

BACHELOROPPGAVE

**MESTRING HOS KVINNER MED
NYOPPDAGET BRYSTKREFT**

Forfattere: Maren Hagen Melby, 470634 og Silje Kristin Lislegård,
470742

Dato: 18. Mai 2018

SAMMENDRAG

Tittel:	Mestring hos kvinner med nyoppdaget brystkreft.	Dato	18.05 2018
<hr/> <hr/> <hr/>			
Deltaker(e)/	Maren Hagen Melby		
	Silje Kristin Lislegård		
<hr/> <hr/>			
Veileder(e):	Kirsten Nordang.		
<hr/>			
Evt. oppdragsgiver:			
<hr/>			
Stikkord/nøkkelord	Nyoppdaget, brystkreft, mestring, sykepleier		
(3-5 stk)			
Antall sider/ord: 45/10637	Antall vedlegg: 0	Publiseringsavtale inngått: Ja	
Kort beskrivelse av bacheloroppgaven:			
Bakgrunn: Det er et økende antall kvinner som får og overlever brystkreft. Det er behov for at sykepleier har kunnskap om hvordan bidra til at pasienten mestrer sykdom.			
Hensikt: Å undersøke hva sykepleier kan gjøre for å bidra til å fremme mestring hos kvinner med nyoppdaget brystkreft.			
Metode: Denne litteraturstudien er bygget på vitenskapelige artikler og annen litteratur som ble ansett relevant for å besvare problemstillingen. Strukturerte søk ble gjort i databaser som Cinahl, SweMed+ og Medline.			
Resultat: Resultater viser at kvinner med nyoppdaget brystkreft trenger støtte fra venner, familie og helsepersonell. De har også behov for tilpasset informasjon. Kvinnene har ulike emosjonelle reaksjoner på brystkreft. Mange kvinner tar i bruk meningsfulle aktiviteter for å mestre hverdagen og leve som normalt. Mange opplever forandringer relatert til kropp, seksualitet og selvbilde på grunn av brystkreften.			
Konklusjon: Sykepleiere må tilby individuell tilpasset omsorg for å fremme mestring hos kvinner med nyoppdaget brystkreft og samtidig tenke helhetlig for å dekke alle behovene kvinnene har.			

ABSTRACT

Title:	Coping in women with newly diagnosed breast cancer.	Date 18.05. 2018
Participants	Maren Hagen Melby	
	Silje Kristin Lislegård	
Supervisor	Kirsten Nordang.	
Employer:		
Keywords	Newly discovered, breast neoplasms, coping, nurse	
(3-5)		
Number of pages/words: 45/10637	Number of appendix: 0	Availability: open
<p>Short description of the bachelor thesis:</p> <p>Background: There is an increasing number of women diagnosed with breast cancer and more who survive cancer. Because of this nurses need knowledge on how to help patients cope with the disease.</p> <p>Aim: To examine how nurses can contribute to coping in women with newly discovered breast cancer.</p> <p>Method: This literature review is based on scientific studies and supplementing literature pertinent to answering the aim of this study. Structured searches in databases such as Cinahl, Medline and SweMed+ was used to find relevant literature.</p> <p>Results: The findings of six research articles show that women with newly discovered breast cancer need the support of friends, family and healthcare providers. They also need customized information. The women experience different emotional reactions to breast cancer. The women use meaning filled activities to cope and to help them live daily life as normal. Many experience changes in body, sexuality and self image related to breast cancer.</p> <p>Conclusion: Nurses need to provide individually customised care to promote coping in women with newly diagnosed breast cancer. The nurse also has to use a holistic approach to provide for the different needs of the women.</p>		

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	1
Abstract	2
1.0 Innledning	5
1.1 Introduksjon	5
1.2 Sykepleiefaglig relevans og valg av tema	5
2.0 Bakgrunn	6
2.1 Tidligere forskning	6
2.2 Relevant teori	6
2.3 Sentrale begreper	7
2.4 Hensikt	9
2.5 Problemstilling	9
3.0 Metode	10
3.1 Litteraturstudie som metode	10
3.2 Kvantitativ og kvalitativ forskning	11
3.2.1 Kvantitativ forskning	11
3.2.2 Kvalitativ forskning	11
3.3 Forskningsetikk	12
3.4 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	13
3.5 Databaser og søkeord	14
3.6 Kritisk vurdering	14
3.7 Søkedokument skjema	15
4.0 Resultat	16
4.1 Fremstilling av artikler i litteratormatrise	16
4.1.1 Artikkel 1	16
4.1.2 Artikkel 2	17
4.1.3 Artikkel 3	18
4.1.4 Artikkel 4	19
4.1.5 Artikkel 5	20
4.1.6 Artikkel 6	21
4.2 Sammenfatning av artiklenes resultat	22
4.2.1 Betydningen av støtte	22
4.2.2 Behov for informasjon	23
4.2.3 Emosjonelle reaksjoner ved brystkreft	23
4.2.4 Meningsfylte aktiviteter	24
4.2.5 Kroppsforandring, selvilde og seksualitet	24

5.0 Drøfting	26
5.1 Betydningen av støtte	26
5.2 Behov for informasjon	29
5.3 Emosjonelle reaksjoner ved brystkreft.....	31
5.4 Meningsfylte aktiviteter	33
5.5 Kroppsforandring, selvbilde og seksualitet.....	34
5.6 Kritisk vurdering og overveielser.....	36
6.0 Konklusjon	38
Litteraturliste	39

1.0 Innledning:

1.1 Introduksjon

Brystkreft er den vanligste formen for kreft hos kvinner. Det har vært en økning i antall kvinner som får brystkreft og det er et større antall som til enhver tid lever med diagnosen. Det å få diagnosen brystkreft kan ifølge Bredal (2017) føre til stressreaksjoner som ligner de som oppstår ved traumer og kriser. Samtidig kan det påvirke selvbilde, identitet, sosiale relasjoner og fungering i hjem eller arbeid. Behandling av kreft fører til store forandringer både fysisk og psykisk for den som mottar den (Kvinnsland, 2004).

Statistikk viser at i år 2000 fikk 2503 kvinner diagnosen brystkreft (Kvinnsland, 2004). I 2016 fikk 3371 kvinner brystkreft og 45 725 mennesker lever med eller har hatt brystkreft i Norge (Cancer Registry of Norway, 2017). Prosentandelen av kvinner som lever fem år etter diagnosen er gitt, har økt betraktelig de siste årene sammenlignet med før. I 1970 var det 69,8 prosent som fortsatt var i live. I 2016 var prosenten for overlevelse etter fem år økt til 89,7% (Kreftregisteret, 2018). Tjemsland, Søreide og Malt (1996) finner at nesten halvparten av deltakerne i deres studie opplever høye nivåer av stress. Mange har også posttraumatiske stress-symptomer den første tiden etter diagnose. Derfor er mestring av stress og sykdom et aktuelt tema.

1.2 Sykepleiefaglige relevans og valg av tema

Sykepleieteoretikerne Patricia Benner og Judith Wrubel (1989) mener at forutsetningen for deres teori, er at sykepleiere utøver en forskjell. Som sykepleier er man i en unik posisjon hvor en forstår både sykdommen og pasientens opplevelser. Sykepleieren kan gjennom dette være med på å forme sykdomsopplevelsen gjennom tolkning og veiledning av pasienten (Benner og Wrubel, 1989). For å fremme mestring, burde veiledning være en forutsetning som sykepleier benytter seg av i møte med pasientene. Ifølge Bredal (2017) er sykepleierens utfordring å bidra til at pasienten aksepterer sin tilstand og klarer å leve et tilnærmet normalt liv så lenge som mulig. Når sykepleieren gir emosjonell støtte og informasjon kan dette hjelpe kvinnen til å opprettholde et godt selvbilde (Bredal, 2017). Brystkreft er utbredt og sykepleiere vil møte kvinner som har eller har hatt en brystkreftdiagnose. Ved å ha forståelse for sykdommen, kan man som sykepleier se hvordan en skal hjelpe pasientene å oppleve mestring i hverdagen, samt sikre god utøvelse av sykepleie.

2.0 Bakgrunn

2.1 Tidligere forskning

Kreft er et stort tema det er gjort mye forskning innenfor ulike typer kreft, hvilken behandling som er best og hvordan ulike forhold påvirker de som får sykdommen. Sykdomsrelatert mestring påvirker forholdet mellom sykdomsoppfatning og kreftrelatert stress hos kvinner med nyopplaget brystkreft. Med bedre forståelse av brystkreft kan kvinner oppleve mindre stress og bekymring rundt kreften (Gibbons, Groarke og Sweeney, 2016). Keller (2006) finner at undervisning og informasjon pasienter får før de gjennomgår cellegiftbehandling, kan bedre mestringsstrategiene brukt under sykdom. En oversiktsstudie gjort av Fawzy og Fawzy (1998) om gruppeterapi ved kreft viser at de psykiske og medisinske problemene kreftpasienter møter er mange og unike. Studien viser at pasientene kan dra nytte av psykologiske intervensjoner, spesielt i gruppeformat.

En oversiktsstudie av Cruickshank *et al.* (2008) konkluderer med at spesialsykepleiere kan være til nytte for kvinner med brystkreft. Sykepleiere bør sikre at de ulike aspektene ved livskvalitet er vurdert regelmessig. For å gi best mulig pleie bør sykepleieren gjennomføre intervensjoner med fokus på hvilket stadium i sykdommen og hvilken behandling kvinnen får. Samtidig konkluderer Cruickshank *et al.* (2008) med at det fortsatt kreves videre forskning på feltet og at den bør omhandle både utfall av kreftsykepleiers arbeid og deres bidrag til tverrprofesjonelt samarbeid. Samtidig bør det gjennomføres randomiserte kontrollstudier med tydelig identifiserbare utfall for å sikre at kvinnene får optimal pleie og omsorg fra sykepleieintervensjonene.

2.2 Relevant teori

Den presenterte teorien er med på å besvare problemstillingen sett fra et sykepleiefaglig perspektiv.

Benner og Wrubels (2001) teori om stress og mestring ved sunnhet og sykdom vil være relevant rammeverk videre i oppgaven. "Omsorg er en grunnleggende måte at være i verden på- omsorg er primærkilden til både stress og mestring i menneskets opplevelse af sundhed og sygdom" (Benner og Wrubel, 2001, s. 11). Ifølge Benner og Wrubel (2001) står sykepleieren i en unik posisjon for å forme sykdomsopplevelsen gjennom veiledning av pasienten. Et menneskes bakgrunn, bekymringer, ferdigheter og vaner avgjør hva som regnes som stressende og derfor hvilke muligheter for mestring en har (Benner og Wrubel, 1989). Videre

utdyping av Benner og Wrubels forståelse av stress og mestring foregår under sentrale begreper.

Benner og Wrubel (2001) har et fenomenologisk syn på stress og mestring. Et fenomenologisk perspektiv er best for å beskrive den viten og det gode som ligger i ekspertsykepleierens praksis. Fenomenologien er en filosofisk retning basert på studiet av hvordan ting oppfattes. Heideggers fenomenologi ligger til grunn for Benner og Wrubels (2001) teori. I denne forståelsen av fenomenologien blir personen definert av sitt liv og mennesket forstår situasjonen ut fra den meningen den har for selvet.

