



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

Nyoppdaget brystkreft hos kvinner og deres behov for psykisk omsorg.

Stine Gaupseth og Ann-Kristin Sæther.

Totalt antall sider inkludert forsiden: 53

Molde, Innleveringsdato 27.11.09



Publiseringsavtale

Tittel på norsk: Nyoppdaget brystkreft hos kvinner og deres behov for psykisk omsorg.

Tittel på engelsk: Newly diagnosed breastcancer and womens need of psychological care.

Forfatter(e): Stine Gaupseth og Ann-Kristin Sæther.

Fagkode: SAE00

Studiepoeng: 12

Årstall: 2009

Veileder: Signe Julnes.

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 21.08.09

Antall ord: 11358

Sammendrag

Brystkreft er den klart hyppigste formen for kreft hos kvinner. I 2007 ble 2761 kvinner rammet av denne sykdommen.

Tallet på antall kreft tilfeller er økende. Statistisk sett vil det si at hver tolvte kvinne vil utvikle brystkreft. Hvert år dør ca 800 kvinner av brystkreft i Norge.

I dette litteraturstudiet ble det anvendt kvalitativ og kvantitativ forskningsmetode. Ti forskningsartikler ble benyttet, samt bakgrunnsteori som pensumlitteratur, annen litteratur som artikler, bøker og nettsider. Brystkreft kan føre til en stor psykologisk belastning for kvinnen i denne ventetiden fram til behandling. Funnene viste stor usikkerhet blant kvinnene, flere hadde behov for emosjonell støtte og det å bli lyttet til. Mangel på informasjon, oppfølging og psykososial støtte viste seg å være fraværende hos en stor del av kvinnene i denne perioden.

Mange kvinner erfarer forandringer i selvfølelse og livskvalitet. Tanker om fremtiden og opplevelsen om meningsfullhet i livet kan bli en stor psykisk belastning for mange kvinner. En brystkreft diagnose kan representere en svært traumatisk opplevelse hos de fleste. Behovet for psykososial støtte og kontinuerlig oppfølging er et viktig grunnlag for mestringsvevnen hos kvinner i ventetiden frem til behandling.

Nøkkelord: Brystkreft, ventetid, psykisk omsorg, krise, mestring.

Summary

Breast cancer is by far the most common form of cancer for women. In 2007, 2761 women was affected by this disease.

The figure on the number of cancer cases is increasing. Statistically, this means that every twelfth women will develop breast cancer. Each year about 800 women will die of breast cancer in Norway.

In this literature study there was used qualitative and quantitative research methods. Ten researches were used, and the background theory as course literature, other literature such as articles, books and websites. Breast cancer can cause a major psychological burden for women in this waiting time until treatment. The findings showed considerable uncertainty among women, more needed emotional support and to be listened to. Lack of information, monitoring and psychosocial support appeared to be missing a large part of the women in this period.

Many women experience changes in self- esteem and quality of life. Thoughts on the future and the experience of meaningfulness in life can be a huge psychological burden for women. A breast cancer diagnosis may represent a very traumatic experiment at the most. The need of psychosocial support and continuous monitoring is an important foundation for coping ability of women from waiting time until treatment.

Keywords: Breast cancer, waiting time, mental care, crisis and coping.

”Jeg var så uheldig å få kreftdiagnosen i midten av juni. Jeg så frem til å få operasjonen unnagjort. Uken etter var jeg til undersøkelse, jeg trodde ikke hva jeg hørte da legen fortalte at jeg skulle opereres i begynnelsen av august. Det var fem ukers venting. Først ble jeg stum, så ble jeg nesten hysterisk, kreft var nytt for meg, sånn helt innpå livet. Jeg var livredd! (Karin,53)” (Lindebrække & Lindbø 2003, s. 80).

Innhold

1.0 Innledning	1
1.1 Hensikt og problemstillinger	2
2.0 Teoribakgrunn	2
2.1 Patologi og etiologi	2
2.2 Fakta om kreft	3
2.3 Når sykdom fører til krise	4
2.4 Mestringsutfordringer	6
2.5 Sykepleierens rolle ved sykdom og krise	7
2.6 Ventetiden	8
3.0 Metodebeskrivelse	10
3.1 Trinn 1 – Forskningsproblem	11
3.2 Trinn 2 – Studiens inklusjons – og eksklusjonskriterier	11
3.3 Trinn 3 – Litteratursøking	13
3.4 Trinn 4 – Gjennomføring av litteratursøkingen og innsamlet litteratur	14
3.5 Trinn 5 – Tolke funn fra studiet	16
3.6 Trinn 6 – Sammensetting av funn	17
3.7 Trinn 7 – Hovedfunn	17
4.0 Resultat	18
4.1 En tid i fortvilelse	19
4.2 En tid med behov for støtte og ivaretagelse	20
4.3 En tid der kvinnen etterspør hjelp til mestring	21
5.0 Diskusjon	23
5.1 Metodediskusjon	23
6.0 Resultatdiskusjon	25
6.1 Tiden i fortvilelse	25
6.2 Tiden med behov for støtte og ivaretagelse	27
6.3 Tiden der kvinner etterspør hjelp til mestring	29
7.0 Konklusjon	32
Litteraturliste	33

Vedlegg 1

Vedlegg 2

Vedlegg 3

1.0 Innledning

Kvinner opplevelse av å få diagnosen brystkreft og hvordan de opplever ventetiden fram til behandling kan oppleves som en traumatisk livskrise. Kvinnens eget sosiale nettverk og deres møte med helsevesenet kan være avgjørende for hvordan kvinnen mestrer det å leve med sykdommen. Det kan være av betydning for kvinnen hvordan vi som helsepersonell møter kvinnen og hennes behov for psykisk omsorg.

Aftenposten publiserte i 2007 en artikkel om Klara på 49 år som måtte vente i neste to måneder på kreftdiagnosen og tilbud om operasjon (Aftenposten, Engesvik 2007). Det kom fram at denne kvinnen måtte vente en uke for å komme til sin fastlege, etter dette ble hun så henvist videre til mammografiinstituttet, der måtte hun vente i nok en uke for time. Når hun fikk påvist diagnosen fikk hun ytterligere beskjed om at operasjonen ble om tjuetre dager.

Det å få en kreftdiagnose kan gi et traumatisk kriseforløp for kvinnen og hennes sosiale nettverk. En krise forårsaket av en kreftdiagnose kan fremkalle mange ulike emosjonelle reaksjoner, slike som: Sjokk, frykt og angst, tristhet og fortvilelse, sinne, skyld, skam eller lettelse etter en lang periode med usikkerhet, mulighet for forandring og akseptasjon (Landmark 2002).

Betydningen av støtte har en sentral faktor i forhold til å leve med nydiagnostisert brystkreft. Kjernen i støtten er interaksjonen som kan være både positiv og negativ. Den består av emosjonell, informativ og praktisk karakteristika. Brystkreft kan føre til en stor psykologisk belastning for kvinnen i denne ventetiden fram til behandling. Mange kvinner erfarer forandringer til selvfølelse og livskvalitet. Tanker om fremtiden og opplevelsen om meningsfullhet i livet kan bli en stor psykisk belastning for mange kvinner. Reaksjoner i forhold til diagnosen viser seg forskjellig i forhold til personlighet og sosiale omgivelser, men en kreftdiagnose kan representere en svært traumatisk opplevelse hos de fleste (Landmark 2002).

1.1 Hensikt og problemstillinger

Hensikten var: Belyse hvordan kvinner opplever å få diagnosen nyoppdaget brystkreft, og hvordan kvinners behov for støtte var i perioden fra diagnostisering til behandling ble iverksatt.

Problemstillinger:

Hvordan opplever kvinnen å få diagnosen brystkreft?

Hvilke reaksjoner kan fremstå når kvinnen får diagnosen brystkreft?

Hvordan opplever kvinnen ventetiden fra diagnostisering til behandling?

Hvilke behov og ønsker for mestring etterspør kvinnene i denne perioden?

2.0 Teoribakgrunn

2.1 Patologi og etiologi

Brystkreft eller *Cancer Mammae* er en alvorlig sykdom, som i Norge er årsak til om lag 800 dødsfall hvert år. Den er også svært vanlig; Statistisk sett oppstår brystkreft hos ca. hver tolvte kvinne. Forekomsten har økt jevnt siden 1960- tallet. Eldre og middelaldrende er mest utsatt, men unge helt ned i tjuårsalderen kan rammes. Sykdommen forekommer dessuten en sjelden gang hos menn.

De fleste former for brystkreft skyldes en neoplastisk transformasjon i melkekjertlenes epitelceller, eller utførselsgangenes epitelceller. Så lenge de maligne cellene holder seg i kjertelsystemet og ikke invaderer omkringliggende strukturer, brukes betegnelsen *carcinoma in situ*. Etter hvert oppstår imidlertid en veldefinert svulst som vokser inn i fettvevet og bindevevet rundt kjertlene. Ved langt fremskredet sykdom er svulsten gjerne loddet fast til både brystveggmuskulaturen og huden; i verste fall dannes et kronisk sår.

Brystkreft sprer seg vanligvis først til lymfeknutene i armhulen, og enkelte ganger også til lymfeknutene bak brystbeinet. Jo flere lymfeknuter som er rammet, desto større er risikoen for at enkelte maligne celler passerer videre til blodbanen. Dermed kan pasienten utvikle fjernmetastaser, som vanligvis er lokalisert i hjernen, lungene, leveren og skjelettet. Enkelte ganger kan slike metastaser oppstå mange år etter at kvinnen har gjennomgått behandling og tilsynelatende er blitt helbredet (Wyller 2006).

Årsakene til brystkreft er ukjente, sannsynligvis multifaktorelle. Spørsmål har vært reist i forhold til sammenhengen mellom psykologiske faktorer, stresstoleranse og mestringsstrategier, både i forhold til forekomst og overlevelse. Emosjonell undertrykkelse og alvorlige livshendelser kan muligens ha innflytelse på utviklingen av brystkreft.

Alkohol har vært lansert som en svak risikofaktor. Videre har sen/ingen barnefødsel, tidlig og langvarig bruk av p-pille og overvekt vært diskutert som mulige risikofaktorer. Andre kjente faktorer som alder, arv, stor kroppshøyde, tidlig menstruasjon og sen menopause ligger innenfor mulige risikofaktorer (Wyller 2006).

2.2 Fakta om kreft

Historien om kreftkunnskapen var i tidligere tider ikke forankret i teknologi eller matematiske modeller slik den er i dag. Den lå i den aktpågivende klinikers observasjonsevne. Som på 1400-tallet da nonner fikk hyppigere brystkreft enn andre kvinner. I dag vet vi at når ikke brystkjertlene ikke modnes gjennom svangerskap og melkeproduksjon, øker risikoen for brystkreftutviklingen, jf. de nevnte nonnene. Disse og adskillige flere basiskunnskaper om kreft, har man over tid ervervet oss gjennom kreftregistrene over hele verden (Åmås 2007). De siste tiårene har brakt en revolusjon i vår kunnskap om kreft, basert på at både teknologien, og kunnskapen om vårt arvestoff har eksplodert. Den medisinske utviklingen og de tidligere diagnosene fører i midlertidig til at flere lever lengre med sin kreftsykdom før de dør av den, og ved enkelte kreftformer har en fått mye høyere prosentvis grad av overlevelse enn for bare 15-20 år siden (Åmås 2007). Omkring 24 000 mennesker får en kreftdiagnose her i landet hvert eneste år - det vil si omtrent seksti mennesker hver eneste dag året gjennom. Forskerne regner med at det lever ca 174 000 mennesker med kreft i Norge i dag. En av tre nordmenn vil få en kreftdiagnose i løpet av livet. Og økningen er sterk, den har vært på over førti prosent i antall

diagnostiserte fra 1993 til 2004. Tallene vil fortsette å øke, det er anslått en vekst på tjuseks prosent fram til 2020 (Åmås 2007). Denne økningen i antall diagnoser kommer også av at befolkningens sammensetning endrer seg. Vi blir flere eldre, og flere kreftformer er fortsatt sykdommer som kommer i moden eller høy alder (Åmås 2007). Kreft er fortsatt betraktet som en dødelig sykdom. Som et absolutt gjennomsnitt av alle tilfeller er det i dag så mange som seksti prosent som lever lengre enn fem år etter at de har fått diagnosen. Dette sett uavhengig av alder, kjønn og kreftform, så tallet skylder stor variasjon. Overlevelsesprosenten har steget betraktelig de siste par tiårene. I tiden etter fem års overlevelse, er det ca fem prosent som opplever at sykdommen kommer tilbake. Brystkreft er den vanligste kreftformen hos kvinner. Omtrent tjuefem prosent av kvinnene er under femti år og over femti prosent er kvinner over seksti år. Det er høy forekomst av brystkreft i USA og Nord - Europa. Lavere forekomst i Syd - Europa og lavest forekomst i Asia, Latin - Amerika og Afrika (Engesvik 2007). Et paradoks er at selv om vi har kunnskap som forteller hvor nærliggende det er at jeg eller du kan bli rammet, er vi ganske uforberedt når det kommer til stykket. Viten er en ting. Den er abstrakt, det er teorier og fakta. Vi har en innebygd motvilje mot akkurat det. Derfor er vi også så uforberedt den dagen selve beskjeden kommer: "Du har kreft" (Åmås 2007). Med ett angår det meg og ikke hvem som helst av alle de andre. Kreft oppfattes som en snikende sykdom. Den er uberegnelig i den forstand at alle kan få den, ofte vet man ikke at den er der og vokser og sprer seg inne i kroppen før det er for sent. Man opplever det å ikke ha kontroll over sin egen kropp. Det at noe skjer uten at man kjenner det eller vet om det slik at man kan reagere i tide, skaper frustrasjoner, engstelse, frykt, redsel, sinne og oppgitthet hos de fleste (Åmås 2007).

