

SPL 3902

08HBSPLH

Avsluttende eksamen i sykepleie

Kand.nr.: 827

Bacheloroppgave

Krise og mestring.

Sykepleie til pasienter med nyoppdaget brystkreft.



Høgskolen i Gjøvik

Avdeling for helse, omsorg og sykepleiefag

Våren 2011

SAMMENDRAG AV BACHELOROPPGAVEN

Tittel:	Krise og mestring. Sykepleie til pasienter med nyoppdaget brystkreft.	Dato:09.05.2011
Kandidatnr:	827	
Veileder(e):	Kirsten Nordang	
Evt. oppdragsgiver:		
Nøkkelord (3-5 stk)	Krise, mestring, brystkreft, støttespiller.	
Antall ord: 10112	Antall vedlegg: 1	Publiseringsavtale inngått: Nei
Kort beskrivelse av bacheloroppgaven:		
<p>Temaet i denne oppgaven er krise og mestring, og hvordan sykepleiere kan yte best mulig sykepleie til pasienter med nyoppdaget brystkreft. Oppgaven omhandler kvinner, som enda ikke har gjennomgått klimakteriet. Med dette kan de være svært unge når diagnosen inntreffer. Oppgaven er en litteraturstudie, og er basert på tidligere forskning i form av artikler, bøker og valide nettsteder. Møtet mellom pasient og sykepleier finner sted på en kirurgisk sengepost. Vi har funnet ut at sykepleieren som en støttespiller er svært viktig i denne fasen som kvinnene er inne i, på grunn av at vi sitter på mye kunnskap. En annen ting er at vi heller ikke har et personlig forhold til pasienten, og det kan være godt for kvinnen å prate med noen andre enn sin egen familie. Noe annet som er viktig for en sykepleier i denne fasen, er at man skal kunne klare å håndtere ulike mestringsstrategier som pasientene tar i bruk når man får en slik diagnose. Vi skal også være støttespillere i forhold til valg av videre behandling. Her er det viktig at pasienten selv er den som tar valget, og at ikke vi uttrykker vår personlige mening. Vi skal kun være tilgjengelige for diskusjoner og samtaler om slike valg. Teoretikere som har blitt brukt, er relevante for vår diskusjon rundt pasient – og pleierforholdet som oppstår i en slik situasjon.</p>		

ABSTRACT OF BACHELOR THESIS

Title:	Crisis and coping. Nursing of patients with newly diagnosed breast cancer.	Date:09.05.2011
Candidate number:	827	
Supervisor(s):	Kirsten Nordang	
Employer:		
Keywords (3-5)	Crisis, coping, breast cancer, supportive person.	
Number of words: 10112	Number of appendix:1	Availability: Confidential
Short description of the bachelor thesis:		
<p>The theme of this task is crisis and coping, and how nurses can provide the best possible care to patients with newly diagnosed breast cancer. The thesis deals with women, who have not yet gone through menopause. Because of this, they can be very young when the diagnosis occurs. The thesis is a literature study, based on previous research in the form of articles, books and valid sites. The meeting between patient and nurse takes place on a surgical ward. 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. Another thing is that we don't have a personal relationship with the patient, and it may be nice for the woman to talk to someone other than her own family. 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. A nurse also have to show support when the patient have to make a choice about further treatment. It is important that the patient is the one who makes the decision, and that we don't express our personal opinion. 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.</p>		

Forord

*Vi syns vi kunne se te verdens ende
Og visste åssen åra ville bli
Da livet pluts'lig svinga av fra veien
Og tok en kronglete og ulendt sti.
Der stengte fjellet steilt på alle kantær.
Da sa du stille: «Vi kan klatre vi.»
Vi følte kronglesti'n langs bratte stupet.
Og ingen av oss torde se i djupet.*

*Nå har vi føllt den bratte, trange stien
Med stup på si'ene i mange år.
Det kan nok hende vi misunner andre
Den strake landeveien der de går.
Det ser så lett ut, men en veit jo aldri,
Og kronglestien har blitt veldig vår.
Det var sti'n vi fikk, det hjelper ikke
Å følge andres jevne vei med blikket.*

*Og vi har lært å ikke sture over
Den rette veiens rike blomsterflor.
For det gror blomster også langs med sti'n vår,
Og gleden over dem er like stor.
Ja kanskje større, for de er så sjeldne,
En må se nøye for å se de gror.
De ligger ofte skjult blant vissne bla'er,
Men duftær ekstra sterkt på fine da'er.*

*La gå at det kan komma vonde ti'er
Da sti'n vår kjennas vanskelig og bratt.
Men den har lært oss at det vokser blomster
På både slåpetorn og nypekratt.
Og ingen ting i verden er så vakkert
Som nyperoser i ei St. Hans natt.
Og når vi sitter sammen kan vi kjenne
At også vår sti når te verdens ende.*

Margaret Skjelbred

(Vedlegg 1)

Innholdsfortegnelse

1 Innledning.....	7
1.1 Begrunnelse for valgt tema og problemstilling	7
1.2 Prevalens.....	7
1.3 Oppbygging av oppgaven.....	8
1.4 Avgrensning av oppgaven	8
1.5 Begrepsavklaring	9
2 Metode.....	11
2.1 Hva er metode?.....	11
2.1.1 Kvalitativ- og kvantitativ metode	11
2.2 Litteraturstudie.....	12
2.3 Litteratursøk.....	12
2.3.1 Søkemotor	13
2.3.2 Søkord	13
2.3.3 Hva er en vitenskapelig artikkel?.....	14
2.4 Kildekritikk.....	15
3 Teori	17
3.1 Aron Antonovsky (1923 – 1994).....	17
3.2 Joyce Travelbee (1926 – 1973)	18
3.3 Artikler.....	19
3.3.1 Artikkel 1 – Haematological cancer patients: achieving a sense of empowerment by use of strategies to control illness.	19
3.3.2 Artikkel 2 – Treatment decision making in women newly diagnosed with breast cancer.	19
3.4 Hva er brystkreft?	20
3.5 Krise og mestring ved nyoppdaget brystkreft.....	21
3.6 Sykepleierens rolle	23
3.7 Etikk.....	25
3.7.1 Holdninger	25
3.7.2 Verdier	25
4 Drøfting	27

4.1 Teoretikere.....	27
4.2 Sykepleierens rolle	27
4.3 Holdninger og verdier.....	29
4.4 Pasienten.....	30
4.5 Sjøkkfasen	31
4.6 Krise og mestring.....	32
5 Konklusjon	35
6 Etterord.....	37
7 Litteraturliste	38
8 Vedlegg	42
8.1 Vedlegg 1.....	42

Antall ord: 10112

1 Innledning

1.1 Begrunnelse for valgt tema og problemstilling

Vi bestemte oss for å skrive bacheloroppgave om brystkreft på det grunnlag at vi begge har kjennskap til, og vært borti brystkreft i jobbsammenheng og privat. Vi har også tanker rundt det å få beskjed om at man har fått brystkreft, hvordan håndterer man det og hva gjør man? På det grunnlag har vi valgt å ha tema: Krise og mestring. Dette er noe vi mener er viktig for oss som sykepleiere, i forhold til å være en god støttespiller når pasienter har fått beskjed om diagnosen. Alle har forskjellig oppfatning av det å mestre en slik stor påkjenning, og det er veldig individuelt hvordan man reagerer.

“En kreftdiagnose bekrefter at du er dødelig, ikke lenger udødelig.” (Troye 2010 s.42).

Tema: Krise og mestring.

Problemstilling: Sykepleie til pasienter med nyoppdaget brystkreft.

1.2 Prevalens

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
75-79	191
80-84	209
85+	201
Sum	2771

Tabell 1: Tilfeller av brystkreft i perioden 2004 – 2008.

For å få et innblikk over hvor mange kvinner som får diagnosen brystkreft i ulike aldersgrupper, har vi hentet tall fra Kreftregisteret (2009). Tabell 1 viser antall kvinner som fikk diagnosen brystkreft i 2004 – 2008. Den viser også hvor mange tilfeller av diagnosen brystkreft i hver enkelt aldersgruppe. Ut fra tabell 1 ser vi at det er flest tilfeller av diagnosen i aldersgruppen 60 – 64. Vi skal skrive om kvinner som får brystkreft før klimakteriet. Når klimakteriet inntreffer er veldig individuelt. Totalt fikk 2771 kvinner diagnosen brystkreft i perioden 2004 – 2008. Av disse fikk 935 kvinner diagnosen brystkreft før klimakteriet, med utgangspunkt i aldersgruppen 20 – 54 år. Dette viser ikke hvor stor prosentandel av kvinner som får brystkreft. For å finne ut hvor mange kvinner som var i aldersgruppen 20 – 54 år i perioden 2004 – 2008, hentet vi tall fra

Statistisk sentralbyrå(2005) sine hjemmesider. Tabell 2 viser kvinner i ulike aldersgrupper av folkemengden i Norge i 2004 – 2008.

Alder	År: 2004	År: 2005	År: 2006	År: 2007	År: 2008
20-24	134790	134171	134042	134351	135736
25-29	146775	143007	140667	139759	139801
30-34	170652	167662	164272	159102	153428
35-39	171128	173096	173412	173806	173487
40-44	158557	160381	162836	165482	168121
45-49	155344	156101	156305	156001	156443
50-54	146173	147068	148553	151530	152716
55-59	146571	148003	148065	144266	142962
60-64	105642	112217	119543	130558	137787
65-69	87121	89448	91946	93464	96907
70-74	84142	82437	80726	79712	79470
75-79	82259	79899	78747	77296	76490
80-84	73122	73585	70912	69220	67167
85+	64906	65088	67761	69368	70568
Sum kvinner pr år	1727182	1732163	1737787	1743915	1751083

Tabell 2: Kvinner i ulike aldersgrupper av folkemengden i Norge 2004 – 2008.

en person kan fylle 55 år i 2004 og gå ut av aldersgruppen 20-54, eller at en person ikke fyller 20 før i 2008).

