet spares, og bare kulen opereres bort (Jacobsen, 2009). Mastektomi, eller fjerning av hele brystet, gjøres ved store

svulster eller ved tilbakefall etter brystbevarende kirurgi. Adjuvant behandling gis for å redusere risikoen for tilbakefall. Adjuvant endokrin behandling tilbys kvinner under 55 år, og består av anti-østrogener som reduserer effekten av østrogenet. Denne behandlingen gir en betydelig bedring av overlevelse (9,2 %). Adjuvant cytostatika behandling gir 10 % reduksjon i risikoen for at kreften får dødelig følge (Wist, 2012). Etterbehandling gis i form av strålebehandling og har til formål å forhindre lokalt tilbakefall. Kvinner som har gjennomført brystbevarende kirurgi, samt de som har fått spredning, skal få strålebehandling. Denne strålingen kan bidra til en betydelig reduksjon i risiko for tilbakefall og død.

Strålebehandlingen starter normalt 6-8 uker etter operasjon (Wist, 2012, Sørensen og Almås, 2012).

Helsedirektoratet anbefaler alle kvinner i alderen 50-69 år mammografi hvert 2. år (Helsedirektoratet, 2016). I Norge blir det gjennomført en mammografiscreening som blir tilbudt alle kvinner i den anbefalte aldersgruppen, noe som har ført til en reduksjon av brystkreftdødeligheten (Wist, 2012). Samtidig har man sett at mammografiscreeningen har en negativ side ved seg. Det blir oppdaget flere kreftsvulster som uten screening aldri ville blitt diagnostisert som kreft i kvinnens levealder. Kvinnene får altså en kreftdiagnose de ellers ikke ville fått (Kåresen og Wist, 2012). Fra januar 2015 ble det innført et Pakkeforløp for brystkreft. Et pakkeforløp er ifølge Helsedirektoratet et standardisert forløp for pasientene som beskriver organisering av utredning og behandling, kommunikasjon/dialog, hvem som har ansvar, og oversikt over konkrete forløpstider (Helsedirektoratet, 2016). Pakkeforløp fra sykehusene skal gi trygghet til pasienten, og gjøre behandlingen mer forutsigbar. Den beskriver organisering av utredningen og behandling, og hvor lang tid man kan forvente at de forskjellige stadiene tar.

### 2.3 Salutogenese

Forskning og læren om helse og sykdom handler i veldig stor grad om hva som gjør oss syke. Aaron Antonovsky introduserte begrepet salutogenese med formål å forklare hva som holder mennesker friske, hva som gjør mennesker motstandsdyktige og friske (Renolen, 2008). Antonovsky bygger sine teorier på stress og sykdom, og sammenhengen mellom dem. Både stress og sykdom er vanlig hos et menneske, og de kan ifølge Antonovsky være helsefremmende (Renolen, 2008). Salutogenese er motsetningen til patogenese (hva som forårsaker sykdom), men Antonovsky ikke er uenig i den patogenetiske fremgangs- og forståelsesmåten til sykdom. Han ønsker heller at de to skal brukes sammen, for best å

fremme helse og mestring (Varre, Slettebø og Ruland, 2011). Antonovsky mente at en persons evne til å møte negative belastninger i livet, som for eksempel en kvinnes møte med brystkreft, avhenger av personens ressurser. Salutogenetisk tenking fokuserer altså på menneskets historie, hvilken evne til mestring personen har opplevd tidligere i livet. Et kjernebegrep i Antonovsky's teori er *opplevelse av sammenheng (OAS)*. Opplevelse av sammenheng består, ifølge Dahl (2016), av tre forventninger hos en person:

- Hvor håndterbar man tror den nye situasjonen er.
- Hvor forståelig, logisk og forutsigbar man tror den nye situasjonen er.
- Hvor meningsfull og overkommelig man tror den nye situasjonen er.

Antonovsky's forskning viser at personer som har en høy grad av OAS kan ha god helse til tross for sykdom og store påkjenninger. Meningsfullheten beskrives som den viktigste, den gir en lyst og vilje til å finne en dypere forståelse, og hvilke ressurser man har til rådighet. Personen føler en deltakelse og et engasjement i sitt eget liv, og finner mening i død og lidelse (Renolen, 2008). Betydningsfulle mestringsressurser, kan fremme effektiv mestring, og jo flere mestringsressurser en har, jo høyere OAS og jo bedre helse. Disse mestringsressursene inkluderer; kontroll, identitet av egoet, sosial støtte, materielle verdier, kultur, religion og verdier (Renolen, 2008). Et salutogenetisk syn på helse kan gi en dypere forståelse om hva som bidrar til mestring av helseproblem hos mennesker. Antonovsky mener videre at hvordan og når en diagnose gis til en pasient, kan påvirke opplevelsen av sammenheng (OAS) og følelse av meningsfullhet hos pasienten.

## 2.4 Krise

En krise er en utfordrende situasjon, et vendepunkt eller plutselig forandring i livet. I psykologien er krise en hendelse hvor en person møter en situasjon som overstiger ens evne til å mestre. Kriser deles inn i utviklingskrise og traumatisk krise (Renolen, 2008). En livskrise kommer gradvis og er en naturlig del av livet - de kommer som en følge av en ny livssituasjon. En livskrise blir omtalt som en overgang fra en fase i livet til en ny, som alle er psykologiske utfordringer som må mestres, eksempelvis puberteten og alderdom. En traumatisk krise er en ekstraordinær belastning som kommer som følge av ytre påkjenninger (Eide og Eide, 2007). Traumatiske kriser kan oppstå som følge av sterke og brutale påkjenninger i et menneskes liv, det kan være hendelser som sykdom, ulykker og voldshandlinger. Renolen (2008) beskriver Johan Cullbergs kriseteori som identifiserer fire faser av reaksjoner mennesker har til kriser.

Sjokk-, reaksjons-, bearbeidelses- og nyorienteringsfasen. Fasene er ikke enkeltstående, men flyter litt inn i hverandre, men hver fase har sine aspekter, kjennetegn og utfordringer.

Sjokkfasen er preget av følelser av uvirkelighet og at man ikke erkjenner hva som har skjedd. Evne til vurdering og tankegang blir også nedsatt, samtidig som man mister kontakten med følelsene sine. Reaksjonsfasen inntreffer når man begynner å ta inn over seg hva som har skjedd, og tanker følelser og reaksjoner kommer uten kontroll fra personen det gjelder. I denne fasen kan det dukke opp angst og depresjoner, og mange har et sterkt behov for å snakke om følelsene sine. Mennesker har et behov for å oppleve kontroll, og denne kontrollen kan en miste når en plutselig står ovenfor en uforutsigbar sykdom. Det viktigste verktøyet for å klare å mestre situasjonen er i reaksjonsfasen. Å få tilbake følelsen av forutsigbarhet og evne å påvirke sitt eget liv. I reaksjonsfasen er det vanlig å reagere med forsvarsmekanismer for å fjerne seg selv fra situasjonen (Eide og Eide, 2007). Bearbeidelsesfasen er en fase med aksept og forsoning, hvor man bearbeider de følelsene og reaksjonene man har hatt som følge av krisen, uten å bli overveldet av dem. Bearbeiding innebærer å lette på forsvaret, og slippe følelsene sine til. Denne prosessen kan være belastende men er nødvendig i målet om bedret helse og mestring av situasjonen (Eide og Eide, 2007). Nyorienteringsfasen er veien videre etter krisen. Personen som har opplevd krisen har nå bearbeidet den, i den grad det lar seg gjøre. Livet videre er både avhengig av krisen og personens evne og vilje til å bearbeide og nyorientering (Eide og Eide, 2007).

