



Bachelorgradsoppgave

Mestring ved brystkreft

Coping with breast cancer

Siri Kambuås

Antall ord: 8557

SPU 110

Bachelorgradsoppgave i sykepleie

Avdeling for helsefag
Høgskolen i Nord-Trøndelag - 2014



HINT

ABSTRAKT

Introduksjon: Brystkreft er den vanligste kreftformen som rammer kvinner. Forekomsten er økende, men overlevelsen svært god pga. forskning, tidligere oppdagelse av sykdom og bedre behandling. Brystkreftrammede bruker ulike mestringsstrategier for å komme gjennom sykdommen, og ønsker støtte fra sykepleier for å oppnå mestring i egen situasjon. **Metode:** Denne allmenne litteraturstudien er basert på 12 forskningsartikler og annen relevant litteratur, for å belyse behov og ønsker brystkreftpasientene har til sykepleiere, som bidrar til mestring. **Resultat:** Tema hos alle kvinnene var behovet for støtte, både emosjonelt og sosialt. Behovet for informasjon ble fortalt, men individuelt hvor mye og når i sykdomsforløpet. Kontroll over situasjonen, og være med å ta avgjørelser ble sett på som vesentlig for å føle mestring. Kvinnene ønsket å bli behandlet som individer, ikke som et objekt. Ønsket at sykepleiere skulle følge opp deres behov, individuelt hva den enkelte trengte. Livssituasjon og kroppsbilde var også et tema kvinnene trengte støtte ved. **Diskusjon:** Resultatet fra studien er diskutert opp mot relevant faglitteratur, lover og sykepleieteori som er hensiktsmessig for å belyse behov hos kvinnene. **Konklusjon:** Kvinner trenger støtte og informasjon av sykepleier, for å mestre sykdommen. Menneske-til-menneske-forholdet er grunnleggende for å bygge tillit mellom pleier og pasient.

Nøkkelord: brystkreft, mestring, kvinner, selvbilde, individ, litteraturstudie

INNHold

1. INNLEDNING	1
1.1. BEGRUNNELSE FOR VALG AV TEMA	1
1.2. CANCER MAMMAE – BRYSTKREFT OG KRISEFORLØP	1
1.3. MESTRINGSSTRATEGIER	2
1.4. JOYCE TRAVELBEE – SYKEPLEIERTEORI.....	3
1.5. HENSIKT MED STUDIEN	3
2. METODE	4
2.1. LITTERATURSTUDIE	4
2.2. ETISKE OVERVEIELSER.....	4
2.3. INKLUSJONS- OG EKSKLUSJONSKRITERIER	5
2.4. SØKEPROSESS OG FRAMGANGSMÅTE	6
2.4.1. Tabell 1: Eksempel på søkestrategier	6
2.5. ANALYSE.....	7
2.5.1. Tabell 2: Eksempel på subkategori og kategori.....	7
2.5.2. Tabell 3: Eksempel på inkluderte artikler.....	8
3. RESULTAT	9
3.1. EMOSJONELL OG SOSIAL STØTTE.....	9
3.2. ”VÆRE VANLIG” – ET INDIVID.....	11
3.3. KONTROLL I EGEN SYKDOMSSITUASJON	12
3.4. INFORMASJON – TILSTREKKELIG ELLER FOR MYE	13
3.5. LIVSSITUASJON OG KROPPSBILDE.....	14
4. DISKUSJON	15
4.1. METODEDISKUSJON	15
4.2. RESULTATDISKUSJON	16
4.2.1. Behov for emosjonell og sosial støtte.....	16
4.2.2. Opplevelsen av å være et individ	19
4.2.3. Egen kontroll over sykdomssituasjon.....	20
4.2.4. Behov for informasjon.....	21
4.2.5. Livssituasjon og kroppsbilde.....	24
5. KONKLUSJON	26

LITTERATURLISTE

VEDLEGG 1: Oversikt over søkestrategier

VEDLEGG 2: Oversikt over inkluderte artikler

VEDLEGG 3: Analyseskjema brukt til gransking av artikler

1. INNLEDNING

Brystkreft – eller cancer mammae som det heter på latin, er den vanligste kreftformen som rammer kvinner. I følge tall fra kreftregisteret fikk hele 3094 kvinner i Norge påvist brystkreft i år 2011 (Kreftregisteret 2013). Heldigvis er overlevelsen blant de brystkreftammede blitt svært god, pga. god forskning, tidligere oppdagelse av tilfeller og bedre behandling.

Brystkreft rammer flest kvinner over 50 år, og hele 80% av de som rammes er i denne aldersgruppen. Antallet som overlever brystkreft er stigende, og hele 88,8% av de som ble rammet i 2011, lever fem år etter de fikk diagnosen (Kreftregisteret 2013; Norsk helseinformatikk - for helsepersonell 2013).

1.1. Begrunnelse for valg av tema

Denne oppgaven omhandler brystkreft, og hvordan pasienter ønsker å mestre sin diagnose, ved hjelp av sykepleier og mestringsstrategier. Det er valgt å fokusere på dette fordi det er et svært aktuelt tema og viktig for sykepleier å vite hva som er gjennomgående behov hos kvinner med diagnosen. Dette for å kunne yte best mulig helsehjelp og støtte til kvinnene for at de skal oppleve mestring i sykdomsforløpet. Fellestrekk av ulike mestringsstrategier som går igjen hos kvinner over flere deler verden, er interessant og se på, ettersom brystkreft har en økende forekomst og sykepleiere kommer stadig til å møte kvinner med denne diagnosen.

1.2. Cancer mammae – brystkreft og kriseforløp

Brystkreft er den hyppigste formen for kreft hos kvinner, både nasjonalt og internasjonalt. Det er en ondartet svulst i brystkjertelens melkeganger eller melkekjertler. Årsaken til brystkreft kan være vanskelig finne, om det ikke er påvist spesifikke gen-forandringer (Schlichting 2012).

Likevel kjenner vi til flere faktorer som kan øke risikoen for brystkreft. Blant annet disse; risiko øker med alder, sen menopause, tidlig menarke (menstruasjon), sen førstegangs fødende (etter fylte 35 år) eller ingen graviditet, inaktivitet, overvekt, høyt inntak av alkohol over lengre tid og slektshistorie på brystkreft (Sørensen og Almås 2011; Kreftforeningen 2014).

Sykdomsforløpet hos en kvinne med brystkreft, vil være veldig individuelt og varierende. Noen har en langsomvoksende svulst/tumor, mens andre har en aggressiv sykdomsutvikling. Tumorens størrelse, spredning til lymfeknuter, differensieringsgrad og hormonreseptorstatus er faktorer som er av betydning for hvor aggressiv sykdommen er. Særlig unge kvinner er mer utsatt for et aggressivt sykdomsbilde enn hva de eldre er (Schlichting 2012).

Det å få en brystkreftdiagnose kan for enkelte utløse stressreaksjoner og gi et psykisk traume. Pasienten går gjennom et kriseforløp, hvor hun går gjennom alle faser: sjokkfasen, reaksjonsfasen, reparasjonsfasen og en nyorienteringsfase (Sørensen og Almås 2011).

1.3. Mestringsstrategier

Konflikter, kriser, stress og andre psykologiske påkjenninger, knyttes ofte sammen med følelser som ubehag og mistriivsel. Når slike følelser dukker opp, gir det alltid en motivasjon for å endre situasjonen. Det skilles mellom to hovedformer når det kommer til mestring av denne typen problemer, det er problemfokusert mestring, og følelsesfokusert mestring (Håkonsen 2011)

“Mestring beskriver individets måte å forholde seg på til og løse en situasjon eller hendelse som medfører mistriivsel, ubehag eller trussel mot ens integritet” (Håkonsen 2011, s.279)

I denne oppgaven er det naturlig å fokusere på følelsesmessig fokusert mestring, da det i situasjoner hvor man blir diagnostisert med brystkreft, opplever høy grad av stress, ubehag og mistriivsel, samtidig som det ikke er så mye man kan gjøre med situasjonen.

Følelsesfokusert mestring vil ikke endre den vanskelige situasjonen, men det vil bidra til at man kan akseptere å leve med diagnosen, eller hjelpe pasienten gjennom situasjonen. Når man snakker om følelsesmessig fokusert mestring, kan dette innebære bruk av ulike forsvarsmekanismer. Disse mekanismene kan bidra til å redusere følelsen av angst, fordi de kan endre måten man oppfatter situasjonen. Forsvarsmekanismer kan hjelpe pasienten til å gradvis tilpasse seg de ytre realitetene, og bidrar til opprettholdelse av stabilitet og ro i følelseslivet (Håkonsen 2011). Det kan bevare en emosjonell stabilitet hos mennesket. Senere

i oppgaven redegjøres det for noen av forsvarsmekanismene som kan oppstå til en hver tid hos kvinnene.

1.4. Joyce Travelbee – sykepleierteori

“Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene.” (Travelbee 1999, s.29).

I følge Travelbee er sykepleie en mellommenneskelig prosess fordi det alltid dreier seg om mennesker, enten direkte eller indirekte. En sykepleiers oppgave er å hjelpe pasienten til å mestre sykdom og lidelse. Det gjør man ved å opprette en tilknytning til den syke, som forteller at ham blir forstått, og ikke er alene i situasjonen. Som sykepleier skal man vise at man ønsker å bistå den syke. Ikke fordi de er syk og trenger pleie, men fordi de er et enkeltindivid, den man er, og ingen andre (Travelbee 1999).

Måten Travelbee ønsker å opprette et menneske-til-menneske forhold på, er gjennom 5 ulike faser; Det innledende møtet, framvekst av identiteter, empatifasen, vise sympati og medfølelse og gjensidig forståelse av kontakt (ibid.)

1.5. Hensikt med studien

Hensikten med denne studien er å belyse hvilke behov og ønsker kvinner har til sykepleier for å oppnå mestring i sykdomsforløpet, etter de er blitt diagnostisert med brystkreft.