2.3 Når sykdom fører til krise

Når en pasient får en sykdom eller skade som fører til drastiske endringer og varige endringer i selvbilde og livsførsel, er det vanlig at det som skjer, oppleves som en krise (Åmås 2007). Det å ha fått en akutt diagnose medfører at kvinnen er i en situasjon preget av forandring, tap og krise. Som oftest oppstår denne situasjonen brått for noen kvinner

som rammes av brystkreft. Noen forbereder seg mentalt før de har fått konstatert diagnosen og reagerer mildere enn de som ikke hadde forberedt seg mentalt på forhånd om en mulig kreftdiagnose. Kvinnenes reaksjoner i forhold til å få dette ”budskapet” resulterer gjentakende i ordene sjokk, angst, sorg, fortrenning, uvirkelig, ubegripelig, fortvilelse, håpløshet og redsel (Heskestad & Tjemsland 1996).

Pasienters tilstand som er forårsaket av akutt sykdom kan oppleves som et oppbrudd fra her – og – nå – situasjonen, fra planer for fremtiden og samværet med andre. ”Livet stopper opp” eller ”livet får en annen mening” er uttrykk som brukes av pasienter og pårørende for å beskrive dette. Trusselen om å miste livet og de sosiale funksjonene er tilstede. Pasientens opplevelse av hva som skjer med han blir først reelle når man skjønner hva som foregår, eller hva konsekvensene kan bli. Hvordan en person mestrer sykdommen, avhenger av faktorer som alder, personlighet, ferdigheter, hva en vet og tror om sykdommen, prognose og omgivelser. Om pasienten opplever sykdommen som en utfordring, fiende, straff, svakhet, lettelse, ugjenkallelig tap eller som noe verdifullt påvirker hennes mestring (Moesmand & Kjøllesdal 2007).

Kvinner som blir rammet av brystkreft blir psykologisk ofte rammet dobbelt, dels ved usikkerhet om spredning, lidelse og død og dels ved problematikken omkring utseende og kvinnelighet. Informasjon om brystkreftdiagnosen vil derfor representere en traumatisk begivenhet som kan utløse en stressreaksjon (Heskestad & Tjemsland 1996).

Til forskjell fra katastrofesituasjoner med umiddelbar trussel mot livet og helse får disse kvinnene informasjon om en livstruende sykdom som i løpet av måneder eller år kan medføre døden, og et mulig forestående kirurgisk inngrep (Heskestad & Tjemsland 1996). Sykdom, skader og ulykker kan ha en slik karakter at pasienten opplever å være i en akutt krise. Traumatiske kriser er plutselige og uventede ytre påkjenninger som gir sterke psykiske reaksjoner. Ved alvorlig og livstruende sykdom kan pasienter oppleve en ”dobbelt krise”: Utviklingsmessig er de i en livskrise, og i tillegg får de erfaring med en traumatisk krise. Dette fører til at de kognitive og følelsesmessige opplevelsene av sykdom forsterkes (Knutstad & Nielsen 2006).

Livserfaringer endrer meninger og betydninger, forståelse og ferdigheter. Våre livserfaringer er for en stor del individuelle og oppleves personlig (Benner & Wrubel 2002). Måten mennesker møter alvorlig sykdom og lidelse på, vil avhenge av den enkeltes livsanskuelse, og hvordan vedkommende tidligere har mestret utviklingskriser og traumatiske kriser i livet. Har en pasient tidligere gjort positive erfaringer med krisemestring, kan disse erfaringene bli en ressurs og styrke i en ny og vanskelig

livssituasjon. Hvis pasienten derimot har negative erfaringer, kan disse erfaringene føre til at en ny situasjon møtes med mismot og liten tro på egen mestring (Knutstad & Nielsen 2006).

Kriseforløpet består av fire faser, men forfatterne har valgt ut de to første ut ifra oppgavens hensikt: *Sjokkfasen*: Varer fra få timer opp til et døgn og er preget av sterke reaksjoner. *Reaksjonsfasen*: Varer fra få uker til flere måneder og er preget av sterk psykisk smerte (Snoek & Engedal 2008).

Disse fasene flyter gjerne noe over i hverandre. I forbindelse med ulykker og alvorlig sykdom vil det dessuten kunne oppstå nye kriser underveis i prosessen, noe som kompliserer bildet ytterligere. Selv om fasene sjelden kan avgrenses klart, kan faseinndelingen være et hjelpemiddel til å forstå pasientens reaksjoner og de behov vedkommende har (Eide & Eide 2006).

2.4 Mestringsutfordringer

Mestring er det personen føler, tenker og faktisk gjør i den spesielle situasjonen for å endre det aktuelle forholdet mellom personen og omgivelsene, eller for å endre meningen av dette forholdet.

Mestring defineres som kontinuerlig skiftende kognitive og atferdsmessige anstrengelser for å takle spesifikke ytre eller indre krav som oppleves som belastende, eller som overskrider ens ressurser (Moesmand & Kjøllesdal 2007).

Generelt kan man si at mestring handler om; Å endre skadelig ting i omgivelsene, å tolerere og tilpasse seg negative begivenheter og realiteter, samtidig som en positiv selvoppfatning opprettholdes, å bevare følelsesmessig balanse, å bevare et tilfredsstillende forhold til andre mennesker (Moesmand & Kjøllesdal 2007).

De mestringsutfordringer pasienten møter i en krise, er i stor grad knyttet til behov som er identifisert i kriseforløpet. Sjokk- og reaksjonsfasen er preget av sterke emosjonelle reaksjoner og kognitive opplevelser. Følelsen av ensomhet og usikkerhet i situasjonen kan også være sterk. Derfor har pasienten behov for å uttrykke tanker og følelser, behov for å opprettholde relasjoner til andre og behov for informasjon (Knutstad & Nielsen 2006).

En pasient sier:

”Det første jeg tenkte på da jeg fikk kreft, det er at jeg kommer til å dø, altså, og det er altfor tidlig. Jeg er bare 34 år”(Knutstad og Nielsen 2006 s.170).

Følelser som angst, redsel, fortvilelse, tristhet og sorg er framtrepende, men også sinne og aggresjon. Det kan dessuten dukke opp tanker som er vanskelige å forstå og verbalisere. Fravær av sterke følelser kan betraktes som en tilpasning til en ekstrem situasjon, der pasienten mobiliserer maksimale mentale ressurser for å mestre en ytre trussel (Knutstad & Nielsen 2006).

Når vi er mest hjelpeløse, er kommunikasjonen med omverdenen avgjørende for vår sykdomsopplevelse. Skal en hjelpe mennesker med å mestre, må en blant annet ta hensyn til deres personavhengige karakteristika og støtte opp om de muligheter for løsning som personen selv ser. En må være oppmerksom på dem som er ekstra sårbare, og som derfor kan ha behov for hjelp i større omfang og gjennom lengre tid. For å fremme mestring kan sykepleiere hjelpe pasient og pårørende med å få tydeliggjort og fortolket situasjonen i den grad det er mulig. Ved å få frem den andres vurdering av situasjonen ser en også hva som er viktig for ham. At sykepleieren engasjerer seg, kan være medvirkende til å opprettholde håp hos pasient og pårørende. Emosjonell støtte og tilretteleggelse for opplevelse av kontroll er viktig for å fremme mestring. I tillegg kommer det å legge praktisk til rette for at pasient og pårørende opprettholder kontakt (Moesmand & Kjøllesdal 2007).

2.5 Sykepleierens rolle ved sykdom og krise

Sykepleiere skal vise omsorg for alle som lider, uansett hva årsaken til lidelsen måtte være. Fordi syke mennesker er sårbare, er det sykepleierens oppgave å ivareta pasientens integritet og verdighet med utgangspunkt i hvordan den enkelte opplever sin situasjon (Mekki & Pedersen 2005).

I det daglige arbeidet vil alle sykepleiere oppleve mennesker som veksler mellom håp og håpløshet og fortvilelse. For mange er det kort vei fra håp til håpløshet og lidelse.

De ulike reaksjonsmåtene gjenspeiler hvor ulike vi er som mennesker, og hvor forskjellig vi reagerer når vi blir utsatt for traumer i livet. Rammeplanen for den norske sykepleierutdanningen fremhever at et av sykepleiekunnskapens viktigste målområder er å

sette sykepleieren i stand til å ivareta den syke på en helhetlig måte. Dette må skje ut ifra en for forståelse av opplevelsesdimensjonen ved sykdom og trussel om sykdom (Rammeplan og forskrift for 3-årig sykepleierutdanning, 2000) (Mekki & Pedersen 2005).

Pasientens behov for å bli lyttet til:

Han føler hvilken lettelse det ville være, om det fantes en person som han kunne snakke åpent og rett frem til, uten å risikere å utløse en strøm av tåpelige ønsker og oppmuntringer, en han kunne uttrykke sine ønsker og instruksjoner overfor uten at den andre møtte dem med meddelelser som "Jeg håper dette vil glede Gud så han gir Dem tjue nye år" eller "De har et langt og aktivt liv foran Dem". Florence Nightingale: Notes on Nursing (Eide & Eide 2006 s.28).

Som pasient, klient eller pårørende er vi usikre og sårbare. Vi våger oss frem for å bli imøtekommet. Vi trenger derfor å møte en person som lytter, og som viser oss den nødvendige åpenhet, respekt og forståelse. Hvis ikke vil vi i fortsettelsen lett lukke oss til og meddele oss lite om det vi bærer på. Vi våger oss ikke lenger frem. Særlig ikke med det vi opplever som vanskeligst og det er jo gjerne på dette punktet vi er mest sårbare (Eide & Eide 2006).

Aktiv lytting er en forutsetning for en god hjelpende samtale. Ved å være henvendt – verbalt og nonverbalt – kan vi vise interesse, omsorg og oppmerksomhet på en slik måte at den andre føler seg ivaretatt. Dette kan føre til at den andre åpner seg og deler det som ligger ham på hjertet (Eide & Eide 2006).

Aktiv lytting er et redskap til raskere og dypere forståelse av pasientens problem og behov, og videre er det et middel til å yte hurtigere og bedre hjelp. På samme måte som empati, er også aktiv lytting en del av helsearbeiderens profesjonelle holdning til pasienten. Ofte kan det å lytte på en aktiv og henvendt måte være en viktig hjelp i seg selv, og gi den andre styrke og mot til å møte vanskeligheter på en bedre måte (Eide & Eide 2006).

2.6 Ventetiden

Kreftceller er generelt karakterisert ved at de vanlige regulatorene av celledelingen er ute av drift. Her har kreft cellene en evne til intensiv vekst og en endelig unik evne til

fjernmetastasering. Ventetiden på diagnostikk og behandling må derfor også antas å være varierende, både mellom sykdomsgrupper og mellom pasienter med den samme sykdommen (Jensen 2007).

Gjennomsnittlig ventetid i Norge for operasjon var to og en halv uke. Trettisju prosent av pasientene syntes at ventetiden var for lang (Heggem 2004). Ventetiden kan variere fra dager, uker og måneder.