## 2.5 Mestring

Travelbee (2007) skriver at man som sykepleiere, skal hjelpe pasienten til å mestre sykdommen sin, og bidra til å finne mening med erfaringene pasienten har. Selv om det ikke finnes en absolutt definisjon på mestring, kan man si at mestring er flere komplekse og uoversiktelige prosesser. Felles for flere mestringsteorier, er at det sees på som psykiske og handlingsrettede forsøk på å beherske, tolerere, og redusere de belastninger man blir utsatt for, eller de negative påkjenningene som følger med (Eide og Eide, 2007). Lazarus og Folkman definerte en stressmestringsmodell, og de så, ifølge Renolen (2008), på mestring som en prosess:

*”kognitiv og atferdsmessige tiltak for å klare indre eller ytre krav som overstiger personens ressurser”. (Renolen, 2008. s. 149).*

Når en person møter stress, eller en krise, blir situasjonen først vurdert hvor truende den er – en primærvurdering. En sekundærvurdering vurderer så hva som kan gjøres, og hvilken konsekvens handlingen får. Disse vurderingene kan enten være nøye vurdert og bevisste, eller ubevisst og automatisk (Renolen, 2008). Erfaringer fra tidligere situasjoner, samt personlig bakgrunn har innvirkning på vurderingene som blir tatt. Når disse vurderingene er foretatt, forsøker man å mestre stresset, ved hjelp av mestringsstrategier. Tanker, følelser og handlinger jobber sammen i mestringsprosessen (Eide og Eide, 2007). Et menneskes evne til å mestre avhenger av forskjellige faktorer som kjønn, alder, personlige forutsetninger, interesser, motstandskraft, og tidligere erfaring og mestring av stress kriser og sykdom (Reitan, 2010. s.86).

Lazarus og Folkman skiller mellom problemorientert- og emosjonelt orientert mestring. *Problemfokusert* mestring fokuserer på å løse et problem, endre de ytre problemene, og å bruke aktive strategier for å endre det som forårsaker stresset (Kristoffersen, 2012). Dette er strategier som brukes når personer i sekundærvurderinger ser at man har muligheter å lykkes i å mestre situasjoner. En persons egen oppfattelse av hvorvidt man kommer til å lykkes er sentral når man skal velge mestringsstrategi. *Emosjonsfokusert* mestring omfatter en strategi som prøver å endre opplevelsen av situasjonen, mer enn å prøve å endre selve situasjonen (Reitan, 2010 s.84, Eide og Eide, 2007).

Sammenhengen mellom følelser og mestring er nær. Det samme gjelder sammenhengen mellom vurderingen av situasjonen man ønsker å mestre, og de følelsesmessige reaksjonene av situasjonen. I en mestringsprosess bruker man gjerne forskjellige strategier og tilnærminger (Renolen, 2008). Håp er også sentralt i mestring hos mennesker, og det er håp som gjør det meningsfullt for syke å hente fram krefter for å håndtere motgang (Renolen, 2008). Uten håp ser pasienter ingen lys i tunnelen, ingen bedre utsikter, og ingen løsninger på problemer (Travelbee, 2007). Sykepleier som gjør seg tilgjengelige og villige til å lytte og hjelpe, bidrar ifølge Travelbee (2007) til å opprettholde håpet og motvirke håpløshet hos pasienter. Sykepleiere som er lite oppmerksomme på pasientens behov, fratruer effektivt pasientens håp.

## 2.5 Kommunikasjon

Da pasienten får kreftdiagnosen, kommer de opp i situasjoner hvor det må samtales om sykdommen, behandling og utsikter. I disse samtaler er det viktig å gi pasienten rom til å uttrykke seg selv, og komme med bekymringer og spørsmål hun har (Dahl, 2016).

Kommunikasjon og samtaler er en absolutt nødvendighet for å skape tillit mellom sykepleier og pasient. Dahl (2016) beskriver to grunnleggende aspekter av kommunikasjon; det er umulig ikke å kommunisere og all kommunikasjon har en innholdsdel og relasjonsdel. Dette innebærer at når vi har kontakt med pasienter, så kommuniserer vi enten man vil eller ei – og når vi kommuniserer så skaper man en relasjon med pasienten. Eide og Eide (2007) sier at profesjonell kommunikasjon i helsefag skal være til hjelp for pasientene. Dette innebærer åpen kommunikasjon. Åpen kommunikasjon, gjerne ved hjelp av åpne spørsmål, inviterer pasienten til å komme med sine egne synspunkter og meninger. Åpne spørsmål er spørsmål som krever mer svar enn bare ja og nei. Kommunikasjon er, ifølge Travelbee (2007), det som gjør et menneske-til-menneske-forhold mulig. Hensikten med kommunikasjon er å bli kjent med pasienten, for å få innsikt i pasientens behov.

## 3.0 Metode

I dette kapittelet vil jeg beskrive hva metode og et litteraturstudie er. Jeg vil også gjøre rede for hvilke databaser og søkeord som jeg har brukt for å finne fagstoff og litteratur om temaet jeg har valgt.

### 3.1 Beskrivelse av metode

Når vi skal undersøke noe er det viktig å ha et redskap, dette redskapet kalles metode. Man kan si at å være vitenskapelig er å være metodisk. Dalland (2007) sier at metode er:

*”en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap” (Dalland, 2007, s 81).*

Metoden hjelper oss å samle inn data og informasjon man trenger til det vi skal undersøke. Det blir brukt ulike former for metode, bl.a. kvantitativ som gir oss data som er målbare i form av tall og diagrammer som gjør det enklere å foreta regneoperasjoner, som for eksempel gjennomsnitt og prosentandel. Kvalitative metoder fanger opp opplevelser og meninger som ikke lar seg måle eller tallfeste (Dalland, 2007). Forskningsartikler som bruker kvalitative

metoder er derfor velegnet i min oppgave, da jeg ser på hvordan kvinner kan mestre og tilpasse seg den nye situasjonen etter å ha fått diagnosen brystkreft. I denne oppgaven bruker jeg litteraturstudie som metode for å svare på problemstillingen min. En litteraturstudie bygger på eksisterende forskning og litteratur, og skal ikke nødvendigvis ny informasjon, men bruke tilgjengelig informasjon for å belyse en problemstilling.

## 3.2 Datainnsamling og litteratursøk

I prosessen med å finne kilder, artikler og litteratur til oppgaven, søkte jeg via Høyskolen i skolebiblioteket sin database, BibSys / Oria. Jeg brukte også flere nettbaserte søkemotorer for å søke etter forskningsartikler. Jeg benyttet meg av *CINAHL*, *PubMed* og *SveMed+*. I tillegg søkte jeg på artikler på *www.sykepleien.no*. Grunnet temaet jeg har valgt, var det også naturlig å lete etter informasjon hos Folkehelseinstituttet, kreftregisteret og Norsk Sykepleierforbund.

### 3.2.1 Inklusjons og eksklusjonskriterier

I prosessen med å søke etter relevant litteratur, legger man til grunn kriterier for å vurdere relevansen for forskningen. De inklusjons- og eksklusjonskriteriene jeg har forholdt meg til er;

#### **Inklusjonskriterier:**

- Kvalitative og kvantitative forskningsartikler
- Kvinner som har nylig blitt diagnostisert med brystkreft
- Ingen krav til alder på kvinnene
- Artikler på norsk, dansk, svensk og engelsk
- Kvinner opplevelser ved diagnose
- Kvinner mestrings i forbindelse med brystkreft
- Sykepleiers rolle relatert til mestrings og brystkreft
- Masteroppgaver
- Peer-reviewed artikler



### **Eksklusjonskriterier:**

- Forskningsartikler fra ikke-industrialiserte land
- Kvinner i palliativ fase
- Kvinner med metastaser

### **3.2.2 Data- og litteratursøk**

De stikkordene jeg benyttet i min søkeprosess var følgende: *brystkreft, breast, breast cancer, cancer, communication, kommunikasjon, nurse, sykepleier, mestring, coping, diagnose, diagnosis, newly diagnosed, nylig diagnostisert*

Detaljert oversikt over hvordan jeg har funnet de forskningsartiklene jeg har inkludert og brukt i denne oppgaven følger på neste side. Jeg inkluderer ikke søkeresultater hvor jeg ikke fant artikler jeg bestemte meg for å bruke.