Ved at sykepleier bevisst styrker kvinnens identitet og innleder en god sykepleier-pasient-relasjon, kan dette bidra til at mestring og håp rundt at sykdommen blir bedre. Da er det viktig at sykepleier sitter inne med mye grunnleggende kunnskap om sykdommen, mestringsstrategier, er støttende og viser empati overfor kvinnen. God og nyttig informasjon til pasienten er vesentlig, og vil bevisstgjøre sykepleiere på hvor viktig det er å være tilstede for pasienten i en ny og utfordrende fase i livet.

2. METODE

Metode er en måte å jobbe på for å innhente ny kunnskap. Metode sier noe om hvordan man bør gå frem for å innhente ny kunnskap, og man velger en bestemt metode som gir gode forskningsresultater og som belyser problemstillingen man velger på en faglig, god måte (Dalland 2003).

2.1. Litteraturstudie

Denne oppgaven er en allmenn litteraturstudie. I en slik studie er hensikten å beskrive kunnskap innenfor et bestemt område, hvor de utvalgte studiene beskrives og analyseres etter systematiske søk i databaser (Frich 2007). En allmenn litteraturstudie kan være en litteraturgjennomgang, forskningsoversikt eller litteraturoversikt (Forsberg og Wengström 2013). Denne oppgaven har gjennomført et systematisk litteratursøk og videre satt opp en litteraturoversikt, for å gripe tak i de elementene i artiklene som er relevante i forhold til min problemstilling. Videre er disse resultatene diskutert opp mot annen relevant faglitteratur.

2.2. Etiske overveielser

I all vitenskapelig forskning, er etikk viktig. Alle deltakerne som er med i studiene, skal være innforstått med hva studien dreier seg om, og at det er deres eget valg om de ønsker å delta. Videre skal også all data som samles inn anonymiseres, slik at man verner om deltakerne. Før man starter en studie, skal man søke etisk tilgang, enten ved lokal- eller regional etisk komité dersom det er nødvendig (Forsberg og Wengström 2013).

Ved skriving av en allmenn litteraturstudie, er det viktig med etiske overveielser i forhold til oppgaven, både i forkant og underveis. Det skal ikke forekomme juks og uredelighet i oppgaven. Juks beskrives som feilaktig framstilling av litteraturstudien, som kan gjøres gjennom å plagiere, stjele og fabrikere data. Derfor er det svært viktig at man henviser godt til kilder i løpende tekst, samt har gode referanser i litteraturlisten. Da kan leseren enkelt finne fram til de kildene som er brukt. Man skal også presentere alle resultat som kommer fram i

forskningen, enten om det støtter eller ikke støtter den hypotesen forskeren selv har med studien (ibid).

2.3. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Søkene som er gjort i forhold til oppgaven, er rettet mot hensikten som er beskrevet. Fokuset er rettet mot kvinner som er diagnostisert med brystkreft, og hvordan de mestrer situasjonen selv og med støtte av sykepleier. Studiene som er valgt er presentert ut i fra pasientperspektivet, for å få best mulig innsikt i pasientens opplevelse av situasjonen, behovene de ønsker å få bistand til og støtten de opplever fra sykepleier.

Oppgaven er hovedsakelig basert på kvalitative studier, hvor det legges fokus på de subjektive opplevelsene hos pasientene. I denne type studier brukes intervjuer med enkeltindivider eller grupper, hvor observasjoner og studier av tekster eller annet belyses (Frich 2007).

”Kvalitative metoder innebærer en fortolkende tilnærming og egner seg til å utforske spørsmål som: ”Hva betyr...?”, ”Hvordan forstår...?”, ”Hvordan erfarer...?” og ”Hvordan foregår...?” (Frich 2007, s.2649).

Artiklene skulle omhandle kvinner med brystkreft, som fokuserte på nyere forskning, ikke eldre enn 10 år. Likevel ble det brukt en artikkel fra år 2002: “Living with newly diagnosed breast cancer: a qualitative study of 10 women with newly diagnosed breast cancer”, da den ble funnet relevant for oppgaven. Det ble gjort mest søk på kvalitative studier, da denne forskningen viser pasientenes subjektive opplevelse av sin situasjon. Det ble også inkludert artikler som omhandlet kvinner fra andre deler av verden, dette for å se hvordan de opplevde mestring ifht. sin diagnose, i motsetning til europeiske kvinner. Det ble ikke funnet store forskjeller, noe som viser at kvinner generelt har de samme behovene og ønskene fra sykepleier. Et kriterium var at det skulle være originalartikler, og artiklene er valgt uavhengig av kvinnenens alder. Studien ekskluderer artikler som ikke var tilgjengelig på engelsk, norsk, dansk eller svensk, og menn med brystkreft.

Litteraturstudien er basert på pasientenes opplevelse av hvilke behov de har for å oppleve mestring, og det er derfor plukket ut artikler lenket til det kriteriet.

2.4. Søkeprosess og framgangsmåte

Denne oppgaven tar for seg 12 forskningsartikler som er relatert til hensikten i denne oppgaven. Artikkelen som er brukt, er innhentet via HINT sine søkedatabaser. Det er blitt brukt søkedatabaser som SveMed +, Cinahl og Medline. I tillegg ble det funnet en artikkel gjennom Google Scholar. Videre er en av artiklene funnet gjennom hånd søk fra en tidligere bacheloroppgave. Tittelen i referanselisten ble funnet interessant og søkt opp i Google, dermed kom jeg fram til artikkelen. Det er blitt brukt søkeord som; ”breast neoplasms”, ”cancer mammae”, ”cancer”, ”coping”, ”empathy”, ”nursing”, ”information”, ”stress – psychological”, ”adaptation – psychological”, som ble kombinert på ulike måter og med ulike avgrensinger for å komme fram til søk. I Google Scholar brukte jeg også en kombinasjon av flere søkeord, deretter leste jeg gjennom abstrakt på en del artikler, og det ble valgt en artikkel som ble funnet hensiktsmessig å ha med i oppgaven etter å ha lest den i sin helhet.

2.4.1. Tabell 1: Eksempel på søkestrategier

Database	Avgrensninger	Søkeord	Antall treff	Utvalg 1	Utvalg 2	Utvalg 3	Utvalg 4
Cinahl 20.03.2014	2004-2014	Coping Nursing Breast neoplasms	68	68	20	5	2

Utvalg 1: Lest artiklenes tittel

Utvalg 2: Lest artiklenes abstrakt

Utvalg 3: Lest artikkelen i sin helhet

Utvalg 4: Artikkelen valgt ut for gransking og vurdering

Resten av søkene ligger som vedlegg 1.

2.5. Analyse

Artiklene ble analysert grundig før de ble valgt ut, hvor jeg brukte et analyseskjema vi fikk utdelt gjennom høgskolen (se vedlegg 3). Under analysen av artiklene ble det trukket ut meningsenheter fra alle artiklene, som ble satt sammen med hverandre, for å finne fellestrekk og danne subkategorier. Videre ble disse subkategoriene slått sammen til kategorier ut i fra funn av likheter og ulikhet, og hvilken informasjon som var relevant og hensiktsmessig å ha under sammen kategori.

2.5.1. Tabell 2: Eksempel på subkategori og kategori

Subkategorier	Kategorier
Ønske om å ha sykepleier, nære familiemedlemmer, venner eller kolleger i nærheten i den vanskelige situasjonen, var svært viktig.	Emosjonell og sosial støtte
Noen opplevde mangel på sosial støtte fra helsepersonell, det ble en ekstra byrde for pasienten.	
De fleste kvinner ønsker å dele erfaringer med andre, forholde seg til noen som har vært eller er gjennom det samme. Bidro til mestring da kvinnene følte de ikke var alene i en slik situasjon.	
Økende kommunikasjon med medisinsk profesjon og helsepersonell, for å få den informasjonen som var mest riktig, så kvinnene vet hva de har å forholde seg til, og skapte en trygghet.	
Tilgjengelig støtte fra sykepleier og sykehus, først og fremst i form av informasjon og behandling.	

2.5.2. Tabell 3: Eksempel på inkluderte artikler

De artiklene jeg har valgt å inkludere i oppgaven min, ligger som Vedlegg 2.

Forfattere, Tidskrift t År, Land	Tittel	Studiens hensikt	Design/intervensjon/ instrument	Deltakere/ b ortfall	Hovedres ultat	Komme ntar i forhold til kvalitet
Remmers, H.Holtgrawe, M. Pinkert, C. European Journal of Oncology Nursing 2010 Scotland	”Stress and nursing care needs of women with breast cancer during primary treatment: a qualitative study”	Finne påkjenninger som påvirker kvinnen ved primær kirurgisk behandling, og finne behov og forventninger kvinnene har til sykepleierne	Kvalitativ studie Halvstrukturert intervju	42 kvinner	Kvinnene lider mer av psykiske enn fysiske påkjenninger. Omsorgsbehov: ønske for forhold til sykepleierne, faglig kompetanse og ytre betingelser for omsorg. Uttrykker ønske for emosjonell støtte.	

3. RESULTAT

3.1. Emosjonell og sosial støtte

Kvinner med brystkreft forventer at sykepleier står ved deres side i vanskelige situasjoner. Kvinnene forklarte at sykepleier bør ha evne til å distrahere pasienten bort fra sykdom og de sorgene som er relatert til det. Dersom sykepleier viser sine egne styrker hos pasienten, kan det vær avgjørende for pasientens trivsel, og tillitsforholdet mellom pleier og pasient. Økt nærvær og oppmuntring fra sykepleier, ved bruk av humor, munterhet og tilnærmelse av en normal hverdag, vil bidra til å fylle behovene pasientene har i fht. sykdommen, og økt mestring av situasjonen (Remmers m.fl 2010; Saares og Suominen 2005).

Den sosiale støtten ble bemerket som enten negativ eller positiv. Hos disse kvinnene er behovet for sosial støtte fra nære slektninger, høyest verdsatt (Dragset m.fl 2011; Landmark og Wahl 2002). Videre forteller de en opplevelse av mangel på sosialstøtte fra organisasjoner og institusjoner, særlig i helsesektoren. Mangelen på den sosiale støtten fra helsepersonell, ble opplevd som en byrde for kvinnene (Landmark og Wahl 2002). Likevel er det kvinner som opplever at støtten fra helsepersonell er tilstrekkelig. De stiller opp når kvinnen trengte noen å støtte seg til. Dersom man blir mye alene, dukker gjerne depressive tanker opp i hodet. Slike tanker er godt å få dele med helsepersonell, slik at de kan gjøre pasienten tryggere (Landmark m.fl 2008).