Det er godt kjent i befolkningen at det er viktig og komme raskt til behandling når en har kreft eller mistanke om kreft. Når så diagnosen er stilt, ønsker de fleste og bli operert innen kort tid, helst i løpet av noen dager (Heggem 2004). Da helsereformene ble implementert i 2002, var en av begrunnelsene å få bedre kontroll med og bedre muligheter til å korte ned på ventelister og ventetid til behandling (SINTEF). Regjeringen har utarbeidet under helse og omsorgsdepartementet en plan med navn Norsk kreftplan, dette er en rapport for utredning av nasjonal kreftplan som er oppnevnt av Sosial – og helsedepartementet 14. februar 1996. Her kommer det fram at ventetiden for utredning ved berettiget mistanke om kreft ikke skal overstige 15 virkedager. I følge denne planen skal det ikke gå mer enn ti virkedager fra diagnosen er stilt til behandlingen starter opp. Dette omhandler operasjon, cellegift eller andre mulige behandlingsformer (Norsk Kreftplan 1997).

I rapporten Sektorrapport for somatisk spesialhelsetjeneste i 2006, gis det en beskrivelse av ventetider til behandling ved norske sykehus (SAMDATA). For kreftoperasjoner kommer det fram at det var ingen statistisk signifikant forskjell mellom aldersgruppene for å vente over en måned. Men pasienter under femti år hadde i midlertidig høyere sannsynlighet for å vente over to måneder på kreftoperasjon. Pasienter med lungekreft, endetarmskreft og brystkreft hadde lavest sannsynlighet for å vente over tretti dager (SINTEF 2007). Samlet ventetid inneholder vurderings og utredningstid og venting til aktuell behandling. Utredningstiden vil være avhengig av kapasitet, faglig kompetanse og sykdommens alvorlighetsgrad. Regjeringen konstaterer at venting til behandling er avhengig av kapasiteten, og har som mål at sykdommer utredes og behandles så fort som mulig, med tiden som går forverres pasientens sjanse for helbredelse (st. meld nr 44 1995-96). For svært mange kvinner er diagnosen brystkreft en sjokkartet opplevelse. Vi vet at det å få en kreft diagnose kan være forbundet med stor angst og usikkerhet. Det er gjort mange undersøkelser på kvinner med brystkreft. ”Fokus på kvinner med kreft” er en undersøkelse som er gjort i Norge i 1997. Denne undersøkelsen viser at nær halvparten følte behov for bedre støtte fra helsevesenet enn hva de ble tilbudt (Heggem 2004).

Pasientrettighetsloven definerer i § 1-3 i loven her menes med: a. Pasienten: en person som henvender seg til helsetjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helsetjenesten gir eller tilbyr helsehjelp til det enkelte tilfelle: c. Helsehjelp: handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende og helsebevarende. § 2-1 Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialhelsetjenesten. Retten gjelder bare dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelp, og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt. Spesialisthelsetjenesten skal fastsette en frist for når medisinsk forsvarlighet krever at en pasient som har en slik rettighet, senest skal få nødvendig helsehjelp. Dersom det regionale helseforetaket ikke har sørget for at en pasient som har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, får den nødvendige helsehjelpen innen det tidspunktet som er fastsatt i medhold av annet ledd, har pasienten rett til å motta nødvendig helsehjelp uten opphold, om nødvendig fra privat tjenesteyter eller tjenester utenfor riket. § 2-2 Pasient som henvises til sykehus eller spesialistpoliklinikk som omfatter § 2-1 Altså rett til valg av sykehus. Disse har rett til å få sin helsetilstand vurdert innen tretti virkedager fra henvisning er mottatt. Ved mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom, har pasienten rett til rask vurdering (Pasientrettighetsloven vedtatt 2 Juli 1999 nr 63).

3.0 Metodebeskrivelse

Den vitenskapelige litteraturen ble gransket opp i mot Goodmans 7 trinn. Goodman beskriver en generell fremgangsmåte for å finne og bedømme vitenskapelig litteratur innen helse og sykepleiefaget (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2006). Valg av metode er knyttet til valg av problemstillinger, eksisterende kunnskap og vitenskapelig forskning. Litteratur er et viktig grunnlag for nær sagt alle studentoppgaver. Litteratur er den kunnskapen oppgaven tar sitt utgangspunkt i, og som problemstillingene skal drøftes i forhold til. Derfor må det gå tydelig fram hvorfor en bestemt type litteratur er valgt, og hvordan utvalget er gjort (Dalland 2007).

3.1 Trinn 1 – Forskningsproblem

Ut i fra hensikten og problemstillinger undersøkes det hvordan kvinnens opplevelser og behov for psykososial støtte ble ivaretatt. Forfatterne ville finne artikler som forklarte kvinnens ønsker og behov for støtte, deres reaksjoner og opplevelser. Et viktig område ble også om hun hadde noen form for støtte fra helsepersonell, da gjerne om sykepleiere er tilstedeværende og møter disse kvinnene i ventetiden. I analysen av bearbeiding av artiklene ble Goodmans 7 trinn brukt for systematisk finne og bedømme relevant vitenskapelig litteratur. Disse 7 trinnene er: Presisere problemet for evaluering. Presisere studiets inklusjons og eksklusjons kriterier. Formulere en plan for litteratursøkingen. Gjennomføre litteratursøkingen og samle inn de studier som møter inklusjonskriteriene. Tolke funnene fra de individuelle studiene. Sammenligne funnene og formulere anbefalinger basert på funnets kvalitet (Willman et. al 2006).

3.2 Trinn 2 – Studiens inklusjons – og eksklusjonskriterier

Artiklene som var av interesse bestod av kvalitativ og kvantitativ forskning. Kvalitativ forskning, er det som har noe(n) s egenskaper eller kjennetegn å gjøre, i motsetning til de som har med antall (kvantitativt) å gjøre. Kvantitativ observasjon retter oppmerksomheten mot det ytre og lett synlige for å registrere og forklare det som foregår (Kunnskapsforlaget 2007). Kvalitativ tilnærming retter seg mot subjektive opplevelser og spillet mellom mennesker (Dalland 2007). Et eksempel på kvalitativ metode for innsamling av data var fokusintervju, dette kunne for eksempel være par og gruppe intervju, støttegrupper og gjennom ”dyad support”, som er et par med samme problem som støtter hverandre. I syv av våre ti artikler ble denne forskningsmetoden anvendt. Hensikten med denne forskningsmetoden er til for og utforske menneskers erfaringer, meninger, ønsker og anliggender (Dalland 2007). Siden hensikten med studiet var å belyse kvinnens psykososiale reaksjoner, opplevelser og behov ble kvalitativ forskning et naturlig valg, da dette belyste hensikten til forfatterne på en best mulig måte. Ethiske forhold var viktig å vurdere fordi: Kvinner med brystkreft er å betrakte som en særlig sårbar gruppe og det må derfor stilles strenge krav til forskningsetikk. I offentlig forvaltning legges det stor vekt på

å beskytte forsøkspersoner og en undersøkelse skal ikke under noen omstendigheter være til skade for deltagerne (Landmark 2002). Landmarks ord belyser hvor viktig det er å ivareta etiske retningslinjer i forhold til forsøk og undersøkelser på mennesker. Etikken dreier seg om normene for riktig og god livsførsel. Stilt over vanskelige avgjørelser i livet skal etikken gi oss veiledning og grunnlag for vurderinger før vi handler. Det er ikke slik at dagliglivet har en type etikk og forskningen en annen. Selv om det snakkes om forskningsetikk, yrkesetikk og personlig etikk, er det ikke egentlig noe grunnlag for å skille mellom spesifikk fagetikk og forskningsetikk (Natvig 2000).

Når etikk blir diskutert i tilknytning til forsøk med mennesker, konkluderer Hovedkomiteen for Norsk forskning (1981) at slik forskning må skje i overensstemmelse med bestemte retningslinjer for hva som er akseptabelt. De viktigste retningslinjene er Nürnbergkoden og Helsinkideklarasjonen. I første rekke dreier de seg om medisinske forsøk, men forsknings etiske retningslinjer innenfor samfunnsvitenskaplige fag har vokst fram etter modell av dem (Dalland 2007).

Hvis sykepleieren ønsker å bruke opplysninger som kan tilbakeføres til en pasient i en forskning eller undervisning, må dette bare skje med pasientens tillatelse og hvis det kan skje utenfor skade for pasienten. Reglene for å innhente samtykke må følges. Tillatelsen gjelder bare så langt samtykket rekker (Natvig 2000).

Inklusjons og eksklusjons kriterier ble anvendt for å begrense søket og for å finne relevant litteratur til hensikten og problemstillingen.

Eksklusjonskriterier skulle ikke omhandle kvinner som er under behandling, studier som er gjort på dette området skulle ikke være mer enn 8 år, dette for å få med mest mulig relevant forskning.

Inklusjonskriterier skulle omhandle kvinner med nyopptaget brystkreft og hennes psykiske reaksjoner fram til behandling ble iverksatt. Studien skulle omhandle kvinner over 18 år, og deres opplevelser, reaksjoner og behov for ivaretagelse relatert til sin diagnose. Artiklene skulle være vitenskapelige. Engelske språklige artikler ble anvendt, disse var utført i Norge, Sverige, Finland, Taiwan, Canada, Florida, og Australia. Sju av disse artiklene var sykepleieforsknings artikler, de tre andre var innen psykologi og medisinsk forskning.

For å kvalitetssikre forskningsartiklene ble det anvendt sjekklister for kritisk vurdering av kvalitativ og kvantitativ forskning, se vedlegg to og tre (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2009).

3.3 Trinn 3 – Litteratursøking

Etter å ha valgt tema til oppgaven, kom vi fram til hensikt og problemstillinger. Deretter begynte vi å formulere søkeord og søkestrategier som vi anvendte ved høgskolens databaser. Det ble satt av til sammen to uker for undervisning og søk i databaser til studentene i februar 2009. Søket ble kun utført gjennom Høgskolens nettsider for studenter. De vitenskapelige artiklene ble søkt opp i databasene: Ovid, PsycINFO, ProQuest og SveMed+. Disse databasene ble brukt siden de hadde artikler som var rettet mot helse og sykepleieperspektivet. I bakgrunnsteorien ble det benyttet litteratur ut i fra pensumlitteratur, andre relevante bøker og sikre nettsider.

Hensikten med søkingen var at man brukte de rette søkeordene og kombinasjoner for å finne artikler som var relevante for litteraturstudiets problemstilling. Kombinasjonen av søkeordene bestod av MESH termer. Ordene som ble brukt i søk kunne ha flere spesielle emneord under seg, disse kunne være relevant for studiet. MESH danner grunnlag for mange andre emnesystemer, hvor emneordene er hierarkisk ordnet ved over – og underordnede emner etter prinsippet fra det generelle til det mer spesielle (Kilvik & Lamøy 2007).

I databasen SveMed+ brukte vi ordene ”Brystkreft”, ”Breast Cancer”, ”Breast Neoplasm” og kombinerte de med ordene ”Ventetid”, ”Waiting Time”, ”Coping”, ”Addaption”, ”Utfordring”, ”Kvinne”, ”Women” og ”Challenges”. I denne databasen fant forfatterne relevante artikler til litteraturstudiet men disse var av gammel årgang og stilte ikke til kravene av hva en vitenskapelig artikkel skal inneholde.

Videre anvendte forfatterne databasene Ovid, PsycINFO og ProQuest. Søke ord som ble sentrale i disse databasene var ”Breast Cancer”, ”Women”, ”Waiting Time”, ”Support”, ”Chrisis”, ”Cancer”, ”Early stage”, ”Diagnos”, og videre ut i søkingen ble ordene ”Quality of life”, ”Pre operativt”, ”Conversation”, ”Healthcare”, ”Coping”, ”Challenge” og ”Treatment” anvendt. Det ble i alle databasene brukt avanserte søkeord, og vi kombinerte søkeordene med and og or for å kartlegge og undersøke funn på litteraturstudiets hensikt og problemstillinger. Det ble forskjellige treff i de ulike databasene. De artiklene i databasene som ikke var tilgjengelig i fulltekst fikk vi bestilt gjennom høgskolens bibliotek. Under bearbeidelse av artikler som ble funnet viste det seg at mange av disse var rettet mot en brystkreftdiagnose, men mye av innholdet sto ikke i samsvar til studiets hensikt og problemstilling.

Artiklene som svarte på inklusjonskriteriene ble samlet, tolket og sammenlignet. Til sammen ti artikler ble tatt i bruk i litteraturstudiet.