Dato	Database	Søkeord	Avgrensing	Resultater	Valgt artikkel
25.02.2017	CINAHL	<i>breast cancer AND newly diagnosed</i>	Full Text; 2007-2017; Europa	16	13. "Coping with breast cancer"
25.02.2017	SveMed+	<i>breast AND cancer AND coping</i>		13	3. Det er mitt liv som gjelder
26.02.2017	PubMed	<i>nurse AND breast AND norway</i>	Full Text;	40	32. Women with newly diagnosed...  38. Living with newly diagnosed...
28.02.2017	SveMed+	<i>cancer AND nurse AND communication</i>		14	8. Narrativer i samtaler mellom kreftsykepleier og pasient
28.02.2017	PubMed	<i>nurse role AND breast cancer AND diagnosis</i>	Full Text	227	10. "The support I need"

### 3.3 Kildekritikk

Kildekritikk henspeler på å være kritisk ovenfor de kilder man bruker. I følge Dalland (2007), må man vurdere samt karakterisere den litteraturen og de kildene som er benyttet. Formålet med dette er at leseren skal få innsikt i på hvilket grunnlag man har gjort seg tanker og refleksjoner i oppgaven. Fire av de seks forskningsartiklene jeg har brukt, er skrevet på engelsk, og har derfor måttet blitt oversatt. Oversettelse av faglitteratur kan være utfordrende, men oversettelsen har forsøkt i det lengste å beholde meningen og budskapet forfatteren(e) ønsket å formidle. I prosessen med å finne kilder, ønsket jeg å begrense meg bakover i tid, for ikke å ha for gamle kilder og utdatert informasjon. Den eldste av forskningsartiklene er 15 år gammel, mens de resterende fem, er syv år og nyere. Studien fra 2002, som jeg valgte å inkludere til tross for alderen, var veldig relevant for oppgaven, da den tar for seg hvordan kvinner med brystkreft lever videre med sykdommen – fra et sykepleierperspektiv. Alle studiene jeg har benyttet meg av undersøker kun norske kvinner, og artiklene består derfor av en relativt smal demografisk gruppe. Samtlige av de seks forskningsartiklene jeg har valgt for denne oppgaven, er godkjent av relevante etiske komiteer, og jeg har derfor ingen etiske problemer med å legge fram funnene i artiklene og bruke dem i min oppgave.

### 3.4 Analyse

Basert på stikkord jeg trakk ut fra de forskjellige forskningsartiklene, kan jeg nå definere følgende sentrale temaer som går igjen. Se mer i vedlegg 1.

- Håndtering av stress, angst, depresjon, sjokk, usikkerhet og redsel som følge av diagnosen
- Behovet for informasjon
- Kontroll, eller tap av kontroll
- Kommunikasjon
- Sosial støtte
- Fysiske endringer, selvbylde, seksualitet og femininitet
- Sykepleiers rolle

## 4.0 Resultat

### 1. Coping with Breast Cancer (2009). Drageset, S., Linstrøm, T.C. & Underlid, K.

Dette er en kvalitativ studie som intervjuet 21 kvinner etter brystkreftdiagnose, men før operasjon. Artikkelen viser hvilke mestringsstrategier kvinnene benyttet seg av i perioden, og hvilke fordeler og ulemper de forskjellige strategiene har. Et hovedfunn er, at det i den første perioden av sykdommen, er viktig å velge riktig mestringsstrategi. Dette er en viktig bidragsfaktor på hvordan man mestrer den psykiske tilpasningen til sykdommen, etter operasjon. Studien anbefaler en steg-for-steg strategi som den beste mestringsstrategien, da kvinnene slipper å bli overveldet av sjokket med veldig mye skremmende informasjon på en gang. Ved å være klar over kvinners utfordringer i sykdommen, og forskjellene og likehetene ved de forskjellige mestringsstrategiene, kan sykepleiere bidra til å fremme mestring og hjelpe kvinner å komme seg gjennom sykdommen.

### 2. Det er mitt liv som gjelder (2011). Varre, P., Slettebø, Å. & Ruland, C.

Dette er en kvalitativ forskningsartikkel som undersøkte 711 innlegg av 62 (45 kvinner og 17 menn) personer på et internetforum, både menn og kvinner med henholdsvis nylig diagnostisert prostata- og brystkreft. Hensikten var å få innsikt i mestringsmuligheter hos kreftpasientene. Studien viser at for å ha krefter til å mestre en situasjon og leve med den, er det viktighet å føle at man er i sentrum av sin egen sykdom, og at man blir respektert og lyttet til. Å ha kontroll over egne følelser blir beskrevet som fundamentalt for å oppleve mestring hos kreftpasientene. Utfordringene som kreftsykdommen tar med seg, kommer i konflikt med ønsket om et normalt liv man har kontroll over. Mestring beskrives som en balansegang, og pasientene har et sterkt ønske om å ha en aktiv deltagelse i sykdommen sin, noe som fører til en større grad av psykologisk bevissthet om plagene og problemene sine. Gjennom en aktiv deltakelse innebærer det et bevisst fokus, en aksept, realistiske mål, og en positiv tankegang. Å kunne reflektere, og dele historier og erfaringer er et viktig aspekt av mestringen. I diskusjonsforumet fremstår det som vel så viktig å fortelle og dele egne erfaringer, som å søke etter andres råd og erfaringer

### **3. Living with Newly Diagnosed Breast Cancer: A Qualitative study of 10 Women with newly diagnosed breast cancer (2002). Landmark, B.T. & Wahl, A.**

Dette er en kvalitativ forskningsartikkel som har som mål å vise kvinners erfaringer om hvordan de opplever å leve med diagnosen brystkreft. Studien intervjuet 10 kvinner som nylig hadde fått brystkreftdiagnosen. Kvinnene visste en høy eksistensiell bevissthet, og viljen til å overleve dukket opp som et sentralt tema i hvordan kvinnene opplevde diagnosen. Det var kvinner som kjempet for livet - spesielt umiddelbart etter diagnosen i en periode det er vanskelig å se for seg framtiden. Funnene viser at kvinnene ønsket å leve et så normalt liv som mulig, og at aktivitet kunne føre til meningsfull mestring når livet er vanskelig. Studien viser også at fysisk endring og tap av bryst er en omfattende belastning på et menneske. Tap av bryst fører til endret selvbylde er et angrep på kvinnelig identitet.

### **4. Women with Newly Diagnosed Breast Cancer and their Perceptions of need in a health-care context (2008). Landmark, B.T., Bøhler, A., Loberg, K. & Wahl, A.K.**

Dette er en kvalitativ forskningsartikkel hvor de undersøkte en fokusgruppe i samtaler etter kirurgi. Gruppen bestod av 7 kvinner som møttes seks ganger i gruppesamtaler. Det fokuseres på hvordan kvinnene med nyoppdaget brystkreft erfarte behovet for hjelp av helsevesenet. Studien beskriver funn om behov for informasjon og kunnskap samt psykososial støtte. Kunnskap om fysisk, emosjonell og sosiale aspekter av sykdommen hadde innvirkning på kvinnenes evne å mestre endringer i livet. Viktigheten av sosial støtte i form av helsepersonell, familie og venner, og gruppeterapi blir også lagt fram som sentrale funn. Begge disse behovene påvirket kvinnenes evne til mestring.

### **5. Narrativer i samtaler mellom kreftsykepleier og pasient (2008). Thorsnes, S.L & Brataas, H.V.**

Dette er en kvalitativ tolkende forskningsartikkel som har fokus på samtaleteknikker mellom kreftsykepleier og pasient. Prosjektet analyserte åtte samtaler mellom kreftpasient og sykepleier, samtaler var førstegangs samtaler for pasienter som kommer for å begynne på poliklinisk kreftbehandling. Artikkelen tar for seg både menn og kvinner, med forskjellig type kreftdiagnoser. Forskerne legger fram funn som viser at det er stor forskjell i

kommunikasjonen mellom pasient og sykepleiere, avhengig av hvor de var i sykdomsforløpet. Pasienter som hadde nylig diagnostisert kreft hadde vanskeligere for å ha fullstendige fortellinger og samtaler med sykepleiere, enn dem som hadde spredning og var langt ut i sykdommen sin. Hos pasienter med nydiagnostisert kreft, snakket sykepleiere fra et medisinsk perspektiv, og var mindre oppmerksom på pasientens perspektiv, samtidig som pasientene var usikre.