En pasient oppgir at deres rop om hjelp, i forhold til opplevelsen av liv og død, virket å ikke bli hørt. Ropet inneholdt også gjerne spørsmål om hvordan man kan forstå kreften som skjebne og som en kamp for å finne mening, forståelse og håp i situasjonen som var kommet. Pasientens oppfordring og ønske om et omsorgsfullt møte, var ofte forgjeves (Arman m.fl 2004).

Blant de libanesiske kvinnene, ble støtte fra arbeidsmiljø og familie, verdsatt høyt. Denne støtten bidro til hjelp mot å takle diagnosen og sykdommen den fører med (Doumit m.fl 2010).

Flere kvinnelige pasienter med påvist brystkreft, kjenner på et behov for å dele erfaringer og reflektere sammen med andre i lignende situasjoner, dette for å kjenne et mestringspotensial. Ved å fortelle, opplever pasientene seg som betydningsfulle for medpasientene. Det kommer fram at det er viktig å kjenne på ”å ikke være alene”, og at det er enklere å forholde seg til egen sykdom, ved å lære av andre (Doumit m.fl 2010; Varre m.fl 2011). Dra nytte av erfaringer delt med kvinner i samme livssituasjon, viste seg å være en hjelpende faktor for å mestre brystkreft, også hos libanesiske kvinner (Doumit m.fl 2010; Landmark m.fl 2008; Saares og Suominen 2005).

Enkelte kvinner forteller at de ønsket å holde følelsene på avstand, mens andre følte en lettelse av å slippe de ut. De oppga forskjellige måter å uttrykke følelser på, noen likte best å formulere seg ved å skrive i ensomhet, mens andre trengte å snakke med noen nære, for å slippe ut følelser, og få snakket om diagnosen. Enkelte kvinner mener følelsen av styrke, selvbilde og energi reduseres, dersom de uttrykker sine følelser (Dragset m.fl 2009).

Kvinnene forventer ikke kun profesjonell og teknisk korrekt oppførsel fra sykepleierne, men også at de tar tak i deres følelser og personlige sider. Kvinnene oppgir at de verdsetter å ha en kontaktperson blant sykepleierne, noe som gir en trygghet, og de kan vite at sykepleier lytter dersom de har behov for det (Remmers m.fl 2010). Å bli respektert og lyttet til, gjør det lettere for kvinnene og være hovedperson i eget livsdrama. De forteller om ønske av å ta ansvar for seg selv, sammen med sykepleier. Behovet for hjelp til å kontrollere følelsene i en slik situasjon, ble sagt vesentlig for å oppnå mestring (Dragset m.fl 2011; Varre m.fl 2011).

Noen kvinner ønsker å ha en fortrolige de kan snakke personlig og intimt med under behandlingsperioden. Det er variert hvem kvinnene ønsker, men enkelte synes det er lettest å dele det personlige med familien og de nærmeste. Andre synes det er lettere å åpne seg for noen helt fremmede, mens en god del kvinner synes samtalene med helsepersonell kan brukes til dette, og føler seg trygg på de (Dragset m.fl 2011).

De brystkreftdiagnostiserte kvinnene forteller at andre ikke trenger å være fysisk tilstede for å vise omsorg. Helsepersonells spesialiserte kunnskaper og kliniske ferdigheter, sies å være ekstremt viktig, kombinert med kommunikasjon og det å gi omsorg (Dragset m.fl 2011).

Kvinnens ønske for sykepleier er at han/hun skal være tilgjengelig, samarbeidsvillig, jobbe kontinuerlig, vise omsorg, men også bekymring. De ønsker det skal være rom for å stille spørsmål, og ytrer mening om at en sykepleier bør opptre rolig og hensynsfull. Det gjør det lettere for kvinnene å ha mulighet til å være sårbar, og å vise svake sider. Sykepleieren bør ta seg tid til å oppfylle pasientens ønske så godt det lar seg gjøre, og de oppgir at troverdigheten hos sykepleierne, kommer til syne gjennom deres tilstedeværelse (Remmers m.fl 2010).

Sykepleierne må ta seg tid, og la pasienten fortelle om sin situasjon. Pasientene sier det er vanskelig å fortelle om sin situasjon, når man åpenbart blir invitert av sykepleier til å fortelle. Da stopper fortellingen gjerne opp etter en liten stund. Dersom sykepleier utfører speiling og aktiv lytting overfor pasienten, blir det enklere for pasient å fortelle sin historie, og knytte den informasjonen og kunnskapen hun mottar nå, opp mot tidligere erfaringer. Slik fikk pasienten mulighet til å bearbeide situasjonen og oppleve meningskaping, gjennom at sykepleier viste interesse, støtte og aksept (Thorsnes og Brataas 2008).

3.2. ”Være vanlig” – et individ

Kvinnene fortalte at de ønsker bli behandlet “vanlig” – som et individ, en normal person. Kvinnene ønsker å bli behandlet med respekt og at deres personlige behov og ønsker blir ivaretatt (Doumit m.fl 2010; Dragset m.fl 2009; Remmers m.fl 2010; Varre m.fl 2011) Ønsket om at sykepleierne er våken på særegenheter, slik at støtten som gis, passer deres individuelle behov, er særdeles viktig (Remmers m.fl 2010). Det og bli behandlet som før diagnosen kom, og leve en hverdag som er lik tidligere, var et sterkt ønske hos enkelte kvinner (Landmark og Wahl 2002).

Det å takle diagnosen ved å leve et liv som vanlig, innebar at kvinnene fikk gjort sine vanlige, dagligdagse aktiviteter, hobbyer og arbeid. De foretrakk at andre mennesker behandlet de på nøyaktig samme måte som før de fikk diagnosen. Dersom andre mennesker viste trøst og medfølelse hos pasientene, kunne det utløse negative følelser og gjorde noen av pasientene sårbar og redd. Andre menneskers medfølelse, bidro til at kvinnene syntes mer synd på seg selv (Dragset m.fl 2009).

Fysisk selvbilde og kroppsbilde er tett knyttet opp mot en brystkreftdiagnose. Det dreier seg om hårtap, vektnedgang, tap av bryst, noe enkelte synes er skjemmende. Det fortelles om en personlig rolleendring, i forhold til normale hverdagsplikter, som oppleves utfordrende, fordi den er påvirket av diagnosen. Opprettholde en følelse av identitet ble nevnt av kvinner i denne sammenheng, da de ikke ønsket å bli stemplet som bare en pasient (Beatty m.fl 2008).

Brystkreftpasienter opplevde at de ble sett på som et fysisk objekt, hvor det bare var fokus på sykdommen. Deres helhet som menneske med egne erfaringer og behov, ble ikke i varetatt. Opplevelsen av å bli behandlet som organer, tall eller diagnoser, tvang dem til å bære på en uverdigg kamp med seg selv, i en eksistensiell forstand (Arman m.fl 2004).

3.3. Kontroll i egen sykdomssituasjon

Kvinner forteller om en kontroll de ønsker å ha i sin sykdomssituasjon, ved å gjøre aktiviteter, både kreative og fysiske, og en bevissthet om kroppslig bevegelse, hvor de kjenner at de fortsatt er i live til tross for en tøff sykdom. Slik kontroll gir kvinnen en tro på at de har styrke til å overvinne sykdommen, og det førte til en meningsfull mestring i hverdagen (Landmark og Wahl 2002). Det å gjennomføre dagligdagse gjøremål, å leve som vanlig og at livet fortsetter framover, gjør at kvinnene har en følelse av kontroll i situasjonen (Dragset m. fl 2009).

Kvinnene forteller på et internettbasert diskusjonsforum, at det å kunne påvirke sin egen situasjon i sykdomsbilde, bidrar til å føle mestring. Pasientens ønske om å være aktivt deltakende i forhold til egen helse, påvirke, ha pågangsmot og bruk av deres ressurser, oppleves meningsfullt ved å delta aktivt i sykdomsprosessen (Varre m.fl 2011).

Bli hørt i sin egen situasjon som diagnostisert med brystkreft, er vesentlig for noen. Det å være med på bestemmelsene om brystet skal beholdes eller rekonstrueres, selv om kvinnene selv har lite kunnskap om dette, ble sett på som viktig, og en følelse av at deres ord ble hørt. Dette er med på å gi følelse av mestring og selvbestemmelse (Saares og Suominen 2005).

Religiøs tro bidrar til trøst hos noen av kvinnene. Bønn til deres gud, leder mot fred i sinnet (Chen og Chang 2012). Det å forstå at kreften som noe som kommer fra gud, gjør at de ser

lettere på situasjonen og aksepterer det som har skjedd, da de ikke har noen makt til å endre på det (Doumit m. fl 2010). Det å ha et positivt syn på livet, og leve en dag av gangen, gjør at de har en realistisk holdning til situasjonen, og viser en vilje til å bekjempe sykdommen (Saares og Suominen 2005).

3.4. Informasjon – tilstrekkelig eller for mye

Enkelte kvinner sier at å ta sykdomsforløpet “steg-for-steg” er den vanligste mestringsstrategi. Det å forholde seg til situasjonen slik den er, og ikke tenke på problemer som senere kan oppstå. Noen oppgir at de kun vil ha den informasjonen som er relevant til enhver tid, og ikke alt på en gang. For mye informasjon kan skremme dem, og de kan miste kontroll over situasjonen (Dragset m.fl 2009; Dragset m.fl 2011). Andre kvinner er annerledes, og ønsker å få all informasjon. De sier det er viktig å vite, og at de ikke er så redd for diagnosen, for de vet hva som skal skje. Detaljert informasjon fra helsepersonell for å fullt forstå situasjonen de er kommet i, er viktig for å skjønne hva som skjer for enkelte (Dragset m.fl 2009; Landmark m.fl 2008).

