



Bachelorgradsoppgave

Sykepleie til kvinner med nylig diagnostisert
brystkreft

Nursing care to women newly diagnosed with
breast cancer

Kristine Esaissen Haugland

SPU 110

Bachelorgradsoppgave i sykepleie

Avdeling for helsefag
Høgskolen i Nord-Trøndelag - 2014



Abstrakt

Introduksjon: Brystkreft er en sykdom som rammer svært mange kvinner hvert år. Det å motta kreftdiagnosen er skremmende for de fleste. Samtidig har venteperioden fra de har mottatt diagnosen og fram til kreftoperasjonen vist seg å være svært utfordrende.

Hensikten: med denne studien er å belyse hvilke behov knyttet til sykdommen kvinner med nyoppdaget brystkreft har fra de har mottatt diagnosen og fram til kreftoperasjonen.

Metode: En allmenn litteraturstudie ble gjennomført. Det ble innhentet 11 kvalitative- og 2 kvantitative forskningsartikler, i tidsperioden fra 2006-2013.

Resultat: Kvinner har ulike behov når det gjelder tilpasning og mestring av sykdommen. Det kommer samtidig fram at behovet for informasjon og støtte fra familie og helsepersonell er stort i denne perioden.

Diskusjon: Det ble diskutert opp mot relevant litteratur, forskning og lovverk for å støtte opp hensikten med denne studien. I tillegg ble metoden for studien diskutert, hvor det kommer fram styrker og svakheter med oppgaven.

Konklusjon: Sykepleierens møte med disse kvinnene er ofte kortvarig og det kreves en viss forkunnskap om hvilke behov som er vanlige i denne perioden. Tilrettelegging og ivaretagelse av kvinnenes behov bør vektlegges i større grad blant dagens sykepleiere.

Nøkkelord:

brystkreft, behov, informasjon, støtte, mestring, sykepleie

Innhold

1. INNLEDNING.....	1
1.1. Brystkreft	1
1.1.1. Disponerende faktorer	1
1.1.2. Behandling og prognose.....	1
1.2. Sykepleierens rolle i møte med kreftpasienter	1
1.3. Oppgavens hensikt	2
2. METODE.....	4
2.1. Fremgangsmåte for litteratursøk.....	4
2.2. Inklusjon- og eksklusjonskriterier	4
2.3. Artikkelgranskning.....	5
2.4. Analyse.....	6
2.5. Etiske overveielser	6
3. RESULTAT	7
3.1. Kvinner har ulike behov når det gjelder tilpasning til sykdommen	7
3.2. Kvinner har behov for tilpasset informasjon	8
3.3. Kvinner har behov for støtte fra familie og helsepersonell.....	8
3.4. Kvinner har ulike behov for å kunne mestre sykdommen	9
4. DISKUSJON	11
4.1. Kvinner har ulike behov når det gjelder tilpasning til sykdommen	11

4.2.	Kvinner har behov for tilpasset informasjon	14
4.3.	Kvinner har behov for støtte fra familie og helsepersonell	16
4.4.	Kvinner har ulike behov for å kunne mestre sykdommen	18
4.5.	Metodediskusjon	19
5.	KONKLUSJON	21

Litteraturliste

Vedlegg 1: Oversikt over søkehistorikk

Vedlegg 2: Analysetabell

Vedlegg 3: Oversikt over inkluderte artikler

Vedlegg 4: Tabell til vurdering av forskningsartikler

ANTALL ORD: 9042

1. INNLEDNING

1.1. **Brystkreft**

Brystkreft (cancer mammae) er den hyppigste kreftformen hos kvinner, både i Norge og resten av verden. Årlig oppdages i underkant av 3000 nye tilfeller av brystkreft i Norge (Bertelsen 2011, Kreftregisteret 2011, Schlichting 2012, Sørensen og Almås 2011) og én av ti kvinner kommer til å utvikle brystkreft i løpet av livet (Drageset 2013, Schlichting 2012). Hovedsakelig rammer sykdommen kvinner over 50 år, men den rammer også kvinner ned til 30-årsalderen og i sjeldne tilfeller menn (Bertelsen 2011, Kreftregisteret 2011, Schlichting 2012, Sørensen og Almås 2011).

1.1.1. **Disponerende faktorer**

Det er ingen fastslått årsak til at noen får brystkreft, men sammensatte årsaker som genetisk disposisjon og hormonelle forhold har vist seg å spille en rolle (Bertelsen 2011, Schlichting 2012, Sørensen og Almås 2011). Andre disponerende faktorer kan blant annet være kjønn, alder, høyde, tidlig menstruasjon eller sen menopause, sen eller ingen graviditet eller overvekt. De fleste oppdager svulsten selv ved at de kjenner en hard kul i brystet eller i armhulen, eller ved mammografi (Sørensen og Almås 2011). Høy fødselsvekt, overdrevet alkoholinntak og østrogenbehandling i overgangsalderen er også faktorer som er av betydning for å utvikle brystkreft. Brystkreft er den kreftformen det forskes mest på, men foreløpig er det kun fysisk aktivitet som har vist seg å ha en viss forebyggende effekt mot denne kreftsykdommen (Schlichting 2012).

1.1.2. **Behandling og prognose**

Den primære og viktigste behandlingen for brystkreft er kirurgi, som innebærer at man fjerner deler av eller hele brystet (Schlichting 2012, Sørensen og Almås 2011). Prognosen er som regel god hvis svulsten er liten og ikke har spredd seg. Ved brystkreft er det en 5 års relativ overlevelseshesprosent på rundt 90 % (Kreftregisteret 2011, Schlichting 2012, Sørensen og Almås 2011).

1.2. **Sykepleierens rolle i møte med kreftpasienter**

Det å motta en kreftdiagnose kan utløse et helt spekter av ulike følelsesreaksjoner og for mange kan det oppleves som svært skremmende og traumatisk. Mennesker som får kreft går ofte igjennom et kriseforløp som utløser de samme stressreaksjonene som oppstår ved ulykker og katastrofer

(Drageset 2011, Håkonsen 2011, Sørensen og Almås 2011). Pasienter som har fått en alvorlig kreftdiagnose opplever ofte den tiden fra de har fått diagnosen og fram til de legges inn for behandling som særdeles utfordrende (Eide og Eide 2011). Dette gjelder også for dem som har fått brystkreft. Det er flest kvinner som får brystkreft og denne perioden har vist seg å være ekstremt belastende for disse kvinnene. Venteperioden er ofte preget av stress og usikkerhet (Drageset 2011) og det er som regel de psykiske påkjenningene som er størst i denne tidlige fasen av sykdomsforløpet (Lorentsen og Grov 2011). Jo lenger de må vente, jo verre blir det for kvinnene. Trusselen om døden vil bli hengende over pasienten uten at de selv kan gjøre noe med det (Eide og Eide 2011).

Venteperioden kan variere på mellom én til tre uker. Sykepleiernes møte med disse kvinnene er ofte kortvarig da de som regel kun kommer til sykehuset for å få informasjon om diagnosen, og i forbindelse med selve inngrepet. De fleste sykehus utfører inngrepet på en dagkirurgisk avdeling. Dette innebærer som regel at kvinnene kommer inn samme dag som inngrepet skal gjennomføres. De drar hjem kort tid etter operasjonen hvis alt går som det skal (Sørensen og Almås 2011). Som et resultat av økt behandling i poliklinikk og kortere liggetid på sykehusene får sykepleiere og annet helsepersonell mindre tid sammen med pasienten. Det blir derfor ekstra viktig at sykepleierne viser omsorg, er til stede og vier all sin oppmerksomhet til pasienten i denne perioden (Drageset 2013). Omsorg er en vesentlig del av sykepleieutøvelsen til mennesker med kreft (Lorentsen og Grov 2011). Det er viktig at kvinnene får en individualisert omsorg basert på hvilke behov de har knyttet til sykdommen. Hvordan disse kvinnene mestrer denne tidlige fasen i sykdomsforløpet, vil være avgjørende for hvordan de mestrer resten av behandlingen og sykdomsforløpet (Drageset 2013).

Det er ikke bare den kirurgiske behandlingen som avgjør hvordan pasienten opplever sin kreftsykdom. Sykepleierens rolle i møte med pasient og pårørende vil ha en stor innvirkning på hvordan de mestrer sin situasjon (Lorentsen og Grov 2011). Sykepleierens utfordring blir å identifisere kvinnes individuelle behov gjennom en kort periode. Ved å få mer innsikt og kunnskap om hvordan kvinnene opplever denne venteperioden, kan sykepleiere få bedre forståelse for deres behov. Samtidig får man mulighet til å gjennomføre tiltak som kan lette kvinnes situasjon (Drageset 2011).

1.3. Oppgavens hensikt

Brystkreft er en sykdom som rammer svært mange mennesker hvert år, og sykepleiere møter stadig på pasienter som har brystkreft eller som har hatt brystkreft (Sørensen og Almås 2011). Det finnes

allerede en god del forskning om hvordan kvinnene mestrer tiden etter brystkreftoperasjonen. Det finnes derimot ikke like mye forskning om hvordan kvinnene har det, og hvilke behov de har i perioden fra de har mottatt diagnosen og fram til operasjonen. Da denne venteperioden anses som svært vanskelig for de fleste kvinnene med brystkreft, er det interessant å finne ut hva man som sykepleier kan gjøre for å hjelpe disse kvinnene. Denne oppgaven er derfor svært relevant i forbindelse med utøvelsen av sykepleie til pasienter med nyoppdaget brystkreft, som skal gjennomføre en kreftoperasjon. Oppgaven vil ha et pasientperspektiv fordi det er kvinnene selv som best kan forklare hvordan det er å få en slik diagnose og hvordan det er å leve med brystkreft. Basert på det aktuelle problemområdet er det utarbeidet følgende hensikt;

Hensikten med denne oppgaven er å belyse hvilke behov knyttet til sykdommen kvinner med nyoppdaget brystkreft har fra de har mottatt diagnosen og fram til kreftoperasjonen.

2. METODE

Denne oppgaven er en allmenn litteraturstudie som har som hensikt å beskrive kunnskap innenfor et bestemt område eller tema. En slik studie baseres på tidligere forskning der litteraturen blir analysert og kritisk vurdert (Forsberg og Wengström 2013).

2.1. Fremgangsmåte for litteratursøk

Litteratursøket skal beskrive hvordan man har kommet fram til dataen i studien (Dalland 2011).

Denne oppgaven er hovedsakelig basert på kvalitative studier. Ved datasøk ble det innhentet 11 kvalitative- og 2 kvantitative studier (Vedlegg 3: oversikt over inkluderte artikler).

Litteratursøket ble gjort i databasene Medline, Cinahl og PsychInfo. Med utgangspunkt i litteraturstudiens hensikt ble det brukt følgende søkeord: breast neoplasms, breast cancer, awaiting surgery, newly diagnosed, coping, adaption - psychological, nursing, needs, pretreatment og breast cancer patients. Disse søkeordene ble satt sammen i ulike kombinasjoner ved hjelp av "OR" og "AND" (Forsberg og Wengström 2013, Vedlegg 1: oversikt over søkehistorikk). I tillegg ble funksjonen "explode" brukt på mange av søkeordene.