## **6. “The Support I Need” Women's Experiences and Social Support After Having Received Breast Cancer Diagnosis and Awaiting Surgery (2011). Drageset, S., Lindstrøm, T.C., Giske, T., Underlid, K.**

Dette er en kvalitativ forskningsartikkel som intervjuet 21 kvinner med nylig diagnostisert brystkreft, og snakker om perioden mellom brystkreftdiagnose og operasjon. Studien har fokus på hvilken psykososial støtte som er viktig for kvinnene, for at de best skal mestre sykdommen sin. Tilgjengelig støtte, det å vite at både helsepersonell og sine nærmeste er tilgjengelige dersom man trenger dem, var veldig viktig for kvinnene i studien. Sosial støtte er en viktig ressurs for kvinner med brystkreft, men kan være problematisk siden støtten kan oppleves som en byrde. Studien fant at kvinnene trengte en balanse mellom avstand og nærhet fra sitt sosiale nettverk. Informasjon og støtte fra profesjonelle helsepersonell ble vist å være sentralt for at kvinnene skulle mestre sykdommen best mulig.

### **4.1 Funn i forskningsartiklene**

Jeg har her valgt å analysere artiklene ved å trekke ut stikkord som beskriver hvilke funn de har, og hvilke funn som relaterer til problemstillingen min. Nærmere beskrivelse finnes i vedlegg 2.

Funn i artikkel 1: Informasjon; Mestring; Håndtering av stress, angst og depresjon; Uttrykk av tanker, følelser; Optimisme og håp; Kontroll; Forberede seg på det verste – og det beste; Emosjonell støtte

Funn i artikkel 2: Utveksling av erfaringer; Salutogenese; Kontroll av følelser; Aktiv deltakelse; Positive opplevelser; Behov for gjenkjennelse og ikke å være alene

Funn i artikkel 3: Viljen til å overleve; Følelsesmessige reaksjoner, angst, sinne, sjokk, usikkerhet; Fysiske endringer og tap av kvinnelighet og femininitet; Tap av kontroll; Mestringsstrategier; Emosjonell og psykososial støtte

Funn i artikkel 4: Kunnskaps og informasjon; Psykososial støtte; Fysiske endringer og konsekvenser samt trøtthet og fatigue; Følelsesmessige reaksjoner; Utveksling av erfaringer i gruppe / fellesskap; Selvbilde og seksualitet

Funn i artikkel 5; Kommunikasjonsmetoder; Skape mening og forståelse

Funn i artikkel 6; Sosial støtte og omsorg; Følelsesmessige reaksjoner på diagnosen; Informasjon fra helsepersonell; Omtanke fra nære relasjoner

## 5.0 Drøfting

For å kunne hjelpe kvinner med nydiagnostisert brystkreft å mestre sykdommen, er det viktig å ha innblikk i hvordan sykdommen påvirker kvinnen. Sammen med en forståelse av ulike mestringsstrategier, og naturlige reaksjoner hos pasientene, kan vi som sykepleiere være godt forberedt på å hjelpe. Fra det øyeblikket en kvinne oppdager en kul i brystet starter frykten, og livet er potensielt snudd på hodet for alltid. Frykt er en rasjonell reaksjon til kreft, og man tenker umiddelbart på fremtiden og døden. Kvinnen med brystkreft blir umiddelbart tvunget til å mestre sin nye situasjon. Hvis en sykepleier har inngående kunnskap til de belastningene og reaksjonene kvinner med brystkreft møter, så kan de best mulig hjelpe kvinnene å mestre sykdommen sin.

Diagnosen kommer ofte som et sjokk, og kan defineres som en traumatisk krise. Landmark og Wahl (2002) beskriver det som en akutt emosjonell ubalanse som entrer livet. Uansett hvor mye man har prøvd å forberede seg mentalt på resultat av prøver, før en diagnose, er sjokket over kreftdiagnosen ofte veldig stort (Drageset, Lindstrøm, Giske og Underlid, 2011). Dette støttes av Travelbee (2007) som skriver at reaksjoner på en diagnose kan variere veldig, og er avhengig av hvordan diagnosen blir gitt, hvilke tiltak som settes i gang, og hvor alvorlig sykdommen er. Renolen (2008) skriver videre at riktig levering av en diagnose kan gjøre forskjellen hos pasienten, og hvordan hun reagerer på diagnosen, med enten angst, forvirring eller en følelse av mestring.

Hvordan kan sykepleier på best mulig måte hjelpe kvinnene etter at diagnosen er gitt? Brystkreftdiagnosen aktiverer en rekke sterke følelser og reaksjoner, og legger et enormt press på kvinnen i å mestre situasjonen. I følge Drageset *et al.* (2011) er det viktig å motta diagnosen på et planlagt tidspunkt, og aller helst sammen med en pårørende. Dragset, Lindstrøm og Underlid (2010) viser at emosjonell støtte på diagnosetidspunktet er viktig. Sykepleier kan derfor prøve å forberede pasienten på at dersom hun får en brystkreftdiagnose, vil den ofte være forbundet med sjokk og oppleves som en krise, og at det er viktig å ha noen å dele sjokket og beskjeden med. Her kan vi som sykepleier tilby å være tilstede for kvinnen, være en hun kan snakke med og være der å dele sjokket sammen med dem. Etter en diagnose er det ofte mange spørsmål som dukker opp, og det kan være til stor hjelp for kvinnen å ha en sykepleier som er tilstede for å svare på spørsmål.

Ventetiden kvinner opplever fra de får diagnosen til operasjon og behandling er veldig belastende. Sørensen og Almås (2011) beskriver ventetiden som preget av sjokk, uvisshet, redsel og bekymringer. Dahl (2016) støtter dette, og omtaler ventetiden som en mellomtilstand preget av usikkerhet rundt sykdommen og framtiden. Landmark, Bøhler, Loberg og Wahl (2008) framlegger derimot i sin studie at ventetiden mellom diagnosen og operasjon både kan være for lang og for kort. Enkelte kvinner føler de ikke får tilstrekkelig tid til å bearbeide sjokket av diagnosen før de plutselig må ta stilling til operasjonen. Eide og Eide (2007) skriver, på den andre siden at dersom det går for lang tid mellom diagnose og behandling, kan den forlengede sjokk- og reaksjonsfasen øke følelsene av maktesløshet og hjelpsløshet hos kvinnene. For å lette på belastningene i denne tiden, viser Drageset *et al.* (2011) til at kontakt fra sykepleier og sykehus, på initiativ fra helsepersonell, får kvinnene til å føle at de blir sett og får omsorg. Dette initiativet gjorde ventetiden lettere for kvinnene, og sykepleieren kan derfor gjøre en stor forskjell i en svært vanskelig situasjon.

Drageset *et al.* (2010) viser til forskning som sier at mestringsstrategier brukt under diagnosefasen av brystkreft påvirker den psykologiske tilpasning etter operasjonen, og påvirker også hvor effektiv behandlingen blir. Hvor frisk pasientene blir, avhenger av hvordan hun mestrer sykdommen. Derfor er det viktig å bruke mestringsstrategier som gir best mulig utfall, både psykisk og fysisk. En aksept av diagnosen gir en bedre tilpasning hos kvinnene i løpet av det første året. Å akseptere diagnosen kan selvfølgelig være vanskelig, siden man gjerne føler seg helt frisk helt fram til diagnosen. Forsvarsmekanismene, benektelse av situasjonen, en hjelpeløs/håpløs mestringsstil, kombinert med pessimisme eller passiv aksept

og resignasjon, gir en dårligere psykologisk tilpasning i løpet av de første tre årene (Drageset *et al.*, 2010). Hvis sykepleieren kan være tilstede for pasienten, og kan snakke gjennom om det som har skjedd, kan sykepleieren bidra til å hjelpe kvinnen å akseptere diagnosen, og dermed bedre utsiktene for mestring til kvinnen.