1.3 Oppbygging av oppgaven

I denne oppgaven har vi startet med, som man kan se over, en presentasjon og begrunnelse for valgt tema og problemstilling, og en prevalens som gir et innblikk i hvor mange som blir rammet av brystkreft. Ellers kommer vi til å gå videre til å se på metoden som er brukt i denne oppgaven, også skal vi se litt på hva som er forskjellen mellom en kvalitativ- og kvantitativ metode. Vi har også med en oversikt over ulike søkemotorer og søkeord vi har benyttet for å finne litteraturen vi har brukt. Etter dette går vi gjennom litteraturen med litt kritiske øyne, og ser på om det vi har hatt med er relevant. Deretter går vi gjennom all teorien vi har brukt for å få en oversikt over denne, før vi går ut i drøftingsdelen. Denne ender til slutt opp i en konklusjon om hva vi har funnet ut i forhold til problemstillingen vår.

1.4 Avgrensning av oppgaven

I oppgaven er vi 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 før klimakteriet. Selvfølgelig vil det likevel bli en spredning i alder siden klimakteriet kan komme på veldig ulike tidspunkt. Her ville det kanskje vært naturlig også å snakke om ulike stadier for brystkreft, men vi har valgt ikke å skrive noe om dette. Litt på grunn av at oppgaven fort kan bli for vid, og fordi det er så ulikt hvilket stadium kreften er på når den først blir oppdaget.

Å finne et tall som viser prosentandelen av kvinner som får brystkreft har vært vanskelig, da Statistisksentralbyrå kun har folketall per år, og ingen oversikt som direkte viser hvor mange kvinner som har vært i alderen 20-54 år i perioden 2004-2008. Å bruke et gjennomsnitt for andelen kvinner i alderen 20-54 år for hvert år, blir feil, da det tar ikke hensyn til gjennomstrømning i aldersgruppen (det at

Noe annet vi ønsker å spesifisere er at vi skriver om pasientene helt i startfasen av sykdomsforløpet. Det vil si når de nettopp har fått beskjed om diagnosen. Vi kommer derfor ikke til å skrive noe om videre behandling og oppfølging, men om sjokket og krisen som oppstår når man får beskjeden om at man har brystkreft. Vi ønsker å fokusere på pasient og sykepleier på en kirurgisk sengepost, da det er her vi gjerne møtes i denne fasen.

Vi skal skrive oppaven ut ifra en sykepleiers perspektiv. Sykepleie kan jo være mye forskjellig, og vi har derfor bestemt oss for å ta utgangspunkt i sykepleieren som en støttespiller. Dette mener vi er svært aktuelt, da vi skriver om pasienter i startfasen av sykdommen, og at det da er viktig med en støttespiller som man kan spørre, og som man kan prate med. Vi vil derfor ikke skrive noe om hva sykepleieren ellers gjør på en slik avdeling, da det er veldig mange ulike oppgaver.

Kommunikasjon er et viktig tema i sykepleien generelt. Dette er ikke noe vi kommer til å utdype i oppgaven, men vi kommer selvfølgelig inn på det når vi snakker om at sykepleieren er en støttespiller. Grunnen til at vi ikke har brukt mer tid og ressurser på dette temaet, er at det er et veldig stort tema, og vi føler at det kommer til å ta for stor plass i oppgaven. Dermed kommer vi ikke til å komme frem til det vi egentlig vil skrive om.

Det at brystkreft pasienter ofte får et endret kroppsbilde når man for eksempel fjerner et bryst, er et veldig sentralt tema. I denne oppgaven kommer vi ikke til å gå noe inn på dette, da det i startfasen handler om å bestemme seg for videre behandling, og at man ikke har gjennomgått noen store inngrep enda. Det samme gjelder med medisinerings. Vi kommer ikke til å gå noe inn på dette heller, da dette også hører mer hjemme videre i forløpet.

Vi har med etikk 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 relevante.

1.5 Begrepsavklaring

Autonomi – Selvbestemmelse. I dette tilfellet at pasienten tar sine egne avgjørelser.

Nylenna(2004).

Paternalisme – At noen tar avgjørelser på vegne av andre. I dette tilfellet helsepersonell på vegne av pasienten. Nylenna(2004).

Mestringsstrategier – Verktøy for å takle utfordringer. Reitan(2010).

Prevalens – En forekomst av et visst antall av befolkningen. Nylenna(2004).

Regresjon – Man går tilbake i en tidligere fase, et tidligere utviklingsstadium. Nylenna (2004).

Container – function – Pasientene skal få utløp for alle tanker de sitter inne med. Mottakeren/”containeren” er sykepleieren. Strand (1990).

Salutogenese – En teori som fokuserer på å holde folk friske. Fokusere på det friske og ikke det syke. Antonovsky(1996).

Sense of Coherence – “Opplevelse av sammenheng”. Man må se hele sammenhengen, ikke bare på detaljer. Hvor bra man takler utfordringer har med å gjøre hva man har opplevd tidligere. Antonovsky(1996).

Klimakteriet – Overgangsalderen. Inntreffer oftest i 45 – 50 – års alderen. Nylenna(2004).

2 Metode

2.1 Hva er metode?

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 2000, s. 71)

Metoden er et redskap som man bruker for å undersøke et tema, og den hjelper med å få samlet inn relevant data, skriver Dalland(2000).

2.1.1 Kvalitativ- og kvantitativ metode

Innenfor metode er det to hovedmetoder som går igjen i ulike undersøkelser. Det er kvalitativ- og kvantitativ metode.

”De kvalitative metodene tar i større grad sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste.”(Dalland 2000, s. 72). Dette vil si at resultatet av en kvalitativ undersøkelse, gjerne er en artikkel eller lignende. I følge Jacobsen(2003) 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 2000, s. 72). Om man gjør en kvantitativ undersøkelse vil resultatet komme ut som et diagram eller skjema over målbare enheter. Jacobsen(2003) skriver at om man skal gjøre en slik undersøkelse er det viktig å ha klare spørsmål før man går inn i undersøkelsen. Det er mer struktur over en slik undersøkelse. ”Hvis vi legger opp til kvantitative data, foretar vi en strukturert utspørring.”(Grønmo 2004, s. 159).

En annen forskjell på den kvalitative og den kvantitative undersøkelsen er antallet informanter. ”Kjennetegnet ved det kvalitative intervjuet er nettopp utfordringer ved å gå i dybden. Det innebærer at antallet informanter ikke kan være for omfattende.”(Dalland 2000, s. 136). Når det gjelder den kvalitative metoden skriver Dalland(2000) at det kan være nok med å intervju to eller tre personer. Han sier også at man heller kan intervju flere etter hvert om man ser at det blir for lite stoff. Dette er bedre enn at man får inn mye mer stoff enn det

man får brukt. Han skriver også at spørsmålene ikke trenger å være klare før du starter et intervju, men at man har visse temaer man vil komme inn på i løpet av samtalen.

Når det gjelder den kvantitative metoden, er det gjerne mange flere informanter, og man bruker gjerne spørreskjema, eller andre typer for intervju som verktøy. Som Dalland(2000) skriver, har et spørreskjema en helt annen oppgave enn et dybdeintervju, og kan få inn informasjon fra mange flere informanter. Dalland(2000) skriver også at her er spørsmålene klare på forhånd, og det er viktig at alle informantene får de samme spørsmålene for at undersøkelsen skal være valid.

2.2 Litteraturstudie

Når man, som student, gjennomfører en litteraturstudie lær man sig inte bare vad det innebär att söka ny kunskap, hur kunskap kan värderas utan också att sammanställa kunskap på ett för problemet adekvat sätt.

(Axelsson 2008, s. 174)

Denne oppgaven er en litteraturstudie. En litteraturstudie går ut på å finne litteratur og annen forskning som allerede finnes på det området man skal skrive om, skriver Axelsson(2008).

I arbeidet med en litterær oppgave møter vi ikke informanter som gjør at vi må forklare hvilket fenomen vi har tenkt å studere. Derfor får vi heller ikke så lett reaksjoner på problemstillingen vår. Ingen forteller oss at den er altfor vid eller for upresis. Den som skriver en litterær oppgave, må sørge for å få reaksjoner på problemstillingen før en mer systematisk litteratursøking starter. Bruk veileder, medstudenter og andre. Tving deg selv til å forklare og begrunne hva du egentlig ønsker å finne ut. Ofte kan reaksjonene du får i en slik sammenheng, bidra til en nyttig presisering.

(Dalland 2000, s. 61)

Man ser her at det viktig at man selv klarer å begrense seg. Man må tenke nøye igjennom hva det egentlig er man ønsker å ha med i oppgaven.

2.3 Litteratursøk

Med utgangspunkt i problemstillingen og valgt tema, hadde vi kjennskap til noen bøker som kunne være relevant. Vi brukte også pensum litteratur. Diktet vi ville bruke hadde vi hørt tidligere, og visste hvem som hadde skrevet. Vi tok kontakt via telefon om tillatelse til å bruke diktet, og fikk bekreftelsen og godkjennelse på e-post. Hovedsakelig har vi brukt Bibsys-Ask som søkemotor.

