



# Mestring ved nylig diagnostisert brystkreft

*Hvordan kan sykepleier fremme mestring hos pasienter med nylig diagnostisert brystkreft i påvente av brystkirurgi?*

Kandidatnummer: 624  
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave  
i sykepleie

Antall ord: 9875  
Dato: 23.04.2019



ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato
Tittel: Mestring ved nylig diagnostisert brystkreft	
<p><u>Problemstilling:</u> Hvordan kan sykepleier fremme mestring hos pasienter med nylig diagnostisert brystkreft i påvente av brystkirurgi?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv:</u> Patofysiologisk perspektiv på brystkreft og de behandlingsalternativene som foreligger, samt kvinnens psykiske belastninger og reaksjoner i tiden etter diagnosen. Teori om mestring, mestringsstrategier, håp og personorientert kommunikasjon blir presentert. Sykepleierens funksjon, samt juridiske og etiske rammeverk.</p> <p><u>Metode:</u> Metoden som er brukt i oppgaven kalles et systematisk litteraturstudie. Oppgaven er bygget på relevante forskningsartikler som er funnet fram til gjennom systematisk litteratursøk i CINAHL. Ellers er det anvendt pensumlitteratur fra bachelorstudiet i sykepleie, samt egenvalgt litteratur av spesiell relevans.</p> <p><u>Drøfting</u> I drøftingsdelen drøftes forskningslitteratur opp mot teori og det sykepleiefaglige kunnskapsgrunnlaget. Innledningsvis drøftes hvordan sykepleier kan anvende personorientert kommunikasjon, herunder aktiv lytting, for å identifisere kvinnens behov i samtalen. Deretter drøftes hvordan sykepleier kan møte kvinnens individuelle psykiske reaksjoner ved hjelp av personorientert kommunikasjon, empatiske ytringer og nonverbal støtte. Kvinnens behov for informasjon, samtale om endret kroppsbilde, eksistensielle behov, håp og distraksjon fra sykdom drøftes opp mot sykepleiertiltak og kvinnens individuelle behov. Avslutningsvis drøftes sykepleiers tidsbegrensing i praksis, opp mot de overnevnte sykepleiertiltakene.</p> <p><u>Konklusjon:</u> Sykepleier må forstå kvinnens individuelle behov for å utøve individualisert omsorg. Gjennom tilpasset informasjon kan kvinnen gjenvinne kontroll og oppleve forutsigbarhet i situasjonen. Ved at sykepleier gjennom sin tilstedeværelse uttrykker omsorg, støtte og møter kvinnens behov i samtalen kan kvinnen få utløp for sine følelsesmessige reaksjoner. Samtaler om seksualitet og åndelig/eksistensielle tema kan være av spesiell betydning. Sykepleier og kvinnen kan dermed finne nye løsninger på situasjonen gjennom samtaler knyttet til håp, meningsfulle aktiviteter, humor eller dagligdagse tema.</p>	

--

(Totalt antall ord:300)

## Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Innledning .....</b>	<b>1</b>
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	2
1.2	Problemstilling .....	2
1.3	Avgrensning.....	2
1.4	Disposisjon .....	3
<b>2</b>	<b>Teori.....</b>	<b>4</b>
2.1	Brystkreft.....	4
2.2	Kirurgiske behandlingsalternativ.....	4
2.3	Psykiske belastninger.....	5
2.4	Mestring .....	6
2.5	Mestringsstrategier .....	7
2.6	Håp .....	7
2.7	Personorientert kommunikasjon .....	8
<b>3</b>	<b>Sykepleierens funksjon .....</b>	<b>9</b>
<b>4</b>	<b>Metode .....</b>	<b>10</b>
4.1	Systematisk litteratursøk som metode .....	10
4.2	Litteratursøk .....	10
4.3	Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	13
4.4	Kildekritikk .....	14
4.5	Etiske vurderinger .....	15
<b>4.</b>	<b>Presentasjon av forskningslitteratur .....</b>	<b>16</b>
<b>5</b>	<b>Drøfting .....</b>	<b>18</b>
5.1	Individualisert omsorg.....	18
5.2	Psykiske reaksjoner .....	20
5.3	Å møte kvinnens psykiske reaksjoner .....	21
5.4	Kvinnens behov .....	23
5.4.1	Behov for informasjon.....	24
5.4.2	Samtale om endret kroppsbilde og seksualitet.....	25
5.4.3	Eksistensielle behov .....	27
5.4.4	Håp .....	28
5.4.5	Meningsfulle aktiviteter.....	29
5.4.6	Distrahere fra sykdom og sorg.....	30
5.5	Rammefaktorer .....	30
<b>6</b>	<b>Avslutning .....</b>	<b>32</b>
	<b>Referanser:.....</b>	<b>34</b>

# 1 Innledning

Cancer mammae - brystkreft er den vanligste kreftformen blant kvinner. Forekomsten av brystkreft har økt betraktelig de siste ti årene. I 2017 ble 3589 kvinner diagnostisert med sykdommen, noe som er nesten det dobbelte av antallet i 1958. Prognosen har imidlertid blitt bedre, og 9 av 10 kvinner med brystkreft er i live fem år etter de ble diagnostisert (Kreftregisteret, 2018). Pasienter med kreft og deres pårørende er i en sårbar situasjon (Sørensen, Lorvik, Erntsen & Almås, 2016). Kreftsykdom blir ofte oppfattet synonymt med knuste fremtidsplaner, lidelse, smerte og død. Kreft beskrives blant annet som en eksistensiell rystelse, og kan oppleves som en stor livskrise for pasienten. Mange pasienter opplever psykisk stress rundt diagnosetidspunktet (Lorensen & Grov, 2016). Kvinner som får en brystkreftdiagnose opplever ofte dobbelt psykisk stress. Det kan være knyttet til usikkerheten om metastaser, lidelse og død, men også psykisk stress knyttet til problematikken omkring utseende og kvinnelighet (Sørensen et al., 2016).

Kvinnens reaksjon og mestring av den usikre ventetiden før operasjonen spiller en vesentlig rolle for hvordan de mestrer sin situasjon senere og kan også være avgjørende for hvordan de takler behandlingen (Drageset, 2014). Flere studier peker på at kvinner som mestrer denne sykdomsperioden dårlig også sliter psykisk flere år senere. Manglende mestring har også vist sammenheng med krefttilbakefall og tidligere død (Schou, Ekeberg, Ruland, Sandvik & Karesen, 2004; Watson, Homewood & Haviland, 2012).

I følge Lorensen & Grov (2016) vil en god, omsorgsfull relasjon mellom pasient og sykepleier ha betydning for opplevelsen av livskvalitet og helse (Lorensen & Grov, 2016). Sykepleierens møte med pasienter med brystkreft i sykehus er ofte kortvarig, da behandlingen vanligvis foregår som dagbehandling. En sykepleiefaglig utfordring vil være å vise pasienten at hun blir sett og forsøke å forberede henne på livet etter operasjonen i løpet av kort tid (Sørensen et al., 2016). Et viktig perspektiv i sykepleien er å fokusere på å ivareta pasienten utfra hvordan hun opplever og erfarer sin tilstand her og nå. Det er viktig at sykepleier husker at den faglige kunnskapen må ha grunnlag i evnen til å være medfølende og kunne forstå opplevelsen til pasienten og hvilke konsekvenser sykdommen medfører (Lorensen & Grov,

2016). Å bli rammet av kreftsykdom påvirker hele mennesket, både kroppslig, psykisk, sosialt og eksistensielt (Lorentsen & Grov, 2016).

## **1.1 Bakgrunn for valg av tema**

Faglitteratur i onkologi har ofte et biologisk og somatisk perspektiv på kreftsykdom. Jeg ønsker derfor å belyse de psykiske reaksjonene som kan følge med en kreftdiagnose, og hvordan sykepleier kan bidra til mestring hos nylig diagnostiserte pasienter som skal gjennomgå brystkreftkirurgi. Jeg har tidligere erfaring med nylig diagnostiserte pasienter med kreft og den livskrisen en kreftdiagnose kan medføre. Jeg har ikke spesifikk erfaring med brystkreftpasienter, men valgte å skrive om dette da det er den vanligste kreftformen blant kvinner. Jeg ønsker å få mer kunnskap rundt temaet, slik at jeg kan yte god sykepleie, samt gi tilstrekkelig informasjon og støtte til pasienter med brystkreft jeg møter i min senere yrkespraksis.

## **1.2 Problemstilling**

Dette leder frem til problemstillingen:

«Hvordan kan sykepleier fremme mestring hos pasienter med nylig diagnostisert brystkreft i påvente av brystkirurgi?»

## **1.3 Avgrensning**

I denne oppgaven vil jeg ta for meg kvinnelige pasienter som er nylig diagnostisert med brystkreft. Menn rammes også av brystkreft, men kun mellom 10-20 per år (Kreftregisteret, 2018). Siden forekomsten er betraktelig lavere blant menn velger jeg å kun fokusere på kvinnelige pasienter i denne oppgaven. Pre-operativt vil sykepleier gi pasienten generell, preoperativ informasjon. Jeg vil ikke gå i dybden på innholdet i den informasjonen som formidles til pasient før operasjon. Sykepleierens funksjon og ansvar overfor kvinnens pårørende vil heller ikke bli inkludert i oppgaven, grunnet oppgavens omfang. Kvinnene har ikke hatt en tidligere kreftdiagnose. Hun har ikke metastaserende kreft, da det er sjelden at pasienten har påvist spredning, eller symptomer på spredning, ved diagnosetidspunktet.

Pasienter med kognitiv svikt og fremmedspråklige vil ikke bli inkludert i denne oppgaven, da det krever at sykepleieren har ytterligere kompetanse om språk og kommunikasjon.

#### **1.4 Disposisjon**

I kapittel 2 presenteres teori om sykdomslære om brystkreft, kirurgiske behandlingsalternativ og psykiske belastninger ved en brystkreftdiagnose. I tillegg legger jeg frem teori som omhandler begrepet mestring, pasientens mestringsstrategier, personorientert kommunikasjon og håp. Deretter presenteres sykepleierens funksjon, samt etiske og juridiske føringer i kapittel 3. De metodiske valgene og metoden som er benyttet i oppgaven forklares i kapittel 4. I kapittel 5, drøftningsdelen, besvarer jeg oppgaven ved å knytte teori og forskningslitteratur til problemstillingen. Til slutt, i kapittel 6, vil jeg oppsummere og trekke fram hovedfunnene i oppgaven.

## 2 Teori

I dette kapittelet vil jeg presentere teori som bidrar til å besvare problemstillingen.

