



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

BSS9-H-2022-VÅR-FLOWassign

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	13-05-2022 09:00	<b>Termin:</b>	2022 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	27-05-2022 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave		
<b>Flowkode:</b>	203 BSS9 1 H 2022 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	337
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	7897
----------------------	------

**Egenerklæring \*:** Ja  
**Jeg bekrefter at jeg har Ja**  
**registrert**  
**oppgavetittelen på**  
**norsk og engelsk i**  
**StudentWeb og vet at**  
**denne vil stå på**  
**vitnemålet mitt \*:**

### Gruppe

<b>Gruppenavn:</b>	(Anonymisert)
<b>Gruppenummer:</b>	5
<b>Andre medlemmer i gruppen:</b>	379

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven 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

Livet etter brystkreftkirurgi

Life after breast cancer surgery

**Kandidatnummer 337 & 379**

Sykepleie

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Innleveringsdato 27.05.2022

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, § 10.

**Abstract:**

**Background:** Among women, breast cancer is the most common type of cancer worldwide. In 2020, 3424 women were diagnosed with breast cancer in Norway. Due to increased breast cancer survival rate and better treatment more women are able to live longer, although some with late effects, both physically and mentally.

**Research question:** The purpose of this thesis is to investigate women who underwent surgery for breast cancer, and how the nurse can take care of their psychosocial needs after the surgery.

**Method:** Literature study was used as a method, combined with other relevant literature sources. The systematic literature search was performed in the following databases: CINAHL, Epistemonikos, MEDLINE (ovid) and Svemed+.

**Result:** The qualitative studies showed that the women had different experiences after the breast cancer surgery, like life-altering changes. Research showed that many patients lacked information about these changes regarding late effects which impacts their mental and physical health. Several of the studies highlighted the importance of both emotional and social support from family, friends, colleagues and healthcare professionals. Common coping strategies translated into thinking positively, and to not give into negative thoughts and feelings, which then might take over their life. Quantitative studies showed that cognitive behavioural therapy was an appropriate strategy, in terms of both prevention of mental late effects and in the case of diagnosed anxiety and depression.

**Conclusion:** The importance of the woman's age, informational needs, social and emotional support, changed thought patterns and coping strategies are important topics the nurse must be aware of after breast cancer surgery. Every patient is unique, and the nurse must recognize this, and facilitate for individual nursing for each one. Thus, it is vital for the nurse to acknowledge the importance of the patient's mental health.

**Keywords:** Breast cancer surgery, nursing care, depression, anxiety, coping strategies, psychosocial needs.

## Innholdsfortegnelse

1.0 Introduksjon.....	1
1.1 Innledning .....	1
1.2 Hensikt.....	2
1.3 Problemstilling.....	2
1.4 Begrepsavklaringer .....	3
2.0 Teori .....	4
2.1 Brystkreft.....	4
2.2 Brystkirurgi som behandlingsform .....	4
2.3 Psykiske seneffekter .....	4
2.4 Joyce Travelbees interaksjonsteori.....	5
2.5 Kommunikasjon .....	6
2.6 Mestringstro og indre motivasjon .....	6
3.0 Metode .....	8
3.1 Litteraturstudie som metode.....	8
3.2 Søkeprosess .....	8
3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	9
3.4 Kildekritikk.....	10
3.5 Analyse og syntese.....	11
3.6 Kritikk av metode .....	11
3.7 Ethiske vurderinger .....	11
4.0 Resultat .....	12
4.1 Syntese .....	12
4.1.1 Psykososiale behov .....	13
4.1.2 Informasjonsbehov.....	13
4.1.3 Kartlegging av psykisk belastning og helhetlig menneskesyn.....	14

