



BACHELOROPPGAVE:

Krise og mestring

*Hvordan fremme mestring hos pasienter
med cancer mammae i rehabiliteringsfasen*

FORFATTERE: INGER LISE DAMSLORA
IRENE ØDEGAARD HAMRE

Dato: 03.05.2012

SAMMENDRAG

Tittel:	Krise og mestring Hvordan fremme mestring hos pasienter med cancer mammar i rehabiliteringsfasen	Dato : 3/5 2012
Deltaker(e)/	Inger Lise Damslora Irene Ødegaard Hamre	
Veileder(e):	Solveig Struksnes	
Evt. oppdragsgiver:		
Stikkord/nøkkel ord (3-5 stk)	Krise, mestring, rehabilitering, kommunikasjon,	
Antall sider/ord: 10250	Antall vedlegg:0	Publiseringsavtale inngått: nei
Kort beskrivelse av master/bacheloroppgaven:		
<p>Temaet i denne oppgaven er krise og mestring, og hvordan vi som sykepleier kan være en støttespiller hos pasienter med cancer mammar. Oppgaven omhandler kvinner i klimakteriet i alder 45-55 år. Møte mellom pasienter og sykepleier finner sted hjemme i kommunen. Vi har lagt fokus på sykepleieren som en støttespiller er viktig i denne fasen som dem er i, på grunn av at vi sitter på mye kunnskap. Det som er viktig for en sykepleier i denne fasen, er at man skal kunne klare å håndtere ulike mestringsstrategier som pasienten tar i bruk når man får en slik diagnose. Som sykepleier skal vi være støttespillere i forhold til valg av videre rehabilitering. Vi skal kunne være tilgjengelig for samtaler om de valg av videre behandling. Teoretikere som har blitt brukt er relevante for valg av tema og den problemstillingen som vi har. Oppgaven er en litteraturstudie, og er basert på tidligere forskning i form av artikler, bøker og valide nettsteder.</p>		

ABSTRACT

Tittel:	Crisis and coping How promote coping with patients with breast cancer in rehabilitation phase.	Dato : 3/5 2012
Deltaker(e)/	Inger Lise Damslora Irene Ødegaard Hamre	
Veileder(e):	Solveig Struksnes	
Evt. oppdragsgiver:		
Stikkord/nøkkel ord (3-5 stk)	Crisis, coping, rehabilitation, communication,	
Antall sider/ord:10250	Antall vedlegg:0	Publiseringsavtale inngått: nei
<p>Kort beskrivelse av master/bacheloroppgaven:</p> <p>The theme of this task is crisis and coping, and how we who nurses can support patients with breast cancer. The thesis deals with women in menopause age 45-55 year. The meeting between patient and nurse takes place home in local government. We have found that the nurse's ability to support is very important in this phase, because we're sitting on a lot of knowledge. Something else important for a nurse in this stage is that you should be able to handle the different coping strategies which patients adopt when you get a diagnosis like this. The nurse also has to show support strategies when the patients have to make a choice about further rehabilitation. We will only be available for discussions and conversations about such choices. The theorists that we have used are relevant to our discussion around the relationship that occurs in such a situation between the nurse and the patient. The thesis is a literature study, based on previous research in the form of articles books and valid sites.</p>		

Forord

*Det finnes et liv bak den ytre fasaden.
Et liv bak alt det synlige.
Det finnes noe mer enn menneskenes mas og jag etter status.
Det finnes noe mer verdifullt enn å eie all jordisk rikdom.
Noe usynlig, men likevel så synelig.
Noe fjert, men likevel så nært.
Noe som først blir synlig når vi står sammen.
Hvis du oppdager dette, blir du et helt menneske.*

Dikt av Ragnvald Sørheim, 03.01 2007.

INNHOLDSFORTEGNELSE

Sammendrag.....	i
Abstract.....	ii
Forord	iii
1.0 INNLEDNING	6
1.1 Bakgrunn for valg tema og problemstilling.	6
1.2 Presentasjon av problemstilling	7
1.3. Oppbygging av oppgaven	7
1.4 Avgrensning av oppgaven	8
2.0 METODE	10
2.1 Litteraturstudie	11
2.2 Litteratursøk	11
2.4 Kildekritikk	12
3.0 TEORIGRUNNLAG	14
3.1 Brystkreft	14
3.1.1 Rekonstruksjon etter brystkreft - behandling og rehabilitering.....	16
3.2 Å oppleve krise	17
3.3 Å være i en rehabiliteringsfase	18
3.3.1 Effekten av rehabiliteringstiltak	19
3.4 Mestringsstrategier i rehabilitering	20
3.4.1 Opplevelse av sammenheng i vanskelige livshendelser	22
3.5 Sykepleierens rolle ved sykdom og krise	23
3.5.1 Kommunikasjonens betydning i rehabilitering.....	24
3.5.2 Å etablere et menneske- til- menneske forhold	25
3.7 Pårørendes betydning	26
4.0 DRØFTING	27
4.1 Hvordan lindre pasientens fysiske problemer	27
4.2 Hvordan støtte en pasient som opplever endret kroppsbilde og truet identitet .	28
4.3 Hvordan bidra til å skape håp og mening	29
4.4 Hvordan støtte pasienten gjennom fasene i krise	31
4.5 Hvordan bruke kommunikasjon som viktigste verktøy for å fremme mestring	32
5.0 KONKLUSJON.....	35
REFERANSELISTE	38

1.0 INNLEDNING

Temaet for oppgaven falt naturlig for oss, da vi begge har møtt pasienter som har vært gjennom behandling for cancer mammae i praksisstudier og jobbsammenheng. Vi har også tanker rundt det å få beskjed om at man har fått cancer mammae, hvordan håndterer man det og hva gjør man? På det grunnlaget har vi valgt tema krise og mestring.

1.1 Bakgrunn for valg tema og problemstilling.

Mange kvinner erfarer forandringer i selvfølelsen og livskvalitet. En cancer mammae - diagnose kan representere en svært traumatisk opplevelse hos de fleste. Behovet for psykososial støtte og kontinuerlig oppfølging er et viktig grunnlag for mestringsevnen hos kvinner i ventetiden til både behandling og hva som følger etter.

Alle har forskjellig oppfatning av det å mestre en slik stor påkjenning, og det er veldig individuelt hvordan man reagerer.

Alle som får en cancer - diagnose har forskjellige bakgrunner og erfaringer, og vil derfor takle situasjonen forskjellig. Det er viktig at sykepleier reflekterer over hvordan vi kan hjelpe pasienten til å mestre den situasjonen dem er i. Vi har valgt temaene krise og mestring, fordi vi som sykepleier har en viktig rolle i forhold til å være en god støttespiller når pasienten har fått diagnosen og er i rehabiliteringsfasen. For at vi som sykepleiere skal være en god støttespiller for pasienten i en slik situasjon, er det viktig at vi har god faglig kunnskap, god kommunikasjon og evnen til å lytte.

I 2007 ble 2761 kvinner rammet av cancer mammae. Risikoen øker med alderen, ca 80 % av de som rammes er over 50 år. 0,4 % av dem som rammes er under 30 år (Kreftforeningen 2011). Det er en økende forekomst av cancer mammae blant unge kvinner (under 50 år), men samtidig oppdages flere cancer mammae tilfeller i et tidligere stadium enn før, og da bedres prognosen betydeligere. Prognosen er bedre jo mindre svulsten i brystet er (Almås 2010).

I denne oppgaven har vi valgt å fokusere på kvinner i rehabiliteringsfasen. Det kvinnene må mestre i den krisen de er i når det gjelder brystkreft, og hvordan vi som sykepleiere kan hjelpe pasienten å mestre dette. Vi velger å ha fokus på kvinner i klimakteriet. Når det inntreffer er veldig individuelt. Totalt fikk 2771 kvinner diagnosen cancer mammae i perioden 2004 - 2008. For å få et innblikk over hvor mange kvinner som får diagnosen

cancer mammae i ulike aldergrupper, har vi hentet tall fra Kreftregisteret (2009). Dette viser ikke hvor stor prosentandel av kvinner som får diagnosen, men for å finne ut hvor mange kvinner som var i aldersgruppen 45-55 år (klimakteriet). Tabell 1 viser hvor mange tilfeller av diagnosen cancer mammae i hver enkelt aldergruppe.

Tabell 1

Alder	Tilfeller
20-24	2
25-29	9
30-34	32
35-39	83
40-44	166
45-49	283
50-54	360
55-59	381
60-64	383
65-69	297
70-74	174
80-84	209
85+	201
Sum	2771

Hensikten med denne oppgaven er å belyse hvordan kvinner opplever å få diagnosen cancer mammae, og hvordan kvinnenenes behov for sykepleiere som støttespillere kan arte seg. Videre vil vi se på hvordan vi som sykepleiere kan hjelpe dem til å føle at de mestrer livssituasjonen sin i rehabiliteringsfasen.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Valgt tema er krise og mestring, og vi har kommet fram til følgende problemstilling.

Hvordan fremme mestring hos pasienter med cancer mammae i rehabiliteringsfasen.

1.3. Oppbygging av oppgaven

I denne oppgaven har vi valgt å starte med presentasjon og begrunnelse for valg av tema og problemstilling. I teoridelen presenteres en oversikt over ulike søkemotorer og søkeord vi har benyttet for å finne litteraturen vi har brukt. Vi har gått igjennom litteraturen med kritiske øyne, og sett på det som er relevant for denne oppgaven. Videre har vi gått i gjennom all teorien vi har brukt for å få en oversikt før vi går til drøftingsdelen. Denne ender til slutt opp i en konklusjon som vil vise om vi har fått svar i forhold til vår problemstilling og valg av tema.

1.4 Avgrensning av oppgaven

I oppgaven er en nødt til å gjøre noen avgrensninger slik at vi får et reelt svar på problemstillingen vår. Det ene er at vi vil spesifisere hvilken alder kvinnene vi omtaler har. Vi har bestemt oss for å fokusere på kvinner i klimakteriet. Klimakteriet har en spredning i alder og kan komme på veldig ulike tidspunkt, men det vil vi ikke skrive noe om.

I denne oppgaven skriver vi ut ifra sykepleierens perspektiv. Sykepleie kan jo være mye forskjellig, og vi har derfor bestemt oss for å ta utgangspunkt i sykepleier som støttespiller. Selv om pasienten er i en hjemmesituasjon vil behovet for å ha en sykepleier med faglig kunnskap å støtte seg til være nødvendig.

Vi skriver om sykepleie til pasienter i tiden etter en operativ behandling. Det vil si når de er i startfasen til reaksjonsfasen, bearbeidelsesfasen og rehabiliteringsfasen i kriseprosesser. For å avgrense oppgaven vil vi ikke skrive noe om sjokkfasen og nyorienteringsfasen. Videre behandling og oppfølging, mestre den nye situasjonen de er i. Pasientene vil vi møte i hjemmesituasjon i kommunen. For å avgrense oppgaven ytterligere vil vi ikke skrive noe om tilleggs komplikasjoner som kan oppstå.

Rehabiliteringsprosessen har som mål en optimal funksjon fysisk, psykisk og sosialt, slik at pasienten kan møte hverdagslivets utfordringer. Etter å ha gjennomgått et behandlingsløp er rehabilitering en spesiell utfordring for kreftpasienter. I denne perioden kan pasienten også være i aktiv kurativ behandling, noe som forsterker opplevelsen av at man fortsatt er syk selv om man er på vei til å bli frisk.

Kommunikasjon er et viktig tema i sykepleien generelt. God kommunikasjon og samhandling med kreftpasienter og deres pårørende er grunnleggende for utøvelse av god sykepleie. Kommunikasjon er mer enn formidling av informasjon. Det er også et spørsmål om hvordan sykepleie informerer pasienten på en god måte, og hvilket forhold det er mellom informasjon og kommunikasjon (Reitan 2010).

Det at cancer mammae pasienter ofte får et endret kroppsilde når man for eksempel fjerner et bryst, er et veldig sentralt tema. Vi ønsker å fokusere på pasienter i denne fasen i forhold til mestring og krise.

Vi har valgt og ikke ha med pårørende i drøftingen, men har tatt med noe i konklusjonen.

Vi har med etiske vurderinger i vår oppgave, og har valgt å fokusere på holdninger og verdier innenfor dette. Etikk er et veldig stort tema, og vi kunne nok sikkert ha hatt med mer i oppgaven vår, men har valgt å holde oss til to undertemaer som vi føler er relevant.

2.0 METODE

Metode er et redskap som man bruker for å undersøke et tema, og hjelper med å få samlet inn relevant data skriver Dalland (2007).

Metoden forteller oss noe om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Begrunnelsen for å velge en bestemt metode er at vi mener den vil gi oss gode data og belyse spørsmålet vårt på en faglig interessant måte (Dalland 2007, s. 81).

Valg av metode er knyttet til valg av problemstillinger, eksisterende kunnskap og vitenskaplig forskning, vitenskaplige artikler, brukerkunnskap/erfaringskunnskap. Brukerkunnskap er også forskning. Litteratur er den kunnskapen oppgaven tar sitt utgangspunkt i, og som problemstillingen skal drøftes i forhold til. Derfor må det gå tydelig fram hvordan en bestemt type litteratur er valgt og hvordan utvalget er gjort (Dalland 2007).

For å belyse vår problemstilling har vi foretatt en litteraturstudie. Dette fordi vi selv ikke har erfaringer nok til å underbygge oppgaven. Målet med en litteraturstudie skal ikke være å fremstille ny kunnskap om temaet, men å anvende den kunnskapen som allerede finnes (Dalland 2007). Vi har sett på forskning og sykepleierteorier, teori om mestring, kommunikasjon og rehabilitering i forhold til cancer mammae.

De kvalitative metodene tar i større grad sikte på ”å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste (Dalland 2007, s.82). Det vil si at resultatet av en kvalitativ undersøkelse, gjerne er en artikkel eller lignende. I følge Jacobsen (2001) skal man ikke legge så mye føringer på hvordan resultatet skal bli når man gjør en kvalitativ undersøkelse. Man skal la den eller dem man snakker med få uttrykke seg fritt, ” hvis vi tar sikte på kvalitative data, gjennomfører vi en uformell intervjuing”(Grønmo 2004, s.159).

De kvantitative metodene har den fordelen at de tar sikte på å forme informasjonen om til målbare enheter som i sin tur gir oss muligheter til å foreta regneoperasjoner, som det å finne gjennomsnitt og prosenter av en større mengde (Dalland 2008, s.84). Om man gjør en kvantitativ undersøkelse vil resultatet komme ut som et diagram eller skjema over målbare enheter.

De kvantitative metodene har den fordelen at de tar sikte på å forme informasjonen om til målbare enheter som i sin tur gir muligheter til å foreta regneoperasjoner, som det å finne gjennomsnitt og prosenter av en større mengde (Dalland 2007, s. 72).

2.1 Litteraturstudie

Med utgangspunkt i problemstillingen og valgt tema, hadde vi kjennskap til noen bøker som vil være relevant.

Litteratur er et viktig grunnlag for nær sagt alle studentoppgaver. Det er den kunnskapen oppgaven tar sitt utgangspunkt i, og som problemstillingen skal drøftes i forhold til. Derfor må det gå tydelig frem hvorfor en bestemt type litteratur er valgt, og hvordan utvalget er gjort. Oppgavens troverdighet og faglighet er avhengig av at kildegrunnlaget er godt beskrevet og begrunnet (Dalland 2007, s. 64).

Når det gjelder litteraturen vi har brukt i vårt selvvalgte pensum, har vi for det meste brukt primærkilder, men også pensumlitteratur. Når det gjelder teoretikerne vi har underbygd oppgaven med, har vi brukt originalutgavene av bøkene. Det finnes mye litteratur rundt emnet cancer mammae. Vi synes at den litteraturen vi har valgt er relevant for vår oppgave. Oppdatert statistikk er hentet fra kreftforeningen sine nettsider. Vi har for det meste brukt litteratur som er rettet mot helsepersonell, men også litteratur som er rettet mot kreftpasienter og pårørende.

I en vitenskapelig artikkel er det visse momenter som må være med for at det skal kunne kalles en vitenskapelig artikkel. Disse momentene er: Sammendrag og begrepsavklaring, innledning, metode, resultat, drøfting og referanser (Hanson 2006).

Artiklene som ønsker status som vitenskapelig artikkel må gjennom et råd av granskere. Rådet går igjennom artikkelen for å se om den kan oppføres som en vitenskapelig artikkel. Artikkelen skal være tilgjengelig for alle, og den skal være lett å finne i ulike databaser (Hanson 2006). Det er visse ting som karakteriserer en vitenskapelig artikkel. Det er at man skal følge retningslinjene for en vitenskapelig artikkel, slik at den kan publiseres. Artikkelen skal være tilgjengelig for alle, og skal være lett å finne i ulike databaser.

2.2 Litteratursøk

Hovedsakelig har vi benyttet Bilsys-Ask, kreftforeningen og sykepleier.no som søkermotor. Via Høgskolen i Gjøvik sine hjemmesider, på fagmiljø, vitenskapelige publisering har vi funnet noe. DBH- publiseringskanaler er benyttet for å finne ut om artiklene er fagfellevurdert. På Kreftforeningens sine hjemmesider, der fant vi forskningslitteratur som vi har brukt litt av.

Via Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (www.kunnskapssenteret.no) fant vi forskningsartikkel Rehabilitation of breast cancer patients.

Haematological cancer patients: achieving a sense of empowerment by use of strategies to control illness. I boken "Kreftsykepleie- pasient- utfordring- handling" av Reitan og Schjølberg (2010) fant vi artikkelen "Kreftpasienter rangerer håp og egen kontroll som de beste mestringsstrategiene. Dette var relevant for vårt tema, problemstilling og oppgaven.

På www.sykepleien.no fant vi flere publikasjoner om brystkreft, som er relevant til denne oppgaven. Forskningslitteratur om bedre kommunikasjon, nytte av rehabilitering og om den vonde ventetiden og mestring.

Gjennom Kunnskapssenterets sider har vi funnet flere artikler om rehabilitering, kommunikasjon og krise og mestring. Dette var også relevant til vår oppgave.

Foreningen for brystkreft har vi også vært i kontakt med, og fått anbefalt relevant litteratur som passer til tema og problemstilling.

Helse- og sosialdepartementet på helsedirektoratet har, på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet nedsatt en arbeidsgruppe for å utarbeide et forslag til hvordan rekonstruksjon etter brystkreft skal integreres i pasientforløpet.

Søkeord

- Mestring
- Mestringsstrategier
- Håp
- Krise
- Cancer mammae
- Rehabilitering
- Kommunikasjon
- Aaron Antonovsky
- Joyce Travelbee
- Klimakterie/ overgangsalder

2.4 Kildekritikk

Kildekritikk betyr ikke at vi skal oppnevne oss til dommer over forskningsarbeidet bak en rapport eller den faglige kvaliteten bak en bok. Kritikken må hele tiden ses i lys av hva kildene skal belyse. Kildekritikken skal vise at du er i stand til å forholde deg kritisk til det kildematerialet en bruker i oppgaven. Det er to sider ved kildekritikk. Den første handler om hjelp til å finne fram til den litteraturen som best mulig kan belyse problemstillingen og

kalles kildesøking eller litteratursøking. Den andre handler om å gjøre rede for den litteraturen som en trenger å anvende til oppgaven (Dalland 2007, s.66).

For å begynne med den vitenskaplige artikkelen vi har med i oppgaven, mener vi at den er veldig relevant for det tema vi har valgt og problemstillingen. Den artikkelen handler om rehabilitering, hvordan trening og kognitiv terapi hjelper cancer mammae - pasienter. Derfor føler vi at den artikkelen har mye av det vi søker etter.

De andre forskningsartiklene vi har med er veldig relevante til tema og problemstilling. Det er forskjellige forskningsartikler som handler om det å mestre den krisen man er i.

Den første artikkelen er en fullt fagfellesvurdert vitenskaplig artikkel. De andre er forskningsartikler.