Da flere av søkene ofte resulterte i veldig mange treff ble det gjort avgrensninger for å få så relevante treff som mulig. Kriterier som ble vektlagt var blant annet språk og publiseringsår. Artiklene skulle være publisert innen de siste 8 årene, da det var ønskelig at forskningen skulle være så ny som mulig. Språkmessig ble det hovedsakelig lagt vekt på engelske artikler. Det ble søkt etter artikler som hadde abstrakt tilgjengelig og som hadde tilgang på "full text". Det ble også gjort avgrensninger i forhold til kjønn, da denne studien kun fokuserer på kvinner (Vedlegg 1: oversikt over søkehistorikk).

2.2. Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Denne studien har et pasientperspektiv og vektlegger hvilke behov kvinner med nyoppdaget brystkreft har i påvente av kreftoperasjonen. Noen av artiklene beskriver også kvinnenes erfaringer i etterkant av kreftoperasjonen, men dette har altså ikke blitt vektlagt i denne oppgaven. Studien har inkludert voksne kvinner i alderen 30-87 år som nylig er diagnostisert med brystkreft. I og med at de fleste som får brystkreft er kvinner i alderen 35-55 år (Bertelsen 2011) er dette et godt dekkende aldersomfang. Oppgaven hadde fokus på psykososiale opplevelser og behov knyttet til diagnosen, da disse var mer vanlige enn fysiske i denne perioden av sykdomsforløpet. Hvordan kvinnene tilpasser

seg sykdommen og hvordan de mestrer denne ventetiden er inkludert i oppgaven fordi dette spiller inn på kvinnes behov.

Artiklene er hovedsakelig fra vestlige land med den hensikt at de kulturelle forskjellene ikke skulle bli for store. Samtidig er det valgt ut et par artikler som ikke er fra vestlige land fordi vi som sykepleiere stadig møter pasienter med ulike kulturer (Eide og Eide 2011, Hanssen 2011). Det er ikke lagt noen særlig vekt på hvor disse kvinnene befinner seg, men de fleste studiene er gjort i perioden rundt diagnoseutredning og kreftoperasjonen som utføres på sykehus og det er som oftest i denne perioden kvinnene er i kontakt med sykepleiere (Sørensen og Almås 2011). Sekundærlitteratur ble ekskludert fra de pålagte forskningsartiklene.

2.3. Artikkelgranskning

Når man skal vurdere kvaliteten på artiklene finner man ut hvilken type kilde det er, hvor troverdig den er og hvilken holdbarhet den har (Dalland 2011). Artiklene i denne oppgaven er vurdert etter relevans og gyldighet. Samtidig er de knyttet opp mot studiens hensikt (Dalland 2011, Pettersen 2011). Tittelen på den enkelte forskningsartikkel fanget interesse og abstraktet ble lest før artikkelen ble gransket i sin helhet. Artikkelgranskningen ble blant annet gjort ved hjelp av et skjema (Vedlegg 4: Tabell til vurdering av forskningsartikler).

Forfatterens anerkjennelse ble vurdert med tanke på autoritet i forhold til emnet (Dalland 2011). I tillegg ble det sett på hvilket land studien ble utført i, publiseringsåret, hvilket tidsskrift den var publisert i og standard i forhold til etiske overveielser. Studiens omfang, eventuelle frafall, kjønn, alder og hvilken fase i sykdomsforløpet de befant seg i ble også tatt med i betraktning. Alle de inkluderte artiklene var tilgjengelige i de ulike databasene som ble anvendt i litteratursøket. Dette er databaser som inneholder helsereelatert forskning som er publisert i vitenskapelige tidsskrift (Forsberg og Wengström 2013).

Andre kriterier som ble overveid i artikkelgranskningen var om den var oppbygd etter såkalt IMRaD-struktur. Samtidig ble det sett på hvilken metode som ble brukt i studien og om de selv hadde gjennomført den. Det var hovedsakelig kvalitative metoder som var brukt. Det var mye forskning om tiden etter kreftoperasjonen. Det ble derfor en utfordring å finne vitenskapelige artikler som kun omhandlet tiden fra diagnosen ble fastslått og fram til kreftoperasjonen.

2.4. Analyse

Når all dataen er samlet inn, har man et råmateriale som det kan være vanskelig å få oversikt over. Analyse er et granskingsarbeid der man sorterer og setter sammen data, og samtidig sammenligner funnene opp mot studiens hensikt (Dalland 2011). Tekstanalysen er inspirert av analysetrinnene i innholdsanalyse; "content analysis" (Polit og Beck 2012). Dette innebærer at man analyserer og trekker ut de viktigste funnene fra hver artikkel, såkalte meningsbærende enheter. Deretter ble disse funnene delt inn i subkategorier og til slutt i kategorier. Gjennom tekstanalysen ble det utarbeidet fire kategorier som skulle utgjøre grunnmuren i oppgaven:

- Kvinner har ulike behov når det gjelder tilpasning av sykdommen
- Kvinner har behov for tilpasset informasjon
- Kvinner har behov for støtte fra familie og helsepersonell
- Kvinner har ulike behov for å kunne mestre sykdommen (Vedlegg 2: analysetabell)

2.5. Ethiske overveielser

De inkluderte artiklene ble valgt med utgangspunkt i oppgavens hensikt. Det ble ikke utvalgt artikler som støttet forfatterens synspunkt på temaet, da dette regnes som uetisk. Det er viktig at etiske overveielser har blitt gjort gjennom forskningen (Forsberg og Wengström 2013). Alle de inkluderte artiklene i denne studien, foruten om én, er godkjent av etisk komité. Denne artikkelen er likevel inkludert fordi den belyser oppgavens tema på en god måte og får fram viktige aspekter som er relevante for sykepleiefaget. Samtidig kom det fram at etiske hensyn var tatt til etterretning og den virket troverdig i sin forskning.

I de fleste studiene fikk kvinnene som deltok både muntlig og skriftlig informasjon om studien og ga skriftlig samtykke på at de ønsket å delta. De fikk også tilbud om oppfølging av helsepersonell i etterkant. Det er viktig at menneskene som deltar i studiene skal bli ivaretatt, respektert og holdt anonyme (Dalland 2011, Polit og Beck 2012).

Ifølge Forsberg og Wengström (2013) er plagiering forbudt, og alle forfatterne av litteraturen som ble inkludert i denne oppgaven skulle derfor refereres til på en hederlig måte. I og med at alle forskningsartiklene som er brukt i denne studien er skrevet på engelsk, har dataen blitt omskrevet under oversettelsen til norsk. Grunnen til dette er at det ikke skal bli direkte oversettelse.

3. RESULTAT

3.1. Kvinner har ulike behov når det gjelder tilpasning til sykdommen

Det å motta en brystkreftdiagnose blir karakterisert som en livsendrende opplevelse, og en personlig krise der kvinnenes integritet blir truet (Lally 2010, Lally et al. 2012). Diagnosen er vanskelig å forstå og akseptere, fordi kvinnene ikke føler seg syke (Drageset et al. 2011, Remmers et al. 2010). Det at kvinnene går fra å føle seg helt friske til å plutselig måtte konfrontere sin egen dødelighet, oppleves som svært skremmende. I perioden fram mot operasjonen er de psykiske påkjenningene mer dominante enn de fysiske (Remmers et al. 2010).

Mange sliter med å fortelle sine nærmeste om sin diagnosen. De er bekymret for at de skal påføre familien for mye informasjon om sykdommen og at de dermed blir en byrde. Noen av kvinnene innrømmer at de er mer engstelig for familien sin enn seg selv. De føler et ansvar om å være sterk og ta vare på dem, særlig barna (Dickerson et al. 2011, Drageset et al. 2011, Fu et al. 2008 Remmers et al. 2010). Det er vanskelig å akseptere at rollene er endret, og at det nå er dem selv som trenger omsorg (Dickerson et al. 2011, Lally et al. 2012). Samtidig er de veldig bekymret for hva alle andre skal tenke om det som har skjedd (Lally 2010, Ohaeri et al. 2012).

Noen har behov for å snakke om hvordan de har det og hva de tenker, mens andre heller vil unngå å snakke om det og late som ingenting (Horgan et al. 2011). Mange av pasientene har forhåpninger om at sykepleierne skal ha nok kunnskap og erfaring til å kunne se noen av deres individuelle behov, uten å nødvendigvis måtte snakke ut om det (Remmers et al. 2010).

Venteperioden er preget av usikkerhet og er skremmende, håpløs, lang og vanskelig å takle for de fleste (Drageset et al. 2011). Frykt og angst for at kreften skal spre seg er vanlig (Lally et al. 2012, Landmark et al. 2008). Selv om de vet at prognosen er relativt god, er de fleste redde for å dø og forlate dem de er glad i (Drageset et al. 2011, Lally et al. 2012, Landmark et al. 2008, Ohaeri et al. 2012, Remmers et al. 2010). Mange beskriver uker med masse gråting og vanskeligheter med å fungere i hverdagen (Lally et al. 2012), mens andre har levd livet som normalt (Drageset et al. 2011, Horgan et al. 2011). Flere av kvinnene ønsker å få fastsatt en dato for operasjon så fort som mulig. På den andre siden er det noen som mener at perioden mellom diagnosen og operasjonen er for kort til å komme over sjokket og til å ta det inn over seg (Drageset et al. 2011, Landmark et al. 2008). De trenger tid til å forberede seg både fysisk og psykisk til operasjonen (Drageset et al. 2011).

3.2. Kvinner har behov for tilpasset informasjon

Informasjonsbehovet er stort for disse kvinnene i denne perioden, men for mye informasjon på en gang kan virke skremmende (Dickerson et al. 2011, Drageset et al. 2010, Lally et al. 2012). Noen ønsker så mange detaljer som mulig, mens andre kun har behov for å vite det aller viktigste (Dickerson et al. 2011). Kvinnene glemmer eller fortrenger ofte deler av det som blir sagt (Dickerson et al. 2011, Drageset et al. 2010, Drageset et al. 2012, Landmark et al. 2008, Remmers et al. 2010) og legene bruker gjerne medisinske ord og uttrykk som de ikke forstår (Remmers et al. 2010). Det er derfor viktig at informasjonen som blir gitt er relevant, tilpasset kvinnenes behov og at den kan gjentas (Dickerson et al. 2011, Drageset et al. 2010, Drageset et al. 2012, Landmark et al. 2008, Remmers et al. 2010). Det er også viktig at kommunikasjonen blant sykepleiere, leger og andre helsepersonell er god, da dette gir kvinnene en følelse av at de er i gode hender (Remmers et al. 2010).

Kvinnene setter stor pris på å ha en primærsykepleier de kan snakke med og ta kontakt med når de føler behov for det (Remmers et al. 2010). De har behov for å kunne stille så mange spørsmål de vil. Samtidig vil de kunne stille spørsmålene uten å få følelsen av at de maser eller virker dumme (Drageset et al. 2012, Remmers et al. 2010). Det er også viktig at kvinnene selv får kontrollere hvordan og hvor mye informasjon om hennes situasjon som skal fortelles videre, og til hvem (Dickerson et al. 2011, Lally et al. 2012).