Den informasjonen kvinnen mottar, ønsker noen å bruke til å lære om sykdommen, slik at de videre kan informere venner og slekt. Det gjør at de nærmeste får et mer helhetlig og realistisk bilde av hvordan sykdommen hos kvinnen er, og det er lettere for de å være til hjelp og støtte (Saares og Suominen 2005).

Informasjon blir forstått av kvinner som å motta kunnskap, forklaringer, rådgiving og veiledning om sykdommen, fra helsepersonell. De forteller at kunnskap gir trøst, og at den informasjonen helsepersonell gir, er mer pålitelig enn hva nærmeste familie vet om sykdommen. Viktigheten av at gjentatte spørsmål ble besvart av sykepleier, gir en form for trøst og mestring, og det viser at sykepleier er tålmodig og tar seg tid til pasienten (Dragset m.fl 2011).

De brystkreftrammede kvinnene etterlyser større behov for informasjon om hvilke bivirkninger som følger med sykdom- og behandling, og hvordan dette kan påvirke dem i deres daglige funksjon. Bivirkninger som; trøtthet, søvnløshet, utmattelse, svekket evne til å gjøre dagligdagse aktiviteter, er med på å gjøre oppfattelse av mestring og livskvalitet på en negativ måte (Beatty m.fl 2008).

Noen av kvinnene forteller at det har vært mangel på informasjon om ulike velferdstjenester. De har følt seg oversett, og at ingen er interessert i å lytte til dem, og de behovene de har i senere stadier av sykdomsforløpet. Dette fører til usikkerhet, etter deres søken om kunnskap om ulike velferdstjenester (Landmark m.fl 2008).

3.5. Livssituasjon og kroppsbilde

Diagnosen brystkreft, har gjort at kvinnes opplevelse av eget selvbilde blir forandret. Det skjer forandringer på kroppen og hvordan de forstår seg selv. Kvinners bryst blir knyttet til feminitet og seksualitet. Dette føles å bli tatt fra enkelte, når de opplever tap av bryst. Noen føler et tap av kvinnelighet, og føler de blir sett ned på av det motsatte kjønn (Landmark og Wahl 2002). Også hårtap og vekttap er forenlig med behandling av brystkreft. Dette kan bidra til å skade kvinnes selvfølelse og gjør det vanskeligere å oppleve mestring (Beatty m.fl 2008; Doumit m.fl 2010).

Kvinner ønsker bevissthet om sin kroppslige bevegelse. De vil kunne kjenne de er i live, til tross for sykdommen. Dette fører til en meningsfull mestring i hverdagen. Fysiske og psykiske aktiviteter som å lese, høre musikk, gå på konsert, male, tegne og gjøre noe kreativt, bidro til en følelse av lykke og tilfredshet, som ga kvinner trøst i hverdagen (Landmark og Wahl 2002). Aktiviteter og hobbyer som hagearbeid, det å være med andre og dagligdagse gjøremål ble også sett på som en god mestringsressurs for noen (Dragset m.fl 2009; Saares og Suominen 2005). Hos andre ble dette for tøft, og de måtte avslutte sine sosiale roller i aktiviteter og sportssammenhenger (Beatty m. fl 2008).

Endring av kosthold, mosjon og arbeid er nødvendig for at noen av kvinnene skal komme seg gjennom sykdomsforløpet og i etterkant. Mer moderat arbeidsmengde, og en balanse mellom hvile og aktivitet er helt essensielt (Chen og Chang 2012).

4. DISKUSJON

4.1. Metodediskusjon

De aller fleste artiklene som er brukt i denne litteraturstudien, er publisert på engelsk. Studiene er forsøkt oversatt til norsk etter beste evne, men det må oppgis at det kan være rom for feil oversetting, og det kan være feiltolkning i forhold til hva studien ønsker å uttrykke enkelte steder.

Det er brukt mye tid på søk etter artikler i denne oppgaven, og pga. begrenset tilgang til artikler, er det tatt en beslutning om å inkludere kvinner i forskjellige aldre og enkelte artikler som omhandler kvinner fra andre verdensdeler i denne studien. Likevel er det ikke funnet store forskjeller i artiklene på opplevelsen av mestring i forhold til brystkreft, og behov for støtte fra sykepleier, knyttet til alder og hvor man kommer fra. Det er benyttet forskning som er publisert innen de siste 10 årene, med unntak av 1 artikkel. Dette for å kunne studere nyere og oppgradert forskning på temaet. Artiklene som er brukt i oppgaven, er i hovedsak kvalitative. Dette for å få et større innblikk i kvinnenes meninger og opplevelser rundt situasjonen med å være brystkreftpasient, og hvordan de mestrer det på ulike måter. Det er valgt å bruke ulike søkebasert grunnet få treff, på mitt spesifikke tema. Har brukt Medline, SveMed+, Google Scholar, Cinahl i tillegg til handsøk. Valg av søkeord ble basert på grunnlag av hva oppgaven skulle handle om, og hvilket perspektiv oppgaven skulle forespeile. Det ble jobbet mye med å finne de riktige søkeordene, og kombinere det på flere hensiktsmessige måter.

Artikkel 4 er en studie utført på libanesiske kvinner. Kulturen i dette landet kan være vanskelig å overføre til norsk kultur, men etter å ha gransket artikkelen er det kommet fram til funn som viser at libanesiske kvinners mestringsstrategier og støtte fra sykepleierne er tilsvarende lik de andre artiklenes funn, og er derfor funnet relevant å ta med i oppgaven.

Det kunne vært hensiktsmessig å avgrense oppgaven til en viss aldersgruppe hos kvinner, men valgte å ikke gjøre dette, da det kun er fokus på mestring og strategier med tanke på diagnosen brystkreft, og det har vist å være mange av de samme faktorene i samtlige artikler.

4.2. Resultatdiskusjon

Hensikten med denne studien er å belyse hvilke behov og ønsker kvinner har til sykepleier for å oppnå mestring i sykdomsforløpet, etter de er blitt diagnostisert med brystkreft.

Sykepleiernes kunnskap om den aktuelle sykdommen, evnen til god kommunikasjon og kunnskap om å mestre krisesituasjoner, er viktig i disse tilfellene.

De viktigste funnene fra resultatet viser at kvinner har ganske lik måte å mestre en brystkreftdiagnose på. Resultatet viser at behovet for å være hovedperson i sin egen sykdom, evnen til å ha kontroll, tanken om å være et individ, et vanlig menneske i denne sykdomssituasjonen, er relevant. Resultatet viser også at behovet for informasjon kan være individuelt, mens støtten, samtalen og tilstedeværelsen fra sykepleier er viktig for at kvinnen skal mestre sin situasjon på best mulig måte.

4.2.1. Behov for emosjonell og sosial støtte

Pasientens behov for støtte kommer til syne under mestringsprosessen. Hos noen av kvinner forsvarsmekanismer med på å forbedre en mestringsprosess. Fortrengning er den mest vanlige og grunnleggende forsvarsmekanismen. Da skyver man tanker, følelser og impulser bort, noe som fort kan skje ved diagnostisering og inntak av sjokkerende informasjon (Håkonsen 2011). Fornektning kan også oppstå som en forsvarsmekanisme i en slik situasjon, og da er behovet for støtte veldig stort (ibid).

Resultater i denne studien viser at de fleste kvinner har behov for emosjonell og sosial støtte fra nære familie og helsepersonell ved en diagnostisering av brystkreft. Fra resultatene i artiklene som ble funnet, viste dette seg å være det mest omtalte og største behovet.

I en av studiene beskriver kvinnene at de ser frem til en omsorgsfull og verdifull relasjon med sykepleieren som kan støtte de gjennom den vanskelige tiden. Følelsen av å bli verdsatt, og den emosjonelle og sosiale støtten er viktig. De forventer at sykepleier er ved deres side, og kan bidra til en oppmuntrende og trøstende samtale. Ihht. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere punkt 2.2, skal sykepleieren understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten (Norsk sykepleierforbund 2011). Dette omhandler å sørge for at pasienten skal komme seg

gjennom sykdommen, eller mestre sykdom og sykdomsforløp på en bedre måte. Joyce Travelbee har utviklet en sykepleierteori som omhandler menneske-til-menneske-forholdet. Hun retter fokuset mot at sykepleier skal hjelpe individet med å forebygge eller mestre sykdom (Travelbee 1999). For sykepleieren er det viktig å se pasienten som et helhetlig menneske, også det som er personlig erfart, forklart som *illness*. Man skal ikke bare se diagnosen hos kvinnen, en upersonlig kategori, forklart som *disease*. Sykepleieren er ikke opptatt av så mye spesifikk diagnosekunnskap for å kunne gi omsorg. Pleierens oppgave er å klare å se kvinnens liv og erfaringer bak, ikke bare diagnosen og de medikamentelle tiltakene (Nortvedt 2008). Kvinner i flere av studiene forklarte at det å ha en sykepleier å støtte seg til, og som kunne bidra med humor og oppmuntring, var til stor hjelp i mestringsprosessen.

Omsorgen og støtten som gis fra sykepleier, er med på å danne grunnlaget for hva Travelbee forklarer som et menneske-til-menneske-forhold. Denne teorien går gjennom fem ulike faser, hvor tillitt og trygghet gradvis bygges jo bedre relasjonen mellom sykepleier og pasient blir. I den emosjonelle og sosiale støtten har det innledende møtet betydning når det gjelder førsteinntrykk. Ettersom verken sykepleier eller pasient kjenner hverandre, baserer det første møtet seg som oftest på stereotype forestillinger, fram til man blir kjent og får ny innsikt i hverandre. Sykepleierens oppgave er å behandle alle man har omsorg for, som menneskelige individer. Dette handler om personsentrert omsorg. Etter hvert som tillitsforhold bygges, og sykepleier ser pasienten som et unikt individ, trer etter hvert begges identitet frem, og man går over i en ny fase som kalles; framvekst av identiteter. I denne fasen bygges tillit, etter hvert som interaksjonen mellom pleier og pasient utvikler seg (Travelbee 1999).