3.4 Trinn 4 – Gjennomføring av litteratursøkingen og innsamlet litteratur

Databasesøkingen ble gjennomført sammen av forfatterne. Det første forfatterne så etter var sammenheng i tittel og sammendrag i artiklene i forhold til hensikt og problemstillinger. De som var relevante ble lest i fulltekst og noen ble sortert ut. Artiklene som videre oppfylte kravene til forfatterne ble vurdert opp i mot studiets hensikt. Disse ble grundig gjennomlest og anvendt. De inkluderte artiklene som var relevant og hadde betydning for vår hensikt og problemstillinger ble bearbeidet i forhold til innhold, metode og resultat, disse ble til slutt kvalitetssikret gjennom en systematisk sjekklister for kvalitativ og kvantitativ forskning, se vedlegg to og tre. Disse var fra nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten 2009).

Tabell 1. Litteratursøk.

Database	Søkeord	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler	Dato for søking
Ovid PsycINFO	Breast Cancer Preoperativ	110	21	1	1	02.03.09
	Breast Cancer Depression Quality of life					
Ovid	Breast Cancer	784	59	19	1	23.02.09

	Time Waiting					
	Breast Cancer Waiting time quality of life					
Ovid PsycINFO	Breast Neoplasms Quality of life Social Support	51		9	1	24.02.09
ProQuest	Breast Cancer Treatment Waiting time	20	8		1	03.03.09
ProQuest	Breast Cancer Focus groups	111	90	4	1	22.02.09
Ovid	Breast Cancer Emotions Coping	11	11	-	1	10.02.09
ProQuest	Waiting time Breast Cancer	49	10	2	1	24.02.09
Ovid	Breast	8	8	2	1	03.03.09

	Cancer Psychosocial Needs Concerns					
ProQest	Breast Cancer Surgical Ward	3	3	3	1	03.03.09
ProQest	Waiting time Breast Screen	1	1	1	1	03.03.09

3.5 Trinn 5 – Tolke funn fra studiet

Av de artikler som er inkludert i litteraturstudiet er to kvantitative og åtte kvalitative. Totalt ble ti vitenskapelige artikler inkludert i studiet. De kvalitative artiklene som ble inkludert, ble kritisk vurdert ut i fra en systematisk sjekkliste for vurdering av kvalitativ og kvantitativ forskning (Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten 2009). Kvalitativ forskning er forskningsmetoder som vektlegger forståelse og analyse av sammenhenger i en prosess hos den enkelte fremfor opptelling av fenomener eller kjennetegn ved gruppe individ. Formålet med kvalitative forskningsintervjuer er å få tak i intervjupersonens egen beskrivelse av den livssituasjonen hun eller han befinner seg i (Dalland 2007). Siden litteraturstudiet fokuserte på pasientens psykososiale opplevelser, reaksjoner og behov viste de fleste artiklene at det var fokus på kvalitativ forskning og fokus intervju. Fokusintervju er en kvalitativ metode for innsamling av data i forskningsøyemed. Gjennom gruppediskusjoner blir et bestemt sett av emner utforsket (Dalland 2007). Fokusgruppeintervjuet skiller seg fra det individuelle intervjuet ved at interaksjonen i gruppa brukes til å få fram data. De viktigste sidene ved et slikt fokusintervju er at: Det er en forskningsmetode som har til hensikt til å samle inn forskningsdata. Dataen samles inn gjennom en gruppeprosess og temaet for diskusjonen bestemmes av forskeren. Hensikten

med denne forskningsmetoden er til for å utforske menneskers erfaringer, meninger, ønsker og anliggender (Dalland 2007). Gjennom fokusintervju i den utvalgte forskningen kommer pasientperspektivet opp i mot vår hensikt og problemstillinger godt frem. Både gjennom fokusintervju og individuelle intervju ble pasientens erfaringer, meninger, ønsker og anliggender godt belyst. Sju av ti artikler inkluderte bruk av fokus grupper. I tillegg til fokusgrupper og under kvalitetsbedømmingen ved bruk av sjekklisten overholdt fem av disse sju artiklene kriteriene for kvalitetsbedømmingen og etiske forhold ved datainnsamling. I disse fem kom det også godt fram at deltagerne ble tydelig informert hva studien gikk ut på og det ble skrevet under på informert samtykke. I de to andre artiklene som anvendte fokusgrupper, var det kun informert samtykke, det kom ikke tydelig fram om etiske forhold var tatt i betraktning. I disse sju av disse ti artikler varierte antallet i gruppene fra 7 til 127 deltagere.

3.6 Trinn 6 – Sammensetting av funn

Ut ifra den systematiske vurderingen av artiklene viste funnene i samtlige artikler at de hadde likt mønster. Ut i fra funnene kunne man se en sammenheng av likheter som gjorde at forfatterne fikk dannet et helhetlig inntrykk av funn og forskning. Deretter ble funnene kategorisert i hovedfunn med tilhørende underkategorier som forfatterne har satt sammen i tabell, som det henvises til i trinn 7.

3.7 Trinn 7 – Hovedfunn

I vår analyse av de utvalgte artiklene som hadde samsvar med hensikten inndelte vi funnene i tre hovedkategorier med tilhørende underkategorier som det vises til i tabell 2.

Tabell 2. Tematisering av kvinnens opplevelser av å få diagnosen nyoppdaget brystkreft og deres behov for støtte i perioden fra diagnostisering til behandling ble iverksatt.

Hovedkategorier	Underkategorier
En tid i fortvilelse	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnosen kommer som et sjokk - Usikkerhet for framtiden - Sinne, frykt for døden - Sårbarhet, usikkerhet - Angst, stress - Holder tilbake følelser - Dobbel lidelse - Depresjon
En tid med behov for støtte og ivaretagelse	<ul style="list-style-type: none"> - Behov for informasjon - Kommunikasjon, snakkes om sin sykdom og følelser - Ha noen å dele sin frykt med - Ha noen som lytter
En tid der kvinnen etterspør hjelp til mestring	<ul style="list-style-type: none"> - Behovet for informasjon ble ikke møtt - Mangelfull kunnskap og undervisning blant helsepersonell - Mangel på emosjonell støtte

4.0 Resultat

Forfatterne har gjennom sitt arbeid med de vitenskapelige artikler kommet fram til tre hovedkategorier. Disse tre kategoriene blir presentert som en tid i fortvilelse, en tid med behov for støtte og ivaretagelse og en tid der kvinnen etterspør hjelp til mestring.

4.1 En tid i fortvilelse

I studien til Beatty, Oxlad, Koczwara & Wade (2008) beskriver pasienter med brystkreft og andre typer kreft at diagnosen kommer som en sjokkartet opplevelse. Videre i studien til Beatty et. al (2008) & Dubois & Loïselle (2008) forklarte deltakerne følelser som sinne, oppgitthet, frykt for døden, angst og stress. Ifølge Ödning, Nordberg & Danielson (2002) erfarte pasienter med brystkreft følelser av usikkerhet, sårbarhet og isolasjon. Ut ifra Olivotto, Bancej, Goel, Snider, McAuely, Irvine, Kan, Mirsky, Sabine, McGilly, & Caines (2001) er det betydelig bevist at en unormal brystkreft screening forårsaker akutt angst.

Ventetiden på biopsi resultat har vist at kvinner kan oppleve betydelig lidelse og pine (Liao, Chen, Chen & Chen 2007). I Arman, Rehnsfeldt, Lindholm & Hamrin (2002) sine funn beskrev kvinnene hvordan de led i forhold til kampen mellom liv og død og følelsene av mening og håpløshet, samt kampen mellom det å kjempe og det å reise seg selv til sykdommen. Noen følte at de måtte stoppe opp å holde tilbake sine følelser, dette førte til at lidelsen ble økt og ga en falsk fasade. Videre viser funn i Arman et. al (2002) at kvinnene hadde en tendens til å beskytte familie og venner, samt helsepersonell fra å delta i deres lidelse. I studien til Landmark, Strandmark & Wahl (2001) kan det å utvikle brystkreft erfares som en traumatisk krise der forhold og kontinuitet nedbrytes, mestringsstrategier blir blokkert, og stress reaksjoner blir låst. Ut ifra Arman et. al (2002) viste det seg at det ble en dobbel lidelse for kvinner som prøvde å beskytte seg selv fra de dypeste følelsene av lidelsen ved å unngå eller tåle situasjonen inntil et sikrere forhold eller til en mer moden situasjon ble etablert. Ifølge Landmark et. al (2001) vil individer som erfarer tap av kontroll over sin situasjon ha en tendens til å utvikle mer stress relaterte problemer som frykt, depresjon og somatiske symptomer enn de med en tro på deres egen evne til å påvirke sin egen situasjon.

I studien til Beatty et. al (2008) fant de ut at en brystkreftdiagnose kan føre til et verdifall i flere områder av psykososialt velvære inkludert psykisk, sosial og emosjonell fungering.

I Ödning et. al (2002) sine funn kom følelsene av usikkerhet allerede før diagnosen så vel som ved alle stadiene ved kreftsykdommen, med tanke på behandling og prognose.

I studiet til Fogarty & Cronin (2007) er det å vente på helsehjelp identifisert som en uspesifisert men målbar periode av tid mellom identifisering av et helsehjelpproblem, det å få en diagnose og behandling. Dette når klienter erfarer usikkerhet og maktesløshet ved å forutse et sykdomsutfall. I følge Fogarty et. al (2007) er det kritiske med dagene av å vente

på helsehjelp; En periode av målt tid og en subjektiv tolkning av den tilmålte tiden, som viser til at kvinnene føler seg usikker og maktesløs. Forventning av en respons av behov for helsehjelp er tilstede. Fogarty et. al (2007) sier videre at strategier som retter kontakt med klienter gjennom pre vurderings klinikker, ved å gi skriftlig informasjon og et kontakt punkt kan tas som en selvfølge. Noe som viser seg å være oversett i travle miljøer innen helsehjelp.

4.2 En tid med behov for støtte og ivaretagelse

I studien til Landmark, Bøhler, Loberg & Wahl (2008) hadde kvinnene behov for detaljert informasjon fra profesjonelle innen helsetjenesten, angitt i måter som kunne hjelpe dem til å forstå deres situasjon. Videre viser studien til Liao, et. al (2007), at det mest viktige behovet identifisert av kvinnene var en forsiktig undersøkelse og nøyaktig diagnose. Tester og behandlingstilbud, bli informert om biopsien og det diagnostiske resultatet, informasjon om fremgang av sykdommen. Studiet til Liao et. al (2007) viste også at kvinner med mistanke om brystkreft behøvde forsikring og en effektiv helsehjelp som kunne gi dem diagnosen. Kvinner hadde et større behov for deres families bistand før diagnose enn etter, dette for å hjelpe dem å takle relevant informasjon og foreta umiddelbare behandlingsbeslutninger (Liao et. al 2007). Studiet til Landmark et. al (2001) sier at det å dele tanker og følelser med andre kvinner i samme situasjon virker meningsfylt. I følge Landmark et. al (2008) følte kvinnene at de ble oversett og at ingen viste interesse av å lytte til dem. Videre i Ödling et. al (2002) forklarte kvinner og pårørende perioden som fulgte direkte etter diagnostisering som den mest vanskeligste tiden. Gjennom denne perioden mottok kvinner og deres ektefelle lite støtte.

Ut ifra Arman et. al (2002) var det i kontakt med helsepersonell et mønster av unnavikelse av og til sett i forhold til den økte lidelsen. Når kvinnens dype følelse av fortvilelse var neglisjert så økte byrden av lidelsen, kvinnene fikk da tanker om at de ikke var normale. Ut ifra Ödling et. al (2002) forklarte kvinnene viktigheten av å ha noen som lyttet til dem og svarte på deres spørsmål. Ödling et. al (2002) sier at bare et fåtall av sykepleierne nevnte behovet for psykisk omsorg blant kvinnene. Ut i fra Dubois et. al (2008) så har kvinner med nydiagnostisert brystkreft et betydelig stort behov for psykososial og informativ støtte som ofte ikke oppfylles. Videre mener Dubois et. al (2008) at individer

med en kreftdiagnose rapporterer ofte misnøye med den informasjonen de får. Ifølge Liao et. al (2007) var informasjonen kvinnene fikk om brystkreft statistisk betydelig høyere før diagnose enn etter. Kvinner med mistanke om brystkreft fikk ofte ikke nok informasjon eller emosjonell og psykososial støtte gjennom den diagnostiske perioden (Liao et. al 2007).

Ifølge Landmark et. al (2008) hadde kvinnene behov for kunnskap og psykososial støtte. Overlevende etter en brystkreft behandling, har vist seg å kunne hjelpe kvinner med nydiagnostisert brystkreft. Dette ved å bedre deres kunnskap og erfaringer gjennom å gi emosjonell støtte til de nydiagnostiserte kvinnene (Sutton & Erlen 2007). De nydiagnostiserte kvinnene rapporterte at støtte fra kvinner som hadde erfart en brystkreft behandling var betydningsfull. Dette gjorde at de ikke følte seg alene om å bære byrden i det å få en brystkreft diagnose (Sutton et. al 2007).