### 2.1 Brystkreft

Brystkreft er en ondartet svulst i brystkjertelen (Sørensen, Lorvik, Erntsen & Almås, 2016). Det er den hyppigste kreftformen blant norske kvinner, og utgjør cirka 23% av alle krefttilfellene i Norge. Risikoen for å utvikle brystkreft er sterkt relatert til tiden kvinnen eksponeres for østrogen. Disponerende faktorer er blant annet høy alder, tidlig menstruasjon, sen menopause, hormonbehandling, sen eller ingen graviditet, røyking, overvekt og høyt alkoholinntak. Familiær opptreden av brystkreft grunnet brystkreftgenene BRCA1 og BRCA2, kan ses i 15-20% av tilfellene. Mutasjoner i BRCA1-genet øker risikoen for å utvikle brystkreft på over 70% før fylte 80 år. For kvinner med BRCA-2 er risikoen over 60%. Pasienter med brystkreft har ofte få og beskjedne symptomer. Brystkreftsvulster blir ofte oppdaget før de gir symptomer, enten ved mammografiscreening, eller ved at det oppdages en kul i brystet. Denne kulen er som oftest smertefri. Noen pasienter opplever at det kommer sekresjon ut av utførselsgangene på brystvorten som enten kan være klar eller blodtilblandet. Eksempliknende forandringer, sår eller hudfortykkelse på eller rundt brystvorten kan være andre symptomer. Dersom brystvorten er trukket inn eller huden over brystkjertelen forandres kan dette være viktige tegn. (Wist, 2010). Diagnosen stilles ved trippeldiagnostikk, som innebærer klinisk undersøkelse av brystet, mammografi, ultralyd og vevsprøve ved hjelp av finnålsbiopsi eller sylindربیopsi. Brystkreft oppdages nå tidligere enn før, og prognosen er bedre jo mindre svulsten i brystet er (Sørensen et al., 2016).

### 2.2 Kirurgiske behandlingsalternativ

Kirurgisk behandling er den viktigste behandlingsmetoden for brystkreft. Svulsten vil bli fjernet med så mye av brystkjertelvevet omkring at risikoen for residiv eller spredning blir lavest mulig, alternativt fjernes hele brystkjertelen (Sørensen et al., 2016). Brystbevarende kirurgisk teknikk anses i dag å være standardbehandling ved norske sykehus. Det vil si at man fjerner svulsten med god margin til alle kanter. Ved denne operasjonsmetoden får pasienten beholde brystet, men hun må ha postoperativ strålebehandling for å redusere risiko for residiv i det opererte brystet (Sørensen et al., 2016). Ved fullstendig fjerning av brystet, som kalles ablatio mammae eller mastektomi, fjernes hele brystkjertelen (Sørensen et al., 2016).



### 2.3 Psykiske belastninger

Ventetiden før operasjonen er rapportert som en av de mest stressende opplevelsene for kvinner med brystkreft (Drageset, 2011). Pasienten kan oppleve at hun er i en mellomtilstand utløst av usikkerhet knyttet til kreftsykdommen og fremtiden. Hun veksler ofte mellom håp og fortvilelse, tanken på at alt ordner seg og at alt vil gå galt. Usikkerhet og venting kan føre til at angstnivået stiger og en vedvarende usikkerhet om hva fremtiden vil bringe (Dahl & Sørensen, 2016). I følge Dahl & Sørensen (2016) viser undersøkelser at mellom 20-50% av pasientene med kreft rapporterte psykiske plager ved diagnosetidspunktet. Med hensyn til at kreftsykdom er en trussel mot liv og helse, er angst og depresjonssymptomer vanlige psykiske følgetilstander (Dahl & Sørensen, 2016).

Dahl & Sørensen (2016) påpeker at pasientens reaksjon på diagnosen avhenger av sosiale og psykologiske sårbarheter. Belastningen kan variere i styrke ut fra type kreft, kreftens stadium og behandlingsmuligheter. Det er imidlertid samvirket mellom sårbarhet og belastning som vil bestemme hvor sterk den psykiske reaksjonen til pasienten vil være. Å bli rammet av kreft kan utløse alt fra minimale psykiske reaksjoner til massive reaksjoner, avhengig av den personlige sårbarheten. Pasienter med dårlig toleranse for usikkerhet vil ofte møte kreftutfordringene på en mindre fleksibel og konstruktiv måte. Kreftsykdom åpner for mye usikkerhet knyttet til diagnostikk, behandling, forløpet, bivirkningene og mangel på informasjon (Dahl & Sørensen, 2016).

Pasienter gjennomgår ofte en krisereaksjon når de får en alvorlig og livstruende kreftdiagnose. Når pasienten opplever en krise vil ikke tidligere erfaringer og innlærte reaksjoner være tilstrekkelige til at vedkommende klarer å forstå og mestre situasjonen (Cullberg, 2010, s. 14). I følge Cullberg går pasienten gjennom en traumatisk krise i et lineært forløp som deles inn i faser. Pasienten vil gå gjennom en sjokkfase, en reaksjonsfase, en bearbeidingsfase og en nyorienteringsfase (Cullberg, 2010). Jeg vil kun presentere sjokkfasen og reaksjonsfasen, da dette er de fasene som er relevante i denne oppgaven. Sjokkfasen er den umiddelbare reaksjonen ved en traumatisk krise. Denne fasen kan vare fra et kort øyeblikk til noen dager. Noen uttrykker sterke følelser, mens andre er preget av «følelsesmessig apati». I denne fasen kan pasientens evne til å forstå og bearbeide informasjon være svært begrenset. Reaksjonsfasen kommer når den kriserammedes bevissthet har tatt inn over seg konsekvensene av krisen. Pasienten kan oppleve komplekse følelsesmessige reaksjoner, og

forsøke å finne en mening i den vanskelige situasjonen. Angsten og frykten kan bli svært intens, og pasienten kan uttrykke fortvilelse, gråt, sinne, aggresjon, uro, sorg og hjelpeløshet. Hos noen vil også skyldfølelse og selvbebreidelse være framtrædende (Cullberg, 2010).

Kreftsykdom vil også utfordre pasientens selvbilde, selvtillit og selvoppfatning. Schølberg (2010) påpeker at det for kvinners vedkommende hevdes at det å fjerne et bryst muligens er det som får størst betydning for endring av kroppsbildet. Dette fordi det er et dramatisk inngrep som gir synlige fysiske forandringer. I tillegg er bryster i vår kultur et viktig symbol for feminitet og seksualitet (Schølberg, 2010). Endrede roller og funksjoner i tillegg til endret kroppsbilde kan føre til dårligere selvfølelse (Dahl & Sørensen, 2016).

## **2.4 Mestring**

Benner og Wrubel (2002) beskriver forholdet mellom stress og mestring. De mener at stress er opplevelsen av brudd i mening, forståelse og normal funksjon, med opplevelse av skade, tap eller utfordring som følge. Mestring er det man gjør med dette bruddet (Benner & Wrubel, 2002, s. 86). Mestring innebærer å forholde seg hensiktsmessig til situasjonen og egne reaksjoner. Dette kan eksempelvis handle om å få kontroll på følelsene, få en bedre forståelse av situasjonen eller finne ut hvordan sykdommen kan bli minst mulig belastende (Eide & Eide, 2007).

I følge Benner & Wrubel vil pasientens bakgrunnsforståelse, ferdigheter og praksis være bestemmende for hva som oppleves som stressende for den enkelte, og hvilke mestringmuligheter vedkommende har. De mener at mestring ikke handler om å overvinne eller takle situasjonen på en «suksessfull måte». Mestring må vurderes ut fra vedkommendes egen forståelse, vurderinger og muligheter (Benner & Wrubel, 2002). Pasientens evne til mestring av livets utfordringer blir påvirket av faktorer som alder, kjønn, personlige forutsetninger, interesser, motstandskraft fra tidligere påkjenninger og tidligere erfaringer med stress, kriser og sykdom. Det vil også være av betydning hvor i livsløpet krisen rammer, hvor omfattende og langvarig den er, og hvilken tilhørighet pasienten har til mennesker og et sosialt nettverk (Reitan, 2010b).

## 2.5 Mestringsstrategier

Mestringsstrategier er det pasienten gjør for å takle krav eller utfordringer, og ha kontroll på det atferdsmessige, emosjonelle og kognitive nivået. Alle mestringsstrategier vil ha som formål å hjelpe vedkommende til å bevare sitt selvilde, finne mening og opprettholde personlig kontroll over ytre og indre krav hun står overfor (Reitan, 2010b).

I følge Lazarus og Folkman (1984) vil de fleste bruke en problemorientert mestringsstrategi når situasjonen kan påvirkes, og emosjonsorientert mestringsstrategi når påvirkning ikke er mulig (Lazarus & Folkman, 1984). Pasienten med nylig diagnostisert brystkreft vil ha lite påvirkningskraft på selve situasjonen, men kan forsøke å endre tanker og følelser i den krisesituasjonen hun står i. Emosjonsorientert mestringsstrategi handler om å endre opplevelsen av situasjonen mer enn å endre selve situasjonen. Dette kan gjøres ved eksempelvis forsøke å redusere intensiteten av følelsene i situasjonen eller ved å endre meningsinnholdet. Pasienten tilstreber på denne måten å få kontroll over seg selv, sine følelser og situasjonen (Lazarus & Folkman, 1984). Forsvarsmekanismer kan også være en form for mestringsstrategi. I krisens akutte fase kan kvinnen bruke forsvarsmekanismene for å beskytte jeg-et og familien (Reitan, 2010b). Forsvarsmekanismene må vurderes ut fra funksjonen de har i den aktuelle situasjonen. I krisens akutte fase kan forsvaret bidra til reduksjon av indre spenninger og stabilitet i følelseslivet slik at optimismen opprettholdes, og dermed ha en beskyttende funksjon (Drageset, 2014).

## 2.6 Håp

Håpet er nært knyttet til mestringsstrategier og er omtalt som en form for mestringsstrategi. I følge Stubberud (2013) kan håp beskrives som en del av menneskets utvikling, en prosess, teori og kilde til mening i livet (Stubberud, 2013, s. 95). Det kan fremme tanker omkring at det pasienten ønsker skal skje, vil hende. Det kan gi pasienten en følelse av at det finnes muligheter i den utfordrende situasjonen de står i. I følge Stubberud (2013) vil pasienter som har håp ha større mulighet til å takle vanskelige situasjoner. De har ressurser til å kjempe (Stubberud, 2013). I de yrkesetiske retningslinjene (Norsk sykepleierforbund, 2016) står det at en av sykepleierens sentrale oppgaver er å understøtte håp hos pasienten (Norsk sykepleierforbund, 2016).