Når det gjelder diagnose- og behandlingsfasen er helsepersonell den viktigste informasjonskilden (Drageset et al. 2012). Tilstrekkelig og tilpasset pre-operativ informasjon er nødvendig. Mange av kvinnene er svært nervøse i forkant av inngrepet, særlig med tanke på narkosen, og postoperative plager eller komplikasjoner (Drageset et al. 2010, Drageset et al. 2011, Remmers et al. 2010). Samtidig er de usikre på framtiden; om de må fjerne brystet og om operasjonen vil være vellykket, eller om de må gå igjennom flere operasjoner og eventuelt kjemoterapi (Drageset et al. 2011, Remmers et al. 2010).

3.3. Kvinner har behov for støtte fra familie og helsepersonell

Det kommer ofte som et stort sjokk på kvinnene når de får en brystkreftdiagnose, uansett hvor forberedt de er på hva som skal komme til å skje (Drageset et al. 2012, Fu et al. 2008, Lally 2010, Lally et al. 2012, Remmers et al. 2010). Det at støtten alltid er tilgjengelig er svært viktig, enten det er fysisk eller via telefon. Bare det å vite at noen er der for dem og tenker på dem fører til mental

styrke. Noen føler også et behov for å ha noen fysisk tilstede, særlig når de mottar diagnosen (Drageset et al. 2012). Psykososial støtte har en positiv effekt på hvordan kvinnene takler sin sykdom (Remmers et al. 2010). Familien regnes som den viktigste støttekilden for disse kvinnene (Dickerson et al. 2011, Drageset et al. 2012, Taleghani et al. 2006), men også venner, kollegaer og helsepersonell spiller en viktig rolle som støttespillere (Drageset et al. 2012, Landmark et al. 2008). Samtidig er det mange som finner støtte i kvinner som enten er i samme situasjon som dem selv eller som har gått igjennom det tidligere (Landmark et al. 2008, Taleghani et al. 2006).

Mange føler seg alene gjennom denne perioden av sykdomsforløpet (Drageset et al. 2012).

Pasientene trenger ofte noen fortrolige de kan snakke med og for de fleste er dette den nærmeste familien. For andre er det enklere å snakke med noen som de ikke har noen personlig relasjon til, for eksempel en sykepleier (Drageset et al. 2012, Remmers et al. 2010). De fleste kvinnene ønsker mer støtte fra helsepersonellet enn det som blir gitt i dag (Landmark et al. 2008, McGarry et al. 2013).

Flere av kvinnene har ikke fått noe tilbud om støtte angående sine bekymringer i det hele tatt.

Samtidig er det et fåtall som ikke ønsker noe særlig støtte fra helsepersonellet (McGarry et al. 2013).

Selv om de fleste setter pris på støtten er det også noen som setter pris på å ha en plass de kan trekke seg tilbake til og være alene (Remmers et al. 2010). Det må være en god balansegang mellom nærheten og avstanden de har til andre (Drageset et al. 2012).

De fleste pasientene ønsker at sykepleierne skal vise dem forståelse og at de er der for dem som psykisk støtte. Det trenger ikke å være mer enn et stryk på ryggen, en hånd å holde i eller at de bare er der og lytter (Remmers et al. 2010). Samtidig forventer de å bli respektert som et individuelt menneske og tatt på alvor, både av sykepleiere og leger (Drageset et al. 2012, Remmers et al. 2010). De setter pris på at sykepleierne selv viser følelser og personlighet og at de trekker inn sine egne styrker. Det er også viktig for pasientene at sykepleierne klarer å få fokuset over på noe annet enn sykdommen, og dette kan blant annet gjøres ved å snakke om helt dagligdagse ting (Remmers et al. 2010).

3.4. Kvinner har ulike behov for å kunne mestre sykdommen

Mange av kvinnene sliter med frykt og angst, men ved å håpe på at de skal bli friske igjen blir disse følelsene redusert (Dickerson et al. 2011, Drageset et al. 2010, Fu et al. 2008). Behovet om å opprettholde håpet og optimismen er svært viktig for flertallet av pasientene (Drageset et al. 2010, Fu et al. 2008, Horgan et al. 2011, Lally et al. 2012, Taleghani et al. 2006). Kvinnene ønsker en genuin

sympati knyttet til deres livssituasjon, men sykepleierne må aldri ta fra dem håpet om å bli frisk (Remmers et al. 2010). For noen hjelper det å forberede seg på det verste, men å håpe på det beste (Drageset et al. 2010). De finner blant annet inspirasjon ved å se på andre kvinner som har vært i samme situasjon, og som kom seg igjennom det (Horgan et al. 2011, Lally 2010, Lally et al. 2012).

Et behov som er viktig for de fleste er å kunne fokusere på noe annet enn sykdommen og tenke over hva de virkelig setter pris på i livet (Drageset et al. 2010, Lally et al. 2012). Samtidig er humor et viktig hjelpemiddel for å kunne mestre hverdagen (Lally et al. 2012, Remmers et al. 2010). Fysisk aktivitet som gåing, dansing, trening eller hobbyer og andre aktiviteter som hagearbeid, husarbeid eller lesing har en positiv innvirkning for mange (Dickerson et al. 2011, Fu et al. 2008). Et annet behov er å ta steg-for steg. Denne mestringsstrategien er vanligst og innebærer at kvinnene fokuserer på nåtiden, tar dag for dag og ikke tenker på hva som kan oppstå senere eller hva framtiden vil bringe (Drageset et al. 2010, Drageset et al. 2011).

En annen strategi er å forsøke å finne mening og dermed kunne akseptere sykdommen (Lally 2010, Lally et al. 2012, Taleghani et al. 2006). Mange finner mening gjennom sin tro og religion. De mener at Gud har gitt dem denne sykdommen for en grunn og at dette er en utfordring de må komme seg igjennom, blant annet ved å be (Dickerson et al. 2011, Lally 2010, Lally et al. 2012, Taleghani et al. 2006). Flere av pasientene har også behov for spirituell støtte og supplerende terapi (McGarry et al. 2013, Ohaeri et al. 2012). Noen kvinner føler også et behov for å prøve å se det positive med å ha fått diagnosen. De mener at livet ble bedre ved at de setter mer pris på ting og at de blir mer empatiske (Drageset et al. 2011, Horgan et al. 2011, Lally 2010, Lally et al. 2012). Kvinnenes oppfatninger om hva som er viktig i livet endrer seg. Familiens behov blir gjerne prioritert foran det å ha et rent og ryddig hjem (Horgan et al. 2011).

De fleste vil leve livet som normalt og bli behandlet som før (Drageset et al. 2010, Lally et al. 2012). For noen er det godt å være åpen om sine tanker og følelser, mens andre holder det for seg selv. Noen av kvinnene velger å ta avstand fra sykdommen ved å late som ingenting og ignorere tankene som dukker opp (Drageset et al. 2010, Horgan et al. 2011, Lally 2010, Lally et al. 2012). Denne strategien blir brukt for å opprettholde kvinnenes integritet, men den er kortvarig da de uansett må ta standpunkt til sykdommen før eller senere (Lally 2010, Lally et al. 2012). Ved å akseptere sykdommen blir det lettere for kvinnene å delta aktivt i behandlingen (Fu et al. 2008, Taleghani et al. 2006).

4. DISKUSJON

Resultatet viser at de psykiske behovene er større enn de fysiske i perioden fram til kreftoperasjonen. De fleste kvinnene opplever det å få en brystkreftdiagnose som svært skremmende og usikkerheten og angsten i forkant av operasjonen er stor. Kvinnene har ulike behov når de skal tilpasse seg sykdommen. De fleste sliter med å akseptere diagnosen fordi de føler seg friske og mange sliter med å fortelle sine nærmeste om sykdommen. Behovet for informasjon er stort i denne perioden, men den må tilpasses og ofte gjentas slik at kvinnene tar til seg mest mulig. Det at støtten er tilgjengelig, særlig fra familie og helsepersonell, er utrolig viktig for flertallet av kvinnene da de ofte føler seg alene. Det blir brukt ulike strategier for å mestre sykdommen. Det å opprettholde håpet er nødvendig i de fleste tilfellene. Noen har behov for å få fokuset vekk fra sykdommen, mens andre forsøker å finne mening i sykdommen, blant annet gjennom sin religion. For de fleste er det viktig å kunne leve et så normalt liv som mulig fram til operasjonen.

Hensikten med denne oppgaven er å belyse hvilke behov knyttet til sykdommen kvinner med nyopplaget brystkreft har fra de har mottatt diagnosen og fram til kreftoperasjonen.

4.1. Kvinner har ulike behov når det gjelder tilpasning til sykdommen

Resultatet viser at det er de psykiske påkjenningene som er størst i perioden fra de har mottatt diagnosen og fram til kreftoperasjonen. Mange av kvinnene sliter med å akseptere diagnosen fordi de ikke føler seg syke. De beskriver det å motta diagnosen som en traumatisk og livsendrende opplevelse som er preget av kaos, stress og krise. Ifølge Håkonsen (2011) er krise en emosjonell tilstand som utløses av ytre faktorer, for eksempel et traume eller alvorlig sykdom. Dette kan gi individet en opplevelse av at integriteten deres blir truet. Det er forholdet mellom individets egne ressurser og kravene som den aktuelle situasjonen stiller som medfører denne emosjonelle reaksjonen (ibid). Mange har vanskeligheter med å tilpasse seg pasientrollen fordi de føler seg fysisk friske og er frie for symptomer (Drageset 2011, Sørensen og Almås 2011). Dette kommer også fram i resultatet. Håtun (2008) forteller av egen erfaring at det å akseptere sykdommen ikke er noen enkel oppgave, men at livet ble lettere ved å gjøre det. Som sykepleiere kan man forsøke å sette seg inn i hvordan kvinnene har det når de nylig har fått en alvorlig diagnose. Likevel klarer man aldri helt fullt ut å forstå hvordan andre opplever sin egen situasjon. Sykepleiere skal respektere at mennesker er forskjellige og at alle har rett til å reagere på sin egen måte. Den empatiske rollen til sykepleierne må komme frem ved at man viser forståelse uavhengig av hvordan pasienten velger å tilpasse seg sykdommen (Kristoffersen og Nortvedt 2011). Pasientens subjektive opplevelse av sykdommen skal

danne grunnlaget for sykepleieutøvelsen (Kristoffersen 2011b, Nortvedt og Grønseth 2011). Sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee deler også dette synet (Kristoffersen 2011d).

Videre belyser resultatet at de fleste kvinnene synes det er vanskelig å fortelle sine nærmeste om diagnosen i frykt for å bli en byrde. Kvinnene har behov for omsorg, men sliter med å akseptere denne rolleendringen. En person kan ha mange ulike roller, for eksempel som mor, datter og kone (Hem 2010). Til hver rolle er det knyttet ulike forventninger fra menneskene rundt den som har rollen og fra personen selv (Eide og Eide 2011, Hem 2010). Når man blir alvorlig syk skjer det en rolleendring (Kristoffersen 2011b, Lorentsen og Grov 2011) og kvinnene har ofte behov for å kunne delegerer bort noen av sine dagligdagse gjøremål og ærender på grunn av den psykiske påkjenningen en brystkreftdiagnose gir (Beatty et al. 2008, Lorentsen og Grov 2011). Noen sliter med dårlig samvittighet når de fører ansvaret over på noen andre, men kjenner også behovet for å lære seg å akseptere hjelp fra andre i sykdomsperioden (Beatty et al. 2008). Det kan være vanskelig å finne en balanse mellom det å skjerme sin familie fra sykdommen og samtidig få dekt sine egne behov om å være åpen å kunne snakke om det (Lorentsen og Grov 2011, Slettemoen 2007, Solvoll 2011). Denne utfordringen kommer også til syne gjennom resultatet.