I studiet til Beatty et. al (2008) så har et stort område av psykososiale bekymringer og behov har blitt diskutert; Mestring av sideeffekter, håndtering av forandringer av selvfølelsen, stress og tilpassnings reaksjoner det å måtte takle andre tanker om håpløshet. Forventninger og følelser; og tema som overlevelse og vekst. Det var en stor enighet av konsistens i bekymringer og behov identifisert ut i fra forskjellige gruppe kategorier (Beatty et. al 2008).

Sykepleierne forklarte behovet for samtale og det å få informasjon som det mest viktige blant kvinner og deres pårørende, så vel som blant dem selv. Kontakt med pårørende var forklart som å være nesten ikke eksisterende. Det var avvik blant hva sykepleierne forklarte som viktige behov og hvordan disse behovene ble ivaretatt (Ödning et. al 2002). Ifølge Ödning et. al (2002) må sykepleieren møte pasienter og pårørende på en individuell måte for å minimalisere følelsen av usikkerhet, angst og stress. Videre sier Ödning et. al (2002) at kommunikasjon og informasjon er viktig for pasienter med brystkreft. Pasientene opplevde at følelsen av å bli tatt vare på var avhengig av deres behov av å bli oppdaget, og om helsepersonell hadde lyttet til dem og gitt dem støtte og informasjon på en ærlig måte.

4.3 En tid der kvinnen etterspør hjelp til mestring

Ut i fra Landmark et. al (2008) viser det seg at den Norske standard mangler kriteriene for intervensjoner som sikter til å møte kvinnens emosjonelle og sosiale behov.

I følge Beatty et. al (2008) går diagnose og behandling ”hånd i hånd”, og lite er forsket på om psykososiale bekymringer og behov i denne ventetiden.

I følge Ödling et. al (2002) hadde kvinnene i studiet et stort behov for emosjonell støtte og ønsket sterkt noen å dele sin frykt med.

Videre i studiet til Ödling et. al (2002) viste det seg at etter diagnosen var stilt trengte kvinnene tilgang til profesjonelle hjelpere som de kunne diskutere det diagnostiske resultatet med. Ut ifra Arman et. al (2002) følte kvinnene at de ikke fikk vise følelser av stress og lidelse i møte med helsevesenet, noe som resulterte i at de hadde en følelse av bare å bli behandlet kroppslig og ikke mentalt.

I studiet til Beatty et. al (2008) viste det seg at selv om kvinnene og sykepleiestaben hadde kontakt, følte noen av kvinnene at ingen hadde nok tid til å snakke med dem. Det de snakket om ifølge Beatty et. al (2008) omhandlet ordinære hverdagslige ting, men kvinnene ville ha muligheten til å snakke om sin sykdom og angst for døden. Funn konstaterte i Dubois et. al (2008) at for å få mer kreftinformert støtte anvendte kvinnene mer bruk av internett (skrevet kreftinformasjon). Videre viser funnene til Dubois et. al (2008) at kvinner med brystkreft som fikk forberedende informativ støtte rapporterte at de brukte betydelig mer tid i konsultasjoner med sykepleiere over tid enn de som mottok vanlig omsorg.

Ifølge Ödling et. al (2002) trengte kvinner tilgang til konsultasjoner i hele den diagnostiske prosessen samt informasjon og følelsesmessig støtte fra profesjonelle omsorgsgivere og sine egne sosiale nettverk. Disse kvinnene og deres familie trengte ut ifra Liao et. al (2007) etablerte konsultasjoner med bestemte personer til å avklare tvil og utrykke sine bekymringer for diagnosen. Og videre ifølge Liao et. al (2007) hjelpe kvinnene til å takle psykiske plager i løpet av diagnose perioden.

Ut ifra Ödling et. al (2002) forklarte sykepleiere at behovet for å snakke og få informasjon var det mest viktigste blant kvinnene og deres pårørende, så vel som hos dem selv. Bare et fåtall sykepleiere nevnte behovet for psykisk omsorg blant kvinnene. Kontakt med pårørende ble forklart som nesten ikke eksisterende. I Ödling et. al (2002) rapporterte pasientene behov som oppsto fra deres sykdom, mens sykepleierne fokuserte mer på sykehusets prosedyrer.

5.0 Diskusjon

I resultatdiskusjonen diskuterer forfatterne valg av de vitenskapelige artiklens resultat som videre knyttes opp til den valgte teorien for å belyse studiens hensikt og problemstillinger.

5.1 Metodediskusjon

Vi begynte databasesøkene ut i fra hensikt og problemstillinger som da hadde fokus på sykepleieperspektivet ved å gi omsorg til kvinner med nydiagnostisert brystkreft. Forfatterens ønske var sterkt rundt det å finne forskning på sykepleieperspektivet. Det viste seg når vi startet søkingen at det var veldig lite forsket på sykepleieperspektivet til denne pasientgruppen. Da dette viste seg å kunne være en svakhet i litteraturstudiet valgte vi heller å fokusere på pasientens opplevelser og behov rundt det å få diagnosen brystkreft. Vi ville også finne ut om kvinnene ble ivaretatt i perioden fra diagnostisering til behandling ble iverksatt. Under søket fikk vi mange treff generelt på brystkreft og tilfredsstillende med treff på kvinnens opplevelser og behov. Under søket ble det ikke mange treff på hvordan kvinnen ble ivaretatt i ventetiden. Da det viste seg at det var så lite forsket på et så viktig område bestemte vi oss for å ta tak i dette problemet og den forskningen vi fant. Dette for å belyse viktigheten av at helsepersonell er der og støtter opp rundt disse kvinnene selv om det kunne vanskeliggjøre forfatterens litteraturstudie i forhold til nyere forskning rundt dette temaet. Dette kunne medføre at vi ikke fant nok relevant forskning i forhold til krav i litteraturstudiet, men det kunne også være med på å løfte studiet og belyse nødvendigheten av å forske på dette temaet. Databasene Ovid og ProQuest ble brukt i søkingen av vitenskapelige artikler. I Ovid ble de fleste av de vitenskapelige artiklene funnet, men også i ProQuest ble det gjort noen funn til litteraturstudiet. I databasen SweMed+ ble det treff på kvinnens opplevelser og behov, men ingen av disse opprettholdt kravene til en vitenskapelig forskningsartikkel.

De vitenskapelige artiklene med interesse ble kritisk vurdert og inkludert, eller valgt bort i forhold til om tittel og innhold hadde overensstemmelse med litteraturstudiets hensikt og problemstillinger.

Et av inklusjonskriteriene i litteraturstudiet var at forskningsartiklene helst ikke skulle være mer enn fem år gamle, men siden det var begrenset med forskning på vårt problemområde valgte vi å inkludere relevant forskning fra 2001. Dette ble prioritert fra forfatterne side fordi funnene var relevant og viktig i forhold til å belyse hensikten i litteraturstudiet. Dette kunne også vise seg å være en svakhet i forhold til å få frem nyere forskning i oppgaven.

I ettertid har vi sett at Cinahl kunne ha vært benyttet, men vi valgte å forholde oss til Ovid og ProQuest. Dette kunne ha ført til at flere funn og relevant litteratur fra nyere forskning ikke har kommet fram. For å få styrket litteraturstudiet ser forfatterne i ettertid at videreutvikling angående kombinasjon av søkeord kunne ha vært en fordel relatert til flere funn.

Forskningen som ble brukt knytter seg i hovedsak til kvalitativ forskning. Forskning som har til hensikt å avdekke erfarings basert kunnskap, slik som erfaringer ved behov for psykisk omsorg og som er relatert til en alvorlig sykdom (Landmark 2002).

En svakhet i litteraturstudiet kan være at alle artiklene som ble anvendt var skrevet på engelsk, dette vanskeliggjorde det å tyde, få fram mening, innhold og budskap i det forskningen ville fram til. Det gikk mye tid til å lese, tolke og forstå innholdet. Dette fordi det er et språk som forfatterne synes var en ny og utfordrende måte å utføre et litteraturstudie på. Men, det positive ved at de var engelskspråklig var at kvaliteten på studiet ble økt og det fikk fram hvordan kvinners psykososiale bekymring og behov var i andre land. I mange av artiklene var det i gjennomsnitt lik opplevelse psykososialt. Dette er da med på å få belyst og sammenlignet virkeligheten av å få en brystkreftdiagnose, ikke bare her i Norge men også på verdensbasis.

6.0 Resultatdiskusjon

6.1 Tiden i fortvilelse

I mange av forskningsartiklene går det igjen at en brystkreftdiagnose kan føre til verdifall i flere områder av psykososial helse. I følge Beatty et. al (2008) inkluderer dette psykisk, sosial og emosjonell fungering. Ved å få diagnosen har deltakerne i forskningen til Beatty et. al (2008) rapportert frykt, sjokk, angst og stress.

”You don` t realise it, you are in shock when youre first told it... You just want to close off to it too (patient 63)” (Beatty et. al 2008).

Sjokkfasen kan vare fra få timer opp til et døgn og er preget av sterke reaksjoner (Snoek & Engedal 2008). Den er preget av sterke emosjonelle reaksjoner og kognitive opplevelser.

Følelsen av ensomhet og usikkerhet i situasjonen kan også være sterk. Det som skremmer mest ved en kreftdiagnose er, tanken på spredning og død (Knutstad & Nielsen 2006).

Ifølge Landmark et. al (2008) hadde kvinnene en følelse av anspenhet i den preoperative perioden, tiden som gikk fra diagnostisering til operasjon var for mange altfor kort til å komme over sjokket av diagnosen; de følte seg emosjonelt uforberedt og erfarte sterke reaksjoner etter operasjonen. De som ventet på operasjon var redd for at kreften hadde spredd seg i hele kroppen.

Mange pasienter beskriver ventetiden som den største påkjenningen, og mange opplever ventetiden som belastende og av og til unødvendig. De føler det som en ekstra byrde i tillegg til det å få kreft (Heggem 2004).

Det er en enorm psykisk påkjenning å få en kreftdiagnose. Man kan bare tenke seg den ekstra påkjenningen det er å måtte gå og vente på å få komme inn til operasjon (Engesvik 2009). Angst oppstår når eksistensielle behov er truet, men frykten fokuserer på en trussel som kommer utenfra, eller på noe som kan ligge i fremtiden (Moesmand & Kjøllesdal 2007). Videre mener de at et eksempel på dette kan være generell dødsangst, der døden har en eksistensiell betydning, men en frykter en vond eller brå død (Moesmand & Kjøllesdal 2007).

Ut i fra studiet til Beatty et. al (2008) er en annen vanlig reaksjon sinne ut ifra pasientens utsagn om at de hadde gjort alle de rette tingene, men allikevel hadde fått kreft. Denne

tankegangen og deres uttrykk for sinne gjorde tilpassningen til deres diagnose mer vanskelig. Ifølge Bunkholt (2005) er sinne og aggresjon typiske følelsesmessige reaksjoner. Reaksjoner på psykologisk stress kan være følelsesmessige, for eksempel sinne. Når man blir frustrert kan man gå løs på (direkte eller med ord) den eller det som frustrerer en. Depressive følelser hører også med. Depresjon henger ofte sammen med opplevelser av hjelpeløshet, manglende mestring og dermed lavt selvvverd (Bunkholt 2005).

En annen reaksjon hos deltakerne i studiet til Beatty et. al (2008) viste seg å være følelser av å klandre seg selv. Det som skremmer mest ved en kreftdiagnose, er tanken på spredning og død. En rekke spørsmål reises, spesielt innenfor det åndelige og eksistensielle området. Hva har jeg gjort galt, siden sykdommen skulle ramme akkurat meg? Er det en mening med dette? Kommer jeg til å dø av sykdommen? (Knutstad & Nielsen 2006). Fravær av sterke følelser kan betraktes som en tilpasning til en ekstrem situasjon, der pasienten mobiliserer maksimale mentale ressurser for å mestre en ytre trussel (Knutstad & Nielsen 2006). Ut ifra Landmark et. al (2008) viste funn at kvinnen holdninger til dem selv, og i relasjoner til andre ble forandret etter brystkreft diagnosen. Støtte fra pårørende var viktig, men på samme tid trengte kvinnene profesjonell hjelp slik at de i gjengjeld kunne skape en viss trygghet hos sine kjære. Innsikt i krisereaksjonenes dynamikk kan være avgjørende for vellykket kommunikasjon med pasienter og klienter. Gjennom forståelse, støtte og oppmuntring kan hjelpere stimulere til bearbeidelse og gjennomlevelse av krisens ulike faser (Eide & Eide 2006).