## **2.7 Personorientert kommunikasjon**

Sykepleierens kommunikasjon burde være personorientert, da dette er en forutsetning for god profesjonell kommunikasjon. Det vil si at sykepleier ser pasienten som en hel person, med iboende ressurser og muligheter, egne verdier og prioriteringer, samt individuelle ønsker og mål når det gjelder egen helse og livssituasjon. Pasientens behov er det styrende for samtalen. For at sykepleier skal identifisere disse behovene er det en forutsetning at hun lytter aktivt og ser pasienten som en unik person. Den personsentrerte kommunikasjonen består hovedsakelig av fire sentrale elementer: anerkjennelse av pasientens perspektiv, forståelse for pasientens psykososiale kontekst, å nå frem til en felles forståelse i overensstemmelse med pasientens verdier og å stimulere pasienten til å ta kontroll over sin situasjon (Eide & Eide, 2017).

### 3 Sykepleierens funksjon

En av sykepleierens viktige oppgaver er å hjelpe pasienten til å mestre konsekvenser av sykdom, behandling og helsesvikt. Dette forutsetter at sykepleier har evne til å se de konsekvensene sykdommen har for den enkelte og hennes pårørende. Det er viktig å styrke pasientens mestringsevne og håp når hun møter sykdom og helsesvikt. Dette kan sykepleier gjøre ved å understøtte pasientens ressurser og egne krefter, og tro på pasientens autonomi. Sykepleierens forebyggende funksjon retter seg mot å styrke pasientens egne ressurser (Nordtvedt & Grønseth, 2016). I dette tilfellet handler det om å styrke pasientens muligheter til å mestre den vonde tiden med nylig diagnostisert brystkreft. Sykepleierens lindrende funksjon vil også være relevant i denne sammenheng. Det innebærer at sykepleier begrenser omfanget av pasientens fysiske, psykiske og sosiale belastninger, ved å rette oppmerksomheten mot pasientens opplevelse og erfaringer knyttet til sykdom og lidelse. Et viktig perspektiv er å møte pasienten ut fra hvordan hun opplever sykdommen, og sin tilstand her og nå. Sykepleier burde forsøke å kartlegge pasientens opplevelse av sykdommen, og hennes behov for sykepleie. Dette gjelder ikke kun fysiske fenomener og symptomer på sykdom, men også åndelige, eksistensielle og psykososiale behov (Nordtvedt & Grønseth, 2016).

Sykepleier har en plikt til å informere pasienten (pasientrettighetsloven, 1999). Dette kan fremme trygghet, og bidra til at pasienten forstår og mestrer konsekvensene av sykdom (Nordtvedt & Grønseth, 2016). Pre-operativ informasjon og informasjon om sykdom og behandling kan eksempelvis virke beroligende, da pasienten får mer oversikt og kontroll over situasjonen.

## 4 Metode

I dette kapittelet vil jeg beskrive den anvendte metoden i oppgaven, litteratursøk, inklusjons- og eksklusjonskriterier, samt kildekritikk og etiske vurderinger.

### 4.1 Systematisk litteratursøk som metode

Metode sier noe om hvordan vi burde gå fram for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Det er redskapet vårt i møte med noe vi vil undersøke, og hjelper oss til å samle inn informasjon vi trenger til undersøkelsen (Dalland, 2017). Dette er en litterær oppgave i tråd med høgskolens retningslinjer. I en litterær oppgave henter man data fra eksisterende fagkunnskap, forskning og teori for å belyse et tema eller en problemstilling (Dalland, 2017). Jeg har systematisk samlet inn faglitteratur og forskning knyttet til problemstillingen.

I denne oppgaven er det benyttet pensum- og egenvalgt litteratur, samt fag- og forskningslitteratur. Jeg har anvendt et bredt utvalg av pensumlitteratur fra sykepleiestudiet som omhandlet blant annet sykdomslære, kommunikasjon, krise- og mestring, etikk, jus og klinisk sykepleie. Jeg har også anvendt bøkene «Kreftsykepleie: pasient – utfordring – handling» av Reitan og Schølberg (2017) og «Kreftsykdom – psykologiske og sosiale perspektiver» av Dahl og Sørensen (2016). Jeg har valgt å bruke disse bøkene i oppgaven da de gir en dypere forståelse av sykepleie til pasienter med kreft. Som hjelp til oppgaveskrivingen har jeg brukt bøker om metode og oppgaveskriving.

### 4.2 Litteratursøk

Litteratursøkene ble gjort i CINAHL, som er en database jeg har brukt gjennomgående i utdanningen. Det er en pålitelig database som gir oversiktlige treff. Jeg ønsket å finne artikler som omhandlet nylig diagnostiserte kvinner med brystkreft, deres mestringsstrategier og erfaring med sykepleierens oppfølging mellom diagnosetidspunktet og kirurgi. Jeg fant flere gode artikler, men har begrenset meg til å presentere fire av disse. Jeg startet med søkeordet «breast neoplasms», altså brystkreft som major subject, og «surgery», kirurgi, som subheading. Dette førte til 3550 resultater.

Deretter søkte jeg på cancer patients, altså kreftpasienter, som major subject og psychosocial factors som subheading. Dette ga 5291 resultater. Det siste søkeordet i det første søket var

«support», og CINAHL foreslo søkeordene «support, psychosocial», altså psykososial støtte. Jeg kombinerte alle søkeordene med «AND» og endte opp med 13 resultater. Jeg begrenset søket til artikler publisert mellom 2009-2018 og artikler skrevet på engelsk eller skandinaviske språk. Dette gav syv resultater, hvor jeg fant to av artiklene relevante for oppgaven.

Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall resultater	Utvalgt artikkel
S1	Breast neoplasms surgery		3550	
S2	Support, psychosocial		63978	
S3	Cancer patients psychosocial factors		5291	
S4	S1 AND S2 AND S3		13	
S5	S4	Språk: engelsk, norsk, svensk eller dansk År: 2009-2018	7	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Surviving the wait: deifing support while awaiting breast cancer surgery.</li> <li>2. Being in suspense: women`s experiences awaiting breast cancer surgery</li> </ol>

Jeg startet også søk nummer to med søkeordene «breast neoplasms» som major subject, og «surgery» som subheading. Videre søkte jeg på ordene «stress, psychological». Dette fordi jeg ønsket å finne artikler som omhandlet pasientens stress og psykiske belastning i som nydiagnostiserte pasienter med brystkreft. Dette resulterte i 69715 treff. Ettersom jeg ønsket å

finne ut hvordan pasienten erfarte sykepleieren i denne perioden, søkte jeg på ordene «nurse-patient-relations». Dette førte til 7679 treff. Da jeg kombinerte alle de tre søkeordene med «AND» ga dette to treff, hvor en av artiklene var relevant for problemstillingen.

Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall resultater	Utvalgt artikkel
S1	Breast neoplasms surgery		3550	
S2	Stress, psychological		69715	
S3	Nurse-patient relations		7679	
S4	S1 AND S2 AND S3		2	3. Stress and nursing care needs of women with breast cancer during primary treatment: a qualitative study

Det tredje søket startet også med søkeordene «breast neoplasms, surgery». Deretter søkte jeg på «breast neoplasms diagnosis». Dette fordi jeg ønsket å finne forskning som omhandlet kvinner som var nylig diagnostiserte. Dette søkeordet ga 6723 treff. Deretter søkte jeg på ordet «coping», altså mestring, for å finne studier som tok opp pasientens mestring og mestringsstrategier. Jeg fikk opp 30825 resultater. Til slutt kombinerte jeg de tre søkeordene med «AND» og endte med 3 treff. Jeg endte deretter med en artikkel som var av relevans for oppgaven.



Søk	Søkeord	Avgrensing	Antall resultater	Valgt artikkel
S1	Breast neoplasms surgery		3550	
S2	Breast neoplasms diagnosis		6723	
S3	Coping		30825	
S4	S1 AND S2 AND S3		3	
S5	S4		3	4. Coping with breast cancer: between diagnosis and surgery

### 4.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Søketreffene resulterte i flere gode artikler, men jeg begrenset meg til å presentere fire av de mest relevante artiklene. For å velge ut artikler benyttet jeg ulike inklusjons- og eksklusjonskriterier. Først og fremst skulle forskningsartiklene ikke være mer enn ti år gamle. Artiklene var ikke eldre enn fra 2009. Materialet var skrevet på engelsk eller skandinaviske språk. For å forsikre meg om at artiklene var fagfellevurdert og hadde anerkjent utgiver, avgrenset jeg søkene med «peer-reviewed» og «research article». Artiklene skulle ha et tydelig sykepleiefokusert fokus og/eller en pasientfokusert vinkling. Jeg ønsket å ta for meg forskning som var gjennomført i Norge eller i land med relativt lik kultur. Jeg valgte ikke selv å begrense oppgaven til en aldersgruppe, men kvinnene i forskningsartiklene var mellom 31 og 79 år. Dersom jeg fant en artikkel med de overnevnte inklusjonskriteriene, leste jeg sammendraget. Hvis innholdet så ut til å være relevant for problemstillingen, leste jeg hele artikkelen.

#### 4.4 Kildekritikk

Det stilles krav til hvordan man søker etter kilder, vurderer dem, gjør rede for dem og hvordan kildene blir anvendt i oppgaven (Dalland, 2017). Kildekritikk handler om å finne frem til litteratur som belyser den aktuelle problemstillingen, og å gjøre rede for litteraturen som er anvendt i oppgaven. Kildegrunnlaget må være godt beskrevet for at oppgaven skal anses troverdig og faglig (Dalland, 2017, s. 152).

Artiklene jeg har valgt er skrevet av fagpersoner innenfor feltet, de er fagfellevurderte og publisert i et anerkjent tidsskrift. Jeg har kun benyttet meg av forskning fra de siste ti årene. Artiklene som presenteres i artikkelmatrisen er fra 2009 til 2011, da det er mange publikasjoner i denne tidsperioden. Jeg har ikke funnet nyere forskningsartikler jeg anså relevant i oppgaven. Alle forskningsartiklene er skrevet på engelsk. Min språkforståelse kan derfor ha ført til at tolkning og oversettelse kan være mangelfull eller misforstått. To av studiene er gjennomført i Norge, mens de andre er fra tyske og amerikanske studier. Selv om noen av studiene er gjennomført i andre land mener jeg at de allikevel de er relevante fordi kulturen i disse landene kan sammenliknes med norsk kultur. Jeg forsøkte å finne artikler som omhandlet sykepleierens møte med nylig diagnostiserte pasienter med brystkreft på sengepost eller dagbehandling. En av artiklene omhandler møtet mellom pasient og sykepleier på et lokalt brystsenter. Jeg valgte allikevel å inkludere denne artikkelen, da jeg anser pasientens mestringsstrategier og møte med sykepleier som relevant for oppgaven. To av forskningsartiklene, samt en artikkel publisert i «sykepleien», er skrevet av forfatteren Drageset. Grunnen til at jeg har valgt å inkludere mye av hennes litteratur er at hun har en doktorgrad innenfor det aktuelle temaet. Jeg har anvendt teoretikerne Benner & Wrubel og Lazarus & Folkman i denne oppgaven. Jeg har brukt boken til Benner og Wrubel «Omsorgens betydning i sygepleje» fra 2002, da nyere utgaver ikke var tilgjengelig for utlån. Lazarus & Folkman`s teori er fra 1984. Jeg valgte allikevel å inkludere teorien da den setter lys på emosjonsfokustert mestring. En av artiklene, skrevet av Rustøen, Wiklund, Hanestad & Moum, tok for seg et intervensjonsstudie knyttet til håp hos nylig diagnostiserte kreftpasienter. Artikkelen er fra 1998, men jeg valgte allikevel å nevne denne i oppgaven da det er få studier som tar for seg nylig diagnostiserte kreftpasienters håp. Jeg anså den dermed som særs relevant, og inkluderte den til tross for at den er eldre.