Landmark og Wahl (2002) viser til nyere forskning som sier at en brystkreftdiagnose vekker angst, sinne og en intens frykt, men at disse reaksjonene er forbigående. Angst og depresjon er i følge Drageset *et al.* (2011), hyppigere blant kreftpasienter enn i den generelle befolkningen. Et begrenset sosialt nettverk eller mangel på sosial støtte, gir også en økt risiko for psykiske belastninger og kan føre til en forverret sykdomssituasjon. Funn lagt fram i Landmark *et al.* (2008), viser at tidligere traumatiske opplevelser hos brystkreftpasienter har innvirkning på reaksjonen de har til sykdommen.

## 5.1 Fysiske endringer, seksualitet og feminitet

Kroppsfokus og kvinneideal blir stadig mer framtrødende, og det er blitt mer og mer viktig å ha en ideell kropp, enn en kropp som fungerer. Dette kroppspresset og fokuset gjør at å operere bort et bryst kan oppleves som et stort tap. Brystet er et tydelig tegn på feminitet og seksualitet, og hvis man blir tvunget til å fjerne et bryst, kan det hos enkelte kvinner bli sett på som en trussel på den feminine identiteten deres.

Det å miste et bryst trenger ikke være en krise for alle kvinner, og reaksjonene på kreften og tapet av et bryst er veldig individuelt. Samtidig er det forskjell på å miste et bryst i en alder av 20 – 35 år, og det å miste brystet i for eksempel 70 – 80 årene. Unge kvinner kan ha ufordringer og tanker rundt det å få barn og å amme, eller ødeleggende selvbilde, mens det for enkelte eldre kvinner gjerne ikke er så problematisk med endret selvbilde. Denne følelsen av mistet feminitet, kan også føre til et forverret forhold til partneren sin (Landmark og Wahl, 2002). Tapet kan også være en trussel mot selvoppfatningen, kvinnelige identitet og fysisk helse (Gjertsen, 2010). Når en kvinne må fjerne en del av seg selv, og i tillegg en så kvinnelig del av seg selv blir det for enkelte kvinner en stor psykisk påkjenning. På en annen side er det å overvinne kreften, og overleve viktigst. Tapet av et bryst, kan derfor hos enkelte bli sett på som mindre viktig i perspektiv av den livstruende situasjonen (Landmark og Wahl, 2002).



Operasjon og eventuell fjerning av et bryst er et brutalt inngrep i en brutal sykdom. Kvinner som har gjennomgått mastektomi og fjernet hele brystet, sitter ofte igjen med et dårligere selvbilde enn kvinner som får gjennomført brystbevarende kirurgi. Dahl (2016) viser til funn som sier at dårlig selvbilde er relatert til dårlig helse, mulig depresjoner, angst og redusert livskvalitet. Et tap av bryst i seg selv kan være tøft nok, og når man har fått diagnosen, kommer det naturligvis mange tanker på en gang. Kvinnen opplever en krise samtidig som identiteten hennes blir truet. Dette kan bli for mye for kvinnen, som igjen kan føre til at hun legger ting til sides, fordi det er for mye å håndtere. Brystkreftdiagnosen kan for enkelte kvinner endre kroppsbildet, og dette kan være stor belastning. Selv om det ikke alltid er synlig utad, og derfor vanskelig for andre å se, kan sykepleier som viser forståelse for endringer i identitet og kroppsbildet, være hjelpende i kvinnens krise og bidra til mestring.

Sykepleier kan bidra til mestring hos kvinnene ved å informere om hvordan fysiske endringer kan påvirke selvbildet, følelsen av femininitet og hvordan det kan påvirke seksualitet og seksuelle forhold. Helsepersonell er generelt dårlige til å ta opp intime og seksuelle forhold hos kreftpasienter, dette grunnes ofte i mangel på tid, frykt for å være for nærgående og påtrengende. Det kan også grunnes i en frykt for å være respektløs, eller en tro på at sex og seksualitet ikke er fokuset til pasienten i sykdomsforløpet (Dahl, 2016). Det viktig at vi som sykepleiere tørr å ta opp temaet seksualitet og tørr å snakke åpent om det. Samtidig er det til hjelp dersom det er sykepleier som tar initiativ til å snakke og informere om seksualitet, nettopp fordi det er et tema som kan være tabubelagt og kan være vanskelig for kvinnene selv å ta opp og spørre om (Landmark *et al.*, 2008).

## 5.2 Informasjon

Det å informere er å formidle kunnskap til hver enkelt pasient som er relevant for henne. Målet med informasjonen er at pasienten skal oppnå mestring. Eide og Eide (2007) skriver at hjelpende informasjon er det å formidle kunnskap som pasienten trenger, og som hun klarer å motta. Måten man informerer på, og årsaken til at man gjør det, er viktig å vurdere, og formidlingen og tilpasningen av informasjonen til hver enkelt pasient, krever omtanke.

I følge pasient- og brukerrettighetsloven av 1999, skal pasienten ha den informasjonen som er nødvendig for at hun skal få innsikt i helsetilstanden sin. Informasjonen skal bli gitt på en hensynsfull måte, og helsepersonell skal sørge for at pasienten forstår innholdet og

betydningen av informasjonen som er gitt (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999 § 3.1, 3.2 & 3.5). Tolking av sin egen livssituasjon har betydning for hvordan man mestrer en sykdom, og selve mestringen vil ha stor påvirkning på pasienten og hvor bra hun har det (Thorsnes og Brataas, 2008). Kvinner ønsker mest mulig informasjon om sykdommen sin, men noen vil ha den litt og litt, ikke alt på en gang. Dette er naturlig og forståelig i en krisesituasjon siden man er mindre mottakelig for informasjon og kan ha en nedsatt konsentrasjonsevne (Eide og Eide, 2016).

Så hvordan kan sykepleier bidra til å gi best mulig informasjon og dermed fremme mestring? Hvis vi som sykepleiere klarer å gi kvinnene stegvis og ukomplisert informasjon, kan det gjøre at håndteringen av situasjonen blir lettere. Kvinnene trenger kun å ta stilling til utfordringene der og da, isteden for å tenke på helheten. Dette kan være den beste strategien for enkelte kvinner. Kvinnene i Drageset *et al.* (2009) følte at det å ha mange tanker som innebærer: diagnose til operasjon, muligheten for døden og komplikasjon, framtiden og pårørende ble for mye på en gang. Samtidig ønsker enkelte å få all informasjon på en gang, og dermed få en oversikt over sykdommen og behandlingsforløpet. Det som er riktig for en kvinne, trenger ikke å være riktig for en annen. Derfor er det viktig hele tiden å se kvinnen som et individ og som et menneske.

For mye informasjon kan være skremmende. Dersom det kommer offisiell informasjon fra sykepleier, så slipper kvinnene å tvile på informasjon fra upålitelige kilder som familie og internett (Drageset *et al.*, 2011). Den informasjonen vi gir til pasientene må være tilpasset individet, og gis på en forståelig måte. Alle mennesker er forskjellige, det samme gjelder kvinnene vi møter, alle er i ulike faser av sykdommen, og kriseforløpet. Etter diagnosen vil de fleste kvinner være i en sjokkfase, dette kan gjøre det vanskelig å motta og bearbeide informasjon som blir gitt i tiden umiddelbart etter diagnosen. Når vi snakker med kvinner som nylig har blitt diagnostisert med brystkreft, bør vi prøve å bruke enkle og forståelige ord, og kanskje unngå medisinske faguttrykk (Thorsnes og Brataas, 2008). Selv om sykepleier er klar for å gi informasjon til kvinnen, er det essensielt at vi forsikrer oss om at pasienten er klar for å motta og ta inn over seg denne informasjonen. Studier viser, ifølge Landmark *et al.* (2008), at kvinner med brystkreft har et økende krav til informasjon, både ved diagnosetidspunktet og i løpet av oppfølgingen. Dersom pasientene får mangelfull informasjon om behandlingen eller sykdommen sin, kan det være forvirrende og føles utrygt. Da kan selvfølgelig situasjonen kvinnen er i bli enda vanskeligere å mestre (Eide og Eide, 2007).