Dersom sykepleier viser sympati og medfølelse for pasienten, forteller man at man forstår pasientens plager, og viser engasjement. Sykepleier må vise at man ønsker å hjelpe til og ta del i situasjonen. Å leve seg inn i, og ta del i pasientens utfordringer og tanker, gjør at sykepleier viser empati overfor pasienten (Travelbee 1999). Humor kan gjerne brukes i sammenheng med lidelser dersom det brukes på rett måte. Bruken av humor kan ofte lokke fram følelser og behov som er vanskelig å forholde seg til, som pasient har prøvd å fortrenge. Humor kan gjøre at pasienten slipper ut impulser som hun ellers holder på avstand. Det kan også bidra til at kommunikasjonen mellom pleier og pasient blir betydelig bedre, lette stemningen og kontakten blir tryggere. Tilliten mellom pleier og pasient kan styrkes, men humoren må være vennligsinnet. Ikke alle pasienter er like begeistret for bruk av humor i

behandlingen, så dette må sykepleier se an i forhold til hvilken situasjon man står i (Eide og Eide 2011).

Flere av studiene viste at kvinner har behov for å snakke med andre i samme situasjon. Å ”være alene” om sykdommen, var ikke alltid like enkelt. Dele erfaringer og tanker med andre som har vært eller var igjennom samme sykdomsforløp, hjalp masse for å forstå at man kunne klare å komme seg gjennom sykdommen. Da kunne de dra nytte av hverandres kunnskaper og erfaringer, og stille spørsmål. En studie viser også at det å ha en fortrolige å forholde seg til i sykdomsforløpet, viste seg å være en viktig ressurs for mestring. En å snakke personlig og intimt med, og stille spørsmål. Da er det viktig at pasienten har tillit til denne personen. Et omsorgsfullt forhold mellom sykepleier og pasient, kan skape en tillitsfull situasjon, og pasienten klarer bedre å ta i mot den hjelp som ytes og føle på å bli ivaretatt.

Man kan ikke utøve lik sykepleie til alle, fordi alle pasienter har individuelle ulike behov. All type behandling og møte med de forskjellige pasientene, virker annerledes i en omsorgsfull-kontekst enn ikke-omsorgsfull, og situasjonen blir mer helhetlig og troverdig når man viser omsorg (Benner og Wrubel 2001). Noen kvinner hadde behov for å bruke sykepleier som en fortrolig. Å vise tillit, er gjerne forbundet med å vise at man er sårbar i en slik situasjon. Trygghet er også en faktor som skal være tilstede for at pasienten kan bruke sykepleier som en fortrolig. Tillit kan føre til trygghet etter en stund, men trygghet i seg selv handler om å føle seg i varetatt. Dersom sykepleier er tydelig og møter pasienten på en god måte, kan pasienten føle trygghet i situasjonen. Tryggheten som skapes kan bidra til at pasient og sykepleier kan ”spille på samme lag” (Henriksen og Aarflot 2002).

Viktigheten av å kunne stille spørsmål og å fortelle om sin situasjon, kom fram som noe av det viktigste i en av studiene som ble utført. Den evnen sykepleieren har til å ta del i, leve seg inn i og forstå pasientens psykiske tilstand, er viktig for kvinnens opphold i en kritisk fase. Følelsen av empati gjør at pasienten knytter seg til pleieren, og opplever nærhet (Travelbee 1999).

Å vite at sykepleier lytter til det kvinnene sier, gjør at de lettere kan fortelle hva de selv føler om situasjonen, og hvordan de knytter den til informasjonen de tidligere har mottatt, forteller de i studien. Derfor er det viktig at sykepleier alltid viser at man tar seg tid til pasienten, og er interessert i å høre pasientens stemme. I slike situasjoner kan sykepleier bruke aktiv lytting og speiling som verktøy for å hjelpe pasienten. Å stille de riktige spørsmålene, og å følge opp det

pasienten forteller, kan bidra til å skape en god relasjon. Sykepleierens oppgave er å samle inn den nødvendige informasjonen fra pasienten, for å yte best mulig hjelp. Dette gjør at pasient og sykepleier kan finne en mening i situasjonen sammen (Eide og Eide 2011).

I tillegg til aktiv lytting, kan speiling brukes gjennomgående i en samtale med pasienten. Speiling viser at sykepleier ser det pasienten føler, og kan hjelpe pasienten å sette ord på disse følelsene, som man kanskje synes er vanskelig å gjøre selv. Bare ved å se på pasienten under samtalen, kan man se elementer av hvilke følelser pasienten sitter med. Sykepleier kan ta tak i det hun ser, og si for eksempel: ”Jeg ser at du er engstelig? Det kan jeg forstå”. Å ta tak i følelsene pasienten viser, gjør at hun får en følelse av at pasienten ser og lytter til seg. Dette kan virke følelsesmessig inn på pasienten, dersom det stemmer. Speiling av følelser kan bidra til bearbeiding av situasjonen, og hjelpe pasienten til å mestre sykdommen bedre (Eide og Eide 2011).

4.2.2. Opplevelsen av å være et individ

Det å bli behandlet som et individ, og ikke en diagnose, kom fram som et viktig element i flere av studiene. Kvinnene ønsket å bli behandlet med respekt, og at deres behov og ønsker ble i varetatt. I en av studiene fortalte kvinnene at de ble behandlet som et objekt, og at sykepleier ikke så mennesket bak sykdommen.

Igjen kommer man tilbake til forskjellen mellom disease og illness. Sykepleier skal vise omsorg, og se pasientens bakgrunn og erfaringer bak diagnosen, beskrevet som illness. Illness eller lidelse den menneskelige oppfatningen av tap eller feilfunksjon, mens disease eller sykdom er det som er bestemt på organnivå. Sykepleier skal forholde seg til den opplevelsen pasienten har av å være syk, for å kunne gi tilstrekkelig og god sykepleie. Man må vise man vil ta del i pasientens situasjon og vise sympati i sammenheng med engasjement (Travelbee 1999). I sykepleier-pasient-forholdet er omsorg viktig, og en klar forutsetning for mestring (Benner og Wrubel 2001). Martin Buber, en jødisk filosof, utarbeidet viktigheten av å skille mellom ulike relasjoner. Han mente at dersom man møter ”det”, altså diagnosen, viser man lite engasjement, og virker uberørt. Dersom man møter pasienten i situasjonen, skal man være engasjert, omsorgsfull og oppmerksom. Samtidig vil man vise at man respekterer pasientens autonomi ved å møte vedkommende på denne måten. Dette gjør at sykepleier ivaretar og fremmer menneskeverdet, som bidrar til mestring hos pasienten. Sykepleier møter ikke bare

diagnosen, men et helt menneske med en lang livshistorie. Det er klart man skal forholde seg til det man ser i møte med pasienten, men like viktig er å tenke på at denne pasienten har et vanlig levd liv bak seg. Alle pasienter er unike individ (Henriksen og Aarflot 2002).

Opplevelsen kvinner i studiene fortalte av å bli behandlet som organer, tall eller diagnoser, tvang dem til å bære på en uverdigg kamp med seg selv, i en eksistensiell forstand.

I følge Travelbee finnes det ingen pasienter, kun enkeltindivider som har behov for omsorg, tjenester og hjelp fra andre. Pasienten er ikke annerledes enn andre mennesker, men trenger litt ekstra pleie og omsorg. Det har derfor alt å si at et menneske blir oppfattet som et menneske med individuelle og unike behov, og ikke bare en pasient og et romnummer. Det kan oppstå en vegg mellom sykepleier og pasient dersom sykepleier ikke klarer å se pasienten som et menneske. Da kan sykepleier ha vanskeligheter med å vise medlidenhet og forståelse for pasienten, og pasienten får ikke den omsorgen hun trenger. Det er viktig at sykepleier ikke kun ser arbeidsoppgavene som skal utføres, men også mennesket man gjør oppgavene med eller for. Man skal ikke gre alle mennesker som er innlagt på sykehus under samme kam. Alle er unike individer, med forskjellige behov. Dersom man ikke klarer å skille dette, er man i en prosess som kalles "den menneskelige reduksjonsprosessen", og man avhumaniserer enkeltindividene (Travelbee 1999; Norsk Sykepleierforbund 2011).

4.2.3. Egen kontroll over sykdomssituasjon

I noen av de utførte studiene var det å bli hørt i egen situasjon som en kvinne rammet av brystkreft, viktig for å kunne mestre sykdommen. Videre forteller kvinnene en opplevelse av mangel på sosialstøtte fra organisasjoner og institusjoner, særlig i helsesektoren og fra helsepersonell ble opplevd som en byrde. Likevel er det kvinner som opplever at støtten fra helsepersonell er tilstrekkelig, og de stilte opp når kvinnen trengte noen å forholde seg til. Dersom de ble mye alene, dukket gjerne depressive tanker opp i hodet. Slike tanker er godt å få dele med helsepersonell, slik at de kan gjøre pasienten tryggere.

Pasientens stemme i behandlingen, kan knyttes til empowerment. Empowerment i forhold til helse ble lansert i Ottawa-charteret i 1986, og kan defineres som: "En prosess som gjør folk i

stand til å øke sin kontroll over egen helsetilstand og til å forbedre egen helse” (Kristoffersen 2011, s.338).

Pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføringen av helse- og omsorgstjenester. Hun har rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder, og medvirkningen skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. De tjeneste tilbudene som gis, skal så godt det lar seg gjøre, utføres i samarbeid med pasienten (Pasient- og brukerrettighetsloven 2001, §3-1).

Empowerment-begrepet kan også knyttes til Aron Antonovskys salutogenetiske modell. Som veileder kan sykepleier gi faglig informasjon, og kartlegge ressursene pasienten har, og tilrettelegge for hvilke hjelpebehov kvinnen har. På en slik måte kan man hindre at pasienten gir opp under behandlingsforløpet, og legge til rette for at pasienten oppnår medvirkning til den grad det er mulig. Det er pasientens verdier og ressurser som må stå i fokus, og det er derfor viktig at sykepleier ikke bruker maktbegrepet, som gjør at pasienten føler sykepleier har makt over hennes valg. Dette kan man unngå ved at sykepleier opptrer som en støttespiller for pasienten, og bruker kommunikasjonsferdighetene sine på riktig måte (Walseth og Malterud 2004).