2.3.1 Søkemotor

- Bibsys-Ask på bibliotekets hjemmeside, for å finne relevant litteratur.
- Høgskolen i Gjøvik sin hjemmeside, på fagmiljø - vitenskapelig publisering – DBH (database for statistikk om høyere utdanning) _ publiseringskanaler for å finne ut om artiklene er fagfelleverdert.
- Artikkel 1: *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 en påstanden: “*Kreftpasienter rangerer håp og egen kontroll som de beste mestringsstrategiene*”(Reitan 2010, s. 80). Dette var relevant for vår oppgave. Vi gikk til kilden og søkte opp artikkelen i Bibsys-Ask, den viste seg å være uoversiktlig og vanskelig. Vi fant noe relevant om håp, og gikk videre til den kilden. Søkte på den i Bibsys-Ask. Dette ble artikkelen vi brukte.
- Artikkel 2: *Treatment decision making in women newly diagnosed with breast cancer*. Denne lå under beslektede artikler til artikkel 1.
- Statistisk sentralbyrå sine hjemmesider: www.ssb.no. Tall på hvor mange kvinner som bodde i Norge i ulike aldersgrupper i perioden 2004-2008. Slik søkte vi: Framskrivning av folkemengden - framskrivning av folkemengden 2002-2050. Nasjonale og regionale tall- tabell 15 Folkemengden 1. januar etter alder og kjønn. Hele landet. Registrert 2002 og framskrevet 2003-2050. Alternativ LLML.
- Kreftregisteret sine hjemmesider – kreftstatistikk, for å finne ut forekomst av antall nye tilfeller av brystkreft hos kvinner i ulike aldersgrupper -2004-2008.
- Karolinska instituttet – biblioteket ved Høgskolen i Gjøvik sine sider – hva er vitenskapelig artikkel?

2.3.2 Søkeord

Søkeord bøker:

- Krise
- Mestring
- Mestringsstrategier
- Brystkreft
- Forsvarsmekanismer
- Livskvalitet

- Antonovsky

Søkeord prevalens:

- framskriving av folkemengden
- kreftregisteret/statistikk

Søkeord artikkel:

- Crit
- Rev
- Oncol
- Hematol
- Hope
- J Clin Nurs

2.3.3 Hva er en vitenskapelig artikkel?

”Vitenskapelig publicering är den dokumentation som sker kontinuerligt under forskningens gång: i form av ”papers”, konferensrapporter, artiklar eller böcker.” (Hanson 2006, s.1).

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. Det er også viktig at personer som har kommet med relevant informasjon, blir nevnt i oppgaven. Dette skriver Hanson(2006).

Artiklene som ønsker status som vitenskapelig artikkel må gjennom et råd av granskere, skriver Hanson(2006). Det vil si at rådet for publiseringskanalen går gjennom artikkelen for å se om den kan oppføres som en vitenskapelig artikkel. Med dette blir den fagfellevurdert. Det vil si at den er vurdert som en bra og relevant artikkel, og at det ikke er snakk om plagiat.

Hanson(2006) skriver også at det er visse ting som karakteriserer en vitenskapelig artikkel. Den er at man skal følge retningslinjene for en vitenskapelig artikkel, sånn at den kan publiseres. Artikkelen skal være tilgjengelig for alle, og skal være lett å finne i ulike databaser.

2.4 Kildekritikk

”Kildekritikk betyr å vurdere og karakterisere den litteraturen som er benyttet.”(Dalland 2000, s. 68). I følge Dalland(2000) gjelder kildekritikken alt av stoff som er brukt i oppgaven. Han sier at man skriver om kildene, slik at leserne også kan se hvilke tanker du som forfatter har gjort deg om de ulike kildene du har brukt.

”Kildekritikk betyr ikke at vi skal oppkaste oss til dommere over forskningsarbeidet bak en rapport eller den faglige kvaliteten bak en bok. Kritikken må hele tiden ses i lys av hva kildene skal belyse.”(Dalland 2000, s. 69). Her skal man altså ikke dømme noe, men man skal kunne si noe om hvor valide kildene man har brukt er, i forhold til problemstillingen man har. Dalland(2000) skriver at man ved å skrive kildekritikk, viser at man kan være kritisk i forhold til de ulike kildene man har valgt å bruke. Man skal kunne vise leseren hvorfor man har valgt akkurat disse kildene.

For å begynne med den første artikkelen vi har med i oppgaven, mener vi at den er veldig relevant for det tema vi har valgt. Det eneste vi ønsker å si noe om, er at denne artikkelen ikke omhandler samme type kreft som vi skriver om her i oppgaven. En annen ting er at den ikke bare omhandler startfasen av sykdomsforløpet, men hele forløpet. Vi skal skrive om startfasen i denne oppgaven. Men til tross for dette, mener vi, som sagt, at artikkelen er veldig relevant når det kommer til temaet vårt som er krise og mestring.

Den andre artikkelen vi har med i oppgaven er også veldig relevant for vår problemstilling. Den er ganske gammel, da den er fra 1996, men vi valgte å ta den med da den handler om kvinner som er nydiagnostiserte med brystkreft. Dette er det vi har fokus på i denne oppgaven. Den handler også om valget man må gjøre i forhold til videre behandling. Selv om ikke vi skal skrive noe om videre behandling, kommer vi inn på hvor vanskelig et slikt valg er for pasientene.

Begge artiklene i oppgaven er fullt fagfellevurdert til vitenskapelig nivå 2.

I prevalensen har vi brukt kreftregisteret som en kilde. Dette viser seg å være en veldig valid kilde, da de blir regulert av helsetilsynet. Tall om hvor mange som bodde i Norge på det valgte tidsrommet, er hentet fra statistisk sentralbyrå. Dette er også en veldig valid kilde, da de er underlagt lovverket.

Resten av kildene vi har brukt, er en blanding av selvvalgt litteratur, og litteratur fra vår pensumliste. Vi har vært påpasselige med at litteraturen ikke skulle bli for gammel. Likevel, om vi har funnet noe som er veldig relevant, har vi brukt det til tross for at boken kanskje var litt gammel.

Vi har også noen steder i oppgaven puttet inn sitater fra skjønnlitterære bøker. Dette er litteratur som egentlig ikke skal brukes i slike oppgaver, men vi valgte å ta det med da det ”krydrer” oppgaven på en bra måte. Man får inn synspunkter fra personer som selv har blitt rammet av en kreftdiagnose.

3 Teori

3.1 Aron Antonovsky (1923 – 1994)

Han var professor og forsker. Han forsket innen medisinsk sosiologi, skriver Hanson(2010).

Antonovsky hadde en annen måte å tenke på enn hva andre teoretikere på den tiden gjorde. ”Istället för att söka orsaken till sjukdomen bestämde han sig för att söka orsaken till att människan behåller eller rent av stärker sin hälsa.”(Hanson 2010, s. 30). En annen ting var at han i stedet for å se på detaljer, så han på helheten, skriver Hanson(2010) i sin bok.

”Att människor kan få kraft och klara av sitt liv hyfsat trots så svåra omständigheter fascinerade Antonovsky.”(Hanson 2010, s. 33). Han forsket på hvordan kvinner som hadde sittet i konsentrasjonsleir fremdeles kunne klare seg bra i livet. Dette til tross for umenneskelige opplevelser tidligere i livet. Han ønsket ikke å se på hva som gjorde at et menneske ble brutt ned. ”Han ville istället forstå varifrån kraften kommer som gör at människor har hälsa och klarar av livet, trots allt.”(Hanson 2010, s. 34).

”Antonovsky ville beskriva en bild där både hälsa och ohälsa finns hos alla människor hela tiden, det tillhör livet.”(Hanson 2010, s. 34 – 35). Igjen ser man at han ikke ville fokusere på detaljer, men på helheten. Han ønsket ikke å se kun på det som var sykt, men fokusere mer på det som enda var igjen av god helse.

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

De, der indtager det første standpunkt, vælger at fokusere opmærksomhed og ressourcer på at bevare folks gode helbred og forhindre, at de bliver syge. De, der indtager det andet standpunkt, fokuserer på dem, der er syge, og søger at hjælpe dem til at genvinde deres gode helbred, udskylde deres død eller forhindre, at de bliver kronisk syge. Den første gruppe argumenterer for, at det er meget mer effektivt at bruge ressourcer på sundhedsfremme; den anden svarer – i det omfang der er en dialog – at intet humant samfund kan se bort fra de lidelser, der plager de syge her og nu.

(Antonovsky 2000, s. 21)

Antonovsky(1996) skriver at han mener at alt vi mennesker utsettes for har både et psykisk og et somatisk aspekt. Det er ikke enten eller. Han bruker et eksempel om svømmere som er fanget i en elv, og at i stedet for å redde dem ut av det, mener Antonovsky(1996) at man heller skal spørre seg selv: ”hva var det som gjorde at de falt ut i elva?”

Antonovsky kom opp med en teori som han kalte den Salutogene modell.

It, is however, not a theory which focuses on keeping people well. Rather, in that it derives from studying the strengths and the weaknesses of promotive, preventive, curative and rehabilitative ideas and practices, it is a theory of the health of that complex system, the human being.

(Antonovsky 1996, s. 13)

Den salutogene modellen førte videre til noe han kalte "Sense of Coherence" eller "Opplevelse av Sammenheng". I følge Antonovsky(1996) er den som har en sterk "Sense of Coherence", et bedre utgangspunkt til å håndtere det som livet byr på av stressende og mulig vanskelige opplevelser. Måten man takler sykdom på har med å gjøre hvilke tidligere livserfaringer man har, sier Antonovsky(1996).

3.2 Joyce Travelbee (1926 – 1973)

1950 – årenes sykepleieteorier tok gjerne utgangspunkt i spørsmål knyttet til *hva* sykepleiere gjør, mens 1960 – årenes teorier i større grad var konsentret om *hvordan* sykepleiere gjør det de gjør. Det grunnleggende spørsmålet ble gjerne formulert slik: *Hva er det som kjennetegner god og virksom sykepleie?*

(Kristoffersen 2005b, s. 16)

Sykepleieteoretikerne ville gi et tilfredsstillende svar på dette og la hovedvekten på samhandling mellom sykepleier og pasient. Blant flere sykepleieteoretikere på 1960 tallet var Joyce Travelbee en av dem som: "[...]understreker at samhandling er forutsetning for at sykepleieren skal kunne imøtekomme pasientens behov for sykepleie."(Kristoffersen 2005b, s. 16). De mente også at kvaliteten på sykepleien, kom an på hvordan kontakten var mellom pasient og sykepleier, skriver Kristoffersen(2005b). Om denne forandringen som skjedde i 1960, skriver Kristoffersen(2005b) at det innebar at humanistiske holdningene ble mye mer tydelige i sykepleien. Dette førte til at sykepleiefaget fikk en ny utvikling.

Travelbee mente at: "Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der sykepleieren gir hjelp til å forebygge, mestre eller finne mening med sykdom og lidelse."(Kristoffersen 2005b, s. 22). I tillegg skriver Kristoffersen(2005b) at Travelbee presenterte pasientens situasjon som en krise. Pasienten føler at det er vanskelig å mestre en slik situasjon, og man ser lite mening i livet. Dette kan oppleves som uoverkommelig og skremmende.

I Kristoffersen(2005b) står det om hvordan Travelbee ser på sykepleierens rolle og metoder. Hun skriver at det var viktig for Travelbee at sykepleieren og pasienten hadde likeverdig forhold overfor hverandre. Ordet ”roller” brukes ikke om dette forholdet. Det står også skrevet i Kristoffersen(2005b) at forholdet mellom pasient og sykepleier kommer til ved ulike møter og målrettet kommunikasjon.

3.3 Artikler

Her vil vi gi en kort presentasjon av artiklene vi har brukt, dette med egne ord.

3.3.1 Artikkel 1 – Haematological cancer patients: achieving a sense of empowerment by use of strategies to control illness.

Den første artikkelen omhandler hvilke mestringsstrategier kreftpasienter bruker for å føle kontroll over sykdommen. Det er syv pasienter som har blitt intervjuet i studien, disse er valgt ut av en gruppe på tolv som tidligere var med i et omsorgsprosjekt. Intervju objektene har tidligere vist en sterk følelse av kontroll og en høy grad av mestring. Studien viser at de fleste pasientene mente at diagnosen var ødeleggende og et stort sjokk, men at de etter en uke ville bekjempe sykdommen og få tilbake kontrollen. For alle pasientene var det viktig å opprettholde håpet, men samtidig erkjenne realiteten av sykdommen. Pasientene aksepterte og forsto at de måtte prioritere annerledes etter å ha fått diagnosen, og sette seg kortsiktige mål. Det var også viktig å ha minst en støttespiller, som var der hundre prosent. Familie, kollegaer, venner og Gud ble nevnt som støttende faktorer. De fleste informantene følte bekymring for diagnose og framtid, for å skape kvalitet og livsstil var det viktig å tilbringe mer tid med familien. Alle de syv pasientene hadde absolutt tro på helsevesenets bidragsyttere, de fleste stolte helt på avgjørelsene i spesialisthelsetjenesten. Det var viktig med tillit, at helsepersonell informerte, var oppriktige, ærlige og åpne om sykdom og prognose. Informantene sa at det var viktig å snakke om sykdommen til likesinnede og helsepersonell. Det var viktig å finne balanse, føle kontroll, snakke om sykdommen for å klare å mestre livet. Målsetningen med forskingen var at behandlere vil få en dypere forståelse av de mange varierte strategiene som brukes av kreft pasienter for å mestre sin sykdom. Bulsara m.fl.(2004).

3.3.2 Artikkel 2 – Treatment decision making in women newly diagnosed with breast cancer.

Den andre artikkelen vi har med i oppgaven omhandler en undersøkelse hvor man sammenligner en gruppe som har nydiagnostisert brystkreft, og en gruppe som har benign svulstsykdom. Det som blir sammenlignet er hvordan de ønsker at behandlingen skal foregå, og hvor mye de vil være delaktig i beslutningene som blir tatt i forhold til dette. Det skrives i

artikkelen at man som helsepersonell ikke skal ha en paternalistisk holdning overfor pasienter, men at man skal fokusere på medvirkning fra pasientens side. De skriver også om at dette ikke alltid fungerer i praksis. Det kommer situasjoner hvor man som helsepersonell er nødt til å ta avgjørelser for pasienten.

Det er stor forskjell på de to gruppene i artikkelen. De med benign svulstsykdom ønsker å være veldig delaktige i behandlingen, og gjerne komme med innspill i løpet av hele prosessen, mens de med nydiagnostisert kreft, ønsker å legge ansvaret for beslutningene over til legene og helsepersonellet. Dette kommer av sjokket det er å få en kreftdiagnose. Når man nettopp har fått en slik diagnose, er man i en krise, og dermed blir det å ta avgjørelser i forhold til behandling veldig vanskelig. Beaver m.fl.(1996).

3.4 Hva er brystkreft?

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)

Wist(2010) skriver at brystkreft er den kreftformen som er hyppigst hos norske kvinner, og at muligheten for å utvikle brystkreft er veldig sterkt relatert til den tiden mellom start av menstruasjon til menopausen. Han skriver også at 15-20 % av tilfellene er familiært tilknyttet.

De fleste brystkreftsvulster blir oppdaget før de gir symptomer, enten ved at en finner mistenkelige funn ved mammografi, eller ved at det tilfeldig blir oppdaget en kul i brystet. Som regel er denne kulen smertefri. Noen kan kjenne en kul i armhulen eller over kragebeinet som ikke blir borte. Dette kan representere spredning fra brystkreft.

(Wist 2010, s. 432)

I følge Wist(2010) skal man være oppmerksom om man merker noe som ikke er vanlig, som for eksempel sekresjon fra brystvorte, inntrukket brystvorte og/eller rødflammet hud. De skriver også at nylig oppdagede kuler i brystet mest sannsynlig vil endre størrelse i takt med menstruasjonssyklusen, og av og til kan de forsvinne helt. Det er derfor mest viktig for damer over 35år å få sjekket evt. kuler i brystet.

”Behandling av tidlig brystkreft består av flere elementer: kirurgi, adjuvant behandling samt strålebehandling.”(Wist 2010, s. 433). I følge Wist(2010) er brystbevarende kirurgi det beste.

Dette betyr at man opererer ut omkringliggende vev i tillegg til svulsten, men man fjerner ikke lenger hele brystet slik man gjorde før. I tillegg blir det undersøkt om det kan være spredning til andre steder. Som tidligere nevnt blir det også gitt adjuvant behandling.

”Adjuvant behandling er en tilleggsbehandling som gis etter operasjon for å redusere risikoen for tilbakefall.”(Wist 2010, s. 434). I tillegg til dette kan det å gi strålebehandling like etter operasjon, gjøre risikoen for lokalt tilbakefall mindre skriver Wist(2010). Han skriver også at risikoen for å dø av brystkreft reduseres ved å gjennomgå strålebehandling.

Behandlingen pasienten skal igjennom, er langvarig og påfører vedkommende store forandringer, både fysisk og psykisk. Å miste et bryst føles ikke bare som et tap av en kroppsdel, men kan også føles som tap av kvinnelighet og identitet, noe som naturlig nok også påvirker forholdet til kvinnens nærmeste.

(Gjertsen 2010, s. 440)

Dette er noe som er viktig at sykepleieren gjør pasienten forberedt på før man setter i gang behandlingsprosessen.

3.5 Krise og mestring ved nyoppdaget brystkreft

Eide og Eide(2009), etter Ong mfl.(1995), Holen og Weisæth(1958) Hevder at:

Alvorlige og vanskelige livshendelser kalles ofte med en fellesbetegnelse for kriser. Personer i krise har behov for støtte, medmenneskelig kontakt og noen å dele tanker og følelser med. God kommunikasjon kan hjelpe pasienten til å bearbeide reaksjoner og mestre sykdom og krise bedre.

(Eide og Eide 2009, s.166)

Reitan(2010) skriver at pasientene som får beskjeden om at de har fått kreft, oppdager raskt at det er mye tanker rundt sykdommen, og at de møter mange prøvelser. Dette gjengis i form av mestring.

Det er naturlig at pasienter får en psykisk reaksjon når de får vite at de har kreft, og de gjennomgår ofte krisereaksjoner som kan sammenlignes med reaksjonene ved en traumatisk krise.

(Reitan 2010, s.72)

Berre(1999) etter Cullberg(1993) definerer: ”traumatisk krise som en situasjon der en person psykisk føler sin fysiske eksistens, sosiale identitet og trygghet eller grunnleggende livsmuligheter truet”. (Berre 1999, s. 21).

Når vi som sykepleiere møter pasienter i kriser kan det være vanskelig å forstå hva en krise innebærer. 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 slike situasjoner”. (Reitan 2010, s.72)

Hummelvoll(2004) etter Olofsson og Sjöström(1993) mener at frykten som kommer når mennesker opplever uforutsette hendelser, gjør at man tar i bruk mange forskjellige måter for å beskytte seg selv på, dette for å forminske krisens dimensjon. Dette er en overlevelses strategi. “I den akuta krisen är patienten och dennes närstående i behov av fungerande försvarsmekanismer för att minska ångest och klara av sin livssituation.” (Wettergren 2007, s.29).

Berre(1999) skriver at det er ulike stadier når man opplever en traumatisk krise. Det første stadiet er sjokkfasen. Sjokkfasen er veldig individuell og kan vare alt fra sekunder til flere dager. Det andre stadiet er reaksjonsfasen som varer lenger, alt fra en uke til godt over et halvt år. Disse to fasene er de akutte stadiene, her vil man se forsvarsmekanismene. Hun skriver også at utenforstående ikke nødvendigvis vil merke at en person er i sjokk, for dem kan personen være helt som vanlig. Det er da fort å overse dette. For personen selv kan det oppleves som at: ”Alt blir tomt inne i en. Verden oppleves fjern, den stenges ute. Man oppfatter kun enkelte ting av det som blir sagt, eller det som blir sagt kan forstørres voldsomt eller fordreies.” (Berre 1999, s. 23).

Eide og Eide(2009) etter Dyregrov(1993a) og Malt(1985) skriver i likhet med Berre(1999) at man vanligvis ikke vil merke så lett om en person er i sjokk, de vil ikke vise spesifikke tegn på en sjokktilstand. Men de skriver i tillegg at det finnes unntak.