Jeg har opplevd at i et hektisk arbeidsmiljø på sykehus, er det vanskelig å sette av nok tid til hver pasient, som jeg synes er ganske frustrerende. Alle fortjener å bli sett og hørt, samt nok tid til å ha de gode samtalene. Da jeg var i praksis ved en kreftavdeling, måtte vi gi en tragisk beskjed til en kreftpasient og hans pårørende, han hadde fått metastaser til skjellett. Vi var til stede sammen med legen som gav beskjeden til dem, og vi så at de ønsket at vi skulle bli værende, men det var travelt med full avdeling, der klokkene ringte i ett sett, og som vi måtte se etter. Dette er et eksempel at det er en balansegang mellom å ha nok tid til pasienten og gi den informasjonen de fortjener, og det at man har ansvar for en hel avdeling. Funn i Landmark og Wahl (2002) viser at kvinner forventet mer informasjon fra helsepersonell om sykdom og behandlingsforløpet enn hva de faktisk fikk. På den ene siden forventer pasientene veldig mye informasjon fra sykepleier, og de sitter ofte på masse spørsmål. På den andre siden kan for mye informasjon og bruk av medisinske faguttrykk føles overveldende og kan være negativ i mestringsarbeidet til kvinnene.

### 5.3 Kontroll

Salutogenese er et begrep definert av Antonovsky som ser på hva som faktisk holder oss friske - fremfor hva som gjør oss syke (patogenese) - og relaterer til mestring av en sykdom. Dersom man finner mening og klarer å mestre en situasjon eller sykdom, kan det være helsefremmende. I arbeidet med mestring hos kreftpasienter, vil en salutogenetisk vinkling fra sykepleier være med på å se pasienten i et helhetlig perspektiv:

*“Et salutogenisk perspektiv på kreftpasienters muligheter til mestring, vil innebære en holistisk tilnærming til pasienter” (Varre, Slettebø og Ruland, 2011)*

Studien til Landmark *et al.* (2008) viser at deling av erfaringer i gruppe kan hjelpe kvinner ved å øke bevisstheten om verdien av åpenhet og støtte. Kvinnene følte seg mindre alene, og fant det lettere å åpne seg opp og snakke ut om alt. Utveksling av erfaringer og opplevelser i en gruppe kan, i et salutogenetisk perspektiv, føre til en bedret helse og gjøre sykdommen mer håndterbar og gi kvinnene en økt meningsopplevelse (Varre *et al.*, 2011). Her kan sykepleier arrangere samtaler i grupper, eller foreslå kvinnen å ta kontakt med andre kvinner som har vært gjennom brystkreft. En opplevelse av sammenheng (OAS) har sammenheng med kontroll og mestring. Jo større følelse av kontroll og at man klarer å påvirke en ellers upåvirkelig sykdom, kan sees på som motiverende og frigjørende. Problemet med

kreftsykdommen er jo nettopp at den er totalt utenfor pasientens kontroll. For å hjelpe kvinnene med mestring, vil et fokus på det de faktisk kan kontrollere hjelpe til å øke opplevelsen av sammenheng hos dem.

Etter diagnosen blir kvinnen pålagt forventninger og ansvar som må møte deres egne kapasiteter eller muligheter. Dersom forventningene overstiger kvinnens følelse av kapasitet, kan det oppleves som meningsløst og hindre mestring (Varre *et al.*, 2011). Dette henger sammen med personens OAS og hvor mye den enkelte tåler. Sosial støtte kan til en viss grad kompensere for en manglende opplevelse av sammenheng (OAS) og kan føre til en bedret helsetilstand ved at man kan lære seg å håndtere stressfulle situasjoner (Wolff, 1999 *sitert i* Varre *et al.*, 2011). Kontroll av eget liv og sin egen kropp er et gjennomgående tema i flere av studiene jeg har benyttet meg av. I følge Drageset *et al.* (2010) anså mange kvinner situasjonen utenfor deres egen kontroll når de ble diagnostisert med brystkreft. Det å bli kvitt kreften er objektivt sett utenfor deres egen kontroll, og dette gjør situasjonen vanskeligere å mestre. Hvis sykepleiere kan hjelpe kvinnene med å ta kontroll over sitt eget liv, gjennom informasjon om hvordan man best kan klare å ta tilbake noe av kontrollen i livet sitt, kan dette skape orden i kaoset de opplever. Denne kontrollen kan sees på som en grunnleggende tilpassingsstrategi (Drageset *et al.*, 2010). Fysisk aktivitet er en strategi som gir en bekreftelse til kvinnen at kroppen hennes fremdeles fungerer, og kan gi henne en opplevelse av kontroll over sin egen kropp – til tross for sykdommen (Landmark og Wahl, 2002).

Opplevelse av mestring hos kvinnene kommer med en økt følelse av kontroll og kunnskap. Den informasjonen som gis, skal hjelpe og gjøre situasjonen så forutsigbar og oversiktlig som mulig. God og riktig informasjon gir trygghet og bidrar til opplevelsen av kontroll hos pasientene (Eide og Eide, 2016). Vi som sykepleiere kan informere kvinnen om hvordan sykdommen påvirker kroppen, og hvordan man behandler sykdommen. Hvis kvinnen har en forståelse av hvilke undersøkelser og behandlinger som må gjøres, og når de skal bli gjort, kan det bidra til en følelse av kontroll. Jo mer kontroll kvinnen opplever av sykdomsforløpet, jo bedre vil hun mestre den. Evnen til å få kontroll over egen helse skaper et positivt selvbilde og bidrar til Empowerment (Landmark *et al.*, 2008). Empowerment forbedrer den personlige utviklingen av mestring og bedrer helsesituasjonen (Norvoll, 2009 s.116) Dette støttes av Kristoffersen (2012) som understreker viktigheten av å føle at man kan påvirke situasjonen sin, som en aktiv innvirkning i mestringen av sykdommen.

## 5.4 Kommunikasjon

Som sykepleiere må vi kommunisere ved hjelp av åpen kommunikasjon og åpne spørsmål når vi samtaler med pasientene våre. Hvis vi er åpne og lytter aktivt på hva kvinnen har å si, kan vi klare å se mening og sammenheng i sykdommen til kvinnene. Gjennom kommunikasjon er man interessert i å vite kvinnens grad av mestring, og dermed få vite hvor mye hjelp hun trenger. (Thorsnes og Brataas, 2008). Dette støttes av Dahl (2016) som sier at vi som sykepleiere er opptatt av pasientens grad av mestring, og at dette gir oss informasjon om hvor mye informasjon pasienten kan ta imot, og hvor mye hjelp hun trenger.

En narrativ tilnærming, eller bruk av fortellinger og historier er et bra hjelpemiddel for å skape mening og sammenheng hos mennesker som opplever sykdom og krise (Kristoffersen, Breievne og Nortvedt, 2012). En kvinne som blir rammet av brystkreft opplever en stor følelsesmessig endring og krise, og har et behov for å uttrykke sin fortelling som en vei ut av krisen. I studien til Thorsnes og Brataas (2008) viser de til funn at når sykepleier tydelig inviterte til at pasientene skulle fortelle om hvordan de hadde det, var aktivt lyttende og stilte åpne spørsmål til pasientene, oppstod det fullstendige fortellinger – eller narrativer. En sykepleiers samtale med pasienter kan hjelpe dem med å bearbeide lidelsen, og øke mestringen deres som bidrar til en bedre helse (Kristoffersen, Breievne og Nortvedt, 2012). En narrativ tilnærming kan også være effektivt i å få fram hvilken informasjon pasienten trenger (Eide og Eide, 2016). Ved å invitere pasientene til å fortelle sin historie om hvordan de har det i sykdommen sin, og hvordan den påvirker dem, kan vi invitere til narrativer. Dette bidrar til mestring hos pasientene, og setter oss bedre rustet til å hjelpe kvinnene videre.