4.2.4. Behov for informasjon

Kvinner forklarte i en av studiene at de forsto informasjon som noe for å motta kunnskap, forklaringer, rådgiving og veiledning. De fortalte at informasjonen ga trøst og bidro til mestring, og viktigheten av å vite hva som skjer i sykdomsforløpet. Å gi informasjon, er å formidle kunnskap som er relevant hos pasienten, og i den grad pasienten er i stand til å ta i mot. Måten man informerer pasienten på, og i hvor stor grad man informerer til enhver tid. Som sykepleier må man ha en evne til å kunne tilpasse informasjonen til de ulike pasientene, også formidle på en slik måte at pasienten skal forstå hva du sier. Pasienten skal forstå og huske det som er nødvendig, samtidig som de skal bli behandlet på en god måte (Eide og Eide 2011).

Resultater i flere av studiene fortalte kvinner kun ville ha den informasjonen som var relevant til enhver tid, hvis ikke ble det for mye å håndtere på engang. For mye informasjon kan skremme de, og forteller om å miste kontroll over situasjonen.

Det er viktig at sykepleier undersøker hva pasienten trenger av informasjon og kunnskap. Det man tidligere har informert om, er ikke sikkert er blitt husket av pasienten. Den informasjonen som ikke var så aktuell tidlig i sykdomsforløpet, har kanskje blitt mer aktuell på et senere tidspunkt. Det er det kun sykepleier som kan vite. Som pleier og tillittperson hos pasienten, kan man spørre hva pasienten ønsker informasjon om. Dette er nødvendigvis ikke tilstrekkelig med den informasjonen pasienten bør få, og situasjonen kan bli uoversiktlig (Eide og Eide 2011).

Informasjonen som gis bør være fullstendig, men samtidig er det viktig å ikke gi så mye informasjon, slik at pasienten ikke klarer å forholde seg til det som sies. Informasjonen bør også komme på riktig tidspunkt i forhold til hvilket stadium pasienten er i sykdomsforløpet, slik at pasienten vet hvordan hun skal forholde seg (Hoel m.fl 2001).

Studiene resulterer også i motsatt ønske, andre kvinner ønsker det annerledes, og vil ha all informasjon på en gang. De sier det er viktig å vite, og at de ikke er så redd for diagnosen, for de vet hva som skal skje. Detaljert informasjon fra helsepersonell for å fullt forstå situasjonen de er kommet i, er viktig for å skjønne hva som skjer for enkelte.

Loven sier at pasienten har rett på den informasjonen som er nødvendig for å på innsikt i egen helsetilstand og innholdet i den helsehjelpen som gis. Pasienten skal også informeres om mulige bivirkninger og risikoer (Pasient- og brukerrettighetsloven 2001, §3-2).

Ved å bruke narrative eller fortellende tilnærminger til pasienten, kan sykepleier innhente mye kunnskap om hvilken informasjon pasienten trenger. Det kan komme fram mye som ellers blir skjult, gjennom at pasienten selv forteller. Gjennom slike fortellinger kan man oppklare eventuelle misforståelser, manglende kunnskap og følelsesmessige reaksjoner (Eide og Eide 2011).

Det er viktig at sykepleier klarer å vurdere når og hvordan informasjon som skal gis til en bestemt tid, dette dreier seg om innlevelse i pasientens situasjon, og evnen til å vise empati

(Travelbee 1999). Alle kvinnene er i ulike faser av sykdomsforløpet til enhver tid, de gjennomgår et kriseforløp. Den informasjonen enkelte kvinner har behov for, kan ikke andre engang tenke på i sin fase av forløpet. Den første fasen de fleste opplever etter å ha fått diagnosen, er sjokkfasen. I dette tidspunkt er man ikke i stand til å ta inn informasjon, og det som eventuelt gis, preller som regel fort av pasienten. Hun er ikke i stand til å bearbeide situasjonen som er oppstått, og kan oppleve både sinne, sorg, angst og fortvilelse (Håkonsen 2011).

Videre går krisen over i en reaksjonsfase, hvor kvinnens reaksjoner kommer til syne. Her kan man oppleve atferdsendringer, og kvinnens emosjonelle reaksjoner kommer frem. Atferdsforandringer vil forekomme etter hvert som kvinnen tar virkeligheten innover seg. Her er muligheten for å besvare de spørsmålene kvinnen lurte på, og prøve å oppklare det som er uklart for pasienten. Likevel er det viktig å ikke gi for mye informasjon i denne fasen, kun det mest nødvendige. Dette fordi det blir alt for mye å håndtere for kvinnen på en gang (ibid).

Etter å ha fått fram reaksjonene sine ifht. situasjonen, går forløpet videre til en bearbeidingsfase. Denne fasen kan vare lenge, gjerne flere år. Det er en fase hvor man har akseptert situasjonen, men man søker tilbake til de elementene som skaper trygghet og ro, for å gi tilværelsen en ny mening. I bearbeidingsfasen er informasjonsutveksling svært viktig. Kvinnen har fått bearbeidet den tøffeste delen av krisen, og er i stand til å tenke framover og akseptere den diagnosen hun har fått. I denne fasen bør informasjonen som gis, være fullstendig og realistisk. Kvinnen skal få svar på de spørsmål hun evt. stiller, og grundig gjennomgang av sykdom og informasjon som er viktig for videre forløp bør gis (ibid).

Tilslutt kommer nyorienteringsfasen, hvor de sterkeste reaksjonene forbundet med krisen er over. Sorgen behøver ikke å være over i dette stadiet, men kvinnen har skapt et nytt grunnlag for livet sitt, og akseptert situasjonen (ibid).

4.2.5. Livssituasjon og kroppsbilde

Ved en brystkreftdiagnose kan det fort oppstå endringer i livet hos enkelte av kvinnene. Pasienten må utvikle eller ha en tilstrekkelig motivasjon og tro på de endringene hun synes er relevant for sin situasjon.

En stor del av de utvalgte studiene resulterte i at tap av kvinnelig identitet, bryst og hårtap føles nedverdiggende hos kvinnene, og de føler deres feminitet forsvinner. Dette gjør at kvinnens selvfølelse svekkes og mestringsprosessen blir vanskeligere.

Identitet handler om hvordan mennesket opplever seg selv. Endringer i kroppsbildet trengs ikke nødvendigvis å være synlig for andre, men kan være meget belastende for kvinnen selv. Kvinnen må lære seg å leve med at kroppen og utseende er forandret, og forstå kroppen på nye måter. Ved at sykepleier viser god forståelse for hvilke helseproblemer pasienten har, kan det føre til et nært forhold mellom pleier og pasient. Det kreves modenhet og moralsk kompetanse av sykepleier for å komme nær pasientens og dens liv på en respektfull måte. Ved god kommunikasjon, støtte og evne til å lytte, kan pasienten utlevere seg til sykepleier om hvordan man føler seg, som kan bidra til at pasienten føler mestring (Solvoll 2011).

I flere av studiene fortalte kvinnene også at opprettholdelsen av daglige aktiviteter, hobbyer og kreative gjøremål var viktig for å opprettholde mening i sykdomsforløpet, slik at de fortsatt mestret det de brukte tiden på før diagnosen. For noen ble det for stor belastning å fortsette hverdagen som før, og de måtte gjøre endringer i hverdagen for å opprettholde normal livskvalitet. En balanse mellom aktivitet og hvile, ble fortalt som en viktighet for noen.

Ved en kreftdiagnose kan det oppstå endringer i kroppens funksjon, det kan også påvirke kroppsbildet hos kvinnene. Det er pasientens egen kropp som kan forstå hvilke begrensninger som å gjøres i dagliglivet. Sykdomsforløpet er individuelt hos alle kvinner, hvor noen kan oppleve samme energi og livsmot som før diagnosen, mens andre opplever smerter, depresjon og tretthet. Det at kroppen blir svakere eller at noen opplever smerte, trenger ikke synes på utsiden, det er noe pasienten må finne ut ved å lytte til egen kropp (Solvoll 2011).

Sammen med sykepleier kan pasienten legge til rette for hvilke aktiviteter hun orker å fortsette med, og hva som kan bidra til at livskvaliteten opprettholdes på en god nok måte. Ved at pasient tilrettelegger behovene og framtiden sammen med sykepleier, kan sykepleier gi råd og veiledning i forhold til hva som er mest riktig, med utgangspunkt i gjensidig forståelse der tanker, følelser og holdninger som formidles eller kommuniseres fra den ene parten til den andre. Gjensidig forståelse og kontakt oppleves når pasient og pleier har vært gjennom de fire foregående fasene av Joyce Travelbees sykepleierteori om menneske-til-menneske-forholdet (Travelbee 1999). Medbestemmelsen fra pasienten i sammenheng med råd fra sykepleier, kan bidra til at pasienten føler hun kan mestre sin nye hverdag med den diagnosen hun har fått.

5. KONKLUSJON

Hensikten med denne studien var å belyse hvilke behov og ønsker kvinner har til sykepleier for å oppnå mestring i sykdomsforløpet, etter de er blitt diagnostisert med brystkreft.

Gjennom analysing av studiene viste det seg at hovedfunnene fra den forskningen som er foretatt, viser at de fleste kvinner setter emosjonell og sosial støtte, samt. god og tilstrekkelig informasjon til riktig tidspunkt, som viktigste punkt på lista over hvilke behov de hadde for å oppnå mestring. Resultatene viser også at kvinner ønsker å bli sett på som unike individer, ettersom de alle har ulike behov for å oppnå mestring i sykdommen. De ønsket at sykepleierne skulle sette seg inn i hver enkelt pasientsituasjon, slik at de følte seg ivaretatt og klarte å vise tillitt til sykepleier. Ønsket om å ha kontroll over egen sykdomssituasjon, besto i å kunne ta del i de avgjørelser som skulle tas, og ha følelsen av at sin egen stemme ble hørt. For å oppnå mestring var støtte rundt den nye livssituasjonen og endring av kroppsbilde var et viktig tema, ettersom flere av kvinnene måtte gjøre endringer i hverdagen og godta kroppen sin på en ny måte.