[...]vedkommende følelsesmessig kan virke noe fjern og fortelle om endrede sanseropplevelser. Mange beskriver en opplevelse av uvirkelighet eller noe drømmeaktig. Noen forteller om nummenhet i kroppen. Tidsopplevelsen kan forandres, og man kan oppleve at ting skjer i sakte film. I enkelte tilfeller kan man også registrere fysiologiske reaksjoner som skjelving, blekhet, svette og fysisk uro.

(Eide og Eide 2009, s. 176)

Wettergren(2007) skriver at forsvarsmekanismene brukes for å dempe frykten og klare den vanskelige situasjonen som personen står i. I tillegg mener hun også at når pasienter opplever vanskelige situasjoner, bruker de ofte regresjon. Da går de tilbake og bruker samme

forsvarsmekanismer som brukt tidligere i livet, dette fordi disse forsvarsmekanismene virker lindrende og beskyttende. Dette kan være utfordrende på personalet, hvis en regresjonen inngår i ulike typer mennesket. Da kan pasienten ha enkelte favoritter av personalet, og utstøte andre.

Eide og Eide(2009) etter Folkman og Lazarus(1991) hevder at personer bruker mestringsstrategier som er relevante i forhold til hendelsen de opplever. Ikke alle mestringsstrategier er like gode. Hvis man bruker gal mestringsstrategi, kan det gjøre situasjonen som personen er i enda verre. Hva som er rett og galt, er veldig individuelt. Det er hver enkelt som håndterer sin egen situasjon, og det er mange faktorer som er med på å gi utslag i valg av mestringsstrategier; bakgrunn, situasjon, omgivelsene og personens fysikk, og psyke.

Det er nær sammenheng mellom følelser og mestring. Det er også en nær sammenheng mellom vurdering av den situasjonen man er oppe i og de følelsesmessige reaksjonene. For eksempel vil en kvinne som får vite at hun har brystkreft, mestre situasjonen forskjellige alt etter hvordan hun vurderer situasjonen. Hvis hun tror hun har gode sjanser til å overleve, vil hun kanskje mestre situasjonen annerledes enn om hun tror hun vil dø. Disse vurderingene påvirker også de følelsesmessige reaksjonene.

(Eide og Eide 2009, s.172)

Eide og Eide(2009) etter Hymovich og Hagopian(1992) skriver at alle handler forskjellig på livets hendelser og utfordrende hendelser som oppstår. De skriver også at: "Mestring retter seg både mot kognitive, affektive og atferdsmessige prosesser, og disse er nært forbundet med hverandre."(Eide og Eide 2009, s. 172).

3.6 Sykepleierens rolle

For at kreftpasienter og deres pårørende skal oppleve best mulig livskvalitet på tross av sykdom, behandling og usikkerhet for fremtiden, må helsepersonell se omsorgen til disse pasientene som en felles oppgave der de ulike profesjonene har sin rolle.

(Kvåle 2002, s. 15)

I følge Kvåle(2002) er det leger som utfører behandling og sykepleiere som står for omsorgen. Hun skriver også at noen sykepleiere trekker et klart skille mellom omsorg og behandling. "De som gjør dette, glemmer at omsorg også utgjør en stor del av den medisinske praksisen. Behandlingen av en sykdom er ofte den viktigste omsorgen en kan gi en pasient."(Kvåle 2002, s. 15).

I følge Kvåle(2002) er det viktig at sykepleiere utfører handlinger i den rekkefølgen som pasientene mener er viktig, med mindre dette strider veldig imot sykepleiefaglig kunnskap. Hun sier at dette vil gjøre opplevelsen av sykehusoppholdet bedre for pasientene. Brinchmann(2008) skriver i sin bok at autonomi og selvbestemmelse hos pasientene er noe som er svært viktig nå i dag, og at paternalistiske holdninger hos helsepersonell blir sett ned på. Brinchmann(2008) skriver også at det finnes situasjoner hvor pasientens autonomi ikke alltid er tilregnelig, men man skal likevel gjøre sitt beste for og ikke krenke pasientens integritet.

A woman diagnosed with breast cancer is in a crisis situation that promotes a range of emotions and reactions. Encouraging a woman to make treatment decisions at this time may be unrealistic because cognitive abilities in terms of recall and retention of information are reduced.

(Beaver 1996, s. 11)

Kvåle(2002) har etter Weisman og Worden(1976) et sitat som sier noe om at det er spesielt i den første perioden etter at diagnosen er stilt, at pasientene har mange spørsmål og er opptatt av dette rundt sykdom, liv og død. Kvåle(2002) har etter Carter(1993) også et sitat som forteller spesielt om at brystkreftrammede får et nytt bilde på livet, det at de ikke er udødelige og at kreft faktisk kan føre til død. ”Pasientene nærmer seg ikke alltid spørsmålet om liv og død på en direkte måte, og det er derfor viktig at sykepleieren er oppmerksom på de indirekte signalene.”(Kvåle 2002, s. 30). I følge Kvåle(2002) er det viktig at en sykepleier er forberedt på at store, eksistensielle spørsmål kan komme i løpet av sykdommen, og at man gir pasientene tid til å komme frem med dem.

I sin bok skriver Kvåle(2002) etter Cullberg(1976) at det er viktig at en sykepleier er med når en pasient får en slik alvorlig diagnose, da sykepleieren har tid til å være igjen å prate med pasienten etter at legen har gått.

I følge Gjertsen(2010) er en av de viktigste oppgavene til en sykepleier at påkjenningen på pasientene, og familien rundt den syke, blir minst mulig når de skal velge operasjonsmetode, evt. fjerne brystet, strålebehandling og videre behandling.”[...]allowing individuals to make choices about their treatment can have benefits in terms of psychological adjustment to certain diseases.”(Beaver 1996, s. 2). Det er viktig at sykepleieren støtter opp om de valgene pasienten tar, selv om det sykepleiefaglige kanskje sier at valget burde ha vært noe annet, skriver Gjertsen(2010). Hun skriver også at om resultatet er tap av bryst, er det viktig at

sykepleieren er til stede og støtter pasienten slik at hun kan mestre den krisen som mange opplever etter en slik operasjon. Gjertsen(2010) skriver også at det er viktig at sykepleieren er til stede for familien, de kan også ha stort behov for omsorg og støtte.

”Sykepleieren vil i dag stå overfor nye utfordringer i møte med den nye pasientrollen som særlig unge mennesker representerer.”(Kvåle 2002, s. 43).

3.7 Etikk

”Etikk er teori om moral.”(Brinchmann 2008, s. 17).

Brinchmann(2008) har i sin bok beskrevet at etikk har å gjøre med verdier og holdninger, og at det handler om respekt. I dette tilfellet respekt overfor pasienter. Hun skriver også at det er viktig å vite at etiske situasjoner ikke alltid er situasjoner som gjelder liv eller død, men at det ofte gjelder helt vanlige dagligdags situasjoner. ”Etisk teori kan ses på som et hjelpemiddel og et teoretisk verktøy.”(Brinchmann 2008, s. 17).

Slettebø(2009) skriver i sin bok at det er vanskelig å komme utenom begrepet makt når man snakker om etikk og sykepleie. ”Makt kan ses på som en evne eller mulighet til å påvirke andre mennesker[...].”(Slettebø 2009, s. 78).

3.7.1 Holdninger

”Bare med sine holdninger kan sykepleieren gjøre livet levelig eller ulevelig, mulig eller umulig for pasienten.”(Brinchmann 2008, s. 126). Sykepleierens holdning sier noe om hvordan hun møter pasientene, men ikke noe om hvordan hun skal gjøre det skriver Brinchmann(2008). ”Våre holdninger forstått som den måten vi framtrer på i en konkret situasjon, er viktige i den forstand at de er et spontant uttrykk for hvordan vi er som personer, og for hvordan vi reagerer i situasjoner[...].”(Kristoffersen og Nortvedt 2005a, s. 164).

Kristoffersen og Nortvedt(2005a) skriver også i sin bok at det er viktig at vi som sykepleiere tar ansvar for våre egne holdninger. Det vil si hvordan vi oppfører oss i ulike situasjoner.

3.7.2 Verdier

”Verdiene som ligger til grunn for de yrkesetiske retningslinjene, er barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter.”(Sneltvedt 2008, s. 100). Sneltvedt(2008) har i sin bok formuleringen av sykepleierens anvarsområder fra International Council of Nurses som er delt i fire punkter.

- Å fremme helse.
- Å forebygge sykdom.
- Å gjenopprette helse.
- Å lindre lidelse.

Dette er da fire punkter som sykepleiere må jobbe etter. ”Sentrale verdier i hjelpeyrker er omsorg, respekt, fagkunnskap og kvalitet.”(Eide & Eide 2009, s. 100).

4 Drøfting

4.1 Teoretikere

Når man får diagnosen brystkreft, er det ingen som sier at man kommer til å dø, det er ingen dødsdom. Uansett er sjokket likevel stort, og man kan føle det som en dødsdom. “Han sa vel noe sånt som: «Dette kan være en mulig svulst. Men det finnes jo både godartede og ondartede.» Men jeg hørte bare ordet« svulst».”(Simonsen og Simonsen 2010 s.10).

Sånn som vi tolker det Antonovsky står for, er at man ikke kun skal fokusere på det syke, men man skal også fokusere på det som er friskt. Man må fokusere på det som er positivt i livet rundt seg. Antonovsky(1996) sier noe om at om man klarer å se helheten, og ikke bare det som er ille, vil man kunne klare å takle sykdommen noe bedre enn om man bare fokuserer på det syke. Man skal fokusere på det som fremmer helse, og ikke det som gjør deg syk. Han sier at man uansett hvor syk man er, så kan man klare å se noe positivt i situasjonen. Her kommer sykepleierens rolle inn i bildet, ved at vi som sykepleiere kan ha en slags container-funksjon, slik at pasientene kan tømme seg for alt som er negativt, og heller fokusere på det positive, og det å bli frisk.