Ut ifra Arman et. al (2002) viste funn at kvinnen fikk en dobbel lidelse når diagnosen var stilt. Ved alvorlig og livstruende sykdom kan pasienter oppleve en ”dobbelt krise”: utviklingsmessig er de i en livs krise, og i tillegg får de erfaring med en traumatisk krise, som fører til at de kognitive og følelsesmessige opplevelsene av sykdom forsterkes (Knutstad & Nielsen 2006).

Ifølge Arman et. al (2002) hadde kvinnen også en tendens til å beskytte familien og venner, og selv profesjonelle, fra å delta i deres lidelse av å ha brystkreft, en handling som viste seg å øke selve lidelsen. Ventetiden er en voldsom psykologisk belastning for pasienten og ikke minst for dens nære pårørende (Jensen 2007).

”I was playing a role in a play. It was my surroundings that made me play this role. They tried to make me superstrong, to forget my illness and used me as part of the workforce” (Arman et. al 2002).

Menneskets evne til å fortelle om sine tanker og følelser varierer sterkt. For noen er det naturlig å snakke åpent, mens andre er mer tilbakeholdne og holder følelser og reaksjoner for seg selv. En må vise stor respekt for det som er naturlig for hver enkelt pasient. Dessuten må en være oppmerksom på at i sjokk- og reaksjonsfasen mobiliseres psykologiske forsvarsmekanismer (Knutstad & Nielsen 2006).

6.2 Tiden med behov for støtte og ivaretagelse

Ifølge Landmark et. al (2008) har kvinner beskrevet deres erfaringer relatert til to kategorier av behov som påvirket deres evne til å mestre endringer i livssituasjonen: dette var behovet for kunnskap og behovet for psykososial støtte. Et annet gjennomgående tema fra Landmark et. al (2008) var mangel på informasjon om velferdstjenester og en åpenbar brist av forståelse fra velferds offiserer. Det å gi god og tilstrekkelig informasjon er den viktigste kommunikative utfordringen. Her er det en forutsetning å etablere en trygg og god relasjon og gi emosjonell støtte, med tanke på samarbeidet om best mulig resultat (Eide & Eide 2006).

Få studier har fokusert på den eksisterende dimensjonen av å leve med nydiagnostisert brystkreft (Landmark 2001). Ut ifra Liao et. al (2007) sine funn hadde kvinner med mistanke om brystkreft gitt uttrykk for tre behov. Kvinnene ville ha informasjon om sykdommen, oppfølging og konsultasjoner under den diagnostiske perioden. En slik form for støtte har blitt bekreftet som en positiv mestringsressurs for kvinner gjennom det å håndtere usikkerhet under ventetiden (Liao et. al 2007).

Fra et psykososialt perspektiv er informasjon og emosjonell støtte et viktig utgangspunkt for sykepleie til den akutt kritisk syke eller de pårørendes mestring. Her kommer for eksempel informasjon, veiledning, undervisning og praktisk hjelp inn (Moesmand & Kjøllesdal 2007). Etter at diagnosen ble stilt av legen så viste omtrent en tredel av pasientene at de fikk for mye informasjon, tolv prosent syntes imidlertid at de fikk for lite. Det ser ut til en her må prøve å tilpasse informasjonen mer etter den enkeltes behov. At det som sies er tydelig og forståelig er svært viktig (Heggem 2004). Etter en pasients utsagn (Åmås 2002), henviste pasienten til legens informative måte når man mottok en kreftdiagnose. Pasienten uttrykte at det medisinske er bare en liten del av det hele. Det er adferd og tanker knyttet til det psykiske og det emosjonelle nivå man er lite trent i å håndtere og trenger informasjon om. Informasjon og kunnskap om menneskelige

reaksjoner av både fysiske og psykiske behov er noe som kommer fram som et savn fra pasienten (Åmås, 2002). All erfaring viser at man ikke evner å få med seg mer enn en brøkdel av alt som blir sagt når man må ta imot et så alvorlig budskap som at man har kreft (Åmås 2007).

Informasjon gitt i en sjokkfase blir ofte feiltolket eller bare delvis oppfattet, og må alltid gjentas senere. Selv om pasienten ikke opptrer påfallende på noen måte, har altså vedkommende gjerne noe nedsatt bevissthet, og er ofte ute av stand til å beskrive sitt behov for hjelp (Eide & Eide 2006).

Ifølge Landmark et. al (2001) kan bare kvinnene selv beskrive hvordan de erfarer det å leve med nydiagnostisert brystkreft og være bevist på kvinnens erfaringer av deres nye og forandret livssituasjon er avgjørende for å støtte dem i deres innsats mot mestring. Skal man hjelpe mennesker med å mestre, må man blant annet ta hensyn til deres personavhengige karakteristika og støtte opp om de muligheter for løsning som personen selv ser (Moesmand & Kjøllesdal 2007).

Dyadic per støtte, som betyr to like eller et par med samme problem som støtter hverandre, kan hjelpe både nydiagnostiserte kvinner og overlevende til å tilpasse seg en lidelse (Sutton et. al 2006). Nydiagnostiserte kvinner kan få klarhet i hva som skjer med dem og bli beroliget av de som har overlevd prosessen, og dele med andre som har hatt de samme erfaringene (Sutton et. al 2006). Overlevende kan hjelpe ved å bedre deres kunnskap og erfaring ved å gi emosjonell støtte til de nydiagnostiserte (Sutton et. al 2006).

I studiet til Landmark et. al (2008) følte kvinnene at de ble oversett og at ingen viste interesse av å lytte til dem. I følge Landmark et. al (2008) så dette ut til å forårsake usikkerhet, og kvinnene følte seg neglisjert i deres søken etter kunnskap og psykososial støtte. Som hjelpesøkende eller behovstrengende vil vi være opptatt av å bli hørt og bli lyttet til. Intet er så frustrerende som å eksponere behov for hjelp, og så ikke bli sett, hørt eller forstått. Og vi vil gjerne bli sett, hørt og forstått på våre egne premisser (Eide & Eide 2006).

Ifølge Landmark et. al (2001) kan profesjonelle innenfor helse hjelpe kvinnen og deres familie til å utvikle mestringsstrategier når fakta og den oppståtte situasjonen er akseptert, og familiens positive forventninger for fremtidig mestring er etablert.

Ifølge Landmark et. al (2001) har gruppe diskusjoner vist seg å øke integrasjonen av like erfaringer, og har forlenget overlevelsen. Sosial kontakt og sosial støtte fra partner, familie, venner, slektninger og medisinsk profesjonelle er viktig for mestring og overlevelse (Landmark et. al 2001).

6.3 Tiden der kvinner etterspør hjelp til mestring

Ut i fra Landmark et. al (2008) så er helsetjenester som tilbyr rehabilitering i kjølvannet av brystkreft behandling i Norge ofte undervurdert og dårlig definert. Videre viser det seg at den Norske standard mangler kriteriene for intervensjoner som sikter til å møte kvinnens emosjonelle og sosiale behov, derfor er resultatene fra denne studien viktig, og burde blitt inkludert i den nasjonale standarden for brystkreft omsorg.

Ifølge Landmark et. al (2008) så har ingen studier blitt funnet som beskriver pasientens forventninger av tjenester fra et brystdiagnostisk senter, og det var ingen funn av studier som beskrev involveringen med pasienten angående utviklingen av rehabiliteringsprogrammer for kvinner med nydiagnostisert brystkreft. I studiet til Liao et. al (2007) viser det seg at fra funnet av en kul i brystet og frem til diagnose, har kvinner vist å behøve emosjonell støtte, medisinsk hjelp og informativ støtte fra deres ektefeller, venner, familie og profesjonelle innen helsetjenesten. Dette for å lindre deres stress, hjelpe dem til å tilpasse seg situasjonen, og avgjørelser i henhold til fremtidens behandling og muligheten for forandringer i livet. Slike tiltak kan ut ifra Liao et. al (2007) lette usikkerheten gjennom den diagnostiske perioden.

I studiet til Dubois et. al (2008) ble ikke behovet for informasjon fra helsepersonell møtt. Mye tydet på i studiet til Dubois et. al (2008) at disse manglende behovene i hovedsak var relatert til vanskeligheter med å håndtere kreft relaterte helsetjenester og manglende kontinuitet innen kreft omsorgen. En viktig oppgave for hjelperen er å informere og undervise klart og godt om sykdommen og behandling, videre så gir god informasjon trygghet og hjelper pasienten til å forutse det som skal skje (Eide og Eide 2006). Ut ifra Fogarty et. al (2007) er dette er et område der sykepleiere kan føre til personsentrert omsorg og potensielt øke tilfredshet ved hvordan ventetiden er administrert. Det er viktig å gi rom for konsultasjoner og utpeke en bestemt fagperson som pasienter og deres pårørende kan ta kontakt med per telefon eller ved et personlig møte (Liao et. al 2007). Dette for å stille spørsmål, dele frykt og bekymringer, og for å avklare eventuelle avvik fra deres opplevelse og fakta (Liao et. al 2007).

Fogarty et. al (2007) uttaler at strategier som retter seg mot kontakt med klienter gjennom prevurderings klinikker, det å gi skrevet informasjon og et kontaktpunkt kan virke som en selvfølge men er nå tydelig oversett i en travel helsetjeneste. Videre i studien til Fogarty et. al (2007) blir det sagt at dette er et område der sykepleiere kan lede an i utførelsen av

person sentrert omsorg og potensielt øke tilfredshet av hvordan ventetiden blir mestret. Informasjon gir et grunnlag for oversikt og helhetlig vurdering av situasjonen, dermed bidrar det også til å styrke opplevelsen av kontroll (Eide & Eide 2006).

Landmark et. al (2008) foreslår at helsetjenesten som er levert av brystdiagnostisk senter skulle vært basert på krav definert av kvinner med brystkreft. I tillegg til medisinsk behandling, så burde tjenester møte kvinnens behov for kunnskap og psykososial støtte i tiden de får diagnosen, under og etter behandling. Landmark et. al (2008) understreker også behovet for å inkludere de emosjonelle og sosiale perspektivene i den nasjonale standarden for brystkreft diagnose og behandling.

Dette kan hjelpe sykepleiere og andre profesjonelle innen helsetjenesten med en dypere forståelse av kvinnens krav når de må møte utfordringer relatert til brystkreft. Videre gir det et grunnlag for utviklingen av en bruker laget helsetjeneste (Landmark et. al 2008).

Kunnskaper om psykologisk stress, følelser og mestring kan gi et grunnlag for hvordan sykepleieren kan nærme seg pasient og pårørende. Når kontakt er etablert, kan hun få frem noen holdepunkter for hva pasient og pårørende opplever (Moesmand & Kjøllesdal 2007).

I studiet til Dubois et. al (2008) kom det fram at individer som fikk mer intens kreftinformert støtte (ansikt til ansikt og teknologisk informasjon IT) brukte mer tid sammen med sykepleiere. Ut ifra Dubois et. al (2008) så hadde kvinner med brystkreft som mottok IT intervensjon betydelig mer tilfredsstillelse over tid, dette fordi det er lett tilgjengelig og lett å forstå. Kvinner forklarte at de foretrakk direkte kontakt, som samtaler med sykepleiere, for mer personlig informasjon (Dubois et. al 2008). Kvinner med brystkreft som mottok IT intervensjonen rapporterte at de var mindre engstelige enn de som fikk vanlig informasjon. Disse deltakerne kan ha følt seg bedre forberedt til å stille spørsmål og til å takle spesifikasjoner og rammer rundt deres lidelse (Dubois et. al 2008). Ifølge Liao et. al (2007) ville det og komme tidlig i kontakt med pasienten og deres pårørende allerede før diagnosen, gi et godt utgangspunkt for et tillits forhold og videre samarbeid fram til behandling og under behandling. For å lette usikkerheten i den diagnostiske perioden ble ifølge Liao et. al (2007) kvinner med mistanke om brystkreft hjulpet ved at helsehjelpen kommer tidlig inn i bildet og forkorter ventetiden ved å kontakte dem så fort som mulig for å forklare det diagnostiske resultatet.