Ut i fra funnene av hvilke behov og ønsker kvinner verdsetter høyest hos sykepleier etter en diagnostisering av brystkreft, er det diskutert og gjennomgått ulike metoder og teorier sykepleierne kan benytte for å oppnå og skape gode relasjoner til kvinnene. For å kunne hjelpe og støtte kvinnene på best mulig måte, er det viktig at de tilegner seg mye kunnskap om hvordan man kan vise god omsorg, og hvordan føre en samtale med en kvinne i en krisesituasjon. Det er viktig at menneske-til-menneske-forholdet mellom pleier og pasient trer fram, slik at sykepleier kan forstå pasientens behov bedre, og kan yte best mulig sykepleie ut i fra det den unike kvinnen har behov for.

Studiens hensikt er relevant for sykepleiers tilnærming til kvinner diagnostisert med brystkreft, og man kan forstå på kvinnene at ettersom de er unike individer, er det klart at de har individuelle behov for å mestre sykdom. Det gjelder å skape tillitt og gode relasjoner med hvert enkelt menneske man skal yte god omsorg og sykepleie til.

Forslag til videre forskning kan være å undersøke om kvinner diagnostisert med brystkreft i dag, opplever støtten og hjelpen fra sykepleier annerledes enn for en del år tilbake. Kan dette evt. skyldes bedre tilgang til informasjon, og evnen til å se pasienten i sin helhet?

Litteratur

- Arman M, Rehnsfeldt A, Lindholm L, Hamrin E og Eriksson K (2004) Suffering related to health care: a study of breast cancer patients' experiences, *International Journal of Nursing Practice*, 10(6), s. 248-256.
- Beatty L, Oxlad M, Koczwara B og Wade TD (2008) The psychosocial concerns and needs of women recently diagnosed with breast cancer: a qualitative study of patient, nurse and volunteer perspectives, *Health Expect*, 11(4), s. 331-342.
- Benner P og Wrubel J (2001) *Omsorgens betydning i sygepleje – Stress og mestring ved sundhed og sygdom*, (1.utg), 1.opplag, København, Munksgaard Danmark
- Chen PY og Chang HC (2012) The coping process of patients with cancer, *European Journal of Oncology Nursing*, 16(1), s. 10-16.
- Dalland, O (2003). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (4. Utg). Oslo: Gyldendal akademisk
- Doumit M, Huijer H, Kelley J, Saghir N og Nassar N (2010) Coping with breast cancer – A phenomenological study, *Cancer Nursing*, 33(2), s. 33-39.
- Dragset S, Lindstrøm T C og Underlid K (2009) Coping with breast cancer: between diagnosis and surgery, *Journal of advanced nursing*, 66(1), s. 149-158.
- Dragset S, Lindstrøm T, Giske T og Underlid K (2011) "The support I need": Women's experiences of social support after having received breast cancer diagnosis and awaiting surgery, *Cancer Nursing*, 35(6), s. 39-47.
- Eide H og Eide T (2011) *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk*, (2.utg), 5.opplag, Oslo, Gyldendal akademisk

- Forsberg C og Wengström Y (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier-Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*, (3.utg), 1.opplag, Stockholm: Bokforlaget Natur och Kultur.
- Frich J C (2007) Kvalitative studier. *Tidsskrift for den Norske legeforening*, 20 (18), s. 2649.
- Henriksen J-O og Aarflot H M (2002) Å møte en annen, i; Bjørk I T, Helseth S og Nortvedt F (red.) *Møte mellom pasient og sykepleier*, s. 160-162, Oslo, Gyldendal Akademisk
- Hoel L L, Haugland K og Eie I (2001) Skriftlig referat av informasjonssamtale med lege og sykepleier, gitt foreldre som har barn med nyopplaget kreft, *Vård i Norden*, 59 (21), s.45-48
- Håkonsen K M (2011) *Innføring i psykologi*, (4.Utg), 3.opplag, Oslo, Gyldendal akademisk
- Kreftforeningen (2014) *Brystkreft – Cancer mammae*. <<https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/brystkreft/>> [Lastet ned: 10.03.2014].
- Kreftregisteret (2013) *Brystkreft*, <<http://www.kreftregisteret.no/no/Generelt/Fakta-om-kreft-test/Brystkreft-Alt2/>> [Lastet ned: 15.03.2014].
- Kristoffersen N J (2011) Den myndige pasienten, i; Kristoffersen N J, Nortvedt F og Skaug E-A (red.) *Grunnleggende sykepleie – Pasientfenomener og livsutfordringer*, Bind 3, s. 338, Oslo, Gyldendal Akademisk
- Landmark BT og Wahl A (2002) Living with newly diagnosed breast cancer: a qualitative study of 10 women with newly diagnosed breast cancer, *Journal of advanced nursing*, 40(1), s. 112-121.

- Landmark BT, Bøhler A, Loberg K og Wahl AK (2008) Women with newly diagnosed breast cancer and their perceptions of needs in a health-care context, *Journal of clinical nursing*, 17(7B), s. 192-200.
- Norsk helseinformatikk - for helsepersonell (2013) *Brystkreft, noen faktaopplysninger* <<http://nhi.no/sykdommer/kreft/brystkreft/brystkreft-noen-fakta-16139.html?page=all>> [Lastet ned: 15.03.2014].
- Norsk sykepleierforbund – *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* (2011)
- Nortvedt P (2008) *Sykepleiens grunnlag – historie, fag og etikk*, (2.utg), Oslo, Universitetsforlaget
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). (2014, 1.januar). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*. Hentet 20.april 2014 fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient+og>
- Remmers H, Holtgräwe M og 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), s. 11-16.
- Schlichting E (2012) *Sykdommer i brystene. Sykdom og behandling*, (1.Utg), 2.opplag, Oslo, Gyldendal akademisk
- Solvoll B-A (2011) Identitet og egenverd, i; Kristoffersen N J, Nortvedt F og Skaug E-A (red.) *Grunnleggende sykepleie – Pasientfenomener og livsutfordringer*, Bind 3, s.15-36, Oslo, Gyldendal Akademisk
- Sørensen E M og Almås H (2011) Sykepleie ved brystkreft. *Klinisk sykepleie 2*, (4.Utg), 2.opplag, Oslo, Gyldendal akademisk
- Saares P og Suominen T (2005) ”Experiences an resources of breast cancer patients in short-stay surgery”, *European Journal of Cancer Care*, 14(1), s. 43-52.

- Thorsnes SL og Brataas H (2008) Narrativer i samtaler mellom kreftsykepleier og pasient, *Vård i Norden*, 28(4), s. 14-18.
- Travelbee J (1999) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*, (1.Utg), 3.opplag, Oslo, Gyldendal akademisk
- Varre P, Slettebø Å og Ruland C (2011) “Det er mitt liv det gjelder”, *Sykepleiernes samarbeid I Norden*, 31(3), s. 4-8.
- Walseth L T og Malterud K (2004) Salutogenese og empowerment i allmenmedisinsk perspektiv, *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 124, s. 65-66

Vedlegg 1:

Tabell 1: Oversikt over søkestrategier:

Database	Avgrensinger	Søkeord	Antall treff	Utvalg 1	Utvalg 2	Utvalg 3	Utvalg 4
Medline 02.02.2014	Female, full text, humans, "middle age 45-64 year", danish, swedish, english, norwegian, qualitative (best balance of sensitivity and spesificty), cancer, last 10 years	Breast AND Neoplasms AND Nursing AND Stress, psychological	24	24	20	5	2
Google scholar 03.02.2014		Cancer mammas, Coping, Nursing	2750	100	35	10	1
SveMed+ 15.03.2014		Cancer AND Coping	142	142	30	4	1
Cinahl 20.03.2014	2004-2014	Coping AND Nursing AND	68	68	20	5	2

		Breast neoplasms					
Medline 20.03.2014		Breast neoplasms AND Adaptation, psychological AND Health care	188	188	50	10	2
Medline 20.03.2014		Neoplasms AND Empathy AND Nursing	123	123	35	3	1
Cinahl 15.04.2014	2004-2014 Age 45-64	Breast neoplasms AND Coping	152	152	45	6	2
Funn i en annen bacheloroppgave, søkt opp tittel i Google 15.04.2014							1

Utvalg 1: Lest artiklenes tittel

Utvalg 2: Lest artiklenes abstrakt

Utvalg 3: Lest artikkelen i sin helhet

Utvalg 4: Artikkelen valgt ut for gransking og vurdering

Vedlegg 2:

Tabell 3: Oversikt over inkluderte artikler:

Forfattere Tidsskrift År Land	Tittel	Studiens hensikt	Design/intervensjon/instrument	Deltakere/bortfall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
Remmers H, Holtgrawe M, Pinkert C. <i>European Journal of Oncology Nursing</i> 2010 Scotland	”Stress and nursing care needs of women with breast cancer during primary treatment: a qualitative study”	Finne påkjenninger som påvirker kvinnen ved primær kirurgisk behandling, og finne behov og forventninger kvinnene har til sykepleierne	Kvalitativ studie Halvstrukturert intervju	42 kvinner	Kvinnene lider mer av psykiske enn fysiske påkjenninger. Omsorgsbehov: ønske for forhold til sykepleierne, faglig kompetanse og ytre betingelser for omsorg. Uttrykker ønske for emosjonell støtte.	Relevant for oppgavens hensikt. Godkjent av etisk komité ved Universitetet i Osnabrück.