## 5.5 Sosial Støtte

Sosial støtte og sosialt nettverk påvirker en persons helse, og øker livskvalitet og minsker sykdom og dødelighet (Smebye og Helgesen, 2012). Sosial støtte er i følge flere av studiene jeg har sett på, veldig viktig for tilpasningen, justeringen og mestringen av brystkreft. Den sosiale støtten kan deles inn i den tilgjengelige støtten fra familie og venner, og opplevelsen av den. I følge Renolen (2008), er det forskjell på kvantitet og kvalitet når det kommer til sosial støtte, det kommer frem at det er den opplevde støtten som er viktigst. Sosialt samhold, å ha et godt forhold til familie og venner, sammen med støtte fra sitt sosiale nettverk og fra helsepersonell er et viktig hjelpemiddel i mestringsprosessen. Mangel på sosial støtte kan føre til forverret sykdom, og minsket motstandskraft fordi personen er alene og kan bli overveldet

av hva sykdommen krever av en. Svekket motstandskraft fører til at man er mer sårbar for psykiske og fysiske helseplager (Smebye og Helgesen, 2012).

Opplevd sosial støtte fra familie og venner gir en økt tro på overlevelse og mestring, tross brystkreften, for behovet å bli sett, hørt, elsket og forstått er kjerneverdier i livet. Støtte fra sine nærmeste, fra familie og venner blir i følge funn i Landmark og Wahl (2002) verdsatt høyest av kvinnene. Landmark *et al.* (2008) støtter dette delvis, men beskriver også at profesjonell støtte fra helsepersonell er nødvendig. Drageset *et al.* (2010) framlegger at det ikke nødvendigvis er bruken av støtte fra familie, venner og helsepersonell som er viktig, men det faktum at støtten er tilgjengelig. En kvinne i studien til Drageset *et al.* (2011) sa at den beste støtten er å vite at noen er der.

Sykehuset og helsepersonell kan bli opplevd som et tilgjengelig støtteapparat for kvinnene. Helsepersonell bidrar først og fremst med informasjon og behandling. Støtte i form av informasjon er viktig, spesielt for de som har et lite sosialt nettverk tilgjengelig – da kan støtten fra helsepersonell være uvurderlig (Drageset *et al.*, 2011). Dette støttes av Landmark og Wahl (2002), som har funn som sier at mangel på støtte fra helsepersonell er en ekstra stor belastning for kvinnene. Det er viktig at vi som sykepleier gir støtte, informasjon og hjelp til kvinnene, men denne støtten må være tilpasset pasienten, kvinnen, mennesket. Når brystkreft rammer en kvinne blir hele familien berørt, og støtte fra profesjonelle kan være nødvendig for å håndtere den ekstra belastningen det er når familie og venner tar sykdommen tungt (Landmark *et al.*, 2008) Det er viktig å kunne balansere sitt sosiale nettverk, fordi en balanse mellom nærhet og distansering hjelper mot å bli overveldet av støtten en får. Støtten kan være vanskelig å håndtere, og medlidenhet fra andre kan føre til selvmedlidenhet og få kvinnene til å føle seg alvorlig syke (Drageset *et al.*, 2010, Drageset *et al.*, 2011).

Hvis kvinner må håndtere følelsene og reaksjonene til pårørende kan dette være en krevende, og øke angsten og stresset fra sykdommen. Landmark og Wahl (2002) finner den sosiale støtten som både positiv og negativ – støtte kan oppleves som en belastning, og det å få for mye oppmerksomhet kan være krevende for enkelte kvinner. Sosial støtte kan oppleves som overbeskyttende og overveldende. Andres sympati, medlidenhet og medfølelse kan få enkelte til å føle selvmedlidenhet, som får kvinnene til å tro at prognosene er dårligere enn de faktisk er (Drageset *et al.*, 2011). Sykepleier som møter brystkreftpasienter, må derfor informere om de mange aspektene av sosial støtte, og hvordan støtten kan oppleves både som positivt og en

belastning. Hvis vi klarer å støtte pasientene på en omtensksom måte, uten å være for overbeskyttende eller medlidende, vil kvinnen få mest utav vår sosiale støtte, i sin kamp mot å mestre brystkreften.

## 5.6 Mestring

Brystkreft er en sykdom som krever mestring av kvinnen selv. For å kunne være der for pasienten, må sykepleier behandle hver pasient individuelt. Ved å lytte til og bli kjent med kvinnen og hvordan hun håndterer påkjenninger, kan sykepleier gi meningsfull hjelp (Travelbee, 2007). Kvinner bruker forskjellige mestringsstrategier når de står ovenfor brystkreften. I sin studie nevner Drageset *et al.* (2009), steg-for-steg, følelsesmessig distansering, alt som før, nyte livet, håndtere følelser, forberede seg på det verste og ha fokus på det positive som forskjellige mestringsstrategier. Alle disse mestringsstrategiene er i hovedsak et forsøk på å holde sykdommen og diagnosen på avstand, og klare å leve videre med sykdommen. Funn i Drageset *et al.* (2010) anbefaler steg-for-steg strategien som den beste blant kvinnene i sin studie. Denne metoden å håndtere diagnosen og sykdommen på, gir en følelse av kontroll i en ellers uforutsigbar situasjon. Steg-for-steg er en mekanisme hvor man ser på situasjonen man er i, uten å fokusere på det som kommer senere. Dette gjør at man ikke blir overveldet av truende tanker og følelser, og reduserer bekymringene hos pasientene. Steg-for-steg er en emosjonell orientert mestringsstrategi hvor kvinnen prøver å endre på de reaksjonene hun får, og holder angsten på et kontrollerbart nivå. I følge Kristoffersen (2012) er emosjonell orienterte mestringsstrategier essensielt i å mestre situasjoner man ikke kan endre på.

Forsøk på å leve livet som normalt, og en følelse av at ting er som det var før kreften inntraff, kan gi kvinner med brystkreft en følelse av kontroll. De fleste kvinnene i studien til Drageset *et al.* (2009), håndterte stresset fra diagnosen og sykdommen ved å prøve å leve så normalt som de kunne. Dette støttes av Landmark og Wahl (2002), hvor kvinnene hadde et sterkt ønske om å komme tilbake til hverdagen, tilbake i jobb og være fysisk og mentalt aktive. Et ønske om å få tilbake hverdagen slik den var før kreften, er en vanlig mestringsstrategi blant kvinner med brystkreft. Dette er ikke en forsvarsmekanisme hvor man benekter situasjonen man er i – heller å håndtere og mestre ved å leve så normalt som mulig, og dermed føle kontroll. Kvinner som blir møtt slik de gjorde da de var friske, føler at dette bidrar til mestring. Andres medlidenhet og medfølelse kan føre til negative følelser som redsel og sårbarhet

(Drageset *et al.*, 2009). Et funn som Landmark og Wahl (2002) legger fram er at sykepleiere kan støtte kvinner og hjelpe dem å mestre sykdommen sin ved å fokusere på deres ressurser og evner til å mestre, istedenfor de begrensingene man får av sykdommen. Her må sykepleiere være omtensomme og vise omsorg når man skal hjelpe kvinnene i sykdomssituasjonen, uten å vise for mye medlidenhet og påtatt medfølelse. Samtidig bør vi behandle dem ”som vanlig” til tross for at vi aldri har truffet kvinnen før de fikk påvist kreften. Alle disse fasene og utfordringene som løper ut av en brystkreftdiagnose er viktig for kvinner å være klar over når de plutselig står ovenfor sykdommen. For å mestre sin sykdom, må kvinnene ha informasjon om hva slags utfordringer de kan forvente, og hvordan diagnosen kan gå inn på dem.