I forskning til Ödning et. al (2002) ble det observert at sykepleierne var lite inn i bildet hos kvinnene i ventetiden. Det viste seg at fåtallet av sykepleierne nevnte behovet for psykisk omsorg i kvinnens ventetid. Det er i følge Ödning et. al (2002) viktig å gjøre det mulig for sykepleierne til å forstå disse behovene kvinnen gir uttrykk for. Ut ifra Ödning et. al (2002)

hadde sykepleierne en travel hverdag, de hadde lite tid til å snakke med andre om deres egne opplevelser. Sykepleierne følte i studiet til Ödling et. al (2002) at de manglet støtte og undervisning til å mestre sine egne følelser og pasientens følelser. I følge Ödling et. al (2002) ga noen av sykepleierne uttrykk for at de av og til distanserte seg selv når de trodde det var nødvendig, for å fungere sin daglige situasjon, på jobb og hjem.

Kanskje bør de som ønsker det tilbys mulighet til å få en ny tid, for å kunne stille spørsmål og få gjentatt informasjon i løpet av kort tid. Sykepleierens informasjon var åttifem prosent godt fornøyd med. Var det fordi den var mer forståelig eller fordi pasienten da var mer mottakelig? Sannsynligvis begge deler. Noe som pasientene satte svært stor pris på og som ikke var forventet, var telefonkontakten med sykepleier i ventetiden før operasjonen. Tretti av trettien pasienter svarte at det hadde stor betydning for dem. Derfor er det all grunn til å fortsette med dette (Heggem 2004).

Ifølge Arman et. al (2002) var kvinners fortellinger rik på beskrivelser av erfaringer, av ny indre styrke og voksende selvtillitt som et resultat av tilpassningen laget i henhold til deres brystkreft. På samme tid, uavhengig av hvilket stadie av brystkreften kvinnen var i, var de lik i perspektiver om mening og død. Et interessant spørsmål fra Arman et. al (2002) var; hvordan kan vi støtte og ta vare på denne kunnskapen? Videre i Arman et. al (2002) studie spør man om helsepersonell er klar over disse styrkende prosessene og dets potensial i helbredelse, eller kan denne veksten blant pasientene bli misstolket å bli sett som en trussel ved å berøre omsorgspersoners egen sårbarhet?

I følge Liao et. al (2007) bør helsehjelpen kortes ned den tiden kvinner venter på det diagnostiske resultatet. Det bør tas initiativ til å sørge for pasienter og deres familie med informasjon i henhold til sykdommen, og kommunikasjons muligheter for å diskutere det diagnostiske resultatet. Videre sier Liao et. al (2007) at hvis helsetjenesten kommer godt og tidlig inn i bildet kan det å få en brystkreftdiagnose håndteres på en bedre måte både for pasienten, pårørende og helsepersonell. Sykepleiekunnskap må bidra til å skape forståelse for hvilke konsekvenser sykdommen har for den syke, og hvordan det oppleves å være syk. Det betyr at kunnskapen ikke bare må omfatte særtrekk ved ulike sykdommer, men også belyse hvordan ulike mennesker erfarer sin situasjon som syk og hjelpetrengende (Mekki & Pedersen 2005).

7.0 Konklusjon

Det å få en brystkreftdiagnose er en realitet mange tusen kvinner må forholde seg til hvert år. Gjennom studiet har forfatterne fått en økt forståelse av hvordan kvinners opplevelser og behov er ved nydiagnostisert brystkreft. Funnene som ble gjort i dette studiet viser at kvinner har en økt psykososial reaksjon som fører til at de har et stort behov for psykisk, sosial og emosjonell støtte og ivaretagelse. Ved mange funn viste det seg at sykepleiere og annet helsepersonell ikke var tilstede for å gi støtte og ivaretagelse i ventetiden for å understøtte kvinnens mestringsopplevelse. Forfatterne synes sykepleierne har for lite undervisning og for dårlig kunnskap rundt det å møte kvinner med nydiagnostisert brystkreft. Siden det i utgangspunktet er lite forsket på kvinnens opplevelser, reaksjoner og mestringsstrategier bør det forskes mer på dette.

Det behøves også videre forskning på å sette i verk tiltak og ressurser på psykososial støtte rundt kvinnene i perioden fra diagnose til behandling, da behovet for ivaretagelse viser seg å være stort. Sykepleieren har en unik mulighet til å støtte kvinner i deres kamp for livet. Sykepleieintervensjonene må være basert på pasientens behov. Hvis sykepleiere kan bli i stand til å støtte kvinner med nydiagnostisert brystkreft, så må de ta i betraktning meningen av eksistensielle problemer og måten pasienten mestrer sin nye situasjon.

Litteraturliste

Almås, Hallbjørg (red.).2007. *Klinisk sykepleie*. Bind 1. 3.utgave, 4.opplag. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Arman, M, Rehnsfeldt, A, Lindholm, L & Hamrin, E. 2002. The Face of Suffering Among Women With Breast Cancer- Being in a Field of Forces. *Cancer Nursing*, vol. 25 (2), 96-103.

Beatty, L, Oxland, M, Koczwara, B, & Wade, T, D. 2008. The psychosocial concerns and needs of women recently diagnosed with breast cancer: a qualitative study of patient, nurse and volunteer perspectives. *Health Expectations*, 11.331-342.

Bunkholdt, Vigdis. 2002. *Psykologi- en innføring for helse- og sosialarbeidere*.2.utgave Oslo: Universitetsforlaget.

Dalland, Olav. 2007. 4. Utgave. *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Dubois, S & Loiselle, C, G. 2008. Cancer informational support and health care service use among individuals newly diagnosed: a mixed methods approach. *Journal of evaluation in clinical practice*. 15 (2), 346-359.

Eide, Hilde Britt & Tom Melby Eide. 2006. 1.utgave, 12. Opplag. *Kommunikasjon i relasjoner Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.

Engesvik, Gøril. 2007. Ventetiden var ren terror. *Aftenposten*.05.05.07.

Foreningen for brystkreftopererte. 2009. <http://www.ffb.no/>. (Lest 02.08.2009).

Frölander- Ulf, Marie- Louise. 2006. Att drabbas av Bröstkancer. *Vård i fokus* 1:19-21.

Fogarty, C & Cronin, P. 2007. Waiting for healthcare: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 61 (4), 463-471.

Helsepersonelloven og pasientrettighetsloven med forskrifter. 2007. *Lov om pasientrettigheter*. Vedtatt 2. juli 1999 nr 63. 2007 MEDLEX Norsk helseinformasjon.

Heggem, Reidun. 2004. *Tilfredshet med mammapoliklinikken*. *Sykepleien*. 92(06): 36-39.

Heskestad, Stig & Lars, Tjemsland. 1996. En kvalitativ studie av kvinners akutte reaksjoner ved informasjon om brystkreftdiagnose. *Tidsskrift for Norsk Legeforening* nr. 9: 116.

Jensen, Ravnsbæk Anni. 2007. Ventetid i kreftbehandling - betyr det noget?. *Månedsskrift for praktisk lægegerning*. Volum 85. Side:1331-8.

Kilvik, Astrid & Liv Inger Lamøy. 2007. *Litteratursøking i medisin og helsefag. En håndbok*. Trondheim: Tapir Akademiske Forlag.

Knutstad, Unni & Birte Kamp Nielsen. 2006. *Sykepleieboken 2. Teoretisk- metodisk grunnlag for klinisk sykepleie*. 2.utgave, 1. Opplag. Oslo: Akribe AS.

Landmark, Bjørg, T. 2002. "Å leve med nydiagnostisert brystkreft" sett i et folkehelsevitenskaplig perspektiv. Høgskolen i Buskerud. Avdeling helsefag Drammen.

Landmark, B, T, Strandmark, M & Wahl, A, K. 2001. Living With Newly Diagnosed Breast Cancer- The Meaning of Existential Issues. *Cancer Nursing*, vol. 24, No. 3.

Landmark, B, Bøhler, A, Loberg, K, & Wahl, A. 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, 192-200.

Liao, M, N, Chen, M, Chen, S, C, & Chen, P, L. 2007. Healthcare and support needs of women with suspected breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*. 60 (3), 289-298.

Lindebrække, Kari & Norhild, Midtbø. 2003. *Sterk Dame. Kvinner, brystkreft og norsk helsepolitikk*. Oslo: Gjøvik Trykkeri.

Mekki, Tone Elin & Søren Pedersen. 2004. *Sykepleieboken 1. Grunnleggende sykepleie*. 2.utgave, 1. Opplag. Oslo: Akribe AS.

Moesmand, Ann Marie & Astrid Kjøllesdal. 2007. 2.utgave, 3.opplag. *Å VÆRE AKUTT KRISTISK SYK. Om pasientenes og de pårørendes psykososiale reaksjoner og behov*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Natvig, Randi-Susanne. 2000. *Sykepleie- ETIKK*. 2.utgave, 3. Opplag. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.

Norsk kreftforening. 2009. *Brystkreft/cancer mammae*.
<http://www.kreftforeningen.no/> (Lest 06.04.2009).

Nylenna, Magne. 2007. *Det store norske leksikon. I- M*. 2.utgave.
Oslo: Kunnskapsforlaget.

Olivotto, A, I, Bancej, C, Goel, V, Sinder, J, McAuly, R, G, Irvin, B, Kan, L, Mirsky, D, Sabine, M, J, McGilly, R & Caines, J, S. 2001. Waiting times from abnormal breast screen to diagnosis on 7 Canadian provinces. *Canadian Medical Association. Journal*. 7; 165, 3; ProQuest Medical Libry side 277.

Omsorg og kunnskap. Norsk kreftplan. Oslo: Statens forvaltingstjeneste, Norges offentlige utredninger, 1997. NOU 1997:20. (Lest 24.07.2009).

Ödling, G, Norberg, A & Danielson, E. 2002. Care of women with breast cancer on surgical ward: nurses` opinions of the need of support for women, relatives and themselves. Blackwell Science Ltd, *Journal of advanced Nursing*, 39(1), 77-86.

SAMDATA sektorrapport for somatisk spesialhelsetjeneste 2006.

<http://www.sintef.no/Projectweb/Startsiden/Rapporter/Rapporter-SAMDATA-Somatikk/>.

(Lest 09.08.2009).

Slettebø, Åshild. 2006. 3. Utgave, 4.opplag. *Sykepleie og etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Snoek, Jannike & Knut Engedal. 2008. 3. Utgave. 1. Opplag. *PSYKIARTI, Kunnskap – Forståelse – Utfordring*. Oslo: Akribe Forlag.

Sutton, L, B & Erlen, J, A. 2006. Effects of Mutal Dyad Support on Quality of life in women with Breast cancer. *Cancer nursing*. Volum 29(6): 488- 498.

Wyller, Vegard Bruun. 2006. *DET SYKE MENNESKET. Mikrobiologi, Patofysiologi, Farmakologi og Klinisk medisin*. 1.utgave, 2 opplag. Oslo: Akribe AS.

Åmås, Knut Olav. 2007. *Livet med kreft*. Merkur- Trykk A/S, Oslo: Aschehoug.