Når en person rammes av en alvorlig sykdom blir også personens pårørende rammet. Som sykepleiere er det viktig at man også inkluderer og ser pasientens pårørende. Det kan være avgjørende for hvordan familien kommer til å mestre situasjonen (Eide og Eide 2011, Lorentsen og Grov 2011). Slettemoen (2007) forteller at hun fikk diagnosen over telefon, uten noen av sine nærmeste tilstede. Hun mener at det var helt uforsvarlig og ønsket mye heller å få diagnosen ansikt til ansikt med en lege og ikke over telefonen. Hun fikk heller ikke valget om hun ville ha noen i familien fysisk tilstede eller ikke (ibid). Hvis pasienten ønsker at pårørende skal være til stede når helse- og omsorgstjenester blir gitt, skal dette i hovedsak imøtekommes av helsepersonell (Lov om pasient og brukerrettigheter 2013, § 3-1). Samtidig må man som sykepleiere også respektere at noen velger å holde familien utenfor og verne om pasientens fortrolige opplysninger (Norsk sykepleierforbund 2011). Sykepleiere har en lovpålagt taushetsplikt som blant annet sier at helsepersonell skal hindre andre i å få informasjon om pasientens sykdomsforhold (Lov om helsepersonell 2013, § 21). Hvis pasienten tillater det, eller hvis det er andre forhold som tilsier at pårørende skal få informasjon om pasientens helsetilstand, kan man se bort i fra taushetsplikten (Lov om pasient- og brukerrettigheter 2013, § 3-3).

Gjennom resultatet kommer det fram at noen kvinner har behov for å snakke ut om hvordan de har det etter å ha mottatt diagnosen. Andre unngår heller å snakke om sykdommen, og later som

ingenting. Ifølge Eide og Eide (2011) er splitting og benekting to normale reaksjoner på en krise tidlig i forløpet. Splitting innebærer at man ubevisst skyver tanker og følelser som oppleves som truende ut av bevisstheten. Når man benekter noe tar man ikke det som har skjedd innover seg, men erstatter i stedet de vonde tankene og følelsene med ønsketenkning om at alt bare er bra (ibid). Splitting og benekting kan også kalles for fortrenkning og fornektning (Håkonsen 2011).

I møte med mennesker i krise er det viktig at man har kunnskap om hvilke reaksjoner som kan oppstå. Man skal aldri bagatellisere personens emosjonelle reaksjoner, men akseptere disse reaksjonene å vise at man er der for dem. Personer i krise oppsøker ikke alltid støtte på egenhånd, og sykepleiere må da ta initiativ til å hjelpe dem (ibid). Sykepleiere bør motivere pasienten til å være åpen med sine nærmeste fra starten, da dette har vist seg å ha en positiv innvirkning på hvordan pasienten mestrer sin situasjon (Håkonsen 2011, Ottesen 2013, Slettemoen 2007). Håkonsen (2011) hevder at mennesker som har noen å snakke med vil mestre tunge belastninger bedre enn de som velger å lukke inn sine bekymringer og unngår å snakke om det som har skjedd (Kristoffersen 2011a).

Resultatet bærer preg av at venteperioden før operasjonen er skremmende, håpløs og vanskelig for de fleste. Frykt for at kreften skal spre seg eller angst for å dø er svært vanlig i denne perioden. Det å motta en slik alvorlig diagnose for så å vente på å legges inn til behandling er en stor belastning. Det medfører ofte at man føler seg maktesløs og hjelpeløs (Eide og Eide 2011). Til tross for gode behandlingsmetoder dukker det opp tanker rundt døden (Lorentsen og Grov 2011). Det oppstår en usikkerhet knyttet til kreftsykdommen og framtiden som ofte fører til at man får en følelse av å miste kontrollen over sitt eget liv. I tillegg er man som regel bekymret for sine nærmeste (Drageset 2011). For mange er det viktig å få en operasjonsdato så fort som mulig fordi det gir dem en følelse av å få kontroll igjen, samtidig som det reduserer angsten og usikkerheten (Drageset 2013). Håttun (2008) mener at den viktigste kampen man kan kjempe som pasient er kampen mot de negative følelsene som følger med når man har fått en alvorlig diagnose. Det innebærer blant annet frykten for hvordan det kommer til å gå. *“Det handler ikke om hvordan man har det, men hvordan man tar det”* (Kristoffersen, Breivne og Nortvedt 2011 s. 266, Slettemoen 2007 s. 7). Får man kreft har man to valg; det ene er å tenke positivt og kjempe for livet, det andre er å gi opp å la kreften vinne. Livet slutter ikke den dagen man får kreft. Innstilling har alt å si og hvis man klarer å ha en positiv holdning og er innstilt på å kjempe, har man større mulighet til å overvinne kreften (Frogner 2006, Slettemoen 2007). Den psykiske påkjenningen blir større jo mer alvorlig sykdommen er og det blir da ekstra viktig at de får den hjelpen og støtten de trenger (Eide og Eide 2011). Mangel på kunnskap og informasjon kan regnes som en underliggende årsak til denne usikkerheten som kvinnene opplever i venteperioden (Drageset 2011).

4.2. Kvinner har behov for tilpasset informasjon

Studiens funn tyder på at informasjonsbehovet er stort i perioden rundt diagnosen og fram til operasjon, men den må tilpasses kvinnenes behov. Informasjon, veiledning og undervisning til pasienter er et av sykepleiernes viktigste ansvarsområder (Sørensen og Almås 2011). Pasient- og brukerrettighetsloven sier at pasienten har rett på all informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin egen helsetilstand (Lov om pasient- og brukerrettigheter 2013, § 3-1). Dette står i samsvar med NSF's yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere som sier at:

“Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått” (Norsk sykepleierforbund 2011, s. 8).

Den vanligste informasjonssvikten som gir størst frykt og usikkerhet hos pasienter er mangel på informasjon rundt diagnosen og behandlingen (Brataas og Hellesø 2011). Når pasienter nylig har mottatt en alvorlig diagnose er det vanskelig å ta all informasjonen inn over seg. Informasjonen skal være så fullstendig og relevant som mulig. Samtidig må sykepleiere vurdere hvor mye pasienten klarer å oppfatte, og forholde seg til i en slik situasjon (Eide og Eide 2011, Lorentsen og Grov 2011). Får pasientene for mye informasjon kan det virke skremmende (Drageset 2013). Alle mennesker har ulike evner til å ta motta og bearbeide informasjon. Det må være en god balanse mellom under- og overstimulering av informasjon (Eide og Eide 2011). Sykepleierens jobb blir å identifisere hvilket informasjonsbehov pasienten har, hva som allerede er oppfattet og hva de trenger mer informasjon om (Brataas og Hellesø 2011, Lorentsen og Grov 2011).

Resultatet fastslår at kvinnene har behov for å kunne stille så mange spørsmål de vil og setter pris på å ha en primærsykepleier de kan kontakte. Mange har ofte behov for å få informasjonen gjentatt flere ganger, både muntlig og skriftlig (Brataas og Hellesø 2011, Eide og Eide 2011, Lorentsen og Grov 2011). Dette kan sees i sammenheng med at informasjonen ofte blir gitt i situasjoner der pasientene opplever stress og psykiske påkjenninger (Brataas og Hellesø 2011). Relasjonen mellom sykepleieren og pasienten kan også påvirke hvordan informasjonen blir mottatt (Lorentsen og Grov 2011). Ved å ha en primærsykepleier kan pasienten og sykepleieren etablere et godt forhold der man blir kjent med hverandre og sykepleieren får en helhetlig oversikt over pasientens situasjon (Nortvedt og Grønseth 2011). Pasientens primærsykepleier eller en annen sykepleier som kjenner pasienten godt, kan lettere finne ut hvilken informasjon som mangler og om pasienten eventuelt har noen skjulte informasjonsbehov. Pasientene har ofte behov for informasjon uten å være klar over det selv (Eide

og Eide 2011, Lorentsen og Grov 2011).

Det er viktig at sykepleieren møter pasienten med respekt og høflighet, med en lyttende åpenhet og med klar og tydelig informasjon. Dette kan styrke relasjonen mellom sykepleieren og pasienten. Det blir dermed enklere for sykepleieren å finne ut hvilket informasjonsbehov pasienten har. Hvis sykepleieren framtrer som rolig og samlet kan dette smitte over på pasienten og skape trygghet i situasjonen (Eide og Eide 2011). Sykepleieren må opptre på en slik måte at pasienten får en opplevelse av å bli sett, hørt og forstått. Gjennom å vise en genuin interesse for pasientens situasjon og ta seg tid til å snakke, blir det lettere for pasienten å stille spørsmål til sykepleieren. Spørsmålene må besvares uten å gi kvinnene følelsen av å bli oversett eller misforstått (Lorentsen og Grov 2011)

Gjennom studien kommer det fram at den pre-operative informasjonen er viktig fordi kvinnene ofte er nervøse i forkant av operasjonen. Den preoperative fasen varer fra det er besluttet at pasienten skal gjennomgå et kirurgisk inngrep og fram til pasienten blir operert (Berntzen et al. 2011). Ifølge Boehmke og Dickerson (2006) har kvinnes opplevelse i den pre-operative fasen stor betydning for videre sykdomsforløp og den psykososiale tilpasningen, samt behandlingsresultatene. De har ofte bekymringer knyttet til selve inngrepet, om det å havne i narkose, om postoperative plager som blant annet smerte og kvalme og til slutt hvordan den videre behandlingen kommer til å bli (Drageset 2011). Tilstrekkelig og relevant informasjon før inngrepet kan det bidra til å redusere frykt og angst hos pasientene og gi dem en følelse av trygghet (Berntzen et al. 2011). I tillegg har det vist seg at behovet for smertestillende og kvalmestillende postoperativt reduseres og at pasientens mobilisering etter operasjonen skjer raskere (Berntzen et al. 2011, Kristoffersen 2011c). Preoperativ informasjon består som regel av både skriftlig og muntlig informasjon og målet vil være at pasienten skal kunne mestre den pre- og postoperative fasen bedre (Kristoffersen 2011c). For at den preoperative informasjonen skal være nyttig for pasienten er det viktig at den ikke endrer seg ut i fra hvem som gir denne informasjonen. En forutsetning er altså at kommunikasjonen blant de ansatte er god, og det er ønskelig at pasienten kun trenger å forholde seg til noen få personer (Berntzen et al. 2011). Sykepleierens ansvar blir i dette tilfelle å forsikre seg om at all informasjonen er gitt og forstått. Eventuelt må denne informasjonen gjentas hvis det er ønskelig for pasienten (Sørensen og Almås 2011).