Det er ønskelig å anvende primærkilder. Ved bruk av sekundærkilder risikerer man at forfatteren har mistolket det opprinnelige materialet. Jeg har derfor etterstrebet å kun bruke primærkilder i oppgaven, med noen unntak. Jeg fant NURSE-huskelisten om hvordan sykepleier kan uttrykke empatiske ytringer i Dahl & Sørensen (2016), som referer til Sarayia et al. (2010). Jeg fikk ikke tilgang på denne artikkelen, men valgte allikevel å inkludere NURSE-huskelisten. I følge sammendraget til artikkelen til Sarayia et al., (2010) er huskelisten utviklet for å finne en måte å kommunisere om behandlingsalternativ når kjemoterapi ikke har lyktes hos kreftpasienter (Sarayia et al., 2010). Dahl & Sørensen (2016) skriver allikevel om NURSE-huskelisten uavhengig av situasjonen sykepleier møter pasienten med kreft. Jeg mener det kan ha overføringsverdi også i en situasjon hvor sykepleier skal møte kvinnen som er nylig diagnostisert med brystkreft sine følelsesreaksjoner. Dette fordi NURSE-verktøyet fokuserer på å anerkjenne og utforske pasientens følelser og tanker.

#### **4.5 Etiske vurderinger**

Forskning på mennesker i en sårbar situasjon kan være etisk utfordrende, og etikken rundt studiene står derfor sterkt. I Norge skal forskning som involverer mennesker eller menneskelige helseopplysninger, godkjennes av en etisk komite. Det er en rekke regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. (Dalland, 2017, s. 235). Alle studiene oppga at de ikke hadde noen interessekonflikt. Tre av artiklene oppga at studien var godkjent av en etisk komite, og alle studiene oppga at pasientene hadde gitt skriftlig samtykke til å delta.

## 4. Presentasjon av forskningslitteratur

Nr	Forfatter	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1	Sigrunn Drageset, Torill Christine Lindstrøm og Kjell Underlid (2009)	«Coping with cancer: between diagnosis and surgery»	Journal of Advanced Nursing	Undersøke kvinners mestringsstrategier i perioden mellom diagnostisering og kirurgi av brystkreft	Kvalitativ metode: Individuelle intervjuer med 21 kvinner som var nydiagnostisert med brystkreft	Kvinnene brukte ulike mestringsstrategier i denne perioden. Kvinnene var fullt klar over dødstrusselen diagnosen representerte, men var på samme tid håpefulle og optimistiske. De ønsket generelt sett å bli behandlet som vanlig.
2	Hartmut Remmers, Martina Holtgräwe og Christiane Pinkert (2010)	«Stress and nursing care need of women with breast cancer during primary treatment: A qualitative study»	European Journal of Oncology Nursing	Finne ut det spesifikke stresset som påvirket kvinner med nylig diagnostisert brystkreft i tiden de fikk primærbehandling, og deres forventninger og behov for sykepleie	Kvalitativ metode: Semistrukturerte intervju med 42 kvinner på et brystkreftsenter i Tyskland.	Kvinnene opplevde stress knyttet til operasjonen, den usikre tiden fremover, endret selvbilde, frykten for å være en byrde og eksistensiell redsel. De ønsket en omsorgsfull og verdifull relasjon til sykepleiere, respekt og individuelt tilpasset støtte.
3	Suzanne S. Dickerson, Nesreen Alqaissi, Meghan Underhill og Robin M. Lally (2011)	«Surviving the wait: defying support while awaiting breast cancer surgery»	Journal of Advanced Nursing	Undersøke meninger, delte erfaringer og sosial støtte blant kvinner i dagene mellom diagnose og behandling av brystkreft	Sekundær analyse: intervju av 18 kvinner i USA i 2005 for et studie om kvinners tankeprosess før behandling. Dette er en sekundær analyse av fortellende fenomener ved hjelp av fortolkende fenomenologisk analyse	Pasientene hadde ulikt informasjonsbehov. Noen ønsket å lære så mye som mulig om diagnosen, mens andre ville kun lære akkurat nok til å komme seg gjennom dagen. Flere av kvinnene synes det var lettere å kontrollere angst ved å distrahere tankene sine og holde håpet oppe.
4	Sigrunn Drageset, Torill	«Being in suspense: women`s	Journal of Advanced Nursing	Finne ut hvilke erfaringer nylig diagnostiserte	Kvalitativ metode: Individuelle intervju med 21	Kvinnene opplevde ventetiden som skremmende,

	Christine Lindstrøm, Tove Giske og Kjell Underlid (2011)	experiences awaiting breast cancer surgery»		kvinner med brystkreft har før brystkreftkirurgi.	kvinner nylig diagnostisert med brystkreft dagen før kirurgi på et norsk universitetssykehus.	smertefull, lang og vanskelig. Flere av kvinnene opplevde imidlertid ventetiden som nødvendig, slik at de fikk forberedt seg personlig og tilbrakt tid med venner og familie.
--	--	---	--	---	---	---

## 5 Drøfting

Kvinner med nylig diagnostisert brystkreft er i en krisesituasjon, ettersom brystkreft kan ses på som en trussel mot livet, kvinnens identitet og følelse av kvinnelighet. En av sykepleierens viktige funksjoner er å understøtte pasientens ressurser og mestringsevne (Nordtvedt & Grønseth, 2016). Benner & Wrubel poengterer at mestring ikke handler om å takle situasjonen på en «suksessfull måte» (Benner & Wrubel, 2002). Som nevnt i punkt 2.4 innebærer mestring å forholde seg hensiktsmessig til situasjonen og egne reaksjoner. Kvinnens mestring kan ha ulike mål, eksempelvis å få kontroll på følelsene eller finne ut hvordan sykdommen kan bli minst mulig belastende (Eide & Eide, 2007). I forskningsartiklene knyttet til nylig diagnostisert brystkreft og mestring kom det frem at sykepleierens kommunikasjon, støtte og informasjon er av særlig betydning for kvinnene (Drageset, Lindstrøm, Giske & Underlid, 2011; Remmers, Holtgräwe & Pinkert, 2010; Dickerson, Alquaissi, Underhill & Lally, 2011; Drageset, Lindstrøm & Underlid, 2009). Jeg vil ta utgangspunkt i utvalgt forskningslitteratur, samt teori, og belyse problemstillingen: «Hvordan kan sykepleier fremme mestring hos pasienter med nylig diagnostisert brystkreft i påvente av brystkirurgi?».

### 5.1 Individualisert omsorg

Ettersom kvinnens opplevelse av å være nylig diagnostisert med brystkreft er individuell, er det viktig å kartlegge og møte kvinnens individuelle behov for omsorg. At sykepleier anvender sine kommunikative ferdigheter kan bidra til å møte kvinnens individuelle behov i samtalen. God profesjonell kommunikasjon innebærer blant annet at kommunikasjon er personorientert. Det vil si at kvinnen ikke ses kun som pasient, men som en hel og unik person (Eide & Eide, 2017). Dette forutsetter at sykepleier evner å se mennesket bak diagnosen og tilrettelegger omsorgen deretter. På denne måten får kvinnen en bekreftelse på at sykepleier er tilstede og bryr seg om henne. Drageset et al. (2016) trekker fram en kvinne med brystkrefts skildring rundt å ikke bli «sett» av helsevesenet:

«Ingen av dem så at kreften var «min». De informerte meg og handlet etter standardprosedyrer. Det var en form for likegyldighet. Ingen så meg som en person som hadde kreft. Jeg følte meg så alene. De var så effektive». (Drageset et al., 2016, s. 178)

Kvinnens skildring understreker hvor viktig det er å se mer enn bare brystkreftdiagnosen. Det er av stor betydning å se kvinnens individuelle utfordringer og bekymringer som følge av brystkreften. Sykepleierens tilstedeværelse kan være avgjørende for om kvinnen føler seg «sett». Ved å vende kroppen mot pasient, sette seg ned og holde øyekontakt uttrykker hun interesse og at hun har tid til pasienten (Stubberud, 2013). Det kan imidlertid tenkes at det krever mer enn kun nonverbal tilstedeværelse for at kvinnen opplever at den andre er genuint interessert. Kvinnene i studiet til Remmers et al (2010) ønsket at sykepleier kunne bruke følelser og personlighet i relasjonen til kvinnen (Remmers et al, 2010). På denne måten opplever muligens kvinnen at begge er seg selv i relasjonen, og at den andre har et virkelig ønske om å bli kjent med henne. Samtalen skal åpenbart ikke rettes inn på sykepleiers egne erfaringer og følelser, men hun kan tillate seg å bli følelsesmessig berørt og bruke sin personlighet i møte med kvinnen. Dette kan bidra til en verdifull relasjon, bygget på trygghet og tillit (Eide & Eide, 2017).

I studiet til Remmers et al. (2010) påpekte kvinnene at de ønsket å bli møtt på sine personlige behov og ønsker og at støtten ble tilrettelagt deretter (Remmers et al., 2010). For å identifisere kvinnens individuelle behov i samtalen er det essensielt å anvende aktiv lytting. Det innebærer å forholde seg åpent og anerkjennende til kvinnen, være oppmerksomt tilstede og lytte til det hun uttrykker både verbalt og nonverbalt (Eide & Eide, 2017). Målet er å forstå og tolke meningen av det som blir sagt, og finne ut hva kvinnen ønsker å kommunisere om. Samtalen kan for eksempel innledes med et utforskende, åpent spørsmål. Det bidrar til at kvinnen får mulighet til å fortelle om tanker og følelser og hennes opplevelse av sykdommen (Eide & Eide, 2017). Sykepleier kan stille kvinnen et spørsmål knyttet direkte til sykdommen, eksempelvis: «Hvordan har tiden etter du fikk brystkreftdiagnosen vært for deg?». Det kan tenkes at et slikt spørsmål åpner opp for følelsesreaksjoner og kvinnen kan fortelle om sin livssituasjon, samt hennes utfordringer og bekymringer i denne perioden. At lyttingen er aktiv vil si at sykepleier aktivt responderer på det kvinnen forteller. Det kan hun blant annet gjøre ved å gjengi nøkkelord i samtalen (Eide & Eide, 2017). Dersom kvinnen uttrykker at «Jeg har tenkt mye på hvor hjelpeløs jeg kommer til å være fremover», kan sykepleier respondere ved å spørre om ordet «hjelpeløs» på en undrende måte. Da får kvinnen anledning til å utdype hva hun mener, uten at det hun sier fortolkes. Kvinnen forklarer deretter at «Jeg har hørt at man blir så sliten av behandlingen, da kan jeg ikke stille opp for familien min lenger. Jeg kommer til å bli en byrde». Oppsummering kan deretter anvendes for å undersøke om sykepleier har

oppfattet det kvinnen mente å uttrykke (Eide & Eide, 2017), eksempelvis: «Du er bekymret for at du skal miste din omsorgsrolle og være til bry for familien din i behandlingsperioden, er det riktig oppfattet?». En slik samtale kan bidra til at kvinnen får økt innsikt i utfordringene hun står overfor, i tillegg til at sykepleier viser at hun er tilstede i samtalen og lytter. Ofte vil imidlertid ikke kvinnens helsebekymringer komme direkte til uttrykk i samtalen, hun kan pakke det inn i verbale eller nonverbale hint. (Eide & Eide, 2017). Ved å være varsom på kvinnens ansiktsuttrykk, kroppsspråk og ordene hun velger i samtalen kan det være enklere å forstå den «egentlige» meningen bak det hun sier. Tvilende ord som «kanskje», «vet ikke» eller kroppsspråk som tyder på at kvinnen er redd eller bekymret, kan være helt vesentlig i samtalen. Dersom sykepleier er aktivt lyttende og interessert i det som er viktig for den enkelte, kan dette stimulere pasientens motivasjon, mestringfølelse og opplevelse av mening (Eide & Eide, 2017). På denne måten er personorientert kommunikasjon også med på å understøtte kvinnens integritet og autonomi (Drageset et al., 2011); (Drageset et al., 2009).

## **5.2 Psykiske reaksjoner**

Som nevnt i punkt 2.3 kan en kreftdiagnose utløse alt fra minimale til massive psykiske reaksjoner, avhengig av pasientens sårbarhet. Undersøkelser viser imidlertid at 20-50% av pasienter med kreft rapporterer psykiske plager ved diagnosetidspunktet (Dahl & Sørensen, 2016). Kvinnen er nylig diagnostisert med brystkreft, og er derfor ifølge Cullberg i krisens sjokk- eller reaksjonsfase. Angst og frykt kan være svært intense i disse fasene, og pasienten kan ha sterke følelsesmessige reaksjoner (Cullberg, 2010). Kvinnene i studiet til Drageset et al (2011) belyste sine erfaringer mens de ventet på brystkreftkirurgi. Noen rapporterte alvorlige angstanfall. Flere påpekte at følelsene gikk opp og ned, og de hadde lite til ingen kontroll over når følelsene tok helt over (Drageset et al., 2011). Lett depresjon er også en vanlig komplikasjon ved kreftsykdom, og pasienten har typisk symptomer som senket stemningsleie, interesse- og gledesløshet og energitap eller økt tretthet (Stubberud, 2013). Sykepleier anbefales å hjelpe pasienten til å akseptere depressive reaksjoner på kreftdiagnosen, da dette er en naturlig reaksjon på å få en kreftdiagnose (Drageset et al., 2009). Det er en stor påkjenning for kvinnen å ta innover seg at hun har fått brystkreft og sterke psykiske reaksjoner er dermed forventet. Det kan imidlertid tenkes at kvinnen har behov for videre oppfølging og tilrettelegging postoperativt. Sykepleier burde vurdere dette, og konferere med lege og eventuelt psykolog dersom dette er aktuelt. Dahl & Sørensen (2016)



poengterer at dersom pasienten viser høyt angstnivå, dyp depresjon eller forvirring kan dette være grunn til å be om en psykiatrisk vurdering (Dahl & Sørensen, 2016).

### **5.3 Å møte kvinnens psykiske reaksjoner**

Ettersom kvinnen er nylig diagnostisert med brystkreft vil det naturligvis føre med seg negative tanker og følelser. Mestring av situasjonen vil ikke ha som mål å fjerne disse negative følelsene. Det handler om at kvinnen finner en balanse mellom positive og negative følelser, og på denne måten opplever situasjonen håndterbar (Eide & Eide, 2017).

Emosjonsorientert mestring kan bidra til en slik balanse, ved å eksempelvis redusere intensiteten av følelsene eller endre meningsinnholdet i situasjonen (Lazarus & Folkman, 1984). Gjennom samtale med sykepleier kan kvinnen snakke ut om sine tanker. Det skaper et rom hvor hun kan uttrykke sine utfordringer og bekymringer i situasjonen, og dermed få utløp for negative følelser. Dette kan bidra til at hun finner en balanse mellom nærhet og distanse til sykdommen.

Mulighet til å uttrykke tanker og følelser kan ha en viktig funksjon. Det kan bidra til avklaring og tenking og at kvinnen får utløp for følelser som er vonde å bære alene (Reitan, 2010a).

Ved at sykepleier stiller åpne spørsmål kan hun utforske hvilke tanker som fører til disse vonde følelsene. Eksempelvis: «Hva er det som gjør at du er redd?» eller «Hvilke tanker gjør at du frykter tiden fremover?». Tanker som «hvorfor meg?» eller bekymringer knyttet til fremtid, jobb og hva som vil skje med barna dersom kvinnen dør, er eksempler på tanker som kan bringe fram mye følelser. Ettersom brystkreftdiagnosen kan føre til store forandringer ved alle aspekter av kvinnens liv, er det forståelig at det dukker opp mye tanker og følelser. Min erfaring i praksis er at sykepleier kan være redd for å si noe feil, slik at situasjonen blir verre eller pasienten faller sammen i gråt. Det er ikke uvanlig eller skadelig at kvinnen får sterke følelsesmessige reaksjoner i samtale med sykepleier. Det er tvert imot en naturlig reaksjon på en svært belastende situasjon. Det kan hende kvinnen tidligere har klart å holde sine reaksjoner under kontroll, ved å skyve bort tanker og følelser. Idet sykepleier eksempelvis spør om hvordan kvinnen har hatt det i tiden siden hun fikk brystkreftdiagnosen, kan det føre til at dette forsvaret brytes, og kvinnen uttrykker smerte, gråt og fortvilelse (Eide & Eide, 2017).

Det er trolig knyttet usikkerhet til hvordan sykepleier burde møte kvinnens følelsesmessige reaksjoner. En fagartikkel skrevet av Fallasen (2017) belyser at det ikke finnes konkrete retningslinjer for hvordan sykepleier skal opptre overfor mennesker i krise. Hun forklarer hvor overveldet, rørt og maktesløs sykepleier kan føle seg i møte med en kriserammet. Sykepleier sitter med et ønske om å hjelpe, men i tøffe samtaler kan ord bli fattige (Fallasen, 2017). Sarayia, Arnold & Tulsy (2010) har laget en huskeliste for fem typer empatiske ytringer sykepleier kan anvende når en pasient uttrykker følelser (Sarayia et al., 2010, referert i Dahl & Sørensen, 2016). Denne huskelisten går under forkortelsen NURSE. Det kan tenkes at denne huskelisten kan ha overføringsverdi for sykepleier i møte med den nylig diagnostiserte kvinnen med brystkreft. Dette fordi den fokuserer på å uttrykke anerkjennelse overfor kvinnens følelser og utforsker kvinnens perspektiv. Nedenfor er noen eksempler på empatiske ytringer sykepleier kan benytte seg av i samtale med kvinnen etter NURSE-huskelisten:

**Navnsett følelsen:** «Du virker bekymret.»

**Uttrykk forståelse:** «Jeg forstår at du tenker mye på hvordan tiden fremover vil være».

**Respekt:** «Jeg beundrer hvordan du klarer å ta vare på familien og alle rundt deg, samtidig som du har det så tøft».

**Støtte:** «Jeg håper du vet at du alltid kan ta kontakt med oss her på avdelingen og snakke om bekymringene dine»

**Eksplorere:** «Hva er det som gir deg en følelse av at brystkreften er din skyld?»

Når kvinnen er i sjokk har hun primært behov for støtte, og sykepleierens nonverbale kommunikasjon er derfor viktig. Fysisk berøring kan være en sterkt ladet form for nonverbal kontakt (Eide & Eide, 2017). Det kan for pasienten oppleves som beroligende, støttende og formidle trygghet. Kvinnene i studiet til Remmers et al. (2010) forklarte at det ofte ikke krevde mange ord å formidle en følelse av trygghet. Små gester som å holde en hånd eller fysisk kontakt kunne bidra til en følelse av sikkerhet for kvinnen (Remmers et al., 2010). Stubberud (2013) understøtter dette, men poengterer også at sykepleier må være varsom og bevisst på at hun ikke trår over pasientens personlige sone. Kvinnen er i en sårbar situasjon og det er mulig at noen kan oppleve nærkontakt som invaderende eller påtrengende. Dersom sykepleier vil bruke berøring terapeutisk burde hun uttrykke nærhet og tilstedeværelse, og forsøke å tolke kvinnens verbale og non-verbale signaler (Stubberud, 2013). Dersom kvinnen uttrykker at hun trenger avstand må sykepleier respektere dette.

Noen av kvinnene uttrykte imidlertid lite til ingen følelser i perioden med nylig diagnostisert brystkreft. I både sjokkfasen og reaksjonsfasen er det individuelt hvor sterke følelsesmessige reaksjoner den enkelte har (Cullberg, 2010). Donovan-Kicken og Caughlin (2011) poengterer at pasienter som unngår å snakke om kreftsykdommen har større tendens til å utvikle psykiske plager, som angst og depresjon (Donovan-Kicken & Caughlin, 2011). Noen av kvinnene i studiet til Drageset et al. (2009) forsøkte å distanserte seg emosjonelt fra virkeligheten i perioden etter brystkreftdiagnosen. De prøvde å kontrollere angst og uvisshet ved å ignorere de vonde tankene og følelsene fullstendig. Å bevisst unngå tanker om sykdommen viste seg å fungere dårlig for de fleste kvinnene (Drageset et al., 2009). Dette kan tyde på at det er vanskelig for pasienten å distansere seg fullstendig fra sykdommen. Etersom pasienten er i en krisesituasjon medfører dette mye tanker og følelser, som det nesten vil være umulig for pasienten å ignorere. Et viktig funn i studiet til Drageset et al. (2009) understøtter dette. Uansett hvor optimistiske kvinnene forsøkte å være, ville noen negative tanker og bekymringer være til stede. Dette kan få sykepleier til å tenke at hun burde motivere kvinnen til å uttrykke følelser og tanker i perioden etter brystkreftdiagnosen. Reitan (2010b) påpeker imidlertid at sykepleier må vurdere om dette er hensiktsmessig i situasjonen hun møter pasienten i. Sykepleier burde ikke oppfordre kvinnen til å bearbeide tanker, følelser og reaksjoner for tidlig i krisens akutte fase. Dette fordi forsvarsmekanismer kan være en form for mestringsstrategi som bidrar til stabilitet i følelseslivet og at kvinnens optimisme holdes oppe. Tidlig i krisefasen kan også fornektelse beskytte mot angst og håpløshet. For tidlig bearbeiding av følelser kan føre til at de følelsesmessige reaksjoner forsterkes (Reitan 2010b). Sykepleier burde derfor vurdere kvinnens forsvarsmekanismer etter deres funksjon, og være varsom med å framskynde tanker og følelser.

#### **5.4 Kvinnens behov**

Som nevnt i punkt 3 må sykepleier forsøke å se konsekvensene sykdommen har for den enkelte pasient (Nordtvedt & Grønseth, 2016). Hun kan ved hjelp av personorientert kommunikasjon kartlegge hvilke bekymringer og utfordringer kvinnen har i tiden før operasjon, og deretter foreslå løsninger i situasjonen. Ved at sykepleier fokuserer på kvinnens muligheter fremfor begrensninger, kan hun hjelpe henne å finne måter å mestre situasjonen på. Dette kan handle om å styrke kvinnens håp, distrahere fra sykdom og sorg og fokusere på det som bidrar til opplevelse av mening. Sykepleier kan bidra til at kvinnen ser nye

perspektiver, utvikler kontroll og forutsigbarhet i situasjonen gjennom tilpasset informasjon og samtaler knyttet til brystkreft, endret kroppsbilde, samt åndelige og eksistensielle behov.

#### **5.4.1 Behov for informasjon**

Dersom sykepleier gir individuelt tilpasset informasjon og åpner opp for spørsmål kan dette bidra til at kvinnen opplever økt forutsigbarhet og kontroll. Pasienten har dessuten en lovforankret rett til informasjon i pasientrettighetsloven (pasientrettighetsloven, 1999). Kvinnene i studiet til Drageset et al. (2009) uttrykte at ved hjelp av tilpasset medisinsk informasjon kunne sykepleier bidra til å sortere og korrigere kunnskapen de allerede hadde om diagnosen og operasjonen (Drageset et al., 2009). Noen av kvinnene i studiet til Drageset et al. (2011) opplevde selve operasjonen som skremmende, og bekymret seg for anestesi og postoperativ smerte og kvalme. Til tross for at de hadde motatt informasjon om operasjonen og anestesi, var flere bekymret for usikkerheten rundt situasjonen og å miste kontroll (Drageset et al., 2011). Dette er et eksempel på at kvinnen har behov for at sykepleier gjentar informasjon, slik at kvinnen blir tryggere og får bedre oversikt over det som skal skje. Det kan trolig gi kvinnen en følelse av at hun gjenvinner kontroll over situasjonen. Det kan være betryggende for kvinnen å vite at smerte og kvalme kartlegges og lindres i overvåkingen postoperativt. Dersom hun har behov for ytterligere informasjon knyttet til anestesi, kan anestesisykepleier kontaktes og eventuelt ha en samtale med henne rundt dette.

I følge de yrkesetiske retningslinjene skal sykepleier fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått (Norsk sykepleieforbund, 2016). Ved å anvende personorientert kommunikasjon kan sykepleier undersøke kvinnens informasjonsbehov og hva hun ønsker kunnskap om. Hun kan eksempelvis stille et åpent spørsmål, som «Hva har du behov for å vite mer om?». I artikkelen til Drageset et al (2011) kom det frem at kvinnene opplevde ulike bekymringer i perioden før operasjonen. Noen bekymret seg for selve operasjonen og å miste brystet, mens andre uttrykte at tankene rundt døden var altoppslukende (Drageset et al., 2011). Sykepleier burde utforske kvinnens usikkerhet ved hjelp av aktiv lytting, og gi informasjon kvinnen anser verdifull.

En god tilnærming kan være å dele ut skriftlig informasjon om sykdom, behandling og bivirkninger først (Drageset, Mæland & Ellingsen, 2016). På denne måten kan kvinnen gå

gjennom informasjonen i sitt eget tempo. Når sykepleier senere gjentar informasjon, kan hun invitere til samtale om det som oppleves viktig for den enkelte. Det er imidlertid viktig at sykepleier avveier balansen mellom det som må formidles her og nå, og det pasienten orker å ta inn av det som kan oppleves som ny og skremmende informasjon (Dahl & Sørensen, 2016). Drageset et al. (2009) understøtter dette, og påpeker at de fleste kvinnene i deres studie ønsket den informasjonen som ble vurdert som relevant på det nåværende tidspunktet, og kun når de følte seg klar for å motta informasjonen (Drageset et al., 2009).

Kvinnens evne til å motta informasjon kan være nedsatt i en situasjon fylt av angst og utrygghet. Som tidligere nevnt i punkt 2.3 er ventetiden før operasjon rapportert som en av de mest stressende opplevelsene for kvinner med brystkreft. Det kan føre til at hun husker lite eller kun bruddstykker av informasjon som er gitt av helsepersonell tidligere (Stubberud, 2013). Flere av kvinnene fortalte også at de var nervøse for hva de ville bli fortalt av legen i det preoperative møtet (Drageset et al, 2011). Det er trolig en fordel om sykepleier er tilstede under legevisitten når kvinnen mottar preoperativ informasjon, da hun kan svare på eventuelle spørsmål kvinnen har senere eller gjenta informasjonen. Det kan imidlertid tenkes at noen av kvinnene syntes det er ukomfortabelt å stille samme spørsmål flere ganger. I studiet til Remmers et al. (2010) ønsket kvinnene en atmosfære som åpnet for dialog med sykepleier. Det var en fordel om sykepleier oppfordret til å stille spørsmål. Dette ga kvinnene en følelse av at ingen spørsmål var dumme eller upassende (Remmers et al, 2010). Gode råd til hvordan kvinnen kan tilegne seg informasjonen de mottar kan også være nyttig. Kvinnene i studiet til Dickerson et al. (2011) skrev ned all fakta om sykdommen og spørsmål til helsepersonell. Dette opplevdes som en god måte å organisere og få kontroll over situasjonen på. En av pasientene forklarte at dersom hun glemte noe hadde hun tross alt skrevet ned både fakta og spørsmål. Dette bidro til at hun tenkte mindre på sykdommen (Dickerson et al, 2011).

#### **5.4.2 Samtale om endret kroppsbilde og seksualitet**

Drageset et al. (2011) framhever kvinnes redsel og utmattelse knyttet til tanker om å miste brystet. De bekymret seg for å se brystet deformert og føle seg mindre kvinnelig. En av kvinnene uttrykte «I'm willing to fight to keep it! My greatest fear is to lose the breast» (Drageset et al., 2011, s.1944). Schølberg (2010) påpeker at det å fjerne et bryst muligens er det som har størst betydning for endring av kroppsbilde hos kvinner. Dette skyldes

antageligvis at inngrepet er dramatisk og gir synlige fysiske forandringer. Å miste et bryst kan oppleves traumatisk for kvinnen. Det kan endre hennes selvoppfatning og identitet som kvinne, mor og seksualpartner, samt true sosiale roller og fysisk helse (Gjertsen, 2016). Noen er muligens av den oppfatning at yngre kvinner har større problemer med endret kroppsbilde etter gjennomgått brystkreftkirurgi. Gjertsen (2016) poengterer imidlertid at følelsen av tapt identitet, kvinnelighet og endret kroppsbilde etter kvinnen har mistet et bryst, ikke er aldersavhengig (Gjertsen, 2016).

Det anbefales at sykepleier tar initiativ til samtale knyttet til kvinnens følelser rundt å miste et bryst (Gjertsen, 2016). Det er viktig å legge til rette for omgivelser som gir pasienten ro, trygghet og aksept til å snakke ut om disse følelsene i samtale mellom sykepleier, kvinnen og hennes eventuelle partner (Gjertsen, 2016). Sykepleier burde være åpen og nysgjerrig, støtte og informere om det kvinnen lurer på (Borg, 2016). Hun kan oppfordre kvinnen til å fortelle om hennes opplevelse av situasjonen, og hvordan hun tror det å miste et bryst vil påvirke hennes kroppsbilde og seksualitet (Borg, 2016). Kvinnene i studiet til Drageset et al. (2011) forklarte at de var bekymret for å se arrene, og lurte på hvordan de ville reagere på brystet etter kirurgi (Drageset et al., 2011). Sykepleier kan formidle at kvinnen må venne seg til å se seg selv med ett bryst i eget tempo. Å spørre om kvinnen ønsker at sykepleier er tilstede når kvinnen ser brystet for første gang, eksempelvis under bandasjeskift, kan være verdifullt (Gjertsen, 2016). Det kan tenkes at det er betryggende for kvinnen å vite at sykepleier er tilstede når hun ser det opererte brystet for første gang, da hun kan bidra med støtte og informasjon. Det kan også være aktuelt å høre om kvinnen ønsker besøk av Foreningen for Brystkreftopererte (FFB) på sykehuset etter operasjonen. Medlemmene i FFB er selv operert for brystkreft, og kan hjelpe kvinnen gjennom deres erfaringer. Dersom kvinnen har spørsmål knyttet til brystproteser, kan sykepleier forklare at disse rekvireres av lege og lages av spesialforretninger, der kvinnen vil få god hjelp. Mange kvinner som har fjernet hele brystet, har et ønske om å rekonstruere brystet senere. Det kan bidra til en følelse av symmetri, likevekt og velvære enn det en utvendig protese gir (Gjertsen, 2016). Det skal imidlertid understrekes at ikke alle kvinner ønsker å rekonstruere brystet, men for noen er dette svært viktig. For noen kan muligens informasjon om rekonstruksjon av brystet bidra til at kvinnen ser muligheter i situasjonen. Sykepleier burde tenke at det sentrale for samtalen er å møte kvinnens individuelle tanker knyttet til det opererte brystet, endret selvbilde og seksualitet.

### 5.4.3 Eksistensielle behov

Det antydes at det ikke er nok forståelse rundt betydningen av åndelig og eksistensiell omsorg blant sykepleiere i norsk helsevesen (Kuven, 2015). Det kan være flere årsaker til dette. Tidspress og krav til effektivitet kan stå i veien for slike samtaler. Det kommer imidlertid også fram at sykepleiere er usikre på hvordan de skal ivareta åndelig og eksistensiell omsorg (Sæteren, 2016). Samtidig opplever heller ikke pasientene at åndelig omsorg blir tilstrekkelig ivaretatt (Kuven, 2015). Sykepleier burde forsøke å møte kvinnens eksistensielle behov, da det kan ha betydning for hvordan hun mestrer den utfordrende perioden med nylig diagnostisert brystkreft. I følge Stubberud (2013) kan eksistensielle verdier og holdninger gi mennesket ressurser til å gjennomleve kriser, tåle motgang og bære lidelse. De fleste kvinnene i studiet til Drageset et al. (2011) uttrykte en ny bevissthet rundt døden. Noen opplevde dødsangst, og at deres eksistens, verdier og grunnleggende behov for mening var truet (Drageset et al., 2011). De fleste slet med tanker om å bli separert fra familien og var spesielt redde for å dø fra barn og barnebarn (Drageset et al., 2011).

