



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSS9

Predefinert informasjon

Startdato:	16-05-2019 09:00	Termin:	2019 VÅR
Sluttdato:	24-05-2019 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 BSS9 1 H 2019 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 400

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 9420

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har Ja

registrert oppgavetittelen

på norsk og engelsk i

StudentWeb og vet at

denne vil stå på

vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)

Gruppenummer: 127

Andre medlemmer i gruppen: Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av oppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Brystkreft og mestring

Breast cancer and coping

Kandidatnummer : 400

Sjukepleie

Institutt for helse-og omsorgsvitenskap

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Leveringsdato: 24.05.19

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

Abstract

Title: Breast cancer and coping

Background: Breast cancer is the most common type of cancer among women. One out of twelve Norwegian women are diagnosed with this disease during their lifetime. Uncertainty, fear, sadness, vulnerability and stress are common reactions and difficulties for people who are diagnosed with cancer. If they lack the ability to cope with their situation, this can contribute to long-term problems.

Aim: The purpose of this study is to find out how women experience being diagnosed with breast cancer, and how nurses can promote coping in these situations

Method: This thesis is a literature study based on qualitative research articles. Findings are discussed against relevant literature, laws, nursing theory and experiences from nursing practice.

Results: Findings show that social support, adapted information, understanding healthcare professionals and control over own situation, are helpful for newly diagnosed female breast cancer patients. The findings also reveal great variation and individual differences in terms of women's reactions, needs and coping.

Conclusion: Newly diagnosed breast cancer patients have individual needs in terms of information, support and coping strategies. As nurses we therefore have to meet each person's needs and desires in order to promote coping.

Keywords: Breast cancer, women, coping strategies, stress, information, support, experiences, needs, nursing

Forord

Hjelpekunst

«At man, naar det i Sandhed skal lykkes En at føre et Menneske hen til et bestemt Sted, først og fremmest maa passe paa at finde ham der, hvor han er, og begynde der. Dette er Hemmeligheden i al Hjelpekunst. Enhver, der ikke kan det, han er selv i en Indbildning, naar han mener at kunne hjælpe en Anden. For i Sandhed at kunne hjælpe en Anden, maa jeg forstaae mere end han – men dog vel først og fremmest forstaae det, han forstaaer. Naar jeg ikke gjør det, saa hjælper min Mere-Forstaaen ham slet ikke.»

Av Søren Kierkegaard

Innholdsfortegnelse

1. INNLEDNING	5
1.1 Introduksjon.....	5
1.2 Valg av tema.....	6
1.3 Presentasjon av problemstilling.....	6
1.4 Avgrensing.....	6
2. TEORI	7
2.1 Brystkreft.....	7
2.1.1 Symptomer og diagnose.....	7
2.1.2 Behandling og prognose.....	7
2.2 Mestring og mestringsstrategier.....	8
2.3 Antonovsky's Salutogenese.....	9
2.4 Krise og krisereaksjoner.....	10
2.5 Sosial støtte.....	11
2.6 Kommunikasjon og informasjon.....	11
2.7 Sykepleiefaglig perspektiv.....	12
3. METODE	12
3.1 Litteraturstudie som metode.....	13
3.2 Valg av litteratur og litteratursøk.....	13
3.3 Inklusjonskriterier/ eksklusjonskriterier.....	14
3.4 Kritisk vurdering av artikler.....	14
3.5 Ethiske overveielser.....	15
4. RESULTAT	15
4.1 Presentasjon av forskningsartikler.....	15
4.2 Hovedfunn.....	17
4.2.1 Reaksjoner på sykdom.....	17
4.2.2 Behov for sosial støtte.....	18
4.2.3 Å bli sett og forstått.....	19
4.2.4 Behov for informasjon.....	19
4.2.5 Mestringsstrategier.....	20
5. DISKUSJON	21
5.1 Reaksjoner på sykdom.....	21
5.2 Behov for sosial støtte.....	23

5.3 Å bli sett og forstått.....	24
5.4 Tilpasset informasjon.....	26
5.5 Mestringsstrategier.....	28
6. KONKLUSJON.....	29
7. LITTERATURLISTE.....	30

VEDLEGG

Vedlegg 1: PICO.....	34
Vedlegg 2: Litteratursøk.....	35-36
Vedlegg 3: Litteraturmatrise.....	37-42

1.0 INNLEDNING

1.1 Introduksjon

Én av tolv norske kvinner utvikler i løpet av livet brystkreft (Kreftforeningen, u.å.). Dette er den vanligste kreftformen blant kvinner og i 2017 var tallet på brystkreftrammede kvinner 3589. Sammenlignet med tall fra 1958, er dette ca. en dobling av antall tilfeller når det gjelder rammede kvinner. Risikoen øker med alderen og det er først og fremst kvinner over 50 år som får diagnosen (Kreftregisteret, 2018).

Det er mange tanker, følelse og reaksjoner som kan oppstå ved en kreftsykdom, blant annet uvisshet, tap av kontroll, ensomhet, bekymring, angst og uro (Kreftforeningen, 2019a). Å oppleve en psykisk reaksjon etter å ha fått en kreftdiagnose er naturlig (Skaali, 2007, s.52). Den enkelte kan ofte gjennomgå en krisereaksjon med en sjokkfase, en reaksjonsfase, bearbeidingsfase og en nyorienteringsfase (Cullberg, 1994, s.129). De ulike fasene vil variere fra person til person og den enkeltes reaksjon vil variere etter hvor alvorlig sykdommen er, hvordan pasienten er som person, og hvilken sosial støtte pasienten har rundt seg (Skaali, 2007, s.52).

Etter hvert som følelsen av kontrolltap og hjelpeløshet reduseres, og den nye situasjonen tilpasses, kan opplevelsen av mestring få større plass (Kreftforeningen, 2019a). Mestring handler om hvordan pasienten håndterer utfordringer og oppgaver som vedkommende kan møte på i løpet av livet (Svartdal, 2018). Sigrun Drageset (2013, s.58) sier at mestringsevne og reaksjoner i den usikre tiden før operasjon spiller en betydelig rolle for hvordan den enkelte mestrer videre behandling og senere situasjon. Drageset skriver videre at manglende mestring kan bidra til at personer sliter psykisk flere år senere. Denne studien har derfor som hensikt å undersøke hvordan vi som sykepleiere kan bidra til å fremme mestring i hverdagen til pasienter med nyoppdaget brystkreft.

De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere sier at sykepleieren har ansvar for å fremme helse og forebygge sykdom, understøtte håp, mestring og livsmot, og ivareta behovet den enkelte pasient har for helhetlig omsorg. Sykepleieren skal også bidra til å fremme selvstendige avgjørelser hos pasienten ved å gi tilstrekkelig og tilpasset informasjon, samt forsikre seg om at denne informasjonen er forstått (Norsk Sykepleieforbund, 2016).

1.2 Valg av tema

En kreftdiagnose er en sykdom som kan ramme oss alle, i alle aldre. Jeg har som sykepleiestudent erfart hvor viktig oppgave sykepleiere har når det gjelder å møte de rammede pasientene og å hjelpe dem til å mestre hverdagen med sykdommen. I praksis på sengepost for brystkreft fikk jeg oppleve hvor viktig den emosjonelle støtten fra sykepleiere var, og at de ansatte opplevde dette som en sentral og viktig del av jobben på kreftavdelingen. De ansatte uttrykte samtidig at dette kunne være utfordrende, da det var vanskelig å vite hvordan en skulle nærme seg de ulike pasientene. Ut i fra dette, ser jeg behovet for at man som sykepleier får innsikt i pasienters opplevelse av å få en brystkreftdiagnose, og hvordan sykepleiere på best mulig måte kan møte deres behov for å fremme mestring i den aktuelle situasjonen.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Problemstillingen blir med dette som følgende:

Hvordan kan sykepleiere fremme mestring hos kvinner som nettopp har fått en brystkreftdiagnose?

1.4 Avgrensning

Når det gjelder avgrensinger og presisering av problemstillingen, vil studien ha fokus på kvinner i voksen alder og hvordan disse opplever krise og mestring i tiden etter diagnostisering. Det rettes også fokus på pasienter som ikke har opplevd kreft tidligere. Hovedfokuset i studien ligger på det psykiske aspektet ved å få en brystkreftdiagnose, og på grunn av oppgavens begrensede omfang, vil derfor den medisinske og somatiske behandlingen av brystkreft utelukkes. Studien vil også ta utgangspunkt i pasienter som går gjennom en krise i den akutte fasen hvor de er innlagt på sykehus for utredning og behandling, samt pasienter som kommer inn på poliklinisk avdeling. Siden kreft kan oppdages både tidlig og ved et sent stadium, vil studien fokusere på kvinner med brystkreft uten metastaser og som ikke er i palliativ fase. Når det gjelder innhenting av forskningsartikler har artikler publisert før 2009 blitt utelukket. Dette er gjort for å inkludere mest mulig relevant og oppdatert forskning.

2.0 TEORI

2.1 Brystkreft

Brystkreft er den vanligste kreftsykdommen blant kvinner, både i Norge og på verdensbasis. Det er i tillegg den vanligste kreftrelaterte dødsårsaken blant kvinner og utgjør ca. en firedel av alle krefttilfeller blant kvinner (Thune, 2017, s. 463). 3623 mennesker fikk i 2017 brystkreft, hvorav 3589 av disse var kvinner (Kreftforeningen, 2019b). Kreft i brystkjertelens melkekjertler eller melkeganger betegnes som brystkreft (Schlichting, 2012, s. 434). Det er vanskelig å sette fingeren på direkte årsaker til brystkreft men det finnes likevel ulike faktorer som kan øke og minske risikoen for å utvikle diagnosen (Kreftforeningen, 2019b). Dette er faktorer som arv, sårbarhetsgener, gen-miljø-interaksjoner og livsstil.

2.1.1 Symptomer og diagnose

Kuler kan forekomme i brystet, og de fleste av disse er ikke brystkreft. Men kuler som vedvarer, bør derimot undersøkes av lege og følges opp. Disse kan oppdages av kvinnen selv, og kan gjerne være kuler som er fastere i konsistens og som ikke forbindes med smerte. Brystsvulster kan også oppdages ved mammografiundersøkelse. Andre symptomer på brystkreft kan være sekresjon fra brystvorten, endret utseende på brystvorten eller forandret hudområde rundt brystvorten. Dersom det er mistanke om brystkreft, henvises pasienten til et brystdiagnostisk senter hvor en klinisk undersøkelse vil bli gjort i form av trippeldiagnostikk. Dette innebærer en klinisk undersøkelse, bildediagnostikk og deretter celle- eller vevsprøve av den eventuelle tumoren (Tune, 2017, s. 466-467).