4.1.4 Endret tankemønster og kognitiv atferdsterapi.....	14
5.0 Diskusjon.....	16
5.1 Betydning av kvinnens alder og individuell sykepleie.....	16
5.2 Informasjonsbehov.....	18
5.3 Sosial- og emosjonell støtte.....	20
5.4 Endret tankemønster og mestring.....	22
5.5 Metodediskusjon.....	24
6.0 Konklusjon.....	26
7.0 Referanseliste.....	28
8.0 Vedlegg.....	33
8.1 Vedlegg 1: PICO-skjema.....	33
8.2 Vedlegg 2: Søkehistorikk.....	34
8.3 Vedlegg 3: Samleskjema og styrkeskjema.....	37
A) Samleskjema for forskningsartiklene.....	37
B) Styrkeskjema for forskningsartiklene.....	44
8.4 Vedlegg 4: PRISMA flow diagram.....	51
Tabell 1 viser inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	10
Tabell 2 viser fordelingen mellom tema og antall artikler som inkluderer tematikken. .....	12

## 1.0 Introduksjon

### 1.1 Innledning

Brystkreft, *cancer mammae*, er den hyppigste kreftformen blant kvinner både nasjonalt og internasjonalt (Stubberud et al., 2020, s. 437). I 2020 ble det oppdaget 3424 nye tilfeller av brystkreft blant kvinner i Norge (Kreftregisteret, 2021).

Brystkreftpasienten har ofte ingen symptomer eller tidligere sykdomshistorikk, før den alvorlige sykdommen diagnostiseres. Pasienten kan derfor oppleve at kreftdiagnosen truer kvinnens identitet, verdighet og livskvalitet (Stubberud et al., 2020, s. 437).

De siste årene har det vært økende oppmerksomhet rundt kreftbehandling, og seneffektene behandlingen kan ha. Seneffekter etter kreft kan defineres som en komplikasjon eller bivirkning av kreftsykdommen, som opptrer mer enn ett år etter avsluttet behandling (Helsedirektoratet, 2020, s. 8). Disse seneffektene kan være knyttet til somatiske, psykologiske eller sosiale faktorer, noe som kan påvirke livskvaliteten betraktelig.

Et bryst regnes som en viktig del av følelseslivet, og for kvinner diagnostisert med brystkreft er det vanlig at psykiske lidelser som angst og depresjon forekommer (Stubberud et al., 2020, s. 441). For brystkreftpasienter som overlever primærbehandlingen er det forventet lang levetid, og dette medfører at kvinnen kan leve lenge med seneffektene (Helsedirektoratet, 2020, s. 10). Likevel sier dette ingenting om hvordan livet etter brystkreftkirurgi vil bli.

Sykepleierens møte med brystkreftpasienten er ofte kortvarig på sykehus, da behandlingen ofte foregår dagkirurgisk eller ved kort innleggelsestid (Stubberud et al., 2020, s. 438). Som en del av pakkeforløpet for brystkreft skal kvinnene få informasjon om deres muligheter for medisinsk og psykososial støtte i etterkant av behandlingen (Helsedirektoratet, 2016). Pasienten bør informeres om vanlige fysiske og eventuelle psykiske reaksjoner som kan oppstå etter kreftbehandling (Helsedirektoratet, 2016). Samtidig vet man lite om i hvilken grad pasientens psykososiale behov blir ivaretatt. Sykepleierens utfordring er derfor å sørge for at kvinnen blir sett, og forberede henne på livet etter brystkreftoperasjonen i løpet av kort tid.

## 1.2 Hensikt

Hensikten med oppgaven er å belyse hvordan sykepleieren kan ivareta psykososiale behov hos kvinner som har blitt operert for brystkreft, slik at kvinnene ikke utvikler psykiske seneffekter. Ifølge de yrkesetiske retningslinjene punkt 2.1 og 2.3 har sykepleieren et ansvar for å fremme helse og forebygge sykdom, samt ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg (Norsk sykepleieforbund, 2019). Sykepleieren har dermed en viktig rolle, for kvinnens mestring og håndtering av psykiske seneffekter i etterkant av brystkreftkirurgi.