4.3. Kvinner har behov for støtte fra familie og helsepersonell

Studien vektlegger at det er svært viktig for kvinnene å vite at støtten er tilgjengelig, enten fysisk eller via telefon. Det viser seg at psykososial støtte har en positiv innvirkning på kvinnenes mestring av sykdommen. Ifølge Eide og Eide (2011) kan den psykososiale støtten også bidra til et bedre behandlingsresultat. Ofte oppdager kvinnene selv at de har en kul i brystet og tankene styres ofte automatisk mot brystkreft. Likevel blir de sjokkerte når de får diagnosen bekreftet (Kristoffersen 2011b, Slettemoen 2007), noe som også kommer fram i resultatet. Hvis kvinnene har et godt sosialt nettverk kan det bidra til økt livskvalitet og redusert sykkelighet og dødelighet (Smebye og Helgesen 2011).

I samsvar med funn i resultatet er det familien som regnes som den viktigste støttekilden for pasientene i denne perioden (Lorentsen og Grov 2011). Sykepleiere bør derfor se på pasientens familie som en ressurs for den syke og samtidig en samarbeidspartner knyttet til omsorg for pasienten (Smebye og Helgesen 2011). For kreftpasienter er også venner og kollegaer gode støttespillere (Ottesen 2013). Venner kan blant annet hjelpe pasientene til å få tankene over på noe annet enn sykdommen (Drageset 2013). Mange setter i tillegg pris på støtte fra kvinner i samme situasjon som dem selv, mens andre mener at disse kvinnene har nok med seg selv. Samtidig er støtten fra sykepleiere og annet helsepersonell helt nødvendig (Drageset 2013, Lorentsen og Grov 2011). Sykepleierens støttende funksjon kan blant annet innebære følelsesmessig og praktisk støtte (Smebye og Helgesen 2011). Pasientene ønsker at sykepleierne skal vise omsorg, være ivaretagende og vise at de bryr seg (Kristoffersen og Nortvedt 2011).

Pasientene får ofte et inntrykk av at sykepleiere har det så travelt at de er redde for å forstyrre dem (Drageset 2013). Det er viktig at sykepleieren hele tiden er tilgjengelig og ikke kun når bestemte oppgaver skal utføres (Nortvedt og Grønseth 2011). Det ble lagt vekt på at sykepleierne skal vise interesse for dem som mennesker og ikke bare som pasienter (Kristoffersen og Nortvedt 2011). Travelbee støtter dette og hevder videre at målet og hensikten med sykepleie kun kan oppnås ved å etablere et menneske-til-menneske forhold til pasienten (Kristoffersen 2011d). Kvinnene setter pris på at sykepleierne er tilgjengelig på telefon. De ønsker også at sykepleierne selv kan ta initiativ til å ringe dem, for å vise at de er der for dem som støtte i ventetiden (Drageset 2011).

Videre anslår resultatet at mange kvinner føler seg alene gjennom denne perioden av sykdomsforløpet. Til tross for god støtte fra familie og venner, er det fortsatt mange som føler seg alene. Grunnen til at mange føler det slik kan ifølge Håtun (2008) handle om at det er kvinnene selv

som må kjempe kampen mot kreften, ingen kan gjøre det for dem. Selv om dette er en kamp kvinnene føler at de må kjempe alene, kan sykepleiere gjennom å være til stede, lytte og støtte dem, hjelpe kvinnene til å komme seg gjennom den tunge ventetiden (Drageset 2011). Ved å vise at man bryr seg, kan pasienten få en følelse av å ikke være alene i kampen og sykdommen kan bli lettere å bære (Lorentsen og Grov 2011). Ifølge Smebye og Helgesen (2011) skal sykepleieren hele tiden motivere og hjelpe pasientene til å utvikle og bevare et godt og nært forhold til menneskene de har rundt seg. Da kan pasientene lettere gi uttrykk for sine tanker og behov (ibid). Jo mer åpen og ærlig pasientene er om hvordan de har det, jo lettere er det for menneskene rundt å vise dem støtte og forståelse (Ottesen 2013). Det kommer fram i resultatet at de fleste kvinnene setter stor pris på støtte, men de har også behov for å kunne trekke seg tilbake og være alene noen ganger. Det er viktig at kvinnene har mulighet til å kunne velge mellom det å ha kontakt med andre og det å kunne trekke seg unna når de har behov for det (Smebye og Helgesen 2011). Samtidig må sykepleieren vise at de er tilgjengelig så fort pasienten har behov for det (Kristoffersen, Breievne og Nortvedt 2011). Basert på kunnskap, erfaring og et klinisk blikk skal sykepleiere kunne identifisere pasientens behov knyttet til støtte og omsorg (Kristoffersen 2011a).

Studiens funn belyser at kvinner setter pris på sykepleiere som viser følelser og personlighet og at de trekker inn sine egne styrker i sykepleieutøvelsen. Som sykepleier er det viktig at man klarer å skille mellom jobb og privatliv. Man får som regel et personlig forhold til pasienten, men man bør sørge for å ikke bli for privat (Eide og Eide 2011, Kristoffersen og Nortvedt 2011). Pasienten skal settes i sentrum under sykepleieutøvelsen, og alle pasienter skal behandles likt. Blir man for privat kan det fort bli en utfordring (Eide og Eide 2011). Sykepleieren er forpliktet til å ivareta pasientens behov for helsehjelp og kan ikke forvente å få noe tilbake av den som mottar helsehjelpen. Det er mangel på denne gjensidigheten som skiller profesjonelle og private relasjoner. Til tross for at det er pasientens behov for helsehjelp som danner grunnlaget for sykepleieutøvelsen, må sykepleieren alltid ha en viss personlig tilnærming ved å se og ivareta personen bak sykdommen (Kristoffersen og Nortvedt 2011). Ifølge Travelbee er sykepleie en mellommenneskelig prosess der pasienten får hjelp av sykepleieren til å mestre ulike erfaringer knyttet til sykdom (Kristoffersen 2011d). Å trekke inn sine egne erfaringer og følelser har vist seg å ha både positive og negative effekter på pasienten. På den ene siden kan det føre til at pasienten blir mer åpen, har lettere for å forstå sine egne tanker og følelser, og får et bedre forhold til sykepleieren. På den andre siden kan det få pasienten til å bli forvirret og mer innesluttet og det kan gi et inntrykk av at sykepleieren tenker mer på sine egne behov enn pasientens. Man må derfor være forsiktig når det gjelder å dele personlige erfaringer og tanker med pasientene (Eide og Eide 2011).

4.4. Kvinner har ulike behov for å kunne mestre sykdommen

I resultatet blir det vektlagt at kvinner har et stort behov for å opprettholde håpet og optimismen knyttet til sykdommen. Håpet er en drivkraft for både pasienten og sykepleierne. Uten håpet kan livet oppleves som meningsløst fordi man da har negative forestillinger om hva framtiden vil bringe (Hall og Graubæk 2010). Ifølge Travelbee er begrepet håp sterkt knyttet til sykepleiers mål og hensikt. For at det skal være mulig å opprettholde håpet må man ha en viss formening om at det man håper på blir oppfylt (Kristoffersen 2011d). Håpet regnes som en av livets viktigste elementer hos pasienter med kreft. Det sies at *"så lenge det er liv er det håp"* (Kristoffersen, Breievne, Nortvedt 2011, s. 271). Erfaringer tyder på at det å bevare håpet kan ha en positiv innvirkning på overlevelse av alvorlige sykdommer. Håpet gir pasienter styrke og pågangsmot til å tro på framtiden, og er helt nødvendig for å få en følelse av at livet er godt og meningsfullt her og nå (Håmun 2008, Kristoffersen, Breievne, Nortvedt 2011). Samtidig er det ingen enkel oppgave å leve med håp og forestille seg at det beste kommer til å skje når man er alvorlig syk (Håmun 2008). Schou (2004) mener at det alltid vil være noen som har en pessimistisk holdning til livet. Dette innebærer at negative tanker er til stede, uansett hvor hardt man prøver å tenke positivt (ibid).

Sykepleieren skal hjelpe pasienter til å holde fast ved håpet. Det er ofte en sterk tilknytning mellom håpet og pasientens personlige verdier, tanker og følelser. Ved å finne noe å håpe på blir pasienten utfordret til å fokusere på muligheter i stedet for begrensninger. En annen viktig rolle som sykepleier er å hjelpe dem som opplever håpløshet til å få tilbake håpet. Travelbee mener at man i en slik situasjon kan prøve å hjelpe pasienten til å finne noe som er verdt å leve for som videre kan bidra til å gi pasienten en ny livsgnist. Hvis pasienten klarer å akseptere sykdommen uten å miste håpet helt, blir det lettere å finne mening i den aktuelle situasjonen (Kristoffersen, Breievne og Nortvedt 2011).

Resultatet tyder på at det å finne mening er et viktig behov for kvinnene knyttet til mestring av sykdommen. Filosofen Aron Antonovski påpeker at det å finne mening i ulike situasjoner er helt grunnleggende for mennesket, særlig i situasjoner som er preget av angst, usikkerhet, sorg eller mistriivsel (Håkonsen 2011). Travelbee støtter dette og mener at sykepleie består i å hjelpe den syke til å finne mening i den situasjonen han eller hun befinner seg i (Kristoffersen 2011d). Det å finne mening dreier seg om å kunne forsones seg med sykdommen og klare å finne muligheter i denne nye livssituasjonen. Det er menneskets individuelle verdier som danner grunnlaget til hva som er meningen med livet. Ofte kan mening være nært knyttet til religion og livssyn, noe som også blir beskrevet i resultatet. Her er det viktig at sykepleieren legger til rette for at pasientene skal få dekt sine behov knyttet til tro og livssyn. Hvis pasienten har behov for å lese bibelen eller for å be, må

man prøve å tilrettelegge slik at disse behovene blir dekt. Sykepleieren må imidlertid vurdere i hvor stor grad pasientens tro og livssyn skal vektlegges, da møtet med kvinnene som regel er kortvarig (Kristoffersen, Breievne og Nortvedt 2011). Ifølge Travelbee er det noen mennesker som klarer å akseptere en slik sykdom. De ser på seg selv som sårbare mennesker, som har like store sjanser for å rammes av sykdom som alle andre. Hun mener at mennesker med en slik holdning vil kunne klare å se på sykdommen som et utgangspunkt for noe meningsfullt og positivt (Kristoffersen 2011d). Slettemoen (2007) kan blant annet fortelle at kreftsykdommen beriket henne som menneske og at den hjalp henne til å sette mer pris på livet.

Videre viser studiens funn at det å fokusere på noe annet enn sykdommen og å leve livet så normalt som mulig, er et stort behov for kvinnene. Fysisk trening og andre aktiviteter eller hobbyer har en positiv innvirkning på hvordan kvinnene mestrer sin sykdom. Disse funnene kommer også gjennom annen litteratur. Ved å leve livet som vanlig får kvinnene en følelse av kontroll. Det å få fokuset litt vekk fra sykdommen er viktig for å komme seg gjennom hverdagen (Drageset 2013). Særlig fysisk aktivitet har vist seg å ha en positiv effekt hos kvinner med brystkreft (Drageset 2013, Martinsen 2011). Det gir kvinnene positive tanker og følelser, samtidig som den fysiske og mentale styrken øker (Drageset 2013). Bruk av humor er også nyttig for å få tankene over på noe annet. Humor kan lette på stemningen og bidra til å redusere spenning i situasjoner der pasientene opplever et psykisk press. Det er likevel viktig å huske på at mennesker har ulike oppfatninger av hva som er morsomt og at humor ikke alltid passer inn i situasjonen (Eide og Eide 2011, Solvoll 2011). Ved å være åpen for pasientens humor uten å komme med egne humoristiske bemerkninger først, blir det lettere å få en viss forståelse for når det er greit å bruke humor og ikke (Eide og Eide 2011).