2.1.2. Behandling og prognose

Når det gjelder behandling av brystkreft, er brystkreftsvulsten sine egenskaper grunnlaget for dette. Dette er fordi svulsten kan variere i størrelse, sammensetning og egenskaper (Thune, 2017, s. 467). Behandlingen vurderes også ut pasientens allmenntilstand og alder, og om det foreligger spredning (Kreftforeningen, 2019b). Kirurgi, strålebehandling, cellegift og hormonbehandling er behandlinger som finnes for brystkreft, og pasienter får gjerne en kombinert behandling av disse. Operasjon benyttes i nesten alle tilfeller av brystkreft, med mindre pasienten er for svak eller at svulsten ikke kan opereres bort. Etter operasjon får flesteparten av disse pasientene en tilleggsbehandling, også kalt adjuvant behandling, som består av cytostatika, strålebehandling og/eller antihormonell endokrin behandling som skal

minske risikoen for at brystkreftsykdommen skal komme tilbake.

Prognosen til brystkrefttrammede er svært avhengig av brystkreftsvulstens egenskaper og sykdommens stadium. Det er 90,4% av kvinnene som fortsatt lever fem år etter å ha fått diagnosen (Kreftforeningen, 2019b).

2.2 Mestring og mestringsstrategier

Mestring blir av Lazarus og Folkman (1984) definert som ”kontinuerlig skiftende kognitive og atferdsmessige anstrengelser for å klare spesifikke indre og/eller ytre krav som vurderes som krevende, eller som overstiger personens ressurser” (s.141). Mestring er et begrep som er nært knyttet til ulike stressituasjoner som er uønsket og som skaper en forstyrrelse i det vanlige livet (Lode, 2016, s.41). Lazarus og Folkman (1984, s.142) ser på mestring som en prosess mellom en person og dens situasjon. Videre sier de at for å forstå og evaluere mestring, trenger vi å vite hvilken stressituasjonen den enkelte befinner seg i.

Ordet mestring brukes i dagligtale som et uttrykk for å klare seg og å få til noe. Begrepet kan deles inn i en generell og en spesiell side. På den generelle siden er mestring en del av livet hvor vi utvikler oss og tilpasser og tilegner oss nye ferdigheter. De spesielle sidene ved mestring er når situasjoner som er nye for oss, er så belastende at vi kan få problemer med å mestre dem (Reitan, 2017b, s.88).

I følge Lazarus og Folkman (1984, s.150-153) finnes det to måter å møte stressfylte situasjoner på. Disse to består av problemorientert og emosjonsorientert mestring. Den førstnevnte omfatter strategier hvor en stiller seg direkte og aktivt til problemet eller den aktuelle situasjonen i forsøk på å løse problemet eller ta hånd om den vanskelige situasjonen. Problemorientert mestring omfatter også følelsesmessig bearbeiding av det aktuelle problemet eller situasjoner som ikke kan endres og tilpasning til denne. Emosjonsorientert mestring omfatter derimot strategier hvor en forsøker å endre selve opplevelsen av situasjonen og da i hovedsak endre ubehaget som situasjonen bringer med seg. Dette gjøres for å få kontroll over ens egne følelser og situasjonen. Denne typen mestring kan i enkelte situasjoner betraktes som et forsøk på å unngå, unngå eller flykte fra ubehag eller problemer.

De ulike mestringsstrategiene den enkelte velger å benytte har som mål å hjelpe den enkelte

til å regulere følelser, bevare sitt selvbylde, finne mening, styrke evnen til handling, og i tillegg opprettholde personlig kontroll over ytre og indre krav og problemer som vedkommende møter (Reitan, 2017b, s.88). Oppmerksomhet rettet mot stress og mestring i forbindelse med alvorlig og livstruende sykdom er viktig på grunn av positive resultater som er knyttet til redusert opplevelse av belastning samt aktiv og problemorientert mestring (Kristoffersen, 2016, s.272).

2.3 Antonovsky's Salutogenese

Aaron Antonovsky sin modell om salutogenese har fokus på mestringsfremmende fenomener, som ses på som essensielle for evnen til å mestre livets utfordringer slik som kriser og sykdom. Dette er fenomener bestående av "empowerment", "self-efficacy", resiliens og pasientens egne resurser (Reitan, 2017b, s.90). Antonovsky var opptatt av hva som skaper helse (salutogen), i stedet for å fokusere på hva som forårsaker sykdom (patogen). Han var på denne måten en viktig bidragsyter til å skape en forståelse av å se helse som en ressurs. Ved å fokusere på hva som skaper helse, rettet han også søkelyset mot hvilke styrker og motstandsressurser den enkelte har til mestring, og på denne måten bidra til å redusere oppmerksomheten på hva som skaper begrensninger og sykdom (Larsen, 2018, s. 40).

(Den grunnleggende forutsetningen for)det salutogene perspektivet (er at heterostase, aldring og økende entropi er trekk som alle levende organismer har boende i seg. Dette gjør at vi plasserer mennesker på et flerdimensjonalt kontinuum mellom helse og uhelse og dermed aviser klassifiseringen av mennesker som enten syke eller friske. Det gjør også at vi forsøker å kartlegge personens historie, herunder sykdommen, og ikke bare fokuserer ensidig på en sykdoms etiologi. Det salutogene perspektivet innebærer også at en ikke alene fokuserer på stressfaktorer og årsak til sykdom, men at en også ser på faktorer som kan bidra til å bevare personens plassering på kontinuumet eller i retning av helseenden ved å rette oppmerksomheten mot mestringsressurser (Antonovsky, 2014, s.35-36). Dette garanterer ikke at en løsning på alle problemer hos et mennesker, men det kan derimot skape en bedre og dypere forståelse og gi mer kunnskap (Antonovsky, 2014, 29-30).

Antonovsky utviklet begrepet opplevelse av sammenheng (OAS) som han mener står for kjernen i svaret på det salutogene spørsmålet, da dette er avgjørende for at en person skal bevare sin plassering på kontinuumet mellom helse og uhelse og eventuelt skal kunne bevege

seg i retning av helseenden (Antonovsky, 2014, s.37-38). OAS blir av Antonovsky (2014) definert som:

En global innstilling som uttrykker i hvilken grad man har en gjennomgående, varig, men også dynamisk følelse av tillit til at (1) stimuli som kommer fra ens indre og ytre miljø, er strukturerte, forutsigbare og forståelige, (2) man har ressurser nok til rådighet til å kunne takle kravene som disse stimuliene stiller, og (3) disse kravene er utfordringer som det er verd å engasjere seg i. (s.41)

OAS består dermed av de tre kjernekomponentene begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet (Antonovsky, 2014, s.39). Antonovsky mener at disse tre komponentene henger sammen og påvirker hverandre og at god mestring ut ifra dette avhenger av OAS samlet sett (Antonovsky, 2014, s.44). Grad av helse vil ifølge Antonovskys forståelse, være bundet til den enkeltes subjektive OAS i livet og hvilke motstandsressurser vedkommende har (Larsen, 2018, s. 40). Videre hevder Antonovsky at en sterk OAS i livet vil ha en positiv virkning for den enkeltes helse, og at dette vil ha betydning for mestringsopplevelse, da det virker inn på hvordan personen forholder seg til situasjonen (Larsen, 2018, s. 41). Mennesker med sterk OAS vil dermed være bedre rustet til å håndtere problemer i livet, samt bedre i stand til å leve med problemer som ikke kan løses, sammenlignet med mennesker med svak OAS (Antonovsky, 2014, s.157).

2.4 Krise og krisereaksjoner

Når en pasient får en kreftdiagnose, er det naturlig at en psykisk reaksjon vil oppstå, og man kan sammenligne disse krisereaksjonene som med en traumatisk krise (Reitan, 2017b, s.82). En traumatisk krise blir av Cullberg (1994) definert som ” individets psykiske situasjon ved en ytre hendelse av en slik art at personens fysiske eksistens, sosial identitet og trygghet eller grunnleggende livsmuligheter blir truet” (s.108). I slike situasjoner vil mennesker ha behov for medmenneskelig kontakt, støtte og noen å dele følelser og tanker med (Eide og Eide, 2007, s. 166).

Cullenberg (1994, s.129) deler den traumatiske krisens forløp i fire faser. Disse fasene har hver sine egenskaper og problemer, men de kan også flyte over i hverandre. De fire fasene består av sjokkfasen, reaksjonsfasen, bearbeidingsfasen og nyorienteringsfasen. Den første fasen, sjokkfasen, kan vare fra et kort øyeblikk til noen døgn. I denne fasen vil virkeligheten være vanskelig å ta innover seg og vil derfor holdes på avstand. Personer i denne fasen vil være preget av blant annet nedsatt bevissthet, underlig oppførsel og likegyldighet. I

reaksjonsfasen vil den enkelte begynne å erkjenne det som har skjedd eller kommer til å skje, og personens forsvarsmekanismer vil i denne fasen bli mobilisert. Her vil behovet for å finne mening i den kaotiske situasjonen også stå sentralt. Bearbeidingsfasen kjennetegnes ved at pasienten etter hvert slutter å bruke forsvarsmekanismer som for eksempel benektelse. Her blir pasienten fremtidsrettet igjen ved å godta situasjonen han eller hun befinner seg i og i tillegg klarer å åpne seg for nye erfaringer. I den siste fasen som består av nyorienteringsfasen, lever personen videre med arrene etter den aktuelle krisen og fasen har dermed ingen avslutning. I denne fasen er håp blitt bearbeidet og selvfølelsen gjenopprettet. Tanker på det som tidligere har skjedd kan dukke opp sammen med vanskelige og vonde følelser, og disse vil nå være en del av perspektivet personen har på seg selv og sitt liv.

2.5 Sosial støtte

Sosial støtte blir av Lode (2016) beskrevet som ” å oppleve eller erfare at en er ivaretatt av andre, at en er respektert og verdsatt og er en del av et sosialt nettverk med gjensidig hjelp og forpliktelse” (s.47). Dette er et sammensatt begrep innen helse og sykdom, som innebærer både instrumentell og emosjonell støtte. Hvor instrumentell støtte innebærer informasjon og råd, og emosjonell støtte innebærer omsorg og empati. Lode skriver videre at sosial støtte kan minske eller regulere uønskede psykologiske følger av stressituasjoner. Her poengteres det også at det er den enkeltes opplevelse av sosiale støtte, som er gjeldene for tolkningen av stressituasjonen og videre valg av mestringsstrategier (Lode, 2016, s.47-48).

