



UNIVERSITETET I  
NORDLAND

SY 180H 000

**BACHELOR I SYKEPLEIE**

Kandidatnr: 64, 104.

**”Hvordan kan sykepleiere bidra til økt mestring hos pasienter med nyoppdaget brystkreft”**

Dato for innlevering: 29.4.2011



<b>INNHOLD</b>	<b>Side</b>
<b>1.0 INNLEDNING</b> .....	<b>2</b>
<b>1.1 Bakgrunn for valg av tema</b> .....	<b>2</b>
<b>1.2 Presentasjon av problemstilling med avgrensning</b> .....	<b>2</b>
<b>1.3 Videre oppbygging av oppgaven</b> .....	<b>3</b>
<b>2.0 METODE</b> .....	<b>3</b>
<b>3.0 TEORI</b> .....	<b>4</b>
<b>3.1 Brystkreft</b> .....	<b>4</b>
<b>3.1.1 Prognose</b> .....	<b>5</b>
<b>3.1.2 Behandlingsmetoder</b> .....	<b>6</b>
<b>3.2 Teoretikere, stress og mestring</b> .....	<b>7</b>
<b>3.2.1 Presentasjon av sykepleierteoretikere</b> .....	<b>7</b>
<b>3.2.2 Stress</b> .....	<b>8</b>
<b>3.2.3 Mestring</b> .....	<b>8</b>
<b>3.3 Krisereaksjoner og faser</b> .....	<b>11</b>
<b>3.3.1 Sjokkfasen</b> .....	<b>12</b>
<b>3.3.2 Reaksjonsfasen</b> .....	<b>13</b>
<b>3.3.3 Bearbeidelsesfasen</b> .....	<b>13</b>
<b>3.3.4 Nyorienteringsfasen</b> .....	<b>14</b>
<b>4.0 DRØFTINGSDEL</b> .....	<b>14</b>
<b>4.1 Håp og mestring</b> .....	<b>14</b>
<b>4.2 Mestring av brystkreft</b> .....	<b>16</b>
<b>4.2.1 Den prediagnostiske fasen</b> .....	<b>17</b>
<b>4.2.2 Den diagnostiske fasen</b> .....	<b>17</b>
<b>4.2.2.1 Innleggelse på sykehus</b> .....	<b>20</b>
<b>4.2.3 Behandlingsfasen</b> .....	<b>22</b>
<b>4.2.4 Livssituasjon</b> .....	<b>24</b>
<b>4.2.5 Pårørende</b> .....	<b>25</b>
<b>5.0 AVSLUTNING</b> .....	<b>27</b>
<b>6.0 LITTERATURLISTE</b> .....	<b>28</b>
<b>6.1 Pensumlitteratur</b> .....	<b>28</b>
<b>6.2 Selvvalgt litteratur</b> .....	<b>28</b>

## 1.0 INNLEDNING

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Brystkreft er den vanligste kreftformen hos kvinner. Denne kreftformen utgjør ca. 23 % av alle krefttilfeller hos kvinner (Norsk Bryst Cancer Gruppe, 1998). I 2008 ble 2774 kvinner rammet av brystkreft. Risikoen øker med alder, ca 80 % av de som rammes er over 50 år (Kreftforeningen). Det er en økende forekomst av brystkreft blant unge kvinner (under 50), men samtidig oppdages flere brystkrefttilfeller i et tidligere stadium enn før, og da bedres prognosen betydelig. Hvert år dør omkring 800 kvinner av brystkreft i Norge (Almås, 2001).

Vi har begge noe erfaring med kreftpasienter, men har vært lite i kontakt med brystkreftpasienter. Vi valgte å skrive om denne kreftformen fordi det er den hyppigste blant kvinner, det er noe som interesserer oss, og noe vi kan lære mye nytt om. Vi synes det er spennende å se på mestring og stress i forbindelse med kreft, og vår rolle som sykepleiere i forhold til dette. Alle som får en kreftdiagnose har forskjellige bakgrunn og erfaring, og vil derfor takle situasjonen forskjellig. Vi som sykepleiere har mange forskjellige oppgaver i forhold til kreftpasienter som er innlagt for behandling. Vi synes det er viktig at sykepleiere reflekterer over hvordan man kan hjelpe pasientene utover de praktiske prosedyrene.

### 1.2 Presentasjon av problemstilling med avgrensning

Vi har kommet frem til følgende problemstilling:

**”Hvordan kan sykepleiere bidra til økt mestring hos pasienter med nyoppdaget brystkreft?”**

Vi har valgt å fokusere oppgaven på kvinner i alderen 25 – 35 år, som har nyoppdaget brystkreft og er innlagt på sykehus for sin første behandling. Vi vil fokusere på de reaksjoner

pasienter kan ha etter å ha fått en kreftdiagnose, det kvinnene spesielt må mestre når det gjelder brystkreft, og hvordan vi som sykepleiere kan hjelpe pasienten å mestre dette. Det er bare ca 20 % av kvinnene som får brystkreft som er under 50 år, og vi har valgt å fokusere på yngre kvinner. Mange av kvinnene i denne aldersgruppen er i etableringsfasen, når det gjelder både jobb og familie, og vi synes det er interessant også å se på det sosiale ved å få diagnosen brystkreft, i denne alderen. Oppgaven vår vil omhandle nyoppdaget brystkreft, men vi velger ikke å avgrense den med tanke på stadium, siden kreft kan oppdages tidlig eller sent i forløpet.

### **1.3 Videre oppbygging av oppgaven**

Denne oppgaven består i alt av 5.0 hoveddeler. Der første del er innledningen med presentasjon av tema og problemstilling.

I del 2.0 vil vi beskrive metoden vi har brukt for å besvare denne oppgaven.

Neste del er teoridelen. Der vil vi ha et kort avsnitt om selve sykdommen kreft. Så vil vi presentere teoretikerne vi har valgt, og trekke frem det som er mest relevant i forhold til vår oppgave i deres teorier. Vi vil også her belyse relevante begreper, som stress og mestring, og se på krisereaksjoner og faser.

Del 4.0 er drøftingsdelen der vi prøver å belyse problemstillingen vår på best mulig måte. Vi vil først se på forholdet mellom håp og mestring. Deretter ser vi på forskjellige faser kreftpasientene må gå igjennom, og hva de må mestre i disse fasene. Livssituasjon og pårørende kommer vi inn på etter dette. Del 5.0 er avslutningen, en oppsummering av hva vi har sett på i denne oppgaven.

Oppgaven består av 9 392 ord.

### **2.0 METODE**

For å belyse vår problemstilling har vi foretatt et litteraturstudie. Dette fordi vi selv ikke har erfaringer nok til å underbygge oppgaven. Målet med et litteraturstudie skal ikke være å

fremstille ny kunnskap om temaet, men å anvende den kunnskapen som allerede finnes (Dalland, 2007). Vi har sett på tidligere forskning og sykepleierteorier, samt teorier om mestring for å tilegne oss kunnskap.

Når det gjelder de bøkene vi har brukt i vårt selvvalgte pensum, har vi for det meste brukt primærkilder. Når det gjelder teoretikerne vi har underbygd oppgaven med, har vi brukt originalutgavene av bøkene. Det finnes mye litteratur rundt emnet brystkreft, og noe av den litteraturen vi har brukt kunne ha vært nyere. Men vi synes den litteraturen vi har valgt er relevant for vår oppgave, og for hvordan det er i dag. Statistikk har vi oppdatert, og hentet fra kreftregisteret og kreftforeningen sine nettsider. Vi har for det meste brukt litteratur som er rettet mot helsepersonell og sykepleiestudenter, men også litteratur som er rettet mot kreftpasienter og pårørende.

Da vi skulle finne forskningsartikler, lette vi på bibliotekets søkesider; norart, pubmed, SweMed, doaj og cochrane. Søkeord vi brukte var blant annet; Cancer, stress, coping, hope og breast cancer. Vi fikk mange treff på disse søkene, og fant mange artikler rundt temaet mestring og kreft, og valgte ut de vi fant mest relevante for problemstillingen.

## **3.0 TEORI**

### **3.1 Brystkreft**

Brystkreft er en ondartet svulst som oppstår i brystet. Det finnes mange forskjellige typer, men de fleste utgår fra brystkjertlene. Det er den vanligste kreftformen blant kvinner.

Brystkreft er spesielt hyppig i 60 – års alderen, og rundt overgangsalderen. Arv er en viktig faktor, og man bør passe ekstra godt på om man har en mor eller søster som har hatt brystkreft. Ellers er sykdommen vanlig hos kvinner som ikke har født, hos eldre førstegangsfødende, og hos kvinner som har hatt en lang periode østrogenpåvirkning (Jacobsen, 2001).