Resten av kildene vi har brukt, er en blanding av selvvalgt litteratur, og litteratur fra vår pensumliste. Vi har vært påpasselig med at litteraturen ikke skulle bli for gammel.

3.0 TEORIGRUNNLAG

Cancer mammae er den klart hyppigste kreftformen hos kvinner. Den rammer først og fremst kvinner over 50 år. Behandlingen pasienten skal igjennom er langvarig og påfører vedkommende store forandringer, både fysisk og psykisk. Å miste et bryst føles ikke bare som tap av en kroppsdel, men kan også føles som tap av kvinnelighet og identitet.

3.1 Brystkreft

Cancer mammae, eller brystkreft, er en alvorlig sykdom som rammer mange kvinner hvert år. Eldre og middelaldrende kvinner er mest utsatt, men unge helt ned i tjuårsalderen kan rammes.

Brystkreft er en ondartet svulst som oppstår i brystet. Det finnes mange forskjellige typer, men de fleste utgår fra brystkjertlene. Det er den vanligste kreftformen blant kvinner. Brystkreft er spesielt hyppig i 60-årsalderen, og rundt overgangsalderen. Arv er en viktig faktor, og man bør passe ekstra godt på om man har en mor eller søster som har hatt brystkreft. Ellers er sykdommen vanlig hos kvinner som ikke har født, hos eldre førstegangsfødene, og hos kvinner som har hatt en lang periode med østrogenpåvirkning (Jacobsen 2001).

I de fleste tilfellene tar det flere år fra de første mikroskopiske forandringene oppstår og fram til en kjennbar kul i brystet eller til spredning. Brystkreftcellene infiltrerer lokalt, men kan også rive seg løs og gi spredning til regionale lymfeknutene i armhulen, omkring kragebeinet eller bak brystbeinet. Spredning via lymfebaner gir økt risiko for fjernspredning til blant annet skjelettet, lungene og leveren (Almås 2010, s. 440).

Det tidligste symptomet på brystkreft er oftest en mer eller mindre fast kul i brystet eller i armhulen som kvinnen selv kjenner. Andre symptomer er:

- Sår som ikke vil gro på huden over brystet
- Inndragning av huden på brystet eller brystvorten
- Eksem-lignende forandringer på eller rundt brystvorten
- Blodtilblandet eller klar væske fra brystvorten
- Appelsinhud (rød, hoven hud med forstørret porer) eller åpne sår
- Forandringer i brystet størrelse og kontur (Almås 2010, s. 440).

Utviklingen av brystkreft deles inn i fire stadier:

- Stadium I: Kreften er begrenset til brystkjertelen og kreftsvulst er mindre enn 5 cm.
- Stadium II: Kreften er begrenset til brystkjertelen og nærliggende lymfekjertler.
- Stadium III: Kreftsvulsten er større enn 5 cm.
- Stadium IV: Kreften har spredt seg til andre organer.

Prognosen ved brystkreft er sterkt avhengig av hvilket stadium kreften oppdages i. Jo tidligere kreften oppdages jo bedre er prognosen. Det er ikke bare hvilket stadium kreften er i som har noe å si for prognosen, men også hvilken type kreft det er har noe å si (Den Norske Kreftforening 1991).

Nye behandlingsmetoder har ikke bedret prognosen vesentlig de siste 40 årene, men det at brystkreften nå i flere tilfeller oppdages på et tidligere stadium har hatt en positiv betydning (Almás, 2010). I 95/96 startet mammografi programmet opp i Norge. Dette er en screeningundersøkelse, der det sendes ut invitasjoner til alle kvinner mellom 50-69 år. Oppmøte på disse screeningrundene er ca 77 %. Dette programmet har ført til at flere brystkrefttilfeller blir oppdaget tidligere. Gjennom mammografi kan man oppdage små forandringer i brystet, før man kjenner dem selv. Hvert år oppdages ca 1000 nye tilfeller brystkreft gjennom mammografi programmet. I siste komplette registrerte screeningrunde ble det oppdaget 1983 brystkrefttilfeller (Kreftregisteret 2008). Ved cancer mammae diagnose vil fjerning av et bryst være traumatisk for pasienten med sorg over tap – av identiteten som kvinne, mor og seksualpartner. En annen side er også opplevelsen av endret kroppsilde, dette er uavhengig av alder (Reitan 2010).

Utviklingen av kreft skjer i en flertrinnsprosess. Celledelingen i kroppen vår reguleres av kontrollsystemer. For at en normal celle skal bli en kreftcelle som deler seg ukontrollert, må den frigjøre seg fra både sine egne reguleringsmekanismer og omgivelsenes påvirkning. I tillegg til ukontrollert vekst vil det også være en manglende celledød (Kvåle 2002, s. 20).

Kvinner som opplever tap av et bryst vil oppleve krise, sorg over tapet og angst for framtiden vil være naturlig reaksjon. Sykepleiers rolle vil være viktig ved å være tilstede, lytte og støtte pasientens følelser. Sykepleieren må også forvise seg om at pasienten har forstått eller ”fått med seg” den informasjon som blir gitt (Reitan 2010). Sykepleieren må være var for de tegn som tyder på at pasienten/kvinnen ønsker å snakke om sine vonde følelser i forbindelse med tapet av et bryst.

Fatigue er et fenomen som ofte plager kreftpasienter. Generelt kan fatigue defineres som en tilstand karakterisert ved:

En subjektiv følelse av økt ubehag og nedsatt funksjonskapasitet på grunn av redusert energi. Denne tilstanden av økt ubehag og nedsatt funksjonskapasitet kan oppleves som en tretthet eller svakhet som ikke forsvinner ved hvile eller søvn (Reitan 2010, s. 174).

Stramme lymfeårer kan være en følgetilstand etter operasjoner der det er fjernet lymfeknuter fra armhulen. Årsaken er ofte stuving av lymfevæske i lymfeårer som ble kuttet over under operasjonen. Pasienten opplever armen som ”for kort”, med økende smerter i armen i 2-3 uker etter operasjonen.

Lymfeødem kan pasientene bli plaget med etter en cancer mammae operasjon. Hvis pasienten føler at armen føles hoven eller tung er det viktig å oppsøke legen tidlig. Viktig å komme tidlig til behandling. Det er lettere å holde et moderat ødem i sjakk enn å redusere et svært ødem (Reitan 2010).

Klimakteriet er perioden da ovalfunksjonen gradvis avtar. Dette starter i 45- 50 års alderen i klimakteriet er det blødningsforstyrrelse, sviktende follikelfunksjon ytre seg enten som korte eller lange menstruasjonsintervaller. Enkelte kvinner kan være svært plaget med mange kraftige hetetokter i døgnet i flere år. Forhøyet FSH og varierende østradiol. Klimakteriet er en fysiologisk prosess som i utgangspunktet ikke trenger behandling. De plagene som følger med kan imidlertid være behandlingstrengende (Per Bergsjø m/flere 2000).

Psykisk støtte fra sin eventuelle partner er viktig, men for at partneren skal være en støttespiller trenger han kanskje hjelp. For mange pasienter er det å miste et bryst at de ikke opplever seg som fullverdig kvinne. I vår kultur betraktes brystene som en viktig del av kvinnens seksuelle identitet.

3.1.1 Rekonstruksjon etter brystkreft - behandling og rehabilitering

Helsedirektoratet satte ned en arbeidsgruppe for å utarbeide et forslag til hvordan rekonstruksjon etter cancer mammae skal integreres i pasientforløpet. Rekonstruksjon etter fjerning av hele brystet innebærer at man ønsker å gjenskape brystets volum og form med en protese, eget vev eller kombinasjon av disse. Rekonstruksjon av bryst skal være en del

av behandlingsforløpet ved cancer mammae. Som en del av behandlingsforløpet har rekonstruksjon status som prioritert helsehjelp og skal gis innen et forsvarlig forløp (Rapport fra arbeidsgruppen, 23. mars 2012).

Mange kvinner opplever det som en belastning at et bryst er fjernet. Kvinner som får fjernet et bryst har mer plager i arm og skulder. Ventetiden til man får rekonstruksjon av bryst har vært lang. Inntil kvinnen får rekonstruksjon av et bryst føler hun at «alle» kan se at hun mangler et bryst. Ved å få ned ventetiden på rekonstruksjon vil det øke kvinnens livskvalitet (Reitan 2010).

3.2 Å oppleve krise

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

Man kan dele inn menneskers krisereaksjon i fire faser:

- Sjokkfasen
- Reaksjonsfasen
- Bearbeidelsesfasen – eller reparasjonsfasen
- Nyorienteringsfasen

I reaksjonsfasen begynner en å ta innover seg det som har skjedd. Man slipper sannheten inn på seg, og dermed også de følelser og reaksjoner som oppstår (Eide & Eide 2007). Å mestre den nye livssituasjonen er en ny utfordring og innebærer læring og utvikling på flere områder både for pasienten og hans nærmeste (Almås 2010).

Reaksjonsfasen inntreffer forskjellig. Ved krise som utløst av sykdom, diagnose vil reaksjonen komme ganske fort etter at pasienten begynner å innse hva situasjonen innebærer (Eide & Eide 2007).

I begynnelsen av bearbeidelsesfasen vil man kunne være følelsesmessig ustabil og de følelsene som har vært fortrent strømmer på. Fasen kjennetegnes ved at pasienten gradvis gir slipp på forsvaret og åpner til større grad for de følelsesmessige reaksjonene uten at det blir overveldende (Eide & Eide 2007).

Alvorlige livshendelser, det være egen sykdom, traumer, katastrofer, vold, dødsfall eller andre store endringer i ens liv kan føre til tap av mening og sammenheng. Verden blir plutselig annerledes og mindre trygg og forutsigbar. Den som rammes går inn i en krise (Eide & Eide 2007).

Personer som opplever krise har ekstra behov for støtte, medmenneskelig kontakt og noen som dem kan dele tanker og følelser med. God kommunikasjon kan hjelpe pasienten sykdom og krise bedre.