Det å være i kontakt med og knyttet til andre mennesker har vist seg å gi en følelse av tilhørighet og fellesskap. Det er også viktig for annerkjennelse, opplevelse av identitet, selvfølelse, trygghet, velvære og verdighet (Helgesen, 2016, s.142).

2.6. Kommunikasjon og informasjon

For å utveksle tanker, følelser og meninger og for å komme i kontakt med hverandre, benytter mennesker kommunikasjon (Reitan, 2017a, s. 104). Sykepleieren er en av dem som tilbringer mest tid med pasientene og kommunikasjon mellom sykepleier, pasient og pårørende er derfor viktig (Reitan, 2017a, s. 104). Bruk av kommunikasjon der sykepleiere gir god og forståelig informasjon, som kommuniseres på en støttende og empatisk måte, vil fremme at pasienter i sårbare situasjoner opplever denne som mer håndterbar (Heyn, 2015, s.363).

Kommunikasjon er et godt hjelpemiddel for å bli kjent med pasienten og et godt verktøy for informasjonsoverføring. Det er også en viktig faktor for forståelse og et godt grunnlag for å møte pasienten sine behov slik at en kan hjelpe vedkommende til mestring av sykdom, ensomhet og lidelse. God og tilstrekkelig informasjon om egen sykdom og behandling er viktig for å gjøre situasjonen til den enkelte mer forståelig og for å skape mening og forutsigbarhet (Eide & Eide, 2007, s.166).

All kommunikasjon inneholder informasjon, men ikke all informasjon inneholder kommunikasjon Dette er basert på kommunikasjonsprosessen som bygger på at det finnes en gjensidighet mellom partene hvor en både mottar og gir informasjon (Reitan, 2017a, s.104).

2.7 Sykepleiefaglig perspektiv

Patricia Benner og Judith Wrubel redegjør i sin omsorgsteori for deres oppfattelse av begrepet omsorg, samt hvilken betydning dette har for synet på mennesket, forståelsen av pasienter, og utøvelsen av sykepleie (Kirkevold, 1998, s.199). Teorien tar utgangspunkt i at omsorg er grunnlaget for alt menneskelig liv, samt sykepleie som tjeneste. Sentrale begreper i denne teorien er blant annet omsorg, situasjon, kontekst, person, mestring, stress og sykdom. Dette er begreper som også er gjennomgående i denne litteraturstudien. Teorien er derfor av stor relevans og trekkes inn under diskusjonsdelen i studien.

Omsorg blir av Benner og Wrubel (2014, s.23) fremstilt ved at personer, prosjekter, situasjoner og gjenstander betyr noe for mennesker. Omsorg er dermed en måte å forholde seg til verden på. Benner og Wrubel formidler videre at omsorg skiller hva som er av betydning og ikke, og hva hver enkelt ser på som meningsfullt og ikke. Begrepet kan derfor beskrive hva som ses på som stressende og hvilke muligheter man har til å forholde seg til dette. Omsorg skaper på denne måten muligheter.

3.0 METODE

Thidemann (2015) definerer metode som ”den systematiske fremgangsmåten du benytter for å samle inn informasjon og kunnskap for å belyse en problemstilling” (s.76). Methodedelen vil ta for seg hvordan studien har gått frem i prosessen for å finne svar på problemstillingen. Presis formulering av denne prosessen er viktig for at andre som etterprøver dette, skal komme til samme konklusjon (Thidemann, 2015, s. 71).

3.1 Litteraturstudie som metode

Oppgaven benytter litteraturstudie som metode for å gjøre systematiske søk og samle inn data, som presenteres som en prosjektrapport. Litteraturstudien baseres på sekundærdata som vil si data innsamlet av andre (Thidemann, 2015, s.77). En litteraturstudie har som hensikt å systematisere kunnskap fra skriftlige kilder. Dette vil si at man samler inn relevant litteratur som man går kritisk gjennom, og som man til slutt setter sammen til en helhet (Thidemann, 2015, s.79).

Kvalitativ og kvantitativ metode er to ulike forskningsmetoder som brukes, hvor den kvalitative metoden har som hensikt å hente kunnskap om menneskelige egenskaper, som blant annet erfaringer, tanker, meninger, opplevelser, holdninger og motiver og forventninger (Thidemann, 2015, s.78). Siden problemstillingen omhandler pasientenes opplevelse av mestring og hvordan vi som sykepleiere kan fremme dette, vil oppgaven bruke kvalitative forskningsartikler som utgangspunkt.

3.2 Valg av litteratur og litteratursøk

For å svare på problemstillingen vil studien samle inn relevant litteratur fra ulike pensumbøker og fagbøker, artikler fra kjente tidsskrifter og forskningsartikler. Å utføre et systematisk søk er avgjørende for å finne studier som svarer på problemstillingen. For å få til et effektivt arbeid med søk, er det viktig å utvikle gode søkestrategier hvor man bestemmer emneord og tekstord og deretter kombinerer disse søkeordene i forskjellige databaser (Thideman, 2015, s.87).

Dette ble gjort ved å benytte rammeverket PICO, som er et verktøy som skal hjelpe med å få problemstillingen søkbar og presis (Thideman, 2015, s.86). PICO står for Patient/Problem, Intervention, Comparison og Outcome (Thideman, 2015, s.86). Siden problemstillingen i denne studien ikke inneholder et tiltak som skal sammenlignes med et annet, vil ikke studien bruke Comparison når PICO settes opp (se vedlegg 1).

Gjennom søk etter fagressurser på biblioteket sine nettsider på høyskolen, har denne oppgaven benyttet MeSH (Medical Subject Headings) til å finne engelske synonymer til de ulike søkene. Dette er et standardisert helsefaglig emneordsystem som kan gi økt forståelse

for medisinsk fagterminologi og dermed gi mer presise og bedre søk etter litteratur i de ulike databasene som senere skal presenteres.

Gjennom søk etter relevant forskning, og for å komme frem til de artiklene som er inkludert i studien, har det blitt brukt databaser som Medline(ovid), Swemed+ og Cinahl (se vedlegg 2). Sistnevnte har hovedvekt på sykepleie, noe som er viktig da problemstillingen ønsker å komme frem til hva sykepleiere kan gjøre for å fremme mestring. Cinahl er også god på data om erfaringer fra pasienter og kvalitativ forskning, noe som vil være sentralt i denne oppgaven.

3.3 Inklusjonskriterier/ eksklusjonskriterier

I arbeidet med å finne relevant litteratur for denne litteraturstudien, er det lagt til grunn enkelte kriterier slik at en lettere skal kunne vurdere relevansen i de ulike forskningsartiklene. Studien inkluderer kvinner i voksen alder med brystkreft, da det er de som utgjør størsteparten av antall pasienter med brystkreft. Oppgaven inkluderer også kvinners opplevelser ved diagnose og mestring i forhold til dette, og inkluderer i hovedsak studier som tar for seg pasienter som nylig har fått diagnosen og som avventer eller er under behandling av sykdommen. Ellers er forsknings engelskspråklig eller skandinavisk studier relevant for studien

Forskning som er ekskludert i studien er forskning som er publisert tidligere enn 2009, samt studier som omhandler kvinner i palliativ fase eller kvinner som har brystkreft med metastaser.

3.4 Kritisk vurdering av artikler

Når en skal gjøre kritiske vurderinger er hensikten å bestemme styrke, relevans og begrensinger i forhold til den informasjonen som samles inn. Det materialet som samles inn skal derfor behandles grundig gjennom å analysere, tolke og kritisk vurdere, da denne informasjonen skal hjelpe til med å belyse og svare på problemstillingen (Thidemann, 2015, s.27). Artiklene som er valgt ut i denne oppgaven er vurdert ut ifra om de inneholder de elementene som er ønskelig, i tillegg til at de er kvalitetsvurdert ved anvendelse av CASP sjekkliste, som er en anerkjent modell utviklet av Critical Appraisal Skills Program ved Universitetet i Oxford (Thidemann, 2015, s.91)

3.6 Ethiske overveielser

Etikk handler om regler, prinsipper og retningslinjer for vurderinger av hvorvidt handlinger er riktige eller ikke. Siden litteraturstudien bygger på forskning av andre må det også tas hensyn til etiske prinsipper og juridiske retningslinjer, og forholde seg til dette. (Johannesen, Tuft & Christoffersen, 2016, s.83). Når det blir utført helsefaglig og medisinsk forskning som involverer helseopplysninger, mennesker eller biologisk materiale fra mennesker, skal denne forskningen være forhåndsgodkjent fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskning (REK), før det eventuelle prosjektet kan utføres. Disse komiteene gjør så en vurdering av hvorvidt forskningsprosjektet er etisk forsvarlig å gjennomføre eller ikke (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2014). Ethiske overveielser er i denne studien tatt hensyn til ved å bruke referee bedømte og anerkjente databaser, samt artikler som er godkjent av etisk komite. Akademiske regler for kildehenvisning har også blitt fulgt ved å følge Høyskolen på Vestlandet (HVL) sine retningslinjer for bruk av referanser. HVL sine etiske retningslinjer for oppgaveskriving er også benyttet.

4.0 RESULTAT

I de følgende underkapitlene vil først de inkluderte forskningsartiklene presenteres kort, deretter vil hovedfunnene fra disse fremheves. For å besvare problemstillingen om hvordan sykepleiere kan fremme mestring hos kvinner som nettopp har fått en brystkreftdiagnose, blir funnene i de ulike artiklene sett på som vesentlig for å kunne gjøre dette.

4.1 Presentasjons av forskningsartikler

Se vedlegg 3 med litteratormatrise for mer utfyllende informasjon og presentasjon av artiklene nevnt nedenfor.

Coping with Breast Cancer (2010). Drageset, S., Linstrøm, T.C. & Underlid, K.