Vi mener at Antonovsky ser på helheten, mens Travelbee går mer inn på et pleie- og pasient forhold. Hun ser på det mellommenneskelige forholdet som oppstår mellom en pasient og en sykepleier. Dermed vil Travelbee sin tenkning, gå mer inn på det syke hos mennesket. Dermed gir hun pasienten en større sjanse til og faktisk ha fokus på sykdommen. En annen ting som Travelbee sin tenkning kan gjøre, er at sykepleieren tar seg av det syke, og lar pasienten få mulighetene til å fokusere på det friske, og være positiv. Dette er i likhet med det Antonovsky mener.

4.2 Sykepleierens rolle

Vi valgte å ta for oss støttespillerrollen til sykepleieren fordi vi mener at i den fasen vi møter pasientene, er det viktig for dem å ha en støttespiller som ikke nødvendigvis er nærmeste pårørende. Dette mener vi fordi mange pasienter ikke ønsker å belaste sine nærmeste med dette, dermed er det godt å ha en sykepleier å vende seg til. Det viktig at vi som sykepleiere er tilstede som støttespillere, og har en container-funksjon. Det vil si at sykepleierne brukes som “søppelbøtte”, slik at pasientene kan få utløp for sine tanker og følelser, og få tømt litt av frustrasjon og sinne.

Vi som sykepleiere sitter på kunnskap og erfaring, og vi er der oftere enn for eksempel en lege. Dette gjør at pasientene ofte kommer i god kontakt med sykepleieren, og dermed får man en nærmere relasjon enn hva man får til legen på avdelingen.

Som tidligere nevnt, er det mange sykepleiere som skiller mellom omsorg og behandling. Vi mener at når man får diagnosen brystkreft, kan omsorg virke behandlende, og behandling kan virke som omsorg. Dette betyr at man kan verken klare seg uten omsorg eller behandling. Det er viktig at disse to tingene blir godt samkjørt, slik at man kan gi pasienten best mulig behandling og omsorg.

En annen viktig del av det å være en støttespiller, er og ikke overkjøre pasienten. Som tidligere nevnt, er det viktig at vi støtter pasientene i alle dens avgjørelser selv om vi kanskje mener noe helt annet.

Hvor mye kvinnen har fått informasjon om, og hva hun har oppfattet før innleggelse om den behandlingen hun skal gjennomgå, vil variere. Det er å anbefale at sykepleieren i inkomstsamtalen kartlegger dette. Dersom operasjonen fører til at kvinnen mister et bryst, er det viktig å få kjennskap til hvilke tanker kvinnen har gjort seg om kring dette.

(Kvåle 2002, s. 76)

Her ser man hvor viktig det er med informasjon og det å gi informasjonen flere ganger. Dette kan for noen pasienter virke irriterende, ved at man får en følelse av at sykepleieren mener at du ikke forstår informasjonen første gang man hører den. For andre pasienter er det veldig godt å få informasjonen flere ganger, da man kanskje ikke har klart å få med seg alt ved tidligere samtaler med helsepersonell. Det at man ikke får med seg all informasjon er ikke veldig unaturlig med tanke på at det er et stort sjokk å få beskjeden om at man har kreft.

Enkelte ganger må legen diskutere med pasienten om hun vil at hele brystet eller bare kulen skal fjernes. Enkelte kvinner vil gjerne være med å ta avgjørelsen selv etter nøye informasjon av legen, mens andre synes det er vanskelig og helst vil at "ekspertene" skal avgjøre dette.

(Kvåle 2002, s. 76)

Dette ser man også i den ene artikkelen vi har valgt å ta med i denne oppgaven. "A lack of appropriate information could well be one of the reasons that women felt uncomfortable with being active in the decision – making process." (Beaver 1996, s. 12). Der ser man også at det er stor spredning i hvor mye kvinnene vil være med å bestemme selv. I denne artikkelen

hadde riktignok den ene gruppen med kvinner en godartet svulstsykdom, og det er jo ikke tilfellet her, men man ser at det er viktig med individuell pleie til alle pasienter, for ingen er like. ”Effective communication is important if health care professionals are to be aware of consumer’s preferences with regard to participation and decision making.”(Beaver 1996, s. 1).

4.3 Holdninger og verdier

Det er viktig for oss som sykepleiere at vi klarer å legge fra oss våre personlige meninger før vi går på jobb. Dette er kanskje ekstra viktig når det gjelder pasienter som det vi omtaler her. Disse pasientene er i ferd med å ta en avgjørelse om videre behandling av en livstruende sykdom. Pasientene kommer til å spørre hva sykepleierne mener, og da er det viktig at vi ikke forteller dem hva de burde gjøre, men at vi tilbyr å snakke om de ulike alternativene skriver Kvåle(2002). En annen viktig ting er at vi må støtte pasientens valg, uansett om vi mener at det ikke er riktig. Det er de som skal ta valgene, ikke oss. Man ser i Helsepersonelloven kap.2 § 4, som omhandler forsvarlighet, at helsepersonell skal utføre arbeidet sitt etter faglig forsvarlighet. Det betyr at man skal jobbe for å bedre helse og liv, men kan man tvinge pasienter til å motta behandling? Man skal jo si hva som er best for pasienten, men man kan jo ikke tvangsbehandle noen. Dermed ”støtter” vi alle beslutninger som pasientene tar, selv om vi kanskje ikke er enige.

Det er viktig at alle sykepleiere har samme holdning til samme pasient, slik at det ikke oppstår uheldige situasjoner med favorisering. En pasient vil nok mest sannsynlig komme bedre overens med noen av sykepleierne enn med andre, og det samme gjelder jo for sykepleierne. Likevel er det viktig at vi som sykepleiere opprettholder en profesjonell holdning når man er på jobb. Selvfølgelig er det ikke ulovlig som sykepleier å vise følelser ovenfor eller sammen med pasientene, men det skal ikke overskygge det som egentlig er oppgaven vår.

Det kan komme opp mange etiske problemstillinger i forhold til at pasientene er unge og at de kanskje ikke har barn enda. Dette med tanke på at kreftbehandling kan ødelegge mulighetene til å få barn, og at man eventuelt må gjøre tiltak slik at dette kan ordnes senere. De etiske problemstillingene kan gjelde alt fra religion og livssyn, til egne prinsipper. Her er det kanskje ekstra viktig at sykepleieren klarer å ha en nøytral holdning, slik at man personlig ikke involverer seg for mye. Legen kommer med informasjon, og vi som sykepleiere skal være tilgjengelig for kvinnen om hun ønsker å spørre om noe i forhold til dette. Sykepleieren må også gi pasienten tid til å ta valgene.

4.4 Pasienten

Vi har valgt å ta for oss kvinner før klimakteriet. Brystkreft som inntreffer før klimakteriet er sjelden, dette ser man i prevalensen vi har med i innledningen vår. Her ser man at det er spesielt sjelden i 20 – årene.

I den fasen vi har valgt å ta for oss, er det ekstremt viktig å ta vare på pasienten. Det er alltid viktig å ta seg av pasienten, men akkurat i en slik startfase er det så mye som er usikkert, og dermed er det viktig at vi som helsepersonell viser at vi er til stede, og at det går an å prate med oss, og stille oss spørsmål. “Jeg skjønnte nesten ikke hva som hadde skjedd, alt gikk så fort. Der har man gode, flinke og erfarne sykepleiere. Jeg følte meg helt trygg” (Simonsen og Simonsen 2010 s.28). Som vi har skrevet tidligere, kan det ta litt tid før alle spørsmålene kommer, nettopp fordi pasienten er i sjokk den aller første tiden. Det er dermed svært viktig at vi som helsepersonell ikke presser pasienten til å snakke om det før hun er klar for det selv. Sjokktilstanden kan gå fort over, eller den kan bli hengende lenge. Det er viktig at man informerer hele veien, men at man ikke trenger å sette i gang en samtale. Informasjonen kan være mer enn nok for pasienten å takle der og da. “Sykepleierne[...]var virkelig noe for seg selv. De har gitt oss mer hjelp og støtte enn de kan ane selv, tror jeg.”(Simonsen og Simonsen 2010 s.19).

En kreftdiagnose er nok uventet uansett når i livet den kommer, men brystkreft er mest vanlig å få etter at man har gjennomgått klimakteriet. I statistikken vi har med i innledningen kommer dette klart frem. I den fasen vi har valgt å ta for oss, som er før klimakteriet, er dermed sjansene mye mindre for å utvikle denne krefttypen, og dermed blir kanskje sjokket enda større enn hva det hadde blitt om man var litt eldre. Om man er i tjueårene og får brystkreft, kan dette ha en veldig negativ psykisk innvirkning på pasienten, siden man kanskje forbinder denne typen kreft med litt eldre damer. Kroppsbildet kan bli endret om man må fjerne et bryst, og dette kan være spesielt tungt for unge kvinner å håndtere. Mange spørsmål kan komme opp med tanke på eventuelle små barn, eller muligheten for å få barn senere. Kvinnene må selv få bestemme hvor involverte eventuelle barn skal være i sykdomsprosessen. Man skal likevel som sykepleier, mener vi, gi kvinnene en forståelse av at barna ofte trenger en forklaring, og at de også gjerne får med seg mer enn hva man tror.

En annen ting som er viktig å tenke på rundt pasienten er at det å få en slik diagnose fører til mye usikkerhet.”Plutselig var alt usikkert. Ikke viste jeg hvordan det ville gå med meg. Ikke

viste jeg hvor alvorlig sykdommen var. Og jeg følte meg forvirret, fortvilet og avhengig av andre.” (Håttun 2008 s.173) Her er det viktig at man skaper en slags trygghet rundt pasienten. Her er det også viktig at man ikke skaper en falsk trygghet. Man må være ærlig med pasienten hele veien, slik at man ikke skaper mer uvisshet, men heller mer trygghet slik at de vet hva de har i vente.

4.5 Sjokkfasen

Although most patients described their initial diagnosis as ‘devastating’ or ‘a complete shock’, all patients recognized within a week of diagnosis that they had to fight their illness and regain control.[...]. Most patients recognized the need to try and fight off the illness. This should be distinguished from denial of illness and fighting against a diagnosis.

(Bulsara m.fl. 2004, s. 254)

Her ser man at det er viktig å gi pasientene tid til å samle seg etter at man har fått beskjed om at man har fått kreft. Man må være forberedt på at dette kan ta kort tid hos noen, mens hos andre tar det mye lenger tid. Likevel må vi som sykepleiere være flinke til å informere gjennom hele prosessen, og man må av og til gi samme informasjon flere ganger, da pasientene ikke er like mottagelig i en slik situasjon. Man må også være forberedt på at i sjokkfasen kommer det ulike reaksjoner, altså mestringsstrategier og forsvarsmekanismer. Dette kan være utfordrende for oss som sykepleiere, men det er viktig at vi oppfører oss som støttespillere hele veien. Disse reaksjonene er ikke nødvendigvis noe som pasienten står for, men rett og slett et verktøy for å mestre diagnosen. Vi mener det er viktig for oss og ikke ”ta inn over oss” usakelige bemerkninger som kan komme fra pasienten i denne fasen hun befinner seg i.

I forhold til at det ikke alltid er lett for pasientene å få med seg all informasjon som de får, kan man bruke pårørende. Det er viktig, mener vi, å involvere pårørende helt fra starten av. Dette, selvfølgelig, om pasienten synes det er i orden. Det er viktig at pasienten ikke føler seg overkjørt. Man må ikke overskride taushetsplikten sin, så man skal ikke informere alle pårørende, men de nærmeste. Altså ektefelle, samboer, foreldre, eller lignende. Disse vil være oppført i journalen til pasienten.

I denne fasen kan det være at pasienten forsømmer sine grunnleggende behov.

Å dekke pasientens egenomsorgsbehov er viktige mål når det gjelder å realisere de overordnede målene for sykepleien, som er *normal funksjon, utvikling, helse og velvære*.

(Kristoffersen 2005b, s. 83)

De grunnleggende behovene som er viktigst å få dekket i denne fasen vil mulig være søvn og hvile. Dette fordi det er en stressende tid man skal gå inn i, med ulike behandlinger og lignende. Derfor er det viktig å samle krefter når man kan. Lorentsen og Grov(2010b) etter Adams m.fl.(2009) og Kubrak m.fl.(2010)har skrevet:”[...]må det rettes oppmerksomhet mot kosthold og ernæring allerede i den tidlige fasen av sykdommen hos alle pasienter med kreft.”(Lorentsen og Grov 2010b, s. 409). Etter en stund kan det være gunstig at sykepleieren tilbyr ulik og fristende næring, da det er viktig å opprettholde krefter, for å håndtere behandlingen bedre. ”En vurdering av pasientens ernæringsbehov er vesentlig for å kunne administrere ernæringen på riktigst mulig måte og for at pasienten skal kunne få sitt energibehov korrekt dekket.”(Stabberud, Almås og Kondrup 2010a, s. 481). Går man ned for mye i vekt før behandling starter, er man ikke like motstandsdyktig, og man klarer ikke å håndtere eventuell cellegift like bra. ”God ernæringstilstand øker motstandskraften mot sykdom og toksisk behandling.”(Lorentsen og Grov 2010b, s. 409).

4.6 Krise og mestring

Som sykepleier på en kirurgisk sengepost vil en møte unge kvinner som får livet snudd på hodet, ved å få diagnosen brystkreft. Når store endringer og uforutsette hendelser inntreffer, vil de fleste oppleve en krise. Da er det viktig at vi som sykepleiere er til god støtte for pasienten i den tiden hun er på avdelingen.

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). Her ser man igjen hvor viktig sykepleierollen som vi har valgt til vår oppgave er. Selvfølgelig finnes det mennesker som ikke ønsker hjelp, og det må man som sykepleier respektere, men man skal også være der hundre prosent om noen ber om en samtale, eller lurer på noe.

Når man får diagnosen er det, som sagt, individuelt hvordan man reagerer. Sjokket i seg selv, er nok like stort for alle, men man takler det på ulikt vis. Som vi har nevnt tidligere i oppgaven, reagerer noen med sinne, noen blir innesluttet og trekker seg tilbake, noen klarer ikke å innse det og ignorerer det, mens andre kan bli aggressive og utagerende. Alle disse reaksjonene er ulike forsvarsmekanismer som mennesket tar i bruk for å beskytte seg selv, og for å klare å mestre situasjonen. ”For da jeg fikk påvist kreft, greide jeg ikke å tenke så mange håpefulle tanker. I stede tenkte jeg katastrofe tanker. Igjen og igjen og igjen. Og jeg var matt, usikker, fortvilet, redd, sliten, lei meg og sint.”(Håmun 2008, s.36).

Noen pasienter kan bære med seg sjokket i veldig lang tid. Dette kan, som tidligere nevnt, gi utslag både psykisk og fysisk. Med dette kommer spørsmålet om hva som er enklest eller vanskeligst for sykepleieren å gjøre noe med. Fysiske plager kan innvirke på de psykiske plagene, slik at disse blir vanskeligere for pasienten å håndtere. De kan også gjøre at de psykiske plagene forsterkes. For en pasient, kan samtaler med sykepleieren være til stor hjelp mot de psykiske plagene, men hva da med de fysiske? Her gjelder det kanskje å finne en gunstig løsning som fungerer på begge sidene, slik at man kanskje unngår for mye medisiner. Medisiner blir det ofte nok av likevel. Man ser at om man kan få pratet litt om det man tenker på og få lettet litt på de psykiske plagene, kan ofte de fysiske plagene gå litt tilbake dem også. Sykepleieren burde være på tilbudssiden når det gjelder samtaler med pasientene. Det er viktig at pasientene føler at de kan ta kontakt med sykepleierne når som helst. Det er ikke sikkert at de vil prate med en gang, men det kan komme litt etter hvert. Man må som sykepleier la det første sjokket legge seg litt før man ”blander seg” for mye. En annen ting som er viktig er at sykepleieren kommer med informasjon flere ganger og at beskjedene er tydelige. Det er ikke sikkert at man som pasient klarer å oppfatte alt som blir sagt når man er i en slik situasjon. Her blir samtalen med sykepleieren svært viktig.

Nå har vi skrevet mye om de negative reaksjonene som en pasient ofte får, men det er ikke alltid at reaksjonene blir sånn. ”Det var en grunn til at dette skjedde oss. Vi var sterke nok til å takle det, og vi skulle bruke det til noe positivt.”(Simonsen og Simonsen 2010, s. 202). Vi må derfor som sykepleiere også være forberedt på dette. Pasienten kan med en gang si at: ”Dette skal jeg klare!”. Andre har kanskje opplevd vanskelige ting tidligere i livet, slik at man er sterkere psykisk slik at man lettere klarer å håndtere en krise. Dette går inn under Antonovskys teori om ”Sense of Coherence”. En annen side av saken er at vanskelige

hendelser tidligere i livet også kan være med på å bryte pasienten ytterligere ned, når man får en diagnose som dette.

The role that patient involvement plays in empowerment is undeniable and encompasses the implementation of numerous individual coping strategies in order for patients to achieve some measure of control or mastery over their illness.

(Bulsara m.fl. 2004, s. 252)

5 Konklusjon

Det finnes ingen fasit på hvordan mennesker reagerer på det å få diagnosen brystkreft. Alle mennesker har opplevd ulike ting i livet sitt, som kan prege deres form for mestring og håndtering av situasjonen. Uansett vil alle få en reaksjon når de får beskjed om noe så alvorlig, og alle vil mest sannsynlig gå inn i en form for sjokktilstand. Dette er ikke alltid noe som vises utenpå mennesker, derfor burde man være varsom på måten man tilnærmer seg pasienten på.

Når man er sykepleier, mener vi, at det å være en støttespiller i en slik situasjon er noe av det viktigste man kan gjøre. Alt det andre medisinske er også viktig, men samtalene man kan ha med en sykepleier om det som skjer, kan være med på å berolige pasienten. Vi mener også at det er viktig å lytte til pasienten rundt hennes ønsker om både pårørende og ulike valg som må tas. Når det gjelder pårørende er det ikke sikkert hun ønsker å involvere alle like mye, og dette må vi respektere. Når det gjelder valgene, kan ikke vi som sykepleiere ta dem for henne, men vi kan være behjelpelig med samtale og diskusjon rundt de ulike valgmulighetene. Det er også viktig for oss som sykepleiere at vi ikke kommer med personlige innspill i situasjonen. Vi skal være profesjonelle hele veien. Det er også viktig at det skjer i pasientens tempo så lenge det er faglig forsvarlig.

Andre støttespillere, som ektefelle, samboer, foreldre og lignende, er også viktig i en slik situasjon. De kan nok ikke komme med like mye faglig informasjon, men det er de som pasienten kjenner aller best, og nok de som pasienten føler seg tryggest på.

Det at kvinnene i vår oppgave har vært såpass unge, gir gjerne andre utfordringer enn om kvinnene hadde vært eldre. Som vi har nevnt tidligere kan dette gjelde for eksempel at kvinnen har små barn, eller at hun enda ikke har fått barn, men gjerne ønsker seg det i fremtiden. Slike store spørsmål må vi som sykepleiere være forberedt på, spesielt helt i startfasen, hvor alt er nytt og skremmende.

For å forebygge at flere unge kvinner rammes av brystkreft, er det kanskje en idé å starte med mammografiundersøkelser tidligere enn hva som blir gjort i dag. Slike undersøkelser starter veldig sent, da man ser at brystkreft også kan inntreffe før klimakteriet, faktisk i svært ung alder.