Når vi som sykepleier møter pasienter i krise kan det være vanskelig å forstå hva en krise innebære. I Reitan (2010) hentet fra Jacobsen (2009) skrives det at ”Å være i en krise er ingen sykdom, men en naturlig eksistensiell opplevelse som alle mennesker på et eller annet tidspunkt erfarer, og alle kan vi hjelpe hverandre i slik situasjoner” (Reitan 2010, s.72).

Krise er den psykiske reaksjonen som person opplever når vanlige mestringsstrategier ikke er tilstrekkelig for å finne løsninger på en vanskelig situasjon. Et menneske som møter krise og sorg har både vilje og evne til å hjelpe seg selv, men den kan være svekket ved krise.

Hummelvoll (2004) mener at frykten som kommer når mennesker opplever utforutsette hendelser, gjør at man tar i bruk mange forskjellige måte for å beskytte seg selv på, dette for å forminske krisens dimensjon.

Kunnskaper om krise- og sorgteorier kan bidra til en bedre forståelse av de psykiske aspekter og reaksjoner kreftpasienter kan oppleve i forbindelse med en krise. Helsepersonell må være bevisst hvilken forståelse som er relevant til det enkelte tilfellet. En må handle ut fra kreftpasientens helsefremmende ressurser og styrke. Slik at han mestrer utfordringer som han står overfor i forbindelse med krise og sorg.

3.3 Å være i en rehabiliteringsfase

Etter at en pasient har vært igjennom et behandlingsforløpes er rehabilitering en spesiell utfordring. Hvordan leve ” som normalt ” etter at en er ferdigbehandlet for kreft. Forløpet fra en person får en sykdom til vedkommende er kurert og tilbake i hverdagen og i arbeids og familielivet, er en prosess med mange faser. Rehabiliteringsprosessen har som mål en

optimal funksjon fysisk, psykisk og sosialt, slik at pasienten kan møte hverdagslivets utfordringer. Det innebærer å

- Bedre pasientens generelle funksjonsevne ved å øve opp fysiske, psykiske og sosiale ferdigheter.
- Redusere eller hindre praktiske problemer ved å mobilisere pasientens egne ressurser fysisk, psykisk og sosialt, eller ved å tilføre ressurser utenfra i form av psykisk sosialt, praktisk og materiell støtte
- Øke pasientens livskvalitet.

I rehabilitering har pasienten behov for ulike faggrupper. Det er derfor behov for å utarbeide en felles individuell plan. Pasientens aktive deltakelse og brukermedvirkning er grunnlag for rehabiliterings metode, faglig og felles målsetting som samarbeidspartene utarbeider. Samarbeid mellom ulike faggrupper er derfor av vital betydning i omsorgen for cancer pasienter og deres pårørende.

Rehabilitering betyr å gjeninnsette i tidligere stilling og gjenreise tidligere verdighet. Rehabiliteringsinnsatsen rettes mot langvarige eller varige tilstander av fysisk, psykisk eller sosiale funksjoner (Reitan 2010).

3.3.1 Effekten av rehabiliteringstiltak

Cancer mammae er den sykdommen flest kvinner i verden rammes av. Det at den oppdages tidlig og dagens behandling gjør at mange overlever denne cancerformen. Flere pasienter opplever kronisk tretthet (fatigue), konsentrasjonsproblemer, nedsatt skulderbevegelse og lymfeødem. Det er også rapportert en høyere forekomst av angst og depresjoner. Pasienten opplever bivirkninger av sykdom og behandling flere år etter ferdigbehandling. Det blir derfor viktig å vurdere hvordan ulike strategier best understøtter fysisk og psykisk rehabilitering.

Rehabilitering betyr å gjeninnsette i tidligere stilling og gjenreise tidligere verdighet. Fysisk aktivitet etter primær behandling ser ut til å motvirke fatigue og bedre livskvaliteten hos pasienter. Kognitiv terapi etter brystkreftbehandling gir bedre livskvalitet. Det er begrenset dokumentasjonstiltak. Men det virker som fysisk aktivitet og kognitiv behandling har stor nytte og bedrer livskvaliteten for pasientene.

Rehabiliteringsarbeid forutsetter at det utvikler seg et tverrfaglig samarbeid. Det har vital betydning i omsorgen for cancer pasienter og deres pårørende. I denne formen for samarbeid belyser hver faggruppe problemer ut fra egne planer og mål. Pasienten kan

utsettes for en rekke uavhengig enkeltfaglige vurderinger som det kan være vanskelig å forholde seg til.

Det er behov for flere randomiserte studier om effekten av rehabiliteringstiltak for å minske fysisk og psykiske ettervirkninger av sykdom og behandling. Det er behov for å se på både hvilket innhold, tidspunkt i forløpet og lengde på tilbudet som cancer pasienter har best nytte av (Norwegian Knowledge Center for the Health Services 2009).

3.4 Mestringsstrategier i rehabilitering

Denne artikkelen omhandler hvilke mestringsstrategier cancer pasienter bruker for å føle kontroll over sykdommen. Intervju objektive har tidligere vist en sterk følelse av kontroll og en høy grad av mestring. Studiet viser at de fleste pasienter mente at diagnosen var ødeleggende og et stort sjokk, men at de etter en uke ville bekjempe sykdommen og få tilbake kontroll.

Kreftpasienter rangerer håp og kontroll som de beste mestringsstrategiene – verktøy for å mestre utfordringen. Pasienten aksepterte og forsto at de måtte prioritere annerledes etter å ha fått diagnosen. Mestringsstrategi hos cancer pasienter vil si en kampvilje som gjør at dem aksepterer sin diagnose. Mestringsstrategier er forbundet med det en gjør for å takle krav eller utfordringer. For den som er syk kan håp være en ressurs som gir bedre mestring.

Det var viktig å ha støttespiller som dem stolte på, familie, kollegaer og gode venner. De fleste informantene følte bekymring for diagnosen og framtid. Pårørendes situasjon og funksjon vil være avhengig av pasientens tilstand og behov for hjelp og støtte.

Aktiv lytting er et redskap til raskere og dypere forståelse av pasientens problem og behov. For at cancer pasienter og deres pårørende skal oppleve best mulig livskvalitet på tross av sykdom må helsepersonell se omsorgen til disse pasientene som en felles oppgave der de ulike profesjonene har sin rolle. Det var viktig å finne balansen, føle kontroll, snakke om sykdommen for å klare å mestre livet. Målsetningen med denne forskningen var at behandlingen vil få en dypere forståelse av de mange varierte strategiene som brukes av cancer pasienter for å mestre sin sykdom (Bulsara m.fler 2004).

Mestring er et allmennmenneskelig fenomen og en del av sosialiseringprosessen. I dagligtale brukes ordet synonymt med uttrykk som å klare seg, å greie seg og få til noe.

Mestring dreier seg om hvordan mennesker møter belastende livssituasjoner. Mestring er det en gjør med det sammenbruddet av mening en opplever, og med de forandringer som skjer. Mestring består av et bredt spekter av bestrebelser og strategier rettet mot å kontrollere både ytre og indre krav og konflikter (Reitan, 2010).

Kreftpasienter rangerer håp og egen kontroll som de beste mestringsstrategiene- verktøy for å takle utfordringer. En mestringsstrategi hos kreftpasienter vil si en kampvilje som indikerer at pasienten aksepterer sin diagnose og har en optimistisk innstilling til sykdommen (Reitan 2010).

Mestring innebærer å forholde seg til den belastningen situasjonen gir på måter som gjenoppretter mening og sammenheng. Med mestring menes å takle stress og påkjenninger slik at man får et godt utfall til tross for et dårlig utgangspunkt. Bidrar til å bearbeide den følelsesmessige reaksjonen og eventuelt også løse de vanskeligheter man står overfor (Eide & Eide 2007, s. 104).

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

Når individet står overfor angst og stress, kan det prinsipielt reagerer på to måter: ved rasjonelle bevisste mestringsmekanismer eller ved ubevisste forsvarsmekanismer (Einar Kringlen 2008, s. 279). Mestring er det personen føler, tenker og faktisk gjør i den spesielle situasjonen for å endre det aktuelle forholdet mellom personen og omgivelsene, eller for å endre meningen av dette forholdet.

Mestring defineres som kontinuerlig skiftende kognitive og atferdsmessige anstrengelser for å takle spesifikke ytre eller indre krav som oppleves som belastende, eller som overskrider ens ressurser. Generelt kan man si at mestring handler om; Å endre skadelige ting i omgivelsen, å tolerere og tilpasse seg negative begivenheter og realiteter, samtidig som en positiv selvoppfatning opprettholdes, å bevare følelsesmessig balanse, å bevare et tilfredsstillende forhold til andre mennesker (Moesmand og Kjøllesdal 2007).

Selv i perioder med store påkjenninger, sykdom og helsesvikt viser mennesket en utpreget evne til å tåle stress og kunne tilpasse seg endrede livssituasjoner. Denne elastisiteten er

antakelig en forutsetning for å kunne bevare helsen. Denne teorien hevder at når mennesket opplever en personlig truende hendelse, vil tilpassingsprosessen sentreres om tre temar:

- Man søker etter *mening* med hendelsen
- Man forsøker å gjenvinne *mestring* av livssituasjonen
- Man arbeider for å ta vare på og *øke selvaktelsen* (Hummelvoll 2003, s. 33).

3.4.1 Opplevelse av sammenheng i vanskelige livshendelser

Antonovsky (2000) skriver i sin bok at det finnes to ulike grupper som har ulike syn på det med helse og sykdom.

De, der inntager det første standpunkt, velger at fokusere oppmerksomhet og ressurser på at bevare folks gode helbred og forhindre, at de bliver syge. De, der inntager det andre standpunkt, fokuserer på dem, der er syge, og sørger at hjelpe dem til at genvinde deres gode helbred, udskylde dere død eller forfindre, at de bliver kronisk syge. Den første gruppe argumenterer for, at det er meget mer effektivt at kronisk syng. Den først gruppe argumenterer for, at det er meget mer effektivt at kronisk syge. Den første gruppe argumenterer for, at det er meget mer effektivt at bruke ressurser på sundhedsfremme; den andre svarer- i det omfang der er en dialog- at inte humant samfund kan se bort fra de lodelser, der plager de syge her og nu (Antonovsky 2000, s. 21).