4.5. Metodediskusjon

Søkeordene ble nøye valgt ut på bakgrunn av studiens hensikt (Vedlegg 1: oversikt over søkehistorikk). Det at søkeordene ble satt sammen i ulike kombinasjoner med AND og OR er en fordel ved at treffene blir spesifikke, men kan også være en ulempe ved at andre relevante artikler blir oversett. Samtidig ble funksjonen "explode" brukt for å inkludere flere artikler. Bruk av flere databaser kunne styrket oppgaven, men det ble sett på som lite hensiktsmessig på grunn av oppgavens tidsperspektiv og ordomfang. Bruk av anerkjente databaser styrker studien.

Gjennom søkeprosessen ble det innhentet 11 kvalitative- og 2 kvantitative forskningsartikler som belyste hensikten (Vedlegg 3: oversikt over inkluderte artikler). Det kunne blitt brukt flere

kvantitative artikler i studien for å styrke oppgaven. Bruk av kvantitative artikler får påvist fellestrekk hos informantene i studien og kunne vært nyttig for å få fram hvilke behov som var størst (Dalland 2011). Til tross for dette var det hovedsakelig kvalitative artikler som ble funnet.

Basert på studiens hensikt var det ønskelig å ha flest kvalitative artikler, da det skulle dreie seg om å få fram kvinnenes meninger og erfaringer knyttet til behov har i denne perioden. Kvalitative studier går mer i dybden enn kvantitative studier og handler om å skaffe seg forståelse av andres opplevelser, erfaringer og tanker rundt en spesiell situasjon (Dalland 2011, Forsberg og Wengström 2013, Pettersen 2011). Noen av artiklene har få deltakere. Det kunne styrket oppgaven hvis disse artiklene hadde flere deltakere, da det kunne gitt andre svar. De innhentede artiklene er fra år 2006 til år 2013. Det styrker studien at nyere forskning er brukt.

De utvalgte artiklene er hovedsakelig innhentet fra vestlige land. Flere av artiklene i studien er hentet fra Norge og ble sett på som svært relevante. Resten av artiklene fra andre vestlige land har blitt inkludert i oppgaven fordi de ble ansett som troverdige og overførbare til norske sykepleiere. Det ble også valgt ut et par artikler fra ikke-vestlige land, da norske sykepleiere stadig møter pasienter fra andre kulturer og religioner. Det kan ses på som en styrke for oppgaven at det er artikler fra ulike land som deler samme synspunkt. Brystkreft er en sykdom som rammer kvinner over hele verden, og artiklene ble inkludert fordi det kan være interessant å belyse dette problemet i en global sammenheng for sykepleiere.

Studien hadde et pasientperspektiv fordi det var ønskelig å finne ut hvilke behov kvinner har fra de har mottatt diagnosen og fram til kreftoperasjonen. Mye av forskningen som ble funnet omhandlet tiden etter kreftoperasjonen, men det ble kun valgt ut funn som var relevante for perioden som er beskrevet i hensikten til denne oppgaven. Mange av forfatterne har et kjent navn innen faget, og har vært med på å skrive flere artikler. De fleste har en helsefaglig utdanning, og er som regel enten sykepleiere, leger eller psykologer. Dette er med på å styrke kvaliteten på studien.

De fleste kildene som er brukt i denne oppgaven, er primærkilder. Det er også brukt noen sekundærkilder. Disse kildene ble inkludert i studien da det ikke ble lagt vekt på å finne primærkildene. Det kunne styrket oppgaven å ta med primærkildene i stedet for sekundærkildene. Likevel ble dette nedprioritert fordi at oppgaven skulle skrives over en kort tidsperiode. Det var altså begrenset med tid. En styrke med studien er derimot at mange av funnene i de inkluderte forskningsartiklene også ble funnet i annen relevant litteratur.

5. KONKLUSJON

- Studien påpeker at sykepleiere spiller en viktig rolle for kvinner som nylig har blitt diagnostisert med brystkreft.
- Forskningslitteratur viser at disse kvinnene har mange ulike behov i påvente av kreftoperasjonen. Møtet med disse kvinnene er ofte kortvarig, blant annet grunnet kortere liggetid på sykehus. Det blir ekstra viktig at sykepleieren klarer å identifisere kvinnes behov så raskt som mulig, slik at det kan iverksettes tiltak for å ivareta disse behovene.
- Oppgavens tema har stor betydning for sykepleiere i Norge, men også globalt sett, da brystkreft er en frekvent forekommende sykdom. Sykepleiere bør derfor ha en viss forkunnskap om hvilke behov pasientene kan ha i denne perioden.
- Sykepleiere kan bidra til å gjøre ventetiden lettere ved å være tilgjengelig og ved å vise at de virkelig bryr seg om mennesket bak sykdommen. God støtte og omsorg er helt vesentlig for at kvinnene skal komme seg gjennom den vanskelige perioden.
- Behovet for tilstrekkelig, relevant og tilpasset informasjon er stort. Det å gi informasjon er et av sykepleierens viktigste oppgaver i møte med disse kvinnene.
- Det bør legges vekt på at kvinnene skal få mulighet til å kunne kontakte en sykepleier i den perioden de ikke er innlagt på sykehuset. Sykepleierne kan også ta initiativ til å kontakte kvinnene selv, for å vise at de er der for dem.
- På bakgrunn av at denne perioden oppleves som skremmende og vanskelig for de fleste kvinnene, bør sykepleiere ha mer fokus på å legge forholdene til rette slik at behovene deres blir ivaretatt. Det å ta seg tid til å lytte til kvinnes behov vil spille inn på hvordan de mestrer sykdommen.
- Det er lett å overse en pasients behov i en travelt hverdag, men som sykepleier skal man behandle alle pasienter på lik linje. Alle pasienter har sine individuelle behov og skal behandles deretter. Dagens sykepleiere bør bli mer oppmerksomme på hvor stor betydning det har for disse pasientene.
- Til tross for allerede eksisterende forskning om kvinners behov i perioden fra de har mottatt diagnosen og fram til kreftoperasjonen, er dette et tema som bør vektlegges i større grad. Derfor er dette noe som bør forskes videre på.

Litteraturliste

Beatty L, Oxlad M, Koczwara B og Wade T D (2008) The psychosocial concerns and needs of women recently diagnosed with breast cancer: a qualitative study of patient, nurse and volunteer perspectives, *Health expectations*, Vol. 11, s. 331-342

Berntzen H, Almås H, Bruun A M G, Dørve S, Giskemo A, Dåvøy G, Grønseth R (2011) Perioperativ og postoperativ sykepleie i: Almås H, Stubberud D-G og Grønseth R (red.) *Klinisk sykepleie*, bind 1, 4.utg., s. 273-338, Oslo: Gyldendal Akademisk

Bertelsen, B I (2011) *Patologi. Menneskets sykdommer*, 2.utg., Oslo: Gyldendal Akademisk

Boehmke M M og Dickerson S S (2006) The diagnosis of breast cancer: transition from health to illness, *Oncology Nursing Forum*, Vol. 33 (6), s. 1121–1127

Brataas H V og Hellesø N S (2011) Sykepleiepedagogikk på somatisk praksisarena i: Brataas, H (red.) *Sykepleiepedagogisk praksis. Pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer*, Oslo: Gyldendal Akademisk

Dalland O (2011) *Metode og oppgaveskriving for studenter*, 4 utg., Oslo: Gyldendal Akademisk

Dickerson S S, Alqaissi N, Underhill M og Lally R M (2011) Surviving the wait: defining support while awaiting breast cancer surgery, *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 67 (7), s. 1468-1479

Drageset S (2011) Vond ventetid, *Sykepleien*, Vol. 99 (12), s. 52-54

Drageset S (2013) Mestring før kreftoperasjon, *Sykepleien*, Vol. 101 (14), s. 60-62

Drageset S, Lindstrøm T C og Underlid K (2010) Coping with breast cancer: between diagnosis and surgery, *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 66 (1), s. 149-158

Drageset S, Lindstrøm T C, Giske T og Underlid K (2011) Being in suspense: women's experiences awaiting breast cancer surgery, *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 67 (9), s. 1941-1951

Drageset S, Lindstrøm T C, Giske T og Underlid K (2012) The support I need. Womens experiences of social support after having received breast cancer diagnosis and awaiting surgery. *Cancer Nursing*, Vol. 35 (6), s. 39-47

Eide H og Eide T (2011) *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*, 2.utg., Oslo: Gyldendal Akademisk

Forsberg, C og Wengström, Y (2013) *Att göra systematiska litteraturstudier – värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*, 3.utg., Stockholm: Natur och kultur

Frogner T (2006) *Lev! Tankekraft mot kreft*, Horten: Publicom Forlag AS

Fu M R, Xu B, Liu Y og Haber J (2008) Making the best of it: Chinese women's experiences of adjusting to breast cancer diagnosis and treatment, *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 63 (2), s. 155-165

Hall E O C og Graubæk A-M (2010) i: Graubæk A-M (red) *Å være pasient. En innføring i pasientologi*, s. 51-71, Oslo: Akribe AS

Hanssen I (2011) Interkulturell sykepleie i: Kristoffersen N J, Nordtvedt F og Skaug E-A (red.) *Grunnleggende sykepleie – Sykepleierenes grunnlag, rolle og ansvar*, bind 1, s. 135-160, 2. utg., Oslo: Gyldendal Akademisk

Hem H E (2010) Profesjoner i: Brodtkorb E og Rugkåsa M (red.) *Mellom mennesker og samfunn*, s. 43-65. 2 utg., Oslo: Gyldendal Akademisk

Horgan O, Holcombe C og Salmon P (2011) Experiencing positive change after a diagnosis of breast cancer: a grounded theory analysis, *Psycho-Oncology*, Vol. 20, s. 1116-1125

Håkonsen K M (2010) *Innføring i psykologi*, 4.utg., Oslo: Gyldendal Akademisk

Håtun A S (2008) *Livsløst. Om å møte og mestre motgang*, Oslo: Aschehoug Forlag

Kreftregisteret (2011) *Brystkreft*, <<http://www.kreftregisteret.no/no/Generelt/Fakta-om-kreft-test/Brystkreft-Alt2/>> [Lastet ned: 21.04.2014]

Kristoffersen N J (2011a) Sykepleie – kunnskap og kompetanse i: Kristoffersen N J, Nordtvedt F og Skaug E-A (red.) *Grunnleggende sykepleie – Sykepleierenes grunnlag, rolle og ansvar*, bind 1, s. 161-206, 2.utg., Oslo: Gyldendal Akademisk

Kristoffersen N J (2011b) Helse og sykdom i: Kristoffersen N J, Nordtvedt F og Skaug E-A (red.) *Grunnleggende sykepleie - Sykepleierenes grunnlag, rolle og ansvar*, bind 1, s. 31-81, 2.utg., Oslo: Gyldendal Akademisk

Kristoffersen N J (2011c) Stress og mestring i: Kristoffersen N J, Nordtvedt F og Skaug E-A (red.) *Grunnleggende sykepleie - Pasientfenomener og livsutfordringer*, bind 3, s. 133-196, 2.utg., Oslo: Gyldendal Akademisk