Ved vårt andre studieår på sykepleieutdanningen gjennomførte vi en simulering som omhandlet et brystkreftforløp. Dette fikk oss til å innse at møtene mellom sykepleieren og brystkreftpasienten er korte, og vi ønsker derfor å undersøke om kvinnenes psykososiale behov blir godt nok ivaretatt i etterkant av brystkreftkirurgi. I henhold til Pasient og – brukerrettighetsloven (1999, § 3-2), står det skrevet at «Pasienten skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger». I loven står det også skrevet at: «Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2). I denne oppgaven ønsker vi derfor å se på hvilke erfaringer og opplevelser kvinnene har gjort seg i etterkant av brystkreftkirurgi, om det finnes forskning på hvilke kvinner som er mest sårbare for utvikling av psykiske seneffekter, og hvilke psykososiale tiltak som har fungert best for den brystkreftopererte kvinnen.

## 1.3 Problemstilling

På bakgrunn av nevnte argumenter, har vi kommet frem til følgende problemstilling:

*Hvordan kan sykepleieren ivareta psykososiale behov hos kvinner som har utført brystkreftkirurgi?*



## 1.4 Begrepsavklaringer

*Psykiske seneffekter*- angst og depresjon.

*Psykososiale behov*- psykiske og sosiale forhold som har betydning for psykisk helse.

*Kognitiv atferdsterapi*- psykologisk samtalebehandling, der man er opptatt av å hjelpe personen til å bryte ut av tanke- og atferdsmønstre som opprettholder den psykiske lidelsen (Martinsen & Gonzalez, 2021b, s. 376).

*Sosial støtte*- viktig faktor for menneskets psykiske helse. Det handler om å få omsorg og bli verdsatt fra menneskene rundt. En skiller mellom ulike typer sosial støtte hvor *emosjonell støtte* inkluderer empati, omsorg, kjærlighet og tillitt (Folkehelseinstituttet, 2015).

*HADS*- Hospital Anxiety and depression scale. Et screeningsverktøy som brukes i kartlegging av angst- og depresjonssymptomer.

*Psykobiologiske markører*- biomarkører som ses i sammenheng med angst og depresjon.

*Helhetlig menneskesyn*- se pasienten i sin helhet. Det psykiske, fysiske og sosiale henger sammen og vil gjensidig påvirke hverandre.

## 2.0 Teori

### 2.1 Brystkreft

Brystkreft er en ondartet tumor i brystkjertelen, som kan medføre metastase, lidelse og død (Stubberud et al., 2020, s. 438). Med unntak av spesifikke påviste genforandringer, er det vanskelig å fastslå årsakene til utvikling av brystkreft (Schlichting & Klepp, 2022). Disponerende faktorer som: kvinne, alder, tidlig menarke, sen menopause, røyking, KMI over 30, arvelig disposisjon og tidligere anamnese, kan bidra til utvikling (Stubberud et al., 2020, s. 438). Det er vanlig å klassifisere brystkreft i fire stadier for å kunne velge riktig behandlingsstrategi, med utgangspunkt i primærsvulstens størrelse og metastase (Stubberud et al., 2020, s. 438). Uavhengig av stadium, er 70-75% av norske kvinner fortsatt i live etter 15 år (Schlichting & Klepp, 2022).

### 2.2 Brystkirurgi som behandlingsform

Kirurgi regnes som den viktigste behandlingsmetoden for brystkreft, enten atskilt eller i kombinasjon med annen adjuvant kreftbehandling som cytostatika, strålebehandling eller endokrin behandling (Stubberud et al., 2020, s. 442). Hovedmålet med kirurgisk behandling av brystkreft er å oppnå lokal kontroll over svulsten, for å øke overlevelsen (Helsedirektoratet, 2022, s. 48). Kirurgiske behandlingsmetoder av en primærtumor er gjerne mastektomi med eller uten rekonstruksjon, eller brystbevarende kirurgi med eller uten onkoplastisk korreksjon (Helsedirektoratet, 2022, s. 48). Første postoperative kontroll skjer vanligvis 2-4 uker etter primæroperasjonen. Deretter blir hyppigheten av påfølgende kontroller tilpasset pasientens individuelle behov (Helsedirektoratet, 2022, s. 151-152).