Antonovsky hadde en annen måte å tenke på enn hva andre teoretiker på den tiden gjorde. I stedet for å se på detaljer så han på helheten (Hanson,2010). Han er opptatt av salutogenese – en teori som fokuserer på å holde folk friske (Antonovsky ,1996).

Han mente at en grunnleggende opplevelse av sammenheng er knyttet til personens identitet. En sterk opplevelse av sammenheng i tilværelsen er en ressurs som gjør mennesket i stand til å mestre belastende livshendelser av ulike slag. Han var opptatt av hva som var årsaken til å opprettholde sin helse til tross for at de var utsatt for omfattende og sterke påkjenningen. Møte pasientene er preget av de tre faktorene, forståelighet, meningsfullhet og håndterbarhet (Kristoffersen 2005).

Antonovsky kom opp med en teori som han kalte Salutogene modell. Den salutogene modellen førte til noe som han kalte ”Sense of Coherence” eller ”opplevelse av sammenheng” Man må se hele sammenhengen, ikke bare detaljer. Hvor bra man takler utfordringer har med å gjøre hva man har opplevd tidligere. Han understreker at enkeltmenneskets opplevelse av sammenheng i tilværelsen er avgjørende for at det skal kunne reagere konstruktivt på en belastende situasjon. I følge han er den som har en sterk ”Sense og coherence” et bedre utgangspunkt til å håndtere det som livet byr på av

stressende og mulig vanskelig opplevelser. Måten man takler sykdom på har med å gjøre hvilke tidligere livserfaringer man har (Kristoffersen 2005).

Mestring skjer i et samspill mellom faktorer i situasjonen og den indre motstandskraft hos personer. Pasienten må oppleve at det er en mening i sin livssituasjon. At han opplever innflytelse og mulighet til å påvirke sin situasjon (Kristoffersen 2005).

3.5 Sykepleierens rolle ved sykdom og krise

Sykepleiere skal vise omsorg for alle som lider, uansett hva årsaken til lidelsen måtte være. I det daglige arbeidet vil sykepleiere oppleve mennesker som veksler mellom håp og håpløshet og fortvilelse. For mange er det kort vei fra håp til håpløshet og lidelse. De ulike reaksjonene gjenspeiler hvor ulike vi er som mennesker, og hvor forskjellige vi reagerer når vi blir utsatt for traumer i livet.

Sykepleieren må være i stand til å se pasientens endrede kroppsbilde som en integrert del av pasientens opplevelse av velvære. Sykepleiere har et selvstendig ansvar for undervisning og veiledning og må ha læring med i tankene fra det første møte med cancer pasienter.

Pasientens behov for å bli lyttet til er beskrevet av blant andre Nightingale:

Han føler hvilken lettelse det vil være, om det fantes en person som han kunne snakke åpent og rett fram til, uten å risikere å utløse en strøm av tåpelige ønsker og oppmuntringer, en han kunne uttrykke sine ønsker og instruksjoner overfor uten at den andre møtte dem med meddelelser som ” jeg håper dette vil glede gud så gir Dem tjue nye år” De har et langt og aktivt liv foran Dem”. Florence Nightingale: Notes on Nursing (Eide & Eide 2007, s. 28).

Som pasient, klient eller pårørende er vi usikre og sårbare. Vi våger oss frem for å bli imøtekommet. Vi trenger derfor å møte en person som lytter, og som viser oss den nødvendige åpenhet, respekt og forståelse.

Aktiv lytting er en forutsetning for en god hjelpende samtale. Ved å være henvendt – verbalt og nonverbalt- kan vi vise interesse, omsorg og oppmerksomhet på en slik måte at den andre føler seg ivaretatt. Aktiv lytting er et redskap til raskere og dypere forståelse av pasientens problem og behov, og videre er det et middel til å yte hurtigere og bedre hjelp.

Ofte kan det å lytte på en aktiv og henvendt måte være en viktig hjelp i seg selv, og gi den andre styrke og mot til å møte vanskeligheter på en bedre måte. Dette kan føre til at den andre åpner seg og deler det som ligger han på hjerte (Eide & Eide 2007).

3.5.1 Kommunikasjonens betydning i rehabilitering

Travelbee mener at kommunikasjon er en gjensidig prosess. En prosess som sykepleieren bruker for å søke å gi informasjon både til den syke og dens familie. Og den syke og familien bruker for å få hjelp. Sykepleieren kommuniserer for å motivere og influere syke mennesker, og blir i sin tur influert av dem.

Kommunikasjon er altså en kontinuerlig prosess- en overføring av meninger eller budskap mellom individer. Disse meningene overføres gjennom verbal kommunikasjon (med ord) eller non- verbale kommunikasjon (med gester, ansiktsuttrykk og kroppsbevegelse). Kommunikasjon er ikke et mål i seg selv, men et middel til å nå interaksjonsprosessen mål, nemlig å oppfylle sykepleierens mål og hensikt. Kommunikasjon kan betraktes som en prosess som hjelper sykepleieren til å nå disse målene (Travelbee 2007).

En god kommunikasjonsferdighet kan betraktes som kvalitetssikring av sykepleiere og andre helsepersonell. God samtaleferdigheter er et middel til å forstå personen og yte bedre omsorg.

En viktig antakelse til grunn for at den profesjonelle sykepleierens oppgave er å planlegge, tilrettelegge og lede interaksjonen med den syke på en måte som tjener sykepleiers mål og hensikt. Kommunikasjon er en prosess som kan gjøre sykepleieren i stand til å etablere et menneske -til- menneske- forhold og dermed oppfylle sykepleierens mål og hensikt, nemlig å hjelpe enkeltindivider og familier med å forebygge og mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og nødvendig å hjelpe dem til å finne mening i disse erfaringene (Travelbee 2007, s. 135).

Kommunikasjons hensikt er altså å skape god kontakt med pasienten, bidra til realisering av profesjonens og pasientens mål. Kommunikasjon kan kjennetegnes ved fire hovedpunkter: kunnskap og ferdigheter, etikk, empati og holdninger.

Kunnskap og ferdigheter i faget er grunnlaget for alle profesjoner. Fysiologi og anatomi, psykologi og relasjonskunnskap er viktige kunnskapsområder. Som regel er det et nært samspill mellom kunnskap, instrumentelle ferdigheter og kommunikasjon.

Etikk har å gjøre med verdier og holdninger, og at det handler om respekt. I dette tilfelle respekt for pasienten. ”Etisk teori kan ses på som et hjelpemiddel og et teoretisk verktøy” (Brinchmann 2008, s. 17).

Empati er evnen til å lytte og det å kunne sette seg inn i en annens situasjon og til å forstå den andres følelser og reaksjoner. Empati er kanskje det viktigste grunnlaget for god

kommunikasjon. Empati er en fase i oppbyggingen av forholdet mellom sykepleieren og den syke, og av verdi for en gjensidig forståelse og kontakt.

Holdninger, evne og viljen til å arbeide for å realisere profesjonens målsetninger er karakteristisk for en profesjonell holdning (Eide & Eide 2007). ”Bare med sine holdninger kan sykepleieren gjøre livet levelig eller ulevelig, mulig eller umulig for pasienten” (Brinchmann 2008,s.126). Sykepleierens holdninger sier noe om hvordan hun møter pasienten, men ikke noe om hvordan hun skal gjøre det (Brinchmann 2008). Kristoffersen og Nortvedt (2005) skriver at det er viktig at vi som sykepleiere tar ansvar for våre egne holdninger. Det vil si hvordan vi oppfører oss i ulike situasjoner. ” Våre holdninger forstått som den måten vi framstår på i en konkret situasjon, er viktige i den forstand at de er et spontant uttrykk for hvordan vi er som personer og hvordan vi reagerer i situasjoner”(Kristoffersen & Nortvedt 2005, s. 164).

3.5.2 Å etablere et menneske- til- menneske forhold

Travelbee (2008) mente at ”sykepleie er en mellommenschelig prosess der sykepleieren gir hjelp til å forebygge, mestre eller finne mening med sykdom og lidelse”. Hun beskriver kommunikasjon som et av sykepleierens viktige redskaper når det gjelder å etablere et viktig menneske- til – menneske forhold til pasienten. Kommunikasjon er en prosess der mennesker formidler sine tanker og følelser til hverandre. (Kristoffersen 2005).

Enhver sykdom eller skade er en trussel mot selvet, og personens opplevelse av sin sykdom er langt viktigere enn et hvilket som helst diagnosesystemet for helsepersonell. En kan ikke på forhånd vite hvordan den enkelte opplever sin sykdom, før helsearbeideren utforsker dette sammen med vedkommende og får fram hvilke meninger han tillegger sin tilstand (Kristoffersen 2005 bind 4, s 28).

Travelbee 2008 sier at håpet er framtidsrettet og karakterisert ved en forventning om å nå noe i tiden man har foran seg. Den som håper, tror altså på framtiden og dens mulighet (Kristoffersen, 2005). Travelbee mener at

”Sykepleie er en mellommenschelig prosess der sykepleieren gir hjelp til å forebygge, mestre eller finne mening med sykdom og lidelse gjennom kommunikasjon blir sykepleieren kjent med pasienten som person og sikre at de tiltakene sykepleieren iverksetter, er i samsvar med pasientens behov” (Kristoffersen 2005 bind 4, s. 27).

Sykepleiens mål og hensikt er å hjelpe enkeltindividet, familien eller samfunnet til å forebygge eller mestre sykdom og lidelse og det er nødvendig å finne mening i disse

erfaringene. Profesjonelle sykepleiere, uansett hvor de fungerer, har mulighet til å utføre viktige funksjoner. Å hjelpe enkeltindividet, familien eller samfunnet til å forebygge eller mestre sykdom og lidelser er sentralt.

Å hjelpe enkelindividet, familien eller samfunnet til å finne mening i sykdom og lidelse (om nødvendig) (Travelbee 2007). Sykepleiens mål og hensikt er å hjelpe enkeltindividet, familien eller samfunnet til å forebygge eller mestre sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene (Travelbee 2007, s. 41).