Utviklingen av brystkreft deles inn i fire stadier.

Stadium I: kreften er begrenset til brystkjertelen og kreftsvulsten er mindre enn 5 cm.

Stadium II: kreften er begrenset til brystkjertelen og nærliggende lymfekjertler.

Stadium III: kreftsvulsten er større enn 5 cm.

Stadium IV: kreften har spredt seg til andre organer.

(Den Norske Kreftforening, 1991)

### **3.1.1 Prognose**

Prognosen ved brystkreft er sterkt avhengig av hvilket stadium kreften oppdages i. Når brystkreft oppdages er det i 60 % av tilfellene i stadium I, ca. 30 % i stadium II og de resterende i stadium III og IV. Jo tidligere kreften oppdages jo bedre er prognosen. Fem års relativ overlevelse i stadium I er 88,3 %, mens i stadium IV er den 14,5 %.

Det er ikke bare hvilket stadium kreften er i som har noe å si for prognosen, også hvilken type kreft det er har noe å si (Norsk Bryst Cancer Gruppe, 1998). Utsiktene til å overleve brystkreft er veldig varierende etter kreftens utvikling (Kreftregisteret).

Nye behandlingsmetoder har ikke bedret prognosen vesentlig de siste 40 årene, men det at brystkreften nå i flere tilfeller oppdages på et tidligere stadium har hatt en positiv betydning (Almås, 2001). I 95/96 startet mammografi programmet opp i Norge. Dette er en screeningundersøkelse, der det sendes ut invitasjoner til alle kvinner mellom 50 – 69 år. Oppmøte på disse screeningsrundene er ca. 77 %. Dette programmet har ført til at flere brystkrefttilfeller blir oppdaget tidlig. Gjennom mammografi kan man oppdage små forandringer i brystet, før man kan kjenne dem selv. Hvert år oppdages ca 1000 nye tilfeller brystkreft gjennom mammografiprogrammet. I siste komplette registrerte screeningrunde ble det oppdaget 1 983 brystkrefttilfeller (Kreftregisteret).

### 3.1.2 Behandlingsmetoder

Kirurgi er hovedbehandlingsmetoden ved brystkreft. Om pasienten har fått spredning til andre organer, blir behandlingen palliativ, det vil si enten strålebehandling, cytostatika eller smertelindrende medikamenter (Almås, 2001). Behandling av brystkreft vurderes da ut i fra svulstens størrelse og kreftcellenes egenskaper og om kreftcellene har spredd seg til nærliggende lymfeknuter. Kvinnens alder og almenntilstand spiller også inn (Kreftforeningen, 2011).

Brystbevarende operasjon:

Alle kvinner som har en svulst som er mindre enn 3-4 centimeter, kan få tilbud om brystbevarende operasjon. Ved denne operasjonen fjernes selve svulsten med nærliggende normalt brystvev på alle sider. Ofte blir også lymfeknuter i armhulen fjernet. Alle som gjennomgår brystbevarende operasjon, må etterpå få strålebehandling mot brystet daglig i 5-6 uker. Dette er nødvendig fordi det kan være kreftceller igjen i brystet etter operasjonen. Får kvinnen et lokalt tilbakefall vil hun få ny operasjon der hele brystet fjernes (Almås, 2001). Prognosen etter brystbevarende behandling er ikke dårligere enn etter mer omfattende kirurgiske inngrep, som fjerning av hele brystet (Norsk Bryst Cancer Gruppe, 1998).

Fjerning av hele brystet:

Denne operasjonen kalles mastektomi. Ved dette inngrepet fjernes hele brystkjertelen, men ikke noe mer. Denne operasjonen blir vanligvis brukt ved forstadier til kreft. Om det preoperativt blir påvist kreftceller, blir lymfeknuter i armhulen også fjernet (Almås, 2001).

Tilleggsbehandling:

Dersom det er spredning til lymfeknutene, kan det være aktuelt med tilleggsbehandling i form av antiøstrogener, cytostatika eller strålebehandling. Disse behandlingsformene kan gis hver for seg, eller kombineres (Almås, 2001).

## 3.2 Teoretikere, stress og mestring

### 3.2.1 Presentasjon av sykepleieteoretikere

Sykepleierteoretikerne vi har valgt for å belyse vår problemstilling er Patricia Benner og Judith Wrubel. Vi valgte Benner & Wrubel fordi deres teori fokuserer mye på stress og mestring, og da spesielt mestring av sykdom. I deres bok *The Primacy of Caring* legger de frem sin teori, og vier også et eget kapittel spesielt til mestring av kreft. Vi finner deres teori svært relevant for oppgaven vår, og deres syn på mestring vil bli et interessant synspunkt. Benner & Wrubel mener sykepleiens fokus er personers opplevelse av stress i forbindelse med helsesvikt og sykdom. Det er ifølge deres teori pasientens opplevelse av sykdommen sykepleierne skal fokusere på, for så å være i stand til å hjelpe pasienten mestre situasjonen (Benner & Wrubel, 1989). Ved å bruke Benner & Wrubel's teori vil vi få sett på mestring fra et sykepleiefaglig perspektiv. For å videre belyse vår problemstilling ser vi på Richard S. Lazarus og Susan Folkman's teori om mestring og mestringsprosesser.

I følge Benner & Wrubel (1989) er omsorg primært i alt menneskelig liv. Alle mennesker har omsorg, de bryr seg om noe. Det kan være familie, hendelser, karriere, hobbyer eller ting. Det at vi har omsorg for personer og ting legger grunnlaget for at man skal kunne yte eller motta hjelp. Benner & Wrubel mener at det er fundamentalt for sykepleiere å ha omsorg for sine pasienter. Omsorg gjør en i stand til å handle, fordi en ser hele pasienten og dermed hva som må gjøres (Kirkevold, 1998). Benner og Wrubel har et holistisk menneskesyn, som vil si at de ikke skiller kropp og sinn. Pasientens opplevelse av sykdommen, hvordan pasienten føler seg, påvirker det fysiske og omvendt. De skiller mellom begrepene "illness" og "disease". Med "illness" menes den menneskelige opplevelsen av sykdom eller helsesvikt, mens "disease" er den fysiske sykdommen på organ-, vevs- og cellenivå. Det er pasientens "illness" som skal være sykepleiernes fokus. Å vite hvordan en pasient tolker og hvilken mening han gir symptomene sine, er essensielt for å utøve god sykepleie (Benner & Wrubel, 1989).



### 3.2.2 Stress

Det å leve som et menneske innebærer blant annet å mestre fysiske, emosjonelle, sosiale og tankemessige krav. I det daglige er det vanligvis en balanse mellom disse kravene og ressursene til en person. Stressituasjoner kjennetegnes ved at en selv føler at det kreves mer enn man har ressurser til å mestre. At noe føles som stress, er altså situasjonsavhengig. Opplevelsen av stress kan skyldes økte krav, reduserte ressurser eller begge disse samtidig (Almás, 2001).

Når Benner og Wrubel drøfter hvordan sykepleiere kan yte god omsorg for pasienter er de spesielt opptatt av personer som opplever stress knyttet til sykdom, tap eller helsesvikt. Det er ifølge dem akkurat dette som er sykepleiens hovedfokus.

Personer opplever stress når noe de bryr seg om, har omsorg for, står i fare for å bli tatt i fra dem. Det å få en alvorlig sykdom, som kreft, vil alltid medføre stress. Man står i fare for å miste helsen, muligens kroppsdeler, personer rundt seg og det de fleste frykter mest, livet. De pårørende står i fare for å miste noen de elsker (Benner & Wrubel, 1989).

Det man har omsorg for, og den omsorgen personer rundt deg har for deg skaper muligheter til å mestre situasjonen, noe vi vil komme tilbake til senere. Men man kan også si at det er omsorgen man har for ting, personer og livet som er med på å skape stress i en slik situasjon (Kirkevold, 1998). Er man for eksempel pianist og mister en finger i en ulykke, vil omsorgen denne personen har for yrket eller hobbyen skape stress. En som ikke "trenger" denne fingeren like mye, vil også føle stress, men i mindre grad. Hva man har omsorg for, hvilke bekymringer man har, vil derfor være med på å bestemme hva den bestemte personen må mestre (Benner & Wrubel, 1989).