Dette er en kvalitativ studie hvor 21 norske kvinner med brystkreft, ble intervjuet med hensikt å beskrive mestringsstrategier brukt i tiden fra diagnosetidspunkt og frem mot operasjon. Resultatene viser 7 fremtredende temaer om mestring i denne perioden. Dette er steg for steg, skyve vekk, leve som vanlig, nyte livet, håndtere følelser, forberede seg på det verste og positivt fokus. Av disse var steg for steg den mest vanlige mestringsstrategien hvor behovet for å kunne holde sykdommen på en viss avstand var viktig. For å fremme individuell

mestring hos kvinner med brystkreft må sykepleiere være klar over både likhetene og variasjonene i mestringsstrategier hos kvinner som venter operasjon etter en brystkreftdiagnose. Sykepleiere må også se verdien av å opprettholde et positivt fokus hos kvinner med brystkreft som venter operasjon, samtidig som man erkjenner og respekterer disse kvinners bekymringer og frykt.

Surviving the wait: defining support while awaiting breast cancer surgery (2011).

Dickerson, S.S., Alqaissi, N., Underhill, M., & Lally, R.M.

Hensikten med denne studien var å beskrive felles betydninger og delte erfaringer og praksis for sosial støtte i tiden fra brystkreftdiagnose til behandlingsstart. Studien viser at kontroll over informasjon er viktig for opplevelsen av å kontrollere egen situasjon. Et karakteristisk trekk ved denne studien var at kvinnene målrettet unngikk å avsløre sin diagnose til mennesker og i situasjoner hvor støtte ble forventet å ikke være tilstede. Kvinnene i studien beskriver også at for mye uønsket emosjonell oppmerksomhet, opplevdes som lite støttende. Studien viser stor variasjon og individualitet fra de ulike kvinnenes opplevelser.

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

Denne studien er en del av en større studie hvor en uvalgt gruppe av pasienter med brystkreft og prostatakreft kommuniserte med hverandre på et diskusjonsforum gjennom internett. Ved bruk av kvalitativ metode ble 711 kommentarer på dette forumet analysert og Antonovsky's teori ble brukt som teoretisk grunnlag for tolkning av resultatet. Hensikten var å få en innsikt og en forståelse for pasienter med kreftsykdom og deres muligheter for å mestre utfordringer i egen situasjon. Studien viser et behov for å være hovedperson i eget livsdrama, at man har behov for å delta aktivt, samt at man har behov for utveksling av erfaringer med mennesker i lik situasjon.

Stress and nursing care needs of woman with breast cancer during primary treatment: A qualitative study (2010). Remmers, H., Holtgräwe, M., & Pinkert, C.

Dette er en kvalitativ studie med hensikt å undersøke kvinners belastninger i tiden rundt brystkreftoperasjon og deres behov og forventninger til sykepleiere. Resultatet i studien viser at emosjonell støtte fra sykepleiere er viktig og at sykepleiere kan støtte disse kvinnene ved å lytte, akseptere deres følelser, og gi detaljert informasjon. Og på denne måten gi en følelse av trygghet og hjelpe dem med å opprettholde håp og evnen til å møte virkeligheten.

Women's stories of living with breast cancer: A systematic review and metasynthesis of qualitative evidence (2019). Smit, A., Coetzee, A. J., Roomaney, R., Bradshaw., & Swartz, L.

Dette er en systematisk oversikt som tar for seg kvalitative studier som dokumenterer fortellinger fra kvinners opplevelse med å leve med brystkreft. 180 studier er inkludert i denne systematiske oversikten. Denne studien tar for seg alle stadiene av brystkreftdiagnosen fra før diagnose og til overlevelse, samt tilbakefall. Åtte temaer ble identifisert i denne studien, bestående av byrden av diagnose, eksistensiell prøvelse, sykdomsvurdering, støttenettverk, å være i helsesystemet, selvet i forhold til andre, endret selvbylde og overlevelsesidentitet. I perioden hvor pasientene befant seg rundt diagnosetidspunkt og frem mot behandling var emosjonelle reaksjoner, tanker om døden, tillit til helsepersonell vs. frykt for behandling, og behov for støtte og informasjon viktige faktorer for kvinnene i den aktuelle situasjonen.

4.2 Hovedfunn

De ulike hovedfunnene er gjort ved å trekke ut forskjellige temaer som er gjennomgående i de ulike forskningsartiklene inkludert i studien og som videre kan koples opp mot problemstillingen.

4.2.1 Reaksjoner på sykdom

Studien til Drageset et al. (2010) viser at kvinner var betydelig preget av angst og usikkerhet i perioden mellom diagnosetidspunkt og operasjon. Samme studie viser at konstruktiv selvprat reduserte usikkerhet hos deltagerne i perioden før operasjon og gav positiv følelsesmessig respons. I studien til Smit et al. (2019) var sjokk, skremsel, umiddelbare tanker om død, følelsesmessige traumer, usikkerhet for fremtid samt frykt for operasjon, tanker som gikk gjennom pasientene. Tanker om døden samsvarer også med studien til Remmers et al. (2010) som viser at til tross for god prognose, er de rammede kvinnene redde for å dø i nær fremtid. En usikker fremtid samt frykt for egne reaksjoner på sykdommen er noe av det som preger kvinnene i denne studien. Kvinnene er også redde for å overkjøre familien med detaljert informasjon om deres egen dødelige sykdom og er redde for å være en byrde for familien på grunn av deres diagnose (Remmers et al., 2010).

I studien til Varre et al. (2011) viser at behovet for å kunne kontrollere følelser og hjelp til

dette er viktig for opplevelsen av mestring. Deltakerne i samme studie beskriver at det er utfordrende å leve med en kreftsykdom, hvor usikkerhet og opplevelsen av å ikke kjenne igjen egne følelser og reaksjoner, uttrykkes.

4.2.2 Sosial støtte

Flere av studiene viser at behovet for emosjonell og sosial støtte er viktig hos kvinner som nylig har fått en brystkreftdiagnose (Drageset et al., 2010; Dickerson et al., 2011; Varre et al., 2011; Smit et al., 2019). Gode forhold til venner og familie, og støttende og realistisk informasjon om kreft fra helsepersonell og private nettverk var til hjelp for kvinnene (Drageset et al., 2010; Dickerson et al., 2011). Det samme var tillit til helsepersonell og sykehuset.

I studien til Dickerson et al (2011) kommer det frem at gifte kvinner hentet støtte fra ektefelle, mens ugifte søkte støtte i nære relasjoner slik som partner eller deres barn. Når det gjaldt venner og kollegaer ble de som kunne være til hjelp og som ikke ville gi uønsket oppmerksomhet valgt ut. Samme studie beskriver videre at helsepersonell opplevdes som informative, omsorgsfulle, personlig og støttende. Her fremheves også viktigheten av tillit og aksepterende holdning fra helsepersonell som betryggende faktorer. Dette kommer også til uttrykk i studien til Remmers et al (2010) hvor også tilgjengelighet og tilstedeværelse i vanskelige situasjoner samt oppmuntrende og hverdagslige samtaler var viktige faktorer for den emosjonelle støtten. I studien til Smit et al (2019) opplevde pasientene ofte støtte og vennlighet fra helsepersonell og at de hadde tillit til helsepersonellens evner selv om de var redd for behandlingen. I samme studie uttrykte pasientene takknemlighet over støtten de mottok fra helsepersonell. Tro-basert støtte var av verdi for kvinnene med sterk tro

Noe annet som går igjen i studiene er at kvinnene valgte ut hvem de ville assosiere seg med, samt dele sykdommen med og ikke (Dickerson et al., 2011; Drageset et al., 2010). Dette for å oppleve best mulig emosjonell støtte og samtidig unngå negativ støtte i form av uønsket oppmerksomhet, overreagering, sårbarhet og negative følelser. Dette gjaldt både støtte fra familie og sosialt nettverk som arbeidssted og venner (Dickerson et al., 2011).

Når det gjaldt å ta imot hjelp fra andre så kvinnene i studien til Dickerson et al (2011) på dette som utfordrende. Blant annet fordi de selv var vandt med å være den som tok vare på familien og andre. Dette hang også sammen med behovet for å beskytte familien og å holde en sterk

fasade. I samme studie reflekterte også kvinnene over behovet av å lære seg å akseptere hjelp fra andre.

4.2.3 Å bli sett og forstått

Pasientene i Remmers et al. (2010) uttrykker et ønske om å bli behandlet med respekt som et individ og menneske, samt at deres personlige behov og ønsker blir anerkjent. Pasientene ønsker derfor at sykepleiere ser hver pasient som særegen for å kunne gi støtte som passer individuelle behov. Pasientene i denne studien uttrykker også et ønske om at redsel og spørsmål skal bli tatt på alvor og at deres egen måte å mestre sykdommen på, blir akseptert. Forståelse fra helsepersonell var også viktig i studien til Smit et al. (2019).

De fleste av kvinnene ønsker å bli behandlet som vanlig og det at andres medfølelse kunne utløse negative følelser og gjorde at noen følte seg utsatt og redd (Drageset et al., 2010). Dette kommer også til uttrykk i studien til Varre et al. (2011), i tillegg til et behov om gjenkjennelse og å ikke være alene. I samme studie kommer det frem at pasientene ønsker å bli lyttet til, respektert og stå i sentrum av egen sykdom slik at de kan mobilisere krefter til å mestre og leve med sykdommen.

4.2.4 Behov for informasjon

Studiene viser at behovet av og ønsket om informasjon, er varierende og svært individuelt (Drageset et al., 2010; Dickerson et al., 2011). Studien til Drageset et al. (2010) viser at informasjon var viktig for den enkelte men at de ikke ønsket å motta alt på en gang, da dette ga en følelse av redsel og tap av kontroll. Samtidig viste det seg at andre ønsket å motta all informasjon da det gjorde dem mindre redd når de viste hva som skulle skje.

I studien til Dickerson et al. (2011) var ønsket om informasjon i tillegg varierende ut ifra kvinnenenes behov, om de ønsket å lære så mye som mulig eller om de bare ville vite det øverst nødvendige. I denne studien viser det seg også å være variabelt fra kvinne til kvinne. I denne studien kommer det også fram at kvinnene innhentet informasjon både fra helsepersonell og andre informasjonskilder som bøker, internett eller venner og familie som hadde opplevd det samme. I denne studien kommer det også fram et ønske om å kontrollere informasjonen som kommer ut, både til seg selv og til andre i familien. Dette for å føle en viss kontroll over situasjonen. Varre et al. (2011) viser også at informasjon og erfaringer fra andre som går

gjennom det samme er viktig for følelsen for mestring og av å bli forstått.

I studien til Dickerson et al. (2011) kommer det frem at kontroll over egen situasjon er viktig. I samme studie fantes det ulike måter å oppnå følelse av kontroll. Hvorav noen ønsket å kontrollere informasjonsflyt for å oppnå kontroll og andre ved å ta en heller passiv rolle ved å la andre ta seg av informasjonen.