3.7 Pårørendes betydning

Pårørende situasjon og funksjon vil være avhengig av pasientens tilstand og behov for hjelp og støtte. Samspill- og samhandlingsmønstre mellom pasient og pårørende preges av hvordan de takler sykdomsutvikling og endring. Dette er også avhengig av hvor nær pasienten og pårørende står hverandre, når i livet diagnosen opptrer og utfall av behandling (Reitan 2010).

Blant de viktigste faktorer som bestemmer hvordan pårørende opplever sin situasjon, kreftsykes forventning, pårørendes egen helse og tilgang til andre hjelpere. Kartlegging av hvordan pårørende har det i sin situasjon/funksjon som hjelper bør gjøres skriftlig og på en slik måte at det er mulig å følge opp den enkelte pårørende over tid (Reitan 2010).

Sykepleieren møter pårørende i krise og sorg med respekt og forståelse for den livssituasjon den enkelte befinner seg i, og styrke dem i troen på at de mestrer den krevende situasjonen dem er i. En skal også styrke kreftpasienters emosjonelle mestring ved å veilede dem til å henvende seg til sitt nettverk. Å ha noen å snakke med er det viktigste ved all krisemestring. Når den kriserammede slipper å være alene med vonde tanker og følelser, blir dessuten følelsen av hjelpeløshet ikke så sterk, og opplevelsen av kontroll øker.

4.0 DRØFTING

Foregående avsnitt presenterte kunnskap om cancer mammae, å oppleve krise, å være i en rehabiliteringsfase, mestringsstrategier i rehabilitering, opplevelse av sammenheng i vanskelige livshendelser, sykepleierens rolle ved sykdom og krise og pårørendes betydning. Denne oppgavens hensikt var å belyse hvordan kvinner opplever å få diagnosen cancer mammae, hvordan kvinners behov for støtte kan arte seg og å finne svar på hvordan vi som sykepleiere kan hjelpe denne pasientgruppen til mestring i rehabiliteringsfasen.

I denne delen av oppgaven vil vi drøfte hvordan sykepleier på best mulig måte kan hjelpe pasienten til mestring.

Når en får diagnosen cancer mammae, er det ingen som sier at man kommer til å dø, og det er ingen dødsdom. Men allikevel er sjokket stort og man kan føle det som en dødsdom.

Ut fra kunnskapsgrunnlaget ser det ut til at hovedutfordringene i rehabiliteringen for disse pasientene er ulike fysiske plager, sorg- og krisereaksjoner, endret kroppsbilde og truet identitet og manglende håp og mening.

4.1 Hvordan lindre pasientens fysiske problemer

Det er tidligere beskrevet at de som har vært gjennom behandling mot brystkreft opplever fysiske plager som fatigue, lymfeødem og klimakterieplager. Å hjelpe pasienten med lindring vil kunne bidra til opplevelse av mestring i rehabiliteringsfasen.

Alle med cancer diagnose kan føle fatigue. Fatigue kan ikke måles medisinsk og er dermed vanskelig å forklare. Ca 96 % av pasienter som får kreftbehandling, kan oppleve fatigue. Dette er en stor del av en kreftdiagnose. Fatigue synes ikke utenpå. De som føler fatigue, kan se langt mer friske og opplagte ut enn de faktisk er. Fatigue er en subjektiv følelse av tretthet eller utmattelse, fysisk og mentalt, og det gjør at pasienten føler seg misforstått av omgivelsene. Denne type bivirkning må ikke forveksles med utmattelses syndrom (Troye 2010). Dette kan det være vanskelig for pårørende å forstå, og da er vi som sykepleiere der som støttespillere og at vi som sykepleiere kan informere om hva fatigue er og at det kan være en del av kreftdiagnosen.

Lymfeødem kan være en komplikasjon til brystkreftopererte. Viktig at sykepleier kjenner til symptomene slik at sykepleier kan informere pasienten om faresignalene og hvordan det kan forebygges. Informasjon er veldig viktig slik at pasienten kan gjøre riktige øvelser og

selv å forebygge plager. Lymfeødem er kronisk tilstand, som kan bli invalidiserende for pasienten. Selv om pasienten er frisk av sin kreftsykdom, kan lymfeødemet bli et meget stort problem.

Ved cytostatika og strålebehandling der det blir brukt antiøstrogener for å hindre at tumor vokser, vil bivirkningen være at pasienten får symptomer på klimakteriet. Cancer mammae inntreffer ofte i fra 45 – 55 års alderen og det er i den aldersgruppen klimakteriet normalt starter. Dette kan føre til en betydelig tilleggsbelastning for pasienten (Reitan 2010). Som sykepleier er det viktig å gi informasjon til pasienten om at dette kan være normalt ved slik behandling.

Effekten av rehabilitering for cancer mammae pasienter ved fysisk aktivitet og kognitiv terapi vil bedre livskvaliteten og redusere fatigue. Cancer mammae pasienter bør lære egenbehandling med massasje i form av meget lette strykninger på hele armens utside og over skulderen i retning motsatt side. Sykepleierens oppgave i forebygging av lymfeødem er informasjon og veiledning, og en del praktiske tiltak som utføres sammen med pasienten (Rehabilitation of breast cancer patients 2009).

4.2 Hvordan støtte en pasient som opplever endret kroppsbilde og truet identitet

Uansett alder vil det å miste et bryst gi sorg over tapt identitet og kvinnelighet. Kroppsbildet kan bli endret om man må fjerne et bryst, dette vil gå på kvinnens selvbilde og i vår kultur er bryst et symbol på seksualitet. Mange kvinner som fjerner hele brystet, ønsker å rekonstruere brystet for å oppnå en større følelse av symmetri, likevekt og velvære enn det en utvendig protese gir (Reitan 2010). I den senere tid har det vært en aksjonsgruppe ”Pupp til folket” for å få fortgang i rekonstruksjon av bryst. De har overlevd sin livs kamp mot kreften. Så må de sloss for retten til et nytt bryst. Tusenvis av norske kvinner står i puppekø. Håpet var et politisk ja til nytt bryst innen et år etter endt kreftbehandling (Dagbladet, magasinet 10.03.2012).

For at pasienten skal kunne akseptere og mestre det at hun har mistet et bryst er det viktig at hun klarer å prate om den nye situasjonen. Kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient må derfor være god, noe som kan hjelpe pasienten til å bearbeide reaksjoner og mestre sykdom og krise bedre (Eide & Eide 2007). Det at pasienten føler seg trygg på sykepleieren gjør at de får et tillitsforhold til hverandre, slik at pasienten åpner seg for

sykepleieren (Almås 2010). Ved at pasienten åpner seg for sykepleieren kan også gjøre det lettere for henne å snakke med partner/familie senere.

Travelbee sier at det å skape god kommunikasjon er en gjensidig prosess. Kommunikasjon er et viktig redskap for å få formidlet god informasjon. Ved å ha etablert god kommunikasjon med pasient vil sykepleier være i stand til å etablere et menneske – til – menneske forhold.

4.3 Hvordan bidra til å skape håp og mening

Antonovsky er opptatt av helheten og sammenhengen.” Sence of coherence”, eller ”opplevelse av sammenheng”. Han mener derfor at det å se sammenhenger og ikke detaljer, har med hvordan en takler sykdommen og tidligere livserfaring. Han fokuserer på det friske istedenfor det syke dvs den salutogene delen.

Slik som vi tolker det Antonovsky står for, er det viktig at man fokuserer på det som er friskt og ikke å ha fokus kun på det syke. Han mener det å se helheten og ikke bare det som er sykt, vil det bli lettere å takle sykdommen, i forhold til bare å fokusere på bare det syke. Å se sammenhengen gjør at man fokusere på det som fremmer helsen, og ikke det som er sykt. Han mener at uansett hvor syk man er kan man klare å se noe positivt i situasjonen. Her vil sykepleierens rolle komme inn slik at pasienten får mulighet til å tømme seg for alt som er negativt, slik at fokuset kan gå på det positive.

Travelbee går mer inn på menneske- til menneske forholdet, det vil si at hun går mer inn i pleie og pasient forholdet. Hun ser på det mellommenneskelige forholdet som oppstår mellom pasient og sykepleier. Det medfører at hun ser mer på det syke hos mennesket i motsetning av Antonovsky som fokuserer på det friske. Travelbee sin tenkning er at en sykepleier tar seg av det syke, slik at pasienten kan få mulighet til å fokusere på det friske, og det positive. Det vil være i tråd med det som Antonovsky tenker.

Travelbee legger vekt på evnen til empati for å komme den syke personen i møte. Hun mener at empati er avhengig av at sykepleieren har lignende erfaringer som pasienten. Sykepleieren skal ikke dømme pasienten, men behandle pasienten nøytralt.

I og med at vi møter pasientene i hjemmesituasjonen og i startfasen av rehabiliteringen, er det viktig at man møter pasienten med respekt, slik at pasienten føler verdighet i en

sårbar situasjon. Som sykepleier må man la pasienten takle de ulike situasjonene i rehabiliteringsprosessen på sine egne premisser. Det vil være viktig at sykepleier er en støttespiller for at pasienten skal føle mestring i situasjonen, derfor er det viktig at sykepleier er tilgjengelig for pasienten. Dette kan føre til at pasienten tør å stille spørsmål eller bare ønsker å prate om følelsene sine. En må vise pasienten at man har tid til å snakke, svare på spørsmål, gi råd og støtte. Om sykepleieren har en avvisende holdning kan det hindre at pasienten får gitt uttrykk for sine behov, noe som kan føre til at hun ikke får den hjelp og støtte hun trenger.

Det er viktig at alle sykepleiere har samme holdning til samme pasient, dette for å unngå uheldige situasjoner med favorisering. Det kan oppstå bedre kjemi med pasienten for noen sykepleiere og motsatt, men da er det viktig at vi som sykepleiere opprettholder en profesjonell holdning i jobben. Som sykepleier er det ikke ulovlig å vise følelser sammen med pasientene, men det skal ikke overskygge det som egentlig er oppgaven vår.