### 3.2.3 Mestring

Stress er ifølge Benner & Wrubel (1989:62) opplevelsen av brudd i mening, forståelse og uhemmet funksjon. Mestring er det man gjør med dette bruddet.

Mestring er ikke en rett linje. Men først og fremst en prosess der man ofte veksler mellom å lukke og åpne seg, mellom å skyve unna og slippe til, mellom kaos og kontroll, mellom forvirring og forståelse, mellom det å forsvare seg, miste taket på situasjonen og det å mestre den, gjennom handling ut fra hva situasjonen krever og hva som er fysisk mulig (Eide & Eide, 2007).

Benner & Wrubel mener at man som sykepleier må se hele mennesket. Ingen mennesker er like, og man må finne ut hva akkurat denne personen i akkurat denne situasjonen trenger. Ifølge Benner & Wrubel er det 4 karakteristiske trekk ved det å være menneskelig: Kroppslig intelligens, bakgrunnsforståelse, spesielle anliggender (personal concerns) og situasjonen man er i nå. (Kirkevold, 1998).

Med kroppslig intelligens menes det at menneskets sanser og følelser er en type kunnskap vi er født med. Slik får vi kunnskap direkte fra kroppen.

Bakgrunnsforståelse er den kunnskapen et menneske har fått gjennom oppveksten fra miljøet rundt seg. Bakgrunnsforståelsen er avgjørende for hvordan en person ser verden.

Med spesielle anliggender sikter Benner & Wrubel til det en person bryr seg om og er opptatt av. Det er disse tre dimensjonene som bestemmer hvem et menneske er og hvordan en forstår og opplever verden.

Det siste karakteristiske trekket er den situasjonen man er i. Man er alltid i en situasjon, og de øvrige trekkene bestemmer hvilken mening situasjonene har for vedkommende. I de fleste situasjoner fungerer mennesket uhemmet. Vi utfører gjøremål uten å måtte stoppe opp, reflektere over situasjonen og planlegge videre. Det er som sagt da det blir brudd i denne uhemmede funksjonen at vi føler stress (Kirkevold, 1998).

Sykdom, spesielt alvorlig sykdom, vil alltid føre til brudd i uhemmet funksjon, og dermed resultere i stress. Flere av våre normale funksjoner vil ikke lenger fungere som normalt. Vi opplever nye ting, kanskje nye følelser, og vår kroppslige intelligens, bakgrunnsforståelse og spesielle anliggender kommer inn i spill. Må man i tillegg legges inn på sykehus kan selve omgivelsene være nye og skremmende. Er man derimot vant med å ligge på sykehus vil man ha med seg ”bagasje”, en førforståelse fra tidligere innleggelse, som også vil være med på å bestemme hvordan man mestrer situasjonen (Benner & Wrubel, 1989).

Skal vi klare å hjelpe en pasient til å mestre situasjonen han er i mener Benner & Wrubel (1989) at vi må se pasienten fra alle disse dimensjonene. Vi må se på hvilken bakgrunnsforståelse personen har. Har denne personen hatt dårlige erfaringer med helsevesenet tidligere kan det være vanskelig å få et tillitsforhold. Vi må også se på situasjonen pasienten er i nå. Er dette en brystkreftpasient må vi ikke bare konsentrere oss om hvilken diagnose hun har fått og hva prognosen er. Vi må ta med i vurderingen hvor gammel hun er, og for eksempel hvordan familie- og arbeidssituasjonen er. Dette er faktorer som påvirker hva pasienten vil måtte mestre.

I følge Lazarus og Folkman (1984) er stress en uunngåelig del av livet. Det som er forskjellen i menneskers funksjon er hvordan man mestrer dette stresset. Det som utgjør en stressfull situasjon er forholdet mellom personen og situasjonen han befinner seg i. Er det ubalanse mellom situasjonens krav og personens ressurser vil dette føre til stress. I likhet med Benner & Wrubel (1989) mener Lazarus og Folkman (1984) at man må se situasjonen i sammenheng med personen. Der legger Benner & Wrubel (1989) til alle dimensjonene man må se personen ut ifra. Om kravene en situasjonen stiller ovenfor en person er på grensen til, eller overgår ressursene til personen vil man føle stress (Lazarus & Folkman, 1984).

Lazarus & Folkman definerer mestring som kontinuerlig forandring av tankegang og handlinger for å håndtere spesifikke ytre og indre krav som overgår personens ressurser. Det som betyr noe i slike situasjoner er hvordan personen ser på seg selv, og hvilke ressurser han tror han har. Som regel klarer vi mennesker mer enn vi selv tror. Når vi skal mestre en situasjon der vi er utsatt for stress, er det ifølge Lazarus og Folkman (1984) hvordan vi oppfatter oss selv som betyr mest.

Mestring er en prosess, og en person vil i løpet av denne prosessen kunne trenge å forandre mestringsstrategier flere ganger (Lazarus & Folkman, 1984). Man må derfor som sykepleier alltid se pasienten i situasjonen han er i akkurat da. Neste dag eller bare noen timer senere kan det være nye ting pasienter sliter med, og må mestre (Benner & Wrubel, 1989).

Lazarus & Folkman (1984) viser til to forskjellige former for mestring. Følelsesfokustert mestring og problemfokustert mestring.

Med følelsesfokusert mestring menes kognitive prosesser for å minske den emosjonelle belastningen. Dette inkluderer mestringsstrategier som unngåelse, distansering, og minimalisering av problemet/situasjonen. Man prøver å fokusere på andre ting, sammenligner med positive ting og tvinger frem tanker, positive aspekter ved situasjonen. Denne typen mestring tar sikte på å endre opplevelsen av situasjonen, fremfor å endre selve situasjonen (Lazarus & Folkman, 1984).

Problemfokuserte former for mestring tar sikte på å definere problemet, komme frem til alternative løsninger, veie fordeler og bakdeler ved disse, velge en løsningsstrategi og handle. I denne formen for mestring fokuserer man altså på å endre noe konkret i de forhold som forårsaker stress (Lazarus & Folkman, 1984).

I en mestringsprosess vil man som regel bruke en kombinasjon av disse to mestringsstrategiene. Hvilken strategi som er dominant er avhengig av personen og situasjonen. Er man i en situasjon der det er lite konkrete handlinger man kan gjøre for å forandre ting, vil en følelsesfokusert form for mestring dominere. Er man derimot i en situasjon man selv kan forandre ved handlinger man tror man mestrer, vil en problemfokusert form for mestring være dominant (Lazarus & Folkman, 1984).

### **3.3 Krisereaksjoner og faser**

Alvorlige livs hendelser, som traumer, katastrofer, dødsfall, sykdom og andre store forandringer i livet kan føre til tap av mening og sammenheng. Dette vil også skje når man får en kreftdiagnose, verden blir annerledes, utrygg og uforutsigbar. Personen som rammes går inn i en krise (Eide & Eide, 2007).

Man kan dele inn menneskers krisereaksjon i fire faser:

- Sjokkfasen
- Reaksjonsfasen
- Bearbeidelses- eller reparasjonsfasen
- Nyorienteringsfasen

De to fasene som vil være relevant for vår pasientgruppe vil være sjokk- og reaksjonsfasen.

### 3.3.1 Sjokkfasen

Normalt sett kan man ikke se på en person om han er i sjokk. Personen som er i sjokk kan ofte virke rolig og vanlig på andre. Unntaksvis er det noen som kan reagere med apati, som er manglende evne til å reagere på sanseinntrykk og panikk. Det man imidlertid kan se igjen hos personer som er i sjokk er at de kan virke noe fjern følelsesmessig, og fortelle om endrede sanseopplevelser. Noen merker en opplevelse av uvirkelighet eller drømmelignende, noen kjenner en nummenhet i kroppen, tidsopplevelsen kan forandres, og det kan føles som om ting skjer i sakte film. I noen tilfeller kan man observere fysiologiske forandringer, som skjelving, blekhet, svette og fysisk uro (Eide & Eide, 2007).

Når en person er inne i sjokkfasen har en normalt sett dårlig kontakt med følelsene sine, og tanke- og vurderingsevnen er nedsatt. En normal reaksjon på krise er benekting, man tar ikke inn over seg situasjonen slik den er. Dette kan i enkelte situasjoner føre til at pasienten ikke handler rasjonelt. Et eksempel på dette kan være en kvinne som oppdager en kul i brystet, og utsetter å dra til legen fordi hun ut ifra frykt benekter tanken på kreft. Pasientens evne til å løse problemer vil ofte være svekket i denne fasen, og han vil ha et behov for hjelp og omsorg (Eide & Eide, 2007).

*Splitting og benekting* er to spontane mestringsstrategier eller forsvarsmekanismer som dominerer i sjokkfasen. Splitting vil si at man ubevisst fjerner noen tanker, følelser og impulser fra bevisstheten. En setter opp en ”vegg” mellom seg selv og det som oppleves som truende slik at man distanserer seg fra det som har skjedd. Benekting vil si at situasjonen ubevisst benektes til fordel for ønskeoppfyllende fantasier (Eide & Eide, 2007). Et eksempel på dette kan være en kvinne som oppdager en kul under armen, og sier til seg selv at det bare er en hoven lymfeknute. Fornektelse og tilbaketrekning kan skape psykologisk stabilitet og kan være nødvendig for å hindre at pasienten bryter sammen (Kalfoss, 1982)

Hvis en person havner i en situasjon der faren for å dø henger over han, kan det være nødvendig å filtrere bort deler av virkeligheten for å bevare håp, opplevelse av mening, og viljen til å kjempe for livet (Eide & Eide, 2007).

### 3.3.2 Reaksjonsfasen

I sjokkfasen erkjenner ikke personen hendelsen. En forsvarer seg ubevisst mot følgene av det som har skjedd, men i reaksjonsfasen begynner en å ta innover seg det som har skjedd. Man slipper sannheten inn på seg, og dermed også de følelser og reaksjoner som oppstår (Eide & Eide, 2007). Gradvis begynner pasienten å se de realitetene han står overfor; han må se i øynene at det muligens er skjedd varige endringer. Å mestre den nye livssituasjonen er en ny utfordring og innebærer læring og utvikling på flere områder både for pasienten og hans nærmeste (Almås, 2001).

I reaksjonsfasen kommer tanker, bilder og følelser som er knyttet til det som har skjedd frem uten at en helt har kontroll på det. Dette kan fort bli overveldende for pasienten.

Reaksjonsfasen inntreffer forholdsvis forskjellig. Ved kriser som er utløst av sykdom, diagnose eller innleggelse vil reaksjonene komme ganske fort etter at pasienten begynner å innse hva situasjonen innebærer. I reaksjonsfasen er det kaos i følelseslivet, og det sentrale målet for mestring er å gjenopprette opplevelsen av forutsigbarhet, og evnen til å påvirke og kontrollere egen situasjon (Eide & Eide, 2007).

### 3.3.3 Bearbeidelsesfasen

Når pasienten skrives ut fra sykehuset og skal gjenoppta livet hjemme, vil pasient og pårørende støte på nye utfordringer som må mestres. Mange kreftpasienter og deres pårørende opplever det trygt å være på sykehuset, fordi der er det alltid noen som er tilgjengelig for spørsmål og hjelp. Hjemme blir man konfrontert med det man har vært igjennom. I begynnelsen av bearbeidelsesfasen vil man kunne være følelsesmessig ustabil, og de følelsene som har vært fortrent strømmet på. Fasen kjennetegnes ved at pasienten gradvis gir slipp på forsvaret og åpner til større grad for de følelsesmessige reaksjonene uten at det blir overveldende (Eide & Eide, 2007).

### 3.3.4 Nyorienteringsfasen

Etter bearbeidelsesfasen skal personen videre i livet, og sette ny kurs ut fra de muligheter han har. Krisen er bearbeidet så godt det lar seg gjøre på dette tidspunktet. Arret etter det personen har vært igjennom vil nok alltid være der (Eide & Eide, 2007:192).

## 4.0 DRØFTINGSDEL

I denne delen av oppgaven vil vi diskutere hvordan sykepleiere på best mulig måte kan hjelpe pasientene til mestring. Vi vil først se på hvorfor dette er så viktig. Så vil vi gå nærmere inn på hvilke utfordringer ”vår” pasientgruppe spesielt står ovenfor, og hva sykepleiere kan gjøre for å hjelpe disse pasientene.

### 4.1 Håp og mestring

I forbindelse med denne oppgaven har vi sett på mye forskning vedrørende kreft og mestring, og hva mestring betyr for pasienten. For å gå litt nærmere inn på hvorfor det er viktig å hjelpe pasientene til mestring vil vi se på forholdet mellom håp og mestring.

Håp har tidligere vært sett på som en avgjørende faktor for overlevelse, leging, livskvalitet og det å dø med verdighet. Blant kreftpasienter har håp vist seg å være viktig når det gjelder psykisk tilpasning til sykdommen og følelsen av ”kontroll” i en slik situasjon (Vellone et al, 2006). Det finnes mye forskning rundt temaet håp og mestring, og det viser seg gang på gang at disse to begrepene henger tett sammen.

Håp er et begrep som forbinder nåtiden med fremtiden. Har man håp innebærer dette at man har positive forventninger til hva som er mulig i fremtiden, på kort eller lang sikt. Dette

innebærer ikke nødvendigvis at man har forventninger om at problemer eller vanskeligheter kan løses, men at man har tro på at fremtiden vil bringe noe meningsfylt med seg (Eide & Eide, 2007). For en pasient med brystkreft i stadium I, kan håpet ligge i behandlingen og troen på å bli frisk. For en pasient der kreften har spredt seg til andre organer, og kurativ behandling ikke lenger har noe for seg, vil mest sannsynlig håpet gjelde andre ting. Det kan være troen på at morgendagen blir en bra dag, en dag med for eksempel mindre smerter, eller da man får besøk av barna sine. Eller det kan være håp i troen på at noe bedre kommer etter dette livet, enten man er religiøs eller ikke.

I forskningsartikkelen ”*Hope and Coping in Patients with Cancer Diagnoses*”(2004) kommer det frem at tilstedeværelsen av håp kan forbedre fysisk og mental velvære. Denne studien har som hensikt å utforske nivåer av håp og mestring hos pasienter med ulike kreftdiagnoser. I denne studien, der 183 personer deltok, ble kjønnet likt representerte. Videre var det ulik alder, sivilstand, utdanningsnivå og etnisk opprinnelse.

Gjennom resultatene kom det frem at pasientene hadde et høyt nivå av håp uansett diagnose. Det viste seg også å være en positiv sammenheng mellom grad av håp og mestring. Håp var en viktig faktor når det gjaldt leging, mestring og å oppnå livskvalitet i perioder der en person opplever stress og tap (Felder, 2004).

Håp og mestring er sammenflettet. Håp kan sees på som en årsak til mestring, en mestringsstrategi eller et resultat av mestring. Mangelen på håp og/eller mestring kan føre til fortvilelse. For den syke kan håp være en ressurs som gir bedre mestringsstrategier, som igjen styrker troen på at problemene kan takles og øker deltakelse i behandlingsopplegg. Når nivået av håp var høyt mestret pasientene situasjonen bedre, og når pasientene følte mestring økte nivået av håp (Felder, 2004).

Ut ifra funnene i denne forskningsartikkelen, og den teorien vi har lest i forbindelse med denne oppgaven, ser vi at mestring og håp henger tett sammen. At pasienter føler mestring er essensielt for at de skal ha håp. Håp har igjen vist seg å være en viktig faktor når det gjelder kreftpasienters livskvalitet.

Dette kommer frem i studien ”*Hope and Variables in Italian Cancer Patients*” (2006).

Målet med studien var å beskrive håp hos de utvalgte kreftpasientene; å sammenligne nivåer av håp under sykehusoppholdet og etter; og å finne ut om det var en sammenheng mellom håp, livskvalitet og flere av pasientenes symptomer.



I denne undersøkelsen kom forskerne frem til at det var en klar sammenheng mellom håp og livskvalitet, selvtillit, tilpasning til sykdommen, velvære, om pasienten var fornøyd med informasjonen som ble gitt, velbehag på sykehuset, og pasientens forhold til, og støtte fra familie, venner og helsepersonell. Håp hang også klart sammen med angst og depresjon. Det viste seg at de pasientene som hadde et høyt nivå håp, hadde et lavere psykisk stressnivå. De hadde færre fysiske plager, mindre smerter, bedre selvtillitt og var mer aktiv. Det var tydelig sammenheng mellom et høyt nivå håp og høy livskvalitet (Vellone et al, 2006). Så kan det jo selvfølgelig diskuteres om dette var på grunn av pasientenes håp, eller om håpet var såpass høyt på grunn av at akkurat disse pasientene hadde mindre fysiske problemer, mindre smerter, følte mindre psykisk stress.