I studien til Smit et al. (2019) beskrev kvinnene at de opplevde manglende informasjon fra helsepersonell og at det å bli informert om brystkreft og behandling, i tillegg til å ha en aktiv holdning til beslutningstaking, var viktige behov for den enkelte.

4.2.5 Mestringsstrategier

Studien til Drageset et al. (2010) viser at noen kvinner ønsker å holde følelsene på avstand, mens andre følte en lettelse over å utrykke sine. Metoder for å utrykke følelser var også varierende i samme studie hvorav noen brukte dagbøker for å få ut følelser mens andre ønsket å utrykke sine følelser for folk de så på som støttende. De som ønsket å holde følelsene på avstand opplevde at å utrykke følelser førte til tap av styrke, økt selvmedlidenhet og tap av energi. Studien til Varre et al. (2011) viser også at pasienter har behov for å fortelle sine historier og dele erfaringer med andre. Smit et al. (2019) sine funn viser at å få kunnskap fra andres opplevelser var viktige mestringsstrategier.

Å ta sykdommen steg for steg var den mest vanlige mestringsstrategiene brukt i studiene til Drageset et al. (2010). Her handler det om å forholde seg til nåtiden og ignorere problemer som kanskje kunne oppstå senere, og på denne måten unngå å bli overveldet med truende tanker og følelser, samt redusere bekymring.

Å holde seg opptatt og leve som vanlig var strategier flere av kvinnene brukte for å mestre angsten forbundet med diagnosen (Dickerson et al., 2011; Drageset et al., 2010). Dette gjorde de ved blant annet å fokusere på jobb, husarbeid, fysisk aktivitet, venner, musikk eller hobbyer. Å fortsette å leve som vanlig ga også kvinnene en følelse av kontroll (Drageset et al. 2010). Dickerson et al. (2011) viser at for å mestre angsten måtte kvinnene prøve å holde seg opptatt eller distraheret, som ved blant annet å gå, lese, eller reise på ferie, og på denne måten balansere distraksjoner med tid til å tenke. Å fokusere på meningsfulle verdier og aktiviteter

bidro pasientene i deres mestringsprosess (Drageset et al., 2010).

Å ha positivt fokus samt ha et godt humør viste seg i studien til Dragset et al. (2010) å være viktig for noen. Dette virket også positivt inn på mestringsevnen. Denne optimistiske holdningen viste seg å være grunnet i tidligere mestringserfaringer som hadde hjulpet til positiv tenkning. Å ha beholde et positivt tankesett viser seg også å være viktig i flere studier (Smit et al., 2019; Varre et al., 2011)

5.0 DISKUSJON

Denne delen av litteraturstudien vil ta for seg drøftingen av oppgaven, hvor de ulike hovedfunnene i studiene vil drøftes opp mot teori og sykepleieteori, samt egne erfaringer. Målet vil være å svare på problemstillingen om hvordan sykepleiere kan bidra til å fremme mestring hos kvinner som nettopp har fått en brystkreftdiagnose.

5.1 Reaksjoner på sykdom

En kreftdiagnose påvirker alle aspekter av den rammedes liv, og det er derfor knyttet stor bekymring og uro til sykdomsforløpet. Dette kan påvirke alt fra dagligdagse aktiviteter til eksistensielle spørsmål (Reitan, 2017a, s.110-111). Usikkerhet, bekymring og sterke emosjonelle reaksjoner kommer også til uttrykk i de ulike studiene inkludert (Drageset et al., 2010; Smit et al, 2019; Remmers et al, 2010). Frykt for egne reaksjoner og følelser, samt ikke kjenne igjen disse er også noe som blir trukket frem i flere av artiklene (Remmers et al., 2010; Varre et al., 2011). Studien til Varre et al. (2011) viser også at kvinner har behov for hjelp til å kontrollere de ulike reaksjonene og at dette bidro til mestring.

Personer som nettopp har fått beskjed om en kreftdiagnose vil befinne seg i krisenes akutte fase og her vil de ulike psykologiske forsvarsmekanismene settes i gang slik at personen skal klare å takle og tilpasse seg situasjonen (Reitan, 2017b, s.84). Disse forsvarsmekanismene er ubevisste psykiske reaksjonsmåter som skal minimere opplevelsen av og bevisstheten om farer som truer jeg-et. På denne måten kan en si at forsvarsmekanismer fungerer som et filter hvor den enkelte fortrenger oppfatningen og opplevelsen av situasjonen som forårsaker stress. Dette kan også medføre en forsinkelse av overgangen til en bearbeiding av situasjonen som vedkommende befinner seg i, og dermed gjøre denne perioden lengre og vanskeligere (Reitan,

2017b, s.85).

Hvor stressende den diagnostiske fasen som kvinnene befinner seg i har vist seg å være varierende, noe som også understøttes av Benner og Wrubel (2014, s.307) som sier at stress i denne perioden er svært svingende og avhengig av pasientens tolkning av sykdommen og implikasjoner av denne. Det kan ut ifra dette være viktig at man som sykepleier setter seg inn i pasientens situasjon og prøver å forstå dens oppfatning og opplevelse av den aktuelle sykdommen.

Hvordan den enkelte forstår sin aktuelle sykdom og dens symptomer, henger sammen med egen livshistorie, samt sosial og kulturell bakgrunn (Jacobsen, 2016, s.64). Dette støttes opp under Benner og Wrubel (2014, s.304) som sier at mennesker møter en lidelse med en historie som er relevant for den enkeltes sykdom og at tidligere erfaringer og kjennskap til sykdommen på denne måten kan være både lite og omfattende. Personens respons og møte med sykdommen kan også være påvirket av pårørendes eller venners tidligere erfaringer med lignende sykdom, dette støttes også av studiene inkludert. Dette vil videre bety at en person kan inneha enten stor redsel for sykdommen eller møte sykdommen uten noen forutsatt mening. Dette er noe som bidrar til å forme personens sykdomsopplevelse i alle faser, heriblant den pre-diagnostiske fasen og behandlingsfasen (Benner og Wrubel, 2014, s.304).

Det forskjellige følelsene kan også sees i sammenheng med Antonovsky (2014, s.159) som skiller mellom svak og sterk OAS, hvorav mennesker med sterk OAS sannsynligvis vil ha andre følelser sammenlignet med de med svak OAS. Og at de med sterk OAS vil ha følelser som er lettere å regulere grunnet en rekke egenskaper. Han sier videre at mennesker med sterk OAS også vil være mer bevisst over egne følelser, at de har lettere for å beskrive disse følelsene og at de opplever dem som mindre truende. Videre formidler Antonovsky at mennesker med sterk OAS ikke reagerer med sterke negative følelser på negative stressfaktorer, men heller har lettere for å la disse følelsene komme frem og utrykke dem åpent i stedet for å skyve dem bort eller undertrykke dem. Og på denne måten være i bedre stand til å håndtere instrumentelle problemer samt følelsesregulering, og dermed redusere stress (Antonovsky, 2014, s.160).

I følge Hummelvoll (2012, s.519) vil en person som befinner seg i krise oppleve en følelse av

hjelpeløshet og utilstrekkelighet, og at det å søke hjelp kan understreke denne følelsen ytterligere. Det blir derfor viktig at vi som sykepleiere bidrar til å øke troen til pasienten om at hun kan delta aktivt for å løse problemer. Dette kan gjøres ved at sykepleier lytter oppmerksomt, og viser at følelsene til pasienten aksepteres. Dette er viktig for å øke selvaktelsen og for å hindre at evnen til problemløsning reduseres.

For å kunne hjelpe pasienter som gjennomgår en ny og vanskelig livssituasjon er det viktig at sykepleiere kjenner til ulike psykiske reaksjoner og aspekter hos mennesker med en livstruende og alvorlig sykdom. Når det gjelder emosjonelle reaksjoner må sykepleiere ut ifra dette være sensitive til og anerkjenne at det å ha en brystkreftdiagnose kan gi betydelige forstyrrelser når det gjelder reaksjoner og ekstrem påkjenning. Det viser seg også viktig at man som sykepleiere er klar over de individuelle forskjellene og pasienters ulike reaksjoner for å kunne møte behovet av å kontrollere disse (Reitan, 2017b, s.82).

5.2 Behov for sosial støtte

Resultatene fra denne studien viser at kvinnes behov for sosial støtte er viktig for mestringsmuligheter (Drageset et al., 2010; Dickerson et al., 2011; Smit et al., 2019; Varre et al., 2011). Benner og Wrubel underbygger også dette ved å si at et mennesket sin mulighet for mestring finnes i de ulike kontekstene vedkommende tilhører, og at sykepleiere på denne måten må inkludere pasientens sosiale støtte for å bidra til å fremme mestring (Kirkevold, 1998, s. 202). Som tidligere nevnt vil et menneske som nylig har blitt diagnostisert med en kreftdiagnose kunne oppleve og gjennomgå en krise. I følge Hummelvoll (2012, s.514) er sosial støtte avgjørende for at den enkelte skal gjennomleve krisen og at det derfor er viktig å aktivisere den enkeltes nettverk som kan bidra med praktisk avlastning når krisen utvikles. Sosial støtte i form av nærmeste pårørende eller venner, kan i tilfeller hvor stressende situasjoner overstiger ressurser tilgjengelig, bidra med de manglende ressursene og på denne måten fremme mestringsfølelse (Lode, 2016, s.48).

Når det gjelder generell støtte er det viktig at man som sykepleier gir den enkelte følelsen av at man er på hennes side og uttrykker ønsket om å hjelpe ved å vise varme, akseptasjon og omsorg (Hummelvoll, 2012, s.515). Antonovsky har også tidligere identifisert at det kan være helsefremmende når(at?) mennesker som opplever en stor grad av stressfaktorer, også har et godt sosialt støttenettverk (Antonovsky, 2014, s.32). I studien til Remmers et al (2010),

kommer det frem at å snakke om hverdagslige temaer og humor var viktig for den emosjonelle støtten og at dette videre gav en følelse av at livet går videre og at sykdommen ikke utgjør hele deres eksistens.

Det er ikke bestandig at den støtten som blir gitt i enkelte situasjoner, oppfattes som støttende av mottaker noe som underbygges av resultatene fra denne studien hvor pasientene prøvde å unngå støtte som de så på som negativ (Drageset et al., 2010; Dickinson et al., 2011). Noe som også samsvarer med Lode (2016, s.48) som skriver at nettverk og sosial støtte i noen tilfeller kan oppleves som negativt. Det er derfor viktig å sjekke med den enkelte pasient, om støtten som blir gitt er gitt til riktig tid og er tilstrekkelig tilpasset den enkelte (Helgesen, 2016. S. 157-158).

