



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSS9

Predefinert informasjon

Startdato:	12-05-2020 09:00	Termin:	2020 VÅR
Sluttdato:	22-05-2020 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 BSS9 1 H 2020 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 367

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 10296

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har registrert

oppgavetittelen på

norsk og engelsk i

StudentWeb og vet at

denne vil stå på

vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)

Gruppenummer: 97

Andre medlemmer i gruppen: 366

Jeg godkjenner avtalen om publisering av oppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Gruppeintervensjoner og mestring blant
brystkreftpasienter

Group interventions and coping among
breast cancer patients

Kandidatnummer 366 & 367

Sykepleie

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Innleveringsdato: 22. mai 2020

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle

kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

"The fact that I knew that it was going to be a group where we all had something in common and that we would all speak the same language (...) The fact that I knew that it was not going to be just me and the psychologist, right? If so, I would feel a little bit intimidated, so the fact that I would be together with more people (in the group) gave me a sense of comfort..."

(Utsagn fra kvinne, 41 år i Brandão, Tavares, Shulz & Matos, 2019, s. 3)

Abstract

Title: Group interventions and coping among breast cancer patients.

Background: In recent years there has been an increase in breast cancer incidence, both in Norway and the world. There is a wide range of offers that can contribute to increased coping among breast cancer patients. Traditional and online group interventions are among those and are the focus of this literature study.

Aim: The aim of this study is to investigate if and how different types of group interventions can contribute to increased coping among breast cancer patients.

Research question: Can group interventions contribute to increased coping of the disease among breast patients, and if so, how?

Method: Literature study is the chosen method. Five scientific articles including three qualitative studies, one quantitative study and one mixed-method study are included. One literature review article was also included. In addition, other relevant literature was used in order to answer the research question.

Findings: The results of the different group interventions showed several similarities, despite whether they were traditional or online. Our findings identified these subjects as important in the process of coping: sense of community, exchange of experiences and sharing stories, as well as empowerment, information, and normalization. Traditional groups may provide stronger emotional contact with the others in the group. Online groups contributed to anonymity and minor obligations to others.

Conclusion: Group interventions can contribute to increased coping among breast cancer patients. There may be individual differences.

Keywords: Breast cancer, coping, empowerment, group interventions.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	6
2.0 Teori	7
2.1 Brystkreft.....	7
2.1.1 Årsaker.....	7
2.1.2 Symptomer og diagnostikk.....	8
2.1.3 Behandling	9
2.1.4 Konsekvenser for psykososiale behov	9
2.2 Mestring.....	10
2.2.1 Mestringsstrategier.....	11
2.2.2 Sykepleie og mestring.....	12
2.3 Empowerment og salutogenese.....	13
2.4 Yrkesetiske retningslinjer.....	15
2.5 Egenomsorgsteori – Dorothea Orem.....	15
3.0 Metode	17
3.1 Hva er metode?.....	17
3.2 Litteraturstudie som metode	17
3.2.1 Søk og søkehistorikk.....	18
3.2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	20
3.2.3 Analyse og syntese.....	20
3.2.4 Kvalitetsvurdering av de inkluderte artiklene.....	21
3.3 Kildekritikk og etiske overveielser	21
4.0 Resultater	23
4.1 Tradisjonelle gruppeintervensjoner.....	23
4.2 Nettbaserte gruppeintervensjoner.....	25
4.3 Sammenligning av tradisjonelle og nettbaserte gruppeintervensjoner.....	27

5.0 Diskusjon	28
5.1 En aktiv deltaker i eget liv.....	28
5.2 Betydningen av å møte personer i samme situasjon.....	30
5.3 Er et møte ansikt til ansikt nødvendig, eller kan internett bidra med det samme?	32
5.4 utfordringer knyttet til de ulike gruppeintervensjonene.....	34
5.5 Metodediskusjon.....	36
6.0 Konklusjon	37
Referanseliste	38
Vedlegg I: Søkehistorikk	42
Vedlegg II: Flytskjema	44
Vedlegg III: Litteraturmatrise	45

Liste over tabeller

Tabell I: Problemorientert og emosjonelt orientert mestring.....	12
Tabell II: PICO-skjema.....	19
Tabell III: Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	20

1.0 Innledning

Verden over er brystkreft den nest hyppigste krefttypen etter lungekreft med over to millioner nye diagnoser hvert år (Joe & Burstein, 2020). Brystkreft er også den ledende årsaken til kreftdød hos kvinner over hele verden (Joe & Burstein, 2020). Da er det kanskje ikke så rart at brystkreft stadig vekk er i søkelyset i media og politikken verden over, blant annet fordi oktober regnes som brystkreftens måned (Grimsey, 2011, s. 1).

I Norge er brystkreft den vanligste kreftformen hos kvinner med 3568 nye tilfeller i 2018, noe som er en betydelig økning fra tidligere år (Cancer Registry of Norway, 2019, s. 16). En av elleve norske kvinner vil bli diagnostisert med brystkreft før fylte 75 år (Cancer Registry of Norway, 2019, s. 25). En av grunnene til at antallet kvinner som blir diagnostisert med brystkreft har økt er mammografiscreening (Norsk Helseinformatikk, 2019). Mammografi leter aktivt etter tidlige tegn på sykdom og gjør at diagnosen kan stilles på et tidligere stadium (NHI, 2019). Kvinner mellom 50 og 69 år får muligheten til å gjennomgå mammografi hvert andre år (Kreftregisteret, 2020), og et av målene med dette er å redusere antallet som dør grunnet brystkreft.

Arbeidet med kreftpasienter har og vil ha stor sykepleiefaglig relevans fremover. Dette blant annet fordi flere lever med en kreftdiagnose enn tidligere (Lorentsen & Grov, 2016, s. 397). Å få beskjed om at man har fått kreft påvirker hele mennesket kroppslig, psykisk, sosialt og eksistensielt (Lorentsen & Grov, 2016, s. 398). Det er vesentlig at pasienten skal få muligheten til å gjenvinne kontroll over sitt eget liv gjennom å få informasjon og kunnskap om sykdommen, behandlingen og prognosen (Sørensen, Lorvik, Erntsen & Almås, 2016, s. 438).

Bakgrunnen for at vi har valgt å skrive om dette emnet er at vi har hatt en praksisperiode på kreftavdelingen på Haukeland Universitetssykehus. Der møtte vi mange pasienter som levde med sin kreftsykdom og håndterte dette på ulike måter. Da brystkreft er den vanligste krefttypen i Norge, er vi nysgjerrige på hvordan de rammede klarer å mestre hverdagen sykdommen medfører. Det finnes flere tilgjengelige behandlingstilbud til brystkreftpasienter, blant annet gruppebaserte. Det vi lurer på er om og eventuelt hvordan ulike gruppeintervensjoner kan bidra til å fremme mestring? Dermed blir vår problemstilling:

«Kan gruppeintervensjoner bidra til økt mestring av sykdommen blant brystkreftpasienter, og i så fall hvordan?»

2.0 Teori

2.1 Brystkreft

Brystkreft rammer hyppigst kvinner over 50 år. Menn kan også få brystkreft, selv om dette er uvanlig (Sørensen et al., 2016, s. 437). Brystkreft defineres som kreft i brystets melkeganger eller melkekjertler (Schlichting, 2016, s. 446). Vi finner mesteparten av brystkrefttilfellene i brystkjertelens melkeganger (NHI, 2019). Sykdommen kan ofte ha et varierende forløp, fra tumorer som vokser raskt med tidlige fjernmetastaser til tumorer som vokser langsomt uten å metastasere («Brystkreft», 2015). TNM-klassifisering brukes for å se hvor utbredt kreften i brystet er på diagnosetidspunktet. «T» (tumor) beskriver hvor stor den lokale tumoren er i og rundt brystet. «N» (nodes) forteller oss om grad av spredning til lymfeknuter, og «M» (metastase) representerer tilstedeværelsen av fjernmetastaser («Stadier ved brystkreft», 2015).

2.1.1 Årsaker

Det er knyttet mye usikkerhet til hvorfor enkelte kvinner får brystkreft og andre ikke. Årsaksforholdene er sammensatte (Schlichting, 2016, s. 446). Sørensen et al. (2016, s. 438) hevder at årsaken er vanskelig å slå fast, med unntak av spesifikke påviste genforandringer. Ny kunnskap viser imidlertid at faktorer som spiller en rolle for utviklingen av brystkreft omfatter arv og miljø samt sårbarhetsgener og livsstil (Thune, 2017, s. 465). Eksempler på spesifikke risikofaktorer som påvirker brystkreft i økende grad er blant annet bruk av hormoner (eks. p-piller), høy alder ved første barn, overvekt i voksen alder, familiehistorie med brystkreft, alkohol og alder (Thune, 2017, s. 465). Grimsey (2011, s. 5-8) beskriver også mange av de samme risikofaktorene, blant annet eksponering for hormoner som øker risikoen for brystkreft. Dette innbefatter som nevnt bruk av hormoner oralt, men også andre ting, som for eksempel antall menssykluser en kvinne gjennomgår i løpet av livet. Risikoen vil øke desto flere ganger en kvinne har menstruasjon, og dermed er tidlig menarke og sen menopause risikofaktorer for utvikling av brystkreft (Grimsey, 2011, s. 5-8).

En liten andel (5-10 %) av alle brystkrefttilfeller har bakgrunn i en medfødt genetisk mutasjon (Schlichting, 2016, s. 446). Vi har kjennskap til to brystkreftgener: BRCA1 og BRCA2

(Schlichting, 2016, s. 446). Disse tilhører en klasse gener kjent som tumorsuppressorer («Årsaker til brystkreft», 2015). I normale celler bidrar BRCA1 og BRCA2 til å hindre ukontrollert cellevekst, samt sikre stabilitet i cellens genmateriale (DNA) («Årsaker til brystkreft», 2015). Det er mutasjoner i disse genene som gir risiko for både bryst- og eggstokkreft.

2.1.2 Symptomer og diagnostikk

Brystkreft og forstadier til brystkreft gir sjelden symptomer før man kan kjenne en kul i brystet, og dermed er det ofte kvinnen selv som oppdager tumoren (Schlichting, 2016, s. 447). Thune (2017, s. 466) hevder at de fleste kuler i bryster ikke er brystkreft. Hun sier at hos menstruerende kvinner vil slike kuler gjerne variere med menstruasjonssyklusen i størrelse og konsistens, og kvinner kan erfare at disse kulene forsvinner spontant. Dersom en derimot kjenner kuler i brystet som vedvarer bør disse følges opp og undersøkes av lege (Thune, 2017, s. 466). Fastlegen skal henvise pasienten til pakkeforløp for brystkreft dersom det er mistanke om brystkreft (Helsedirektoratet, 2017, kap. 2). Ved klinisk undersøkelse skal alltid kjennbare kuler i brystet eller aksillen utredes, og det samme gjelder symptomer som nyoppstått asymmetri av brystene (Schlichting, 2016, s. 447). Andre funn er hudforandringer som rødhet, eksem, appelsinhud og hudinndragning (Schlichting, 2016, s. 447). Noen kan også skille ut blankt eller blodtilblandet sekret fra brystvorten eller oppleve at brystvorten blir trukket inn (Thune, 2017, s. 466).

I diagnostikken av brystkreft er en metode kjent som trippeldiagnostikk mye brukt.

Trippeldiagnostikk innebærer tre komponenter: klinisk undersøkelse, bildediagnostikk og nålebiopsi (Schlichting, 2016, s. 448). Alle klinisk og/eller mammografisk mistenkte forandringer i brystet skal gjennom denne trippeldiagnostikken, ifølge Schlichting (2016, s. 448). Ved klinisk undersøkelse inngår en systematisk inspeksjon og palpasjon av brystet, aksillen, samt områder over og under kragebeinet (Thune, 2017, s. 467). Det er viktig å vurdere asymmetri, hudforandringer, synlige eller palpable kuler og brystknoppens utseende i denne undersøkelsen (Schlichting, 2016, s. 448). Mammografi er den bildeundersøkelsen som bør foreligge som basis under bildediagnostikk, da metoden gir muligheten til å se endringer i brystets sammensetning objektivt (Thune, 2017, s. 467). Bildediagnostikken omfatter også ultralydundersøkelse og kan suppleres med MR (Schlichting, 2016, s. 448). Nålebiopsi med enten finnåls cytologiske prøver eller grov nålsprøver fra brystet er også en del av utredningen (Schlichting, 2016, s. 448).

2.1.3 Behandling

Egenskapene til brystkreftsvulsten er grunnlag for hvordan den skal behandles og må ses i sammenheng med svulstens sammensetning, størrelse og egenskaper (Thune, 2017, s. 467). Den viktigste og mest anvendte behandlingen for brystkreft er kirurgi (Sørensen et al., 2016, s. 442). Dette kan være kirurgi alene eller i kombinasjon med cytostatika, strålebehandling eller endokrinbehandling. Når den adjuvante behandlingen, altså tilleggsbehandlingen, skal bestemmes må en se på stadielinndelingen sammen med de ulike egenskapene til svulsten (Thune, 2017, s. 467). De aller fleste opererte brystkreftpasienter får adjuvant behandling etter operasjonen for å hindre tilbakefall (Thune, 2017, s. 469).