Antonovsky har tre faktorer som inngår i opplevelse av sammenheng, altså av forståelighet, meningsfullhet og håndterbarhet. Det er viktig at pasienten har forståelse av situasjonen, altså kognitiv forståelse av hva som skjer, og at han får svar på sine spørsmål og hvorfor gjør at pasienten får følelse av trygghet og kontroll av situasjonen han er inne i. Videre er det viktig at pasienten opplever at det er mening i den livssituasjonen han er i. Det er det affektive innholdet av mening Antonovsky er opptatt av. Når pasienten opplever mening i tilværelsen vil det føre til at pasienten vil bli mer motivert til innsats – kjempe, anstrenge seg og holde ut. Dette er forskjellig for hvert individ men det er viktig at den enkelte har noe å knytte mening opp mot i sin tilværelse selv i en vanskelig situasjon.

Situasjonen må være håndterbar slik at pasienten føler at han har innflytelse og kan påvirke situasjonen så langt det er mulig. Det at pasienten føler at det er mestringsmuligheter og at situasjonen er noe forutsigbar. Dette betyr ikke at pasienten er selvhjulpen men han vil ha realistiske forventninger om å få den hjelp han trenger (Kristoffersen 2005).

Disse faktorene er viktige for at pasienten skal oppleve mestring som igjen vil føre til at pasienten opplever håp for framtiden.

Håp og mestring er sammenflettet. Håp kan ses på som en årsak til mestring, en mestringsstrategi eller resultat av mestring. Mangelen på håp og/ eller mestring kan føre til

fortvilelse. For den syke kan håp være en ressurs som gir bedre mestringsstrategier som igjen styrker troen på at problemene kan takles og øker deltakelse i behandlingsopplegget. Når nivået av håp er høyt mestrer pasientene situasjonen bedre, og når pasienten føler mestring øker nivået av håp. Ifølge Travelbee kan ikke håp bare "gis" bort til andre, det er et indre anliggende som hver enkelt må lete fram i seg selv. Videre sier hun at håp er framtidsrettet og karakterisert ved en forventning om å nå noe i tiden man har foran seg. Den som håper, tror på framtiden og dens muligheter.

4.4 Hvordan støtte pasienten gjennom fasene i krise

Fasene i en krise er ikke skilt klart fra hverandre og pasienten kan bevege seg fram og tilbake mellom dem. Mens en pasient kan begynne å bearbeide noen av følelsene sine kort tid etter at den har fått diagnosen, kan andre være i sjokk og bundet av forsvarsmekanismer i lang tid.

En kvinne som nettopp har fått diagnosen cancer mammae og er i sjokkfasen, vil sette i gang forsvarsmekanismen som for eksempel benektelse. Da kan det i noen tilfeller være best å la henne få litt tid på seg, før man begynner å gi mye informasjon om sykdommen og behandlingen. En sykepleier med kunnskap om mennesker i krise vil vite at nesten all informasjon gitt i startfasen vil føre til mer stress og virke overveldende på pasienten. En som har fått tid på seg til å begynne å bearbeide sine følelser, trenger kanskje mest av alt noen å snakke med. Noen trenger bare å få ut følelsene sine, mens andre vil ha mest mulig informasjon om det de skal gå igjennom og de valgene de må ta.

I reaksjonsfasen begynner man å ta det som har skjedd innover seg. En slipper sannheten nærmere seg, og dermed også de følelser og reaksjoner som dette vekker i en. I denne fasen er det særlig viktig å lytte til pasienten slik at hun har noen å dele sin smerte, forvirring, angst og fortvilelse med (Eide & Eide 2007).

Bearbeidelse forutsetter at man slipper litt opp på forsvaret slik at også det som oppleves som truende og ubehagelig kan få plass. Bearbeidelses- eller reparasjonsfasen er altså kjennetegnet ved at personen gradvis gir opp forsvaret og i større og større grad åpner seg for de følelsesmessige reaksjonene uten å bli overveldet av disse (Eide & Eide 2007).

Krise og mestring, mener vi er hvordan man håndterer drastiske endringer i livssituasjonen. Hvordan man kommer seg igjennom slike hendelser, er veldig individuelt. Mennesker som

møter krise og sorg, har som regel både vilje og evne til å hjelpe seg selv, men denne evnen kan være midlertidig svekket ved en krise (Reitan 2010, s.72) Det finnes mennesker som ikke ønsker hjelp, og det må vi som sykepleiere respektere, men en skal være der hundre prosent om noen ber om en samtale, eller ønsker svar på noe.

Mestringsstrategier er forbundet med det en gjør for å takle krav eller utfordringer. Hvilke mestringsstrategier en person bruker har som formål å hjelpe personen til å bevare sitt selvbilde, opprettholde personlig kontroll over de problemene personen har, og finne mening i den situasjonen man befinner seg i. Mestringsstrategier settes inn som reaksjoner på vurderingene og de følelser og tanker i den spesielle situasjonen for å endre det aktuelle forhold mellom personen og omgivelsene, eller for å finne meningen av dette forholdet (Reitan 2010).

Ut i fra litteraturen og forskningsartikkelen som har vært relevant til denne oppgaven, kommer det fram at mestring og håp henger tett sammen. At pasienten føler mestring er essensielt for at de skal ha håp. Håp er også en viktig faktor når det gjelder kreftpasientens livskvalitet.

Vi har benyttet forskningsartikkel, faglitteratur vedrørende cancer og mestring og hva mestring betyr for pasienten, for å gå litt nærmere inn på hvorfor det er viktig å hjelpe pasienten til mestring. Håp er et begrep som forbinder nåtiden med fremtiden. Har man håp innebærer dette at man har positive forventninger til hva som er mulig i framtiden. Travelbee`s definisjon er at håpet betegnes som følelse. Hos mennesker med cancer vil håpet knytte seg til helse eller liv, og vil derfor være av særlig betydning (Bulsara m.fler 2004).

4.5 Hvordan bruke kommunikasjon som viktigste verktøy for å fremme mestring

Kommunikasjon er en viktig del av en relasjon mellom sykepleier, pasient og pårørende. Det kreves en del av måten vi kommuniserer på men man må tenke gjennom hva man skal formidle og hvordan det formidles.

Empatisk innlevelse og respekt er viktig i helsefaglig kommunikasjon. Empati er det viktigste grunnlaget for god kommunikasjon. Hvis sykepleieren ikke viser empati og respekt, kan det føre til dårlig kommunikasjon. Og når man ikke opplever en god kommunikasjon, så får man ikke dannet relasjon. Gode relasjoner er forutsetningen for å

oppnå tillit mellom sykepleier, pasient og pårørende, og er viktig i sykdomsforløpet. For å kunne etablere et virkelig menneske – til – menneskeforhold til pasient og pårørende, er kommunikasjon et av sykepleierens viktigste redskaper, mener Travelbee. En sykepleier må bruke seg selv terapeutisk i tillegg til kommunikasjon. Dette er grunnlaget for at sykepleieren ser pasientens behov. Det er av stor betydning at sykepleiere har gode kommunikative ferdigheter når de skal samhandle med cancerpasienter og pårørende. Ifølge Travelbee kan slike ferdigheter læres dersom sykepleieren har en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte til problemene, og samtidig bruker seg selv terapeutisk (Travelbee 2007).

Som sykepleier er det viktig at vi er oppmerksomme på at den verbale og non-verbale kommunikasjonen stemmer overens, slik at man ikke uttrykker noe man ikke mener. Nonverbal kommunikasjon bidrar til å bygge opp tillit, trygghet og motivasjon, uansett hvilken pasientgruppe man har med å gjøre.

For at pasienten skal kunne akseptere og mestre det at hun har mistet et bryst er det viktig at hun klarer å prate om den nye situasjonen. Derfor blir det viktig at kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient må være god, noe som kan hjelpe pasienten til å bearbeide reaksjoner og mestre sykdom og krise bedre (Eide & Eide 2007). At pasienten føler seg trygg på sykepleieren gjør at de kan få et tillitsforhold til hverandre, da blir det lettere for pasienten å snakke om det som blir vanskelig.

Vi valgte å ta for oss sykepleierrollen som støttespiller fordi vi møter pasientene hjemme. Det kan være viktig for dem å ha en støttespiller som ikke nødvendigvis er nærmeste pårørende. Det er viktig at vi som sykepleier er til stede som støttespiller og har en ”container- funksjon, slik at pasienten kan få utløp for sine tanker og følelser, og kan få tømt litt av frustrasjon og sinne. Beholdingfunksjonen er aspekt av vårt arbeid som har å gjøre men hvordan vi tar imot pasienten eksternaliseringer og hva vi gjør med dette i vår egen psyke (Strand 2009, s. 107). En annen viktig del av det å være en støttespiller, er og ikke umyndiggjøre pasienten. Som tidligere nevnt, er det viktig at vi støtter pasienten i alle dens avgjørelser selv om vi kanskje mener noe helt annet. Som sykepleier må vi skille mellom omsorg og behandling. Vi mener at når man får diagnosen cancer mammae, kan omsorg virke behandlende, og behandling kan virke som omsorg. Dette betyr at man kan

verken klare seg uten omsorg og behandling. Det er viktig at disse to tingene blir godt samkjørt, slik at man kan gi pasienten best mulig behandling og omsorg.

Mange kvinner beskriver følelsene etter operasjonen som sorg, ikke bare over tapet av et bryst, men også sorg over tapt identitet og kvinnelighet. Denne følelsen er ikke avhengig av alder.

Informasjonsformidling og samtale mellom sykepleier og pasient og eventuelle partner må foregå i omgivelser som gir ro, trygghet og aksept for kvinnens følelser i forbindelse med det å miste et bryst. Opplevelsen av krise, sorg over tapet og angst for framtiden er naturlige reaksjoner. Å være tilstede, lytte, støtte pasientens følelser og å informere slik at pasienten forstår det som blir sagt, er det viktigste for sykepleieren i denne perioden (Reitan 2010).

5.0 KONKLUSJON

Det å få beskjeden om at man har fått diagnosen cancer mammae vil være et sjokk. Man vil komme til å gå igjennom mange faser, og hvordan man vil mestre situasjonen vil avhenge av hva slags livserfaring man har.