Sykepleierens kommunikasjon, evne til å se og la seg berøre, lytte og å være nær er av spesiell betydning når hun skal utøve åndelig omsorg. I følge Reitan (2010b) burde sykepleier oppfordre pasienten til å fortelle om sitt liv i samtalen (Reitan, 2010b). Åndelig omsorg er nemlig nært knyttet til pasientens livsfortelling (Sæteren, 2016). Det kan imidlertid tenkes at genuin omsorg og interesse for pasientens ve og vel er en forutsetning for at hun vil åpne seg om sin livshistorie. I praksis har jeg erfart at samtalen ofte blir til ved at sykepleier uttrykker at hun er interessert og lyttende, fremfor å oppfordre pasienten til å dele tanker om sitt liv. Da utvikles tillit til sykepleier, som fører til at kvinnen tør å være sårbar i samtalen. Dersom kvinnen eksempelvis starter å fortelle om jobb, barn og interesser, kan sykepleier spørre hva hun jobbet med, om hun trivdes, hvor gamle barna er og hvilke interesser hun har. Kvinnens refleksjoner rundt sitt eget liv kan dermed naturlig dukke opp senere i samtalen. Slike samtaler kan føre til både gode og vonde tanker. Noen av kvinnene i studiet til Drageset et al. (2011) reflekterte rundt positive følger av sykdommen og uttrykte at de var mer bevisst sine prioriteringer og satt mer pris på livet etter diagnosen. De la merke til de små tingene i hverdagen og verdien av å leve i øyeblikket (Drageset et al., 2011). Andre kan oppleve en følelse av anger eller dårlig samvittighet (Haugan, 2016). Det kan for eksempel vekke tanker knyttet til om kvinnen har stilt opp nok for barna sine og om hun har lyktes i morsrollen. I et slikt tilfelle er det viktig at sykepleier lytter med respekt og aksept til det kvinnen forteller.

Noen vil muligens tenke at slike følelser burde møtes med utsagn som: «du må ikke tenke på den måten, fokuser heller på det som gikk bra». Kvinnen har da delt sine innerste tanker og møtes med en avvisende innstilling hos sykepleier (Haugan, 2016). Dette kan føre til at kvinnen ikke føler seg sett og hørt. Sykepleier må jobbe med å møte kvinnens smertefulle følelser og tanker, akseptere og anerkjenne det hun opplever som utfordrende. Når sykepleier står ved pasientens side og tåler, blir ikke pasienten forlatt i denne smerten. Å stille spørsmål, be kvinnen om å utdype hvordan dette føles og anerkjenne, er en god måte å fremme hennes kontakt innover mot seg selv. Refleksjon rundt det livet som er levd, hva den enkelte har opplevd og realisert av verdier og gode ting i livet kan styrke kvinnens opplevelse av mening og sammenheng (Haugan, 2016).

#### **5.4.4 Håp**

Håp blir ofte knyttet til begrepet mestring og beskrevet som en mestringsstrategi, fordi det fokuserer på hvilke muligheter man har i en vanskelig situasjon (Rustøen, 2016). Håp kan beskrives som en følelse av at det en ønsker kan skje, en følelse av det mulige. Det kan bidra til at kvinnen har et bedre utgangspunkt når hun møter på utfordringer senere i behandlingsforløpet. Pasienter som har håp vil ha ressurser til å kjempe i vanskelige fysiske og emosjonelle situasjoner (Stubberud, 2013).

De yrkesetiske retningslinjene påpeker at sykepleier skal understøtte håp hos pasienten (NSF, 2016). Sykepleier kan bidra til håp ved å uttrykke medmenneskelighet, at hun er tilgjengelig for pasienten og formidle realistiske håp for tiden fremover (Stubberud, 2013). Det kan først og fremst være nyttig å la kvinnen selv sette ord på hvordan hun ser på tiden hun har foran seg. Det kan styre samtalen inn til å snakke om håp (Rustøen, 2016). Hun kan for eksempel spørre kvinnen «Hva gir deg glede i din hverdag?» eller «Er det noe som kan distrahere tankene dine bort fra brystkreftdiagnosen? I så fall hva?». Slike spørsmål kan få kvinnen selv til å reflektere rundt egne ressurser, og hva som bidrar til håp og et positivt fokus. Sykepleier kan ta opp temaer som fremhever kvinnens egne evner, forholdet til andre, aktiv involvering, åndelig tro, verdier og troen på en framtid. Disse temaene ble fremhevet i intervensjonsstudiet til Rustøen & Hanestad (1998). Intervensjonsgruppen som hadde gruppesamtaler med sykepleier rundt disse temaene, hadde et styrket håpsnivå sammenlignet med sammenligningsgruppen og kontrollgruppen (Rustøen & Hanestad, 1998). Dette kan tyde på



at sykepleier burde fremheve spesielt disse temaene i samtale rundt kvinnens håp. Verdien av å fremheve det friske kan i denne sammenheng være verdifull. Sykepleier kan formidle til kvinnen at prognosen for brystkreft er svært god. Hun kan dessuten understreke at kvinnen vil ha god støtte i både hjelpeapparatet og eventuell familie og venner i perioden fremover. Dette kan bidra til at kvinnen opplever en sterkere tro på framtiden, samtidig som det styrker forholdet til hjelpeapparatet og de menneskene som støtter henne. Sykepleier kan også trekke frem kvinnens egenskaper og personlighet. Det kan eksempelvis handle om kvinnens evne til å være god mot de rundt seg, ha en optimistisk innstilling eller sans for humor. Håpet kan være knyttet til aktiviteter som gir kvinnen glede i hverdagen. Dette kan bidra til et positivt fokus i samtalen, og dessuten bidra til at kvinnen fokuserer mindre på brystkreftdiagnosen.

#### **5.4.5 Meningsfulle aktiviteter**

I studiet til Dickerson et al. (2011) kommer det frem at meningsfulle aktiviteter kunne være en god måte å fokusere på noe annet enn sykdommen. Sykepleier kan stille spørsmål rundt hvilke interesser eller hobbyer kvinnen har og om disse kan bidra til å få tankene bort fra bekymring. Flere av kvinnene i studiet til Drageset et al. (2009) fant det nyttig å fokusere på hyggelige ting, som hagearbeid, gå tur, lese eller høre på musikk. Dette bidro til å skape positive følelser, og minimere de negative påtrengende tankene. Fysisk aktivitet viste seg å være spesielt effektivt, da det førte til positive tanker, reduserte angst og bidro til både fysisk og mental styrke (Drageset et al., 2009). Dersom kvinnen ikke har noen bestemte hobbyer, kan sykepleier allikevel foreslå noen av disse aktivitetene. Flere sykehus har dessuten tilrettelagt aktivitetstilbud for pasienter med kreft som sykepleier kan introdusere for kvinnen. Fokus på meningsfulle verdier og aktiviteter ble ansett som god hjelp i mestringsprosessen (Drageset et al., 2009). Drageset et al., (2009) mener at sykepleier burde motivere pasienten til å leve livet så normalt som mulig. Å gå på jobb og møte kolleger ble sett som verdifullt for flere pasienter, da det ga dem en følelse av at ikke sykdommen påvirket alle aspekter ved livet. Noen av kvinnene kontrollerte angst ved å være i aktivitet eller på jobb for å distrahere seg fra tanker om sykdommen. De forsøkte på denne måten å balansere distraksjon og tid til å tenke (Dickerson et al., 2011; Drageset et al., 2009). Det er imidlertid viktig at sykepleier vurderer kvinnenes individuelle behov i denne perioden. Det kan tenkes at noen av kvinnene er helt utmattet etter brystkreftdiagnosen og ikke har overskudd til å dra på jobb eller være i aktivitet.

Å respektere at kvinnene har ulike behov er som nevnt i punkt 5.1 viktig for at omsorgen er tilrettelagt den enkelte.

#### **5.4.6 Distrahere fra sykdom og sorg**

Kvinnene i studiet til Remmers et al. (2010) poengterte hvor viktig det var at sykepleier tidvis kunne distrahere dem fra sykdom og sorg. De ønsket at sykepleier brukte humor, munterhet og tok initiativ til samtaler om dagligdagse tema. Eksempler på slike samtaleemner kan være nyheter, sport, reisemål eller familie. Slike samtaler kan bidra til at kvinnen føler at livet vil gå videre og at sykdommen ikke påvirker hele deres eksistens (Remmers et al., 2010). Humor kan bidra til at kvinnen fokuserer på andre ting enn smerte og ubehag. Det kan føre til at hun mestrer situasjonen på en bedre måte, ved å finne positive perspektiver og nye løsninger på den nåværende livssituasjonen. Stubberud (2013) påpeker imidlertid at det er viktig å bruke humor med omhu. Noen pasienter kan oppleve humor i den krisesituasjonen de står i som krenkende ved at den latterliggjør eller kritiserer dem. Noen bruker ironi og sarkasme i sin humor, men dette kan mistolkes som kritikk eller negative bemerkninger. Den terapeutiske formen for humor handler om å le med, og ikke av pasienten (Stubberud, 2013). Det anbefales derfor at sykepleier aktivt lytter til kvinnen, og lar heller henne finne en måte å åpne seg på. Sykepleier kan stille seg åpen for kvinnens humor rundt egen situasjon, men burde være tilbakeholden med egne humoristiske bemerkninger før hun kjenner pasienten godt (Eide & Eide, 2007).