Det å få brystkreft kan oppleves som en krise. Derfor anses Cullbergs (2007) kriseteori som beskriver krise i fire faser som relevant. I og med at oppgaven omhandler kvinner med nyoppdaget brystkreft sees sjokk og reaksjonsfasen i Cullbergs kriseteori (2007) som mest relevant. Den første er sjokkfasen som deretter går over i reaksjonsfasen. Dette etterfølges av en bearbeidingsfase som leder til nyorienteringsfasen. Nyorientering innebærer fullstendig gjenopprettelse. Sjokkfasen preges av at en på utsiden kan fremstå som rolig og fattet, mens en på innsiden opplever kaos. Sjokk kan også vises i forvirring, gjentakelse eller at en vender seg bort og tar ikke innover seg virkeligheten. I reaksjonsfasen starter en omstilling der en forsøker å integrere virkeligheten på en funksjonell måte. Forsvarsmekanismer brukes og kan være nyttige fordi de gjør at en gradvis kan konfrontere realiteten. Forsvarsmekanismene søker å minske trusselen som oppleves. Sjokkfasen og reaksjonsfasen utgjør den akutte krise.

2.3 Sentrale begreper

Brystkreft

Ved kreft har det oppstått mutasjoner på cellens arvestoff slik at cellene deler seg ukontrollert. Dette skaper en opphopning av celler i organet som etter hvert blir en kreftsvulst (Kreftforeningen, u.å.). Brystkreft oppstår i brystkjertelens melkeganger eller melkekjertler (Schlichting, 2011). De forandringene som skjer, oppstår som regel alltid i celler som kler melkegangene. De normale cellene kan begynne å dele seg unormalt, og kjertelstørrelsen i cellene kan øke. Dersom disse celleforandringene holder seg på plass, er dette et tegn på et forstadium til kreft. Cellene kan også bryte ned basalmembranen og dermed infiltrere vevet, noe som er karakteristisk for kreftceller. Mastektomi er en form for kirurgisk behandling som kan utføres ved brystkreft. Inngrepet går ut på at brystet fjernes, og utføres dersom tumoren er over 4 cm eller det er flere tumorer i samme bryst. Operasjonen utføres på omtrent 45% av de som får brystkreft (Schlichting, 2011).

Stress

Stress er ifølge Benner og Wrubel (1989), når kroppslig, emosjonell eller intellektuell forståelse av jevn funksjon er forstyrret. Stress defineres som et sammenbrudd av mening og forståelse. Stress fører med seg utfordringer, tap eller smerte som gjør at en må utvikle nye ferdigheter og ny forståelse av hverdagen. Stress er en allmennmenneskelig opplevelse og kan ikke unngås eller kureres. Stress er et resultat av å leve i en verden hvor noe er betydningsfullt. Mennesker formes på ulike måter av erfaringer. Et menneske som har hatt kreft og forblir kreftfri etter fem år kan erklæres som frisk, men opplevelsen av å ha kreft vil forme resten av ens liv. En kan dra styrke fra slike opplevelser eller føle økt sårbarhet. Det er dermed ikke mulig å forstå verden på akkurat samme måte som før (Benner og Wrubel, 1989). Stress er i denne oppgaven brystkreft og de utfordringene det fører med seg.

Mestring

Teorien til Lazarus (1966;1984; Lazarus og Folkman, 1984, som sitert i Benner og Wrubel, 2001) brukes for å drøfte begrepet mestring. Mestring kan innebære å aktivt gjøre noe med situasjonen, men det kan også være å ikke gjøre noe. Å ikke gjøre noe i denne sammenheng, sikter å endre hva som anses som stressende eller forsøke å få det bedre uten å endre situasjonen. En form for mestring kan være å søke informasjon. Målet med mestring er å gjenopprette mening og betydning. Mestring er det en gjør med forstyrrelsen av den jevne funksjon (Benner og Wrubel, 2001). Forstyrrelse av den jevne funksjon er i denne sammenheng kreften og de følelsene og opplevelsene den bringer med seg. "Livet er mestring i den forstand at vi utvikler oss, tilpasser oss og lærer nye ferdigheter" (Reitan, 2017, s. 88). Dette kan innebære å stå i situasjonen og bruke egne ressurser, eller være at personen bruker ulike forsvarsmekanismer for å forsøke å fortrenge eller skyve ubehaget unna (Kvinnslund, 2004). Mestringsstrategier er en del av mestringsbegrepet. Ulike strategier blir brukt i møte med sykdom eller utfordringer. Disse har som formål å hjelpe personen til å finne mening, bevare selvbildet og opprettholde kontroll over situasjonen (Reitan, 2010). Det å ha kontroll er grunnleggende ved all mestring.

Informasjon

Helsepersonell er pålagt informasjonsansvar overfor pasienter innenfor eget fagområde - og til en viss grad overfor pasienters pårørende - som en sentral del av de tjenestene de yter. God informasjon er en forutsetning for at pasienter skal kunne ivareta sine egne interesser (Befring, 2004, s.79)

Seksualitet

Borg (2017) skriver at seksualiteten er en drift som alle mennesker bærer med seg fra fosterstadiet til døden, og er helt sentral som en del av identitet, selvbilde og livskvalitet. Mange opplever ulike fysiske og psykiske forandringer relatert til seksualiteten i forbindelse med diagnosen (Brystkreftforeningen, 2018).

Selvbilde

Selvbilde handler om hvilken oppfatning en har og hvordan en vurderer seg selv. Selvbilde er et syn på en selv som enten er positivt eller negativt. Positivt selvbilde blir verdsatt og gjør det enklere i sosiale sammenhenger (Håkonsen, 1998). Man kan oppleve nedsatt selvbilde i forbindelse med brystkreft spesielt etter noen typer behandling (Brystkreftforeningen, 2018).

2.4 Hensikt

Hensikten med dette litteraturstudiet er å samle informasjon fra relevante artikler om mestring hos kvinner med nyoppdaget brystkreft. Og undersøke hva sykepleiere kan gjøre for å bidra til at kvinner med sykdommen mestrer hverdagen. Ved å sette fokus på dette temaet kan en øke kunnskapsnivået hos sykepleiere og sikre best mulig sykepleie til disse kvinnene. Sykepleier kan gjennom god sykepleie motivere kvinner med brystkreft til mestring, som kan bidra til økt livskvalitet og dermed selvstendighet. Kunnskaper om mestring vil være aktuelt innen flere pasientgrupper og kunnskapen kan være overførbart til andre situasjoner, og derfor nyttig for sykepleiere i ulike arenaer.

2.5 Problemstilling

Hvordan kan sykepleier fremme mestring hos kvinner med nyoppdaget brystkreft?

3.0 Metode

3.1 Litteraturstudie som metode:

Denne oppgaven gjennomføres som en litteraturstudie. En litteraturstudie innebærer systematisering, kritisk granskning og sammenfatning av litteraturen innenfor et emne eller problemområde (Forsberg og Wengström, 2016). Hensikten med litteraturstudien (Thidemann, 2015) er å gi leseren en god forståelse av kunnskapen på det området problemstillingen etterspør og hvordan en har kommet frem til denne kunnskapen. Et tilstrekkelig antall studier av god kvalitet, er en viktig forutsetning for å kunne utføre systematiske litteraturstudier. God kvalitet på studiene og nok forskning utgjør grunnlaget for de vurderinger og konklusjoner som kan trekkes (Forsberg og Wengström, 2016). Litteraturstudier kan skilles mellom systematisk review og overview (Forsberg og Wengström, 2016; Thidemann, 2015). Systematisk review beskrives som vurdering og oppsummering av relevant forskning og kunnskap som allerede eksisterer innenfor et forskningsområde. Et overview karakteriseres av beskrivelse og analyse av et antall utvalgte artikler, men sjelden på en systematisk måte (Forsberg og Wengström, 2016, s. 25). Denne litteraturstudien vil ikke være en fullstendig oversiktsstudie. Grunnen til dette er et begrenset antall kilder i oppgaven. Et begrenset antall kilder er en svakhet da det ikke gir en fullstendig oversikt over litteraturen innenfor temaet (Forsberg og Wengström, 2016). Resultatene og konklusjonen kan derfor bli misvisende.

Ifølge Thidemann (2015) består litteraturstudien av ulike steg. Først er det viktig at man har formulert en avgrenset og presis problemstilling. Deretter må man forberede litteratursøk ved å sette opp inklusjons- og eksklusjonskriterier, orientere seg i databaser, klargjøre problemstillingen og utvikle en søkestrategi. Når dette er gjort begynner gjennomføring av litteratursøkene, som går ut på å samle inn artikler og lage tabeller over søkehistorikk for den enkelte databasen. Vurdering av kvaliteten på artiklene er viktig, noe som blant annet innebærer å lage litteraturmatriser. Analysere og tolke resultater eller funn fra artiklene, samt sammenfatte resultatene inngår i arbeidet av en litteraturstudie (Thidemann, 2015, s. 80).

3.2 Kvantitativ og kvalitativ forskning

3.2.1 Kvantitativ forskning

Den kvantitative metodetilnærmingen består av objektive data, altså målbare enheter og tall (Thidemann, 2015). Det vil si at forskningen presenterer eksakt faktakunnskap. Resultatene vil kunne gi muligheter for en nøyaktig regneoperasjon som kan brukes til statistiske beregninger. Datainnsamlingen foregår gjerne gjennom spørreskjemaer med faste svaralternativer, systematisk og strukturert observasjon og eksperiment (Thidemann, 2015). Aveyard (2014) skriver at en form for kvantitativ studie er randomiserte kontrollstudier (RCT). Ved en RCT blir deltakerne tilfeldig delt inn i ulike kontrollgrupper. En gruppe vil få standard behandling, mens en annen gruppe vil få en annen behandling, også kalt intervensjon. Forskeren leter etter forskjeller mellom gruppene som kan skyldes intervensjonen. Det er viktig at gruppene er tilnærmet like og verken forskeren eller deltakerne velger hvilken gruppe de skal være i, da dette kan påvirke resultatene i studien. RCT er ansett som "gullstandard" for forskning som ønsker å finne forskjellen mellom ulike behandlinger. Forsberg og Wengström (2016) skriver at ved kvantitativ tilnærming, formulerer forskeren en problemstilling som han ønsker svar på. En ulempe ved denne tilnærming kan være at forskeren anser at den beste måten å studere verden på er gjennom en objektiv og konkret tilnærming. På denne måten glemmer han derfor å reflektere over den subjektive opplevelsen og hvordan det kan påvirke forskningsprosessen (Forsberg og Wengström, 2016).

3.2.2 Kvalitativ forskning

Hensikten med en kvalitativ metodetilnærming er å kunne tilegne seg kunnskap om menneskelige egenskaper og få fram nyanser. Tilnærmingen handler ofte om å finne meningssammenhenger, og datainnsamlingen foregår gjennom både intervjuer, observasjon, feltarbeid og dokumentanalyse (Thidemann, 2015). Semistrukturerte intervju er en måte å samle kvalitative data. Ved semistrukturerte intervju er emneområdene og temaene som skal tas opp, bestemt på forhånd. Intervjuren bestemmer hvilken måte og orden temaene skal tas opp. Flexibiliteten intervjuren har i forhold til utforming og rekkefølge gjør at en kan miste ensartetheten i innsamlede data fordi deltakeren oppfatter spørsmålene ulikt (Forsberg og Wengström, 2016, s. 120-121).

Ved bruk av kvalitativ metode forsøker forskeren å skape en helhetlig forståelse av en opplevelse. Resultat fra kvalitativ forskning er tolkbare og beskrivende (Aveyard, 2014).

Kvalitativ forskning bruker i liten grad statistikk eller tall for å legge fram resultater (Forsberg og Wengström, 2016). Forskere har ifølge Morse (1999, i Aveyard, 2014) argumentert for at kvalitativ forskning ikke er generaliserbar fordi den er situasjonsspesifikk. Likevel har det det siste tiden vært en vid aksept for at kvalitativ forskning kan overføres fra en situasjon til en annen. Kvalitativ forskning er av natur et subjektivt emne og det er ikke mulig å oppnå fullstendig objektivitet fordi datainnsamlerene tolker de data som samles underveis (Aveyard, 2014). Forskere prøver å unngå fullstendig objektivitet fordi det kan fjerne konteksten fra emnet.

3.3 Forskningsetikk

Forskningsetikk er et sett normer som skal bidra til å regulere vitenskapelig virksomhet. Normene for forskningsetikk skal regulere relasjoner mellom forskere, relasjonen mellom forskere og andre mennesker, og ivareta forskernes samfunnsansvar (De Nasjonale forskningsetiske komiteene, 2015). Det kreves at alle vitenskapelige studier gjør etiske overveielser. Alle forskningsprosjekter må søke godkjenning fra en forskningsetisk komite (Forsberg og Wengström, 2016). Vanligvis skal både helsefaglige og medisinske forskningsprosjekter søke for å få en etisk vurdering av prosjektbeskrivelsen fra Regional komite for medisinsk forskningsetikk (REK) (Slettebø, 2008). Ifølge §5 om forsvarlighet (Helseforskningsloven, 2009) skal hensynet til deltakernes velferd og integritet gå foran vitenskapens og samfunnets interesser. Dette er også nedskrevet i Helsinkideklarasjonen. Deklarasjonen var et resultat av uetisk forskning som hadde blitt utført under andre verdenskrig og omfatter retningslinjer for forskning som innebærer mennesker (Slettebø, 2008).

Ved litteraturstudier gjøres det etiske overveielser gjennom å velge studier som er godkjent av en etisk komite. Resultatene fra kildene i litteraturstudiet skal presenteres uavhengig av om det støtter hypotesen eller ikke (Forsberg og Wengström, 2016). Det vil være uetisk å kun presentere de studiene eller resultatene som støtter studiens mål.

3.4 Inklusjons- og eksklusjonskriterier:

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<i>Maks gjennomsnittsalder 58 år</i>	<i>Pasienter i palliativ fase</i>
<i>Studier utført i Norge eller i områder med overførbarhet til Norge</i>	<i>Studien handler hovedsakelig om pårørende</i>
<i>Norsk eller engelsk språk</i>	<i>Menn med brystkreft</i>
<i>Kvinner med nyoppdaget brystkreft</i>	
<i>Studier utført etter 1998</i>	
<i>Hjemmeboende pasienter</i>	

For å gjennomføre dette litteraturstudiet, var det hensiktsmessig å sette opp kriterier som inkluderte eller ekskluderte artikler. Dette var for å gjøre søket etter litteratur mer tydelig og avgrenset. Artikler som ble valgt, skulle følge IMRaD- strukturen. Strukturen samsvarer med forskningsprosessen og er en kjent disponering av teksten i vitenskapelige artikler (Thidemann, 2015). For å være sikre på at artiklene som ble inkludert var av høy kvalitet, ble det undersøkt om de var publisert av pålitelige kanaler. Publiseringkanaler blir delt inn i nivå 1 eller 2 for godkjente kanaler, der nivå 2 er tidsskrifter av høyest internasjonal prestisje (NSD, 2018). Kun tidsskriftene som ble identifisert her, ble inkludert.

Inkluderte artikler skulle presentere så ny forskning som mulig, og derfor ble søkene avgrenset til de siste tjue årene. Aldersspennet på deltakerne i studiene er stort. Oppgaven fokuserer på yngre kvinner og kvinner i yrkesaktiv alder med familie. Studier der gjennomsnittsalderen er 58 år eller lavere ble derfor inkludert. Arenaen i fokus er poliklinikk eller avdeling der pasienten kommer inn for behandling for så å reise hjem. Artikler med pasienter i terminal fase, ble vurdert som ikke aktuelle i forhold til problemstillingen.

Det var også å foretrekke at forskningsartiklene som ble funnet, var fra Skandinavia, eller kunne overføres til norske forhold. Oppgaven inkluderer studier fra USA. Dette er fordi artiklene beskriver visse likheter i måten kvinner mestrer på som ble ansett som relevant. Samtidig er studiene gjennomført i områder av USA med overførbarhet til Norge. Oppgaven ekskluderte artikler fra Israel og Iran, for å nevne noen, fordi helsetjenestene de tilbyr i disse landene ble vurdert som vanskelig å overføre til norske forhold. En annen faktor er at Iran er

et muslimsk land og de kulturelle forskjellene gjør at resultatene kan være mindre overførbare til Norge.

3.5 Databaser og søkeord

Søkeord som ble benyttet i systematiske søk etter artikler var: sykepleier/nurse, breast neoplasms/brystkreft, mestring/coping og newly discovered.

Søket etter relevante artikler foregikk strukturert i databaser innen helse- og medisin. Cinahl, SweMed+og Medline ble brukt.

I oppgaven ble boolske operatører som "AND" og "OR" benyttet for å kombinere ulike søkeord og på denne måten avgrense søket etter artikler. Ved å bruke "OR" utvides søkningen og man får et bredere resultat. Ved å benytte seg av "AND" begrenser man søkingen og ender opp med et smalere resultat (Forsberg og Wengström, 2016).

3.6 Kritisk vurdering

Alle artiklene ble kritisk kvalitetsvurdert ved hjelp av sjekklister fra Folkehelseinstituttet (2014). Disse sjekklisene skal sikre at artiklene oppfyller ulike kriterier innenfor en type studie. Videre ble det undersøkt om artiklene hadde etisk godkjenning. Artiklene ble systematisk lest, bearbeidet og hovedinnholdet satt inn i litteraturmatriser. Videre ble resultatene analysert og delt inn i temaer. Denne prosessen ble gjennomført med Aveyard (2014) forenklete tilnærming til tematisk analyse som bakgrunn.

3.7 Søkedommenteskjema:

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Artikler inkludert
1. Coping 2. Breast neoplasms 3. Newly diagnosed 4. Nursing interventions	Cinahl	1 AND 2 AND 3 1 AND 2 AND 4	1. 28 521 2. 65 697 39 4	5 4	2 1	2 0
1 Breast neoplasms 2. Coping or adaptation psychological 3. Nurses 4. Newly diagnosed 5. Nursing	Medline	1 AND 2 1 AND 2 AND 3 1 AND 2 AND 4 1 AND 2 AND 4 and 5	2627 40 148 18	0 30 50 10	2 10 4	0 3 1
1. Brystkreft 2. Mestring	SveMed+	1 AND 2	19	3	0	0

4.0 Resultat

4.1 Framstilling av artikler i litteraturmatrise

4.1.1 Artikkel 1:

Referanse (Forfatter(e), publiseringsår, tittel, tidsskrift, sidetall, DOI, land).	Arora, N.K. et al. (2007) Perceived helpfulness and impact of social support provided by family, friends, and health care providers to women newly diagnosed with breast cancer, <i>Psycho-Oncology</i>, 16, s. 474-486. DOI: 10.1002/pon.1084 USA
Hensikt	Hensikten med studien er undersøke den potensielle virkningen støtte fra familie, venner og helsepersonell har hos kvinner med nydiagnostisert brystkreft.
Metode	Kvantitativ studie. Sekundær analyse av data samlet inn i en randomisert kontrollstudie. Data fra selvrapporteringsskjema til 264 kvinner med brystkreft ble analysert. Gjennomsnittsalder 44,4 år. Data om hvilken sosial støtte kvinnene fikk fra familie, venner og helsepersonell ble analysert. Sosial støtte ble delt inn i informasjon, emosjonell støtte og hjelp til å ta beslutninger. Dataene ble samlet inn ca. 2 måneder etter diagnose og etter 5 måneder.
Resultat	I perioden like etter diagnose rapporterte 84% at de fikk hjelpsom informasjon og støtte fra helsepersonell, 85% rapporterte hjelpsom emosjonell støtte fra familie og 80,4% fra venner. Emosjonell støtte etter diagnose, samt informasjon og emosjonell støtte ved 5 måneders oppfølging, er vesentlig assosiert med helserelatert livskvalitet og tro på egen mestringssevne. Samtidig var det mange som opplevde mindre nyttig støtte etter 5 måneder.
Relevans for litteraturstudien/ Kildekritikk	Artikkelen viser hvilken støtte en større gruppe kvinner får av familie, venner og helsepersonell etter diagnose. Dette gir en større oversikt over hvilken hjelp kvinnene trenger fra sykepleieren.
Etiske overveielser	Studien diskuterer ikke etiske overveielser, da det er en sekundæranalyse av allerede innsamlede data. Studien der dataene ble samlet inn hadde deltakerne gitt samtykke via godkjente Institutional Review Boards samtykkeskjema.

4.1.2 Artikkel 2:

Referanse (Forfatter(e), publiseringsår, tittel, tidsskrift, sidetall, DOI, land).	Coward, D.D. og Kahn, D.L. (2005) Transcending Breast cancer, <i>Journal of Holistic Nursing</i>, 23(3), s. 264-283. DOI: 10.1177/0898010105277649 USA
Hensikt	Hensikten med studien er å beskrive hvordan kvinner med nyopplaget brystkreft overkommer kreften.
Metode	Kvalitativ studie. 14 kvinner fra en støttegruppe deltok i denne studien. Hver av kvinnene ble intervjuet 3 ganger. Kvinnene befant seg i en alder mellom 31-63 år, med en gjennomsnittsalder på 49 år. Deltakerne ble delt i to grupper, en intervensjon- og en sammenligningsgruppe. Fenomenologisk metode for datainnsamling og analyse ble benyttet.
Resultat	Studien viser at frykten for å dø og tap av personlig oppfatning av god helse tvang kvinnene til å bruke både sine indre og ytre ressurser for å få støtte og informasjon. Å samhandle med andre kvinner i samme situasjon tillot kvinnene å sammenligne situasjoner, prate om vanskelige ting og benytte hverandre som støtte. Å dele opplevelser gjorde at de klarte å normalisere situasjonen. De fant støtte i at de ikke var alene om å ha diagnosen.
Relevans for litteraturstudien/ Kildekritikk	Studien viser at sykepleiere kan fremme mestring til kvinner med brystkreft med å foreslå deltakelse i en støttegruppe der kvinnene har mulighet til å samhandle med andre i samme situasjon.
Etiske overveielser	Studien ble godkjent av Institutional human subject review board.

4.1.3 Artikkel 3:

Referanse (Forfatter(e), publiseringsår, tittel, tidsskrift, sidetall, DOI, land).	Dickerson, S.S. et al. (2011) Surviving the wait: defining support while awaiting breast cancer surgery, <i>Journal of Advanced Nursing</i>, 67(7), s. 1468-1479. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2011.05612.x USA.
Hensikt	Å beskrive felles meninger, delte opplevelser og praksis av sosial støtte i perioden fra diagnosen blir satt til behandling blir gitt.
Metode	Kvalitativ studie. Det ble gjort en sekundæranalyse av data fra en tidligere kvalitativ studie. Det er brukt et bredere datasett i denne studien for å få besvart spørsmål som ikke ble tatt stilling til i den tidligere studien. Deltakerne i studien var 18 kvinner, med en gjennomsnittsalder på 57 år.
Resultat	Resultatene viser til seks overordnede temaer: 1) kontrollere tilgangen til informasjon både til seg selv og andre, 2) vite hvilket støtteapparat en har tilgang på, 3) kontrollere angsten gjennom å distansere seg for å opprettholde håp, 4) være i trygge hender og komfortabel med beslutninger, 5) beskytte andre gjennom å holde ting for seg selv og være sterk, 6) akseptere å ta imot hjelp fra andre.
Relevans for litteraturstudien/ Kildekritikk	Studien viser 6 temaer som omhandler hvordan noen kvinner med brystkreft ønsker å ha det. Dette kan være med på å gjøre sykepleier mer bevisst og trygg på hvordan enkelte kvinner ønsker å følges opp i perioden mellom diagnosen og operasjon. Oppgaven ønsker å belyse hvordan sykepleier kan arbeide for å støtte disse kvinnene og bidra til at de opplever mestring. Det er derfor relevant å vite hvordan kvinner selv opplever hjelpen de mottar og hva de anser som viktig for å få best mulig helsehjelp.
Etiske overveielser	Den originale studien var godkjent av Institutional Review Boards (IRB).

4.1.4 Artikkel 4:

Referanse (Forfatter(e), publiseringsår, tittel, tidsskrift, sidetall, DOI, land).	Drageset, S., Lindstrøm, T.L. og Underlid, K. (2010) Coping with breast cancer: between diagnosis and surgery, <i>Journal of Advanced Nursing</i>, 66(1), s. 149-158. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2009.05210.x Norge
Hensikt	Hensikten med denne studien var å beskrive mestringsstrategier kvinner med brystkreft brukte mellom diagnostidspunktet og operasjon.
Metode	Kvalitativ studie. Alderen på deltakerne var 41-73 år, med en gjennomsnittsalder på 54 år. 21 kvinner med nyoppdaget brystkreft gjennomførte semistrukturerte intervju dagen før operasjon. Intervjuene ble analysert ved bruk av retningslinjer for kvalitative analyse.
Resultat	I resultatene kom det frem fem overordnede temaer. Temaene var: steg for steg, ta avstand, leve som vanlig, nytte livet, jobbe med følelser, forberede seg på det verste og positivt fokus.
Relevans for litteraturstudien/ Kildekritikk	Studien presenterer viktige mestringsstrategier som kvinner benyttet seg av. Disse er relevante i forhold til oppgavens problemstilling.
Etiske overveielser	Studien har fått etisk godkjenning av REK.

4.1.5 Artikkelen 5:

Referanse (Forfatter(e), publiseringsår, tittel, tidsskrift, sidetall, DOI, land).	Landmark, B.T. og Wahl, A. (2002) Living with newly diagnosed breast cancer: a qualitative study of 10 women with newly diagnosed breast cancer, <i>Journal of Advanced Nursing</i>, 40(1), s. 112-121. DOI: 10.1046/j.1365-2648.2002.02346.x Norge
Hensikt	Å beskrive opplevelsen av å leve med brystkreft, sett fra 10 kvinners perspektiv.
Metode	Kvalitativ studie. Kvinnene ble valgt ut av en gruppe pasienter som nylig hadde blitt diagnostisert med brystkreft. Det ble gjennomført sju intervjuer med hver av kvinnene, som befant seg i en alder mellom 39 og 69 år. Gjennomsnittsalderen var 49-53 år.
Resultat	Resultatene viser at å leve med nyoppdaget brystkreft inkluderer ulike opplevelser relatert til fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle problemer. Viljen til å leve var et sentralt tema i sammenheng med hvordan kvinnen opplevde å ha diagnosen. Resultatene viste også at ulike emosjonelle reaksjoner, kroppsforandringer, kvinnelig identitet, meningsfulle aktiviteter og det sosiale nettverket var sentrale temaer som kvinnene i studien trakk fram.
Relevans for litteraturstudien/ Kildekritikk	Studien presenterer ulike opplevelser kvinner kan ha ved nyoppdaget brystkreft. Resultatene fra denne studien kan trekke fram en dypere forståelse for hva disse kvinnene går igjennom.
Etiske overveielser	Kvinnene ga et skriftlig samtykke for å delta. REK har etisk godkjent denne studien.

4.1.6 Artikkel 6

Referanse (Forfatter(e), publiseringsår, tittel, tidsskrift, sidetall, DOI, land).	Landmark, B.T. et al. (2008) Women with newly diagnosed breast cancer and their perceptions of needs in a health care context, <i>Journal of Nursing and Healthcare of Chronic illness, in association with Journal of Clinical Nursing</i>, 7(7b), s. 192- 200. DOI: 10. 1111/j.1365-2702.2008.02340.x Norge
Hensikt	Hensikten med denne studien var å undersøke hvordan kvinner med nyopplaget brystkreft opplever behov i sammenheng med helse.
Metode	Kvalitativ fokusgruppestudie. Gjennomsnittsalderen var 49,4 år. 7 kvinner møttes seks ganger over en periode på 10 uker. Møtene ble tatt opp og innholdet analysert med en metode for kvalitativ innholdsanalyse.
Resultat	Kvinnenes opplevelser påvirket deres evne til å mestre den nye situasjonen. Disse behovene kan deles i kunnskap og psykososial støtte relatert til sosiale, emosjonelle og fysiske perspektiver i det daglige livet.
Relevans for litteraturstudien/ Kildekritikk	Denne studien skaper forståelse for hvilke opplevelser kvinner diagnostisert med brystkreft har og hvilke behov som er viktige i en helsemessig sammenheng.
Etiske overveielser	Studien er godkjent av REK og deltakerne fikk muntlig og skriftlig informasjon før de ga sitt samtykke.

4.2 Sammenfatning av artiklenes resultat

Artiklenes resultater sammenfattes i fem ulike kategorier: betydningen av støtte, behov for informasjon, emosjonelle reaksjoner, meningsfylte aktiviteter, og kroppsforandring, selvbylde og seksualitet.

4.2.1 Betydningen av støtte

Familie, venner og helsepersonell

Resultater fra flere studier viser at kvinnene søkte og verdsatte støtte fra nære slektninger, venner og helsepersonell (Coward og Kahn, 2005; Landmark og Wahl, 2002). Det å møte andre som var i samme situasjon, var også støttende da de delte like opplevelser (Coward og Kahn, 2005). Arora *et al.* (2007) finner i sin studie at nær diagnosetidspunktet var det flere kvinner som følte de fikk nyttig støtte fra helsepersonell, venner og familie. Resultatene viste at færre kvinner følte de mottok den støtten de trengte ved 5 måneders oppfølging (Arora *et al.* 2007). Kvinnene som opplevde mangel på støtte fra helsepersonell, anså dette som en ekstra byrde (Landmark og Wahl, 2002). De som var gift, søkte støtte i ektemennene og barna sine. Dette ga noen en ekstra vilje til å kjempe mot sykdommen (Landmark og Wahl, 2002). Resultater viste at når behandlingen var over, var det flere som trengte ekstra støtte, samtidig som mange mottok nok støtte i den preoperative perioden (Landmark *et al.* 2008). Resultater fra studien til Drageset, Lindstrøm og Underlid (2010) viste at et godt forhold til venner og familie, en positiv holdning, og støttende og realistisk informasjon fra helsepersonell og privat nettverk var nyttig.

Kvinnene i Dickerson *et al.* (2011) oppfattet seg selv som sterke og ønsket å skjerme familien fra sykdommen. Samtidig innstilte de seg på å ta imot hjelp enda de vanligvis var de som tok vare på andre. Negativ støtte ble beskrevet som et resultat av å ikke kontrollere informasjonsflyten. Kvinnene ønsket ikke bli overveldet av andres følelser.

Menigheten

For de troende kvinnene var støtte fra menigheten og bønn viktig (Dickerson *et al.* 2011). Troende kvinner i studien til Coward og Kahn (2005) fant trøst i at Gud ikke ga noen mer enn de kunne håndtere og at menigheten var der for dem.

4.2.2 Behov for informasjon

Resultater fra flere studier viser at mengden informasjon hver enkelt kvinne ville motta på et tidspunkt varierte (Dickerson *et al.* 2011; Drageset, Lindstrøm og Underlid, 2010). Det å ha kontroll på informasjonsmengden ga kvinnene en følelse av kontroll over situasjonen de befant seg i (Dickerson *et al.* 2011; Drageset, Lindstrøm og Underlid, 2010). Dickerson *et al.* (2011) skriver at kvinnene fant informasjon fra ulike kilder. Landmark *et al.* (2008) finner at kvinnene hadde behov for detaljert informasjon og kunnskap som diagnosen fra helsepersonell. Resultatene viste også at mange følte de ikke fikk nok informasjon om hva slags offentlig hjelp og tjenester de hadde rett på.

Arora *et al.* (2007) viser i sin studie at ved tidspunktet kvinnene mottok diagnosen, følte de fleste at de mottok nyttig informasjon fra helsepersonell, men ikke fra deres familier og venner. Ved fem måneders kontroll følte flere kvinner at de ikke lenger mottok nyttig informasjon- og beslutningstakendestøtte fra familie, venner og helsepersonell. Likevel var helsepersonell fortsatt ansett som hovedkilden til informasjon for et flertall av kvinnene.

4.2.3 Emosjonelle reaksjoner ved brystkreft

Landmark *et al.* (2008) og Drageset, Lindstrøm og Underlid (2010) finner at kvinnene har ulike følelsesmessige reaksjoner når de får diagnosen. Noen av kvinnene distanserer seg fra følelsene som oppstår ved en brystkreftdiagnose. Å få diagnosen utløste ifølge Landmark og Wahl (2002) sterke følelsesmessige reaksjoner som kunne oppleves som traumatiske. Flere av studiene viser at kvinnene etter diagnose opplever sjokk, emosjonell ubalanse (Landmark og Wahl, 2002) og frykt for å dø (Coward og Kahn, 2005; Landmark *et al.* 2008). Etter behandling føler kvinnene seg sårbare og ønsker å kunne snakke med helsepersonell (Landmark *et al.* 2008). Kvinnene tar innover seg diagnosen som noe som skal anerkjennes og gjennomleves (Landmark og Wahl, 2002). Kvinnene opplever utmattelse og uvelhet, men på tross av utmattende fysisk og emosjonelt press mente kvinnene at livet var verdt å kjempe for. Drageset, Lindstrøm og Underlid (2010) finner at kvinner med nydiagnostisert brystkreft bruker flere emosjonsfokuserede mestringsstrategier. Enkelte ønsket å dele sine følelser, mens andre opplevde at det var negativt å dele følelser.

Vilje og styrke til å leve

Resultater fra Landmark og Wahl (2002) viser at når kvinnenes eksistens trues aktiveres en ukjent styrke og vilje til å leve. Viljen til å leve er knyttet til fremtiden, nære relasjoner og

frykten for å miste disse relasjonene. Coward og Kahn (2005) skriver at trusselen mot selv-identiteten, frykt for å dø og mangel på kunnskap trigget kvinnene til å søke støtte og informasjon. De ønsket også å bruke egne ressurser for å overvinne frykt og holde ut bivirkningene av kreftbehandlingen.

Coward og Kahns (2005) studie viser at tidligere erfaring og håp for fremtiden var med å skape mening tidlig etter diagnosen. Resultatene fra Drageset, Lindstrøm og Underlid (2010) viser at enkelte kvinner forberedte seg på det verste og forventet en tidlig død. Kvinner med positiv selvoppfattelse og tidligere erfaring med mestring, hadde optimisme. Enkelte kvinner aktiverte en ekstra styrke (Drageset, Lindstrøm og Underlid, 2010).

4.2.4 Meningsfylte aktiviteter

Kvinnene valgte bevisst aktiviteter som ga meningsfulle opplevelser og ønsket å være aktive deltakere i hverdagen (Landmark og Wahl, 2002). Flere av studiene viste at det å fokusere på meningsfylte aktiviteter som fysisk aktivitet, hobbyer og musikk vekket positive følelser (Drageset, Lindstrøm og Underlid, 2010; Dickerson *et al.* 2011; Landmark og Wahl, 2002). Noen kvinner vurderte hva som var viktig og meningsfylt i deres liv. Fokus på meningsfylte aktiviteter og verdier støttet deres mestringsprosess (Drageset, Lindstrøm og Underlid, 2010). Resultatene i Landmark og Wahls (2002) studie viser at det å være bevisst på kroppen gjennom bevegelse kan føre til meningsfull mestring når hverdagen er vanskelig.

Flere av kvinnene trengte å holde seg opptatt eller bli distraheret fra sykdommen for å kontrollere angsten (Dickerson *et al.* 2011). Angsten ble opplevd som overveldende og kvinnene prøvde å kontrollere dette ved å fokusere på noe annet (Drageset, Lindstrøm og Underlid, 2010). Å unngå å dvele eller gruble på sykdommen ble oppfattet som viktig (Drageset, Lindstrøm og Underlid, 2010; Dickerson *et al.* 2011). Drageset, Lindstrøm og Underlid (2010) og Landmark og Wahl (2002) sine studier viser at kvinnene ønsket å fortsette i de daglige rutinene og leve hverdagen slik som før de fikk kreft. Noen kvinner valgte å omgås personer som hjalp til å normalisere situasjonen (Drageset, Lindstrøm og Underlid, 2010).

4.2.5 Kroppsförändring, selvbilde og seksualitet

Landmark og Wahl (2002) skriver i sin studie at kvinnene opplevde ulike følelser knyttet til sin identitet. Tap av bryst kunne resultere i förändringar i måten kvinnen så på seg selv og gi förändringar i förhold med näre familjemedlemmer. Dette tapet förte til at kvinnen fölte seg

mindre feminin og nedgradert i forhold knyttet til det motsatte kjønn (Landmark og Wahl, 2002).

Landmark *et al.* (2008) finner at kroppsforandringer var vanlig som en bivirkning etter behandling og at dette går utover selvbilde til de fleste kvinnene. Det påvirker også seksualiteten og de seksuelle forholdene deres. Kvinnene uttrykte følelser knyttet til skam og sjenanse. Drageset, Lindstrøm og Underlid (2010) skriver i sin studie at noen kvinner forventet å oppleve tap-reaksjoner etter operasjon.

5.0 Drøfting

I drøftingen vil oppgavens problemstilling belyses og drøftes i forhold til valgt teori og relevant forskning. Drøftingen tar opp temaer som vurderes aktuelle for å kunne diskutere hvordan sykepleier kan være med på å fremme mestring hos kvinner med nyoppdaget brystkreft.

5.1 Betydningen av støtte

Det å få vite at man har brystkreft er belastende for de fleste. Det kan derfor være hensiktsmessig å iverksette både indre og ytre ressurser. Ifølge Reitan (2010) kan en persons indre ressurser defineres som kunnskaper, livserfaringer, motivasjon og tro på egne evner. De ytre ressursene er blant annet de menneskene man omgås, altså det sosiale nettverket og familien (Reitan, 2010). Flere av studiene finner i resultatene at kvinnene søkte støtte fra nære slektninger, venner og helsepersonell (Coward og Kahn, 2005; Landmark og Wahl, 2002). Landmark og Wahl (2002) skriver blant annet at gifte kvinner, søkte støtte i ektemennene og barna sine. Dette var med på å gi dem ekstra drivkraft til å kjempe mot sykdommen. I denne studien kommer det også fram at hele familien blir berørt når kvinnen får diagnosen og at kvinnene til tider finner det vanskelig å snakke med andre om sykdommen. Landmark *et al.* (2008) underbygger at noen kvinner fant det positivt å inkludere hele familien i legebeseøk og beslutninger. Det kan være positivt fordi det kan føre til at familien knyttes nærmere hverandre i sykdomsperioden og viktige beslutninger tas sammen. I sjokkfasen glemmer en lett det som er sagt, derfor er det viktig at en er oppmerksom på dette når en gir informasjon (Cullberg, 2007). Sykepleier kan da råde kvinnen til ha med seg pårørende når hun skal få informasjon og beslutninger skal tas. Dette underbygges av Arora *et al.* (2007) som finner at emosjonell støtte fra familien er assosiert med bedre helse og familiært velvære. Ut fra dette kan man anta at støtte fra familien er med å skape mestring hos kvinnene.

Støtte fra andre i samme situasjon

På den andre siden, dersom kvinnen velger å ikke inkludere familien, kan det føles som en stor byrde og gi følelsen av å være alene. Drageset, Lindstrøm og Underlid (2010) forteller at kvinnene fant trøst i å vite at det var flere som var i samme situasjon. Ifølge Bredal (2017) er det mange kvinner som finner støtte i andre som har gått igjennom det samme eller befinner

seg i samme situasjon. Noen kvinner i Landmark *et al.* (2008) følte seg ekstra sårbare etter behandlingen var over. De lengtet derfor etter en gruppe med andre som hadde gått gjennom det samme, som de kunne prate med og få støtte av. Det å vite at man ikke var alene, ble sett på som en trøst og ga muligheter for kvinnene til å prate om ting de ikke vil dele med familien. Ifølge Coward og Kahn (2005) fant kvinnene det meningsfylt å delta i støttegrupper. Støtten de fant i hverandre hjalp til å normalisere situasjonen de var i, samt muligheten til å dele løsninger på vanskelige situasjoner de stod ovenfor. Deltakelsen i grupper ga kvinnene nye vennskap, noe mange satte pris på. Det tyder på at det å delta i en støttegruppe ga positive utfall og fremmet mestring for kvinnene. For å fremme mestring kan sykepleiers oppgave være å henvise videre til støttegrupper. Benner og Wrubel (2001) finner blant annet at sosiale støttegrupper kan være med å fremme mestring i behandlingssituasjoner. Enda familien og andre venner kan gi mye støtte, kan det være riktig å tenke at det ikke kan sammenlignes med støtten som kvinner med samme opplevelser kan gi hverandre. Forståelsen for det sykdommen kan føre med seg, kan være høyere dersom man faktisk har gått gjennom det selv.

Arora *et al.* (2007) skriver at flere kvinner følte de fikk nyttig støtte både fra helsepersonell, familie og venner nær diagnosetidspunktet. Så mange som 80% av kvinnene følte de mottok nyttig emosjonell støtte fra familie og venner. Et flertall følte også at emosjonell støtte fra helsepersonell var nyttig. Tross dette, var det ved fem måneders oppfølging, signifikant færre som følte de mottok nyttig informasjon, emosjonell støtte, og hjelp til å ta beslutninger fra familie, venner og helsepersonell (Arora *et al.* 2007). Dette kan tyde på at nær diagnosetidspunktet er det flere i nært nettverk og helsepersonell som gir kvinnene støtte, men at dette avtar etter hvert som tiden går. Dette kan støttes opp av Landmark *et al.* (2008) som skriver at mange kvinner hadde behov for ekstra støtte etter behandlingen var over, men kvinnene oppsøkte da andre som hadde opplevd det samme. I den preoperative perioden var det mange kvinner som opplevde massiv støtte fra familie, venner og helsepersonell. Dette støtter opp det faktum at kvinnene mottar nok støtte i den første delen av diagnosen, men at lenger ut i sykdomsforløpet mister de støtte, og søker derfor mestring i hverandre.

Helsepersonell

Reitan (2017) skriver at målet med sykepleieintervensjonen er å støtte og hjelpe kreftpasienter til mestring. For å kunne støtte pasienter på best mulig måte, er det viktig at man handler for pasienten, ut fra deres behov og situasjon. Ifølge Landmark og Wahl (2002)

kan man dele støtte inn i forskjellige kategorier og helsepersonell er en kategori. Resultatene fra denne studien tydet på at kvinnene følte størst mangel på støtte fra institusjoner, deriblant sykehuset og helsepersonell. Dette påførte en ekstra byrde for noen av kvinnene. På en annen side skriver Arora *et al.* (2007) at over halvparten av kvinnene mottok støtte fra helsepersonell som de anså som hjelpsom. Ved fem måneders oppfølging var det et mindretall som følte helsepersonell var en kilde til emosjonell støtte. Helsepersonell var likevel ansett som hovedkilden til nyttig informasjonsstøtte for kvinnene.

Sykepleiere kan støtte kvinner med brystkreft ifølge Landmark og Wahl (2002) ved å fokusere på ressursene og deres evne til å mestre, i stedet for begrensninger forårsaket av sykdommen. Sykepleier står i en posisjon der de kan hjelpe pasienten til å forstå viktigheten av å ha et støttende nettverk rundt seg. «Sykepleieren kan styrke pasientens emosjonsorienterte mestring ved å hjelpe han til å henvende seg til sitt nettverk» (Reitan, 2010, s. 96). Dette kan innebære at sykepleier hjelper pasienten til å henvende seg til eller benytte seg av relasjoner som kan gi dem støtte. Sykepleier kan være med å kartlegge ut ifra pasientens behov om dette enten er venner, familie eller støttegrupper. Dette underbygges av Holland og Holahan (2003) som finner at sosial støtte blir relatert til større bruk av mestringsstrategier som å søke støtte, planlagt problemløsning og positiv omstilling. Både sosial støtte og mestring ble assosiert med bedre tilpasning til brystkreft og større psykisk velvære. Ved å legge til rette for at pasienten tar i bruk ytre ressurser som finnes i helsetjenesten som for eksempel selvhjelpsgrupper, kan man ifølge Reitan (2017) være med på å styrke pasientens motstandsdyktighet.

Menigheten:

Reitan (2010) skriver at det å ha en tro ofte kan være en styrke for mennesker som opplever sykdom. Flere av kvinnene i Dickerson *et al.* (2011) finner god støtte i menigheten. Sykdommen gjorde at flere følte seg nærmere Gud og hadde tillit i at troen deres ville hjelpe dem. De troende i denne studien fant mening i at Gud har en plan og at det var en grunn til sykdommen. Dette støttes av Coward og Kahn (2005) sin studie. De troende kvinnene mente at Gud ikke ville gitt dem mer enn de kunne håndtere og fant dermed mening med sykdommen. Ved å holde fast på deres tro fikk de styrken de trengte til å redusere frykten og opprettholde håpet for fremtiden. Ettersom kvinnene i disse studiene er oppegående kan de selv oppsøke sin menighet. Likevel bør sykepleier ta hensyn til og anerkjenne den enkeltes tro. Gjennom oppmuntring til å oppsøke menigheten og tilbud om samtale med sykehusprest

kan sykepleier ivareta pasientens åndelige behov. Sykepleieren skal ifølge yrkesetiske retningslinjer ivareta den enkeltes behov for helhetlig omsorg (NSF, 2016).

5.2 Behov for informasjon

Behovet for kunnskap og informasjon nevnes i flere studier. Coward og Kahn (2005) finner at mangelen på kunnskap var med å sørge for at kvinne søkte støtte og informasjon. Støttende, realistisk informasjon om kreft og å lære hvor vanlig kreft er, hjalp kvinnene (Drageset, Lindstrøm og Underlid, 2010). Å få informasjon om brystkreft, hva det betyr og hvilke muligheter som er tilgjengelig var viktig (Dickerson *et al.* 2011). Et av hovedfunnene i Landmark *et al.* (2008) var behovet for kunnskap. Dette innebar detaljert informasjon fra helsepersonell om fysiske, emosjonelle og sosiale aspekter av brystkreften og behandling. Å tilby informasjon og tydelige forklaringer kan på et tidlig stadie ha betydning for å lindre kreftrelatert stress (Gibbons, Groarke og Sweeney, 2016). Sykepleieren skal ifølge yrkesetiske retningslinjer hjelpe pasienten å ta selvstendige valg ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og sørge for at informasjonen er forstått (NSF, 2016). Likevel følte flere kvinner et overveldende press på å ta valg i forhold til behandling. Samtidig var det liten tid til å få god kunnskap om brystkreft og kreftbehandling (Coward og Kahn, 2005). Mangel på informasjon og støtte fra sykepleiere, og liten informasjon om velferdsordninger gjorde at kvinnene ble usikre og følte seg oversett (Landmark *et al.* 2008). Dette understreker konsekvensen av ikke å få informasjon for kvinner med nyoppdaget brystkreft. På bakgrunn av dette bør sykepleier ta ansvar for å informere pasienten og kartlegge om det er noe mer de ønsker informasjon om.

Tilpasset informasjon

Mengden informasjon som gis må tilpasses etter pasientens behov. Drageset, Lindstrøm og Underlid (2010) finner i sin studie at kvinnene måtte føle seg klare og kun få den informasjonen de anså som relevant på daværende tidspunkt. Denne steg- for- steg tilnærmingen ga en følelse av kontroll. For mye informasjon gjorde at de følte seg overveldet. Dette kan underbygges av Benner og Wrubel (2001) som skriver at sykepleieren kan hjelpe pasienten å mestre ved å gi praktisk informasjon. Informasjonen må gis på det tidspunkt hvor pasienten er klar ellers risikerer en å overvelde og skremme pasienten. Enkelte deltakere i Dickerson *et al.* (2011) ønsket kun den nødvendige informasjonen, men opplevde ikke mengden informasjon som overveldende. Kvinnene opplevde det heller som mye å lære.

På en annen side finner Dickerson *et al.* (2011) og Drageset, Lindstrøm og Underlid (2010) at enkelte kvinner ønsket å få vite så mye som mulig. Landmark *et al.* (2008) støtter opp om behovet for kunnskap fordi studien viser at kvinnene har behov for detaljert informasjon fra helsepersonell for å forstå situasjonen. «Sygeplejersken har ingen videre kontrol over hvor meget patienten kan tåle» (Benner og Wrubel, 2001, s. 286), men informasjonen pasienter får tilpasses ut ifra det pasienten spør om og uttaler (Benner og Wrubel, 2001). Landmark *et al.* (2008) hevder at å gi informasjon burde være en prosess istedenfor en prosedyre, slik at informasjonen blir til meningsfull kunnskap. Med dette som bakgrunn kan en anta at sykepleier kan fremme mestring ved å kartlegge behovet for informasjon og gi informasjon tilpasset individuelle behov.

Resultater fra Arora *et al.* (2007) viser at helsepersonell var hovedkilden til nyttig informasjon for 84% av deltakerne. Kvinnene fikk også informasjon fra venner, familie, internett og andre med lignende diagnose (Dickerson *et al.* 2011). Ved fem måneders oppfølging viste resultatene at nyttig informasjon fra helsepersonell ble assosiert med større engasjement og mer tro på egen mestringsevne (Arora *et al.* 2007). Diagnosefasen beskrives av Benner og Wrubel (2001) som meget krevende da mengden av truende informasjon skal gjøres til handling. Det er her hvor støtte fra sykepleier kan være svært verdifull.

Det var ikke bare kontroll over informasjonen de selv fikk som var viktig for kvinnene. Dickerson *et al.* (2011) beskriver at kvinnene hadde behov for å kontrollere hvem som fikk informasjon om sykdommen og hvilken informasjon som ble gitt. Dette var en metode for å kontrollere angst. Kvinnene anså seg selv som sterke og ønsket å skjerme familien. En konsekvens av ikke å kontrollere informasjonsflyten var negativ støtte i form av overreaksjoner, råd og medfølelse når kvinnen ikke hadde behov for det. Dette støttes av Benner og Wrubel (2001) når de skriver at uønskede råd kan skade pasientens opplevelse av kontroll og evne til å klare seg. Drageset, Lindstrøm og Underlid (2010) skriver at medynk og bli syntet synd på frembrakte følelser som sårbarhet og redsel. Kontroll er rangert som en av de beste mestringsstrategiene hos kreftpasienter (Koehler, i Reitan, 2017). Sykepleieres rolle for å fremme mestring i denne sammenheng kan være å støtte kvinnen i fasen med nyoppdaget kreft og utarbeide en plan for hvordan å formidle informasjon videre til nettverket.

5.3 Emosjonelle reaksjoner ved brystkreft

Emosjonsfokusert mestring handler om kontrollere kvinnens negative reaksjon på kreften. Dette involverer de tiltak kvinnen gjør for å kontrollere emosjonelt stress (Arora *et al.* 2007). Benner og Wrubel (2001) skriver at selvkontroll og kontroll av sykdommen blir hovedtemaer hos både pasienten og sykepleieren, og at frykten for tap av kontroll aldri er langt borte. Deltakerne i flere av studiene bruker emosjonsfokuserte tilnærminger for å mestre sine reaksjoner på kreft (Dickerson *et al.* 2011; Drageset, Lindstrøm, Underlid, 2010; Landmark *et al.* 2008). Emosjonsfokusert mestring tar sikte på å endre hvordan en forholder seg til eller tolker situasjonen. Ved å endre meningen eller forståelsen av situasjonen endres den emosjonelle reaksjonen (Lazarus, 1991). Personen forsøker på den måten å få kontroll over seg selv, følelsene og situasjonen (Lazarus, 1991, som sitert i Reitan, 2017). Derfor kan kontroll over følelsene i denne sammenheng være mestring.

Resultater fra studiene viser at kvinnene bruker fornektelse når de opplever at “det er ikke meg” (Drageset, Lindstrøm og Underlid, 2010; Landmark *et al.* 2008). På den ene siden skriver Reitan (2017) at i en tidlig fase av krise kan fornektelse beskytte mot angst og derfor være en funksjonell forsvarsmekanisme. Cullberg (2007) understøtter også bruken av forsvarsmekanismer i en akutt krise. Landmark *et al.* (2008) hevder kvinnene tar avstand og prøver å unngå å identifisere seg med følelsene sine. Ved å ta avstand fra følelsene kunne kvinnene mestre angsten (Drageset, Lindstrøm og Underlid, 2010). En måte å mestre angst var å dytte tanker og følelser unna. En annen metode som ble brukt for å kontrollere angst, var å la være å fortelle andre om kreften (Dickerson *et al.* 2011). Landmark og Wahl (2002) skriver at kvinnene gradvis aksepterte kreften og opplevde at den skulle anerkjennes og gjennomleves. Folkman *et al.* (1986) skriver at når en situasjon ble vurdert å være noe som måtte aksepteres, ble avstand og unnvikelse brukt. Disse formene for mestring gjør at personen kan la være å fokusere på den vanskelige situasjonen. Dette understøttes av det Cullberg (2007) skriver om reaksjonsfasen i sin kriseteori.

På den andre siden opplevde flertallet som tok avstand fra følelsene moderat eller dårlig virkning. Problemet ifølge Drageset, Lindstrøm og Underlid (2010) var at de negative tankene kom tilbake uansett. De som opplevde moderat virkning ved avstandsstrategien var kvinnene som fokuserte på noe positivt for å holde tankene unna.

Andre kvinner forsøkte å mestre ved å uttrykke sine følelser (Coward og Kahn, 2005; Drageset, Lindstrøm og Underlid, 2010). Resultatet viste at kvinnene opplevde lettelse, ble

roligere og følte mindre depersonalisasjon (Drageset, Lindstrøm og Underlid, 2010). Depersonalisasjon kan beskrives som en svikt i følelsen av egen identitet (Kunnskapsforlaget, 2018). Ifølge Frankl (1994, i Reitan, 2017) kan det å fortelle om eget tap og relatere dette til sitt liv, skape mening og sammenheng i tilværelsen. Reitan (2017) skriver at sykepleieren kan styrke pasientens motstandsdyktighet ved å legge til rette, så pasienten kan fortelle sin livsfortelling, mens sykepleier lytter. Det kan tyde på at sykepleier kan fremme emosjonsfokusert mestring ved å legge til rette for at pasienten kan uttrykke sine tanker og følelser.

På en annen side hevder Drageset, Lindstrøm og Underlid (2010) at åpenheten disse kvinnene viser kan ha negative sider. Ved å dele følelsene sine opplever mange å måtte forholde seg til både sine egne og andres følelser. Dette resulterte i mer stress og angst ettersom medynk og fokus på sykdom frembrakte negative følelser. Samtidig opplevde kvinnene som undertrykket sine følelser at det holdt andres spørsmål og reaksjoner på sykdommen på avstand. Gibbons, Groarke og Sweeney (2016) finner at mestring er relatert til emosjonell tilpasning hos kvinner med brystkreft. Cullberg (2007) understreker at det er ikke et «riktig» reaksjonsmønster som en kan forvente å finne hos personer i krise. Den tilpassede virkeligheten kan gjøre situasjonen lettere å håndtere. Vanlige reaksjoner i krise er angst, opplevelse av kaos og meningsløshet, og de vises i varierende grad. Et mål er å støtte den kriserammede frem mot bearbeiding og nyorientering. Den kriserammede har ifølge Cullberg (2007) også bruk for støtte til å undertrykke følelser slik at det ikke oppfattes som truende og overveldende. På bakgrunn av dette kan sykepleier fremme mestring ved nyoppdaget brystkreft ved å gi rom for reaksjon, akseptere og støtte opp om kvinnenes prosess.

Vilje og styrke til å leve

Studiene viser at tidligere erfaring med mestring er med på å skape optimisme og håp (Coward og Kahn, 2005; Drageset, Lindstrøm og Underlid, 2010). Enkelte kvinner så seg selv som pessimistiske og forventet en tap reaksjon. Noen forventet også en tidlig død og forberedte seg på det verste (Drageset, Lindstrøm og Underlid, 2010). De ulike reaksjonene tyder på at pasientens respons kan være påvirket av tidligere erfaring eller kunnskap slik Benner og Wrubel (2001) skriver. Forståelse av tidligere erfaring og selvforståelse med sykdom blir derfor sentralt for i det hele tatt å vite hva som skal mestres.

Viljen til å leve kom frem som et sentralt tema i Landmark og Wahl (2002). Muligheten eller frykten for død nevnes av deltakerne i flere studier (Coward og Kahn, 2005; Drageset, Lindstrøm og Underlid, 2010; Landmark og Wahl, 2002; Landmark *et al.* 2008). Kreft og mulig død utgjorde en trussel som fikk kvinnene til å aktivere en ekstra styrke knyttet opp mot viljen til å leve. Drageset, Lindstrøm og Underlid (2010) finner at noen kvinner aktiverer en ekstra styrke i vanskelige situasjoner. Tidligere erfaringer, håp og optimisme nevnes i Coward og Kahn (2005), Drageset, Lindstrøm og Underlid (2010), og Landmark og Wahl (2002), og ser ut til å kunne knyttes til den ekstra styrken og viljen til å leve. Lee *et al.* (2006) finner at erfaring med mestring fra tidligere utfordringer og refleksjon rundt overførbarhet til nåværende situasjon, kan øke troen på at en kan mestre usikkerhet og uforutsette hendelser. Pasientens historie med sykdommen tilrettelegger for hva som regnes som stressende og hvilke mestringsmuligheter en har (Benner og Wrubel, 2001). Sykepleier skal understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten (NSF, 2016). Dette tyder på at en oppgave for sykepleier kan være å bli kjent med pasientens historie for å kartlegge mestringsmuligheter.

5.4 Meningsfylte aktiviteter

Arbeid og aktivitet er vesentlige mestringsressurser (Benner og Wrubel, 1984; Gal & Lazarus 1975, som sitert i Benner og Wrubel, 2001). Gjennom arbeid kan pasienten demonstrere sin kompetanse, og være i situasjoner med normal sosial kontakt. Arbeid kan også være avledning fra behandling og sykdom. Derfor kan arbeid sees som en mestringsressurs. Deltakerne i flere av studiene brukte arbeid og meningsfylte aktiviteter for å holde seg opptatt og mestre sin situasjon. Arbeid var en aktivitet som hjalp til med å kontrollere angst og sørget for distraksjon (Dickerson *et al.* 2011). Dette underbygges av Drageset, Lindstrøm og Underlid (2010) som finner at arbeid og hobbyer distraherer kvinnene og gir dem muligheten til å fortsette livet som vanlig. Landmark og Wahl (2002) hevder meningsfulle aktiviteter og ønske om å fortsette som normalt er vanlig hos kreftpasienter. Dette kan tolkes som en mestringsstrategi for å finne orden i det kaotiske kreft skaper. Reitan (2017) skriver at det kan være meningsfylt for pasienten å planlegge aktiviteter som er av personlig betydning.

Noen reagerte ved å vurdere hvilke aktiviteter og verdier som var viktige og fremmet deres mestringsprosess (Drageset, Lindstrøm og Underlid, 2010). Deltakerne i Coward og Kahn (2005) trakk seg tilbake fra mindre meningsfulle aktiviteter. En kan ifølge Reitan (2017) bevisstgjøre personen om den aktive rollen i eget liv. Sykepleieren kan fremme pasientens tro

på egen mestringsevne ved å la pasienten gjøre rede for hvordan hun mestrer. Det er viktig å spørre om hvilke områder som pasienten ønsker å ha fokus på, da det som anses som viktig er noe en er villig til å kjempe for (Reitan, 2017). Landmark og Wahl (2002) finner at kvinnene ønsket å være aktive deltakere i dagliglivet og kunne utføre aktiviteter som før, hvilket underbygger det Reitan (2017) skriver. Kvinnene opplevde fysisk aktivitet, ferie, hagearbeid, musikk, tegning og andre kreative aktiviteter som meningsfylte (Dickerson *et al.* 2011; Landmark og Wahl, 2002).

Videre ønsket kvinnene å fortsette sine liv som normalt og bli behandlet som vanlig av nettverket rundt, da det gir en følelse av kontroll i hverdagen (Drageset, Lindstrøm og Underlid, 2010; Landmark og Wahl, 2002). Dagliglivet er en trygghetsskapende ramme og familiemedlemmer bør ifølge Reitan (2017) oppfordres til å gjenoppta sitt vanlige liv så fort som mulig. Dette kan være arbeid, hobbyer, kontakt med familie og venner. Dette støtter opp om ønsket om å leve som normalt som nevnes i flere av studiene. Sykepleieren kan veilede pasienten til å være proaktive overfor eget nettverk, planlegge nødvendige tiltak og oppmuntre pasienten til å gjennomføre tiltakene (Reitan, 2017). På denne måten kan sykepleieren være med å fremme mestring hos kvinner med nyoppdaget brystkreft.

5.5 Kroppsforandring, selvbilde og seksualitet

Mange kvinner opplever det å få brystkreft som en endring i sin identitet. Mastektomi gir mange kvinner følelsen av å ha mistet en del av seg selv. Landmark og Wahl (2002) fant at tap av brystet kunne resultere i at kvinnen så annerledes på seg selv. Mange ønsket å skjule tapet ved å dekke seg til med store skjerf eller dekkende klær. I situasjoner der tildekking ikke var mulig, valgte mange å gjemme seg. Dette understøttes av Landmark *et al.* (2008) sin studie. En gift kvinne fortalte at hun følte behov for å skjule kroppen under avkledning, slik at ektemannen ikke skulle se henne.

Benner og Wrubel (1989) skriver at en persons opplevelse av seg selv kan forandre seg som et resultat av fysiske forandringer. Videre skriver de at mange kan miste selvtilliten og bli meget sårbare i sykdomsperioden. Dette stemmer overens med det Landmark *et al.* (2008) finner i sin studie. Kroppsforandringene som er en bivirkning av behandling, kunne gå utover selvbilde til de fleste kvinnene. I stedet for å føle seg vakre og feminine som før diagnosen, uttrykte de nå følelser relatert til skam og sjenanse (Landmark *et al.* 2008). Brystene er ofte organer mange forbinder med kvinnelighet og seksualitet. Dersom et bryst fjernes som følge

av en brystkreftdiagnose, kan dette være utfordrende og tar tid å akseptere (Brystkreftforeningen, 2018). Grunnet den psykiske og fysiske påkjenningen rundt dette aspektet, er det ikke uvanlig å føle seg usikker og redd i intime situasjoner.

Drageset, Lindstrøm og Underlid (2010) fant i sine resultater at flere av kvinnene forventet å oppleve tap- eller sorgreaksjoner etter gjennomført mastektomi. Cullberg (2007) understreker at tap av et organ på grunn av operasjon kan gi voldsomme psykiske følger, og at intensiteten av disse reaksjonene avhenger av hvor viktig den tapte kroppsdel har vært for personen. Hughes (1982) skriver at en del av deltakerne i hennes studie utviklet symptomer på en depressiv lidelse etter mastektomi. Det var også et større antall i denne studien som uttrykte emosjonelle forstyrrelser som følge av diagnosen eller tapet av brystet. Dersom kvinnen opplever store reaksjoner etter gjennomgått mastektomi, som viser seg enten som depresjon eller andre psykiske plager, kan det være av betydning at sykepleier har nok kunnskaper til å oppdage dette. Mestring kan i slike situasjoner fremmes ved at kvinnen får hjelp til å akseptere sin nåværende tilstand.

På den ene siden kan det være utfordrende for sykepleiere å følge opp temaer som seksualitet og selvbilde hos kvinner med brystkreft. Grunnene til dette kan være flere. Ifølge Borg (2017, s. 126) har alt for mange sykepleiere høye krav til seg selv, egen kunnskap og profesjonalitet, og vegrer seg derfor å snakke om disse temaene. Andre grunner til at temaet ikke tas opp er mangel på tid, at sykepleier er for sjenert, og av hensyn til pasient og deres pårørende. På den andre siden kan det å ikke prate om seksualitet fordi det er ubehagelig føre til at fordommene rundt temaene blir større. Dette kan gjøre det vanskeligere for kvinnene å forholde seg til at seksualiteten deres endres (Borg, 2017). Funn fra studier tyder også på at kvinnene selv kan finne det utfordrende å snakke med helsepersonell om problemene de opplever knyttet til selvbilde og seksualitet. Landmark *et al.* (2008) skriver at mulige grunner til at kvinnene ikke diskuterer disse temaene, kan knyttes opp mot tabu, skam, sjenerthet og mangel på passende ordleggelse. Folkman *et al.* (1986) skriver at skam og forlegenhet kan være grunner til at deltakerne søkte mindre informasjon og støtte i situasjoner som omhandlet selvfølelse og opplevelse av egen identitet. Ut ifra dette kan en anta at dersom sykepleier ikke tar opp temaene, kan det føre til at kvinnene ikke mottar viktig informasjon om at forandringene de opplever. Sykepleier bør derfor informere om mulige kroppsforandringer på et tidlig tidspunkt og være tilgjengelig for å snakke om disse temaene. En kan anta at økt åpenhet og informasjon om temaene kan være med på å gi kunnskap og forståelse hos kvinnene. Det kan sørge for at kvinnene mestrer når disse forandringene oppstår.

5.6 Kritisk vurdering og overveielser

Ny kunnskap er blitt tilegnet under arbeidet med oppgaven. Samtidig er evnen til å kritisk analysere innhold og resultat i ulike forskningsartikler blitt bedre. For å sikre at artiklene som ble inkludert i oppgaven var kvalitetsvurdert, ble de vurdert kritisk i forhold til metode, etiske overveielser, resultater og relevansen for oppgaven. Alle studiene er etisk godkjent, noe som spesifiseres under litteratormatrisen.

Det bør tas i betraktning at dette er første gangen vi har gjennomført en litteraturstudie. Dette skaper rom for ulike tolkninger. Begrensingen av problemstillingen, vår søkemetode og evaluering av søkene kan ha utelukket relevante artikler som kunne eller ville ha påvirket resultatene. Det er brukt tid på å oversette og forstå innholdet i artiklene og fagstoffet oppgaven inkluderer. Siden en del ikke er skrevet på norsk er det fare for at det har oppstått språklige misforståelser under tolkingen. Derfor bør resultatene overveies med forsiktighet. Det er hovedsakelig brukt primærkilder i oppgaven, men i tilfeller der dette ikke har vært tilgjengelig har sekundærkilder blitt inkludert dersom det er ansett som relevant.

Oppgaven inkluderte en kvantitativ og fem kvalitative artikler. Kvalitative artikler ble ansett for å best besvare problemstillingen da studiene fokuserer mer på helheten og den subjektive opplevelsen av brystkreft. En mulig begrensning ved bruk av kvalitative studier er at antallet deltakere er lite og at resultatene ikke nødvendigvis er representative for en større gruppe. Samtidig har flere kvalitative studier funnet lignende resultater noe som antyder at resultatene kan være representative for en større gruppe. Den kvantitative artikkelen gir ikke samme dybdeforståelse, men er gjennomført på et større antall personer og kan vise overførbarhet til større grupper.

Artiklene inkludert i oppgaven er fra Norge og fra USA. Studiene som er gjennomført i USA ble vurdert å være relevante da to av studiene er gjennomført i Midtvesten, et område med overførbare forhold til Norge. I tillegg refererte flere studier til hverandre hvilket underbygger overførbarhet i resultatene mellom Midtvesten og Norge. En studie fra Texas ble også inkludert. På grunn av fokuset på kvinnes egen opplevelse av mestring ble det vurdert at mulige forskjeller i helsevesen ikke var av betydning for resultatene.

Overgangen mellom nyoppdaget og langvarig brystkreft, er uklar. Det er ikke funnet noen definisjon på hvilket tidsrom som gjelder nyoppdaget brystkreft. Studiene som oppgaven inkluderer, fokuserer alle på kvinner med nyoppdaget brystkreft. Litteraturen som er brukt,

fokuserer hovedsakelig ikke på nyoppdaget sykdom, men har likevel blitt ansett som relevant for å kunne drøfte rundt problemstillingen.

6.0 Konklusjon

Sykepleier står i en unik posisjon til å hjelpe pasienter å mestre sin sykdom. Mestring er et stort begrep der målet er å gjenopprette mening og betydning. Alle personer møter sykdom og motgang ulikt, og det er viktig å tenke på individuelle forskjeller når man som sykepleier skal møte en pasient med nyoppdaget brystkreft. Deres tidligere erfaringer og behov er med på å styre hvordan de velger å mestre sykdommen. Konklusjonen er at brystkreft er en subjektiv opplevelse og sykepleier må utføre individuelt tilpasset omsorg for å fremme mestring hos kvinner med nyoppdaget brystkreft.

Sykepleier gjør dette ved å bli kjent med pasienten og kartlegge hennes behov. Det at sykepleier fokuserer på ressursene, behovene og situasjonen pasienten befinner seg i, fremfor begrensningene sykdommen fører med seg, er viktig i forhold til mestringsfremming.

Sykepleier må gi individuelt tilpasset informasjon til hver enkelt kvinne for fremme mestring. Det å motta støtte er viktig for mestre sykdommen. Sykepleier skal derfor kartlegge hvilke av pasientens relasjoner som kan tilby dette. Sykepleier kan også henvise pasienten til støttegrupper eller formidle kontakt med andre med lignende opplevelser slik at pasienten opplever mestring. Sykepleier må være åpen for samtale og støtte pasienten i sin følelsesmessige reaksjon på brystkreft, slik at de mestrer disse reaksjonene. Sykepleier må være tilgjengelig og tørre å ta opp temaer rundt kroppsforandringer og seksualitet. Det må også legges til rette slik at kvinnene tør å ta opp disse temaene. Avslutningsvis kan sykepleier oppfordre pasienten til å gjenoppta hobbyer eller arbeid, for å finne mening og normalisere hverdagen. Det er viktig at sykepleier i møte med kreftpasienten tenker helhetlig omsorg.

Litteraturliste:

Arora, N.K. *et al.* (2007) Perceived helpfulness and impact of social support provided by family, friends, and health care providers to women newly diagnosed with breast cancer, *Psycho-Oncology*, 16, s. 474-486. DOI: 10.1002/pon.1084

Aveyard, H. (2014) *Doing a literature review in health and social care*. 3.utg, Berkshire: McGraw- Hill/Open university press.

Benner, P. og Wrubel, J. (1989) *The Primacy of caring: Stress and Coping in Health and Illness*. California: Addison-Wesley Publishing Company.

Benner, P. og Wrubel, J. (2001) *Omsorgens betydning i sygepleje: Stress og mestring ved sundhed og sygdom*. København: Munksgaard.

Befring, A.K. (2004) Pasientens rett til informasjon, *Tidsskriftet Den norske legeforening*, 124, s.79-80. Hentet fra: <https://tidsskriftet.no/2004/01/rett-og-urett/pasientens-rett-til-informasjon> (10.05.18).

Borg, T. (2017) Seksualitet, i Reitan, A.M. og Schjølberg, T.K. (red.) *Kreftsykepleie Pasientutfordring- handling*. 4.utg. Oslo: Cappelen Damm akademisk, s.120-131.

Bredal, I.S. (2017) Sykepleieutfordringer ved brystkreft, i Reitan, A.M. og Schjølberg, T.K. (red.) *Kreftsykepleie Pasient- Utfordring- Handling*. 4.utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, s.477-487.

Brystkreftforeningen (2018) *Om brystkreft*. Tilgjengelig fra: <https://brystkreftforeningen.no/om-brystkreft/90-om-brystkreft> (Hentet: 17.04.18).

Coward, D.D. og Kahn, D.L. (2005) Transcending Breast cancer, *Journal of Holistic Nursing*, 23(3), s. 264-283. DOI: 10.1177/0898010105277649

Cruickshank, S. *et al.* (2008) Specialist breast care nurses for supportive care of women with breast cancer, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1). DOI: 10.1002/14651858.CD005634.pub2

Cullberg, J. (2007) *Krise og utvikling*. 5.utg. København: Hans Reitzels Forlag.

Cancer Registry of Norway (2017) *Cancer in Norway 2016 -Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway*. Oslo: Cancer Registry of Norway. Tilgjengelig fra: <https://www.kreftregisteret.no/globalassets/cancer-in-norway/2016/cin-2106.pdf> (Hentet 05.02.18).

De nasjonale forskningsetiske komiteene (2015) *Hva er forskningsetikk?* Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/hvem-er-vi-og-hva-gjor-vi/hvem-er-vi-og-hva-gjor-vi/hva-er-forskningsetikk/> (Hentet 28.02.18).

Dickerson, S.S. *et al.* (2011) Surviving the wait: defining support while awaiting breast cancer surgery, *Journal of Advanced Nursing*, 67(7), s. 1468-1479. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2011.05612.x

Drageset, S., Lindstrøm, T.C. og Underlid, K. (2010) Coping with breast cancer: between diagnosis and surgery, *Journal of Advanced Nursing*. 66(1), s. 149-158. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2009.05210.x

Fawzy, F. I. og Fawzy, N.W. (1998) Group therapy in the cancer setting. *Journal of Psychosomatic Research*, 45(3), s. 191-200. DOI: 10.1016/S0022-3999(98)00015-4

Folkehelseinstituttet (2014) *Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning*. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/tema/brukererfaring/sjekkliste-kvalitativ-2014.pdf> (Hentet: 11.05.18).

Folkman, S. *et al.* (1986) Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(5), s. 992-1003. DOI: 10.1037/0022-3514.50.5.992

Forsberg, C. og Wengström, Y. (2016) *Att göra systematiska litteraturstudier. Vädering, analys och presentasjon av omvårdnadsforskning*. 4.utg. Stockholm: Natur & Kultur.

Gibbons, A., Groarke, A. og Sweeney, K. (2016) Predicting general and cancer-related distress in women with newly diagnosed breast cancer, *BMC cancer*, 16, s.935. DOI: 10.1186/s12885-016-2964-z

Helseforskningsloven (2009) *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44?q=helseforskningsloven> (Hentet: 28.02.18).

Holland, K.D. og Holahan, C.K. (2003) The Relation of Social Support and Coping to Positive Adaptation to Breast Cancer, *Psychology and Health*, 18(1), s. 15-29. DOI: 10.1080/0887044031000080656

Hughes, J. (1982) Emotional reactions to the diagnosis and treatment of early breast cancer, *Journal of Psychosomatic Research*, 26(2), s. 277-283. DOI: 10.1016/0022-3999(82)90047-2

Håkonsen, K.M. (1998) *Psykologi - en innføring*. 2.utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Keller, J. S. (2006). Implementation of a prechemotherapy educational intervention for women newly diagnosed with breast cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 10(1), s. 57- 60. Tilgjengelig fra: https://search.proquest.com/docview/222747578/fulltext/6183FFB5A6F849EDPQ/1?account_id=12870 (Hentet: 27.04. 18).

Kreftforeningen (u.å.) *Hva er kreft*. Tilgjengelig fra: <https://kreftforeningen.no/om-kreft/hva-er-kreft/> (Hentet 26.02.18).

Kreftregisteret (2018) *Brystkreft*. Tilgjengelig fra: <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Fakta-om-kreft/Brystkreft-Alt2/> (Hentet: 27.04.18).

Kvinnslund, S. (2004) Brystkreft (cancer mammae), i Reitan, A.M. og Schjøberg, T. K. (red.) *Kreftsykepleie Pasient- utfordring – handling*. 2.utg. Oslo: Akribe, s. 317-324.

Kunnskapsforlaget (2018) *Norsk Akademisk Ordbok: depersonalisasjon*. Tilgjengelig fra: <https://www.ordnett.no/search?language=no&phrase=depersonalisasjon> (Hentet 25.04.18).

Landmark, B.T. og Wahl, A. (2002) Living with newly diagnosed breast cancer: a qualitative study of 10 women with newly diagnosed breast cancer, *Journal of Advanced Nursing*, 40(1), s. 112-121. DOI: 10.1046/j.1365-2648.2002.02346.x

Landmark, B.T. *et al.* (2008) Women with newly diagnosed breast cancer and their perceptions of needs in a health-care context, *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic illness*, in association with *Journal of Clinical Nursing*, 17(7b), s. 192- 200. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2008.02340.x

Lee, V. *et al.* (2006) Meaning-making and psychological adjustment to cancer: Development of an intervention and pilot results, *Oncology Nursing Forum*, 33(2), s. 291-302. DOI: 10.1188/06.ONF.291-302

Lazarus, R.S. (1991) *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.

NSD – Norsk senter for forskningsdata (2018) *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. Tilgjengelig fra: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside> (Hentet: 18.02.18).

NSF- Norsk Sykepleierforbund (2016) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer> (Hentet 20.04.18)

Reitan, A.M. (2010) Mestring, i Knutstad, U. (red.) *Sentrale begreper i klinisk sykepleie- Sykepleieboken 2*. 3.utg. Oslo: Akribe, s. 74-107.

Reitan, A.M. (2017) Psykologisk krise og mestringsmuligheter, i Reitan, A.M. og Schjølberg, T.K. (red.) *Kreftsykepleie Pasient- Utfordring- Handling*. 4.utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, s. 82-103.

Schlichting, E. (2011) Sykdommer i brystene, i Ørn, S., Mjell, J. og Bach-Gansmo, E. (red.) *Sykdom og behandling*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 432-442.

Slettebø, Å. (2008) Forskningsetikk, i Brinchmann, B.S. (red.) *Etikk i sykepleien*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 207-224.

Thidemann, I-J. (2015) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter. Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.

Tjemsland, L., Søreide, J. og Malt, U. (1996) Traumatic distress symptoms in early breast cancer I: Acute response to diagnosis, *Psycho-Oncology*, 5(1), s. 1-8. DOI: [10.1002/\(SICI\)1099-1611\(199603\)5:1<1::AID-PON197>3.0.CO;2-](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1611(199603)5:1<1::AID-PON197>3.0.CO;2-)