Vedlegg 1

Artikkel, Forfatter, Årstell, Land, Deltakere	Tittel	Hensikt	Metode	Konklusjon/ Resultat	Kvalitets- vurdering.
Forsknings artikkel Arman,M, Rehnsfeldt,A Lindholm,L og Hamrin,E 2002. Sverige og Finland. 16 deltakere.	<i>The face of suffering among women with breast cancer- Being in a field of forces.</i>	Belyse hvordan kvinners erfaringer med lidelsen er i forhold til indre eksistens og verdier.	Kvalitativ, intervju med 16 kvinner fra Sverige og Finland.	Eksistensielle spørsmål var reist i forhold til livet, døden og meningen med livet. I lidelsen var kvinners avhengighet ved signifikante andre fremtredende. Forskjellige faser av lidelsen som var relatert til diagnosen kan fortsatt være ukjent for helsepersonell som jobber med kreftomsorg.	*
Forsknings- artikkel Liao,M,N Chen,M,F Chen,S,C & Chen,P,L 2007 Taiwan 127 kvinner.	<i>Healthcare and support needs of women with suspected breast cancer.</i>	Undersøke forandringer i helsesektoren og støtte behov i diagnose perioden fram til behandling.	Kvalitativ. Spørreskjema hos 127 kvinner.	Deltakerne hadde et høyt behov både før og etter diagnosen. Størst behov viste seg i domener av helsetjenesten, oppfølging og konsultasjoner samt informasjon om sykdommen.	*
Forsknings artikkel Beatty,L, Oxlad,M, Koczwara,B & Wade,T,D 2008 Australia	<i>The psychosocial concerns and needs of women recently diagnosed with breast cancer.</i>	Kartlegge kvinners psykososiale velvære, inkludert fysiske, sosiale og emosjonelle funksjoner.	Kvalitativ. Fokus grupper, pasienter nylig diagnostisert, onkologi sykepleiere og frivillige ved støtte sentraler.	Et bredt utvalg av psykososiale bekymringer og behov var diskutert. 4 spesifikke bekymringer var identifisert. Mestring med bivirkning med håndtere av selvbildet endres, stress og justerings reaksjoner.	*
Forsknings artikkel Ödling G, Norberg A &	<i>Care of women with breast cancer on a surgical ward: nurses`</i>	Å belyse sykepleiernes ståsted, meningen for behovet for	Kvalitativ. Intervju med 31 sykepleiere	Behov blant kvinnene og deres pårørende ses til ikke å være fullt ut kjent for sykepleiere	*

Danielson E. 2002 Sverige 31 sykepleiere	<i>opinions of the need for support for women, relatives and themselves</i>	omsorg og støtte. Samt deres eget behov for støtte.		og derfor muligens ikke ble oppfylt.	
Forskningsartikkel Dubois,S & C Loiselle,C,G 2008 Canada	<i>Cancer informational support and health care service use among individuals newly diagnosed.</i>	Å belyse kvinners behov for informasjon og støtte	Kvalitativ og kvantitativ metode ble anvendt.	Individer som mottok mer kreft informasjon, støtte gjennom IT og ansikt til ansikt tilbrakte mer tid med spl. Negative opplevelse med psykolog var rapportert.	*
Forskningsartikkel Landmark,B,T Strandmark,M & Wahl,A,K 2001 Norge 10 deltakere	<i>Living With newly diagnosed breast cancer – The meaning of existential issues</i>	Å forstå kvinners erfaringer samt få kunnskap om hvordan de opplever å få diagnosen brystkreft	Kvalitativ	Eksistensielle aspekter som viljen til å leve er et sentralt tema i utvinning og overlevelse. Foreslår at helsepersonell ved å øke deres bevissthet om eksistensielle aspekter forbundet med viljene til å leve, kan hjelpe kvinnene og deres familie i å utvikle mestringsstragier.	*
Forskningsartikkel Fogarty,C & Cronin,P 2007 Ireland	<i>Waiting for healthcare</i>	Å få fram pasientens perspektiv på å vente på helsehjelp.	Konsept analyse. Gjennomgang av databasene PubMed og CINAHL fra 1950 til 2007.	Strategier som retter kontakt med pasienter gjennom pre- vurdering klinikker og gi skriftlig informasjon gjennom et kontakt punkt kan virke opplagt men blir for oversett i et travelt helsemiljø.	*
Forskningsartikkel Sutton,L,B & Erlen,J,A 2006 Florida. 62 kvinner.	<i>Effects of mutual dyad support on Quality of life in women with breast cancer</i>	Og finnet ut om kvinner som har gjennomgått en brystkreft diagnose kunne hjelpe og støtt kvinner med nydiagnostisert brystkreft	Kvantitativ. Kontakt logger ble analysert	Samtalene viste at det var fokus på helse og funksjon i forhold til de nydiagnostiserte gjennom erfaringene med de som hadde gjennom gått denne diagnosen. Spl	*

				trenger å evaluere den eksisterende sosiale nettverks støtte av pasienter og vurdere behovet for støtte gjennom andre som har gjennomgått samme diagnose.	
Forsknings artikkel Olivotto,I,A Bancej,C Goel,V Sinder,J McAuley,R,G Irvine,B Kan,L Mirsky,D Sabine,M,J Renée MaGilly,R & Caines,J,S 2001. Canadisk 13 958 kvinner	<i>Waiting times from abnormal breast screen to diagnosis in 7 Canadian provinces</i>	Å undersøke hvor lenge kvinner venter på å få en diagnose fra mammografi undersøkelse til påvist diagnose	Kvantitativ Innsamling data gjennom canadisk mammografi database av 13 958 kvinner	Kvinner som gjennomgår mammografi undersøkelse med unormale funn resulterer å vente mange uker for en diagnose	*
Forsknings artikkel Landmark,B,T Bøhler,A Loberg,K & WahlA,K 2008 Norge 7 kvinner.	<i>Women with newly diagnosed breast cancer and their perception of need in a health- care context.</i>	Å undersøke hvordan kvinner med nyoppdaget brystkreft erfarte behovet for sammenheng med helsevesenet	Kvalitativ Fokus grupper for å identifisere kvinners perspektiver for behov	Kvinner beskriver erfaringer med at de har et behov for kunnskap og behov for psykososial støtte. Kunnskap og støtte til fysisk, emosjonell og sosiale perspektiver i daglig livet, disse hadde innvirkning på kvinnens emne til å mestre endringer i livssituasjonen.	*

SJEKKLISTE FOR Å VURDERE KVALITATIV FORSKNING

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

*Kan vi stole på resultatene?
Hva forteller resultatene?
Kan resultatene være til hjelp i min praksis?*

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på de ulike punktene.

Referanser:

1. Critical Appraisal Skills Programme. www.phru.org.uk/~casp
2. Greenhalgh T, Taylor R. Papers that go beyond numbers. *BMJ* 1997; 7110 (315)
3. Seers K. *Qualitative research. In Evidence- Based Practice. A Primer for Health Care Professionals.* Churchill Livingstone, Edinburgh 1999
4. Malterud K. The art and science of clinical knowledge: evidence beyond measures and numbers. *Lancet* 2001;358:397-400.

INNLEDENDE SPØRSMÅL

<p>1. Er formålet med studien tydelig?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Går det klart fram hva som blir studert? • Er dette en interessant eller relevant problemstilling? 	<p>Ja</p> <p>O</p>	<p>Uklart</p> <p>O</p>	<p>Nei</p> <p>O</p>
<p>2. Er en kvalitativ tilnærming hensiktsmessig?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Har problemstillingen som mål å forstå og fortolke, eller beskrive fenomen eller subjektive erfaringer eller synspunkter? 	<p>Ja</p> <p>O</p>	<p>Uklart</p> <p>O</p>	<p>Nei</p> <p>O</p>

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?

<p>3. Er det tilfredsstillende beskrevet hvordan og hvorfor utvalget ble valgt?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <p>I strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Finnes det en beskrivelse og en overbevisende legitimering av utvalget som blir gjort? • Er det gjort rede for hvem/hva som ble valgt ut og hvorfor? • Er det gjort rede for hvor mange som ble valgt og hvorfor? • Er det gjort rede for hvorfor noen valgte ikke å delta? 	<p>Kommentar:</p>
<p>4. Var datainnsamlingen tilstrekkelig for å gi et helhetlig bilde av fenomenet?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <p>Datainnsamlingen må være omfattende nok både i bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Går det klart fram hvilke metoder som ble valgt for å samle data? For eksempel feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), dokumentanalyse. • Er metoden som ble valgt den beste for å belyse problemstillingen? 	<p>Kommentar:</p>

<p>5. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</p> <p><i>TIPS:</i> Forskningsresultatene blir nødvendigvis påvirket av perspektivet til forskeren. I tillegg vil konteksten som datainnsamlingen foregår innenfor påvirke resultatene.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Har forskeren gjort rede for konteksten som datainnsamlingen foregikk innenfor? • Har forskeren gjort rede for sitt teoretiske ståsted og sin faglige bakgrunn? 	<p>Kommentar:</p>
<p>6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</p> <p><i>TIPS:</i> En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data og kategoriene som forskeren har kommet fram til? 	<p>Kommentar:</p>
<p>7. Er det blitt gjort forsøk på å underbygge data (funnene)?</p> <p><i>TIPS:</i> Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller å få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt likt uttrykk. Imidlertid bør slike forskjeller forklares tilfredsstillende.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge data? 	<p>Kommentar:</p>
<p>8. Er etiske forhold vurdert ?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ble studien forklart for deltagerne? • Ble studien forelagt Etisk komite? 	<p>Kommentar:</p>

HVA ER RESULTATENE?

<p>8. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Kan du oppsummere hovedfunnene?</i>• <i>Ble funnene diskutert i lys av det opprinnelige formålet med studien?</i>	<p>Kommentar:</p>
---	--------------------------

KAN RESULTATENE BRUKES I MIN PRAKSIS?

<p>9. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?</p> <p><i>TIPS:</i> <i>Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. Isteden kan resultatene gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.</i></p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Kan resultatene hjelpe meg til bedre å forstå sammenhengen jeg arbeider i?</i>• <i>Drøft hvordan funnene kan utvide eksisterende kunnskap og forståelse?</i>	<p>Kommentar:</p>
---	--------------------------

**SJEKKLISTE FOR VURDERING AV EN
RANDOMISERT KONTROLLERT STUDIE
(RCT)**

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

*Kan vi stole på resultatene?
Hva forteller resultatene?
Kan resultatene være til hjelp i praksis?*

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på de ulike punktene.

Referanser:

- Guyatt G, Rennie D. The Evidence-Based Medicine Working Group. Users' Guides to the medical literature. JAMA & Archives Journals, AMA Press, 2002.
- Critical Appraisal Skills Programme.
<http://www.phru.nhs.uk/Pages/PHD/CASP.htm>

INNLEDENDE SPØRSMÅL

1. Er formålet med studien klart formulert?	Ja 0	Uklart 0	Nei 0
2. Er en randomisert kontrollert studie et velegnet design for å besvare spørsmålet?	Ja 0	Uklart 0	Nei 0

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE

3. Ble utvalget fordelt til de ulike gruppene ved bruk av tilfredsstillende randomiseringsprosedyre? <i>TIPS:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Randomiseringsprosedyren bør være beskrevet • Randomiseringsprosedyren er tilfredsstillende dersom den er skjult for den som fordeler (eks lukkede konvolutter, dataprogram, tabeller etc) • Se om gruppene er like ved oppstart av studien (etter randomisering) med hensyn til f.eks alder, kjønn, sosial klasse, smerter, funksjon 	Ja 0	Uklart 0	Nei 0
4. Ble gruppene behandlet likt bortsett fra tiltaket som evalueres? <i>TIPS:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Eventuelle tilleggstiltak bør unngås eller være like i gruppene som sammenlignes. • For å unngå forskjellsbehandling, er det beskrevet om tiltakene ble gjennomført i forhold til en protokoll? 	Ja 0	Uklart 0	Nei 0
5. Ble deltakere, helsepersonell og utfallsmåler blindet mht. gruppetilhørighet? <i>TIPS:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Det er ikke alltid mulig å blinde deltagere (pasienten) og helsepersonell (de som gir tiltaket) – men man bør vurdere om blinding var mulig. • Subjektive utfallsmål (f. eks. smerte eller funksjon) har økt risiko for bias, hvis ikke blinding. • Den som måler utfallet kan som regel blindes. 	Ja 0	Uklart 0	Nei 0

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE *forts.*

	Ja	Uklart	Nei
<p>6. Ble alle deltakerne gjort rede for ved slutten av studien?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Var det stort frafall, - og er frafallet likt fordelt i gruppene?</i> • <i>Er grunner for frafall beskrevet?</i> • <i>Er frafallet tatt hensyn til i analysen?</i> • <i>Ble alle deltakerne i studien analysert i den gruppen de ble randomisert til (intention to treat)?</i> 	0	0	0

HVA FORTELLER RESULTATENE?

<p>7. Hva er resultatene?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Kan du oppsummere resultatene for de viktigste utfallene i en setning?</i> • <i>Hva er effektestimatet for de ulike utfallsmålene? Kan gis som gjennomsnitt (mean), middelvei (median), prosent, RR, NNT etc..</i> • <i>Er det en viktig forskjell?</i> 	
<p>8. Hvor presise er resultatene?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Er det oppgitt p-verdi?</i> • <i>Se på bredden av konfidensintervallet i forhold til minimal viktig effekt</i> 	

KAN RESULTATENE VÆRE TIL HJELP I MIN PRAKSIS ?

	Ja	Uklart	Nei
<p>9. Kan resultatene overføres til praksis?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Er personene som er inkludert i denne studien representatve for de du møter i egen praksis? • Er tiltaket detaljert nok beskrevet og gjennomførbart? • Er det sannsynlig at tiltaket kan påvirke utfallet?(Vurder for eksempel dose, varighet) • Er tiltaket akseptabelt for brukerne? 	0	0	0
<p>10. Ble alle viktige utfallsmål vurdert i denne studien?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tenk på om utfallsmålene er relevante dersom du er en pasient, pårørende, politiker, ekspert eller kliniker • Ble utfallene målt med pålitelige målemetoder? 	0	0	0
<p>11. Bør praksis endres som en følge av resultatene i denne studien?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Er nytten av tiltaket verdt kostnadene og eventuelle bivirkninger? • Støttes resultatene i en systematisk oversikt? 	0	0	0