#### **5.5 Rammefaktorer**

Vi leser ofte om at sykepleiere har begrenset tid på sykehus. Det kan tenkes at dette særlig går utover samtaler knyttet til psykososiale behov og pasientens mestring. Reitan (2010a) poengterer at tiden er en kritisk variabel i helsevesenet (Reitan, 2010a). Stubberud (2013) mener imidlertid at tiden som settes av til hver pasient ikke er avgjørende for om pasienten opplever at hun blir sett. Hvordan sykepleier opptrer i øyeblikket var det viktige for pasienten. Det var viktig at sykepleier uttrykte at hun var avslappet ved å sette seg ned, ha øyekontakt og lytte til pasienten (Stubberud, 2013). Brystkreftkirurgi gjennomføres, som nevnt i innledningen, oftest som dagbehandling. I følge Drageset et al. (2016) kan økt dagbehandling og reduksjon i antall liggedøgn ses i sammenheng med helseforetaksreformen som ble innført

på 2000-tallet. Denne reformen førte til en endring mot større vektlegging av økonomi og kostnadseffektivitet. Kort liggetid medfører blant annet at pasienten får mindre kontakt med sykepleier og arbeidsoppgaver og tiden må disponeres til beste for pasienten (Drageset et al., 2016). Sykepleier har en rekke generell preoperativ informasjon hun skal igjennom, i tillegg til pre-operative forberedelser. Det kan tenkes at tidsbegrensning kan skape utfordringer for sykepleieren i praksis. Tidsbegrensningen kan eksempelvis føre til at sykepleier ikke rekker å snakke med kvinnen om psykososiale behov. Det kan dermed stilles spørsmål ved om tiden er tilstrekkelig til å ivareta kvinnens psykososiale behov og bidra til mestring før brystkreftkirurgi. Vi vet i utgangspunktet lite om hvordan kortere liggetid på sykehus påvirker opplevelsen av kvalitet i omsorgen. Drageset et al. (2016) påpeker at internasjonal forskning viser at hurtig behandling er gunstig for noen, men ikke for alle. Noen trenger mer tid på å «ta innover seg» kreftdiagnosen, og til å opparbeide seg krefter både fysisk og psykisk før behandlingen (Drageset et al., 2016).

## 6 Avslutning

Hensikten med denne oppgaven var å undersøke hvordan sykepleier kan bidra til mestring hos kvinner med nylig diagnostisert brystkreft.

Sykepleierens kommunikasjon, informasjon og støtte har gjennom forskning og litteratur vist seg å være helt sentralt for å fremme pasientens mestring. Det er essensielt at sykepleier utøver individualisert omsorg og bruker tid på å forstå kvinnens opplevelse av sykdommen.

Kvinnenes psykiske reaksjoner i denne perioden kan være svært ulike. Noen uttrykker sterke følelsesmessige reaksjoner, mens andre uttrykker lite til ingen følelser. Et mål for kvinnens mestring er at hun klarer å balansere de positive og negative følelsene. Noen kvinner vil imidlertid ha vanskelig for dette, da de enten skyver følelser unna eller opplever angst og lett depresjon i forbindelse med diagnosen. At kvinnen får mulighet til å uttrykke tanker og følelser vil uansett ha en viktig funksjon. Ved at sykepleier anvender aktiv lytting får kvinnen mulighet til å åpne seg om tanker og bekymringer.

Det finnes ulike måter å fremme mestring på. Sykepleier må møte disse kvinnenes individuelle behov, og uttrykke verbal og nonverbal støtte. Flere kvinner uttrykte usikkerhet knyttet til operasjonen og det postoperative forløpet. Sykepleierens evne til å informere ble derfor ansett som svært verdifull, da det bidro til forutsigbarhet og kontroll.

Tanken på å miste brystet ble trukket fram som utfordrende for flere kvinner. Det fordrer at sykepleier har kunnskap om, og tar initiativ til, å snakke med kvinnen om endret kroppsbilde og seksualitet. Det var tydelig flere som opplevde dødsangst i denne perioden, da brystkreft er en potensiell trussel mot livet. Sykepleier kan styrke kvinnens håp og formidle at prognosen for brystkreft er svært god. Hun burde imidlertid også erkjenne kvinnens behov for å snakke om åndelige og eksistensielle tema. Sykepleier kan åpne for at kvinnen forteller om sitt liv, da dette kan bidra til en følelse av mening og bekreftelse. Meningsfulle aktiviteter, samtaler om dagligdagse tema og humor kunne distrahere fra sykdom og sorg, og bidra til et positivt fokus. Det er imidlertid viktig at sykepleier er bevisst kvinnens ulike behov og aksepterer at det finnes ulike mestringsstrategier og måter å håndtere perioden med nylig diagnostisert brystkreft.

Tidsbegrensning på sykehus er en rammefaktor som kan føre til at samtaler om psykososiale behov og mestring blir nedprioritert, til fordel for andre gjøremål. Flere studier viser at

kvinnens mestring før brystkirurgi er av betydning for hvordan de takler behandlingen senere. Det kan dermed tenkes at det er behov for ytterligere forskning rundt hvordan tidsbegrensning på sykehus påvirker nylig diagnostiserte kvinners psykososiale behov og mulighet til mestring.

## Referanser:

Benner, P. & Wrubel, J. (2002). *Omsorgens betydning i sygepleje: stress og mestring ved sundhed og sygdom*. Munksgaard Danmark

Borg, T. (2016) Seksualitet. I A. M Reitan, T. K. Schølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient – utfordring – handling* (3 utg., s. 121-130) Oslo: Cappelen Damm AS

Cullberg, J. (2010) *Mennesker i krise og utvikling*. (3. utg). Univeristetsforlaget

Dahl, A. A., & Sørensen, T. (2016). *Kreftsykdom – psykologiske og sosiale perspektiver*. Cappelen Damm akademisk

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Dickerson, S. S., Alqaissi, N., Underhill, M. & Lally, R. M. (2011) Surviving the wait: defining support while awaiting breast cancer surgery. *Journal of advanced nursing*, 67(7), 1468-1479. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05612.x

Donovan-Kicken, E. & Caughlin, P. (2011) Breast cancer patients' topic avoidance and psychological distress: The mediating role of coping. *Journal of Health Psychology*, 16(4), 596-606. doi: 10.1177/1359105310383605

Drageset, S. (02.01.2014). Mestring før kreftoperasjon. Hentet fra: <https://sykepleien.no/forskning/2014/01/mestring-kreftoperasjon>

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

Drageset, S., Lindstrøm, T. C., Giske, T. & Underlid, K.

- (2010) Being in suspense: women's experiences awaiting breast cancer surgery. *Journal of advanced nursing*, 67(9), 1941-1951. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05638.x
- Drageset, S., Mæland, M. K. & Ellingsen, S. (2016) Helsefremmende sykepleie i møte med kreftsyke og deres utfordringer i sykehus. I G. Haugan , T. Rannestad (Red.), *Helsefremming i spesialisthelsetjenesten*. (s. 174-185). Oslo: Cappelen Damm AS
- Eide, H & Eide, T. (2017) Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk. (3 utg). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Fallasen, S. (20.10.2017) Slik kan du møte mennesker i krise. Hentet fra:  
<https://sykepleien.no/forskning/2017/10/slik-kan-du-mote-mennesker-i-krise>
- Gjertsen, T. (2010) Sykepleieutfordringer ved brystkreft. I A. M Reitan, T. K. Schølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient – utfordring – handling* (3 utg., s. 431-438). Oslo: Cappelen Damm AS
- Haugan, G. (2016) Mening – teori og forskning. G. Haugan , T. Rannestad (Red.), *Helsefremming i spesialisthelsetjenesten*. (s.73-90) Oslo: Cappelen Damm AS
- Kreftregisteret. (2018) Hentet fra: <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Fakta-om-kreft/Brystkreft-Alt2/>
- Kuven, B. M. (01.12.2015) Åndelig omsorg er en del av sykepleien. Hentet fra:  
<https://sykepleien.no/forskning/2015/09/andelig-omsorg>
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984) *Stress, appraisal and coping*. Springer Publishing Company
- Lorentsen, V. B. & Grov, E. K. (2016) Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I D-G. Stubberud, R. Grønseth, H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5. utg., s.397-437). Oslo: Gyldendal akademisk
- Norsk sykepleierforbund. (23.05.2016) Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet

fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2016) Klinisk sykepleie – funksjon, ansvar og kompetanse. I D -G. Stubberud, R. Grønseth, H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5 utg., s.17-37). Oslo: Gyldendal akademisk

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63) Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Reitan, A. M. (2010a) Kommunikasjon. I A. M. Reitan, T. K. Schølberg (Red.). *Kreftsykepleie: pasient – utfordring – handling* (3. Utg., s.102-119). Oslo: Cappelen Damm AS

Reitan, A. M. (2010b) Krise og mestring. I A. M. Reitan, T. K. Schølberg (Red.). *Kreftsykepleie: pasient - utfordring - handling* (3. Utg., s.72-101). Oslo: Cappelen Damm AS

Remmers, H., Holtgräwe, M., Pinkert, C. (2010) Stress and nursing care needs for women with breast cancer during primary treatment: A qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing*, 14(1), 11-16. doi: 10.1016/j.ejon.2009.07.002

Rustøen, T. (2016) Håp. I G. Haugan, T. Rannestad (Red.), *Helsefremming i spesialisthelsetjenesten*. (s.59-69) Oslo: Cappelen Damm AS

Rustøen, T., Wiklund, I., Hanestad, B & Moum, T (1998). Nursing intervention to increase hope and quality of life in newly diagnosed cancer patients. *Cancer nursing*, 21(4), 235-245. doi: [10.1097/00002820-199808000-00003](https://doi.org/10.1097/00002820-199808000-00003)

Sarayia, B., Arnold, R. & Tulskey, J. A. (2010) Communication skills for discussing treatment options when chemotherapy has failed. *Cancer journal*, 16(5), 521-523. doi: 10.1097/PPO.0b013e3181f28800



Schou I, Ekeberg O, Ruland CM, Sandvik L & Karesen R. (2004) Pessimism as a predictor of emotional morbidity one year following breast cancer surgery. *Psychooncology*, 13 (5), 309–320. doi: [10.1002/pon.747](https://doi.org/10.1002/pon.747)

Schølberg, T. K. (2010) Endret kroppsbilde. I A. M. Reitan, T. K. Schølberg (Red.). *Kreftsykepleie: pasient – utfordring – handling* (3. Utg., s.131-141). Oslo: Cappelen Damm AS

Stubberud, D-G. (2013). Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Sæteren, B. Åndelig og eksistensiell omsorg. I A. M. Reitan, T. K. Schølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient – utfordring – handling* (3. Utg, s.304-315). Oslo: Cappelen Damm AS

Sørensen, E. M., Lorvik, M. K., Erntsen, N. G. & Almås, H.(2016) Sykepleie ved brystkreft. I D-G. Stubberud, R. Grønseth, H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5. utg., s.438-453). Oslo: Gyldendal akademisk

Watson M, Homewood J, Haviland J. (2012) Coping response and survival in breast cancer patients: a new analysis. *Stress and health*, 28(5), 376–380. doi: [10.1002/smi.2459](https://doi.org/10.1002/smi.2459)

Wist, E. (2010) Brystkreft. I A. M. Reitan, T. K. Schølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient – utfordring – handling* (3. Utg., s. 431-438). Oslo: Cappelen Damm AS

Utne, I. & Rustøen, T. (2010) Håp hos mennesker med kreft. I A. M. Reitan, T. K. Schølberg (Red.). *Kreftsykepleie: pasient – utfordring – handling* (3. Utg., s. 62-71). Oslo: Cappelen Damm AS