Det finnes ingen fasit på hvilke metoder som gir best rehabilitering for pasienter med cancer mammae. Sykepleieren må tilpasse seg hver enkelt pasient, siden vi alle mestrer situasjonen forskjellig. Det er en utfordring å møte pasienten i hjemmesituasjonen, for det er deres private sted. Hjemmet er et sted man vanligvis skal føle trygghet, ro, stabilitet og trivsel. Dette blir snudd opp - ned når man får diagnosen cancer mammae. Mange forbinder ordet kreft med en dødsdom og da kan alt bli utrygt og usikkert. Da er det viktig som sykepleier å være en støttespiller, samtalepartner og en med faglig kunnskap om cancer mammae. Sykepleieren kan informere om cancer mammae og viderebehandling av det, slik at pasienten kan føle en viss trygghet og forutsigbarhet i situasjonen. Det er viktig at vi lytter til pasienten og hennes ønsker, og da er det viktig at vi som sykepleier ikke kommer med personlige innspill og opptrer profesjonelt. Rehabiliteringsprosessen må skje i pasientens tempo, her blir sykepleierens rolle å motivere til mestring.

Fysisk aktivitet er viktig i rehabiliteringsfasen, for kanskje å komme raskere tilbake til sin opprinnelige hverdag som vil øke livskvaliteten. Det er individuelt hvordan man kommer seg igjennom rehabiliteringsfasen, og som nevnt tidligere er det da viktig at sykepleieren er der for å motivere pasienten. Ut i fra det vi har funnet ut av forskningen på området, syntes vi det er for lite forskning på fysisk aktivitet i rehabilitering. Som nevnt er dette viktig for å øke livskvaliteten. Det er mye litteratur og forskning om krise og mestring, og vi har lært hvor viktig dette er i en relasjon med pasient.

Som svar på vårt tema Krise og mestring og problemstilling – Hvordan fremme mestring til cancer mammae pasienter i rehabiliteringsfasen, ser vi hvor viktig det er at sykepleier er en god støttespiller. Det er viktig at sykepleier har god faglig kunnskap om diagnosen og mestringsstrategiene som pasienten gjennomgår og tar i bruk. Det å være en samtalepartner er like viktig som det medisinske, og dette er noe vi som sykepleiere vil få bruk for på alle arenaer der sykepleie blir utført.

Når en i familien blir alvorlig syk endres balansen i familien. Det at mor blir alvorlig syk, kanskje med lang tids sykeleie og mulig dødelig utgang er en stor psykisk belastning både for barn og ektefelle. Når et menneske rammes av cancer rammes også de pårørende. Krisereaksjonen til pårørende må også møtes og forstås av sykepleier. Pasienten har ofte forventninger til at de pårørende skal stille opp og gi støtte. Hvis pasienten da ikke opplever den støtten hun ønsker, kan hun fort bli skuffet og føle seg avvist. Mange pårørende har imidlertid nok med å takle sine egne reaksjoner. Personer som har et godt sosialt nettverk, klarer seg ofte bedre gjennom krise enn dem som ikke har det.

For kreftpasienter kan følelsen av at venner og familie trekker seg unna være noe av det vanskeligste å takle. Begge parter unngår ofte å snakke om sykdommen, av frykt for å gjøre hverandre lei seg. Sykepleier kan da være en sympatisk lytter, som ikke er redd for følelsesmessige utbrudd av sinne, sorg eller frykt.

6.0 ETTERORD

Temaet for oppgaven falt naturlig da vi begge har møtt pasienter som har vært igjennom brystkreft fra praksisstudier og jobbsammenheng. Vi bestemte oss derfor tidlig for å skrive om dette temaet. Vi har blitt godt kjent gjennom sykepleiestudiet og samarbeidet har fungert veldig bra. Derfor falt det naturlig at vi skulle jobbe sammen om bachelor oppgaven.

Veilederen vår har vært en veldig god støtte, og har kommet med gode konstruktive tilbakemeldinger. Dette har vært med på å holde motivasjonen oppe til å skrive en best mulig oppgave. Det er godt å vite at man har en stødig veileder i ryggen, slik at man får konstruktive tilbakemeldinger hele veien.

Produktet vi sitter igjen med etter denne prosessen føler vi oss godt fornøyd med. Det er alltid mer en føler at man kunne tatt med, men vi føler at vi har fått med det som er gjeldende for vårt tema og vår problemstilling. Produktet mener vi viser at dette har vært lærerikt og at vi har fått mer forståelse rundt dette med cancer mammae. I tillegg har vi lært mye rundt dette med krise som oppstår hos pasientene når de får en slik beskjed, og rundt dette med mestringsstrategiene de tar i bruk.

Fokuset på temaet gjennom media har fått oss til å se at vi har valgt et aktuelt tema. Vi kunne ha skrevet mye mer om tema, men man må jo avgrense. Vi føler at vi har fått med oss det som er aktuelt for å svare på problemstillingen. Så vi er fornøyd med det produktet vi sitter igjen med. Gjennom prosessen med å skrive oppgaven har vi lært mye om cancer mammae og hvordan man som sykepleiere kan fremme mestring i rehabiliteringsfasen.

REFERANSELISTE

- *Antonovsky Aaron (2000) *Helbredets mysterium*. København: Hans Reizels Forlag
- Antonovsky Aaron (1996) The salutogenetic model as a theory to guide health promotion.
I: Kompendium SPL 3012- studieåret 2010/2011. *Helsepolitikk, organisering, medvirkning og helsefremmende arbeid* s 175-182. Gjøvik: Høgskolen i Gjøvik seksjon for sykepleie.
- Almås Hallbjørg (red). (2010). *Klinisk Sykepleie*. Bind 2. 4 utgave 1.opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk Norsk forlag AS.
- *Bergsjø Per, Meltau Jan Martin, Molne Kåre, Nesheim Britt- Ingjerd (red)(2000). *Gynekologi* . Oslo: Gyldendal Akademisk Norsk forlag AS.
- Brinchmann Berit Støre (2008) *Etikk i sykepleien*. 2.utgave, 1. opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk Norsk forlag AS.
- Dalland Olav(2008) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 3.opplag Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.
- Eide, Hilde og Eide, Tom (2007) *Kommunikasjon i relasjoner-samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- *Grønmo, Sigmund (2004) *Samfunnsvitenskapelig metode*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- *Hanson, Anders (2010). *Salutogent ledarskap- för hälsosam framgång*. Stockholm: Fortbining AS.
- Hummelvoll, Jan Kåre. (2004) *Helt- ikke stykkevis og delt- Psykiatrisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Jacobsen, Dag (2001) *Sykdomslære indremedisin, kirurgi og anestesi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- *Kirkevold Marit (2008). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. 2.utgave 1998, 6.opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk Norsk Forlag AS.
- Kringle Einar (2008). *Psykiatri*. 9.utgave, 1.opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk Norsk Forlag AS.

- Kristoffersen, Nina Jahren, Nortvedt Finn, Eli-Anne Skaug. (2005). *Grunnleggende sykepleie bind1*. 1.utgave,1 opplag. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kristoffersen, Nina Jahren, Nortvedt Finn, Eli- Anne Skaug. (2005). *Grunnleggende sykepleie bind 4*. 1.utgave, 1 opplag. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- *Kvåle, Kirsti (2002) *Sykepleie til mennesker med kreft*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- *Lindebrække og Norhold Midtbø (2003). *Sterk Dame, Kvinner, brystkreft og norsk helsepolitikk*. Gjøvik: Trykkeri Gjøvik.
- *Moesmand, Anna Marie , Astrid Kjøllestad (2007). *Å være akutt kritisk syk. Om pasientens og de pårørende psykososiale reaksjoner og behov*. 2, utgave, 3,opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk Norsk Forlag AS.
- Mæland, John Gunnar. (2010). *Forebyggende helsearbeid folkehelsearbeid i teori og praksis* 3.utgave. Otta: Universitetsforlaget Otta AS.
- *Reitan Anne Marie og Tore Kr Schjølberg(2010) *Kreftsykepleie pasient- utfordring - handling*. 3 utgave Oslo: Akribe AS.
- Strand, Liv (2009) *Fra kaos mot samling, mestring og helhet. Psykiatrisk sykepleie til psykotiske pasienter*. 1.utgave, 13. opplag. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Slettebø, Åsild (2009) *Sykepleie og etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- *Travelbee, Joyce (2007). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. 1, utgave 1999, 5. opplag. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- *Troye Anne Fi (2010). *Fremdeles i live*: A.H. Aschehoug & Co. W. Nygaard/Slutt. Oslo.
- *Bulsara,C,Ward, A, Joske, D. (2004) *Haematological cancer patients: achieving a sense of empowerment by use of strategies to control illness*. Journal of Clinical Nursing, 13(2) s.251-258.[online]
 URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=3ea5d4a3-ofle-4b60-83c8-72d8209f04e8%40sessionmgr14&vid=4&hid=24> (25,03,2012).
- *Dagblandet, magasinet 10.03.2012.
- Drageset Sigrunn (2011). *Vond ventetid* Forskningslitteratur.
 URL: <http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/760150/vond-ventetid>.

- *Helse- og omsorgsdepartementet (23/4 2012). *Rapport fra arbeidsgruppe vedrørende rekonstruksjon etter brystkreft.*
- *Kreftregisteret (2009) *Kvinner - Antall nye tilfeller fordelt på primær lokalisasjon og 5-års aldersgruppe- 2004-2008* [online]
URL: <http://www.kreftregisteret.no/no/Registrene/Kreftstatistikk/> (05.04.2012).
- * Muller Anne Marie (2009). *Trening bra etter brystkreft* Forskningslitteratur.
URL: <http://www.forskning.no/artikler/2009/mars/213621>
- *Norwegian Knowledge Centre for the Health services (2009). *Rehabilitation of breast cancer patients.* <http://www.kunnskapsenteret.no>
- *Tidsskrift for Den norske legeförening (2000). *Rehabilitering av kvinner med brystkreft.*
URL: <http://tidsskriftet.no/articel> 179882 (27,02 2012).
- *Wik Ingun (2001). *Håp øker mestring* Forskningslitteratur.
URL: <http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/153881/hap-oket-mestring>.