## 6.0 Konklusjon

Hensikten med denne oppgaven var å finne frem til hvordan vi som sykepleier best mulig kan bidra til mestring hos kvinner med brystkreft. Funnene fra de forskjellige forskningsartiklene jeg benyttet meg av, viste at kvinnene i all hovedsak har et behov for god informasjon gitt etter deres individuelle behov, og sosial støtte fra familie og helsevesen. Vi som sykepleiere kan hjelpe på best mulig måte ved å informere, kommunisere, vise omsorg og støtte kvinnen i prosessen. Alle disse forskjellige aspektene og temaene jeg har sett på, omhandler og påvirker mestring hos kvinner med brystkreft. Jeg har kommet fram til at det ikke er noen fasitsvar på dette med mestring. Grunnen til dette er at i arbeid med mennesker må vi som sykepleiere vurdere hver enkelt pasient individuelt, og tilpasse pleien og oss selv til hver enkelt.

Dersom sykepleier skal kunne bidra til mestring, må vi ha innsikt i hva sykdommen fører med seg, og hvordan det påvirker kvinnen. Dette innebærer å gi kvinnene sosial støtte både som medmenneske og som sykepleier. Gjennom tilpasset informasjon til hver enkelt kvinne, kan vi gi dem de verktøyene og forutsetningene de trenger for best å være forberedt på utfordringene som kommer med sykdommen. Brystkreft krever mestring av kvinnen, og det er kvinnen selv som må mestre. Mestring er en individuell prosess, og vi som sykepleiere kan bare være støttende og hjelpende ovenfor kvinnene i sykdommen sin. Med utgangspunkt i god informasjon, kommunikasjon og støtte, kan dette være en hjelp for at kvinnene er best mulig forberedt på hva som møter dem i sykdommen. Da har vi som sykepleiere bidratt til mestring hos kvinnene.

## Litteraturliste

Dahl, A. (2016) *Kreftsykdom – Psykologiske og sosiale perspektiver*. Cappelen Damm AS.

Dalland, O. (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (4.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Drageset, S., Lindstrøm, T.C., Giske, T., Underlid, K. (2011). *“The Support I Need” Women’s Experiences and Social Support After Having Received Breast Cancer Diagnosis and Awaiting Surgery*. *Cancer Nursing*<sup>TM</sup>, Vol. 00, No. 0, 2011

Drageset, S., Lindstrøm, T. C. & Underlid, K. (2009). *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. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk*. (2.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Fakta om brystkreft. (2015) Krefregisteret. Hentet 24.02.2016.

<https://www.krefregisteret.no/Generelt/Fakta-om-kreft/Brystkreft-Alt2/>

Helsedirektoratet juni 2016. *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter med brystkreft (2016)*. Hentet 06.03.2017.

<http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/brystkreft/forord>

Hummelvoll, J.K. (2012) *Helt – ikke stykkevis og delt*. (7. utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Jacobsen, D. (2009). Sykdommer i mamma. I: Jacobsen.D, Ingvaldsen.B, Buanes.T, & Røise,O. *Sykdomslære – Indremedisin, kirurgi og anestesi*. (2.utg., s. 310-313). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N.J. (2016). Stress og Mestring. I: Kristoffersen, N.J., Nordtvedt, F. & Skaug, E.(Red.). *Grunnleggende Sykepleie* (bind 3). (3.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N.J., Breievne, G. & Nortvedt, F. (2016). Lidelse, mening og håp. I: Kristoffersen, N.J., Nordtvedt, F. & Skaug, E.(Red.). *Grunnleggende Sykepleie* (bind 3). (3.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Landmark, B.T., Bøhler, A., Loberg, K. & Wahl, A.K. (2008) *Women with newly diagnosed breast cancer and their perceptions of need in a health-care context. A focus group study of women attending a breast diagnostic centre in Norway*. Journal of Clinical Nursing 17, 7b, 192-200 DOI: 10.1111/j.1365-2702.2008.02340.x

Landmark, B.T. & Wahl, A. (2002). *Living with newly diagnosed breast cancer: a qualitative study of 10 women with newly diagnosed breast cancer*. Journal of Advanced Nursing 40(1), 112-121

Mæland, J.G. (2010). *Forebyggende Helsearbeid – Folkehelsearbeid i Teori og Praksis* (3. utg). Oslo: Universitetsforlaget AS.

Norvoll, R. (2009). Sosiale Avvik og Sosial Kontroll. I: Brodtkorb, E. & Rugkåsa, M. (Red.), *Mellom Mennesker og Samfunn*.(2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter av juni 1999. Hentet; 04.03.2017. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Reitan, A. M. (2010). Mestring. I: Knutstad, U. (Red.), *Sentrale begreper i klinisk sykepleie* (bind 2). Oslo: Akribe AS.

Reitan, A.M. (2010). Krise og mestring. I: Reitan, A.M., Schjølberg, T.K. (Red.), *Kreftsykepleie*. (3.utg.). Oslo: Akribe AS.

Renolen, Å. (2008). *Forståelse av mennesker – innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.

Smebye, K.L. & Helgesen, A.K. (2016). Kontakt med andre. I: Kristoffersen, N.J., Nordtvedt, F. & Skaug, E.(Red.). *Grunnleggende Sykepleie* (bind 3). (3.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Thorsnes, S.L & Brataas, H.V. (2008). *Narrativer i samtaler mellom kreftsykepleier og pasient*.  
Vård i Norden 4/2008 Publ. No. 90 Vol. 28 No. 4 PP 14-18  
DOI: 10.1097/NCC.0b013e31823634aa

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

Varre, P., Slettebø, Å. & Ruland, C. (2011). *Det er mitt liv som gjelder. Kreftpasienters beskrivelse av mestringsmuligheter, slik det kommer til uttrykk på et internetbasert diskusjonsforum*. Vård i Norden 3/2011 Publ. No. 101 Vol. 31 No. 3 pp 4-8

Walseth, L.T. & Malterud, K (2004) *Salutogenese og Empowerment i Allmennmedisinsk perspektiv*. Tidsskrift Norske Legeforening nr 1, 2004; 124; 65-65

Wist, E. & Kåresen, R. (2012). *Kreftsykdommer – en basisbok for helsepersonell*.(4.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk AS.

World Health Organization (WHO) - Breast Cancer. Hentet: 24.03.2017  
<http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/index1.html>

Yrkesetiske Retningslinjer for Sykepleiere. Norsk Sykepleierforbund. Hentet 24.02.2016.  
<https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>

## Vedlegg 1

	Artikkel 1	Artikkel 2	Artikkel 3	Artikkel 4	Artikkel 5	Artikkel 6
a	Informasjon	Utveksling av erfaringer	Viljen til å overleve	Kunnskap og informasjon	Metoder å kommunisere på	Sosial støtte og omsorg
b	Mestring	Salutogenese	Følelsesmessige reaksjoner, angst sinne, sjokk og usikkerhet	Psykososial støtte	Skape mening og forståelse	Følelsesmessige reaksjoner på diagnosen
c	Håndtering av stress, angst og depresjon	Kontroll av følelser	Fysiske endringer, tap av kvinnelighet og femininitet	Fysiske endringer og konsekvenser, samt trøtthet og fatigue		Informasjon fra helsepersonell
d	Utrykk av tanker og følelser	Aktiv deltagelse	Tap av kontroll	Følelsesmessige reaksjoner		Omtanke fra nære relasjoner
e	Optimisme og håp	Positive opplevelser	Mestringsstrategier	Utveksling av erfaringer i grupper		
f	Kontroll	Behov for gjenkjenning og ikke å være alene	Emosjonell og psykososial støtte	Selvilde og seksualitet		
g	Forberede seg på det beste og verste					
h	Emosjonell støtte					

Håndtering av stress, angst, depresjon, sjokk, usikkerhet og redsel som følge av diagnosen, (1c, 3b, 4d, 6b)

Behovet for informasjon (1a, 2a, 4a, 6c)

Kontroll, eller tap av kontroll (1f, 2c, 3d)

Kommunikasjon (2a, 4e, 5a)

Sosial støtte (1h, 3f, 4b, 6a, 6d)

Fysiske endringer, selvilde, seksualitet og femininitet (3c, 4c, 4f)

Sykepleiers rolle (5a, 6c)