Landmark BT, Wahl A. <i>Journal of Advanced Nursing</i> 2002 England	“Living with newly diagnosed breast cancer: a qualitative study of 10 women with newly diagnosed breast cancer. Living with newly diagnosed breast cancer: a qualitative study of 10 women with newly diagnosed breast cancer”	Beskrive fra kvinner perspektiv hvordan deres opplevelse av å leve med brystkreft er	Kvalitativ studie Åpne intervjuer, analysert med metoder påvirket av Grounded Theory	10 kvinner (39- 69 år)	Eksistensielle problemer oppsto som en viktig del av å leve med diagnosen brystkreft. Viljen til å leve var et sentralt tema. Videre ble kvinnenens bevissthet ifht. emosjonelle reaksjoner, kroppslig/fysiske endringer, kvinnelig identitet, aktiviteter og sosialt nettverk avdekket.	Artikkelen er fra 2002, men ble funnet relevant å ha med i oppgaven pga. innhold og resultat. Godkjent av regional komité for medisinsk forskningseti kk.
Varre P,	”Det er mitt liv	Få innsikt og	Kvalitativ studie	162 personer	Relevansen av å være	Et

<p>Slettebø Å, Ruland C.</p> <p><i>Sykepleier nes samarbeid i Norden</i></p> <p>2011</p> <p>Norge</p>	<p>det gjelder”</p>	<p>forståelse for kreftpasienters mestringsmulighet er slik det kommer til uttrykk gjennom deres beskrivelser på et internettbasert diskusjonsforum</p>	<p>Internettbasert diskusjonsforum</p>	<p>fikk tilgang til nettforum. Herav har 62 personer vært deltakende.</p> <p>Har kun inkludert brystkreftforum (45 kvinner) og fellesforum (25 kvinner)</p>	<p>hovedperson i eget livsdrama, behovet for å være aktivt deltagende og behov for fortellinger og erfaringsutveksling ble sett på som hovedresultater i artikkelen</p>	<p>diskusjonsforu m for brystkreft, prostatakraft og et fellesforum, hvor jeg har anvendt kvinners uttalelser i brystkreft og fellesforumet</p> <p>Godkjent av regional etisk komité.</p>
<p>Doumit M, Huijer H, Kelley J, Saghir N, Nassar N.</p>	<p>”Coping With Breast Cancer - A Phenomenolog ical study”</p>	<p>Få en større forståelse for mestringsprosesse r som blir brukt hos libanesiske</p>	<p>Fenomenologisk studie</p> <p>Intervju</p>	<p>10 deltakere</p>	<p>Syv viktige tema kom frem i studien. Negativ stigma av kreft i den libanesiske kultur, kvinnes rolle i de libanesiske familiene og</p>	<p>Deltakerne ble sikret kofidensialite t. Relevant for studiens</p>

<p><i>Cancer Nursing</i></p> <p>2010</p> <p>Libanon</p>		<p>kvinner med brystkreft</p>			<p>religionens rolle i det libanesiske samfunnet er baser av forskjellene i mestringsstrategiene hos libanesiske kvinner i forskjell til andre kulturer</p>	<p>hensikt.</p>
<p>Dragset S, Lindstrøm T C, Underlid K.</p> <p><i>Journal of advanced nursing</i></p> <p>2010</p> <p>England</p>	<p>”Coping with breast cancer – between diagnosis and surgery”</p>	<p>Beskrive mestringsstrategier som brukes av kvinner mellom å få diagnosen brystkreft og kirurgi</p>	<p>Kvalitativ studie</p> <p>Individuelle semi-strukturerte intervjuer</p>	<p>48 pasienter ble invitert, 21 ble intervjuet</p>	<p>Ble funnet fem hovedtemaer om mestring mellom diagnose og kirurgi. Det dreide seg om forholde seg til dagens situasjon, distansere seg følelsesmessig fra virkeligheten, leve livet som vanlig, nyte livet, åpenhet og å godta følelser, forberede seg på det verste som kan skje</p>	<p>Godkjent av regional etisk styre.</p>

Chen P Y, Chang H- C. <i>European Journal of Oncology Nursing</i> 2012 Scotland	”The coping process of patients with cancer”	Undersøke konsekvensene av endring i livsstil hos kreftpasienter fra begynnende unormale symptomer, videre til diagnose og behandling, og til slutt aksept av tilstanden.	Kvalitativ studie Halvstrukturerte intervjuer med åpne spørsmål	7 deltakere	Mestringsprosessen kan sies å ha tre trinn. Trinnene tilsvarer tidsperioden etter en eller flere behandlinger, og før man blir informert om progresjon eller tilbakefall av sykdommen. Disse tre temaene dreide seg om negative følelser, endringer hos seg selv og selvoppfatning.	Godkjent av forskningseti sk komité ved The University of Chang Gung Human.
Arman M, Rehnsfeldt A, Lindholm L, Hamrin F, Eriksson	”Suffering related to health care: a study of breast cancer patients experiences”	Tolke og forstå betydningen av pasienters erfaringer med lidelse relatert til helsehjelp fra etisk, eksistensielt	Hermanautisk metode Kvalitative intervjuer	16 kvinner fra Sverige og Finland	3 hovedfunn: Etisk dimensjon: omsorgsfulle forhold som ikke klarer å synliggjøres, Eksistensiell dimensjon: ikke bli betraktet som et helt menneske med	Relevant for studiens hensikt.

<p>K.</p> <p><i>International journal of nursing practice</i></p> <p>2004</p> <p>Australia</p>		<p>og ontologiske standpunkter</p>			<p>erfaringer og behov, Ontologisk dimensjon: et rop om hjelp som ikke høres, i et uforståelig liv</p>	
<p>Beatty L, Oxlad M, Koczwar B, Wade TD.</p> <p><i>Health Expectations</i></p>	<p>”The psychosocial concerns and needs of women recently diagnosed with breast cancer: a qualitative</p>	<p>Å identifisere bekymringer og behov hos australske kvinner diagnostert med brystkreft</p>	<p>Fokusgruppeintervjuer</p> <p>Kvalitative intervjuer</p>	<p>34 deltakere</p> <p>19 pasienter</p> <p>6 sykepleiere</p> <p>9 frivillige som jobber med brystkreft</p>	<p>De største bekymringene og behovene som ble funnet hos kvinnene, var hvordan de skulle mestre bivirkninger, godta at selvbilde ble endret, stress- og endringsreaksjoner, takle andre holdninger/forventninger/fø</p>	<p>Artikkelen belyser 3 ulike synsvinkler ifht. diagnosen. Har tatt utgangspunkt i pasientenes</p>

2008 UK/Ireland	study of patient, nurse and volunteer perspectives”				lelser, problemer med overlevelse	meninger. Relevant for studiens hensikt.
Landmark BT, Bøhler A, Loberg K, Wahl AK. <i>Journal of clinical nursing</i> 2008 England	”Women with newly diagnosed breast cancer and their perceptions of needs in a health-care context”	Å undersøke hvordan kvinner med nylig diagnostisert brystkreft opplever deres behov i en helse- og omsorgssammenheng.	Kvalitativ studie Fokusgruppeintervjuer	8 deltakere holdt kriteriene for undersøkelsen 7 ble tatt med i undersøkelsen	Kvinnene beskrev erfaringer knyttet til to kategorier for behov som påvirket deres evne til å takle endring i livssituasjonen; behov for kunnskap, og behov for psykososial støtte. Disse behovene var knyttet til fysiske, emosjonelle og sosiale behov.	Godkjent av regional komité for forskningsetikk.
Thorsnes	”Narrativer i	Få større	Kvalitativ datasamling	8 deltakere med	Dersom pasientene får	Godkjent av

SL, Brataas H. <i>Vård i Norden</i> 2008 Norge	samtaler mellom kreftsykepleier og pasient”	kunnskap om hvordan sykepleiere kan føre samtaler med kreftpasienter slik at deres fortellinger kommer frem.	Data ble samlet på lydbånd. Lydopptakene var kjent av både sykepleiere og pasienter.	ulike kreftdiagnoser 4 kvinner 4 menn	mulighet til å starte fortellingen sin uten oppfordring fra sykepleier, forteller de gjerne og knytter sammenhenger mellom informasjon og tidligere erfaringer og tanker. Aktiv lytting og speiling fra sykepleier er essensielt for at pasient skal fortelle. Sykepleier må vise aksept, interesse og støtte til pasienten.	Regional etisk styre
Dragset S, Lindstrøm T, Giske T, Underlid K. <i>Cancer</i>	”The support I need”: Women`s experiences of social support after having received breast cancer	Beskrive kvinners individuelle opplevelser av støtte etter å ha fått en brystkreft diagnose, som venter på operasjon.	Kvalitativ beskrivende studie Individuelle semi-strukturerte intervjuer	21 deltakere	Fem temaer kom fram som det viktigste for å oppleve støtte og mestring fram mot kirurgi. Behovet for tilgjengelig støtte, nok informasjon og rådgiving, omsorg, ha en fortrolig å snakke med (en man stoler	Godkjent av Regional etisk styre

<i>Nursing</i> 2011 Norge	diagnosis and awaiting surgery”				på) og balanse mellom avstand og nærhet til det sosiale.	
Saares P, Suominen T. <i>European Journal of Cancer Care</i> UK/Ireland 2005	“Experiences an resources of breast cancer patients in short-stay surgery”	Øke forståelsen og bedre kvaliteten på pleie og omsorg for brystkreftpasienter i korte kirurgiske opphold.	Kvalitativ beskrevet studie Semi-strukturerte intervjuer	8 deltakere	Opplevde kort-kirurgi som positivt. Fikk verdifull, følelsesmessig, informative og instrumental støtte fra helsepersonell hele veien. Informasjonen ble ansett på som tilstrekkelig. Noe manglende informasjon om omsorgsfasen og fasen etter kirurgi. Støtte fra familie og venner opplevdes som en viktig mestringsressurs.	Sendt ut samtykkeskje ma til deltakerne, og alle ga tillatelse til å ha intervjuene på lydbånd

Tabell Vurdering av forskningsartikler Et eksempel

Vurdering av forskningsartikkel

Artikkel nr

Tittel _____

Hovedområde _____

Forfatter/e _____

Land _____ Språk _____ År _____

Type studie _____

Original _____ Review _____ Annet _____

Resultater: _____

Kommentarer: _____

Kvalitetsbedømming _____

Viktige stikkord: