



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

**Kvinners mestringsstrategier i forbindelse med cancer
mammar**

**Womens coping strategies associated with cancer
mammar**

Bente Jøssund og Solveig Rødsjø

Totalt antall sider inkludert forside: 56

Molde, 04.06.2013



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Tone Hegdal

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: 22.03.2013

Antall ord: 11.150

SJUK

*Ordet som får pulsen til å rasa
medan tårene sprett
og framtida raknar*

*kroppen invadert av eit vondarta
framandlegeme
som tek kontrollen*

*du synk og synk
før du kjenner ei hand
som knip trygt og hardt
og ser opp på auge med håp*

*ikkje slik du tenkte
tilbringe dagane framover
Men det blir ikkje for alltid
For denne kampen klarar du!*

*og etterpå kjem vissa
om at livet er dyrebart
du nyt kvar dag og drope
i takksemd for det andre ordet*

frisk

Dikt av Kristin S. Audestad

Sammendrag

Bakgrunn: Cancer mammae er den hyppigste kreftformen som rammer kvinner i dagens samfunn. I 2010 ble det påvist 2839 nye tilfeller av cancer mammae i Norge. På grunn av økt forskning, god diagnostikk, bedre behandling og tidlig oppdagelse av symptomer er overlevelsesprosenten økt hos cancer mammae pasienter. Først og fremst er det kvinner over 50 år som rammes av cancer mammae. Disse utgjør cirka 70% av cancer mammae tilfellene. Bare 5,6% av de nyoppdagede krefttilfellene forekommer hos kvinner under 40 år. Hos kvinner med cancer mammae er det spesielt viktig å møte kvinnen på hennes premisser, og å gi individuell og tilpasset sykepleie.

Hensikt: Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse hvordan kvinner anvender mestringsstrategier i forbindelse med cancer mammae.

Metode: Metoden som er brukt i oppgaven er en systematisk litteraturstudie. Oppgaven omfatter 3 kvalitative artikler, 5 kvantitative artikler og 2 kvalitative artikler med kvantitativ tilnærming.

Resultat: Hovedfunnene i vår studie er at opplevelsen av å ha folk rundt seg som oppleves støttende for kvinnen, er viktig for mestringsprosessen. Studien viser også at meningsfulle aktiviteter hjelper kvinnen med mestring.

Konklusjon: Resultatet i dette systematiske litteraturstudiet viser at sosial støtte oppleves som viktig under hele sykdomsprosessen. Familie og venner har en sentral rolle i hvordan kvinner mestrer sykdommen. Det at kvinnene fikk bruke tid på meningsfulle aktiviteter som betydde noe for dem var også noe som hjalp kvinnen i deres mestringsprosess.

Nøkkelord: Brystkreft, cancer mammae, kvinner, mestring og mestringsstrategier.

Abstract

Background: Breast cancer is the most common cancer affecting women in today`s society. In 2010 it was discovered 2839 new cases of breast cancer in Norway. Because of the increased research, good diagnosis, better treatment and early detection of symptoms, it is very good survival in breast cancer patients. First and foremost, there are women over 50 who are affected of breast cancer. This represents approximately 70% of breast cancer cases. Only 5,6% of the newly detected cancers is in women under 40 years. In patients with breast cancer, it is especially important to meet the patient on her own terms, and to provide individual and personalized nursing.

Aim: The aim of this systematic literature review is to examine how women use coping strategies in dealing with breast cancer.

Method: The method used in this paper is a systematic literature review. The mission includes three qualitative articles, five quantitative articles and 2 qualitative articles with quantitative approach.

Results: The main findings of our study showed that the experience of having people around who were supportive to the women, were important for their coping process. The study also shows that meaningful activities also help women cope.

Conclusion:

Through our literature review it was revealed that the experience of social support was important during the illness. Family and friends have an important role in how the women cope. To use time at meaningful activities which meant something to women, was also helpful in their coping process.

Keywords: Breast cancer, breast neoplasm, women, coping and coping strategies

Innhold

1.0	Innledning	1
1.1	Hensikt.....	1
2.0	Teoribakgrunn	2
2.1	Cancer mammae	2
2.2	Behandlingsformer	4
2.3	Opplevelser og reaksjoner på å få diagnosen kreft.....	6
2.3.1	Krise og krisereaksjoner.....	6
2.3.2	Stress og sykdom.....	7
2.3.3	Endringer i kroppsbilde.....	8
2.3.4	Mestring	8
3.0	Metodebeskrivelse	11
3.1	Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	11
3.1.1	Begrunnelse for inklusjons og eksklusjonskriterier	11
3.2	Datainnsamling.....	12
3.2.1	PO-skjema	12
3.2.2	Databaser.....	13
3.2.3	Søkestrategi	13
3.2.4	Søkeshistorikk	14
3.3	Kvalitetsvurdering av artikler.....	14
3.3.1	Etisk vurdering.....	15
3.3.2	Artikler som ble ekskluderte	15
3.4	Analyse	15
4.0	Resultat	16
4.1	Mestring.....	16
4.1.1	Betydningen av sosialt nettverk ved mestring	17
4.1.2	Følelser knyttet til mestring av cancer mammae.....	19
4.1.3	Mestring i hverdagen.....	20
5.0	Metodediskusjon	22
5.1	Søkestrategier	22
5.2	Kvalitetssikring av artikler	22
5.3	Analyse	23
5.4	Etiske overveielser.....	23
6.0	Resultatdiskusjon	24
6.1	Betydningen av sosialt nettverk ved mestring.....	24
6.2	Følelser knyttet til mestring av cancer mammae	26
6.2.1	Tilbakeholdelse eller gi uttrykk for følelser	26
6.2.2	Se positivt på situasjonen	28
6.3	Mestring i hverdagen	29
7.0	Konklusjon	31
8.0	Litteraturliste	33

Vedlegg

Vedlegg 1: søkehistorikk

Vedlegg 2: Artikkel-oppsummering

1.0 Innledning

Cancer mammae er den hyppigste kreftformen som rammer kvinner i dagens samfunn. I 2010 ble det påvist 2839 nye tilfeller av cancer mammae i Norge (Kreftregisteret). På grunn av økt forskning, god diagnostikk, bedre behandling og tidlig oppdagelse av symptomer er overlevelsesprosenten økt hos cancer mammae pasienter. Først og fremst er det kvinner over 50 år som rammes av cancer mammae. Disse utgjør cirka 70% av cancer mammae tilfellene. Bare 5,6% av de nyoppdagede krefttilfellene forekommer hos kvinner under 40 år (Sørensen og Almås 2011).

Hos pasienter med cancer mammae er det spesielt viktig å møte kvinnen på hennes premisser, og å gi individuell og tilpasset sykepleie (Sørensen og Almås 2011). Vi har valgt å fokusere på mestringsstrategier, fordi vi synes det er et interessant område. Vi tror at pasientene vil fokusere mer på mestring, og på det som skal skje videre etter at sjokket over diagnosen har lagt seg. Dette er en gruppe pasienter som man kan møte på sykehus og i kommunale tjenester. Vi mener det er viktig å kjenne til mestringsstrategier til disse pasientene for at de skal kunne se fremover. Vi valgte å fokusere på cancer mammae fordi vi ser at det er et økende antall tilfeller i vår sosiale omgangskrets, og at vi ser at behandling og overlevelsesprosenten blir bedre. Fokuset i media har økt, og dette var også en innvirkende faktor på vårt valg. Forforståelse vi hadde med oss inn i oppgaven var at denne typen pasienter er en raskt voksende gruppe som har behov for god støtte ved innleggelse i institusjon. Vi trodde også at forskningen ville skille mer på alder enn hva som er gjort og at det ville være mer spesifikke mestringsstrategier til hver enkelt aldersgruppe.

Vi har valgt å bruke pasientperspektivet, da vi mener at dette er det som forteller mest om pasientenes følelser og opplevelser.

1.1 Hensikt

Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse hvordan kvinner anvender mestringsstrategier i forbindelse med cancer mammae.

2.0 Teoribakgrunn

2.1 *Cancer mammae*

Ved cancer mammae befinner det seg en ondartet svulst i brystkjertelen (Sørensen og Almås 2011). Cancer mammae er den hyppigste formen for kreft blant norske kvinner, og denne kreftformen utgjør 23 % av krefttilfeller hos kvinner (Wist 2010). Årlig oppdages det ca. 2800 nye tilfeller av denne sykdommen her i landet. Selv om overlevelsesprosenten har økt i løpet av det siste tiåret, dør likevel ca. hver fjerde pasient med cancer mamme som følge av sykdommen. Kvinner over 50 år er de som først og fremst blir rammet av sykdommen, da ca. 70 % av tilfellene fins i denne aldersgruppen. Kun 5,6 % inntreffer hos kvinner under 40 år (Sørensen og Almås 2011).

Cancer mammae er den kreftformen som blir forsket mest på i dag, og cancer mammae kan nå oppdages tidligere. Jo mindre svulsten i brystet er, jo bedre prognose (Sørensen og Almås 2011).

Det finnes risikofaktorer i forhold til å utvikle cancer mammae, og disse er:

- Kjønn
- Alder
- Første menstruasjon i tidlig alder
- Sen menopause
- Hormonbehandling ved overgangsalder
- Graviditet etter 35 år eller ingen graviditet
- Lengdevekst over gjennomsnittet
- Overvekt
- Inntak av alkohol hver dag
- Familieanamnese
- Stråling som er ioniserende
- Kreft tidligere i ett bryst, øker risikoen for å få kreft i det andre brystet (Sørensen og Almås 2011)

Det tidligste og mest vanlige symptomet på cancer mammae, er at man kjenner en eller flere faste kuler i brystet eller armhulen. Etterhvert kan også andre symptomer komme:

- Brystvorten blir trukket innover
- Appelsinhud
- Klar eller blodtilblandet væske fra brystvorten
- Forandringer i huden over brystkjertelen
- Sår med dårlig grohold på huden rundt brystet
- Assymetri i brystets kontur og størrelse som ikke har vært der tidligere (Sørensen og Almås 2011, Wist 2010).

Avhengig av hvor langt sykdommen har utviklet seg, blir kreft inndelt i fire stadier. Disse stadiene blir brukt for å vurdere hvilken behandling pasienten skal ha og samtidig vurdere prognosen. Stadiene er:

- Stadium I – lokal vekst
- Stadium II – infiltrerende vekst i et organ
- Stadium III – metastaser til regionale lymfeknuter
- Stadium IIII – metastaser til andre organer

Behandlingsmuligheter og prognose er best i stadium I og dårligst i stadium IIII (Jacobsen et al. 2009).

Det er nå gode behandlingsmuligheter for cancer mammae her i Norge. Risikoen for å dø av denne sykdommen er nesten bare en tredel av hva den var i slutten av 1950-årene. Men cancer mammae er en uforutsigbar sykdom, da det kan komme tilbakefall etter så lang tid som 30 år. Statistikk gir et dårlig grunnlag for hvor lenge man kan leve etter å ha fått påvist fjernmetastaser. Medianoverlevelsen er ca. 2-3 år, avhengig av hvor metastasene befinner seg. Imidlertid er det gode indikasjoner på at man lever lengre nå enn for 15 år siden. Siden begynnelsen av 1990-årene har undersøkelser i Canada fastslått en økning på 30 % i medianoverlevelse, og denne økningen skyldes nye legemidler som aromatasehemmere, trastuzumab og taxaner (Wist 2010). Aromatasehemmere er en type legemidler som hemmer østrogen, og som hører inn under endokrin behandling. Trastuzumab hører til antistoffbehandling, og blir gitt ved svulster som er HER2- positive. Dette er en aggressiv type kreft, som er forbundet med kortere overlevelse. Taxaner hører til cytostatikagruppen (Sørensen og Almås 2011).

2.2 Behandlingsformer

Hovedbehandlingen for cancer mammae er kirurgi. Ved brystbevarende kirurgi fjerner man svulsten og vevet omkring. Man vil også undersøke om det er spredning til aksillen. Dette gjøres ved vaktpostlymfeknuteteknikk (Wist 2010). Vaktpostlymfeknuten er den første lymfeknuten i aksillen som tar imot lymfe fra tumorområdet. Det er en svært liten sannsynlighet for spredning til andre lymfeknuter i aksillen, om det ikke er spredning til vaktpostlymfeknuten. Denne finner man ved å injisere et radioaktivt stoff rundt tumor dagen før operasjon. En blåfarge blir også injisert, som følger lymfebanene til den samme vaktpostlymfeknuten, som gjør det lettere for kirurgene å se hvilken lymfeknute som er vaktpostlymfeknuten. Knuten blir tatt ut, sendt til fryseseisningsundersøkelse, mens pasienten blir holdt i narkose. Skulle det vise seg å være spredning til vaktpostlymfeknuten, vil en da fjerne mest mulig av lymfeknutene, da det kan være tegn på at øvrige lymfeknuter i aksillen også kan være tumorinfiltrert (Sørensen og Almås 2011, Jacobsen et al. 2009, Wist 2010).

Ved brystbevarende operasjon får kvinnen beholde brystet, men trenger da strålebehandling postoperativt, da det kan være kreftceller igjen i brystet. Dette gjør man for å redusere risikoen for tilbakefall av kreft i brystet som har blitt operert. Ablatio mammae eller mastektomi er en operasjon hvor hele brystkjertelen blir fjernet (Sørensen og Almås 2011).

Etterbehandling eller tilleggsbehandling avhenger av flere faktorer:

- Alderen på kvinnen
- Type operativ behandling
- Egenskaper i cancer mammae cellene
- Størrelsen av svulstvevet
- Menopausal status
- Spredning til lymfeknuter i aksillen (Sørensen og Almås 2011).

Som nevnt tidligere, får alle kvinnene som har fått utført brystbevarende operasjon, stråling postoperativt. Hensikten er å hindre lokalt tilbakefall, og strålebehandlingen starter

vanligvis 6-8 uker etter operasjonen. Man vet også nå at risikoen for å dø av cancer mammae reduseres ved denne behandlingen (Sørensen og Almås 2011, Wist 2010).

Cytostatikabehandling blir gitt etter visse kriterier. Kriteriene er at kvinnene er under 55 år og har spredning til en eller flere lymfeknuter i aksillen, eller at de har en aggressiv svulst over en viss størrelse. Så lenge svulsten ikke er hormonfølsom, får eldre kvinner som er opptil 70 år, cytostatika hvis de oppfyller de samme kriteriene. Det blir nesten alltid gitt cytostatika til kvinner under 35 år. Denne behandlingen starter innen 6 uker etter operativ behandling (Sørensen og Almås 2011).

Det blir tilbudt endokrin behandling til kvinner som har økt risiko for tilbakefall og som har reseptorer for østrogen og/eller progesteron. Disse reseptorene blir da blokkert med et antiøstrogen, som fører til at østrogenet ikke lenger kan stimulere cellene. Det fører til en bedre sjanse for å overleve sykdommen, og denne behandlingen blir gitt i flere år etter operasjonen. Aromatasehemmere kan brukes hos postmenopausale kvinner med svulster som har reseptorer for østrogen og/eller progesteron, altså reseptorpositiv. Disse legemidlene hemmer østrogen på en annerledes måte, men ved å bruke disse, kan enkelte kvinner bli utsatt for leddsmerter. Man kan få beinskjørhet, og derfor skal man gjennomgå en beintetthetsmåling før man starter med disse legemidlene. D-vitamin og kalsium blir gitt profylaktisk mot beinskjørhet (Wist 2010, Sørensen og Almås 2011).

Antistoffbehandling blir gitt ved cancer mammae svulster som betegnes som HER2-positive. Ca. 20 % av cancer mammae svulstene er HER2-positiv, og på grunn av dette kan økt forekomst av vekstfaktor påvises. Dette gjør at disse svulstene er mer aggressive, og fører dermed til større risiko for tilbakefall av sykdommen. Trastuzumab vil bli gitt som etterbehandling i disse tilfellene sammen med annen behandling. Denne behandlingen gir få bivirkninger, og gis i form av injeksjoner hver tredje uke og fortsetter over et år (Sørensen og Almås 2011).

2.3 *Opplevelser og reaksjoner på å få diagnosen kreft*

I dette kapitlet vil vi ta for oss forskjellige krisereaksjoner som kan oppstå ved en cancer mammae diagnose. Vi vil også fortelle om stress ved sykdom, hva endringer i kroppsbildet kan føre til, og til slutt mestring.

2.3.1 Krise og krisereaksjoner

Under dette kapitlet vil vi nå ta for oss krise og krisereaksjoner. Vi har valgt å fokusere på bearbeidelsesfasen og nyorienteringsfasen. Vi valgte bort sjokk og reaksjonsfasen da dette ofte oppstår tidlig i sykdomsforløpet.

2.3.1.1 Krise

Det å få en kreftdiagnose utløser de samme stressreaksjonene som etter katastrofer og ulykker (Sørensen og Almås 2011). Faktorer som vil ha betydning for hvordan den enkelte opplever å få brystkreft er mange. Er det en helbredelig sykdom? Hvilken behandling må man igjennom, og hva kan være konsekvensene av denne behandlingen? Hvor lenge kan man forvente å leve? Dette kan være noe av spørsmålene kvinnene stiller seg selv. Det vil også ha betydning hvilken personlighet man har, og hvordan deres sosiale situasjon er (Kvåle 2002). Kvinnene vil gå igjennom forskjellige faser og lengdene på disse vil variere, og man kan også gå fram og tilbake mellom fasene. Man starter med sjokkfasen, deretter reaksjonsfasen, og etterhvert bearbeidelsesfasen, og til slutt nyorienteringsfasen (Sørensen og Almås 2011). Kvinnene som får en brystkreftdiagnose kan bli rammet dobbelt psykologisk, ved usikkerheten om kreften har spredd seg, smerter og død, og også tanken på endring av utseende og kvinnelighet (Sørensen og Almås 2011).

2.3.1.2 Bearbeidelses – eller reparasjonsfasen

I denne fasen starter man gradvis å gi opp forsvaret og i stadig større grad åpne seg opp for de følelsene og reaksjonene man har, uten å bli overveldet. Det som har skjedd blir bearbeidet, og blir snakket om, om og om igjen. Mange vil forsøke å finne en mening med sykdommen, og spekulere på hva man har gjort for å fortjene dette (Myskja 2005, Eide og Eide 2008).

2.3.1.3 Nyorienteringsfasen

I denne fasen har man kommet til en aksept av situasjonen og skal forsøke å leve videre. Man vil fortsatt ha minnene over det som har vært, og tanken på det vonde som har skjedd kan fortsatt dukke opp. Nå er disse minnene en del av personens liv, og hun kan nå forsøke å fokusere på det som er viktig i livet (Eide og Eide 2008, Myskja 2005).

2.3.2 Stress og sykdom

Det å bli diagnostisert med cancer mammae, kan utløse både fysiologiske og psykiske stressreaksjoner ved den første sykdomsfasen. Behandlingsstrategier og prognose er også noe som kan utløse disse stressreaksjonene (Reitan 2010a). Stress er noe som er en belastning på personens ressurser. En ytre påkjenning som blir oppfattet av sanseapparatet, utløser en følelsesmessig stressrespons, som for eksempel frykt. Hjertebank, rask pust, muskelspenning o.l. blir utløst av en fysiologisk stressrespons. Ved stress er psykobiologiske mekanismer som immunsystemet, det endokrine systemet og det autonome systemet virksomme (Reitan 2010a). I Reitan (2010a) henviser de til Antonovsky, som mener at stressfaktorer er en del av livet. De er en del av tilværelsen, og de er også uunnværlige kilder for at vi menneskene skal lære, vokse og utvikle oss. Det blir også henvist til Lazarus og Folkman, hvor de mener at det er individuelt hva som oppleves som stress. De mener at man kan mestre stress ved:

- å gjøre noe direkte
- å søke etter informasjon
- å forsøke å føle seg bedre
- bevisst unngå å gjøre noe
- å forsøke å forandre sitt syn på situasjonen (Reitan 2010a).

Dersom den enkelte skal mestre kravene som følger med stress som er relatert til sykdommen vil det være avgjørende hvordan kvinnen tolker stress, og hvilke mestringsstrategier hun da velger å bruke (Reitan 2010a). Ut i fra Reitan (2010a) mener Lazarus og Folkman at en problemorientert mestring vil bli brukt når det er noe som kan påvirkes, mens en emosjonsorientert mestring vil bli brukt der påvirkning ikke er mulig.

2.3.3 Endringer i kroppsbilde

Mange kvinner med cancer mammae blir nødt til å gå igjennom en behandling som vil forandre deres utseende. Det vil føre til en revurdering av eget selvbilde eller det bildet vi har av kroppen vår. Bare det at man vet at man har en tumor i brystet kan gi pasienten en endret kroppsbilde. Det å miste en kroppsdel som et bryst, kan resultere i en sorgreaksjon over å miste noe av seg selv (Kvåle 2002). Man kan sørge over tapt identitet og kvinnelighet, da brystet er et viktig symbol for femininitet (Gjertsen 2010, Schjølberg 2010). Dette kan føre til at man ser annerledes på seg selv, og det kan også påvirke hvordan forholdet til de nærmeste vil utvikle seg (Schjølberg 2008).

``Et bryst er for en kvinne ikke bare et 'symbol på kvinnelighet', ei heller bare et morsorgan. Et bryst er også en meget viktig del av følelseslivet. Skjæres det i det, skjæres det direkte inn i dette følelsesliv, i det mest elementære psykiske og erotiske`` (Sørensen og Almås 2011, 441).

2.3.4 Mestring

Ut ifra Reitan (2010a), blir det henvist til Lazaraus og Folkman, som har følgende definisjon på mestring:

``Kontinuerlig skiftende kognitive og atferdsmessige anstrengelser for å klare spesifikke indre og/eller ytre krav som vurderes som krevende, eller som overstiger personens ressurser og truer velværet`` (Reitan 2010a, 84).

Det å føle at en mestrer livets utfordringer og føler at man har en viss kontroll, er noe som har stor betydning for velvære og helse (Håkonsen 1999). Ved en alvorlig og livstruende kreftsykdom, vil det føre til at mange opplever å havne i en psykologisk krise, hvor deres evne til å mestre blir utfordret (Reitan 2010a). Det er forskjellige faktorer som virker inn på hver enkelt persons evne til å mestre. Kjønn, interesser, alder, tidligere erfaringer og motstandskraft mot påkjenninger er noen av de faktorene som spiller inn (Reitan 2010b). Mestring er en del av sosialiseringsprosessen og dreier seg om hvordan mennesker møter situasjoner i livet som kan være belastende. Man har to måter å reagere på. Enten kan man se situasjonen i øynene og gjøre sitt beste for å håndtere den, eller man kan skyve det vekk ved å bruke forskjellige forsvarsmekanismer (Reitan 2010a).

Forsvarsmekanismer er også en type mestringsstrategier. Disse er ubevisste reaksjonsmåter som forsøker å hjelpe personen til å overleve, etterhvert klare å se situasjonen i øynene, og kunne mestre den. Vanlige forsvarsmekanismer er undertrykking av følelser, regresjon, projeksjon, fornektning, rasjonalisering og isolering (Reitan 2010b). Mestringsstrategier vil si hva man gjør for å håndtere utfordringer. Disse strategiene har som formål å hjelpe vedkommende til å finne mening, bevare sitt selvilde og opprettholde kontroll over de utfordringer man står ovenfor. Det er tre vurderinger man gjør av situasjonen man står ovenfor. Disse er:

- Primærvurdering vil være den umiddelbare vurderingen av kravene man står ovenfor. Det å få en cancer mammae diagnose kan da utløse tanker som at ”Dette kan ikke være sant!”.
- Sekundærvurdering hvor man da vurderer hvilke ressurser man har til å mestre situasjonen, og hvilke konsekvenser de valgene man tar, kan ha for framtiden.
- Revurderingen er en totalvurdering av situasjonen, om mestringsstrategien var hensiktsmessig, og om oppfatningen av situasjonen var slik som forstått tidligere (Reitan 2010a, Eide og Eide 2008).

I Reitan (2010a) blir det henvist til Lazarus og Folkman, hvor de mener det er to måter å møte stressfylte situasjoner på. Disse er problemorientert mestringsstrategi og emosjonsorientert mestringsstrategi. Problemorientert mestringsstrategi vil si at man stiller seg direkte til problemet, mens ved emosjonsorientert mestringsstrategi tar man sikte på å endre opplevelsen av situasjonen.

Mestringsstrategier innenfor problemfokuseret mestringsstrategi kan være:

- møte problemet på en aktiv måte og forsøke å finne en løsning
- legge planer og bruke tankene sine målrettet for å løse problemet
- bruke de man har rundt seg for å få støtte, råd eller hjelp
- unngå å la seg distrahere
- avvende situasjonen, ikke gjøre noe overilt (Håkonsen 1999).

Ved emosjonsorientert mestring vil det være viktig å :

- søke trøst, snakke med noen, få sympati og forståelse
- prøve å akseptere situasjonen, og lære å leve med den
- lære noe av det som har skjedd, forsøke å se hendelser i nytt lys
- forsøke å se det humoristiske i en situasjon
- finne en høyere mening med hendelser (Håkonsen 1999)

Mestring som kan være potensielt uhensiktsmessig vil være å:

- late som om ikke noe har skjedd
- koble ut følelser og tanker, bare fokusere på aktiviteter og jobb for å ikke tenke på det som er vanskelig
- gi opp
- la være å ta ansvar for det man gjør, tenker og føler, mister kontroll over hvordan følelser blir uttrykt
- bruk av rusmidler for å flykte unna virkeligheten (Håkonsen 1999)

Nyere forskning har også vektlagt betydningen av meningsorientert mestring. Vi overveier hva som er viktig i vårt liv og hvordan vi best kan finne en mening med livet, og arbeider for å kunne realisere disse verdiene (Reitan 2010a). Det å søke støtte og hjelp hos andre er en god mestringsstrategi, da det bidrar til at noen av spenningene som blir skapt av bekymringer, blir sluppet fri. Man blir tvunget til å sette ord på vanskelige følelser, og flytter noe vanskelig fra å bare være følelser til å bli tanker og meninger. Tanker og meninger kan føre til en diskusjon, og disse kan bli korrigert eller bli utforsket videre. Fra andre kan man få trøst og omsorg, noen som lytter og gir råd. Sosial støtte fra andre vil da bli en buffer mot påkjenninger som negativt stress og belastninger kan føre til. Mennesker som har noen å snakke med, vil sannsynligvis klare store belastninger bedre enn de som ikke har noen å snakke med. (Håkonsen 1999).

3.0 Metodebeskrivelse

I følge retningslinjene vi har fått utdelt i forbindelse med ``SAE00 bacheloroppgave i sykepleie``, står det konkretisert at oppgaven skal være en systematisk litteraturstudie. Retningslinjene sier også at litteraturstudiets innhold skal være relevant for sykepleierutdanningens mål og praksis. I følge Forsberg og Wengström (2008) er en systematisk litteraturstudie at man i utgangspunktet har en tydelig formulert problemstilling/hensikt, som besvares ved hjelp av identifisering, utvelgelse, vurdering og analysing av relevante forskningsartikler. I metodekapitlet vil vi nå gjøre rede for hvordan vår prosess for å gjøre en systematisk litteraturstudie har vært.

3.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier:

- Kvinner med cancer mammae
- 25-65 år
- Kvalitativ og kvantitativ forskning
- Artikler fra 2007-2013
- Etisk vurderte artikler
- Artikler på norsk, svensk, dansk eller engelsk
- Mestring/mestringsstrategier

Eksklusjonskriterier:

- Artikler med kvinner fra Asia og Afrika

3.1.1 Begrunnelse for inklusjons og eksklusjonskriterier

Vi har valgt å fokusere på kvinner da det var lite forskning om menn og brystkreft og vi var selv interessert i kvinner. I utgangspunktet ønsket vi å fokusere på unge kvinner, men da vi begynte å finne artikler viste det seg at de fleste artiklene vi fant hadde et vidt aldersspenn. Vi tok derfor utgangspunkt i artikler der kvinner mellom 25 og 65 år var inkludert. Vi valgte å fokusere på artikler som omhandlet mestring. Ved søk av artikler var det vanskelig å finne artikler som bare fokuserte på mestring. I følge Forsberg og Wengström (2008) skal artikler som inngår i studiet være av nyere dato og derfor valgte vi

da artikler fra 2007 til 2013. Forsberg og Wengström (2008) sier også at man må ta hensyn til etiske aspekter. Artikkene som er brukt må enten være lagt frem for etisk komite, eller det må være en vurdering i artikkene om for eksempel samtykke, taushetsplikt og lignende. Vi valgte derfor å inkludere artikler som enten er lagt frem for etisk råd, men også artikler som sier noe om hvordan de har vurdert dette med taushetsplikt. Noen av artikkene er også tatt opp i ulike råd på de institusjonene undersøkelsen foregikk. Norske, svenske, danske og engelske artikler ble inkludert i studien da ingen av oss har andre språkkunnskaper.

Artikler som ble ekskluderte var artikler fra Asia og Afrika, ikke-vestlige kulturer. Vi mener at kulturene i disse landene er så forskjellige fra kulturene i de landene vi inkluderte i studien, at det ville blitt vanskelig å sammenligne funnene på grunn av store kulturforskjeller.

3.2 *Datainnsamling*

I de neste kapitlene kommer det en oversikt over hvordan vi har samlet data til vår studie. Denne delen av oppgaven beskriver fra vi startet å utvikle søkeskjema til vi fant artikler.

3.2.1 PO-skjema

Når man skal jobbe med en problemstilling som i dette systematiske litteraturstudiet, sier Nortvedt m. fl. (2008) at det er lurt å dele opp spørsmålet vi ønsker svar på. Dette kan gjøres ved hjelp av et PICO-skjema slik at man får en hensiktsmessig struktur i søket etter artikler. Bokstavene i PICO står for population/problem, intervention/tiltak, comparison/sammenligning og outcom/utfall. Under population skal det altså gå frem hvilken pasientgruppe det er snakk om, under intervention skal det gå frem hvilket tiltak som ønskes vurdert, under comparison skal det komme frem om vi ønsker å sammenligne ulike tiltak og på outcome skal det da stå hvilke resultater vi er interessert i.

Det vi nå ser i ettertid er at vi kunne bestilt time hos bibliotekar tidligere, da det var stor pågang hos henne. Vi hadde et ferdig utfylt skjema da vi kom til henne men det viste seg at vi hadde plassert noen av søkeordene feil. Hun hjalp oss med å få ordene på riktig plass, og hjalp oss også med å finne synonymer eller andre ord vi kunne bruke. På grunn av skifte av problemstilling etter fremlegg av prosjektskisse og at vi hadde vanskeligheter med å

finne de tre siste artiklene, var vi igjen på besøk hos bibliotekaren i begynnelsen av februar. Vi hadde da problemer med å finne de tre siste artiklene og fikk henne til å se på PO-skjemaet som vi selv utarbeidet etter skifte av problemstilling. Hun viste oss noen små endringer og vi fikk da mer relevante søk. Vi har brukt de samme søkeordene hele veien, både på norsk, engelsk og svensk. Alt etter som hvilken database vi har søkt i.

P	I	C	O
Brystkreft Cancer mammae			Mestring
Breast cancer Breast neoplasm* Cancer mammae			Cope Coping Coping strategies

3.2.2 Databaser

Ved første besøk hos bibliotekaren fikk vi anbefalt å søke i Ovid Nursing database, Ovid medline og PsychINFO. Vi søkte også etter artikler i Proquest og Cinahl. Cinahl søkte vi først i på januar 2013 og fant flere inkluderte artikler.

3.2.3 Søkestrategi

Vi tok utgangspunkt i PO-skjemaet vårt. Vi startet med P og søkte opp alle ordene vi hadde under dette feltet. I utgangspunktet brukte vi trunkering bak ordene for å kunne fange opp enda flere artikler, men fant fort ut at dette hadde liten hensikt når vi sammenlignet søk med og uten trunkering. Vi gikk da bort fra dette. Når vi søkte på Ovid på for eksempel ``breast cancer`` kunne vi da hake av for ``breast neoplasm`` og vi slapp da å søke på ``breast neoplasm``, såkalte MeSH-terms. Når vi hadde søkt hvert ord måtte vi kombinere søkene for å finne artikler med de søkeordene vi hadde. Alle søkeordene under P kombinerte vi med ordet ``OR`` og søkeordene under O kombinerte vi også med ``OR``. Når vi skulle kombinere P og O brukte vi ``AND``. Til slutt haket vi av for de ulike inklusjonskriteriene vi hadde. Når vi syntes vi hadde et bra søk, så vi gjennom de

ulike artiklene og vi lagret søket på egne sider for å kunne finne tilbake det samme søket senere. Vi knyttet også søket i Ovid opp mot PsykINFO og fant flere artikler på samme søk som vi brukte i Ovid.

3.2.4 Søkeshistorikk

Søk etter artikler ble gjort i Ovid (Ovid Nursing database, Ovid medline, PsykINFO), Proquest og Cinahl og til sammen ble det gjort fem søk. Tre søk i Ovid, et i Proquest og et i Cinahl. Se vedlegg nr 1 for søkehistorikk.

Søk nr. 1 gjorde vi allerede 22.11.12. Da søkte vi i Proquest og fikk 5266 treff. På dette første søket var vi nok veldig kritiske og leste 42 resyme og bare 5 artikler. Samme dag søkte vi også i Ovid. Dette søket ga oss mye mindre treff og vi så over alle artiklene, men leste 34 resyme, 5 artikler og inkluderte 1. Etter søk nr. 2 syntes vi at vi fikk litt bedre teknikk i søkingen, og de 2 neste søkene ga langt mindre treff enn søk nr. 1. Dette gjorde det lettere å se over alle artiklene. Søk tre og fire ble begge gjort i Ovid 29.11.12. Det siste søket ble gjort i Cinahl etter et nytt besøk hos bibliotekar. Her fant vi de fire siste artiklene.

3.3 Kvalitetsvurdering av artikler

Alle artiklene er kvalitetsvurderte etter Nortvedt et.al. (2008) sine sjekklister for kvalitetsvurdering. Vi brukte sjekklister for kvalitativ forskning, tverrsnittstudie, og kohort. Noen av artiklene fant vi kvalitativ med kvantitativ tilnærming, og på disse brukte vi sjekklister for kvalitativ forskning. Vi brukte norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste for å finne ut om artiklene er registrert i autorisert publiseringskanal (2011). Vi fant da ut at vi hadde fire nivå 2 artikler, og seks nivå 1 artikler. Forskningsartiklene skal ikke være for gamle, da funn kan være utdatert eller det er kommet ny forskning på området. Vi har likevel valgt å ta med to artikler som er for gamle da vi fant disse artiklene relevante for vår studie. Den ene er fra 2001 og den andre er fra 2005. Se vedlegg nr. 2.

3.3.1 Etisk vurdering

Vi har valgt å bruke artikler som er etisk godkjent av etikkråd, eller artikler som viser at de har tenkt på det etiske aspektet overfor pasienten. Det er ikke i alle artiklene hvor det står den er etisk godkjent, men i alle artiklene som er inkluderte står det at de enten er godkjent av ulike nemder eller at pasienten har skrevet under på samtykkeskjema. I Dallands bok ``Metode og oppgaveskriving for studenter`` fra 2010 står det at etikken skal kunne gi oss veiledning og et vurderingsgrunnlag før vi handler. Det er viktig at vi tenker over hva vi gjør og hvordan det kan gå utover pasienten. Derfor ønsker vi å bruke etisk vurderte artikler. Når vi har tatt dette i betraktning har vi en artikkel som ikke er tatt opp i etisk råde eller som er etisk vurdert. Vi har valgt å ta med denne artikkelen likevel, fordi vi mener at funnene er relevante for vår oppgave. Dette er en kvalitativ artikkel som baserer seg på intervjuer og da kan pasienten selv avbryte når hun ønsker det. Artikkelen er også fagfellevurdert til nivå 2 så da vet vi at andre forskere/forfattere synes artikkelen er god og bør publiseres.

3.3.2 Artikler som ble ekskluderte

Vi ekskluderte til sammen 11 artikler. Disse ble ekskluderte på grunn av ulike årsaker. Noen av artiklene var ikke relevante for vår problemstilling, noen var for gamle og noen av artiklene var ikke lagt frem for etisk komite og hadde heller ikke noen informasjon om det var tatt hensyn til det etiske. Her kommer en oversikt over antall ekskluderte artikler:

- Søk nr 1: 5 leste artikler, 2 ble ekskluderte
- Søk nr 2: 5 leste artikler, 4 ble ekskludert
- Søk nr 3: 2 leste artikler, 1 ble ekskludert
- Søk nr 4: 4 leste artikler, 2 ble ekskludert
- Søk nr 5: 5 leste artikler, 2 ble ekskludert

3.4 Analyse

For å få en så ryddig analyse-prosess som mulig har vi valgt å ta utgangspunkt i Evans (2002) sin fire steg:

- Steg 1 går ut på å samle inn primærstudier, i dette tilfellet forskningsartikler.
- I steg 2 skal man identifisere forskningsartiklenes nøkkelfunn.

- I steg 3 skal man finne temaer som en overordnet overskrift for felles funn, og finne hvilke artikler som har hvilke funn.
- I steg 4 skal man samle felles funn og utvikle en beskrivelse. I denne oppgaven kalt resultat.

Steg 1 som er innsamling av artikler er beskrevet i metode-delen av oppgaven. For at vi skulle finne alle funnene som kommer frem i artiklene, valgte vi å identifiseres funnene i artiklene hver for oss. Vi startet med å skrive funnene ned på papir for hånd og markerte i artiklene med tusj, et ark per artikkel. Etter å ha gått gjennom artiklene fant vi oss blanke ark og laget strukturerte tankekart. Samtidig som vi gjorde dette fikk hver artikkel hver sin farge. Vi brukte da de samme fargekodene, men jobbet fortsatt hver for oss. Når vi var ferdige med tankekartene, fant vi et nytt ark hvor vi skrev ned overskrifter/temaer som gikk igjen. På dette arket brukte vi fargekodene for å se hvilke artikler som fortalte noe om de enkelte temaene.

Etter denne prosessen begynte vi å skrive resultatdelen sammen. Da samlet vi funnene til en helhetlig tekst som utgjør resultatdelen. Vi ble enige om tema/overskrifter og hvilke funn som hørte under hvilken overskrift. Slik jobbet vi oss gjennom resultatdelen.

4.0 Resultat

Hensikten med denne litteraturstudien er å belyse hvordan kvinner anvender mestringsstrategier i forbindelse med cancer mammae.

4.1 Mestring

Gjennom arbeidet med analysen har vi funnet tre undertemaer under mestring som vi vil fokusere på. Dette er:

- Betydningen av sosialt nettverk ved mestring
- følelser knyttet til mestring av cancer mammae
- Mestring i hverdagen

4.1.1 Betydningen av sosialt nettverk ved mestring

Flere av våre artikler viser at det å ha et godt sosialt nettverk og ha personer som støtter deg gjennom sykdommen, er viktig for mestringsprosessen. Når vi nå skriver om sosialt nettverk har artiklene inkludert familie, venner og helsevesen (Drageset, Lindstrøm og Underlid 2009, Wengström, Häggmark og Forsberg 2001, Gonzalez og Legacher 2007). En kvinne sier:

``I realize more than ever just how important the love of family and friends is in our ability to cope with such an illness`` (Gonzalez og Legacher 2007, 502).

Samtidig er det også et fåtall kvinner som følte at de måtte beskytte sine nærmeste, og holde bekymringene sine for seg selv.

``To live normally I had to suppress my feelings. It's difficult to confront others with this, it makes me uncomfortable`` (Drageset, Lindstrøm og Underlid 2009, 153).

I vår studie fant vi ut at en god relasjon mellom kvinnen og venner eller familie var med på å øke mestringen av sykdommen. Disse kvinnene følte at det å snakke med personer de følte seg trygge på var støttende (Drageset, Lindstrøm og Underlid 2009). Familie og venner har en positiv påvirkning i mestringsprosessen (Wengström, Häggmark og Forsberg 2001).

``The telephone call, the bowl of homemade soup, the "can I pick something up at the store for you?" are all so wonderful`` (Gonzalez og Legacher 2007, 502).

Et annet funn i vår studie sier kvinnene ofte ønsker håndfaste bevis på kjærlighet og støtte fra sine nærmeste (Gonzalez og Legacher 2007). Samtidig var også et mindretall av kvinnene enige om at de ikke ønsket å utsette familiene sine for bekymring, og søkte derfor ikke sosial støtte (Drageset, Lindstrøm og Underlid, 2009 og Gonzalez og Legacher, 2007). Det var tre sprikende svar på behovet for håndfaste bevis på støtte og kjærlighet. En

av gruppene som var undersøkt svarte at de fikk den støtten de trengte, den andre gruppen svarte at ikke fikk det de trengte av støtte og kjærlighet, og den siste gruppen svarte at de kunne gi seg selv det de hadde behov for. Kvinnene som ikke fikk det de hadde behov for, hadde en følelse av at det var tryggere på sykehus og at familien syntes alt var bra og gikk fint. Disse fikk liten eller ingen støtte fra familien. De som sa de kunne gi seg selv det de trengte, mente at det fortsatt var viktig å få støtte fra andre for å mestre sykdommen. De kvinnene som følte de hadde behov for noe mer hadde behov for meningsfylt tilknytning til andre og at disse kvinnene lett kunne føle seg alene, sårbare og misforståtte. Disse kvinnene hadde også behov for å snakke med noen i samme situasjon (Gonzalez og Legacher 2007). Den mest brukte mestringsstrategien i forhold til brystkreft er sosial støtte, og var også den beste mestringsstrategien for å mestre angst, sinne og depresjon (Manuel et al. 2007). Forholdet mellom følelsesmessig velvære og sosial støtte påvirker også valg av mestringsstrategi (Junghyun et al. 2012). En av våre artikler viser at søk og bruk av sosial støtte er en av de mest brukte mestringsstrategiene på stressfaktorer som endring i utseende, fysiske evner, livsstil, angst depresjon, anger, forhold til partner og sexliv (Manuel et al. 2007). Samme artikkel viser også at det er noen som bruker søk og bruk av sosial støtte ved stressfaktorer som redsel og usikkerhet om fremtiden og i forholdet til familie og venner. Hele 18 % av de deltagende kvinnene svarte at å søke og bruke sosial støtte var den viktigste mestringsstrategien. Artikkelen konkluderer med at type mestringsstrategi avhenger av type stressfaktor (Manuel et al. 2007).

Studien viser hvordan bruken av støtte utvikler seg over tid. Undersøkelsen viser at jo lengre unna diagnosetidspunktet du kommer, jo mer reduseres behovet for å søke sosial støtte (Danhauser et al. 2009). Bruken av sosial støtte blir undersøkt ved tre ulike tidspunkter. Pre-operativt, post-operativt og 3 måneder post-operativt. Funn viser at kvinnene har større behov for sosial støtte post-operativt enn pre-operativt og 3 måneder etter operasjon (Roussi et al. 2007). Det viser seg også at sosial støtte er viktig før, under og etter behandling (Wengström, Häggmark og Forsberg 2001).

Kvinner som levde i et forhold hadde høyere forekomst av mestringsstrategien restrukturering av mening og en lavere forekomst av selvbebreidelse. Med barn i husholdet viste det seg å være mindre bruk av benektelse, enn hos kvinner uten barn (Hervatin et al. 2012). Det kommer også frem at hos kvinner med lavere livskvalitet er det en økt bruk av

mestringsstrategier som å bruke sosial støtte, holde følelser for seg selv og ønsketenkning (Danhauer et al. 2009).

4.1.2 Følelser knyttet til mestring av cancer mammae

Det å holde følelsene for seg selv var den minst brukte mestringsstrategien blant kvinnene (Manuel et al. 2007). Det samme sier et annet studie, samtidig som den også forteller noe om bruken av denne strategien over tid. Da sier studien at den endret seg lite over tid (Danhauer et al. 2009). Enkelte kvinner ønsket å uttrykke sine følelser i egne dagbøker og at noen av kvinnene ønsket å uttrykke følelser i ensomhet. Samme studie sier også at enkelte av de deltagende kvinnene mente at det å uttrykke følelsene sine svekket følelse av egen styrke, økt følelse av selvmedlidenhet og tap av energi. Noen følte de hele tiden måtte undertrykke følelsene sine, for å forhindre spørsmål og reaksjoner fra andre. Andres medfølelse fremmet kvinnes negative følelser som redsel og sårbarhet (Drageset, Lindstrøm og Underlid 2009). En av grunnene til at kvinnene holdt følelsene sine for seg selv, var å spare de i rundt seg og for å ikke få en følelse av å miste kontroll (Gonzalez og Legacher 2007). Samtidig som noen kvinner ønsket å holde følelsene sine for seg selv, viste studien vår at noen kvinner følte lettelse av å få uttrykke sine følelser. De syntes også at det var lettere å åpne seg for personer de følte var støttende (Drageset, Lindstrøm og Underlid 2009).

``It`s important that you can cry and feel sad. This sadness is something the body has to get rid of. Being allowed to react and to express sadness felt good`` (Drageset, Lindstrøm og Underlid 2009, 152).

En annen kvinne uttrykker det på denne måten i samme studie:

``Everything ground to a stop, at the same time as everything around me went on as usual. But in a way I wasn`t part of it until I managed to talk through some of the feelings and cry a bit`` (Drageset, Lindstrøm og Underlid 2009, 152-153).

Et funn i vår studie viser at det å se ting på en positiv måte var en av de mest brukte mestringsstrategiene (Manuel et al. 2007). Et annet funn viser at dersom kvinner hadde

tidligere erfaringer om å mestre ulike situasjoner var det lettere å fokusere på håp og å tenke positivt (Drageset, Lindstrøm og Underlid 2009). Det kommer også frem at humor og latter er viktige faktorer i forhold til mestring. Det blir også belyst viktigheten med positiv tenkning og positive holdninger (Gonzalez og Legacher 2007). En kvinne i beskriver det slik:

``I've always been an optimist, in good spirits, and have believed that most things go well`` (Drageset, Lindstrøm og Underlid 2009).

Følelsesmessig støtte som mestringsstrategi har en betydelig rolle i forholdet mellom unngåelse og depresjon og har en betydelig rolle mellom forholdet unngåelse og angst (Donovan-Kicken og Caughlin 2011). Et funn viser at det er lav forekomst av stress, tristhet, sinne og skam hos kvinnen i denne undersøkelsen, mens strategier som håp og optimisme er mer utbredt (Hervatin et al. 2012). Kvinnene i et av studiene viser uttrykk for lettelse ved avslutning av behandling, men samtidig nedstemthet for at de ikke skal tilbake til avdelingen (Wengström, Häggmark og Forsberg 2001). I et annet studie skrives det at enkelte kvinner i studien ikke hadde følelsen av at de hadde kontroll over sine følelser. Kvinnene hadde en opplevelse av sårbarhet og ensomhet da de følte at ingen forstod hva de gikk i gjennom. Samme studie viser at ved diagnostiseringen fikk flere kvinner sjokk, etterfulgt av redsel for det ukjente som igjen ble etterfulgt av redsel for familien og skuffelser (Gonzalez og Legacher 2007). Det viser seg at kvinnene i studien holder følelsene på avstand eller fokuserer på andre ting for å mestre. Pessimisme brukes også av noen kvinner for å mestre sin sykdom (Drageset, Lindstrøm og Underlid 2009).

4.1.3 Mestring i hverdagen

Det kommer frem i vår studie at det er viktig med dagligdagse aktiviteter for kvinnene. Dette kan være jobb og hobby. Jobb skapte distraksjon og det ga en følelse av inklusjon i et sosialt miljø. Kvinnen ønsket å gjøre aktiviteter som de selv syntes var meningsfulle for hver enkelt at (Drageset, Lindstrøm og Underlid 2009). En kvinne sier:

``I want to stay at home and do positive things, like taking walks with my husband and taking care of my plants`` (Drageset, Lindstrøm og Underlid 2009, 152).

Andre følte at det å være på jobb, ga dem følelsen av å være inkludert i et sosialt miljø og skapte distraksjon.

``Working gives me a feeling of having control of *something* in my life`` (Drageset, Lindstrøm og Underlid 2009, 152).

Kvinnene ga uttrykk for at de mente det var viktig å gjøre aktiviteter som var meningsfulle for hver enkelt (Wengström, Häggmark og Forsberg 2001). Det er viktig for kvinnene å oppdage på nytt hva som er viktig i livet (Manuel et al. 2007). Kvinnene har et behov for å snakke med noen i samme situasjon som seg selv, og har behov for en åndelig tilknytning. Finne en mening med sykdommen og en retning i livet (Gonzalez og Legacher 2007).

Kvinnen ønsket også å fortsette livet som normalt og ville bli behandlet som før diagnosetidspunktet da dette skapte en følelse av kontroll. Samtidig som de ville distansere seg følelsesmessig fra sykdommen ved hjelp av ulike aktiviteter. Aktiviteter nevnt i artikkelen var fysisk aktivitet og tilbringe tid med andre. En kvinne nevnte også bruk av pusteteknikker (Drageset, Lindstrøm og Underlid 2009).

Det kommer frem i flere funn i vår studie at kvinnene ønsket å holde på med ulike aktiviteter. Dette var aktiviteter som hvile, lese bøker, gå tur (fysisk aktivitet), høre på musikk, gjøre ting for å føle seg bedre, distrahere seg selv ved hjelp av positive aktiviteter og tilegne seg kunnskap om behandling (Wengström, Häggmark og Forsberg 2001, Drageset, Lindstrøm og Underlid 2009, Gonzalez og Legacher 2007).

``I go for walks in the countryside and to fitness classes, and these activities help me`` (Drageset, Lindstrøm og Underlid 2009, 152).

5.0 Metodediskusjon

I dette kapitlet vil vi ta for oss sterke og svake sider ved søkestrategier, analyse, kvalitetssikring av artikler og etiske overveielser.

5.1 Søkestrategier

Det ble forsøkt å utforme et PO- skjema, og ved time til bibliotekaren, ble det korrigert, da det var litt misforståelser hvor søkeord skulle plasseres. På grunn av stor pågang hos bibliotekar skulle vi vært tidligere ute med å bestille time, slik at vi hadde kommet i gang med søkingen raskere, og dermed vært sikker på at vi søkte på rett måte. Selv om det kan være en svakhet å bruke så lang tid på artikkelsøk, vil vi tro at det også kan være en styrke, da vi virkelig har fått brynet oss på det i lang tid, og fått brukt tid på å gå igjennom mange artikler. Det har også blitt brukt lang tid på å finne nok antall artikler, som gjorde at vi kom senere i gang med oppgaven enn hva vi hadde planlagt. Dette kan være en svakhet, da det blir brukt mye tid på artiklene og mindre tid til resten av oppgaven. Samtidig vil vi tro at artiklene også er viktige, da de er en stor del av oppgaven. Vi valgte også å bestille en time til med bibliotekaren, for å se om vi kunne finne flere artikler enn de vi allerede hadde. Dette kan ses på som en styrke, da vi på en måte har forsikret oss om søkingen har blitt gjort på en korrekt måte, og at vi virkelig har forsøkt å finne flere artikler. Våre inklusjonskriterier var at kvinnene skulle være mellom 25 og 65 år. Under søk fant vi ut at dette var nesten umulig, da artiklene hadde vide aldersspenn. I en artikkel kunne aldersspennet være mellom 35 og 75 år, da var det få kvinner som var i det lave alderssiktet og det var få i det eldste alderssikte. I en annen artikkel kunne det være mange kvinner i alderen 45-65, men det var alltid noen få kvinner med høy eller lav alder. Vi mener dette er viktig å sette fokus på i diskusjonen, da det kan være forskjeller på hvordan en kvinne i ung alder mestrer sin sykdom, og på hvordan en kvinne i høy alder mestrer sin sykdom. Dette vil i stor grad påvirke våre funn. Vi har i etterkant av søk blitt rådet til å fjerne vår problemstilling, da denne var veldig lik hensikten.

5.2 Kvalitetssikring av artikler

For å kvalitetssikre våre artikler brukte vi kvalitetssikringsskjema som vi fant i Nordtvedt (2008). Disse skjemaene var tilpasset til de ulike typer studier vi brukte. På grunn av lite erfaring med kvalitetssikring fra tidligere, ser vi nå i etterkant at dette kan ha vært et svakt

punkt i oppgaven. Da vi kan ha brukt feil kvalitetssikringsskjema, selv om vi trodde det var riktig. Selve kvalitetssikringen kan også være et svakt punkt på grunn av lite erfaring. I og med at en av oss hadde ansvaret for artiklene, kunne vi nok for å få et sikrere resultat kvalitetssikret artiklene hver for oss for så å sammenligne. En annen ting som kan ha gjort kvalitetssikringen noe svakere er at alle artiklene er på engelsk. Vi mener vi har jobbet så godt som mulig med språket, og brukt mye tid på å forstå og å oversette. Det kan likevel være noen mistolknings, da ingen av oss har brukt så mye faglig engelsk før. Vi har valgt å ta med to artikler som er for gamle, da disse artiklene var veldig relevante for vår problemstilling. Den ene artikkelen var fra 2001 (Drageset, Lindstrøm og Underlid) og den andre var fra 2005 (Ransom et al.). 6 av våre artikler er fagfelleurdert til nivå 1, mens 4 er fagfelleurdert til nivå 2.

5.3 Analyse

Funnene i forskningsartiklene ble analysert systematisk, ut i fra en bestemt framgangsmåte presentert av Evans (2002). Dette gjorde det lettere å identifisere alle funn, og det ble til en helhet. Det kan være en styrke at vi gjorde analysen hver for oss, og at vi diskuterte det vi fant ut sammen for å se om noe var forskjellig. Det meste var likt, og det som var annerledes, gikk vi gjennom en gang til, for å se hva som ble mest korrekt. Hver artikkel var nummerert fra 1-10, og hadde sin egen farge, og funnene ble delt inn under de temaene som gikk igjen i artiklene. Denne fargen ble tegnet opp på de temaene som artiklene inneholdt, slik at vi så hvilke artikler som gikk igjen på hvilke temaer. Vi kunne gjort det på en annen måte, ved å heller gi hvert tema sin egen farge i stedet for artiklene. Da hadde det kanskje blitt lettere når vi skulle sortere ut resultatet, og kanskje blitt mindre arbeid. Styrken vil være at vi har gjort et grundig arbeid med å gå igjennom resultatene.

5.4 Etiske overveielser

En av artiklene er ikke etisk vurdert, men vi tok den med på grunn av fagfellevurderingen og at den er utgitt i et så stort tidsskrift som Cancer Nursing er (Wengström, Häggmark og Forsberg 2001). Ut i fra Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste er Cancer Nursing et nivå 2 tidsskrift.

De artiklene som det ikke står om de er tatt opp i etisk råd, har en eller annen form for etiske overveielser. Enten er de godkjente av ulik råd på utdanningsinstitusjon eller institusjonen undersøkelsene skal foregå. Enkelte sier noe om godkjennelse fra deltakerne og noen sier noe om informasjon og bruk av taushetsplikt. Dessuten er alle disse artiklene fagfellevurdert, og da sjekkes de også for etiske overveielser.

6.0 Resultatdiskusjon

I dette kapitlet vil vi diskutere våre funn opp mot teori og praksis. Vi har her delt inn i samme undergrupper som resultatdelen for å gjøre det mer oversiktlig.

6.1 Betydningen av sosialt nettverk ved mestring

Det å søke støtte og snakke med andre kan være en god mestringsstrategi, da man får satt ord på de vanskelige følelsene og får tilbakemelding på hva man sier. Dette kan danne grunnlag for en diskusjon, hvor man kan utforske videre eller bli korrigert (Håkonsen 1999). Det blir gitt uttrykk for at de som opplevde at de hadde god sosial støtte, hadde en tendens til å være mer optimistisk i forhold til sykdommen. De som hadde lite sosialt nettverk, trengte dermed mer oppmerksomhet fra sykepleierne (Kvåle 2002). Vi opplever i vår studie at god sosial støtte er en viktig faktor i mestringsprosessen for disse kvinnene. (Drageset, Lindstrøm og Underlid 2009, Wengstrøm, Håggmark og Forsberg 2001, Gonzalez og Legacher 2007). En kvinne uttrykte dette ved å si at hun forstod nå hvor viktig kjærligheten til familie og venner er i forhold til å mestre en slik sykdom (Gonzalez og Legacher 2007). Vi fant i en artikkel at det er en økt bruk av mestringsstrategien søk og bruk av sosial støtte hos kvinner med lavere livskvalitet (Danhauser et al. 2009). Et annet funn viser at søk og bruk av sosial støtte er en av de mest brukte mestringsstrategiene på stressfaktorer som endring i utseende, fysiske evner, livsstil, angst depresjon, anger, forhold til partner og sexliv (Manuel et al. 2007). Samme artikkel viser også at det er noen som bruker søk og bruk av sosial støtte ved stressfaktorer som redsel og usikkerhet om fremtiden og i forholdet til familie og venner. Hele 18 % av de deltagende kvinnene svarte at å søke og bruke sosial støtte var den viktigste mestringsstrategien. Artikkelen konkluderer med at type mestringsstrategi avhenger av type stressfaktor (Manuel et al. 2007). Som disse funnene viser er søk og bruk av støtte en viktig del av

deres mestring. I teorien har vi skrevet om problemfokuset mestring og emosjonsorientert mestring. Søk og bruk av sosial støtte viser seg å gå under begge disse kategoriene. Det og søke hjelp og støtte hos andre er en god mestringsstrategi da det bidrar til at noe av spenningen som blir skapt av bekymringer blir sluppet fri. Man blir da tvunget til å sette ord på følelser og følelsene blir til tanker og følelser (Håkonsen 1999). Vi synes at det da er viktig at vi som sykepleiere er til stede og er ekstra oppmerksom på de som ikke har et så stort nettverk. Det er da viktig at vi viser vår støtte og at pasienten opplever støtte fra oss som fagpersonell. Vi må også være observante for å finne de pasientene som kanskje ikke er så flinke til å søke støtte hos ukjente.

Det er også et fåtall av kvinnene som følte at de måtte beskytte sine nærmeste, og holde bekymringene sine for seg selv (Drageset, Lindstrøm og Underlid 2009). Dette kan påvirke relasjonene i familien, og føre til at kvinnen blir bitter, ensom og isolert. Ved å satse på en åpen kommunikasjon, og dele tanker og følelser med de nærmest seg kan derimot være helsefremmende (Reitan 2010a). En kvinne uttrykte det slik: For å kunne leve normalt måtte jeg holde følelsene mine for meg selv. Det er vanskelig å snakke med andre om dette, det gjør meg ukomfortabel (Drageset, Lindstrøm og Underlid 2009). Her kan også sykepleier hjelpe til, og snakke med både pårørende og pasient, slik at de får fortelle hvordan de opplever situasjonen og får dele sine tanker og bekymringer (Reitan 2010a). Det kan være vanskelig å være pårørende, da man kan føle at man blir slengt inn i en situasjon hvor man ikke har kontroll og ikke vet hva man skal gjøre eller si. Det vil være viktig å vise at man er tilgjengelig, og at man bryr seg om hvordan den andre har det. Prioritere å være sammen (Myskja 2005). Det kan være vanskelig å vite hva man skal gjøre, men bare det å la den andre vite at du er der, kan gjøre godt. En kvinne uttrykker det slik: telefonsamtalen, skåla med hjemmelaget suppe og spørsmålet om å ta med noe fra butikken til meg, er alle fantastiske (Gonzalez og Legacher 2007).

Vi tenker at det er viktig at man er åpen, og at man føler at man har noen å betro seg til når man trenger det. Sosial støtte er den mest brukte mestringsstrategien i forhold til brystkreft (Manuel et al. 2007). Viktigheten av sosial støtte er et fellestrekk som går igjen i alle artiklene. Til og med kvinnene som svarte at de kunne gi seg selv det de trengte, hadde fortsatt behov for støtte fra andre (Gonzalez og Legacher 2007). Det ligger i menneskets natur å trenge noen, å være avhengig av hverandre, og det å snakke med de man stoler på, kan føre til at man får det bedre senere. Man kan ikke undertrykke følelsene sine, for de vil

bare komme opp igjen (Eide og Eide 2008). Ut i fra praksis, så har vi ingen spesifikke erfaringer i forhold til brystkreft. Det vi har sett er hvor viktig det er for pasienten å ha noen å stole på, og kunne snakke med om de følelsene og tankene de har gjort seg. De som har lite nettverk, trenger kanskje sykepleieren enda mer, og det er da viktig at sykepleier tar seg tid og er tilstede. For sykepleier vil det også være en viktig jobb å se både kvinnen og hennes pårørende, da kvinnen vil trenge mye støtte fra sine nærmeste, og for å kunne være til slik støtte kan også partneren trenge hjelp (Sørensen og Almås 2011).

I praksis ser vi at kvinner med stort sosialt nettverk ofte har bedre ressurser, og at disse kvinnene ofte håndterer sykdom bedre da de har flere å støtte seg på. Dette er viktig for oss som sykepleiere slik at vi kan få kartlagt kvinnenens sosiale nettverk. Vi ser også i våre artikler at det er et stort aldersspenn, og vi tror det kan være store variasjoner på bruk av sosialt nettverk hos en kvinne i 30-årene og en kvinne i 60-årene. Vi undrer oss over at dette ikke er nevnt i artiklene som vi har inkludert i vår studie. På grunn av dette aldersspennet synes vi at videre forskning bør innsnevre aldersgruppene på kvinnene som deltar i studiene. De inkluderte artiklene i vår studie sier ingenting om aldersspennet i sine studier. Vi undrer oss over at dette ikke blir nevnt, da det kan ha vesentlig betydning for studiens resultat. Dette aldersspennet tror vi også har en innvirkning på mestringsstrategier i forhold til stress da kvinner i ulike aldre og med ulike erfaringer kan oppleve dette ulikt. Dette er et område det absolutt må forskes mer på, da mange ulike pasientgrupper blir utsatt for stress og har behov for mestring av sin sykdom. Som sykepleier er det viktig å kunne hjelpe pasienten med å mestre sykdom og hindre unødvendig stress.

6.2 Følelser knyttet til mestring av cancer mammae

6.2.1 Tilbakeholdelse eller gi uttrykk for følelser

Det å ha muligheten til å uttrykke sine tanker, reaksjoner og følelser er viktig. Spesielt for mennesker som gjennomgår en krise eller sorg. Følelser som oftest er fremtredende er redsel, fortvilelse, redsel, tristhet, sorg, sinne og aggresjon (Reitan 2010b). ``Å få gi uttrykk for følelser og tanker gir den kriserammede muligheter til å opprettholde emosjonell likevekt`` (Reitan 2010b, 95). Vi opplever i vår studie at mestringsstrategien som går på å holde følelser for seg selv er en av de minst brukte strategiene (Manuel et al.

2007, Drageset, Lindstrøm og Underlid 2009 og Danhauer et al. 2009). De få som ønsket å holde følelsene sine selv begrunnet dette på ulike grunnlag. Begrunnelsen av tilbakeholdelse av følelser var i studiet at kvinnen ønsket å få utløp for følelsene sine i en dagbok og at kvinnene mente de svekket følelsen av egen styrke dersom de ga uttrykk for følelser. De fikk også da en økt følelse av selvmedlidenhet og tap av energi. Kvinnene sa også at det å holde følelsene på avstand gjorde situasjonen lettere å mestre (Drageset, Lindstrøm og Underlid 2009). Grunnen til at kvinnene holdt følelsene for seg selv var å spare de i rundt seg og for å ikke få en følelse av å miste kontroll (Gonzalez og Legacher 2007). Funnene i disse fire studiene er altså at det er få kvinner som bruker tilbakeholdelse av følelser som mestringsstrategi, men at de som bruker denne strategien ofte har en begrunnelse om hvorfor de bruker den. Oftest er det å spare de i rundt seg. Det er viktig å uttrykke sine følelser, og fordi det er få kvinner som belyser mestringsstrategien om å holde følelsene sine for seg selv, kan man tenke seg at det er flere som deler følelsene sine men at dette ikke er belyst i studiene (Reitan 2010b). Vi finner det med å dele følelser i en artikkel i vår studie. Den sier at kvinnen som delte følelsene sine følte lettelse av å få uttrykke sine følelser. Her sier en kvinne: Det er viktig at du kan gråte og føle deg trist. Denne tristheten er noe kroppen har behov å kvitte seg med. Å ha tillatelse til å reagere og uttrykke tristhet følte godt. En annen kvinne uttrykker det på denne måten i samme studie: Alt stoppet opp, men samtidig gikk alt i rundt meg videre som vanlig. Men på en måte var jeg ikke en del av det før jeg greide å snakke meg gjennom om følelsene og gråte litt (Drageset, Lindstrøm og Underlid 2009).

Vi ser i studien at kvinnen bruker ulike strategier for å mestre sykdommen. Noen ønsker å dele følelsen med andre, mens noen av kvinnene holder følelsene sine for seg selv. Det kommer frem i studien at det er få som holder følelsene sine for seg selv, men at det finnes de som gjør det. Når vi møter disse kvinnene i praksis er det viktig at vi som sykepleiere lar kvinnene få gjøre det som er best for dem selv, og hva som føles riktig for de i den situasjonen de er i. At vi støtter dem i de valgene de tar, og at vi viser og forteller dem at vi er der hvis de har behov for å snakke med noen. Selv om et funn vi har kun kommer frem i en artikkel, velger vi likevel å ta det med. Kvinnene som skulle dele sine følelser syntes det var lettere å åpne seg for personer de følte var støttende (Drageset, Lindstrøm og Underlid 2009). Dette funnet har vi selv sett i praksis, da ikke hos pasienter med diagnosen brystkreft. Da har en pleier vært inne ved for eksempel frokost og tilbudt seg å snakke litt mens pasienten har avslått. Ved lunsj kommer en annen pleier inn og pasienten har åpnet

seg til vedkommende. Vi tror det å ha noen som man føler er støttende og som forstår kvinnen er viktig.

Vi tror også at det kan være forskjeller mellom alder når det gjelder følelser. Det er viktig å påpeke at å miste et bryst uansett hvor man er i livet vil være vanskelig, og man kan være redd for seksuallivet sitt og sin kvinnelighet. Det kan være at kvinnene i de forskjellige aldersgruppene føler det forskjellig, men dette blir veldig individuelt. Da er det viktig at vi som sykepleiere ser individet og er dyktig på å gi individuell og målrettet sykepleie (Sørensen og Almås).

6.2.2 Se positivt på situasjonen

Et annet funn vi har gjort i vår studie er at det å belyse det positive og å belyse positive holdninger kan være med på å mestre situasjonen bedre (Manuel et al. 2007, Drageset, Lindstrøm og Underlid 2009, Hervatin et al. 2012 og Gonzalez og Legacher 2007). En av våre artikler skriver at dette er en av de mest brukte mestringsstrategi i sin studie (Manuel et al. 2007). En annen artikkel fant ut at kvinner med tidligere positive erfaringer om å mestre ulike situasjoner hadde det lettere med å fokusere på håp og å tenke positivt (Drageset, Lindstrøm og Underlid 2009). En tredje sier at det å ha mestringserfaringer som er positive kan være en ressurs, og det kan gi styrke i en ny situasjon som er vanskelig. Det å ha mestringsopplevelser fra tidligere som er negative kan føre til at man møter situasjoner med mismot og at man da har liten eller ingen tro på egne krefter (Reitan 2010b). En kvinne i en av studiene beskriver det slik: Jeg har alltid vært en optimist, i god ånd, og har hatt troen på at det mest vil gå bra (Drageset, Lindstrøm og Underlid 2009).

Dette med å se positivt på ting og å ha positive erfaringer kan hjelpe en i å mestre situasjoner. Det ser vi jo både i teori og i vår studie. Selv om det stemmer overens i dette studiet, er det kun 3 av våre 10 artikler som sier noe om temaet, og dette er kanskje noe som må undersøkes nærmere. Da vi ikke har noen erfaringer med cancer mammae pasienter fra praksis, blir vanskelig å dra det vi finner i vår studie opp mot praksis. Selv om dette er tilfellet så kan vi se det opp mot andre alvorlige diagnoser vi har støtt på i løpet av praksis. Kreftpasienter med annen type kreft enn cancer mamma har også brukt denne type mestringsstrategi. Dette har viste seg i praksis å hjulpet dem mye, og at de har fått litt større pågangsmot. En av oss var hos en pasient med kreft i ansiktet og som hadde fjernet

store deler av nesa. Dette er en operasjon som er veldig synlig. Denne pasienten fokuserte på at han var heldig som kun hadde mistet nesa når han egentlig kunne mistet livet. Han fokuserte også positivt på at det fantes så mange gode plastiske kirurger i dag at en ny nese skulle han få. Man kan dra dette med å tenke positivt også inn på andre plasser inn i arbeidslivet som sykepleier. Dette kan brukes på alle pasienter som ser negativt på ting. Vi som sykepleie kan hjelpe pasienten med å finne de små positive tingene som kan lette hverdagen og som kan være med på å gjøre mestring av sykdom litt lettere.

6.3 Mestring i hverdagen

I vår studie har vi sett at følelsen av å høre til, oppdage på nytt hva som er viktig i livet og gjøre aktiviteter som er meningsfulle for hver enkelt, er viktige momenter for kvinnene i hverdagen. (Drageset, Lindstrøm og Underlid 2009, Wengström, Häggmark og Forsberg 2001, Manuel et al. 2007). En kvinne sa: Jeg ønsker å være hjemme og gjøre positive ting, som for eksempel å ta turer med mannen min og ta vare på plantene mine (Drageset, Lindstrøm og Underlid 2009). Andre følte at det å være på jobb, ga dem følelsen av å være inkludert i et sosialt miljø og skapte distraksjon. En kvinne uttrykte det slik: Arbeid gir meg en følelse av å ha kontroll over noe i livet mitt (Drageset, Lindstrøm og Underlid 2009). Ved meningsorientert mestring overveier man hva som er viktig i livet og hvordan man på best mulig måte kan finne en mening med livet. Vi ser i studien vår at dette er en type mestringsstrategi som blir benyttet (Reitan 2010a).

Sykdom er noe som forstyrrer livsløpet, og dette påvirker de ulike rollene kvinnen fungerer i. Kvinnen får mindre mulighet til å fylle de rollene som er viktige for henne, da pasientrollen tar mye tid, noe som kan true identitet og autonomitet. Disse rollene kan også kalles for viktighetsområder (Reitan 2006). Det er forskjellig for hver enkelt hva som er viktig. Gjennom egne erfaringer fra praksis, yrkesliv og privatliv har vi erfart at de nærmeste spiller en stor rolle i pasientens liv. Det å få tilbringe tid sammen, og det å ha noen som virkelig kjenner deg som du kan snakke med, er noe som bidrar positivt i en mestringsprosess. Det å kunne ha hobbyer som man føler er meningsfulle, er også noe som kan være viktig. Områdene som kan være viktig er hjemmet, familie, venner, jobb, hobbyer og åndelige og filosofiske interesser (Reitan 2006). Ut i fra funn i studiet vårt, får vi inntrykk av at spesielt familie, venner, jobb og hobbyer er i fokus. Det å få bruke tid på

forskjellige aktiviteter som betyr noe for dem var noe som hjalp dem i deres mestringsprosess (Drageset, Lindstrøm og Underlid 2009, Wengström, Häggmark og Forsberg 2001, Manuel et al. 2007). En kvinne uttrykker det slik: Jeg går turer i naturen og er på treningstimer. Disse aktivitetene hjelper meg (Drageset, Lindstrøm og Underlid 2009).

Noen av kvinnene i studiet ønsket også å fortsette livet som normalt og ville bli behandlet som før diagnostidspunktet, da dette skapte en følelse av kontroll. Samtidig som de ville distansere seg følelsesmessig fra sykdommen ved hjelp av ulike aktiviteter (Drageset, Lindstrøm og Underlid 2009). Kontrollaspektet er grunnleggende innenfor mestring. Alle har et behov for å føle at de har kontroll på *noe* i livet sitt. Enkelte legger kontrollen hos seg selv, eller andre. Andre kan plassere denne utenfor menneskene, mens noen ikke legger kontroll hos verken innenfor eller utenfor seg selv (Reitan 2010a). Reitan (2010b) skriver i sitt kapittel om mestring at hver dag skal menneskene fylle ulike roller. Noen roller gir mer mening enn andre. Disse viktige rollene blir herfra omtalt som viktighetsområder. Slike viktige områder betyr noe for pasienten. Som for eksempel familie, venner, hjemmet, jobb og fritidsaktiviteter. I vår studie kommer det frem at mestring og livskvalitet henger sammen (Ransom et al. 2005 og Danhauer et al. 2009). Fokus på symptomer påvirker både den mentale og den fysiske livskvaliteten negativt hos kvinnen som deltok i studien (Ransom et al. 2005). En annen studie fant ut at det var økt bruk av mestringsstrategier som bruk av sosial støtte, holde følelser for seg selv og ønsketenkning (Danhauer et al. 2009). Sykepleiers rolle i dette blir å finne ut hvilke områder er viktige i kvinnens liv, og finne ut hvem hun er, og hvilke ressurser hun har. Det blir viktig at sykepleier tar seg tid, og at relasjonen mellom sykepleier og kvinnen preges av trygghet og tillit (Reitan 2006). Sykepleier kan også oppmuntre kvinnen til å gjøre noe for seg selv, som gjør henne glad. Det kan være hobbyer, eller noe annet hun synes er viktig for seg selv. Om man velger bort alt, og ikke gjør noe, kan det ha negativ påvirkning på mestringsprosessen. Samtidig er det også viktig å ikke overdrive, at man også tar seg tid til å kjenne på følelser og tanker som kan være vanskelige.

7.0 Konklusjon

Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse hvordan kvinner anvender mestringsstrategier i forbindelse med cancer mammae.

Gjennom vår studie kom vi frem til at det å ha folk rundt seg som man opplever som støttende, er viktig for mestringsprosessen. Det kommer frem at sosial støtte oppleves som viktig under hele sykdomsprosessen. Familie og venner har en sentral rolle i hvordan kvinnen mestrer sin sykdom. Her får sykepleier også en viktig rolle, hvor hun må se både kvinnen og hennes pårørende. Det blir viktig å ta seg tid til dem og deres tanker og bekymringer.

Det å holde følelser for seg selv viste seg å være en lite brukt strategi, men dog forekommer av ulike grunner. Kvinnene ville da beskytte de nærmeste, eller følte at det å uttrykke følelsene gjorde at de følte seg verre. Vi som sykepleiere er nødt til å respektere deres valg, om de vil uttrykke sine følelser eller holde de for seg selv.

Positiv tenkning og positive holdninger er også noe som påvirker mestringsprosessen. Vi som sykepleiere kan hjelpe kvinnen med å finne de små positive tingene som kan lette hverdagen, og som kan gjøre mestringen av sykdommen litt lettere.

I vår studie har vi sett at å gjøre aktiviteter som er meningsfulle for hver enkelt, er viktige momenter for kvinnene i hverdagen. Det å få bruke tid på de forskjellige aktivitetene som betydde noe for dem, var noe som hjalp dem i deres mestringsprosess. Sykepleiers rolle blir å finne ut hvilke områder som er viktige for kvinnen å ivareta, og støtte og oppmuntre henne på veien.

På grunn av kortere liggetid på sykehus, vil våre utfordringer som sykepleiere bli større i forhold til å skape en god relasjon til pasienten. Denne relasjonen er viktig for at pasienten skal kunne føle at sykepleier er til stede og støttende.

Det er en del forskning generelt om mestringsstrategier, men konkrete mestringsstrategier som kvinner bruker er det lite av. Videre forskning burde være å utforske mer hvilke

mestringsstrategier kvinnene benytter seg av, og hvilke som hjelper dem i mestringsprosessen. Det er også et veldig stort aldersspenn i forskningsartiklene, og det står ikke noe spesifikt om bruken av mestringsstrategier aldersmessig. Videre forskning burde kanskje vært å innsnevre aldersgruppene på de kvinnene man undersøker, for å se eventuelle forskjeller. Det ville vært interessant å sett hvilke mestringsstrategier man benytter avhengig av hvor man er i livet aldersmessig.

8.0 Litteraturliste

Audestad, Kristin S. 2011. *Sjuk*. www.diktfordagen.com/search/label/sjuk (lest 20.03.13)

Dalland, Olav. 2010. *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4. utgave. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Danhauer, Suzanne C., Sybil L. Crawford, Deborah F. Farmer og Nancy E. Avis. 2009. A longitudinal investigation of coping strategies and quality of life among younger women with breast cancer. *J Behave Med*; 32: 371-379

Donovan-Kicken, Erin og John P. Caughlin. 2011. Breast cancer patients` topic avoidance and psychological distress: The mediating role of coping. *J Health Psychol*; 16: 596-606.

Drageset, Sigrun, Torill Christine Lindstrøm og Kjell Underlid. 2009. Coping with breast cancer: between diagnosis and surgery. *Journal of Advanced Nursing*; 66(1): 149-158.

Eide, Hilde og Tom Eide. 2008. Krise- og mestringsteori. I *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning og etikk*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Evans, David. 2002. *Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data*. *Australian Journal of Advanced Nursing*; 20(2): 22-26.

Forsberg, Christina og Yvonne Wengström. 2008. *Att göra systematiska litteraturstudier*. 2. utgave. Stockholm: Författarna och bokförlaget natur och kultur.

Gjertsen, Turid. 2010. Sykepleieutfordringer ved brystkreft. I *Kreftsykepleie, pasient – utfordring – handling*, red. Anne Marie Reitan og Tore Kr. Schjølberg, 440-447. 3. utgave. Oslo: Akribe As.

Gonzalez, Lois O. og Cecile A. Legacher. 2007. Coping with breast cancer: a qualitative analysis of reflective journals. *Issues in Mental Health Nursing*; 28: 489-510.

- Hervatin, Rafaela, Stefani Sperlich, Heike Koch-Giesselmann og Sigfried Geyer. 2012. Variability and stability of coping in women with breast cancer. *Support care cancer*; 20: 2277-2285.
- Håkonsen, Kjell Magne. 1999. Personlighet og helse. I *Mestring og relasjon – psykologi med eksempler fra sykepleie*, 11-44. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Jacobsen, Dag, Sverre Erik Kjeldsen, Baard Ingvaldsen, Trond Buanes og Olav Røise. 2009. *Sykdomslære - indremedisin, kirurgi og anestesi*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Johansson, Ingela, Else Jørgensen, Ragnhild Michaelsen og Torill Skrondal. 2012. *SAE00 Bacheloroppgave i sykepleie, 15 sp*. Molde: Høgskolen i Molde
- Junghyun, Kim, Jeong Yeob Han, Bret Shaw, Fiona McTavish og David Gustafson. 2012. The roles of social support and coping strategies in predicting breast cancer patients' emotional well-being. *J Health Psychol*; 15: 543-551.
- Kreftregisteret – institutt for populasjonsbasert kreftforskning.
<http://kreftregisteret.no/no/Generelt/Fakta-om-kreft-test/Brystkreft/Brystkreft-Alt2/> (lest 23.11.12)
- Kvåle, Kirsti. 2002. Sykepleie i forhold til kreftsykes situasjon. I *Sykepleie til mennesker med kreft*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Manuel, Janeen C., Stephanie R. Burwell, Sybil L. Crawford, Renee H. Lawrence, Deborah F. Farmer, Anita Hege, Kimberly Phillips og Nancy E. Avis. 2007. Younger women's perceptions of coping with breast cancer. *Cancer Nursing*; 30(2): 85-94.
- Myskja, Audun. 2005. *Leve med kreft – hvordan styrke håp og livsmot*. Oslo: J.W. Cappelens Forlag AS.
- Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. 2011. Tema: Publiseringskanaler.
<http://dbh.nsd.uib.no/kanaler/> (lest 23.11.2012)

- Nortvedt, Monica W., Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt og Liv Merete Reinar. 2008. *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*. 1. utgave. Oslo: norsk sykepleieforbund.
- Ransom, Sean, Paul B. Jackson, John E. Schmidt og Michael A. Andrykowski. 2005. Relationship of problem-focused coping strategies to changes in quality of life following treatment for early stage breast cancer. *Journal of pain and symptom management*; 30(3): 243-253.
- Reitan, Anne Marie. 2010a. Krise og mestring. I *Kreftsykepleie, pasient – utfordring – handling*, red. Anne Marie Reitan og Tore Kr. Schjølberg, 72-101. 3. utgave. Oslo: Akribe AS.
- Reitan, Anne Marie. 2010b. Mestring. I *Sykepleieboken 2 – sentrale begreper i klinisk sykepleie*, red. Unni Knutstad, 74-104. 3. utgave. Oslo: Akribe AS.
- Reitan, Anne Marie. 2006. Mestring. I *Sykepleieboken 2 – teoretisk-metodisk grunnlag for klinisk sykepleie*, red. Unni Knutstad og Birthe Kamp Nielsen, 155-178. 2. utgave. Oslo: Akribe AS.
- Roussi, Pagona, Vagia Krikeli, Christina Hatzidimitriou og Ifigeneia Koutri. 2007. Patterns of coping, flexibility in coping and psychological distress in women diagnosed with breast cancer. *Cogn ther res*; 31: 97-109.
- Schjølberg, Tore Kr. 2010. Endret kroppsbilde. I *Kreftsykepleie, pasient – utfordring – handling*, red. Anne Marie Reitan og Tore Kr. Schjølberg, 131-141. 3. utgave. Oslo: Akribe AS.
- Schjølberg, Tore Kr. 2008. Sykepleie til pasienter med kreft. I *Sykepleieboken 3 – klinisk sykepleie*, red. Unni Knutstad, 83-129. Oslo: Akribe AS.
- Sørensen, Elin Myklebust og Hallbjørg Almås. 2011. Sykepleie ved brystkreft. I *Klinisk sykepleie 2*, red. Hallbjørg Almås, Dag-Gunnar Stubberud og Randi Grønseth, 439-453. 4. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Wengström, Yvonne, Caroline Häggmark og Christina Forsberg. 2001. Coping with radiation therapy, strategies used by women with breast cancer. *Cancer Nursing*; 24(4): 264-270.

Wist, Erik. 2010. Brystkreft. I *Kreftsykepleie, pasient – utfordring – handling*, red. Anne Marie Reitan og Tore Kr. Schjølberg, 431-439. 3. utgave. Oslo: Akribe As.

Søk nr. 1

#	Søkeord	Dato	Database	Treff	Leste resyme	Leste artikler	Inkluderte artikler
1	Coping strategies AND	22.11.12	Proquest		0	0	0
2	Breast cancer OR breast neoplasms AND	22.11.12	Proquest		0	0	0
3	coping	22.11.12	Proquest	5266	42	5	3

Søk nr. 2

#	Søkeord	Dato	Database	Treff	Leste Resyme	Leste artikler	Inkluderte artikler
1	Coping strategies.mp.	22.11.12	Ovid medline	6186	0	0	0
2	Breast cancer.mp. or breast neoplasms/	22.11.12	Ovid medline	224653	0	0	0
3	Coping.mp.	22.11.12	Ovid medline	28622	0	0	0
4	1 and 2 and 3	22.11.12	Ovid medline	154	34	5	1

Søk nr. 3

#	Søkeord	dato	Database	Treff	Leste resyme	Leste artikler	Inkluderte artikler
1	Coping startegies.mp.	29.11.12	Ovid	6189	0	0	0
2	Breast cancer.mp. or breast neoplasms/	29.11.12	Ovid	224832	0	0	0
3	Coping.mp.	29.11.12	Ovid	28640	9	0	1

Søk nr. 4

#	Søkeord	Dato	Database	Treff	Leste resyme	Leste artikler	Inkluderte artikler
1	Coping strategies.mp.	29.11.12	Ovid	6189	0	0	0
2	Breast cancer.mp. or breast neoplasms	29.11.12	Ovid	224832	0	0	0
3	1 and 2	29.11.12	Ovid	154	36	4	2

Søk nr. 5

#	Søkeord	Dato	Database	Treff	Leste resyme	Leste artikler	Inkluderte
1	Breast cancer AND	20.02.13	Cinahl	0	0	0	0
2	Cope or coping or coping strategies	20.02.13	Cinahl	1552	10	5	3

Artikkel nr. 1

Forfattere	Drageset, Sigrunn, Torill Christine Lindstrøm og Kjell Underlid
År	2009
Land	Norway
Tidsskrift	Journal of advanced nursing 66(1), 149-158
Tittel	Coping with breast cancer: between diagnosis and surgery
Hensikt	Hensikten med denne studien var å beskrive ulike mestringsstrategier som blir brukt av kvinner mellom diagnostisering av brystkreft og operativ behandling.
Metode	Kvalitativ studie
Instrument	Individuelle semi-strukturerte intervju
Deltakere	Pasienter med ny-diagnostisert cancer mammae. 48 ble invitert til studien, 21 ble til slutt intervjuet og innlemmet i studien.
Hovedfunn	Fremtredende funn om mestring mellom diagnostisering og operativ behandling var; Steg for steg, skyve unna, jobbe som vanlig, nyte livet, forholde seg til følelser, forberede seg på det verste og ha et positivt fokus. Kvinnen i studiet var klare over at man kunne dø, men samtidig var de håpefulle og optimistiske. Gjennomsnittet ønsket å bli behandlet som de ble gjort før diagnosen.
Fagfellevurdert	Nivå 2
Etisk vurdert	Ja
Database	Ovid medline
Søk	Nr. 2

Artikkel nr. 2

Forfattere	Wengström, Yvonne, Caroline Häggmark og Christina Forsberg
År	2001
Land	Sweden
Tidsskrift	Cancer Nursing, Vol. 24, NO. 4
Tittel	Coping with radiation therapy, strategies used by women with breast cancer
Hensikt	Hensikten med studien var å beskrive brukte mestrisstrategier hos kvinner med brystkreft under og etter behandling med stråling
Metode	Kvalitativt studie
Instrument	Det ble brukt ``the wheel questioner`` for å kunne bruke ustrukturerte intervju.
Deltakere	Pasienter med brystkreft som er under strålebehandling. 134 pasienter deltok i undersøkelsen
Hovedfunn	Undersøkelsen viser at pasientene bruker flere problem- og følelses- baserte strategier for å mestre behandlingen, og disse strategiene endret seg over tid. Familie og venner hadde også en positiv innvirkning på mestringprosessen ved de tre målingspunktene: før behandlings-start, når behandling er avsluttet og 3 mnd etter endt behandling. Kontakt med kollegaer var også med på å skape en viss opplevelse av normalitet. Kvinnene mente også at en positiv innstilling var med på å hjelpe i forhold til mestring av behandling.
Fagfelleurdert	Nivå 2
Etisk vurdert	Uklart
Database	Ovid Medline
Søk	Nr. 2

Artikkel nr. 3

Forfatter	Ransom, Sean, Paul B. Jacobsen, John E. Schmidt og Michael A. Andrykowski
År	2005
Land	USA
Tidsskrift	Journal of pain and symptom management, Vol. 30 No. 3
Tittel	Relationship of problem-focused coping strategies to changes in quality of life following treatment for early stage breast cancer
Hensikt	Hensikten med studien er å finne ut om problem-fokusert mestring kan påvirke livskvaliteten til pasienter seks måneder etter behandling.
Metode	Kohort-studie
Instrumenter	For å se på mestringen av symptomer ville studien måle hvor mange og hvor sterke symptomene var. Da brukte de ``the memorial symptom assessment scale`` (MSAS). Mestringsstrategiene ble vurdert ved hjelp av ``the illness management questionnaire`` (IMQ).
Deltakere	Av 183 kvinner som ble forespurt godtok 174 å delta. 146 deltakere fullførte til slutt studien.
Hovedfunn	Kvinner som fokuserte mye på sine symptomer ved behandlingens slutt opplevde mindre forbedring både på den fysiske og mentale livskvaliteten i forhold til de som fokuserte på andre ting og som søkte informasjon.
Fagfellevurdert/nivå	Nivå 1
Etisk vurdert	Deltakerne signerte et samtykkeskjema/informasjonskriv som var godkjent av University of south florida eller the university of Kentucky. Står ikke konkret om studien er etisk vurdert.
Database	Ovid medline
Søk	Nr. 1

Artikkel nr. 4

Forfattere	Manuel, Janeen C., Stephanie R. Burwell, Sybil L. Crawford, Renee H. Lawrence, Deborah F. Farmer, Anita Hege, Kimberly Phillips og Nancy E. Avis.
År	2007
Land	USA
Tidsskrift	Cancer Nursing, Vol.30, No. 2
Tittel	Younger women's perceptions of coping with breast cancer
Hensikt	Hensikten med studien var å undersøke hvilke mestringsstrategier kvinner med brystkreft brukte etter diagnostisering.
Metode Instrument	Tverrsnittstudie For å måle mestringen hos de innkluderte brukes en skala som kalles WOC-CA (ways of coping, cancer version). Denne skalaen bruker de både på de kvalitative dataene og på de kvantitative dataene.
Deltakere	220 pasienter
Hovedfunn	Kvantitative resultater viser at de mest brukt mestringsstrategiene var kognitiv restrukturering, ønsketenkning og å skape endringer. Kvalitative resultater ved hjelp av åpne spørsmål viser at kvinnene syntes hvilken type mestringsstrategi de brukte kom an på hvilke type stress de ble utsatt for. Eksempel på dette kunne være at sosial støtte var veldig nyttig ved håndtering av anger eller depresjon og positive kognitive restrukturering var mer nyttig med tanken på bekymringer for fremtiden.
Fagfellevurdert/nivå	Nivå 2
Etisk vurdert	Det står ikke direkte at studien var etisk godkjent men den var godkjent av ulike nemder på vær enkelt institutt som var med i undersøkelsen.
Database	Ovid medline
Søk	Nr. 4

Artikkel nr. 5

Forfatter	Danhauer, Suzanne C., Sybil L. Crawford, Deborah F. Farmer og Nancy E. Avis.
År	2009
Land	USA
Tidsskrift	J Behave Med, 32:371-379
Tittel	A longitudinal investigation of coping strategies and quality of life among younger women with breast cancer.
Hensikt	Hensikten med denne studien var å se på mestringsstrategier over tid og å se på sammenhengen mellom mestringsstrategier og livskvalitet hos kvinner med brystkreft.
Metode Instrument	Kohort-studie I forhold til mestring brukes en skala som heter ``the ways of coping``. Denne skalaen har en egen versjon som forholder seg til mestring og kreft. Denne kalles ``ways of coping, cancer version`` (WOC-CA). Studien har tatt i bruk en skala som er spesifisert for livskvalitet og kreft. Denne heter ``functional assessment of cancer therapy-breast scale`` (FACT-B). FACT-B har underkategorier. Disse kategoriene er følelsesmessig velvære, sosialt velvære og brystkreft spesifikke bekymringer.
Deltakere	268 pasienter
Hovedfunn	Den mest brukte mestringsstrategien viser seg å være positiv kognitiv gjenoppbygging. Over lengre tid viser det seg at sosial støtte, åndelighet og ønsketenkning.
Fagfellevurdert/nivå	Nivå 1
Etisk vurdert	Det står ikke direkte at studien var etisk godkjent men den var godkjent av ulike nemder på vær enkelt institutt som var med i undersøkelsen.
Database	Proquest
Søk	Nr. 3

Artikkel nr. 6

Forfatter	Hervatin, Rafaela, Stefanie Sperlich, Heike Koch-Giesselmann og Sigfried Geyer.
År	2012
Land	Tyskland
Tidsskrift	Support care cancer, 20:2277-2285
Tittel	Variability and stability of coping in women with breast cancer
Hensikt	Se om mestringsstrategier hos kvinner med nyoppdagete kreft uten spredning er stabil over tid eller om det endres. Det vil også bli undersøkt om det er et mønster i mestringsstrategiene.
Metode Instrument	Kvalitativt studie med kvantitativ tilnærming Datainnsamling om mestring ble evaluert i forhold til manualen om mestring, Hannover coping manual (HCM).
Deltakere	234 pasienter
Hovedfunn	Emosjonell mestring var stabil over tid mens ulike strategier assosiert med mestring varierte betydelig. Cellegift viser seg å ha mest innvirkning på mestring av situasjonen.
Fagfellevurdert/nivå	Nivå 1
Etisk vurdert	Det står ikke at artikkelen er lagt frem i etisk komite men det står at intervjuene som ble tatt opp på bånd er systematisert og anonymisert slik at taushetsplikten er ivaretatt.
Database	Proquest
Søk	Nr. 3

Artikkel nr. 7

Forfatter	Roussi, Pagona, Vagia Krikeli, Christina Hatzidimitriou og Ifigeneia Koutri
År	2007
Land	Hellas
Tidsskrift	Cogn ther res, 31:97-109
Tittel	Patterns of coping, flexibility in coping and psychological distress in women diagnosed with breast cancer
Hensikt	Hensikten med studien var å undersøke forholdet mellom individuell mestringsstrategier, mønster for mestring og fleksibilitet på den ene siden men samtidig det psykologiske stresset på den andre siden.
Metode	Kohortstudie
Instrument	Profile of mood scale (POMS) er et selv-rapporteringsskjema som måler ulike følelser
Deltakere	72 pasienter
Hovedfunn	Aksept og humor var negativt relatert til stress. Fornektelse og følelsesuttrykk var positivt relatert til stress.
Fagfellevurdert/nivå	Nivå 2
Etisk vurdert	Ikke lagt frem til etisk komite men kvinnen måtte godkjenne at forskerne/intervjuerne tok kontakt med dem den aktuelle perioden.
Database	Proquest
Søk	Nr 3.

Artikkel nr. 8

Forfatter År Land Tidsskrift	Donovan-Kicken, Erin og John P. Caughlin 2011 USA J Health Psychol 2011 16:596
Tittel	Breast Cancer patients` topic avoidance and psychological distress: The mediating role of coping
Hensikt	Hensikten med studien er å undersøke om meditering som mestringsstrategi kan påvirke psykologisk stress
Metode Instrument	Kvalitativ metode med kvantitativ tilnærming For å måle pasientenes grad av depresjon ble det brukt ``the 20-item center for epidemiologic studies depression scale (CES-D). For å måle pasientenes mestringsstrategi ble det tatt i bruk ``subscales from the brief cope``.
Deltakere	Kvinner som var under eller nettopp hadde gjennomgått behandling for brystkreft. 140 stk
Hovedfunn	Studien viser at emnet unngåelse kan redusere pasienters bruk av emosjonell støtte og øke pasienters selvbefridelse, som hver kan føre til høyere nivå av psykiske plager.
Fagfellevurdert/nivå	Nivå 1
Etisk vurdert	Alle prosedyrene i studien ble godkjent av universitetet IRB og av kreftgrupper samt administrasjon for ulike diskusjonsforum. Ikke lagt frem for etisk komite.
Database	Cinahl
Søk	Nr. 5

Artikkel nr. 9

Forfatter År Land Tidsskrift	Gonzalez, Lois O., Cecile A. Legacher 2007 USA Issues in Mental Health Nursing, 28:489-510.
Tittel	Coping with breast cancer: a qualitative analysis of reflective journals.
Hensikt	Hensikten med studien var å undersøke hvordan pasienten responderer på å få diagnosen og på behandlingen. Man ville også undersøke mestringsstrategier gjennom analyse av dagbøker.
Metode Instrument	Kvalitativ Dagbøker som ble analysert
Deltakere	8 pasienter som var utplukket fra en større studie som omhandlet et annet tema.
Hovedfunn	Det var tre hovedproblemer relatert til diagnose og behandling som var viktig for deltakerne. Hvordan pasienten velger å håndtere sin diagnose/behandling, behovet for håndfaste besøk på kjærlighet og støtte og behovet for noe mer.
Fagfellevurdert/nivå	Nivå 1
Etisk vurdert	Deltakerne fikk selv velge om de ville dele dagbøkene med forskerne da de var ferdig med disse.
Database	Proquest
Søk	Nr. 1

Artikkel nr. 10

Forfatter	Kim, Junghyun, Jeong Yeob Han, Bret Shaw, Fiona Mctavish and David Gustafson.
År	2012
Land	USA
Tidsskrift	J health psychol 2010, 15: 543
Tittel	The roles of social support and coping strategies in predicting breast cancer patients` emotional well-being
Hensikt	Hensikten med studien var å undersøke hvordan sosial støtte og mestringsstrategier er relatert i å forutsi emosjonelt velvære hos kvinner med brystkreft.
Metode	Kvantitativ
Instrument	<ul style="list-style-type: none"> - Emosjonelt velvære ble målt med FACT-B (functional assessment of cancer therapy-breast). - Selvbebreidelse ble målt med en to-punkts selvbebreidelses skala.
Deltakere	231 kvinner med brystkreft
Hovedfunn	Studien viser at sosial støtte påvirker innflytelsen av valg av mestringsstrategi mellom selvbebreidelse og positiv tenkning.
Fagfellevurdert/nivå	Nivå 1
Etisk vurdert	Kvinnene i denne studien var et utvalg av en større undersøkelse som allerede hadde skrevet under på å delta i studie og de fikk derfor bare informasjon og spørsmål om å delta. Ikke lagt frem for etisk komite.
Cinahl	Cinahl
Søk	Nr. 5