Kristoffersen N J (2011d) Teoretiske perspektiver på sykepleie i: Kristoffersen N J, Nordtvedt F og Skaug E-A (red.) *Grunnleggende sykepleie - Sykepleierens grunnlag, rolle og ansvar*, bind 1, s. 207-280, 2.utg., Oslo: Gyldendal Akademisk

Kristoffersen N J, Breivne G og Nordtvedt F (2011) Lidelse, mening og håp i: Kristoffersen N J, Nordtvedt F og Skaug E-A (red.) *Grunnleggende sykepleie – Pasientfenomener og livsutfordringer*, bind 3, s. 245-293, 2.utg., Oslo: Gyldendal Akademisk

Kristofferen N J og Nordtvedt P (2011) Relasjonen mellom sykepleier og pasient i: Kristoffersen N J, Nordtvedt F og Skaug E-A (red.) *Grunnleggende sykepleie - Sykepleierenes grunnlag, rolle og ansvar*, bind 1, s. 83-133, 2.utg., Oslo: Gyldendal Akademisk

Kristoffersen N J, Nordtvedt P og Skaug E-A (2011) Om sykepleie i: Kristoffersen N J, Nordtvedt F og Skaug E-A (red.) *Grunnleggende sykepleie - Sykepleierenes grunnlag, rolle og ansvar*, bind 1, s.15-29, 2.utg., Oslo: Gyldendal Akademisk

Lally R M (2010) Acclimating to breast cancer. A process of maintaining self-integrity in the pretreatment period, *Cancer Nursing*, Vol. 33 (4), s. 268-279

Lally R M, Hydeman J A, Schwert K, Henderson H og Edge S B (2012) Exploring the first days of adjustment to cancer. A modification of Acclimating to Breast Cancer, *Cancer Nursing*, Vol. 35 (1), s. 3-18

Landmark B T, Bøhler A, Loberg K og Wahl A K (2008) Women with newly diagnosed breast cancer and their perceptions of needs in a health-care context, *Journal of Clinical Nursing*, Vol. 17 (7b), s. 192-200

Lorentsen V B og Grov E K (2011) Generell sykepleie ved kreftsykdommer i: Almås H, Stubberud D-G og Grønseth R (red.) *Klinisk sykepleie*, bind 2, 4.utg., s. 401-437. Oslo: Gyldendal Akademisk

[Lov om pasient- og brukerrettigheter (2001)] (2013), Rett til medvirkning og informasjon, § 3-1, Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, <<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient>> [Lastet ned: 29.04.2014]

[Lov om helsepersonell (2001)] (2013), Hovedregel om taushetsplikt, § 21, Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonell> [Lastet ned: 29.04.2014]

Martinsen E W (2011) *Kropp og sinn: Fysisk aktivitet – Psykisk helse – Kognitiv terapi*, 2.utg., Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke

McGarry S, Ward C, Garrod R og Marsden J (2013) An exploratory study into the unmet supportive needs of breast cancer patients, *European Journal of Cancer Care*, Vol. 22, s. 673-683

Norsk sykepleierforbund (2011) Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere - ICNs etiske regler, <https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf > [Lastet ned: 30.04.2014]

Nortvedt og Grønseth (2011) Klinisk sykepleie – funksjon og ansvar i: Almås H, Stubberud D-G og Grønseth R (red.) *Klinisk sykepleie*, bind 1, 4.utg., s. 17-32. Oslo: Gyldendal Akademisk

Ohaeri B M, Ofi A B og Campbell O B (2012) Relationship of knowledge of psychosocial issues about cancer with psychic distress and adjustment among breast cancer clinic attendees in a Nigerian teaching hospital, *Psycho-Oncology*, Vol. 21, s. 419-426

Ottesen G (2013) *Kreftens gleder. Mestring og inspirasjon for den syke og de rundt*, Oslo: Gyldendal Akademisk

Pettersen R C (2011) *Oppgaveskrivingens ABC, veileder og førstehjelp for høgskulestudenter*, Oslo: Universitetsforlaget AS

Polit D F og Beck C T (2012) *Nursing Research, Generating and assessing evidence for nursing practice*, Philadelphia: Wolters Kluwer Health

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*, Vol. 14 (1), s. 11-16

Schlichting E (2012) Sykdommer i brystene i: Ørn S, Mjell J og Bach-Gansmo E (red.) *Sykdom og behandling*, s. 431-442, Oslo: Gyldendal Akademisk

Schou I, Ekeberg O, Ruland C M, Sandvik L, Karsen R (2004) Pessimism as a predictor of emotional morbidity one year following breast cancer surgery, *Psychooncology*, Vol. 13, s. 309–320

Slettemoen K H (2007) *Gå med hele ditt hjerte*, Oslo: Cappelens forlag AS

Smebye K L og Helgesen A K (2011) Kontakt med andre i: Kristoffersen N J, Nordtvedt F og Skaug E-A (red.) *Grunnleggende sykepleie – Pasientfenomener og livsutfordringer*, bind 3, s. 41-70, 2.utg., Oslo: Gyldendal Akademisk

Svoll B-A (2011) Identitet og menneskeverd i: Kristoffersen N J, Nordtvedt F og Skaug E-A (red.) *Grunnleggende sykepleie – Pasientfenomener og livsutfordringer*, bind 3, s. 15-39, 2. utg., Oslo: Gyldendal Akademisk

Sørensen E M og Almås H (2011), Sykepleie ved brystkreft i: Almås H, Stubberud D-G og Grønseth R (red.) *Klinisk sykepleie*, bind 2, 4.utg, s. 439-453, Oslo: Gyldendal Akademisk

Taleghani F, Yekta Z P og Nasrabadi A N (2006) Coping with breast cancer in newly diagnosed Iranian women, *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 54 (3), s. 265-27

Vedlegg 1. Oversikt over søkehistorikk

Database	Avgrensninger	Søkeord	Antall treff	Forkastet	Antall utvalgte	Antall utvalgte for dypere granskning	Inkluderte
Medline 24.03.14		Breast neoplasms AND Awaiting surgery	11	8* 0**	3***	3	3
Medline 24.03.14	Full text Abstract available Female Last 8 years	Breast neoplasms AND Newly diagnosed AND Adaption, psychological	45	35* 6**	5***	4	3
Cinahl 25.03.14		Breast neoplasms AND Nursing AND Needs	75	71* 1**	3***	2	1
Cinahl 28.03.14	Full text Abstract available Last 8 years	Breast cancer OR Breast neoplasms AND Pretreatment	35	32* 0**	3***	2	2
PsychInfo 28.03.14	Full text Abstract available Female Last 8 years	Breast cancer patients AND Needs	15	12* 1**	2***	1	1
Cinahl 01.04.14	Full text Abstract available English language Last 8 years	Breast cancer AND Coping OR Adaption, psychological	243	232* 4**	7***	5	3

*: antall ekskluderte artikler etter leste titler

** : antallet ekskluderte artikler etter leste abstrakt

***: antall artikler som er lest i sin helhet

Vedlegg 2. Analysetabell

Meningsbærende enhet	Subkategori	Kategori
<ul style="list-style-type: none">○ Steg-for-steg var den vanligste mestringsstrategien og den innebar at de fokuserte på nåtiden og ikke på hva som kan oppstå senere	<ul style="list-style-type: none">○ Behovet for å opprettholde håpet og optimismen var viktig for mange○ De fleste hadde behov for å fokusere på noe annet enn sykdommen○ Steg-for-steg var den vanligste mestringsstrategien○ Mange forsøkte å finne mening med sykdommen○ Noen valgte å se på diagnosen som noe positivt○ De fleste ville leve livet som normalt og bli behandlet som vanlig○ Å ignorere alt som hadde med sykdommen å gjøre var en kortvarig strategi	<ul style="list-style-type: none">○ Kvinner har ulike behov for å kunne mestre sykdommen

Vedlegg 3. Oversikt over inkluderte artikler

Artikkel	Forfattere År Land Tidsskrift/journal	Studiens hensikt	Design/ Intervensjon/ Instrument	Deltakere/Bortfall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
1	Drageset S, Lindstrøm T C, Giske T og Underlid K (2012). Norge <i>Cancer Nursing</i>	Beskrive kvinners individuelle erfaringer knyttet til sosial støtte i perioden etter å ha mottatt brystkreftdiagnosen og fram til kreftoperasjon.	Kvalitativ studie. Individuelle semistrukturerte intervju. Deskriptivt design.	21 kvinner i alderen 41-73 år.	Fem temaer ble beskrevet som svært nødvendige: 1) Det å alltid ha tilgjengelig støtte, enten fysisk eller via telefon. 2) Motta relevant og tilpasset informasjon og få gode råd. 3) Føle at noen ga dem omsorg og omtanke. 4) Ha noen fortrolige å snakke med. 5) Det å ha en balanse mellom avstand og nærhet til andre.	Intervjuene ble gjennomført dagen før kreftoperasjonen. Etisk godkjent.

2	<p>Remmers H, Holtgräwe M og Pinkert C (2010).</p> <p>Tyskland</p> <p><i>European Journal of Oncology Nursing</i></p>	<p>Undersøke hvilke påkjenninger som påvirket kvinnene i perioden rundt kreftoperasjon, samt hvilke behov og forventninger de hadde til sykepleierne.</p>	<p>Kvalitativ studie.</p> <p>Semistrukturert intervju.</p>	<p>42 kvinner i alderen 33-79 år.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - De psykiske påkjenningene var mer dominante enn de fysiske. - Psykososial støtte har en positiv effekt på hvordan kvinnene mestrer sin sykdom. - Det er viktig med relevant og tilpasset informasjon. - Kvinnene er ofte redde før operasjonen, både med tanke på narkosen og symptomer som smerte og kvalme i etterkant. - De forventer at sykepleierne viser dem forståelse og respekt og at de er der for dem. - De ønsker også at sykepleierne skal vise følelser og personlighet. - Kvinnene satte pris på å ha en primærsykepleier og at 	<p>Intervjuene ble gjort 2-5 dager etter kreftoperasjonen.</p> <p>Etisk godkjent.</p>
---	---	---	--	---------------------------------------	--	---

					kommunikasjonen mellom de ansatte var god.	
3	Dickerson, S S, Alqaissi N, Underhill M og Lally R M (2011). USA <i>Journal of Advanced Nursing</i>	Beskrive vanlige meninger, delte erfaringer og praksis knyttet til sosial støtte av kvinner mellom brystkreftdiagnose og behandling.	Sekundæranalyse av en kvalitativ studie.	18 kvinner med en gjennomsnittsalder på 57 år.	6 tema beskrev kvinnenenes mening om støtte: 1) Kontrollere tilgangen på informasjon til seg selv og andre. 2) Vite hvilke medlemmer som skulle få tilgang i det støttende nettverket. 3) Kontrollere angst ved å opprettholde håpet i ventetiden. 4) Være i gode hender og komfortabel med avgjørelsen. 5) Beskytte andre gjennom fortielse og være sterk for å opprettholde håpet. 6) Akseptere omsorg fra andre vs. opprettholde en omsorgsrolle.	Forsket videre på studien gjort i artikkel nr. 7. Etisk godkjent.
4	Drageset S, Lindstrøm T C, Giske T og Underlid K (2011).	Beskrive kvinners opplevelse etter å ha mottatt	Kvalitativ studie. Individuelle	21 kvinner i alderen 41-73 år.	- Mange slet med å forstå og akseptere diagnosen, fordi de følte seg helt frisk.	Intervjuene ble gjennomført dagen før