Den vanligste formen for kirurgi i behandlingen av brystkreft er brystbevarende kirurgi kombinert med biopsi av vaktpostlymfeknuter for å kunne påvise eventuell spredning (Thune, 2017, s. 468). En slik operasjon fjerner kun svulsten. En total fjerning av brystet (mastektomi) blir bare brukt i de tilfellene der det ikke er mulig med brystbevarende kirurgi. Et eksempel kan være ved store svulster. Dersom det er stor avstand mellom flere tumorer i samme bryst fjernes hele brystkjertelen (Schlichting, 2016, s. 449). Hvis kvinnen ønsker å fjerne hele brystet på bakgrunn av angst for tilbakefall og/eller unngå strålebehandling kan også denne metoden være aktuell (Schlichting, 2016, s. 449).

2.1.4 Konsekvenser for psykososiale behov

Hvordan en kvinne reagerer på å få diagnosen brystkreft vil være individuelt, og alder og livssituasjon vil ha en innvirkning på hvordan kvinnen håndterer det (Bredal, 2017, s. 477). Mange kvinner som blir diagnostisert med brystkreft rammes psykisk. Når en person får diagnosen brystkreft kan vedkommende bli usikker på hvordan fremtiden ser ut, og dette kan prege hverdagen (Bredal, 2017, s. 477). Grunnen til det er usikkerhet rundt egen overlevelse, og frykt for metastasering, lidelse og død (Sørensen et al., 2016, s. 440).

Det er også utfordringer knyttet til utseende og kvinnelig identitet (Bredal, 2017, s. 482). Brystene er en viktig del av identiteten og selvbildet til mange kvinner, og en diagnose som brystkreft kan påvirke dette negativt (Bredal, 2017, s. 482). Relasjoner til ektefelle, familie eller andre sosiale omkretser kan påvirkes av sykdommen, samt hvordan hun mestrer dagliglivet hjemme og/eller på jobb (Sørensen et al., 2016, s. 440-441).

Flere kvinner opplever angst og depresjon i forbindelse med det å få brystkreft, da det kan være vanskelig å håndtere psykisk (Sørensen et al, 2016, s. 441). Å måtte gå til kontroller med jevne mellomrom over lengre tid kan være en konstant påminnelse om kreftsykdommen (Sørensen et al., 2016, s. 441). Flere brystkreftpasienter føler seg trette enn før sykdommen, og små gjøremål kan være tyngre enn før (Sørensen et al., 2016, s. 441).

Den mest anvendte metoden for behandling av brystkreft er, som nevnt, kirurgi (Sørensen et al., 2016, s. 442). Kvinnen vil i etterkant av dette ha behov for å venne seg til og bli komfortabel med et endret utseende. Det kan være utfordrende for kvinnen å føle seg feminin i etterkant (Bredal, 2017, s. 483). Enkelte trekker seg tilbake og unngår å være sosiale grunnet endret kroppsbilde eller mangel på energi (Bredal, 2017, s. 484).

2.2 Mestring

Mestring er et begrep som brukes i dagligtalen, og det beskriver følelsen av at en klarer seg og får til noe (Reitan, 2017, s. 88). Helsedirektoratet utga en rapport som forklarer at mestring både handler om personens evne til tilpasning av en ny hendelse og muligheten en selv har til påvirkning og endring av en ny situasjon (Samdal, Wold, Harris & Torsheim, 2017, s. 7). Reitan (2017, s. 88) hevder at mestring er en del av sosialiseringprosessen og et allmennmenneskelig fenomen. De mer spesielle aspektene ved mestring innebærer når individer kommer i belastende situasjoner som fører til at de får problemer med å mestre dem (Reitan, 2017, s. 88). Psykologen Richard Lazarus utviklet sin teori om stress og mestring ved hjelp av sin kollega Susan Folkman (Kristoffersen, 2016, s. 247). Lazarus og Folkman (1984, s. 141) definerer mestring slik:

«Constantly changing cognitive and behavioral efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person».

Lazarus og Folkman (1984) bruker her ordet mestring om forskjellige typer atferd og psykiske prosesser som individet benytter for å fjerne, vinne over, redusere eller tolerere krav som oppstår i situasjoner der personens ressurser stilles på prøve. Mestring innebærer flere handlinger og strategier som har som hensikt å kontrollere både ytre og indre krav og konflikter (Kristoffersen, 2016, s. 248). Uansett hvordan en person forsøker å bidra til økt mestring vil den alltid ta sikte på at resultatet skal føre til en hensiktsmessig tilpasning

(Kristoffersen, 2016, s. 248). I tillegg hevder Kristoffersen (2016, s. 248) at dette forsøket på å mestre en situasjon kan være hensiktsmessig og veltilpasset (effektivt) eller uhensiktsmessig og lite egnet (ineffektivt).

2.2.1 Mestringsstrategier

Lazarus og Folkman (1984, s. 150-152) skiller mellom problemorientert og emosjonelt orientert mestring, hvor begge er strategier for å mestre situasjoner som oppleves stressende. Folkman og Lazarus sin forskningsartikkel fra 1980 (s. 227) viser at begge disse hovedtypene av mestringsstrategier ble brukt i nesten alle tilfellene som ble analysert.

Problemorientert mestring innebærer direkte og aktive strategier av ulik type for å løse et problem eller håndtere en vanskelig situasjon (Reitan, 2017, s. 88). Den vil være den beste og mest effektive for å fremme nyorientering og aktiv tilpasning til en endret livssituasjon utover i forløpet (Kristoffersen, 2016, s. 252). Strategien vil ofte være rettet mot å definere problemet, skape alternative løsninger, se fordeler og ulemper ved alternativene, velge blant dem og handle (Lazarus & Folkman, 1984, s. 152). Denne strategien velges ofte når personen selv opplever å ha mulighet til å mestre, altså lykkes med å håndtere situasjonen (Kristoffersen, 2016, s. 249). Økt stressvurdering vil redusere muligheten for at en person velger en aktiv strategi, og personligheten vil spille en rolle for valg av strategi (Kristoffersen, 2016, s. 250). De som er opptatt av å ha kontroll over det som skjer i vanskelige situasjoner i livet velger ofte en aktiv strategi (Kristoffersen, 2016, s. 250).

For andre vil det gjerne være mer naturlig å velge emosjonelt orienterte strategier (Kristoffersen, 2016, s. 250). Ved sykdom og helsesvikt er det vanligere å velge en passiv og unnvikende strategi som er emosjonelt orientert (Kristoffersen, 2016, s. 251). Den har som formål å gjøre noe med opplevelsen av selve situasjonen i stedet for å endre den (Reitan, 2017, s. 89). Dette går ut på å redusere ubehaget eller endre meningsinnholdet i situasjonen, hevder Reitan. I noen situasjoner kan denne emosjonelt orienterte mestringen bidra til at personen unngår eller flykter fra sine ubehag eller problemer (Kristoffersen, 2016, s. 251). Lazarus & Folkman (1984, s. 150) beskriver også lignende kognitive prosesser som blant annet unngåelse og distansering under denne mestringsstrategien.

Denne forsvarspregede holdningen vil over lang tid kunne resultere i at personen ikke aksepterer sin situasjon, og dermed mister fokus på å leve et best mulig liv med de

begrensningene sykdommen medfører (Kristoffersen, 2016, s. 252). På den måten blir bruken av emosjonelt orientert mestring lite tilstrekkelig og dermed ineffektiv. Eksempler på både problemorientert og emosjonelt orientert mestring kan ses i tabell I.

Tabell I: *Problemorientert og emosjonelt orientert mestring (Kristoffersen, 2016, s. 250).*

Mestring som er problemorientert kan ses hos personer som for eksempel:	Mestring som er emosjonelt orientert kan ses hos personer som for eksempel:
<ul style="list-style-type: none"> • Analyserer hva som er grunnen til problemet. • Tar en vurdering av problemet sett utenfra. • Søker informasjon og veiledning. • Ved ny kunnskap og forståelse tar en ny vurdering av situasjonen. • Tar ansvar selv for å endre situasjonen eller hindre at den skal skje igjen. • Gjennom følelser bearbeider situasjoner. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tenker på andre ting for å kontrollere sine følelser. • Bagatelliserer situasjoner. • Legger ansvaret på andre. • Unngår både informasjon og situasjonen sin. • Tar i bruk blant annet fornektning som en mekanisme til forsvar. • Bruker rus og/eller legemidler for å begrense stress. • Overarbeider eller trøstespiser. • Røyker.

2.2.2 Sykepleie og mestring

Sykepleiere må kartlegge viktige faktorer hos pasienten og dens miljø, slik at en har mulighet til å iverksette konkrete tiltak for å redusere pasientens stressopplevelse og styrke muligheten til å mestre situasjonen på en aktiv og direkte måte (Kristoffersen, 2016, s. 264-265). Her inngår å korrigere feilaktige forestillinger som gjerne bygger på manglende kunnskap om situasjonen eller feilaktige forestillinger om den. Sykepleiere som i tillegg til dette vektlegger verdiklargjøring og nyorientering er viktige for at pasienten skal utvikle en god mestringsstrategi.

Ett av flere sentrale mål i samhandlingsreformen i Norge handler om å fremme mestring. Det å styrke pasientens egne ressurser med tanke på økt ansvar for egen helse og mestring av egen livssituasjon inngår her (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Kristoffersen (2016, s. 265) hevder at en aktiv rolle og medbestemmelse øker pasientens opplevelse av å ha kontroll, som

igjen styrker forventningene til mestring av livssituasjonen. Det er av stor betydning for de fleste å oppleve at de kan gjøre noe selv for å påvirke situasjonen sin positivt (Kristoffersen, 2016, s. 265). Reitan (2017, s. 96-97) beskriver at sykepleieren kan formidle informasjon og kunnskap til kreftpasienten, samt oppmuntre pasienten til selv å finne informasjon.

Betydningen av kunnskaper og ferdigheter knyttet til mestringsbegrepet kan derfor ikke fremheves nok ifølge Kristoffersen (2016, s. 266).

Sykepleieren kan ha en veiledende funksjon og legge til rette for bruk av ytre ressurser som finnes innenfor helsetjenesten. Pasienten kan for eksempel oppfordres til å ta kontakt med ulike pasientforeninger, lærings- og mestringscentre, sykehusorganiserte tilbud om pasient- og pårørendeopplæring eller selvhjelpsgrupper (Reitan, 2017, s. 99).

2.3 Empowerment og salutogenese

I helsesammenheng definerer World Health Organization (WHO, 1998) empowerment eller myndiggjøring slik:

«En prosess der mennesker får større kontroll over beslutninger og handlinger som påvirker deres helse».

For enkelthets skyld vil begrepet myndiggjøring bli brukt alene videre i oppgaven. Det skilles mellom individuell myndiggjøring og fellesskapets myndiggjøring. Individuell myndiggjøring handler fortrinnsvis om individets evne til å ha kontroll over eget liv og ta egne beslutninger. Fellesskapets myndiggjøring omhandler også personer som handler i fellesskap (WHO, 1998).

Myndiggjøring betyr ifølge Vifladd & Hopen (2013, s. 169-170) at pasienten ved å bli herre over egen tilstand har kontroll og får hjelp til å oppdage og bruke sine egne krefter. Det handler om følelsen av å ha krefter og styrke til å gjøre noe med en utfordrende livssituasjon. Vi skal underbygge slike læringsprosesser hos pasienten ved bruk av ulike metoder og teknikker (Vifladd & Hopen, 2013, s. 169-170).

Målet med myndiggjøring er at individet skal kunne sette egne mål og tilfredsstille behov (NOU 1998: 18, s. 274). Dette kan føre til at pasienten i større grad klarer å ta kontroll over sitt eget liv. Man har begynt å se viktigheten av å utnytte pasientens ressurser og hvordan de kan bidra til økt brukermedvirkning. Dette kan man også se i pasient- og brukerrettighetsloven i

§ 3-1 som omhandler pasientens eller brukerens rett til medvirkning. Her er det satt søkelys på at pasienten skal kunne gjøre det vedkommende klarer selv, samt delta aktivt i behandlingen sin og bidra til å lage et tilrettelagt tilbud (1999).

Ved å ta egne beslutninger kan pasienten oppleve å styrke sine egne ressurser og få en bekreftelse på at vedkommende har nådd et mål. Myndiggjøring er en måte å øke innflytelsen over egen livssituasjon på (Wormnes & Manger, 2005, s. 57). Det gjør at man opplever seg sterkere, tryggere og mer selvstendig når samfunnet rundt gir rom for selvbestemmelse, samtidig som man kjenner seg styrket og myndiggjort. Økt tro på oss selv vil bedre sjansene for å nå våre mål (Wormnes & Manger, 2005, s. 57).

Som helsepersonell kan man myndiggjøre pasienter ved en maktoverføring (Kristoffersen, 2016, s. 351). Her kan sykepleier selv fungere som en fasilitator og dermed bidra til å sette i gang prosesser for å fremme myndiggjøring hos pasienten. Det er sentralt at ansvaret ligger hos pasienten selv, og at vedkommende aktivt må ta valg for å selv opprettholde endringer som blir gjort (Kristoffersen, 2016, s. 351). Når sykepleier iverksetter myndiggjøringsstrategier hos pasienten er det nødvendig å samtidig iverksette tiltak som kan bidra til at pasienten selv klarer å ta ansvar for egen helse ved hjelp av mobilisering av egne krefter (Kristoffersen, 2016, s. 352). Myndiggjøring og mestring brukes ofte som synonyme begreper og er et resultat av læring og bevisstgjøring (Vifladt & Hopen, 2013, s. 169). Når pasienten blir klar over sine muligheter til å ta kontroll og tar i bruk egen handlekraft, spiller troen på egen mestring hovedrollen samtidig som avmaktsfølelsen er på vei ut (Vifladt & Hopen, 2013, s. 169).

Den salutogene modellen (salutogenese) ble først beskrevet Aron Antonovsky (2012, s. 17). Han utviklet et helsebregrep som fokuserte på faktorer som fremmet god helse fremfor sykdom i seg selv eller forebygging av den. Han poengterer at det er en vesentlig forskjell mellom helsefremmende faktorer og faktorer som disponerer for sykdom (Kristoffersen, 2016, s. 52). For å fremme god helse forklarer Antonovsky at opplevelsen av sammenheng (OAS) er avgjørende for personers reaksjoner i møte med helseutfordringer. Han definerer kjernen i begrepet OAS som begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet (Antonovsky, 2012, s. 39), og han viser til at personer som har en sterk OAS vil oppleve disse faktorene i sin situasjon (Kristoffersen, 2016, s. 53).

Antonovsky retter her gjennom sin modell søkelyset på sammenhengen mellom mestring, helse og OAS. En persons subjektive opplevelse av OAS vil formes av blant annet miljøfaktorer og livserfaring. En uttalt sterk OAS hos en pasient er en ressurs og gjør vedkommende kapabel til å mestre utfordrende og belastende situasjoner (Kristoffersen, 2016, s. 53). Antonovskys hypotese går ut på at personer som innehar en sterk OAS vil ha lettere for å tilpasse seg og ikke oppleve stimuli som en mulig stressfaktor. En person med svak OAS vil derimot kunne oppleve å få en stressreaksjon av samme stimuli (Antonovsky, 2012, s. 143).

2.4 Yrkesetiske retningslinjer

I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere, som angår sykepleieren og pasienten, beskrives det blant annet at pasienten skal ha rett til medbestemmelse samt faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Herunder er det flere punkter som er relevante for vår problemstilling: Sykepleieren skal utøve en helsefremmende og sykdomsforebyggende praksis. Sykepleieren skal også bidra til mestring, håp og livsmot hos pasienten. Pasienten skal få mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved at sykepleieren gir tilstrekkelig informasjon tilpasset den enkelte, og forsikre seg om at pasienten forstår informasjonen.

I den teknologiske tiden vi er i skal sykepleieren ivareta pasientens verdighet og sikkerhet i møte med blant annet internettbaserte gruppeintervensjoner (NSF, 2019). Noen av disse blir fremstilt og diskutert i vår litteraturstudie. Når det kommer til sykepleieren og profesjonen skal en holde seg oppdatert om blant annet ny forskning og bidra til at denne kunnskapen brukes i yrkesutøvelsen (NSF, 2019). Samtidig skal sykepleie bygge på erfaringsbasert kompetanse og kunnskaper fra brukeren selv.

2.5 Egenomsorgsteori – Dorothea Orem

Sykepleieteorier kan ses på som et sentralt aspekt ved utøvelsen av sykepleie som fag. De legger grunnlaget for de retningslinjene man som sykepleiere følger i praksis og har som hensikt å forklare det som er karakteristisk for faget (Kirkevold, 1998, s. 36-37). I tillegg skal sykepleieteorier kartlegge sykepleiemål, tolke sykepleiesituasjoner og utføre datasamling (Kirkevold, 1998, s. 36). Det finnes mange sykepleieteorier med ulike fokusområder; felles for dem er at de er verktøy vi kan benytte i møte med pasienter.

Vi har valgt å benytte Dorothea Orems sykepleieteori i oppgaven, da den er høyst relevant for oppgavens tema med tanke på at den kan ses på som en mestringsmodell (Kristoffersen, 2016, s. 19). Orems sykepleieteori bygger på egenomsorg og kan deles inn i teoriene om egenomsorg, egenomsorgssvikt og sykepleiesystem (Cavanagh, 1999, s. 17, 25, 39).

Egenomsorg kan defineres som aktiviteter som ivaretar helse (Kirkevold, 1998, s. 83), og et individ som utøver egenomsorg har ifølge Orem disse komponentene:

- *Understøttelse av livsprosessene og normal funksjon*
- *Opprettholdelse av normal vekst, modning og utvikling*
- *Forebygging eller kontroll av sykdomsprosesser og skader*
- *Forebygging eller kompensering for funksjonssvikt*
- *Fremming av velvære*

(Cavanagh, 1999, s. 17)

Evnen et individ har til å dekke sine egenomsorgskrav vil være individuell og sykdom kan virke negativt inn på mestring av egenomsorg (Cavanagh, 1999, s. 25). Hvis en person ikke mestrer å møte kravene som stilles eller å dekke sine behov har det skjedd en svikt i egenomsorgen. Personer som opplever dette vil trenge hjelp fra familie eller sykepleier til å dekke sine behov (Cavanagh, 1999, s. 25).

3.0 Metode

3.1 Hva er metode?

Dalland (2017, s. 52) forklarer metode som noe som hjelper oss med å samle inn data vi ønsker å undersøke. Den forteller oss også noe om hvordan en skal gå frem for å få tak i eller etterprøve kunnskap (Dalland, 2012, s. 111). Metoden blir redskapet vårt som hjelper oss å samle inn den informasjonen som trengs i henhold til det vi vil studere (Dalland, 2012, s. 112). Metoden blir dermed vårt verktøy til å svare på vår problemstilling:

«Kan gruppeintervensjoner bidra til økt mestring av sykdommen blant brystkreftpasienter, og i så fall hvordan?»

3.2 Litteraturstudie som metode

I vår bacheloroppgave har vi benyttet litteraturstudie som metode. I denne typen metode er det brukt data som er samlet inn av andre. Dette kalles sekundærdata og finnes i bøker, tidsskrifter, databaser og lignende (Thidemann, 2019, s. 75). Vi har systematisert den kunnskapen vi fant i disse kildene ved å samle litteraturen som omhandler problemstillingen, vurdert den kritisk og til slutt sammenfattet alt (Magnus & Bakketeig, referert i Thidemann, 2019, s. 77).

Thidemann (2019, s. 82) beskriver en trinnvis søkeprosess kalt det systematiske litteratursøket. Dette systematiske litteratursøket består av flere trinn som er viktige for å sikre at søket etter litteratur er planlagt, begrunnet, dokumentert og etterprøvbart. Vi har hele tiden beveget oss frem og tilbake mellom trinnene Thidemann (2019, s. 82-89) beskriver om å: operasjonalisere problemstillingen, finne ut hvilke databaser vi ville søke i, bestemme søkeord, gjennomføre selve søket, evaluere det og til slutt dokumentere søkestrategien i en søkehistorikktabell. Hvordan vi utførte denne prosessen beskrives nærmere under 3.2.1 Søk og søkehistorikk.

Når det systematiske søket er unnagjort gjenstår selve litteraturstudien. Her leser man gjennom og vurderer artiklenes relevans, og deretter ser man kritisk og reflektert på de artiklene man tenker å inkludere (Thidemann, 2019, s. 90-91). Videre må kvaliteten på artiklene sikres, og til dette finnes det sjekklister man kan bruke. Deretter skal man analysere og tolke de funnene man gjør i artiklene, og det kan være hensiktsmessig å utarbeide en

litteratormatrise før man til slutt presenterer resultatene i oppgaven (Thidemann, 2019, s. 92-96).

3.2.1 Søk og søkehistorikk

Vi startet med å gjøre innledende litteratursøk for å finne ut hvor mye litteratur og forskning som var knyttet til den foreløpige problemstillingen vår. Ved å gjøre dette fant vi at det var mye forskning om brystkreftpasienter og mestring. Vi noterte ned stikkord («keywords») fra andre forskningsartikler som kunne være aktuelle for det videre søket. Parallelt med dette benyttet vi rammeverket PICO som hjelp til å operasjonalisere problemstillingen slik at den ble presis og søkbar (Thidemann, 2019, s. 82). PICO-skjemaet fikk stadig flere tekstord og emneord som kunne brukes under det systematiske litteratursøket i ulike databaser. Emneord er ord som er standardiserte ord for begrep i databasen og som er hentet fra databasens kontrollerte vokabular (Thidemann, 2019, s. 86). I databasen CINAHL brukte vi for eksempel emneordet «support groups» som var spesifikt for den databasen, mens i Medline (Ovid) brukte vi «self-help groups».

Før vi startet med litteratursøk, valgte vi oss tre databaser; PubMed, CINAHL og Medline (Ovid). Bakgrunnen for valget var at disse databasene er viktige innenfor sykepleieforskning (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015, s. 64) og dermed relevante for vår problemstilling.

Videre gjorde vi systematiske litteratursøk i databasene etter nøye planlegging. Ved hjelp av PICO-skjemaet fikk vi en bedre struktur ved søk i databasene (se tabell II). For å utvide søket valgte vi å bruke flere ord for brystkreft, som «breast neoplasms», «breast tumor» og «breast cancer», og kombinere disse ordene med «OR». På denne måten får man inkludert artikler med et av ordene alene eller flere sammen. Samtidig ble emneordene for den aktuelle databasen benyttet for å øke antall treff. «Breast neoplasms» er et av emneordene vi har tatt i bruk flere ganger i søket.

Tabell II: *PICO-skjema*

P	I	C	O
Pasienter med brystkreft	Gruppeintervensjon		Mestring av sykdom
Breast neoplasms (Mesh) Breast cancer Breast tumor Mammary cancers	Self-help groups (Mesh) Support groups (Mesh) Group intervention		Coping (Mesh) Coping skill(s) Coping strategies Coping strategy Stress management Psychological adaptation (Mesh) Empowerment (Mesh) Salutogenesis

Pasientgruppen/problem (P) ble kombinert med intervensjon (I) og utfall (O) ved bruk av «AND». Slik fikk vi treff på forskningsartikler som inkluderte brystkreft, ulike gruppeintervensjoner og mestring. Vi gikk gjennom artiklene vi fant ved å se på tittel og sammendrag. De artiklene med relevant tittel for vår problemstilling leste vi sammendraget til. Da det fantes mye forskning på området, valgte vi å kun inkludere artikler fra de 10 siste årene. En annen grunn til at vi gjorde dette var at forskningen skulle være mer dagsaktuell.

Under søkeprosessen har vi stadig endret problemstillingen ut fra hva vi fant av forskning. Dette viser seg også i søkehistorikken vår (se vedlegg I). Til å begynne med var vi opptatt av at brystkreftpasientene skulle være nylig diagnostisert. Vi gikk bort fra dette, da vi også fant relevant forskning hos brystkreftpasienter som ikke var nylig diagnostisert. Det ble for vidt å søke etter alt av intervensjoner som bidro til økt mestring. Derfor spesifiserte vi dette til gruppeintervensjoner. Vi ble også bedre kjent med databasene etter hvert, og søkene ble mer presist knyttet til problemstillingen med tiden. Det ble utarbeidet et flytskjema som viser prosessen fra vi startet å søke til de inkluderte artiklene ble valgt (se vedlegg II).

I løpet av søkeprosessen har vi også benyttet oss av Høgskulen på Vestlandets bibliotekjeneste «Søkeakutten», hvor man kan få hjelp til å gjennomføre søk og lære hvordan man anvender søkedatabasene på best mulig måte.

3.2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Underveis i søkeprosessen utarbeidet vi inklusjons- og eksklusjonskriterier for oppgaven.

Disse presenteres i tabell III.

Tabell III: *Inklusjons- og eksklusjonskriterier.*

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Kvinner som har eller har hatt en brystkreftdiagnose.	Alle menn. Kvinner som ikke har hatt en brystkreftdiagnose.
Tidligere eller nåværende deltakelse i en gruppeintervensjon.	Ingen deltakelse i en gruppeintervensjon.
Forskning med opphav fra vestlige land.	Forskning med opphav fra ikke-vestlige land.
Artikler publisert i fulltekst.	Artikler ikke publisert i fulltekst.
Artikler skrevet på norsk eller engelsk.	Artikler skrevet på andre språk enn norsk og engelsk.
Forskning publisert de siste 10 årene.	Forskning publisert for 10 år siden eller mer.

3.2.3 Analyse og syntese

I vår analyse av artiklene startet vi med å skrive ut artiklene vi tenkte kunne være relevante for vår oppgave. Begge to leste artiklene i fulltekst grundig med problemstillingen i bakhodet. Artikler som fortsatt ble sett på som relevante ble lest flere ganger og kritisk vurdert. Dette er en del av analyseprosessen som ifølge Thidemann (2019, s. 92-93) er beskrivende, analyserende og reflekterende, og kan brukes til å tolke resultater fra artiklene.

Vi valgte ut de artiklene som møtte våre inklusjonskriterier og dermed kunne hjelpe oss å svare på problemstillingen samtidig som vi kvalitetsvurderte hver enkelt. Da vi hadde valgt ut de artiklene vi ville inkludere organiserte vi dem i en litteraturmatrise (Se vedlegg III). Det ble skrevet sammendrag til hver enkelt artikkel, og de ble sammenlignet med hverandre. Likheter og ulikheter ble belyst, og vi fikk et overblikk over temaer som gikk igjen. Det viste seg at temaene gikk inn i hverandre, noe som gjorde det vanskelig å systematisere resultatene. Av den grunn valgte vi å presentere resultatene våre ut fra hvilken intervensjon som ble benyttet i studien.

Etter at vi analyserte artiklene satte vi dem sammen til en helhet, noe som hjalp oss med å svare på problemstillingen (Thidemann, 2019, s. 54-55).

3.2.4 Kvalitetsvurdering av de inkluderte artiklene

For å gjøre arbeidet med å kvalitetssikre forskningsartiklene vi inkluderte enklere valgte vi å benytte Critical Appraisal Skills Programme (CASP), som består av ulike sjekklister som kan brukes til kritisk vurdering (Kunnskapsbasert praksis, 2016). Thidemann (2019, s. 91) viser til disse sjekklisene og beskriver dem som pedagogiske verktøy for kritisk vurdering av studier med ulike forskningsdesign. Dette innebærer blant annet å avklare om problemstillingen er hensiktsmessig, om det er klart hvordan analysen ble gjennomført og om funnene er tydelig presentert. For å vurdere kvaliteten på artiklene trengs kunnskap om forskningsmetoder, og særlig de metodene som er inkludert i oppgaven (Thidemann, 2019, s. 91). Da vi gikk gjennom artiklene så vi også etter IMRAD-struktur og om forskningen var relevant for vår problemstilling. Slik ble gjennomgangen lettere, da vi kunne kaste vekk de artiklene som ikke var relevante for problemstillingen. I tillegg sikret vi oss at artiklene vi tok med videre var kvalitetssikret gjennom sjekklisen som tilhørte det respektive forskningsdesignet.

Vi har også sjekket at artiklene vi har valgt er publisert i fagfelleverderte tidsskrift. Dette innebærer at de har blitt kvalitetssikret av uavhengige fagpersoner innen det aktuelle forskningsområdet før de publiseres (Kvalitative vurderinger, 2017). Dette viser også til at artikkelen følger akademiske og vitenskapelige normer.

3.3 Kildekritikk og etiske overveielser

En av forskningsartiklene (Varre, Slettebø & Ruland, 2011) vi inkluderte omhandlet kvinner med brystkreft, men også menn med prostatakreft og deres mestringspotensial, i et diskusjonsforum. Til tross for at menn faller under eksklusjonskriteriene våre, valgte vi å ta den med på bakgrunn av at de fleste personene i intervensjonsgruppen var kvinner med brystkreft og deres meninger av den grunn også vil være mest fremtredende.

Vi valgte også å ta med en systematisk oversiktsartikkel hvor Houlihan & Tariman (2017) sammenligner nettbaserte støttegrupper med tradisjonelle støttegrupper. Selv om vi har kvalitetsvurdert artikkelen som en systematisk oversiktsartikkel kan vi ikke være helt sikre på

at alle 22 studiene inkludert er av god kvalitet. Likevel beskriver forfatterne i metodedelen at alle forskningsartiklene inkludert er fagfellevurdert.

Covid-19-pandemien har ført til at biblioteket til Høgskulen på Vestlandet samt andre bibliotekjenester har vært stengt i flere uker under arbeidet med litteraturstudien. Dette har gjort det tidvis utfordrende å finne variert og aktuell litteratur. Vi har dermed måtte benytte digitale kilder i mye større grad enn hva som ellers ville vært naturlig. Tilgangen på digital litteratur ble dog større når Nasjonalbiblioteket åpnet sine nettsider. Dette har av den grunn ikke nødvendigvis påvirket mangfoldet av den tilgjengelige litteraturen i stor grad. Likevel kan det ha hatt betydning for hvilken litteratur som ble valgt ut.

Vi har ivaretatt retningslinjene om forskningsetikk som fremheves på Høgskulen på Vestlandet (u.å) sine nettsider om bacheloroppgaver. Disse omtaler blant annet riktig sitering og hvordan man skal unngå plagiering. Dette med å henvise korrekt til kilder og følge akademiske normer fremhever også Thidemann (2019, s. 12). Vi har også vært opptatt av at forskningsartiklene som er inkludert har gjort gode etiske overveielser i studien og/eller er godkjent i en forskningsetisk komité.

4.0 Resultater

4.1 Tradisjonelle gruppeintervensjoner

Vi bruker definisjonen fra Houlihan & Tariman (2017) når vi definerer tradisjonelle støttegrupper. De definerer det som en gruppe hvor man møtes ansikt til ansikt og har en diskusjon i fellesskap.

Artiklene som er representert her er følgende:

1. *“Intervention to enhance empowerment in breast cancer self-help groups”* (Stang & Mittelmark, 2010).
2. *“Experiences of breast cancer patients and helpful aspects of supportive-expressive group therapy: A qualitative study”* (Brandão, Tavares, Shulz & Matos, 2019).
3. *“Effects of a Psychoeducational Versus a Support Group Intervention in Patients With Early-Stage Breast Cancer: Results of a Randomised Controlled Trial”* (Bredal, Kåresen, Smeby, Espe, Sørensen, Amundsen, Aas & Ekeberg, 2014).

Stang & Mittelmark (2010) har i sin studie undersøkt hvordan selvhjelpsgrupper kan bidra til å fremme myndiggjøring og håndtering av stress hos pasienter med brystkreft.

Gruppeprosessene i de tre gruppene utfoldet seg noe ulikt, men felles for alle var at de opplevde en sterk følelse av fellesskap. Flere uttaler at de føler seg hørt og at de profiterer på det å dele erfaringer og få svar på spørsmål de har. Det kommer frem i studien at selvhjelpsgruppene ble opplevd som en trygg arena for deltakerne. Flere deltakere som følte seg deprimerte og hjelpeløse i starten av gruppeprosessen rapporterte om gjenvinning av styrke underveis.

I artikkelen til Brandão et al. (2019) utforskes opplevelser og opplevde endringer hos brystkreftpasienter etter deltakelse i støttende ekspressiv gruppeterapi (SEGT). Analyse av resultatene identifiserte fire hovedtemaer: forventninger og motivasjon til å delta i den støttende ekspressive gruppen (SEGT), gruppeprosesser og opplevelser, opplevde endringer forbedret av SEGT og oppfatninger om det terapeutiske forholdet. Deltakerne uttrykte en motivasjon til å delta grunnet fellesskapsfølelse og et ønske om normalisering av deres hverdag og situasjon. Gruppen blir også beskrevet som et sted der deltakerne fant sosial støtte. Det å finne trøst i andre i samme situasjon ble spesielt fremhevet av deltakerne. Utveksling av erfaringer knyttet til det å ha brystkreft og behandling samt bivirkninger nevnes også. De

fleste deltakerne opplevde endringer ved seg selv etter deltakelsen i SEGT. De fremhever spesielt at det ble lettere å uttrykke følelser, samt fikk de en økt følelse av myndiggjøring. En kan se likheter i resultatene her sammenlignet med studien til Stang & Mittelmark (2010).

I studien til Stang & Mittelmark (2010) deltok to fasilitatorer under hvert møte. Disse hadde som ansvar å iverksette myndiggjøringsstrategier i gruppene og fremme dialogen blant deltakerne i studien. De to fasilitatorene hadde bakgrunn som sykepleiere og kunnskap om henholdsvis myndiggjøring, coaching og gruppeledelse; coaching og familierapi. Halvveis i intervensjonsperioden gjennomførte den første gruppen en evaluering. I evalueringen ble det påpekt at gruppen manglet noe struktur og at deltakerne ønsket å bli stilt oppfølgingsspørsmål for å fremme ytterligere samtaleemner. Dette ble iverksatt først i gruppe 2 og 3 av fasilitatorene, da gruppene foregikk sekvensielt. I en av gruppene ble det rapportert om en gruppeprosess som opplevdes som negativ, da enkelte medlemmer bidro lite til gruppen og to avbrøt sin deltakelse. Her ble det etter hvert satt et større fokus på implementering av myndiggjøringsstrategier.

I studien til Brandão et al. (2019) deltok også en fasilitator under gruppeintervensjonene. Fasilitatoren hadde bakgrunn som psykolog og erfaring fra gruppebasert terapi for kvinner med brystkreft. Hun ledet møtene og skulle fremme behandlingsglede under hvert møte. Hos deltakerne var det splittede meninger om terapeuten som ledet møtene. Noen ønsket at gruppen snakket fritt, mens noen ønsket mer lederskap i diskusjonen. Det var individuelle forskjeller, og over halvparten av deltakerne oppgir at de hadde foretrukket lengre og flere møter. Prosesser som var problematiske i gruppen var ofte knyttet til å dele vanskelige problemstillinger, som for eksempel å snakke om spørsmål relatert til intimitet, men også utfordringer med å håndtere ulike meninger og behov. Mot slutten av intervensjonen deltok deltakerne i et semistrukturert intervju, noe som gjorde at de som opplevde det som utfordrende at møtene skulle ta slutt fikk en mulighet til å snakke og få et utvidet perspektiv på egne opplevelser.

På bakgrunn av at det finnes begrenset med dokumentasjon på effekten av psykoedukative grupper (PEG) sammenlignet med støttegrupper (SG) hos brystkreftpasienter har Bredal et al. (2014) undersøkt dette i sin studie. Deltakerne ble fordelt til PEG- eller SG-intervensjonen, hvor PEG-intervensjonen inneholdt informasjon om helse, forbedring av problemløsningsferdigheter, stresshåndtering og psykologisk støtte. SG-intervensjonen var en

del av rutinebehandlingen og fokuserte på at deltakerne skulle dele opplevelser og følelser med hverandre. I både SG- og PEG-intervensjonen deltok det spesialsykepleiere som jobbet med brystkreftpasienter og fungerte som fasilitatorer.

Hos de respektive gruppene ble det observert signifikante endringer i angst og depresjon over tid, med en reduksjon på 40% i angst og 50% i depresjon. Deltakerne rapporterte om bedring av emosjonelt ubehag over tid, mindre isolasjon og trygghet gjennom å dele erfaringer. PEG-intervensjonen viser til større grad av mestring blant deltakerne på kortere tid. Deltakerne som mottok PEG-intervensjonen kunne fortelle om mer tilpasset mestring etter seks måneder, og mindre mistilpasset mestring etter henholdsvis to og seks måneder. Det ble likevel etter 12 måneder ikke funnet noen signifikante forskjeller mellom intervensjonene.

Oppmøtet hos deltakerne var bra og flere av deltakerne fortsatte å møtes etter at møtene var ferdige. Flere uttrykte tilfredsstillelse ved gruppene. Likemannsstøtte fra personer som er i samme situasjon ble viktig i begge grupper. Deltakelsen gav mulighet til å dele erfaringer og kunne fungere som en kilde til sosial støtte. Begge grupper viste forbedring i mestring og emosjonelt stress over tid samt angst og depresjon, og det foreligger ingen klare bevis som omhandler hvilken intervensjon som fungerte best.

4.2 Nettbaserte gruppeintervensjoner

Artiklene som er representert her er følgende:

1. *“Det er mitt liv det gjelder; Kreftpasienters beskrivelse av mestringsmuligheter, slik det kommer til uttrykk på et internettbasert diskusjonsforum”* (Varre, Slettebø & Ruland, 2011).
2. *“What is the role of online support from the perspective of facilitators of face-to-face support groups? A multi-method study of the use of breast cancer online communities”* (Bender, Katz, Ferris & Jadad, 2013).

Varre et al. (2011) undersøkte i sin studie kreftpasienters beskrivelse av mestringsmuligheter slik de kommer til uttrykk på et internettbasert diskusjonsforum. Innleggene i diskusjonsforumet med andre i samme situasjon var fortellende og reflekterende, og utveksling av erfaringer var viktige for å håndtere utfordringer. I spørreundersøkelsen til Bender et al. (2013) fant de også noen lignende resultater. De undersøkte rollen til nettbaserte

grupper ut ifra perspektivet til brystkreftoverleverne som er fasilitatorer av støttegrupper. De fant ut at 23 av 73 deltakere av spørreundersøkelsen hadde brukt nettbaserte grupper for å lære hvordan de skulle håndtere symptomer og sideeffekter. I tillegg brukte de nettgruppen som en ressurs for å få mer informasjon om brystkreft eller behandling samt emosjonell støtte. 12 av de 23 deltakerne som brukte nettgrupper i studien til Bender et al. (2013) gjennomførte kvalitative intervjuer. 50 av deltakerne brukte ikke nettgrupper da de selv opplevde lite behov for det og ikke var vant til å bruke det. De stolte heller ikke på at internett var trygt å bruke, eller at man kunne skaffe informasjon derfra.

I det internettbaserte diskusjonsforumet i studien til Varre et al. (2011) uttrykte pasienter et behov for å være hovedperson i eget liv, bli lyttet til og respektert for å kunne opprettholde krefter til å mestre livssituasjonen. Flere beskriver et ønske om å ta ansvar for seg selv og sitt liv, men ikke alene. I artikkelen beskrives det som vesentlig å få hjelp til å kontrollere følelser, få støtte hos de nærmeste og trygghet i dialog med helsevesenet for å oppleve mestring.

I de kvalitative intervjuene som ble gjennomført av Bender et al. (2013) var det å få støttende tilbakemeldinger fra andre i nettgruppen en motivasjon til å skrive mer. Spesielt i perioder under stress da de følte at deres behov ikke blir oppfylt. Nettgruppen ble en viktig ressurs, ettersom de ikke var fornøyd med informasjonen fra legene og syntes vanlige støttegrupper var reservert for «emosjonelle ting». De fleste søkte hjelp i nettgrupper for å klare å mestre symptomer og uheldige bivirkninger og for å forberede seg til eller velge behandlingsforløp. Dette for å forstå hva en skal forvente og bli forsikret om at deres situasjon var typisk eller en normal opplevelse. Respondentene som syntes nettgrupper var en stor ressurs hadde alle en uvanlig brystkreftdiagnose og hadde funnet en gruppe som møtte deres behov. Først når behovene til den enkelte ble møtt, stoppet mange å bruke nettgruppene. De fleste beskriver dette som et punkt man kommer til, hvor man kommer over kreften og kan begynne å distansere seg fra den.

Det å være aktivt deltakende, samt opplevelsen av å kunne påvirke egen situasjon, fremmer mestring blant pasientene i diskusjonsforumet Varre et al. (2011) undersøkte.

Sykdomsprosessen oppleves mer meningsfull når pasientene deltar aktivt og opplever en sammenheng mellom tanker, handlinger og hvordan de opplever hverdagen. Flere kvinner

uttrykker hvordan de opplever mestring ved å sette realistiske mål, ha gode samtaler og holde seg fysisk aktiv.

Å dele sine egne historier, samt dele erfaringer og reflektere med andre, gir absolutt en mulighet for en opplevelse av mestring. Dette kan bidra til at pasienter opplever seg som viktige for andre i samme situasjon og får respons tilbake (Varre et al. 2011). I Bender et al. (2013) ble nettgrupper også ansett som en effektiv måte å finne likesinnede å snakke med på, ettersom gruppen var tilgjengelig når en trengte det mest og man kunne få svar raskt. Nettgrupper syntes å ha mange fordeler og ble anbefalt av respondentene som en supplerende ressurs. Flere fordeler inkluderte rikelig og detaljert informasjon som var mer relevant og praktisk sammenlignet med tradisjonelle støttegrupper og informasjon fra helsepersonell. Samtidig har man også muligheten til å være anonym, som kan oppleves som en trygghet, og diskutere temaer som kan være vanskelig å snakke om i en støttegruppe eller med helsepersonell. Deltakerne som ble intervjuet beskrev at de hadde bedre kontroll i nettgruppen sammenlignet med å møtes ansikt til ansikt i en støttegruppe. Mindre forpliktelse i nettgruppene ble også presentert som en fordel.

Varre et al. (2011) beskriver at det å sette ord på opplevelser og skrive dem ned ser ut til å ha like stor verdi som å søke etter andres erfaringer og råd. Samtidig kan fortellinger som kommer frem også virke skremmende. Opplevelsen av fellesskap er sentral i denne studien, men det er noen som føler de er på feil sted samt alene om sine bekymringer. Bender et al. (2013) presenterer i sin studie at ikke alle nettgrupper passer hver og en. En av årsakene til at en gjerne forlot en nettgruppe var et behov for å unngå å lese om personer det gikk dårlig med. Enkelte nettgrupper var gjerne heller ikke støttende, og dette kunne føre til misforståelser.

4.3 Sammenligning av tradisjonelle og nettbaserte gruppeintervensjoner

I den systematiske oversikten (Houlihan & Tariman, 2017) ble det vist funn basert på en litteraturgjennomgang og sammenligning av tradisjonelle og nettbaserte støttegrupper. 14 tradisjonelle og 8 nettbaserte støttegrupper ble presentert i oversiktlige tabeller for å sammenligne effektiviteten, fordeler og ulemper fra begge typer støttegrupper.

De fant ut at nettbaserte støttegrupper bidro til anonymitet, fleksibilitet og mindre forpliktelser. Det var spesielt en fordel for kvinner som trengte supplerende støtte eller ikke

hadde mulighet til å delta på tradisjonelle støttegrupper for eksempel grunnet geografiske avstander. Støttegrupper på nett ledet av kun brystkreftpasienter kunne også være en fordel fordi det oppfordrer til fri utveksling av følelser. Profesjonelt ledede nettgrupper kunne imidlertid gi et mer konstruktivt forum. Dette kan bidra til at samtaler med en trent leder blir terapeutiske i større grad.

Tradisjonelle støttegrupper viste seg å være effektive, da de kan bidra til en spesifikk kultur- og språkforståelse innad i støttegruppen. Fordelaktig var det også dersom en brystkreftoverlever deltok i de tradisjonelle støttegruppene, ettersom det førte til myndiggjøring blant deltakerne. Dette på grunn av gjensidig identifikasjon med denne personen. Støttegruppene viste seg også å gi deltakerne nødvendige ferdigheter som trengtes for å mestre problemer i hverdagen med brystkreft. Begge gruppeintervensjonene kan ha innvirkning på trivsel og redusere angstnivå.

5.0 Diskusjon

I denne delen av oppgaven skal vi ta utgangspunkt i drøfting av problemstillingen vår: **«Kan gruppeintervensjoner bidra til økt mestring av sykdommen blant brystkreftpasienter, og i så fall hvordan?»** Resultatene fra vår litteraturstudie vil bli diskutert og knyttet opp mot det teoretiske rammeverket samt egne refleksjoner og erfaringer.

5.1 En aktiv deltaker i eget liv

I halvparten av artiklene vi har inkludert i oppgaven fremkommer det at å være en aktiv deltaker i eget liv er viktig for brystkreftpasientene (Brandão et al., 2019; Stang & Mittelmark, 2010; Varre et al., 2011). Flere av deltakerne i studien til Stang & Mittelmark (2010) følte seg hjelpeløse og deprimerte i starten av gruppeprosessen. Ved hjelp av to fasilitatorer som implementerte myndiggjøringsstrategier ble det gjenvunnet styrke underveis. Selv om de tre ulike gruppene i studien utartet forskjellig, viste myndiggjøring seg å bli en viktig inspirasjon i samtlige grupper. Det handler om å ta kontroll over eget liv og medvirke selv til å ta sine egne beslutninger (WHO, 1998).

Slike læringsprosesser skal man legge til rette for, ifølge Vifladt & Hopen (2013, s. 170). Dette ser vi fasilitatorene gjøre i studien til Stang & Mittelmark (2010). Kristoffersen (2016,

s. 351) påpeker også at sykepleier kan være en fasilitator selv ved å overføre makt til pasientene. På den måten kan vi som sykepleiere bidra til å fremme slike myndiggjøringsprosesser hos dem. Vi tenker det er viktig at det ikke bare er oss sykepleiere som har maktposisjonen i relasjonen til brystkreftpasienten. Å overlate pasienten en del av ansvaret og makten vil kunne virke positivt med tanke på mestringspotensialet.

Brandão et al. (2019) undersøkte en støttende og uttrykkende gruppeterapi hos brystkreftpasienter med en fasilitator som var psykolog. Selv om gruppens strategi ikke hadde fokus på myndiggjøring, ble denne følelsen likevel beskrevet av flere i etterkant av terapien. Å ta kontroll over eget liv og bruke de ressursene en har handler mye om brukermedvirkning, som pasienten har rett på gjennom Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1.). De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere understreker også viktigheten av medbestemmelse hos pasienten (NSF, 2019). Hvorfor er myndiggjøring så viktig for å fremme mestring? Vifladt & Hopen (2013, s. 169) understreker at myndiggjøring og mestring er synonyme begreper. Vi ser likheten i de to begrepene i sammenheng med at hvis man ikke har en følelse av kontroll i livet, vil det være vanskelig å være i stand til å oppleve mestring.

Det er av stor betydning for de fleste å oppleve at de mestrer noe og klare å ha en positiv innvirkning på sin situasjon (Kristoffersen, 2016, s. 265). Det å oppleve at de klarer å ta kontroll over sin egen situasjon og se sine egne muligheter henger tett sammen med mestring (Vifladt & Hopen, 2013, s. 169). Hvis fasilitatorene i gruppene klarer å bidra til dette, vil det legge et grunnlag for fremming av mestring og myndiggjøring blant deltakerne.

En pasient med brystkreft som hadde fjernet hele venstre bryst fortalte en av oss at det ikke var et alternativ å synes synd på seg selv. Hun skulle leve det samme livet, gjøre de samme tingene og være like optimistisk til tross for de begrensningene hun levde med. Det var et viktig poeng at det var hun som skulle styre sykdommen og livet med den, ikke motsatt. Vi har reflektert rundt hva som gjorde at hun virket til å mestre livssituasjonen sin så bra. Er det vanlig å mestre sin situasjon alene, eller har de fleste behov for at profesjonelle involverer seg? For å forstå mer om hva som kan bidra til økt mestring fant Varre et al. (2011) ut i sin studie at det å være aktivt deltakende, samt oppleve at en kan påvirke egen situasjon, bidro til mestring i diskusjonsforumet blant pasientene. Selv om denne studien ikke inneholdt en fasilitator som kunne styre deltakerne en viss retning, viser resultatene likheter med Brandão

et al. (2019) og Stang & Mittelmark (2010) med tanke på betydningen av å være en aktiv deltaker i eget liv. I diskusjonsforumet møtes deltakerne på internett i en lukket gruppe, noe som også er en tydelig forskjell.

Behovet for å være aktiv deltakende i eget liv viser at pasientene opplever sykdomsprosessen mer meningsfull samtidig som tanker, handlinger og opplevelse av hverdagen får en sammenheng (Varre et al. 2011). En slik opplevelse av sammenheng (OAS) for å fremme god helse forklarer Aron Antonovsky (2012, s. 39) at er avgjørende. En sterk OAS hos pasienten vil bidra til mestring av utfordrende situasjoner (Kristoffersen, 2016, s. 53). Vi tenker at det nok er individuelle forskjeller med tanke på hvor aktivt deltakende hver enkelt er. Derfor er det essensielt at vi som sykepleiere identifiserer brystkreftpasientene som mennesker med forskjellige behov i de ulike fasene av sykdommen. At deres stemme blir hørt og tatt på alvor ser vi som betydningsfullt på bakgrunn av resultatene som har kommet frem og den teoretiske referanserammen vi har knyttet til problemstillingen. Slik kan mestringspotensialet øke ved at brystkreftpasienten selv er aktiv i eget liv.

5.2 Betydningen av å møte personer i samme situasjon

For de fleste vil det være skummelt å oppleve å få en kreftdiagnose, og en kan oppleve at en føler seg alene hvis en ikke har noen å snakke med. Betydningen av det å ha noen å snakke med blir beskrevet av flere i studiene vi har inkludert (Stang & Mittelmark, 2010; Brandão et al., 2019; Bender et al., 2010; Varre et al., 2011). Flere ser også på brystene sine som en viktig del av sin kvinnelige identitet, og det å få brystkreft byr naturligvis på utfordringer knyttet til den. Dette kan påvirke relasjonen til ens ektefelle og sosiale relasjoner, og det kan være vanskelig å finne svar på ting alene (Sørensen et al., 2016, s. 440-441).

Betydningen av felleskap og muligheten til å relatere til andre kan da bli viktig for brystkreftpasienten, og dette blir beskrevet i studiene til Stang & Mittelmark (2010) og Brandão et al. (2019). Deltakerne beskriver at de føler seg hørt og at de profiterer på å dele erfaringer med hverandre (Stang & Mittelmark, 2010), og betydningen av å finne et sted hvor man mottar sosial støtte blir belyst. Som sykepleiere tenker vi at det å møte personer som er i samme situasjon, i tillegg til profesjonelle helseutøvere, vil være gunstig for pasientene med brystkreft. Da kan de kjenne seg igjen i hva andre brystkreftpasienter har opplevd og få tips og støtte på et likemansnivå. Som helseutøver er det ikke alltid man har den kunnskapen

pasienten ser etter og da kan det tenkes at en som har vært gjennom brystkreft kan ha gode erfaringer å dele. Det å møte andre personer som har vært gjennom det samme som deg kan også bidra til å normalisere det å ha brystkreft og gjøre det mindre fremmed. Vi tenker også at dette kan gjøre det enklere å håndtere diagnosen.

Det å motta støtte fra personer i samme situasjon blir også beskrevet i Bredal et al. (2014). Her ble det ikke gjort funn av signifikante forskjeller mellom de to intervensjonene som ble tatt i bruk, og det kan stilles spørsmål ved grunnen til dette. Vi tenker at dette kan være fordi både intervensjonsgruppen og kontrollgruppen fungerte godt som grupper. Det kan tenkes at deltakerne utviklet et godt gruppemiljø og klarte å etablere en trygg arena hvor de klarte å bearbeide følelser, noe som er viktig i problemorientert mestring (Kristoffersen, 2016, s. 250). Dette kan ha ført til at deltakerne opplevde mestring i større grad uavhengig av type intervensjon som ble brukt.

Å møte noen på et nettbasert diskusjonsforum vil være annerledes enn å møte personer i virkeligheten. For enkelte vil det kanskje være lettere å åpne seg opp og dele av seg selv i et slikt forum, hvor man har mulighet til å være anonym og ikke er avhengig av å dele ved å snakke. I ett diskusjonsforum ble mulighetene for mestring fremhevet av at deltakerne utvekslet historier og reflekterte rundt erfaringer (Varre et al., 2011).

I dag er den vanligste formen for behandling av brystkreft brystbevarende kirurgi, og mastektomi utføres kun hvis brystbevarende kirurgi ikke er mulig eller hvis kvinnen ønsker det (Thune, 2017, s. 468). Deltakerne får i gruppeintervensjonene møtt personer som har gjennomgått ulike typer inngrep, og de får et innblikk i andres liv. I studiene vi har inkludert varierer det hvilken behandling kvinnene har gjennomgått og dermed kan det tenkes at enkelte vil ha ulike behov. Det er et stort aldersspenn i et par av artiklene (Brandão et al., 2019; Stang & Mittelmark, 2010; Bredal et al., 2014), ulik sykdomsgrad og behandling (Stang & Mittelmark, 2010) samt deltakere i ulike forløp av sykdommen (Varre et al., 2011). Dette kan påvirke hvor medbestemmende og delaktige brystkreftpasientene blir, i tillegg til at det påvirker mestringspotensialet generelt. Noen føler de er på feil sted, da de opplever de er alene om sine bekymringer og samtidig redde for å skremme nydiagnostiserte (Varre et al. 2011). Slike individuelle forskjeller i sykdomsforløp tenker vi at kan bidra til at enkelte kan miste sitt mestringspotensial.

5.3 Er et møte ansikt til ansikt nødvendig, eller kan internett bidra med det samme?

Vi har i resultatdelen sett på hvordan nettbaserte gruppeintervensjoner kan bidra til å hjelpe vår pasientgruppe til mestring, men også «vanlige» grupper ansikt til ansikt. Uansett hvilken type gruppeintervensjon kvinnen med brystkreft velger å delta i, vil utgangspunktet være at hun tar ansvar for selv å endre situasjonen og holde motet oppe. Hun søker også informasjon og kunnskap fra andre, enten det er på internett eller ikke. Dette kjennetegner problemorientert mestring (Kristoffersen, 2016, s. 250). Det er en aktiv strategi for å håndtere en vanskelig situasjon (Reitan, 2017, s. 88). Den vil være den mest effektive mestringsstrategien for å kunne tilpasse seg en endret livssituasjon, hevder Kristoffersen (2016, s. 252).

I de fleste tilfeller tenker vi at dette kan være hensiktsmessig, da brystkreftpasienten setter søkelys på å komme seg videre ved å selv ta ansvar for å endre situasjonen. Likevel vil ikke dette være det første man tenker på dersom man nylig har fått en brystkreftdiagnose. Vi må som sykepleiere se pasienten i det forløpet hun er og godta at hun en tid vil være preget av sorg. Dermed har gjerne brystkreftpasienten behov for en periode hvor en tillater en mestringsstrategi som er emosjonelt orientert, og hvor hun prøver å redusere ubehaget i situasjonen som har oppstått (Reitan, 2017, s. 89). På lengre sikt kan vi som sykepleiere hjelpe brystkreftpasienten til å mestre livssituasjonen blant annet ved bruk av tradisjonelle og/eller nettbaserte gruppeintervensjoner.

Informasjon og kunnskap en tar til seg trenger ikke kun å komme fra en profesjonell yrkesutøver, for brystkreftpasienten kan også søke etter denne informasjonen selv (Reitan, 2017, s. 96-97). Vi sykepleiere kan også informere brystkreftpasienten om de kildene til informasjon og kunnskap som finnes utenfor sykehus. De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere fremhever også at sykepleieren skal gi god nok og tilpasset informasjon til den enkelte (NSF, 2019). Et eksempel er resultatene fra et nettbasert diskusjonsforum uten fasilitatorer. Her blir muligheten til mestring fremhevet av at pasientene utvekslet og reflekterte erfaringer og historier med hverandre (Varre et al. 2011). Kristoffersen (2016, s. 266) tydeliggjør at kunnskaper koblet til mestring ikke kan fremheves nok. Det er ikke umulig at mange brystkreftpasienter ønsker å finne slik kunnskap selv gjennom likesinnede som gjerne har vært gjennom det samme. Den systematiske oversikten fra Houlihan & Tariman

(2017) påpeker at tradisjonelle støttegrupper hvor brystkreftpasientene møttes ansikt til ansikt med en brystkreftoverlever involvert kan bidra til identifikasjon og dermed myndiggjøring.

De nettbaserte gruppene skiller seg ut ved at man ikke møter likesinnede brystkreftpasienter personlig. De legger til rette for diskusjon i trygge omgivelser og avhenger ikke av å møtes på et felles sted. Dette bidrar til anonymitet og man blir ikke like forpliktet til å delta (Bender et al., 2013; Houlihan & Tariman, 2017). Det blir også beskrevet som et positivt tilskudd for dem som ikke har mulighet til å møtes (Houlihan & Tariman, 2017). Det kan oppleves som en trygghet for noen å skrive bak en skjerm. Det kan føre til at man tør å diskutere temaer som kan være vanskelige å ta opp i vanlige støttegrupper (Bender et al., 2013). På den annen side tenker vi at det også kan virke skremmende for noen å lese at likesinnede er så åpne og ærlige. Spesielt dersom noen er preget av en negativ holdning eller kommer med harde fakta om diagnosen og hva som kan skje. Slik sett kan en selvstyrt gruppe på nett virke mot sin hensikt.

I den tradisjonelle gruppeterapistudien til Brandão et al. (2019) blir det tydelig i prosessen at det å snakke om spørsmål relatert til intimitet kan være vanskelig å dele med andre i gruppen. Ulike meninger og behov blant deltakerne ble også beskrevet som utfordrende å håndtere. Kanskje brystkreftpasientene her unngår å avdekke hele seg i frykt for negative reaksjoner rettet mot seg? Deltakerne som hadde brukt nettgrupper i studien til Bender et al. (2013) forklarte at de hadde bedre kontroll bak en skjerm sammenlignet med å møte folk i virkeligheten i en støttegruppe.

I lys av dagens covid-19-pandemi er bruk av internett og teknologi helt avgjørende med tanke på å forebygge smittespredning. Vi tenker det er viktig i denne tiden å ha fokus på gode internettbaserte løsninger til brystkreftpasienter som ikke får deltatt i sine tradisjonelle grupper. Dette kan få konsekvenser for mestringspotensialet til mange. Da er det også avgjørende at vi som sykepleiere bidrar til at den nettbaserte løsningen er trygg og enkel å bruke for brystkreftpasientene.

I tradisjonelle grupper kan man ikke være anonym, en tilknytter seg gjerne også mer til de andre i gruppen. Dette ser vi i studien til Bredal et al. (2014), da oppmøte hos deltakerne var bra og flere av dem møttes i etterkant. Forbedringer i allerede etablerte relasjoner med andre mennesker forekom også hos flere kvinner i studien til Brandão et al. (2019). Årsaken tenker vi kan være at gruppeterapien bidrar til at kvinnene lærer seg å snakke høyt om og uttrykke

følelsene sine til andre kvinner i gruppen, i tillegg til at det også får virkninger i andre relasjoner man er knyttet til, som for eksempel familie og venner.

5.4 utfordringer knyttet til de ulike gruppeintervensjonene

Til tross for at de ulike gruppeintervensjonene viser generelt gode resultater med tanke på mestring av sykdommen hos brystkreftpasienter, ser vi også en del utfordringer knyttet til denne typen intervensjon. Blant annet kan det være vanskelig å få med alle. Mestring handler om det å klare noe, og er forbundet med positivitet (Reitan, 2017, s. 88). Hvis brystkreftpasienter opplever at de ikke finner tilbud som passer dem, kan dette føre til at de ikke finner en arena hvor de kan oppleve mestring. Dette uttrykkes i studien til Bender et al. (2013), hvor ikke alle klarte å finne nettgrupper som passet til dem.

Tradisjonelle støttegrupper viste seg også å danne en større kultur- og språkforståelse i gruppen (Houlihan & Tariman, 2017) enn nettbaserte. Dette kan bidra til at relasjonene mellom kvinnene blir sterkere, da de deler en felles forståelse for hverandre foruten kun en brystkreftdiagnose. Slik kan sammensetningen av deltakere i en gruppe spille en positiv eller negativ rolle i mestringssammenheng. Sett fra en slik vinkel kan internettbaserte gruppeintervensjoner gi utfordringer både knyttet til store gruppesammensetninger og manglende gjensidig følelse av fellesskap med de andre i gruppen (Varre et al. 2011). Dette kan igjen føre til at noen føler seg alene med sine bekymringer.

Emosjonelt orientert mestring, som innebærer en passiv tilnærming og en unnvikende strategi hvor en skyver problemer unna seg, er ofte enkel å velge når det er snakk om helsesvikt (Kristoffersen, 2016, s. 251). Det blir beskrevet i studien til Bender et al. (2013) at enkelte unngikk å lese om personer det gikk dårlig med. Deltakerne opplever kanskje at de ikke tør å lese om de det går dårlig med i frykt for at dette kan være dem om noen år, og en unngår av den grunn sin egen situasjon. Dette kan også forklare at det i tradisjonelle støttegrupper viste seg å være en fordel for mestringspotensialet hos pasientene at en person som allerede har overlevd brystkreft var involvert i støttegruppen (Houlihan & Tariman, 2017). Vi tenker at en person som har vært gjennom det samme dermed kan gi dem styrke og vilje til å mestre sykdommen sin.

I studien til Bender et al. (2013) var det 50 av deltakerne som ikke benyttet nettgrupper, delvis fordi de ikke var vant til å bruke det. Det kom også frem at flere opplevde det som utrygt å benytte internett som informasjonskilde. Dette er en annen ting som hindrer deltakerne i å finne informasjon som kan være nyttig for dem. For denne gruppen, som ikke har de kunnskapene som trengs eller stoler på bruken av internett, er det i større grad aktuelt for sykepleier å formidle informasjon og kunnskap til pasienten. Dette omhandler å informere om alternative tilbud som kan passe den enkelte bedre. Med tanke på situasjonen verden nå er i grunnet covid-19, vil det å kunne møtes på nett være mer aktuelt enn noen gang. Viktigheten av at de som skal benytte diskusjonsforumene mestrer det digitale aspektet ved det er dermed sentralt.

I en av selvhjelpsgruppene (Stang & Mittelmark, 2010) bidro enkelte lite til gruppen og to avbrøt sin deltakelse. Dette kan ha innvirkning på de andre gruppe medlemmene. Det ble opplevd som en negativ gruppeprosess, noe som trekker fokuset vekk fra mestringsaspektet ved gruppene. I denne studien, hvor to fasilitatorer deltok på hvert møte, kan de bidra til å sette i gang prosesser for å fremme myndiggjøring hos deltakerne, noe som ble gjort i dette tilfellet (Kristoffersen, 2016, s. 351). Brandão et al. (2019) hadde også en fasilitator til stede under hvert møte for å fremme behandlingsglede blant deltakerne, men her var det splittede meninger om fasilitatorens funksjon. Noen mente fasilitatoren burde styre møtene mer, mens andre likte at de kunne snakke fritt om alt. Hva som er mest hensiktsmessig å gjøre er det ikke et klart fasitsvar på. Likevel tyder Stang & Mittelmark (2010) sin studie på at det kan være positivt å ha noen som styrer møtene i en viss retning, da man ønsker at brystkreftpasientene skal ta kontroll og mestre situasjonen. Samtidig, dersom kvinnene av seg selv klarer å skape en gruppedynamikk og utvikling som ser ut til å nå målet, er det kanskje mer gunstig at en fasilitator holder seg mer i bakgrunnen og lar dem snakke. En kan diskutere om det er hensiktsmessig at en fasilitator, for eksempel en sykepleier, styrer gruppeintervensjonene.

I Dorothea Orem sin sykepleieteori, er målet for pasienten ivaretagelse av egenomsorg og hvordan sykepleier kan hjelpe pasienten mot dette (Cavanagh, 1999, s. 25). Vi tenker at det vil være hensiktsmessig å belyse dette også innad i de ulike gruppeintervensjonene. Likevel fant Houlihan & Tariman (2017) gjennom deres litteraturgjennomgang funn som tydet på at internettbaserte støttegrupper som ikke ble styrt av en profesjonell yrkesutøver bidro til flere fordeler, som blant annet oppfordring til fri utveksling av følelser. En involvert fasilitator ville her bidratt til hyppigere negative utfall for hver enkelt. Til tross for det fant de ut at i

tradisjonelle støttegrupper var det fordelaktig med en fasilitator som også var en brystkreftoverlever. Dette fordi det førte til myndiggjøring hos deltakerne, da de identifiserte seg med denne personen.

Hvis brystkreftpasientene opplever å ikke mestre det å dekke sine behov, kan det føre til egenomsorgssvikt hos brystkreftpasienten (Cavanagh, 1999, s. 25). Da vil ikke vedkommende være i stand til å ta vare på seg selv, og pasienten vil ha behov for hjelp fra sykepleier eller familie til å mestre sin situasjon. Vi tenker at hos en brystkreftpasient kan dette føre til tap av selvstendigheten, noe som er viktig å ivareta selv om pasienten har behov for støtte. Sykdommen kan hos de som opplever egenomsorgssvikt ta mye plass i hverdagen, og sykdommen kan oppleves som at den tar for stor plass. Sykepleiers rolle her kan være å informere pasienten om de tilbudene som finnes og forsøke å motivere pasienten til å ta del i et behandlingstilbud som en gruppeintervensjon. Basert på at deltakerne i samtlige studier har opplevd mestring i større eller mindre grad, kan dette være et godt tilskudd for en brystkreftpasient med egenomsorgssvikt (Stang & Mittelmark, 2010; Brãndao et al., 2019).

5.5 Metodediskusjon

På bakgrunn av at vi har vært selektive i utvelgelsen av artikler og type intervensjon som ble gjennomført, så kan vi ha utelatt enkelte gruppeintervensjoner med en annen vinkling, og som kunne bidratt til mer bredde i oppgaven vår. På den annen side har vi brukt flere medisinske databaser til å svare på problemstillingen, noe som gir et bredt utvalg av forskning på området. Inklusjons- og eksklusjonskriteriene våre har også bidratt til et mer avgrenset søk, som har gitt et skarpere fokus på mestring i gruppeintervensjoner hos brystkreftpasienter. Vi valgte også å inkludere brystkreftpasienter i alle aldre, faser og stadier av sykdommen. Dette kan ha fått innvirkning på grad av mestring. Det var likevel nødvendig, da det var lite forskning som spesifiserte dette i de ulike gruppeintervensjonene. Samtidig ønsket vi å ta med alle brystkreftpasienter for å få et mest mulig helhetlig mestringsperspektiv.

Vi har prøvd å komme i kontakt med brystkreftpasienter i forum på sosiale medier for å få et innblikk i hvordan det å snakke med likesinnede kan bidra til mestring. Av hensyn til personvern ønsket vi ikke å inkludere dette i diskusjonsdelen. I tillegg ønsket ikke deltakerne i de forumene vi kontaktet å godta medlemmer som ikke hadde en brystkreftdiagnose. Et

innblikk i et slikt forum kunne ha gitt oss relevante erfaringer, ettersom vi hadde fått sett hvordan brystkreftpasientene samhandlet med hverandre på internett.

Siden vi ikke har så mye erfaring med å søke i databaser, har vi hatt noen utfordringer i forbindelse med søk. Dette kan ha fått innvirkning på forskningen vi har funnet, til tross for gjentatte søk. Likevel har vi funnet mange av de samme artiklene i de inkluderte databasene, noe som tyder på at vi har avdekket tilgjengelig forskning innen fagfeltet. Vi håper at vi i arbeidet med denne litteraturstudien har funnet den mest aktuelle og nyeste forskningen publisert om mestring i ulike gruppeintervensjoner for brystkreftpasienter.

6.0 Konklusjon

Formålet med denne litteraturstudien var å undersøke hvordan gruppeintervensjoner hos brystkreftpasienter kunne bidra til økt mestring. Funnene vi har gjort viser at sentrale aspekter ved mestring hos brystkreftpasienten er følgende: fellesskapsfølelse, utveksling av erfaringer og deling av historier, myndiggjøring, en arena for å tilegne seg informasjon/kunnskap og en normalisering av egen situasjon.

Det som går igjen i de tradisjonelle og nettbaserte gruppeintervensjonene er at graden av mestring den enkelte opplever vil avhenge av flere faktorer. Aldersspennet og sykdomsstadiet i gruppene varierer også, noe som kan ha konsekvenser for mestringspotensialet. Geografiske avstander kan gjøre det vanskelig for enkelte å møtes. Det er ikke en selvfølge at datakunnskapene hos brystkreftpasientene er tilfredsstillende. Dermed vil det være individuelle forskjeller, og alle vil gjerne ikke oppleve at deres behov blir møtt. Alt tatt i betraktning tyder vårt litteraturstudium på at gruppeintervensjoner kan bidra til økt mestring dersom forholdene blir tilrettelagt.

Det kan være aktuelt for sykepleieren å kartlegge den enkeltes behov i forkant av deltakelse i en gruppeintervensjon. På denne måten kan hvert enkeltindivid få et behandlingstilbud som er individuelt tilpasset, og dette kan bidra til økt grad av mestring. Vi tenker at videre forskning med fordel kan ta hensyn til individuelle forskjeller og behov. I tillegg bør man ta i betraktning betydningen relasjonene mellom brystkreftpasientene har for mestring i gruppeintervensjonene.

Referanseliste

- Antonovsky, A. (2012) *Helsens mysterium – Den salutogene modellen*. (1. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Bender, J., Katz, J., Ferris, L., & Jadad, A. (2013). What is the role of online support from the perspective of facilitators of face-to-face support groups? A multi-method study of the use of breast cancer online communities. *Patient Education and Counseling*, 93(3), 472-479. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.07.009>
- Brandão, T., Tavares, R., Schulz, M. S., & Matos, P. M. (2019). Experiences of breast cancer patients and helpful aspects of supportive–expressive group therapy: A qualitative study. *European journal of cancer care*, 28(5), e13078. <https://doi.org/10.1111/ecc.13078>
- Bredal, I. S., Kåresen, R., Smeby, N. A., Espe, R., Sørensen, E. M., Amundsen, M., Aas, H. & Ekeberg, Ø. (2014). Effects of a psychoeducational versus a support group intervention in patients with early-stage breast cancer: results of a randomized controlled trial. *Cancer nursing*, 37(3), 198-207. [10.1097/NCC.0b013e31829879a3](https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e31829879a3)
- Brystkreft. (2015, 22. januar). I *Oncolex*. Hentet fra <http://oncolex.no/Bryst>
- Cancer Registry of Norway. (2019). *Cancer in Norway 2018 - Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway* (ISSN: 0806-3621). Hentet fra <https://www.kreftregisteret.no/globalassets/cancer-in-norway/2018/cin2018.pdf>
- Cavanagh, S. J. (1999) *Orems sykepleiemodell i praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P., & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Folkman, S., & Lazarus, R. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health & Social Behavior*, 21(3), 219-239. <https://doi.org/10.2307/2136617>
- Grimsey, E. (2011). An Overview of the Breast and Breast Cancer. I V. Harmer (Red.), *Breast cancer nursing care and management* (s. 1-18). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Helsedirektoratet. (2017, 28. februar). Pakkeforløp for brystkreft. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/brystkreft>

- Helse- og omsorgsdepartement. (2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid* (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Houlihan, M., & Tariman, J. (2017). Comparison of Outcome Measures for Traditional and Online Support Groups for Breast Cancer Patients: An Integrative Literature Review. *Journal of the Advanced Practitioner in Oncology*, 8(4), 348-359. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6040879/>
- Høgskulen på Vestlandet. (u.å.). Retningslinjer om forskningsetikk i bacheloroppgaver. Hentet fra <https://www.hvl.no/globalassets/hvl-internett/dokument/forskrifter-reglar-retningsliner/retningslinjer-om-forskningsetikk-i-bacheloroppgaver-bergen.pdf>
- Joe, B. N. & Burstein, H. J. (2020) Clinical features, diagnosis, and staging of newly diagnosed breast cancer. I S. R. Vora (Red.), *UpToDate*. Hentet 14. februar 2020 fra https://www.uptodate.com/contents/clinical-features-diagnosis-and-staging-of-newly-diagnosed-breast-cancer?search=clinical%20features,%20diagnosis,%20and%20staging%20of%20newly%20diagnosed%20breast%20cancer&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H15
- Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier: analyse og evaluering* (2. utg. utg.). Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Kreftregisteret. (2020, 11. mai). Mammografiprogrammet. Hentet 15.05.2020 fra <https://www.kreftregisteret.no/screening/Mammografiprogrammet/>
- Kristoffersen, N. J. (2016). Helse og sykdom – utvikling og begreper. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E.-A. Skaug & G. Hjelmeland (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1 – Sykepleie – fag og funksjon* (S. 29-87). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Kristoffersen, N. J. (2016). Livsstil og endring av livsstil. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E.-A. Skaug & G. Hjelmeland (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3 - Pasientfenomener, samfunn og mestring* (S. 295-348). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Kristoffersen, N. J. (2016). Stress og mestring. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø. (Red.) *Grunnleggende sykepleie 3: pasientfenomener, samfunn og mestring* (s. 237-294). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø. (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3: pasientfenomener, samfunn og mestring* (s. 15-80). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

- Kristoffersen, N. J. (2016). Å styrke pasienters ressurser - sykepleierens helsefremmende og pedagogiske funksjon. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E-A. Skaug & G. Hjelmeland (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3 - Pasientfenomener, samfunn og mestring* (s. 349-406). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Kunnskapsbasert praksis.no. (2016, 3. juni) Sjekklistor. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Kvalitative vurderinger (2017, 13. august). I *Søk og skriv*. Hentet fra <https://sokogskriv.no/kildebruk-og-referanser/kildevurdering/kvalitative-vurderinger/>
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lorentsen, V. B. & Grov, E. K. (2016). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (s. 397-436). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Norsk Helseinformatikk (NHI). (2019, 14. februar) Brystkreft, noen faktaopplysninger. Hentet fra <https://nhi.no/sykdommer/kreft/brystkreft/brystkreft-noen-fakta/>
- Norsk Sykepleierforbund. (2019). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- NOU 1998: 18. (1998). *Det er bruk for alle: Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3
- Reitan, A. M. (2017). Psykologisk krise og mestringsmuligheter. I A. M. Reitan & T. Kr. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient, utfordring, handling* (s. 82-103). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Samdal, O., Wold, B., Harris, A. & Torsheim, T. (2017). *Stress og mestring* (IS-2655) Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/stress-og-mestring/Stress%20og%20mestring.pdf/_attachment/inline/11df8af9-831e-4535-aaef-43178fa9b389:faf7b30a63b6004ff91eb7d4bbf2c6a89c4d4718/Stress%20og%20mestring.pdf
- Schlichting, E. (2016). Sykdommer i brystene. I S. Ørn og E. Bach-Gangsmo (Red.), *Sykdom og behandling* (s. 443-453). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Stadier ved brystkreft. (2015, 22. januar). I *Oncolox*. Hentet fra <http://oncolox.no/Bryst/Bakgrunn/Stadier>

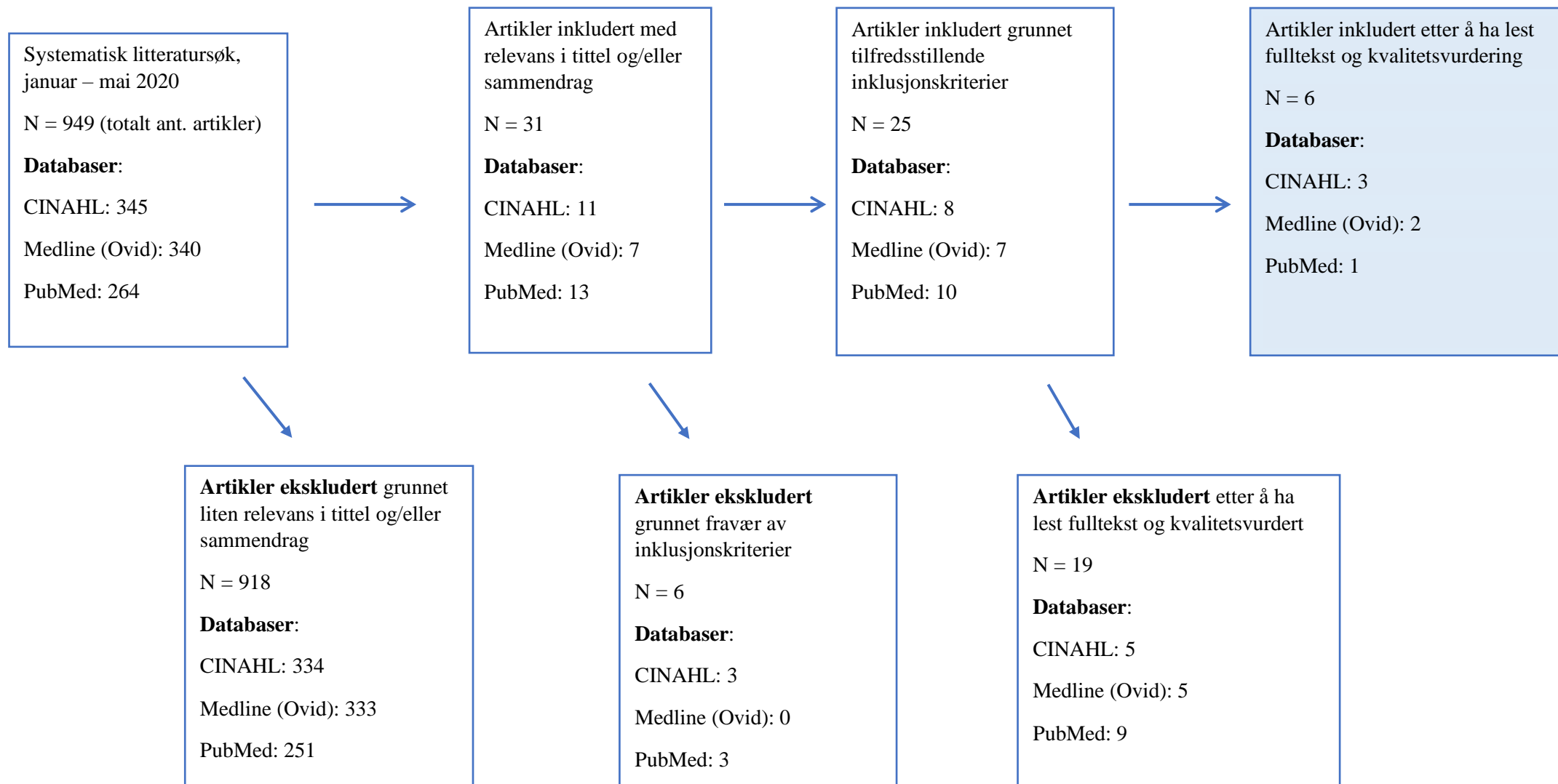
- Stang, I., & Mittelmark, M. B. (2010). Intervention to enhance empowerment in breast cancer self-help groups. *Nursing Inquiry*, 17(1), 47-57. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2009.00465.x>
- Sørensen, E. M., Lorvik, M. K., Erntsen, N. G. & Almås, H. (2016). Sykepleie ved brystkreft. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (s. 437-451). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Thidemann, I. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Thune, I. (2017). Brystkreft. I A. M. Reitan & T. Kr. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient, utfordring, handling* (s. 463-476). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Bredal, I. S. (2017). Sykepleieutfordringer ved brystkreft. I A. M. Reitan & T. Kr. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient, utfordring, handling* (s. 477-487). Oslo: Cappelen Damm AS
- Varre, P., Slettebø, &., & Ruland, C. (2011). "Det er mitt liv det gjelder"; kreftpasienters beskrivelse av mestringsmuligheter, slik det kommer til uttrykk på et internettbasert diskusjonsforum. *Vård I Norden (trykt Utg.)*, 31(3), 4-8. <http://web.b.ebscohost.com/galanga/hvl.no/ehost/detail/detail?vid=0&sid=fe54adfb-6766-4590-83f6-02c8168fcbfe%40pdc-v-sessmgr01&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGI2ZQ%3d%3d#AN=104599844&db=c8h>
- Vifladt, E. H. & Hopen, L. (2013). *Pasientopplæring: Kompetanse, veivalg, lederskap*. Oslo: Kolofon forlag AS
- World Health Organisation (WHO). (1998). Health Promotion Glossary. Hentet fra: <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>
- Wormnes, B. & Manger, T. (2005). *Motivasjon og mestring: veier til effektiv bruk av egne ressurser*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Årsaker til brystkreft. (2015, 22. januar). I *Oncolex*. Hentet fra <http://oncolex.no/Bryst/Bakgrunn/Arsaker>

Vedlegg I: Søkehistorikk

Databaser	Søkedato	Søk nummer	Søkeord og kombinasjon Blått = emneord/Mesh	Antall treff	Inkluderte artikler
PubMed	17.01.20	1	(Breast cancer <i>or</i> breast tumor <i>or</i> mammary cancers) <i>and</i> newly diagnosed <i>and</i> (coping skill* <i>or</i> coping behavior <i>or</i> psychological adaptation)	160	0
	27.04.20	2	Breast cancer <i>or</i> breast tumor <i>or</i> breast neoplasms <i>and</i> empowerment <i>or</i> coping <i>and</i> online groups intervention	29	0
	27.04.20	3	Breast neoplasms <i>and</i> (empowerment <i>or</i> coping) <i>and</i> group intervention <i>and</i> self-help groups	75	1
Medline (Ovid)	27.01.20	1	(Breast neoplasms <i>or</i> breast cancer <i>or</i> breast tumor <i>or</i> mammary cancers <i>or</i> breast carcinoma) <i>and</i> (adaptation, psychological <i>or</i> coping <i>or</i> stress management) <i>and</i> (nurs* <i>or</i> nurse patient relationship) <i>and</i> (newly diagnosed <i>or</i> first stage <i>or</i> early diagnosed)	49	0
	27.01.20	2	Breast neoplasms <i>and</i> coping <i>and</i> newly diagnosed	70	0
	12.02.20	3	(Breast neoplasms <i>or</i> breast cancer <i>or</i> breast tumor) <i>and</i> self-help groups <i>and</i> (coping <i>or</i> coping strategies <i>or</i> self-management <i>or</i> empowerment <i>or</i> adaptation, psychological)	143	0

Databaser	Søkedato	Søk nummer	Søkeord og kombinasjon Blått = emneord/Mesh	Antall treff	Inkluderte artikler
Medline (Ovid)	27.04.20	4	(Breast neoplasms or breast cancer or breast tumor) and (coping or empowerment) and (group intervention or self-help groups)	73	1
	01.05.20	5	(Breast neoplasm or breast cancer) and self-help groups and online communities	5	1
CINAHL	17.01.20	1	(Breast cancer or breast tumor or mammary cancers) and newly diagnosed and (coping skill* or coping behavior or psychological adaptation)	69	0
	17.01.20	2	Breast neoplasms and coping and newly diagnosed	27	0
	12.02.20	3	(Breast neoplasms or breast cancer or breast tumor) and support groups and (coping or coping strategies or self-management or empowerment or adaptation, psychological)	116	2
	29.02.20	4	(Breast neoplasms or breast cancer or breast tumor) and (support groups or group intervention) and (coping or coping strategies or empowerment)	75	1
	27.04.20	5	Breast neoplasms and coping and support groups	58	0

Vedlegg II: Flytskjema



Vedlegg III: Litteratormatrise

Forfattere Publiseringsår	Tittel Land Tidsskrift	Hensikten med studien	Metode	Utvalg	Hovedfunn/resultater	Kvalitets- vurdering	Redegjort for etiske overveielser
Stang, I. & Mittelmark, M. B. (2010)	Intervention to enchanche empowerment in breast cancer self- help groups Norge Nursing Inquiry	Styrking av myndiggjøring gjennom selvhjelpsgrupper. Fremming av myndiggjøring og stressmestring.	Kvalitativt design. Støttegruppe- intervensjon med fasilitator.	18 norske kvinner som har gjennomgått behandling for brystkreft i alderen 38 til 58 år. Flertallet har fjernet brystet. Sykdomsgrad og behandling blant deltakerne har vært varierende.	- Sterk fellesskapsfølelse - Myndiggjørings- strategiene bidro til myndiggjøring. - Myndiggjøring ble en viktig inspirasjon i samtlige grupper. - Gjensidig støtte.	Publisert i fagfelleverd ert tidsskrift. Critical Appraisal Skills Programme.	Ja.
Brandão, T., Tavares, R., Shulz, M. S. & Matos, P. M. (2019)	Experiences of breast cancer patients and helpful aspects of supportive-expressive group therapy: A qualitative study Portugal European Journal of Cancer Care: Wiley	Forbedre sosial- støtte, mestringsstrategier og sunn emosjonell bearbeiding.	Kvalitativt design. Supportive- Expressive group therapy (SEGT). Semi-strukturert intervju.	12 kvinner med brystkreft 6 måneders etter endt behandling i alderen 33-60 år. Flertallet av deltakerne hadde gjennomgått kjemoterapi og stråleterapi, samt hormonell behandling. Flertallet hadde også gjennomgått operasjoner.	- Fellesskapsfølelse. - Myndiggjørings-følelse. - Håp. - Normalisering. - Forbedring av mellommenneskelige forhold.	Publisert i fagfelleverd ert tidsskrift. Critical Appraisal Skills Programme.	Ja.

Forfattere Publiseringsår	Tittel Land Tidsskrift	Hensikten med studien	Metode	Utvalg	Hovedfunn/resultater	Kvalitets- vurdering	Redegjort for etiske overveielser
Bredal, I. S., Kåresen, R., Smeby, N. Aa., Espe R., Sørensen, E.M., Amundsen M., Aas H. & Ekeberg Ø. (2014)	Effects of a Psychoeducational Versus a Support Group Intervention in Patients With Early- Stage Breast Cancer Norge Cancer Nursing	Å undersøke hva som har best effekt av Psychoeducational groups (PEG) eller support group (SG) intervention. Fokusområder var: angst, depresjon og mental tilpasning til kreft.	Kvantitativt design.	367 kvinner ble i et tidlig stadiet av brystkreft plassert i PEG eller SG. Kvalifiserte deltakere var mellom 18 og 70 år. Oppstart 1-8 uker etter operasjon.	- Ingen funn av signifikante forskjeller mellom de to gruppeintervensjonene. - Begge gruppene viste likevel forbedringer med tanke på mentalt stress og mestring over tid.	Publisert i fagfelle- vurdert tidsskrift. Critical Appraisal Skills Programme.	Ja.
Varre, P., Slettebø, Å. & Ruland, C. (2011)	«Det er mitt liv det gjelder»; Kreftpasienters beskrivelse av mestringsmuligheter, slik det kommer til uttrykk på et internettbasert diskusjonsforum Norge Vård i Norden	Å forstå kreftpasienters mestringspotensiale slik det kommer til uttrykk i et internettbasert diskusjonsforum.	Kvalitativ design. Holistisk tilnærming. Klinisk randomisert studie.	325 pasienter med bryst- og prostatakreft i ulike stadier av sykdomsforløpet. Intervensjonsgrup- pen på 162 personer fikk tilgang til diskusjonsforumet .	- Behov for å være hovedperson i eget livsdrama. - Behov for å være aktiv deltakende. - Fortellinger og erfaringsutveksling.	Publisert i fagfelle- vurdert tidsskrift. Critical Appraisal Skills Programme.	Ja.

Forfattere Publiseringsår	Tittel Land Tidsskrift	Hensikten med studien	Metode	Utvalg	Hovedfunn/resultater	Kvalitets- vurdering	Redegjort for etiske overveielser
Bender, J. L., Katz, J., Ferris, L. E. & Jadad, A. R. (2013)	What is the role of online support from the perspective of facilitators of face-to- face support groups? A multi-method study of the use of breast cancer online communities Canada Patient Education and Counseling	Å utforske rollen til nettgrupper sett fra perspektivet til brystkreftoverleverer som er fasilitatorer i støttegrupper.	Kombinert metode: Tverrsnittsundersø- kelse oppfulgt av kvalitative intervju.	Kanadiske brystkreftoverleve- re minst ett år etter diagnose som er støttegruppe- fasilitatorer i en brystkreft- organisasjon. 73 kvinner deltok i tverrsnittsundersø- kelsen. 12 av kvinnene som hadde brukt nettgrupper ble rekruttert til kvalitative intervju.	Spørreundersøkelse (n = 73): - Flesteparten mente de ikke hadde behov for å bruke nettgrupper, ikke vant til det, stolte ikke på internett og informasjon derfra (n = 50). - Nettgruppen var en ressurs for mer informasjon og lærte hvordan håndtere symptomer og sideeffekter (n = 23). Kvalitative intervju (om nettgrupper, n = 12): - Imøtekomme uoppfylte behov i perioder med stress og usikkerhet. - Rikelig med informasjon, møte likesinnede andre, tilgjengelighet, anonymitet og mindre forpliktelse.	Publisert i fagellrevurde- rt tidsskrift. Critical Appraisal Skills Programme.	Ja.

Forfattere Publiseringsår	Tittel Land Tidsskrift	Hensikten med studien	Metode	Utvalg	Hovedfunn/resultater	Kvalitets- vurdering	Redegjort for etiske overveielser
Houlihan, M. C. & Tariman, J. D. (2017)	Comparison of Outcome Measures for Traditional and Online Support Groups for Breast Cancer Patients: An Integrative Literature Review Chicago, USA Journal of the advanced practitioner in oncology	Hensikten med denne oversiktsartikkelen er å sammenligne effektiviteten til tradisjonelle og nettbaserte støttegrupper for brystkreftpasienter.	Oversiktsartikkel. En litteraturgjennom- gang som analyserer og syntetiserer fordeler og ulemper fra både nettbaserte støttegrupper og tradisjonelle støttegrupper hos brystkreftpasiente- r.	22 studier ble sammenlignet: 8 studier fra nettbaserte støttegrupper og 14 studier fra tradisjonelle støttegrupper.	Nettbaserte støttegrupper: - Anonymitet, fleksibilitet, lave forpliktelser. - Fordel for kvinner som trenger supplerende støtte. - For kvinner som ikke har mulighet å bli med i en tradisjonell støttegruppe. Tradisjonelle støttegrupper: - Mulighet for diskusjon og støtte tilpasset spesifikke kulturer og språk. - Fordel at en brystkreftoverlever er inkludert.	Publisert i fagelleverde rt tidsskrift. Critical Appraisal Skills Programme.	