Å bli syk krever at man må søke hjelp hos andre, og i den diagnostiske fasen – konfrontere muligheten av at man i fremtidig vil trenge hjelp. I en kultur hvor selvaktelsen er basert på individualisme, uavhengighet, selvkontroll og evnen til å ta vare på seg selv, er det å søke hjelp og motta hjelp mellommenneskelige problemer. Wrubel har tidligere funnet ut at selv om mennesker har et godt sosialt nettverk rundt seg, kan de likevel isolere seg sosialt når det gjaldt deres evne til å spørre etter og motta hjelp fra andre. Sykepleiere arbeider derfor i praksis og i teori bidra med å gi omsorg på måter som ikke skader pasientens følelse av selvkontroll eller som ikke øker fornemmelse av hjelpeløshet (Benner og Wrubel, 2014, s.325)

Å støtte og hjelpe kreftpasienter til mestring er ifølge Reitan (2017b, s.92) målet til sykepleierintervensjonen. Å støtte pasienten i den gitte situasjonen vil si at man handler for den enkelte på bakgrunn av pasientens situasjon og behov (Reitan 2017b, s.92). Behovene de enkelte har av støtte fra familie, sosialt nettverk og helsepersonell må derfor kartlegges av sykepleier for å kunne gi den enkelte den støtten som er ønskelig og på denne måten bidra til å fremme mestring.

5.3 Å bli sett og forstått

Flere av de utvalgte studiene viser at det å bli sett, forstått og ikke minst akseptert og respektert er viktige faktorer for kvinner med en brystkreftdiagnose (Remmers et al, 2010; Smit et al., 2019; Varre et al., 2011). Med en salutogen forståelse vil man ifølge Antonovsky

(2014, s.28-29) gå nærmere inn på personens historie, og dermed få øye på årsakssammenhenger. Man vil på denne måten se personens sykdomstilstand og hele livssituasjon, noe som gjør at man kan få en bedre forståelse for bakenforliggende årsaker til den enkeltes helsetilstand. Ut i fra dette kan man se viktigheten av å sette seg inn i hver enkelt pasients situasjon og hvor pasienten befinner seg og hvordan han opplever situasjonen.

Å se hver enkeltes ressurser og fremheve disse, samt øke motivasjon hos den enkelte viser seg også å være viktig i arbeidet med å bidra til å fremme mestringsopplevelse hos pasienten. Dette støttes også av Antonovsky (2014, s.44) som med sine kjernekomponenter i OAS viser at dersom den enkelte ikke ser egne ressurser, vil dette kunne svekke opplevelsen av mening og viljen til å mestre situasjonen. Økt motivasjon vil også ifølge Antonovsky bidra til engasjement hos pasienten, noe som kan bidra til større forståelse og ressurser.

I tillegg til å medbringe en bakgrunn til sykdommen, vil personer som møter sykdom også medbringe en bakgrunn for selvforståelse når det gjelder styrke, motstandskraft, sårbarhet, effektivitet av medisin og sykepleie, håndtering av institusjonelle krav og opplevelse av rehabilitering. Unødvendige forsinkelser eller innledende behandlingsvansker kan skape usikkerhet og mistillit hos pasienten, og kan dermed føle seg sviktet av sykdommen i seg selv men også av helsepersonell. En forståelse av pasientens tidligere erfaringer med egen sykdom og pasientens egen selvforståelse, spiller derfor en viktig rolle når det gjelder grunnlaget for mestring, da pasientens bakgrunn tilrettelegger for en stor del av det som oppleves som stressende og hvilke mestringsmuligheter den enkelte har (Benner og Wrubel, 2014, s.304-305). Normalisering av bivirkninger som er individuelle for den enkelte, falsk beroligelse, uhensiktsmessig råd og veiledning, for mange spørsmål eller ledende spørsmål, samt overseelse av eksistensielle spørsmål er alle faktorer som kan bidra til å hemme kommunikasjonen mellom pasient og sykepleier (Reitan, 2017a, s.112-113).

Å bli sett og forstått er også noe jeg i praksis har erfart som viktig for den enkelte pasient. Noe som viser hvor viktig det er å møte pasienten der hun eller han befinner seg og at man har dette som utgangspunkt.

En kan med dette se nødvendigheten av at en motiverende samtale med hensikt å bli kjent med pasienten og dens situasjon, samt opplevelse av situasjon og at man i tillegg kartlegger behov, er vesentlig for mestring hos den enkelte. Man kan dermed trekke sammenhenger om at det å bli sett, også innebærer å bli forstått, og at det i denne sammenheng også vil være viktig for sykepleier å kartlegge kvinnens egen forståelse av egen situasjon, for å kunne bidra til å fremme mestringsevnen. Åpen dialog kan blant annet være en mulighet for sykepleiere til å kunne vise at man lytter til den enkelte og at pasienten dermed får en følelse av å bli forstått og på denne måten føle at ens følelser blir ivaretatt. Samtalen mellom pasient og sykepleier blir på denne måten en grunnleggende faktor når det gjelder mestring, noe som også støttes av Lode (2016, s.52) som sier at samtalen er det viktigste redskapet til å fremme bedre mestring.

Bekreftende kommunikasjon blir av Eide og Eide (2007, s. 220) omtalt som ferdigheter der man ved hjelp av ord, formidler at man både har sett og forstått det viktige i det pasienten formidler. Eide og Eide skriver videre at bekreftende kommunikasjon skaper tillit og trygghet og at det å bli lyttet til, samt at noen lever seg inn i våre tanker og følelser, kan styrke selvfølelsen og blant annet fylle psykologiske behov for nærhet og tilknytning til andre (Eide og Eide, 2007, s.220) Å benytte bekreftende kommunikasjon bygd på innlevelse kan ut fra dette være en viktig ferdighet for sykepleiere for å bygge en god relasjon som fremmer opplevelsen av å bli sett og dermed fremme mestring hos pasienter.

5.4 Tilpasset informasjon

Resultater fra studien viser at behovet for informasjon og kontroll over egen situasjon er viktig (Drageset et al., 2010; Dickerson et al., 2011). Mange pasienter befinner seg i sårbare situasjoner som de tidligere ikke har vært i, og kan derfor føle tap av kontroll og over egen situasjon (Heyn, 2015, s.363). Ut ifra dette ser en viktigheten av å hjelpe pasienten med en forståelse av den sårbare situasjonen slik at den oppleves mer håndterbar. Bruk av støttende og empatisk kommunikasjon der sykepleiere gir god og forståelig informasjon, vil fremme nettopp dette (Heyn, 2015, s.363).

Informasjon skal bidra til å hjelpe den enkelte med forståelse og er en vesentlig faktor for å mestre livet med kreft (Reitan, 2017a, s.112). Informasjon kan på denne måten bidra til å redusere usikkerhet og flertydighet. God informasjon hvor pasienten også har innflytelse og deltar aktivt i egen sykdomssituasjon, kan bidra til en opplevelse av å føle seg mindre usikker.

Dette påvirker evnen til å tilpasse seg og mestre situasjonen i positiv retning (Lode, 2016, s.47).

Når det gjelder formidling av informasjon i den diagnostiske fasen, må man også ta hensyn til timing, vurdere grad av tillit og trygghet hos pasienten, samt grad av støtte og ressurser pasienten får fra familie og venner (Benner og wrubel, 2014, s.309). Det er i tillegg viktig å tenke over at pasienten fortsatt kan være i sjokk og at pasienten derfor kan ha vanskeligheter med å ta imot informasjon. Pasienter i sjokkfasen kan ha vanskeligheter med å huske hva som har blitt sagt og gjort (Cullberg, 1994, s.130). Viktige opplysninger bør av denne grunn ikke gis med det samme da denne informasjonen ofte blir glemt.

Det er viktig å være tilgjengelig og tilby veiledning i tillegg til at pasientens evne til å ta imot informasjonen vurderes slik at ikke pasienten blir overveldet eller skremt unødvendig av for mye informasjon (Benner og Wrubel, 2014, s.287). Dette ser man blant annet i flere av studiene (Drageset et al., 2010; Dickerson et al., 2011) hvor flere av kvinnene ønsket å motta kun litt informasjon om gangen, da for mye informasjon på en gang ville skremme dem og gi en følelse av tap av kontroll. Behov for kontroll over informasjon og situasjon, kan også trekkes i sammenheng med sosial støtte. Dette viser studien blant annet studien til Dickerson et al. (2011), hvor kvinnene gjorde et utvalg av hvem de så på som kunne gi positiv støtte og at kontroll over informasjonsflyt kunne forhindre negativ støtte. Dette underbygges også av Benner og Wrubel (2014) som sier at pasientens selvhjulpenhet og kontroll kan skades av uønskede råd (s.287).

Men informasjonen som blir gitt, må også bli forstått. Informasjon og forståelse av informasjonen som er gitt, kan settes i sammenheng med Antonovsky og hans begrep om opplevelse av sammenheng. De tre komponentene i OAS, begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet I følge Antonovsky var begripelighet den nest viktigste komponenten etter meningsfullhet, da forståelse gir grunnlag for høy håndterbarhet (Antonovsky, 2014, s.44). Dette gir grunnlag for viktigheten av god informasjon fra helsepersonell som er forståelig hos den enkelte som mottar informasjonen. Samtale mellom sykepleier og pasient kan bidra til at den kreframmede får en bedre forståelse av seg selv, finner en mening med den aktuelle situasjonen og ikke minst gjenvinner kontroll over sitt eget liv (Reitan, 2017a, s.110).

Viktigheten av å gi tilstrekkelig og tilpasset informasjon som pasienten har forstått, fremheves

også av de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (Norsk Sykepleieforbund, 2016). Dette underbygges videre av Eide og Eide som sier at tilstrekkelig informasjon om den enkeltes sykdom er viktig for å gjøre situasjonen mer forståelig og forutsigbar (Eide & Eide, 2007, s.166). man kan bidra til å skape engasjement samt deltakelse hos den enkelte ved formidling av informasjon gjennom dialog (Reitan, 2017a, s.111).

Ut ifra resultater fra inkluderte artikler kan det være viktig som sykepleier å undersøke hva som bidrar til å skape kontroll og ikke. Mennesker benytter ulike sider av seg selv og strategier for å få kontroll over og mestre de ulike utfordringene den enkelte møter ved livstruende sykdom (Reitan, 2017b, s. 88). Studiene viser at den enkeltes ønsker, behov og problemer er avgjørende for informasjonssamtalen mellom pasient og helsepersonell. Informasjonen må derfor tilpasses den enkeltes kontekst for å fremme en opplevelse av relevans og forståelse (Reitan, 2017a, s.112). Opplevelsen av manglende informasjon gitt av helsepersonell kommer frem i studien til Smit et al. (2019), noe som viser at sykepleiere må sørge for å gi tilstrekkelig og tilpasset informasjon etter den enkeltes behov. Da resultater viser at enkelte ønsker mye informasjon og andre ikke, kan det av denne grunn være viktig å begrense mengden informasjon ut i fra hva pasienten er villig til og evner å motta.

5.5 Mestringsstrategier

Benner og Wrubel (2014, s.308) hevder at evnen til mestring veksler mye fra pasient til pasient. Enkelte kan oppleve et så høyt nivå av angst at de ikke klarer å ta imot og forholde seg til aktuelle spørsmål, samt ha problemer med å huske avtaler og instruksjoner. I en slik periode kan det være nødvendig med direkte og konkrete planer og instruksjoner fra helsepersonell for å hjelpe pasienten gjennom en periode preget av krise og desorganisering. Andre pasienter kan på den andre siden være i stand til å forvente det beste, dersom dette har vært deres tidligere holdning og dermed ikke ta sorgene på forskudd. Mennesker vil møte situasjonen de befinner seg i med egne spesifikke mestringshistorier, egen betydning og ressurser.

Mennesker benytter seg av ulike sider av seg selv for å oppnå kontroll over de ulike mestringsutfordringene som de møter ved livstruende sykdom (Reitan, 2017b, s.88). Benner og Wrubel (2014, s.308) sier at sykepleieren tar utgangspunkt i pasienten sin opplevelse av ens egen situasjon og ”spesielle anliggender”. Dette er noe som vil være viktig da forskning

inkludert i denne studien viser at meningsfulle verdier og aktiviteter hjelper den enkelte i mestringsprosessen. Å finne en mening med den vanskelige situasjonen er også sentralt for kreftpasienten. Dette kan enten være å snakke med familie og venner, søke etter kunnskaper om kreft eller støtte seg til tidligere erfaringer (Reitan, 2017a, s.110-111).

Studien til Varre et al. (2011) viser at pasienter har behov for å fortelle sine historier og dele erfaringer med andre og at dette er vesentlig for mestringsevnen, da dette gi en følelse av å ha betydning for andre, samt at de får en omsorgsfull respons. Å ta del i et større sosialt nettverk kan være viktig for pasientens tilpasning og mestring (Lode, 2016, s.48). Dette kan gjøre det lettere for den enkelte å mestre den aktuelle sykdommen. Utveksling av erfaringer fra andre i lignende situasjon, kan gi pasienter informasjon og erfaring som er nødvendig for evnen til velge strategi for å takle situasjonen den enkelte er i.

Ved å benytte sosial støtte som mestringsstrategi, kan pasienten gjøre situasjonen håndterlig ved å blant annet bidra til endring av den aktuelle situasjonen, endring av situasjonens betydning, samt tilhørende følelsesmessige reaksjoner (Lode, 2016, s.48). Det kan være viktig at sykepleiere ut i fra dette ser behovet for å uttrykke seg og sin historie og at dette kan hjelpe med forståelse og fordøyelse av situasjonen. Dette kan også støttes av Antonovskys salutogene perspektiv hvor økt begripelighet, håndterbarhet og meningsopplevelse vil gi en bevegelse mot god helse (Antonovsky, 2014, s.44). Og at sykepleiere ved å legge til rette for formidling av sin egen historie kan bidra til å fremme den enkeltes mestringsopplevelse.

6. 0 KONKLUSJON

Hensikten med denne litteraturstudien var å undersøke hva som bidrar til mestring hos kvinner som nylig har fått en brystkreftdiagnose og hvordan sykepleiere kan bidra med å fremme dette. Funnene i studien har vist at de rammede kvinners reaksjoner, behov og strategier for mestring var/er varierende og svært individuelle. Sykepleiere må av denne grunn se den enkeltes individuelle reaksjoner og behov, for å kunne bidra til å fremme mestring hos vedkommende. Den enkeltes opplevelse av mestring må også sees i sammenheng med bakgrunn, tidligere erfaringer og den enkeltes selvforståelse av egen situasjon. Et økt fokus på individuelle behov og opplevelser av situasjon, kan bidra til en større forståelse hos helsepersonell. Og dermed danne et bedre grunnlag for å kunne gi tilpasset og tilstrekkelig informasjon og individuell støtte. Kontroll over informasjon og egen situasjon, samt sosial

støtte har vist seg å være svært viktig for evnen til å mestre situasjonen. Studien viser at helsepersonell har en sentral rolle når det gjelder å fremme mestring hos den enkelte pasient som akkurat er diagnostisert med brystkreft. Dette vil ha stor betydning for mestring også senere i sykdomsforløpet og hvordan den enkelte har det i tiden etter kreften er kurert.

7.0 REFERANSELISTE

- Antonovsky, A. (2014). *Helsens mysterium: den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Benner, P. & Wrubel, J. (2014). *Omsorgens betydning i sygepleje: Stress og mestring ved sundhed og sykdom* (2.utg.). København: Munksgaard.
- Cullberg, J. (1994). *Mennesker i krise og utvikling* (3. reviderte utg.). Gjøvik: Aschehoug.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2014, 10.oktober). Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Hentet fra <https://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Forskningsetiske-enheter/Regionale-komiteer-for-medisinsk-og-helsefaglig-forskningsetikk/>
- Dickerson, S. S., Alqaissi, N., Underhill, M., & Lally, R. M. (2011). Surviving the wait: defining support while awaiting breast cancer surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 67(7), 1468-1479. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05612.x
- Drageset, S., Lindstrøm, T. C. & Underlid, K. (2010). Coping with breast cancer: Between diagnosis and surgery. *Journal of Advances Nursing*, 66(1), 149-158. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05210.x
- Drageset, S. (2013). Mestring før kreftoperasjon. *Sykepleien* 101(14), s.58-60. doi:10.4220/sykepleiens.2013.0135
- Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. Utg.) Oslo: Gyldendal.
- Helgesen, A. K. (2016). Sosial kontakt. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E. A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3.utg, s.237-294). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Heyn, L. (2015). Kommunikasjon: menneskets grunnleggende behov for å forstå og å bli forstått. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (s.363-398). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Jacobsen, E. L. (2016). Helse og sykdom. I A. K. T. Heggstad & U. Knutstad (Red.), *Sykepleien 2: Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie* (4.utg, s. 56-76). Oslo: Cappelen Dam Akademisk.
- Johannesen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5.utg.). Oslo: Abstrakt forlag
- Kierkegaard, S. (2014). *Søren Kierkegaards Samlede Værker- Primary Source Edition*. København: Gyldendal.
- Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier: analyse og evaluering* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kreftforeningen. (2019a, 25. februar). Psykiske reaksjoner. Hentet fra <https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/mestre-livet-med-kreft/psykiske-reaksjoner-og-sorg/>
- Kreftforeningen. (2019b, 25. april). Brystkreft. Hentet fra <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/brystkreft/>
- Kreftforeningen. (u.å.). Om brystkreft. Hentet 23.april 2018 fra <https://kreftforeningen.no/rosasloyfe/om-brystkreft/>
- Kreftregisteret. (2018, 29. oktober). Brystkreft. Hentet fra <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Fakta-om-kreft/Brystkreft-Alt2/>
- Kristofferen, N. J. (2016). Stress og mestring. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E. A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3.utg, s.237-294). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Larsen, T. B. (2018). Helsebegrepet i helsefremmende arbeid. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie: i teori og praksis* (2.utg., s. 37-49). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer
- Lode, K. (2016). Mestring. I A. K. T. Heggstad & U. Knutstad (Red.), *Sykepleien 2: Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie* (4.utg, s. 40-55). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Norsk sykepleieforbund (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- Reitan, A. M. (2017a). Klinisk kommunikasjon. I A. M. Reitan & T. Kr. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient-utfordring-handling* (s. 104-119). Oslo: Cappelen Damm.
- Reitan, A. M. (2017b). Psykologisk krise og mestringsmuligheter. I A. M. Reitan & T. Kr. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient-utfordring-handling* (s. 82-103). Oslo: Cappelen Damm.
- Remmers, H., Holtgräwe, M., & Pinkert, C. (2010). Stress and nursing care needs of women with breast cancer during primary treatment: A qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing*, 14(1), 11-16. doi:10.1016/j.ejon.2009.07.002
- Schlichting, E. (2012). Sykdommer i brystene. I S. Ørn, J. Mjell, & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (s. 431-442). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Skaali, T. (2007). Psykiske aspekter og reaksjoner ved kreftsykdom. I E. Hem, P. Vaglum, L. Fyrand & P. Nerdrum (Red.), *Pasienten og sykdommen: psykiske faktorer ved somatisk sykdom* (s. 51-58). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Smit, A., Coetzee, A. J., Roomaney, R., Bradshaw. & Swartz, L. (2019). Women's stories of living with breast cancer: A systematic review and metasynthesis of qualitative evidence. *Social Science & Medicine*, 222, 231-245. doi: 10.1016/j.socscimed.2019.01.020
- Svartdal, F. (2018). Mestring. I *Det store Norske leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/mestring>
- Thidemann, I. J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.

Thune, I. (2017). Brystkreft. I A. M. Reitan & T. Kr. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient-utfordring-handling* (s. 463-476). Oslo: Cappelen Damm.

Varre, P., Slettebø, Å. & Ruland, C. (2011). Det er mitt liv det gjelder: Kreftpasienters beskrivelse av mestringsmuligheter, slik det kommer til uttrykk på internettbasert diskusjonsforum. *Vård i Norden* 31(3), 4-8.

<https://doi.org/10.1177/010740831103100302>

Vedlegg 1 : PICO-skjema

P= Patient/promlen	I= Intervention	O= Outcome
Brystkreft	Sykepleietiltak	Mestring
Breast neoplasms Breast cancer Newly disagnosed breast cancer	Nursing care Nursing intervention Nursing	Coping Coping strategies, adaptation psychological, coping skills, adaptive behavior, support, womens experiences

Vedlegg 2: Søkehistorikk

Skjema for søk av litteratur:

Dato	Data-baser	Søkeord og Kombinasjoner	Begrensninger	Antall treff	Abstrakt lest	Artikkel lest	Artikkel inkludert
27.mars	Medline (ovid)	Breast neoplasms AND Adaptional Psychological OR coping AND newly diagnosed	Fulltekst, 2009-2019	148	29	8	”Coping with breast cancer: between diagnosis and surgery” ”Surviving the wait: defining support while awaiting breast cancer surgery”
27.mars	Svemed +	Breast neoplasms AND coping	Peer Reviewed, 2009-2019	5	3	1	”Det er mitt liv det gjelder”
5.april	Cinahl	Breast cancer AND support AND care AND nursing	Peer reviewed, 2009-2019, English language	163	31	4	”Stress and nursing care needs of women with breast cancer during primary treatment: A qualitative study”

28.april	Cinahl	Breast cancer OR breast neoplasms AND coping OR support AND women's experiences	Peer reviewed, 2009-2019, English language	50	10	3	"Women's stories of living with breast cancer: A systematic review and metasynth esis of qualitative evidence"
----------	--------	--	---	----	----	---	--

Vedlegg 3 : Litteraturmatrise

Oversikt over inkluderte forskningsartikler i litteraturmatrise:

Artikkel 1:

<p>Referanse (Forfatter(e), publiseringsår, tittel, tidsskrift, sidetall, DOI)</p> <p>Land</p>	<p>Drageset, S., Lindstrøm, T. C., & Underlid, K. (2010). Coping with breast cancer: Between diagnosis and surgery. <i>Journal of Advances Nursing</i>, 66(1), 149-158. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05210.x</p> <p>Norge</p>
<p>Hensikt</p>	<p>Studiens hensikt var å studere og beskrive mestringsstrategier brukt av kvinner diagnostisert med brystkreft i perioden etter diagnostisering og i ventetiden fram mot operasjon</p>
<p>Metode</p>	<p>Kvalitativ studie. Bruk av individuelle semi-strukturerte intervjuer. Inkludert i studien var 21 norske kvinner med en gjennomsnittsalder på 54 år og som nylig var diagnostisert med brystkreft. Intervjuene ble gjort dagen før operasjonsdato.</p>
<p>Resultat</p>	<p>Fram mot operasjon var det flere viktige temaer som ble sett på som viktige for opplevelsen av mestring. Dette var temaer som; informasjon gitt steg for steg, behov for støtte og omsorg, å ha noen man stoler på og kan snakke med, og balanse mellom avstand/nærhet til det sosiale. Bevissthet over individuelle behov og ulike mestringsstrategier viste seg å være sentral faktor for økt støtte gitt av helsepersonell til brystkreftpasienter.</p>
<p>Relevans for litteraturstudien/kildekritikk</p>	<p>Relevant for denne oppgaven er innsikten i de ulike mestringsstrategiene brukt av kvinnene i tiden mellom diagnostisering og operasjon. Dette er av relevans for sykepleiere som skal bidra til å fremme mestring i denne perioden. De individuelle forskjellene viser også ulike behov, også når det gjelder behov for informasjon. Selv om</p>

	studien bare tar for seg 21 kvinner, er den av relevans da det ble brukt kvalitativ metode.
Etiske overveielser	Studien er godkjent av Regional etisk styre

Artikkel 2:

Referanse (Forfatter(e), publiseringsår, tittel, tidsskrift, sidetall, DOI)	Dickerson. S. S., Alqaissi, N., Underhill, M, & Lally, R. M. (2011). Surviving the wait: defining support while awaiting breast cancer surgery. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 67(7), 1468-1479. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05612.x
Land	USA
Hensikt	Studiens hensikt var å beskrive opplevelse og erfaring av sosial støtte hos kvinner i dagene mellom brystkreftdiagnostisering og start på behandling
Metode	Sekundær analyse av data fra tidligere kvalitativ studie. 18 kvinner med gjennomsnitt alder på 57.
Resultat	Resultatet av studien består av 6 hovedtemaer bestående av: 1) Å kontrollere tilgangen til informasjon til seg selv og andre, 2) å vite om tilgjengelige støtteapparat, 3) kontrollere angsten gjennom distraksjon for å opprettholde håp, 4) å være i gode hender og være trygge med beslutninger, 5) beskytte andre gjennom å være sterk og holde ting for seg selv , 6) akseptere hjelp fra andre. Studien viser at kvinners opplevelse og betydning av støtte i dagene etter diagnosetidspunkt er individuelt og varierende. Kvinnene balanserer behovet for støtte og takler stress gjennom distraksjon og kontroll over informasjon over egen diagnose. De vurderer og unngår forventet

	interaksjoner med familie, venner og helsepersonell, som ikke vil oppleves som støttende.
Relevans for litteraturstudie/kildekritikk	Da litteraturstudien skal undersøke hvordan sykepleiere kan bidra til å fremme mestring hos pasienter med nyoppdaget brystkreft, er det viktig å vite noe om hva som bidrar til mestring hos de enkelte og hvordan kvinner opplever hjelpen de får. Denne studien kan bidra til å gjøre sykepleiere og helsepersonell mer trygge og mer bevisst over hvordan kvinner med brystkreft ønsker å ha det i ventetiden mellom diagnose og operasjon da den viser til og omhandler 6 ulike temaer som kvinner mener er viktig i tiden etter diagnosetidspunkt.
Etiske overveielser	Den originale studien er godkjent av Institutional Review Boards (IRB).

Artikkel 3:

Referanse (Forfatter(e), publiseringsår, tittel, tidsskrift, sidetall, DOI)	Varre, P., Slettebø, Å., & Ruland, C. (2011). Det er mitt liv det gjelder: Kreftpasienters beskrivelse av mestringsmuligheter, slik det kommer til uttrykk på internettbasert diskusjonsforum. <i>Vård i Norden</i> 31(3), 4-8. https://doi.org/10.1177/010740831103100302
Land	Norge
Hensikt	Hensikten med denne studien var å få et innblikk i og en forståelse av mestringsmuligheter hos kreftpasienter, slik det kommer frem gjennom de enkeltes beskrivelser på et diskusjonsforum på internett.
Metode	Kvantitativ forskningsartikkel, undersøkte 711 innlegg av 62 personer, hvorav 45 av disse var kvinner og resterende menn. Deltagerne var alle nylig diagnostisert med brystkreft eller prostatakreft.
Resultat	Studien viser at det å være i sentrum av egen

	sykdom er viktig for mestring, samt det å blir respektert og lyttet til. Studien viser også at de rammede synes det var viktig å ha en aktiv rolle og muligheten til å påvirke situasjonen. Resultatene viser at det er viktig å fortelle om sin egen historie og å kunne utveksle erfaringer med personer som går gjennom det samme.
Relevans for litteraturstudie/kildekritikk	Denne studien kan bidra med å øke kunnskapen om hvordan kreftpasienter opplever å leve med kreftsykdom og hva som for å fremme mestring.
Etiske overveielser	Forskningsprosjektet WebChoice som denne studien er en del av, er godkjent av Regional Etisk Komité for Helse Sør, Personvernombudet, Datatilsynet og Protokollutvalget ved Rikshospitalet.

Artikkel 4:

Referanse (Forfatter(e), publiseringsår, tittel, tidsskrift, sidetall, DOI)	Remmers, H., Holtgräwe, M, & Pinkert, C. (2010). Stress and nursing care needs of women with breast cancer during primary treatment: A qualitative study. <i>European Journal of Oncology Nursing</i> , 14(1), 11-16. doi:10.1016/j.ejon.2009.07.002
Land	Tyskland
Hensikt	Hensikten med denne studien var å undersøke de spesifikke påkjenninger som påvirker kvinner med brystkreft i tiden rundt primær kirurgisk behandling, og deres behov og forventninger til sykepleiere.
Metode	Kvalitativ studie. Bruk av semistrukturerte intervju hvor 42 kvinner brystkreft i tidlig stadium ble intervjuet. Gjennomsnitt alder på kvinnene var 55 år.
Resultat	Resultatene fra denne studien peker ut 4 kategorier av påkjenninger bestående av; belastninger knyttet til operasjon, frykt på grunn av usikkerhet, endret selvbilde og

	belastninger knyttet til det sosiale miljøet. Resultatene viser også at pasientene hadde flere psykologiske belastninger sammenlignet med fysiske og uttrykte derfor ønske for emosjonell støtte. Å lytte, akseptere følelser og å gi god informasjon, var viktig for pasientene når det gjaldt sykepleiere.
Relevans for litteraturstudie/kildekritikk	Denne studien er av relevans da den viser hvilke ønsker pasienter har overfor sykepleiere og behov for støtte i tiden etter de nylig har mottatt en brystkreftdiagnose. Studien viser også behovet for en god relasjon og kommunikasjon.
Etiske overveielser	Denne studien ble autorisert og godkjent av den etiske komiteen av Univeristy of Osnabrück

Artikkel 5:

Referanse (Forfatter(e), publiseringsår, tittel, tidsskrift, sidetall, DOI)	Smit, A., Coetzee, A. J., Roomaney, R., Bradshaw., & Swartz, L. (2019). Women's stories of living with breast cancer: A systematic review and metasyntesis of qualitative evidence. <i>Social Science & Medicine</i> , 222, 231-245. doi: 10.1016/j.socscimed.2019.01.020
Land	Sør Afrika
Hensikt	Hensikten med denne studien er å få en samlet oversikt over brystkreftrammede kvinners fortellinger fra hele tidsaspektet ved diagnosen – fra før diagnose til overlevelse og videre fremover.
Metode	Systematisk oversikt som inkluderer 180 kvalitative studier
Resultat	Åtte grunntemaer ble identifisert: byrden av diagnose, eksistensiell prøvelse, sykdomsvurdering, støttenettverk, å være i helsesystemet, selvet i forhold til andre, endret selvbilde og overlevelsesidentitet.
Relevans for litteraturstudie/kildekritikk	Da dette er en systematisk oversikt, får man

	<p>et større vinkling på hva som er viktig for kvinner med brystkreft. I perioden hvor pasientene befant seg rundt diagnosetidspunkt og frem mot behandling var emosjonelle reaksjoner, tanker om døden, tillit til helsepersonell vs. frykt for behandling, og behov for støtte og informasjon, viktige faktorer for kvinnene i den aktuelle situasjonen.</p>
--	--