Noe annet viktig som vi har kommet frem til, er at man ikke må se brystkreftdiagnosen som en dødsdom. Mange klarer å kjempe seg gjennom sykdommen, og det er viktig for oss som sykepleiere i startfasen og fortelle dette til kvinnene. Med en gang man hører ordet kreft, tenker man ofte på døden, men sånn trenger det ikke være, om vi som sykepleiere klarer å være den støttespilleren vi burde være. Vår rolle må være å berolige, og å skape en trygg atmosfære rund pasienten. I en slik situasjon er det lett at man kanskje ”pynter” litt på sannheten, men det skal man unngå. Man skal være ærlig med pasientene når de har en så alvorlig diagnose, men man skal være ærlig på en slik måte at pasientene ikke mister motet.

Som svar på vår arbeidstittel som er; Krise og mestring - Sykepleie til pasienter med nyoppdaget brystkreft, vil vi si at støttespiller – rollen til sykepleieren er den viktigste. Dette både i forhold til sykepleien som skal utføres, og i forhold til krisen og mestringsstrategiene som pasientene gjennomgår og tar i bruk. Dette kan man møte uansett hvilken avdeling man jobber på, og det er viktig at man tenker på det i møte med nye pasienter.

6 Etterord

Vi syns at prosessen med å jobbe med denne oppgaven har gått veldig bra. Samarbeidet oss imellom har vært veldig bra. Dette kan ha med å gjøre at vi kjente hverandre godt fra før, og at vi tidligere hadde jobbet sammen med skoleoppgaver. Vi vet hverandres kvaliteter, og har funnet ut at vi utfyller hverandre bra. Vi klarer å være uenig, uten at dette får noen konsekvens for oppgaven, og samarbeidet videre. Vi klarer rett og slett å være enig om å være uenig. Dette er viktig, da vi mener at det styrker oppgaven. Man får med flere synspunkter.

Vi mener begge at det har vært godt å bare være to til å skrive en slik oppgave, og at man ikke burde være fler. Diskusjonen og samarbeidet blir lettere når man ikke har flere å forholde seg til. Samarbeid med veileder har også fungert veldig bra. Det er godt å vite at man har en stødig veileder i ryggen, slik at man får konstruktive tilbakemeldinger hele veien. Dette gjør at motivasjonen til videre arbeid holdes oppe.

Noe som har gjort prosessen vanskelig, er at det har kommet nye retningslinjer like før skriveperioden, og dette har medført en del usikkerhet. Dette i forhold til hvilke retningslinjer man skal forholde seg til. Dette burde være helt klarlagt før man går i gang med en så stor oppgave. Her har biblioteket på høgskolen vært til stor hjelp. En annen ting er at ulike veiledere gir veldig ulike tilbakemeldinger til sine studenter, som går ut på hvordan de ønsker at oppgavene skal bygges opp. Dette fører til en god del usikkerhet blant oss studenter, og det er vanskelig å vite hva som er rett og galt.

Produktet vi sitter igjen med etter denne prosessen er vi godt fornøyd med. Det er vel alltid mer man kunne tatt med, men vi føler vi har fått med det som er gjeldende for vårt tema og vår problemstilling. Dette kommer frem i oppgavens avgrensning. Produktet, mener vi, viser at vi har lært mye, og fått mer forståelse rundt dette med brystkreft. I tillegg har vi lært mye rundt dette med krisen som oppstår hos pasientene når de får en slik beskjed, og rundt dette med mestringsstrategiene de tar i bruk.

Vi kunne hospitert, men siden vi har hatt fokus på startfasen av forløpet valgte vi å ikke gjøre dette. Ulike grunner var, at det er vanskelig å komme inn å få et riktig bilde på hva en krisesituasjon egentlig er, og at startfasen krever rolige og stabile sykepleieforhold rundt pasienten. Med dette mente vi at vi kunne finne like mye bra stoff i ulike bøker og artikler.

Det har vært en lærerik, spennende og interessant prosess.

7 Litteraturliste

*Antonovsky, Aron (2000) *Helbredets mysterium*. København: Hans Reitzels Forlag.

Antonovsky, Aron (1996) The salutogenetic model as a theory to guide health promotion. I: Kompendium SPL 3012- studieåret 2010/2011. *Helspolitikk, organisering, medvirkning og helsefremmende arbeid*, s. 167 – 174. Gjøvik: Høgskolen I Gjøvik seksjon for sykepleie

*Axelsson, Å.(2008) Litteraturstudie.I: Granskär,M. & Höglund - Nielsen,B. (red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso – och sjukvård*,s.173 -188. Kristianstad: Författarna och Studenlitteratur.

*Berre, Gerd (1999) *Å dele en krise i livet- kreftinfo i/2004-om krisereaksjoner og mestring for pasienter og pårørende*. Oslo: Den Norske Kreftforening

Brinchmann, B.S. (2008) De fire prinsippers etikk – velgjørenhet, ikke skade, autonomi og retferdighet. I: Brinchmann, B.S.(red.) *Etikk i sykepleien*, s. 81 – 96. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS

Brinchmann, B.S. (2008) Nærhetsetikk. I: Brinchmann, B.S.(red.) *Etikk i sykepleien*, s. 116 - 131. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS

Brinchmann, B.S. (2008) Innledning. I: Brinchmann, B.S.(red.) *Etikk i sykepleien*, s. 15 - 21. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS

Dalland, Olav(2000) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: gyldendal Norske Forlag AS

Eide, Hilde og Eide, Tom (2007). *Kommunikasjon i relasjoner-samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.

*Grønmo, Sigmund (2004) *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

*Gjertsen, T.(2010). Sykepleieutfordringer ved brystkreft. I: Reitan,A.M & Schølberg,T.K(red.)*Kreftsykepleie-pasient-utfordring-handling*,s.440-447. Oslo: Akribes AS

*Hanson, Anders (2010) *Salutogent ledarskap – för hälsosam framgång*. Stockholm: Fortbildning AB

Hummelvoll, Jan Kåre (2004) *HELT- ikke stykkevis og delt- Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.

*Håatun, Anbjørg Sætre (2008) *Livslust – om å møte og mestre motgang*. Oslo: H. Aschehoug & Co

*Jacobsen, Dag Ingvar (2003) *Forståelse, beskrivelse og forklaring. Innføring i samfunnsvitenskaplig metode for helse- og sosialfagene*. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS

Kristoffersen, J. N. & Nortvedt, P. (2005a) Relasjoner mellom sykepleier og pasient. I: Kristoffersen, J.N. Nortvedt, F. & Skaug, E.A. (red.) *Grunnleggende sykepleie, bind 1*, s.137-183. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS

Kristoffersen, J. N. (2005b) Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: Kristoffersen, J.N. Nortvedt, F. & Skaug, E.A. (red.) *Grunnleggende sykepleie, bind 4*, s.13 – 99. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS

*Kvåle, Kirsti (2002) *Sykepleie til mennesker med kreft*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Lorentsen, E. & Grov, E.K. (2010b) Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I: Almås, H, Stubberud, D.G. & Grønseth, R. (red.) *Klinisk sykepleie 2*, s.401-437. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Nylenna, Magne (2004) *Medisinsk ordbok* Oslo: Kunnskapsforlaget

*Reitan, A.M. (2010). Krise og Mestring. I: Reitan, A.M & Schølberg, T.K. (red.) *Kreftsykepleie-pasient-utfordring-handling*, s.72-101. Oslo: Akribe AS

Stubberud, D.G. Almås, H. & Kondrup, J. (2010a) Ernæring ved sykdom. I: Almås, H, Stubberud, D.G. Grønseth, R. (red.) *Klinisk sykepleie 1*, s.477 – 505. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Sneltvedt, T. (2008) Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I: Brinchmann, B.S. (red.) *Etikk i sykepleien*, s. 97 – 115. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS

*Simonsen Espen, Simonsen Tone-Elisabeth (2010) *Sammen til verdens ende-en kjærlighetshistorie*. Horten: Publicom forlag AS

Slettebø, Åsild(2009) *Sykepleie og etikk*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS

Strand, Liv(1990) *Fra kaos mot samling, mestring og helhet – Psykiatrisk sykepleie til psykotiske pasienter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

*Troye, Anne Fi (2010) *Fremdeles i live! Den lille kreftboken-tips og råd for en bedre hverdag*. Oslo: H. Aschehaug & co

*Wist, E.(2010). Brystkreft. I: Reitan,A.M & Schølberg,T.K(red.)*Kreftsykepleie-pasient-utfordring-handling*,s.431-439. Oslo: Akribe AS

*Wettergren, L.(2007) Traumatisk kris vid cancer.I: Carlsson,M.(red.) *Psykosocial cancervård*, s.23-38.Uppsala: Studentlitteratur.

*Beaver, K. m.fl(1996). *Treatment decision making in women newly diagnosed with breast cancer* Cancer Nursing, 19(1) s.8-19 [online] URL:
http://journals.lww.com/cancernursingonline/Fulltext/1996/02000/treatment_decision_making_in_women_newly_dignosed.2.aspx (04.04.2011)

*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=3ea5d4a3-0f1e-4b60-83c8-72d8209f04e8%40sessionmgr14&vid=4&hid=24> (29.03.2011)

Helsepersonelloven.(2010), Lov om helsepersonell-Forsvarlighet paragraf 4.[online] Oslo: Lovdata.URL: <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-064-002.html> (14.04.2011)

*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/> (06.04.2011)

*Statistisksentralbyrå (2005) *Folkemengden 1. januar etter alder og kjønn. Hele landet. Registrert 2002 og framskrevet 2003-2050. Alternativ LLML*. [online] URL:
http://www.ssb.no/02/03/nos_folkfram/nos_d319/tab/tab-15.html (06.04.2011)

*Hanson, U.C.(2006) *VAD ÄR EN VETENSKAPLIG ARTIKEL? (Kort introduktion)*.
Universitetsbiblioteket.[online] URL:<http://ki.se/content/1/c4/54/02/Vetenskaplighet.pdf>
(15.04.2011)

*) Selvvalgt litteratur

8 Vedlegg

8.1 Vedlegg 1

Tillatelse fra forfatter Margaret Skjelbred til bruk av hennes dikt, *Stien til verdens ende*, som forord.