	<p>Norge</p> <p><i>Journal of Advanced Nursing</i></p>	<p>brystkreftdiagnosen og ventetiden før kreftoperasjon.</p>	<p>semistrukturerte intervju.</p> <p>Deskriptivt design.</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Følelser som stress, krise og kaos oppsto ved diagnosetidspunkt. - Venteperioden ble beskrevet som skremmende, håpløs, lang og vanskelig å takle for de fleste. - Usikkerheten rundt framtiden, operasjonen og det å miste brystet var skremmende. Noen valgte å ta dag for dag og ikke tenke for mye over hva framtiden vil bringe. - Mange slet med å måtte fortelle om diagnosen og følte de måtte være sterk for familien sin, særlig barna. - De fleste var redd for døden og for å forlate dem de var glade i. Andre mente at livet ble bedre ved at de satte mer 	<p>kreftoperasjonen.</p> <p>Etisk godkjent.</p>
--	--	--	--	--	---	---

					pris på ting.	
5	<p>Drageset S, Lindstrøm T C og Underlid K (2010).</p> <p>Norge</p> <p><i>Journal of Advanced Nursing</i></p>	<p>Beskrive mestringsstrategier brukt av kvinner i perioden mellom brystkreftdiagnose og operasjon.</p>	<p>Kvalitativ studie.</p> <p>Individuelle semistrukturerte intervju.</p> <p>Deskriptivt design.</p>	<p>21 kvinner i alderen 41-73 år.</p>	<p>- Steg-for-steg var den vanligste mestringsstrategien og innebar at de fokuserte på nåtiden og ikke på hva som kan oppstå senere.</p> <p>- Informasjon er viktig, men den må være tilpasset kvinnenenes behov. For mye informasjon på en gang kunne virke skremmende.</p> <p>- Noen valgte å ta avstand fra sykdommen og ignorere tankene som dukket opp, men denne strategien var kortvarig.</p> <p>- Det hjalp å fokusere på noe annet enn sykdommen og å tenke over hva de virkelig satte pris på i livet.</p> <p>- De fleste ville leve livet som normalt og bli behandlet som tidligere.</p>	<p>Intervjuene ble gjennomført dagen før kreftoperasjonen.</p> <p>Etisk godkjent.</p>

					<p>- For noen hjalp det å være åpen om sine følelser, mens andre holdt dem for seg selv.</p> <p>- En strategi var å forberede seg på det verste, men håpe på det beste. Optimismen var viktig for mange.</p>	
6	<p>Lally R M, Hydeman J A, Schwert K, Henderson H og Edge S B (2012).</p> <p>USA</p> <p><i>Cancer Nursing</i></p>	<p>Forske videre på det som allerede er kjent om opplevelser i førbehandlingsperioden, tankeprosesser og atferd av kvinner diagnostisert med brystkreft og videre definere konsepter og øke omfanget av "Acclimating to Breast Cancer", en teori om tilpasning i førbehandlings-</p>	<p>Kvalitativ studie.</p> <p>Semistrukturerte intervju.</p> <p>Deskriptivt design.</p>	<p>26 kvinner i alderen 39-81 år, med brystkreft i fase 0-2.</p>	<p>- Å motta en brystkreftdiagnose ble karakterisert som en livsendrende opplevelse og en personlig krise der selvintegriteten ble truet.</p> <p>– Mange beskrev uker med masse gråting og vanskeligheter med å fungere i dagliglivet, mens andre møtte diagnosen overraskende rolig.</p> <p>- Det kom fram 3 hovedstrategier som ble brukt i tilvenningsprosessen:</p> <p>1. Kartlegging av situasjonen</p>	<p>Kvinnene ble intervjuet både før behandling og 30 dager etter kreftoperasjon.</p> <p>Sammenlignet med resultatene i artikkel nr. 7.</p> <p>Etisk godkjent.</p>

		perioden.			(finne mening og selvinnsikt). 2. Iverksette tiltak (styre unna emosjonelle triggere, søke og være åpen for kunnskap, kontrollere omgivelsene, innlemme kreften i hverdagen og planlegging av framtiden). 3. Fremme seg selv (møte personlig endring, frykt for det ukjente og balanse mellom optimisme og nederlag).	
7	Lally R M (2010). USA <i>Cancer Nursing</i>	Utvikle en teori om atferd og tankeprosesser i førbehandlingsperioden hos kvinner med brystkreft	Kvalitativ studie. (Grounded theory method guide) Intervju.	18 kvinner i alderen 37-87 år, diagnostisert med brystkreft i stadiet 0-2 som ikke har fått noen behandling.	- Det at selv-integriteten trues ble identifisert som den største bekymringen hos kvinnene i perioden mellom diagnosen og behandlingen. - 3 faser ble identifisert som kvinnenens tidligste forsøksstrategier på å forsøke å finne mening i brystkreftdiagnosen: 1. Kartlegging av situasjonen	

					2. Iverksette tiltak 3. Fremme seg selv	
8	McGarry S, Ward C, Garrod R og Marsden J (2013). London, England <i>European Journal of Cancer Cancer</i>	Undersøke pasientenes oppfatninger om hvilke behov som ikke blir møtt i ulike stadier av sykdomsforløpet, samt hvorfor disse behovene ikke blir dekt.	En kombinasjon av kvantitativ og kvalitativ studie, med hovedvekt på kvantitativ forskning. Blandet metode bestående av både selvadministrerende spørreskjema og semistrukturerte intervju.	101 kvinner deltok i spørreundersøkelsen . 91 av deltakerne som oppga sitt sykehusnummer hadde en gjennomsnittsalder på 51 år. 7 kvinner ble intervjuet og var i alderen 42-55 år. Opprinnelig skulle 10 kvinner delta i intervjuet, men 3 valgte å trekke seg.	- Kun 32 % følte at de hadde fått tilbud om støtte angående deres bekymringer. - De fleste ønsket mer støtte fra helsepersonellet (65 %). - 21 % ønsket ikke noe støtte hvis det ble tilbudt. - Kun 10 % ønsket å snakke med et spirituellet team, mens 67 % ville ha supplerende terapi.	De fleste kvinnene var under behandling. Etisk godkjent.
9	Landmark B T, Bøhler A, Loberg K og Wahl A K (2008).	Undersøke hvordan kvinner med nylig diagnostisert	Kvalitativ studie. Fokusgrupper.	7 kvinner i alderen 39-63 år.	- Kvinnene kom med erfaringer knyttet til 2 behovskategorier som	Etisk godkjent.

	Norge <i>Journal of Clinical Nursing</i>	brystkreft opplever deres behov i møte med helsevesenet.		8 kvinner møtte kriteriene og ble invitert til å delta, men 1 av dem takket nei da hun allerede hadde vært gjennom så mye.	påvirket deres mulighet til å mestre sin situasjon: behovet for kunnskap og psykososial støtte knyttet til fysiske, følelsesmessige og sosiale perspektiver i dagliglivet. - Mange følte seg ensomme og alene, samtidig som de syntes at tiden før operasjonen var for kort til å komme over sjokket. - De fleste satte pris på å møte kvinner i samme situasjon. - De har et større behov for informasjon og støtte enn det som blir gitt i dag.	
10	Taleghani F, Yekta Z P og Nasrabadi A N (2006). Iran	Undersøke hvordan iranske kvinner mestret det å få en brystkreftdiagnose.	Kvalitativ studie. Dybdeintervju. Tverrsnittsdesign.	19 kvinner med nydiagnostisert brystkreft i alderen 31-53 år.	5 hovedtemaer kom fram som viktige for å kunne mestre sykdommen: 1) Møte sykdommen med en religiøs tilnærming (akseptere sykdommen som guds vilje,	10 år siden kvinnene ble intervjuet. Kulturelle forskjeller. Etisk godkjent.

	<i>Journal of Advanced Nursing</i>				<p>spirituell kamp). 2) Tanker om sykdommen (positiv tankemåte; positive forslag, håp og bevisst glemsomhet. negativ tankemåte; håpløshet, frykt og nedsatt kroppsbilde). 3) Akseptere sykdommen (aktiv/passiv aksept). 4) Sosiale og kulturelle faktorer. 5) Finne støtte fra andre.</p>	
11	<p>Horgan O, Holcombe C og Salmon P (2011). Storbritannia <i>Psycho-Oncology</i></p>	<p>Undersøke <i>når</i> kvinner først oppdager positive endringer; <i>hva</i> de består av; <i>hvordan</i> de oppstår fra <i>hvilke</i> sider ved opplevelsen av brystkreft og <i>hvilke</i> sosiale og individuelle faktorer som påvirker deres utvikling.</p>	<p>Kvalitativ studie. Semistrukturerte intervju.</p>	<p>20 kvinner med en gjennomsnittsalder på 53 år (32-75 år). 27 kvinner ble invitert til å delta, men 7 takket nei.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mange fikk økt selvtillit etter diagnosen - Kvinnenes oppfatninger om hva som var viktig i livet endret seg. - Familiens behov ble viktigere enn å ha et rent og ryddig hjem. - Flere fikk økt empati og et sterkere ønske om å hjelpe andre. - Maksimerende og 	Etisk godkjent.

					minimerende kommunikasjon, prosessen og slutten på behandlingen og fornektelse av sykdommen spiller inn på prosessen og timingen til den positive endringen.	
12	Fu M R, Xu B, Liu Y og Haber J (2008). Beijing, China <i>Journal of Advanced Nursing</i>	Beskrive kinesiske kvinners erfaringer rundt det med å tilpasse seg til brystkreftdiagnosen og behandlingen.	Kvalitativ studie. Deskriptiv fenomenologisk metode.	22 kvinner i alderen 30-71 år.	6 hovedtemaer utgjør essensen av kvinnenes erfaringer: 1) Møte realiteten av brystkreftdiagnosen. 2) Ta aktiv del i behandlingen. 3) Opprettholde en positiv holdning. 4) Opprettholde den fysiske formen. 5) Minske påvirkningen av kreften til andre. 6) Reflektere og se framover.	Etisk godkjent.
13	Ohaeri B M, Ofi A B og Campbell O B (2012). Nigeria	- Å vurdere kunnskapen Nigerianske kvinner har om brystkreft,	Kvantitativ studie. Deskriptiv spørreundersøkelse	63 kvinner i alderen 30-73 år.	- Frykt for døden (81 %), jobben (74,6 %), finansiell byrde og tap av brystet (73 %) var de største bekymringene.	Etisk godkjent.

	<i>Psycho-Oncology</i>	<p>behandlingen og psykososiale plager knyttet til sykdommen.</p> <p>- Å vurdere forholdet mellom kunnskapen om disse plagene, psykisk nød og tilvenning blant deltakerne.</p>	design.		<p>- Mangel på selvtillit (50,8 %) og bekymringer for hvordan andre reagerer (44,3 %) ble også nevnt.</p> <p>- 95,2 % hadde behov for spirituell støtte.</p>	
--	------------------------	--	---------	--	--	--

Vedlegg 4. Tabell til vurdering av forskningsartikler

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:	