I studien ”*Hope and Coping in Patients with Cancer Diagnosis*” (2004) kom det frem at pasienter med et relativt høyt nivå av håp var bedre i stand til å finne og ta i bruk effektive mestringsstrategier (Felder, 2004). Om mestring er en av årsakene til håp, eller om håp øker mestring kan diskuteres. Men vi ser tydelig at de henger tett sammen, og at det er viktig å fremme håp og hjelpe pasientene til å mestre.

## **4.2 Mestring av brystkreft**

Vi vil nå se på noen av de mest vesentlige tingene brystkreftpasienter må mestre, og hvordan sykepleiere kan hjelpe dem til dette. De pasientene vi har valgt å fokusere på i vår oppgave er som nevnt kvinner med nyoppdaget brystkreft i alderen 25 – 35 år. Vi har valgt å se på nyoppdaget kreft i alle stadier. Vi har også valgt å fokusere på når kvinnene er innlagt på sykehus for sin første behandling. Vi vil se på hva brystkreftpasienter må mestre i forskjellige faser av sykdommen og hvilke utfordringer det å være innlagt på sykehus i seg selv medbringer. Til slutt vil vi gå inn på livssituasjon og pårørendes rolle i forbindelse med mestring av brystkreft.

Forskjellige faser i kreftsykdommen vil stille forskjellige krav til pasienten. Disse fasene har mye å si for pasientens situasjon. Benner & Wrubel (1989) deler disse fasene opp i den prediagnostiske fasen, den diagnostiske fasen, behandlingsfasen, remisjon, tilbakefall og

døden. Vi vil ikke nevne noe om remisjon, tilbakefall eller døden som faser, siden disse kommer utenfor fokuset av denne oppgaven.

#### **4.2.1 Den prediagnostiske fasen**

I den *prediagnostiske fasen* handler det om pasientens førforståelse. Om en person tar tidlige tegn på kreft alvorlig, og hvordan en reagerer om man merker noe. Reaksjoner på dette stadiet varierer. Mens noen kvinner løper til legen om de merker noe unormalt i brystet, vil noen kvinner vente måneder eller år før de oppsøker lege (Benner & Wrubel, 1989). Det at det er relativt få kvinner under 40 år som rammes av brystkreft, kan sees på som en medvirkende årsak til at unge kvinner kanskje ikke oppsøker lege raskt. De tror rett og slett ikke det kan skje med dem. Benektelse eller unngåelse er en veldig vanlig reaksjon, og er en av grunnene til at selv om flere av brystkrefttilfeller nå blir oppdaget i et tidlig stadium, er det opptil 20 % som oppsøker lege med langkommet kreft. Dette kan skyldes både at kvinnen faktisk ikke har merket noe, eller at hun frykter det verste og derfor unngår å finne ut hva det er. Når disse kvinnene har blitt spurt om hvorfor de ikke har oppsøkt lege tidligere har ikke kunnskapsnivå eller frykten for å miste et bryst vært vesentlige faktorer. De fleste kvinner sier at grunnen til at de utsatte undersøkelse var frykten for diagnosen kreft, for å miste livet, men også for å unngå forstyrrelsen behandling ville skape i livet deres. Slik kunne de være ”friske” litt lengre. Det er også mange som oppsøker lege i frykt av brystkreft, når alderen deres og symptomer tyder på at de mest sannsynlig ikke har det (Baum, Saunders & Meredith, 1994). Det er mange faktorer som spiller inn i den prediagnostiske fasen, som alder, pårørende og tidligere erfaring med kreft (Benner & Wrubel, 1989).

#### **4.2.2 Den diagnostiske fasen**

Når en person rammes av en sykdom vil han alltid ha med seg historie som er relevant for denne sykdommen. Om en person vet lite eller mye, samt hva han vet, vil påvirke hvordan

han reagerer og mestrer dette (Benner & Wrubel, 1989). Kreft er en sykdom som alle har et forhold til. Etter hjerte- og karsykdommer er kreft den sykdommen flest personer dør av her i Norge. Det er derfor forståelig at mange forbinder kreft med døden. Man hører også flere historier om da det går dårlig enn når det faktisk har gått bra. Hvilke tidligere erfaringer man har med kreft, om man har vært pårørende eller bare hørt om det, vil ha stor innvirkning på hvordan man håndterer situasjonen. Også hva slags erfaringer man muligens har som pårørende vil ha mye og si. Har man vært pårørende til noen som for eksempel har hatt mye smerter, eller noen som har hatt det relativt bra tross sykdommen, vil ha stor innvirkning på håpet til pasienten (Benner & Wrubel, 1989).

Å vente på en diagnose er en periode fylt med angst for de fleste kvinner. I denne perioden sliter mange med søvnproblemer, dårlig appetitt og humør. Kvinner vil for det meste frykte brystkreft til man får svar på prøvene (Baum, et al., 1994). Når man etter en slik periode får vite at det er kreft, vil alle reagerer med en viss grad fornektelse. Dette for at det skal være mulig å akseptere nyheten gradvis (Siegel, 1986/2000). Når en kvinne får diagnosen brystkreft vil hun gå inn i en krisetilstand. For å få en forståelse for hva pasienten går igjennom er det da viktig at sykepleiere har kunnskap om krisereaksjoner. Dette for at man på best mulig måte skal kunne forstå hva pasienten går igjennom der og da, og dermed forstå hvilken form for støtte hun trenger. Kunnskaper om de forskjellige stadiene i en krisereaksjon vil gi bedre innsikt i pasientens behov og ressurser.

En kvinne som nettopp har fått diagnostisert brystkreft og er i sjokkfasen, vil sette i gang forsvarsmekanismer som for eksempel benektelse. Da kan det i noen tilfeller være best å la henne få litt tid på seg, før man begynner å gi mye informasjon om sykdommen og behandling. En sykepleier med kunnskap om mennesker i krise, her spesifikt sjokk, vil da vite at nesten all informasjon gitt på dette stadiet bare vil føre til mer stress og virke overveldende på pasienten. En annen kvinne som har fått tid på seg til å begynne å bearbeide følelsene sine, trenger kanskje mest av alt noen å snakke med. Noen trenger bare å få ut følelsene sine, mens andre vil ha mest mulig informasjon om det de skal gå igjennom og de valgene de muligens må ta (Eide & Eide, 2007).

De følelsesmessige reaksjonene i fasen når man har fått diagnosen vil variere. Mange vil tenke "Hvorfor meg?" og føle aggresjon, som bevisst og ubevisst kan bli rettet mot gud, legen, pårørende, sykepleiere og kvinnen selv. Siegel (1986/2000) påpeker at alle

følelsesmessige reaksjoner er berettiget, og det er viktig at pasienten får gitt uttrykk for dem. Siegel (1986/2000) mener at alle følelser man har som kreftpasient må få komme til overflaten for at man skal kunne klare å bearbeide dem. Dette gjelder også sinne. Da viser pasienten vilje til og leve, og dette vil etter hvert styrke håpet til pasienten.

Fasene i en krise er ikke skilt klart fra hverandre og pasienter kan bevege seg frem og tilbake mellom dem. Mens en pasient kan begynne å bearbeide noen av følelsene sine kort tid etter å ha fått diagnosen, kan en annen være i sjokk og bundet av forsvarsmekanismer i lang tid. Pasienter kan også begynne å bearbeide følelsene sine rundt for eksempel tanken på at de må gjennomgå en operasjon, men så slår det dem at de etter operasjonen for eksempel må gjennomgå strålebehandling. Det er stadig nye situasjoner og tanker pasientene går igjennom og må mestre (Eide & Eide, 2007).

I den diagnostiske fasen har pasienten ofte mange valg å ta, med tanke på behandling. Ikke alle klarer å oppfatte all informasjonen de får, og mange føler de ikke har nok kunnskaper til å ta disse valgene. Noen velger å gi fra seg kontrollen til legene, mens andre trenger den lille kontrollen de har. Variasjonen mellom hvordan pasientene mestrer denne fasen er stor. Enkelte kan virke desorientert, og er ikke i stand til å ta til seg informasjon eller ta noen valg fordi de er i sjokk. Mens andre klarer å angripe situasjonen med en problemløsningsorientert form for mestring, der de tar en ting av gangen. Det er veldig individuelt hvordan man takler denne fasen, og det er viktig å tilbringe tid med pasienten og bli kjent med den enkelte kvinnen. Det vil variere i løpet av denne fasen hvor mottakelig den enkelte pasienten vil være for informasjon. Man må derfor vurdere om pasienten er mottakelig for informasjon, og hvis ikke hvor mottakelig er da pårørende. Dette er essensielt for å veilede og støtte pasienten gjennom denne perioden i sykdommen (Benner & Wrubel, 1989).

Noe som vil ha innvirkning på hvordan kvinnene reagerer på og mestrer å få en kreftdiagnose, er hvilken diagnose de får. Hvilken type kreft er det, hvilket stadium er kreften i og hva er prognosen. Nyoppdaget kreft kan være alt fra kreft i stadium I, der sjansen for overlevelse er stor, til langkommet kreft i stadium IV, der palliativ behandling er det aktuelle.

#### 4.2.2.1 Innleggelse på sykehus

I tillegg til alt pasientene må mestre når de får en kreftdiagnose, vil det å bli innlagt på sykehus i seg selv være en situasjon som for mange er vanskelig. Omstendighetene rundt innleggelse og sykdomsforløp er forskjellige for pasientene, men for alle innebærer det et oppbrudd fra dagliglivet. En må innta en ny sosial rolle, pasientrollen, en avhengig og underordnet rolle (Almås, 2001). Når man er så ung som de kvinnene vi snakker om i denne oppgaven er, vil de aller fleste ha vært relativt friske opp til denne diagnosen. De er derfor ikke vant til å være avhengige av andre, til å trenge hjelp. De aller fleste er kanskje mer vant til å hjelpe andre, i for eksempel rollen som mor, eller i jobb sammenheng.

Når pasienten for første gang blir innlagt på sykehus, vil den første krisen gjelde behovet for samhørighet. Behovet for samhørighet er behovet for å føle seg som et betydningsfullt individ som er verd å omgås. Det er helt vanlig at en som er syk og innlagt på sykehus, føler seg mer usikker og lengter etter menneskelig støtte og nærhet. Når den syke er alene i et nytt og fremmed miljø, og med få eller ingen kunnskaper om det som skjer; kan hun lett føle seg usikker og maktesløs (Almås, 2001). Tidligere erfaringer med helsevesenet har også mye å si, positive eller negative. En som aldri har vært innlagt på sykehus før, trenger kanskje i første omgang hjelp til og ikke føle seg alene i slike fremmede omgivelser, mens en som har vært innlagt lenge kanskje trenger hjelp til å mestre redselen og usikkerheten ved å reise hjem (Benner & Wrubel, 1989).

De fleste pasienter i undersøkelsen gjort av Kalfoss (1982) følte seg mest ensomme og usikre første kvelden på sykehuset. Når pasientene blir innlagt er dette ofte første gangen de ser andre kreftpasienter, og dette kan være et sjokk for mange. Noe vi ser er felles for alle pasientene i denne undersøkelsen er at de ønsket at sykepleierne skulle prate mer med dem under sykehusoppholdet. Dette gjelder alle deler av oppholdet, fra første kveld, før behandling og prøver, etter behandling og til utskrivning. En pasient sa:

*”Mens jeg ventet på resultatet av prøvene mine, syntes jeg ikke de snakket så mye med meg som jeg trengte. Det var denne første uken på sykehuset som var en påkjønning på grunn av uvissheten”* (Kalfoss, 1982: 33).

Usikkerhet er en av de viktigste årsakene til at mennesker føler seg truet. Når det er vanskelig å finne ut hva som skjer, eller hvorfor det skjer, vil usikkerheten vedvare. Flere studier viser at manglende informasjon om diagnose og behandlinger noe av det mest angstskapende under sykehusoppholdet. Pasienten trenger informasjon og noen å snakke med for å unngå unødvendig angst (Almås, 2001).

Det at pasienten går igjennom en krise er noe sykepleiere må tenke på når de skal gi informasjon. Hvilken fase i krisereaksjonen pasienten er i virker inn på hvordan de oppfatter og husker informasjon (Eide & Eide, 2007). En sykepleier må også tenke på at selv om pasienten ikke lenger er i sjokkfasen, er det en veldig emosjonell tid og man har mye å tenke på. Har ikke sykepleieren tenkt gjennom hva pasienten trenger å vite om en undersøkelse han skal gjennom, og hvordan det kan formidles, risikerer en at pasienten er mer engstelig etter å ha mottatt informasjonen enn før, for eksempel fordi innholdet i det som blir formidlet er uklart (Almås, 2001). I undersøkelsen gjort av Felder (2004) ble deltakerne spurt om det var noen spesifikke ting sykepleierne kunne gjøre for å minske frykten og øke håpet under sykehusoppholdet. Flertallet av pasienter nevnte da informasjon, og å være tilgjengelig for å snakke, som viktige faktorer.

Pasienten kvier seg ofte for å spørre, for ikke å mase eller være til bry. Kanskje vet han ikke hva han skal spørre om, og dersom han spør, kan spørsmålet bli oppfattet som noe annet enn det han mente (Almås, 2001). I boka *Frykt og håp* kommer det frem av pasientfortellingene at pasientene under sykehusoppholdet ofte spurte de andre pasienter istedenfor sykepleiere. De spurte sjelden sykepleierne om det de lurte på, fordi de så ut til å ha det så travelt bestandig. Sykepleierne hadde det så travelt at de bare kom inn for å gjøre det de måtte (Kalfoss, 1982). Det er viktig at sykepleieren tar seg tid til å prate med pasienten, og viser pasienten at man har tid, og er tilgjengelig. Undersøkelsen gjort av Felder (2004) viste en positiv sammenheng mellom håp og om pasienten var fornøyd med informasjonen som ble gitt. Dette tyder på at tilstrekkelig informasjon kan øke håp, og dermed også livskvaliteten til pasienten. Informasjon er en viktig kilde til håp, spesielt hos pasienter med nyoppdaget kreft, som ikke vet hva dette og behandlingen de skal igjennom innebærer.

Felder (2004) kom også frem til at det å kjede seg mens man er innlagt på sykehus var en viktig faktor når det gjaldt håp. Kjedet man seg mye på sykehuset var håpet lavere. Man ble liggende mye å tenke, og mange ble da mer plaget av angst og depresjon. Pasientene fortalte at de følte de bare ble liggende å vente på at sykdommen skulle "vinne". De følte ingen form

for mestring i hverdagen, og da heller ikke mye håp. Undersøkelsen viste at de pasientene som hadde noe å gjøre, og som deltok på diverse aktiviteter under sykehusoppholdet, følte mer mestring i hverdagen. Dette kunne være bare små ting, men det økte deres nivå av håp. Sykepleierne bør redusere kjedsomhet mens pasienten er innlagt på sykehus, og sørge for at pasienten har det så behagelig som mulig under sykehusoppholdet.

### 4.2.3 Behandlingsfasen

Når man kommer til *behandlingsfasen* kan mange pasienter føle en slags lettelse. De føler ofte mindre angst og stress fordi valgene er gjort, planer og mål er klare. De har også hatt litt tid på seg til å bearbeide situasjonen. Hvordan pasienten opplever denne fasen påvirkes også av om hun har hatt noen symptomer på sin sykdom. Har pasienten hatt symptomer som merkbart blir bedre etter behandling, vil dette gi håp. Har man derimot ikke hatt noen symptomer på sin sykdom, og kun opplever bivirkninger av behandlingen, vil dette føles som om man bare blir verre. Informasjon er derfor veldig viktig også i denne fasen (Benner & Wrubel, 1989). Det er viktig for pasienter å få god og tilstrekkelig informasjon om sykdom og behandling. Dette bidrar til å gjøre situasjonen mer forståelig og å skape forutsigbarhet og mening (Eide & Eide, 2007). Alle bivirkningene ved kreftbehandlingene kan virke skremmende, men tidligere pasienter har fortalt at de heller ville vite alt som mulig kunne skje, istedenfor å bli skremt når det skjedde noe de ikke hadde blitt fortalt om (Benner & Wrubel, 1989).

I likhet med de fleste andre kreftdiagnoser får også brystkreftpasienter cytostatika og stråling. De mest vanlige bivirkningene av disse to behandlingstypene er hårtap, kvalme og oppkast, obstipasjon og rødhet og irritasjon i huden etter stråling. Siden disse to er generelle behandlingsmetoder for de fleste kreftsykdommer, og de nevnte konsekvensene ovenfor er noe pasientene må mestre, velger vi å fokusere på det som brystkreftpasienter spesielt må mestre. Kirurgi er hovedbehandlingsmetoden ved brystkreft, da utføres enten brystbevarende kirurgi eller fjerning av hele brystet (Almås, 2001). Derfor velger vi å gå inn på mastektomi (fjerning av hele brystet), og hvordan vi skal hjelpe pasienten til å mestre dette.

I dagens kultur betraktes brystene som en vesentlig del av kvinnens seksuelle identitet. For mange kvinner betyr det å miste et bryst at de ikke lenger opplever seg selv som fullverdig kvinne. Hvor mye dette betyr for den enkelte, avhenger av mange forhold, både personlighetsmessige og mellommenneskelige. Men selv for den tryggeste kvinne, kan det å miste et bryst oppleves som et stort traume. Likevel er det å bli frisk for de fleste, viktigere enn tapet av et bryst. Bearbeidelsen av reaksjonene kan variere fra person til person. Det er veldig personlige følelser, så de kan for en del bli vanskelig å dele med andre (Almås, 2001). Mange kvinner, og også deres partnere, frykter at fjerning av brystet vil føre til at den seksuelle tiltrekningen opphører. Mange kvinner er så redde for dette at de unngår all seksuell kontakt (Baum, et al., 1994). Er kvinnen derimot åpen for partneren sin på dette området, kan bearbeidelsen av tapet og aksepteringen av at kroppen har forandret seg bli lettere (Almås, 2001). Kvinner som ikke er gift eller i et stabilt forhold er spesielt sårbare, fordi det er enkelt for dem å trekke seg unna, og dette øker deres ensomhet (Baum, et al., 1994).

For at pasienten skal kunne akseptere og mestre det at hun har mistet et bryst er det viktig at hun klarer å prate om den nye situasjonen. Kommunikasjon mellom sykepleier og pasient må derfor være god, noe som kan hjelpe pasienten til å bearbeide reaksjoner og mestre sykdom og krise bedre (Eide & Eide, 2007). At pasienten føler seg trygg på sykepleieren gjør at de kan få et tillitsforhold til hverandre, slik at pasienten åpner seg for sykepleieren (Almås, 2001). Noen ganger kan det være vanskelig å snakke med partneren sin, eller andre nære familiemedlemmer. Om pasienten åpner seg for sykepleieren kan det føre til at det blir lettere for henne å snakke med partner/familie senere.

Det er viktig at sykepleieren er tilgjengelig for pasienten gjennom hele forløpet. Dette kan føre til at pasienten tør å stille spørsmål eller bare ønsker å prate om følelsene sine. Psykisk støtte er viktig. En må vise pasienten at man har tid til å snakke, svare på spørsmål, gi råd og støtte. Fordi noen brystkreftpasienter er "frisk", sammenlignet med mange medpasienter, kan hun kjenne at det er vanskelig å "bry" personalet. Det er derfor grunnleggende at sykepleieren alltid møter pasienten med oppmerksomhet og interesse. Om sykepleieren viser en avvisende holdning kan det hindre at pasienten får gitt uttrykk for sine behov, noe som kan føre til at hun ikke får den hjelpen og støtten hun trenger. Travelhet og uoppmerksomhet kan altså gi sterke signaler til kvinnen om at hun er til bry og helst ikke bør be om noe. Sykepleieren bør være var for tegn som tyder på at kvinnen har behov for å snakke om vonde følelser i forbindelse med tapet av brystet. Det er ikke sikkert det er lett for pasienten å ringe på når hun



ønsker å prate. Det er en svært vanskelig prosess å skulle avfinne seg med at brystet er borte, og at det i stedet bare er et stort arr der (Almås, 2001).

#### **4.2.4 Livssituasjon**

Kreft er alltid en avbrytelse i livet til de som rammes. Hva kreften avbryter kommer an på hvor i livet pasienten er. Benner og Wrubel (1989) deler livets stadier inn etter hvor man er sett i familieperspektiv og arbeidsperspektiv. I alle stadier i livet vil det være forskjellige ting kvinnene må mestre når de blir rammet av kreft. Fokuset i denne oppgaven er kvinner 25-35 år. I denne alderen kan det variere veldig, men de fleste er i etableringsfasen. Når det gjelder familiestadier vil dette variere fra etablering av parforhold, ekteskap, barnefødsler, barneoppdragelse. Når det gjelder arbeidslivets faser i denne alderen, vil de variere mellom etablering av en arbeidsrolle, karriere og midtkarrierefase (Benner & Wrubel, 1989).

En kvinne som nettopp er utdannet og skal til å starte livet, vil ha andre ting å mestre enn en som nettopp har giftet seg, har fått sitt første barn eller er mor til 3. Om man er singel, hvor lenge man har vært i et fast forhold, om man har barn og hvor gamle disse barna er har mye å si for kvinnens situasjon.

At pasienten må gi slipp på andre aktiviteter og bare konsentrere seg om behandlingen kan være vanskelig fordi hun blir fjernet fra sine normale mestringsstrategier, som jobb og fritidsaktiviteter. I vårt samfunn er jobben en sentral del av vår identitet. Jobben strukturerer dagen, er en stor kilde til selvtillit og gir en følelse av sosial tilknytning (Benner & Wrubel, 1989). Mange pasienter føler seg isolerte når de har fått diagnosen, og når de er innlagt på sykehus. Det å få diagnosen brystkreft er som sagt en krise i personens liv. Personer i krise har behov for støtte, medmenneskelig kontakt og noen å dele tanker og følelser med (Eide & Eide, 2007). Mange synes det er vanskelig å snakke med personer rammet av kreft. Og kreftpasienter kan igjen synes det er vanskelig å snakke om med venner og arbeidskollegaer. Begge parter er redde for å gjøre den andre ukomfortabel eller lei seg. Dette kan føre til at begge parter trekker seg tilbake, og ingen får den sosiale kontakten og kommunikasjonen de har behov for.

Hvordan oppfatning man har av seg selv vil også påvirke hvordan man mestrer situasjonen. Om en person ser på seg selv som sterk, sårbar, eller svak, om den det gjelder tror selv at dette er noe han kan klare. Det at man får et slikt brudd i livet ved å bli innlagt på sykehus for kreftbehandling, kan i seg selv være noe som minsker selvtilliten. Man kan ikke lenger gjøre det man har gjort tidligere. Å forstå pasientens historie og selvforståelse er helt nødvendig for å kunne hjelpe pasienten til å mestre situasjonen (Benner & Wrubel, 1989).

Benner & Wrubel påpeker at de situasjoner man kommer opp i blir knyttet til og får mening fra andre situasjoner, både tidligere situasjoner og de en forventer skal komme i fremtiden. En kvinne mellom 25 og 35 år har sannsynligvis lagt mange planer for fremtiden, og har mange drømmer. Følelsen av å miste sjansen til for eksempel å se barna sine vokse opp, gifte seg og få barn selv, kan være en stor sorg. Dette har vesentlig betydning for hvilken måte man mestrer situasjonen på (Kirkevold, 1998).

#### **4.2.5 Pårørende**

Pasientens situasjon, med tanke på sosialt nettverk og familie har mye å si for hva pasienten må mestre. Pasientens pårørende kan i en situasjon være en ressurs, mens for noen andre kan de være enda en påkjenning som må mestres. Vanskelige familieforhold kan være en påkjenning for den syke, som føler at han trenger familien. Men på den andre siden kan alvorlig sykdom også ofte føre til at tidligere problemer virker trivielle, i forhold til sykdommen (Benner & Wrubel, 1989).

Krise og sykdom påvirker alltid relasjonen til de nærmeste. Når et menneske rammes av kreft, rammes også pårørende. Krisereaksjonene til pårørende må også møtes og forstås av sykepleier. Pasienten har ofte forventninger til at de pårørende skal stille opp og gi støtte. Hvis pasienten da ikke opplever den støtten hun ønsker, kan hun fort bli skuffet og føle seg avvist. Mange pårørende har imidlertid nok med å takle sine egne reaksjoner. Personer som har et godt sosialt nettverk, klarer seg ofte bedre gjennom kriser enn de som ikke har det (Eide & Eide, 2007) Vellone et al. (2006) fant at for kvinnene med brystkreft var sosial støtte, spesielt fra familie, en viktig faktor for håp. Det førte til bedre selvtillitt og bedre humør. Kvinnene som hadde et høyt nivå håp var generelt i bedre humør, og var mindre deprimerte.

Hos kvinnene med et lavt nivå av håp så man at humøret var dårligere, de slet med angst og depresjon. Det kan derfor være avgjørende for hvordan familien sammen takler situasjonen at sykepleierne gir støtte til både pasient og pårørende.

For kreftpasienter kan følelsen av at venner og familie trekker seg unna være noe av det vanskeligste å takle. Begge parter unngår ofte å snakke om sykdommen, av frykt for å gjøre hverandre lei seg. Kreftpasienter, familie og alle som er berørt har behov for å snakke om følelsene sine. Sykepleier kan da være en sympatisk lytter, som ikke er redd for følelsesmessige utbrudd av sinne, sorg eller frykt (Baum, et al., 1994).

Flere tidligere undersøkelser har vist at personer som rammes av alvorlig sykdom sjeldnere enn friske får ekteskap til å fungere og vare. En ny studie ved Kreftregisteret viser derimot at kreftsykdom ikke øker sannsynligheten for skilsmisse. Studien brukte data fra 1,4 millioner gifte norske par fra 1974 til 2001 for å undersøke sannsynligheten for skilsmisse etter kreftsykdom. Samlet ble det ikke vist at de ulike kreftsykdommene ledet til flere skillsmisser (Kreftregisteret).

Når en i familien blir alvorlig syk endres balansen i familien. Barna blir da rammet hardt, opplever krise og trenger hjelp til mestring. Det at mor blir alvorlig syk, kanskje med lang tids sykeleie og mulig dødelig utgang er en stor psykisk belastning både for barn og ektefelle. I tillegg blir barn ofte til en viss grad ”glemte” i den krisen som har oppstått i familien. De lider sammen med mor når hun har det vondt, og må også takle muligheten at de kan miste den de er mest glad i. Barn føler når det er noe galt i familien, og det er bedre å la dem vite hvorfor foreldrene er bekymret enn å la dem gjette seg til det (Eide & Eide, 2007). I undersøkelsen gjort av Kalfoss (1982) ønsket mange av pasientene som hadde barn veiledning i forhold til hvordan de skulle snakke med barna om kreften. Åpen og direkte informasjon reduserer ubehag og sorgrelaterte symptomer hos barn. Selv om barn ikke viser det på samme måte som voksne, har de bekymringer de ofte holder inne når mor blir syk. Det er viktig at man er ærlige med barna, men man trenger ikke fortelle alle detaljer. Det er vanligvis best at foreldrene selv forteller barna om sykdommen, men foreldre trenger ofte råd og støtte før en slik samtale. Det er også mange som ønsker at en hjelper skal være tilstede. Man må la barna få vite at de kan snakke om det som bekymrer dem, slik at de ikke bærer på bekymringene alene (Eide & Eide, 2007).

## 5.0 AVSLUTNING

I denne oppgaven har vi sett på hvordan mennesker opplever og reagerer på krise. Hvilke ubevisste og bevisste mestringsstrategier som tas i bruk når man rammes av alvorlig, livstruende sykdom. Vi har sett på dette ut ifra Benner & Wrubel's omsorgsteori. Gjennom arbeidet med oppgaven har vi tilegnet oss kunnskaper om brystkreft og mestring, og fått en dypere forståelse av hva det innebærer å få diagnosen brystkreft.

Vi har sett på forskjellige ting man må mestre i de første fasene av å få en kreftdiagnose, og når man blir innlagt på sykehus. Vi ser også at hvordan livssituasjon til kvinnen er, hvilket stadium i livet hun er i, vil påvirke hva hun må mestre og hvordan hun mestrer. Pårørende kan ofte bli litt glemt bort i sykehussituasjoner, men vi har gjennom arbeidet med denne oppgaven fått et større innblikk i hva de pårørende også går igjennom. Vi ser også nå at ved å være en støtte til pårørende, kan man hjelpe pasient og pårørende til å kommunisere bedre, og dermed øke mestring hos pasienten.

Vi har fått et innblikk i hvor individuelt stress og mestring er, men også det som er felles for mange pasienter. Gjennom forskning har vi sett at mestring og håp har mye å si for pasientenes livskvalitet. Vi har blitt mer bevisst på, og synes det er viktig at sykepleiere er bevisste på, hvor viktig det å hjelpe pasienten til å mestre situasjonen er for pasientens livskvalitet.

I en travel dag på jobb skjer det ofte at sykepleierne sier at de har for dårlig tid til å snakke med og tilbringe tid med pasientene sine. Det blir da viktig å prioritere tiden sin. Pasienter som kommer inn til behandling og føler at de ikke får den informasjonen de trenger, kan føre til at sykehusoppholdet blir fylt med angst. Dette blir da en unødvendig belastning og bekymring for pasienten, som kan unngås. Vi har blitt mer bevisst på hvor viktig det er at vi tar oss tid til pasientene utover de praktiske oppgavene man har. Omsorg, kommunikasjon og å lytte til pasienten er essensielt for mestring.

Vi må også si oss enig med Benner & Wrubel (1989) at man må bli kjent med pasientene, ha omsorg for dem, da det er deres opplevelse av sykdommen som bør være i fokus.

## 6.0 LITTERATUR

### 6.1 Pensumlitteratur

Almås, H.(Red.) (2001). *Klinisk Sykepleie. Bind 1.* 3. utgave. Gyldendal Norsk Forlag AS

Almås, H.(Red.) (2001). *Klinisk Sykepleie. Bind 2.* 3. utgave. Gyldendal Norsk Forlag AS

Dalland, O.(2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter.* 4 utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Eide, H. Eide, T.(2007). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk.* 2. utgave. Gyldendal Norsk Forlag AS

Jacobsen, D., Kjeldsen, S. E., Ingvaldsen, B., Lund, K., Solheim, K.(2001) *Sykdomslære. Indremedisin, kirurgi og anestesi.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

### 6.2 Selvvalgt litteratur

Baum, M., Saunders, C. & Meredith, S. (1994) *Breast Cancer. A Guide for Every Woman.* New York: Oxford University Press. Kap. 10 s.106 - 116

Benner, P. & Wrubel, J.(1989). *The Primacy of Caring: Stress and Coping in Health and Illness.* California: Addison-Wesley Publishing Company. Kap. 1 - 3 s. 5 – 103, Kap. 8 s. 256 – 312.

Den Norske Kreftforening.(1991). *Brystkreft. Informasjon til pasienter, pårørende og andre interesserte.* Oslo: DNK s. 3 – 6

Felder, B. E. (2004). Hope and coping in patients with cancer diagnoses [Elektronisk versjon]. *Cancer Nursing: an International Journal for Cancer Care*, 27(4), s. 320 – 324.

Kalfoss, M. H.(1982) *Frykt og håp. – psykisk omsorg for pasienter med kreft.* Oslo:

Universitetsforlaget. Kap. 1. s. 24 - 67

Kirkevold, M.(1998) *Sykepleieteorier*. Oslo: Ad Notam Gyldendal. Kap. 11 s. 199 – 215.

Kreftforeningen (24.2.2011) *Brystkreft/Cancer Mammae*. Hentet fra:

[http://www.kreftforeningen.no/portal/page?\\_pageid=37,83296&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL&navigation1\\_parentItemId=2448&navigation2\\_parentItemId=2448&navigation2\\_selectedItemId=2017&\\_piref37\\_88109\\_37\\_83296\\_83296.sectionId=284](http://www.kreftforeningen.no/portal/page?_pageid=37,83296&_dad=portal&_schema=PORTAL&navigation1_parentItemId=2448&navigation2_parentItemId=2448&navigation2_selectedItemId=2017&_piref37_88109_37_83296_83296.sectionId=284)

Kreftregisteret.(u.å). *Mammografiprogrammet. Resultater*. Hentet fra:

<http://www.kreftregisteret.no/no/Forebyggende/Mammografiprogrammet/Resultater/>

Kreftregisteret.(u.å). *Ikke flere skilsmisser blant kreftpasienter*. Hentet fra:

<http://www.kreftregisteret.no/no/Generelt/Nyheter/Ikke-flere-skilsmisser-blant-kreftpasienter/>

Lazarus, R. & Folkman, S.(1984) *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer publishing company. Kap 1. s. 11-21, Kap. 5 og 6. s. 117 – 181.

Norsk Bryst Cancer Gruppe.(1998). *Brystkreft. Diagnostikk og behandling. En veiledning*. Oslo:NBCG s. 7 – 23, 33 - 41

Siegel, B. S. (2000) *Kjærlighet, medisin og mirakler. En kirurgs erfaringer med kreftpasienter og deres enestående evne til å helbrede seg selv*. Oslo: N. W. Damm & Søn AS (Orginalutg. 1986) Kap 4. s. 137 - 142

Vellone, E., Pega, M.L., Galletti, C., Cohen, M.Z. (2006) Hope and related in variables in Italian cancer patients. *Cancer Nursing*. Vol 29 (5), 356- 366 [Elektronisk utgave]

**Antall sider selvvalgt pensum: 345.**