### 2.3 Psykiske seneffekter

Diagnosen brystkreft og kirurgisk behandling av den, er for mange forbundet med en opplevelse av redsel og usikkerhet. Sammenlignet med normalbefolkningen, opptrer angst og depresjon signifikant høyere hos brystkreftoverlevende (Helsedirektoratet, 2020, s. 36).

Angst påvirker tanker, følelser, kroppslige reaksjoner og atferd. Tankene kjennetegnes av bekymringer og katastrofetenkning, mens atferden preges ofte av unngåelse eller tilbaketrekning. Angst defineres som et psykiatrisk problem når

angsten gir subjektiv lidelse, svekker normal funksjon og livsutfoldelse for personen (Martinsen, 2021a, s. 115-117).

*Depresjon* kjennetegnes av senket stemningsleie, manglende evne til å føle glede og depressivt tankeinnhold. Personen kan også være preget av tilleggssymptomer som blant annet manglende tiltakslust, endringer i matlyst, søvnevansker, angst og bekymringer. Diagnosekriteriene for depresjon er oppfylt når symptomene er så alvorlige og langvarige, at de går utover personens evne til å fungere normalt i hverdagen (Holsten, 2021, s. 102-103).

## 2.4 Joyce Travelbees interaksjonsteori

Utviklingen av en god relasjon er selve kjernen i det sykepleiefaglige arbeidet (Gonzalez, 2021a, s. 58). Joyce Travelbees interaksjonsteori tar utgangspunktet i sykepleie som en mellommenneskelig prosess. Sykepleierens ivaretagelse av sykepleiebehov skal gi pasienten hjelp til å forebygge, mestre eller finne mening ved egen sykdom (Kristoffersen et al., 2017, s. 26). Travelbee hevder det først er når sykepleieren møter og forstår pasienten som et unikt og erfarende menneske, at det er mulig å etablere et menneske-til-menneske forhold (Gonzalez, 2021a, s. 57). Sykepleierens oppgaver handler derfor om å bli bevisst over hvordan man oppfatter mennesket, og erkjenne det unike og individuelle ved pasienten (Travelbee, 1999, s. 192).

For å kunne oppnå en relasjon som er rettet mot terapeutiske mål knyttet til endring, vekst og læring, understreker Travelbee viktigheten av å forstå og samtidig bære pasientens erfaring ved sykdom eller lidelse (Gonzalez, 2021a, s. 57). Den gjensidige erfaringen som sykepleieren og pasienten deler, vil gjensidig påvirke hverandre i relasjonen (Gonzalez, 2021a, s. 60).

Ifølge Travelbee har pasienter som gjennomgår kirurgiske inngrep et behov for informasjon og sikkerhet (Travelbee, 1999, s. 263). Behovet for informasjon handler om pasientens enkeltes behov til å forstå hva som skjer med seg, mens behovet for sikkerhet handler om sosial og emosjonell støtte (Travelbee, 1999, s. 262). Sykepleieren skal kunne merke seg de pasientene som undertrykker sine følelser i forbindelse med det kirurgiske inngrepet, da følelsene kan opptre flere uker eller måneder i etterkant av inngrepet (Travelbee, 1999, s. 271). Som sykepleier er det

derfor viktig å forutse noen av de problemene en pasient kan ha i møte, og forberede pasienten på hvordan hun kan håndtere dem (Travelbee, 1999, s. 224).

## 2.5 Kommunikasjon

Kommunikasjon er en avgjørende prosess for at sykepleieren skal kunne etablere et godt menneske-til-menneske forhold, slik at sykepleierens mål og hensikt blir oppfylt (Travelbee, 1999, s. 135). Kommunikasjon betyr «å gjøre felles», og er den prosessen som sykepleieren bruker for å søke og videreformidle informasjon, samt det midlet pasienten bruker for å få hjelp (Travelbee, 1999, s. 137). Ifølge Eide & Eide (2017) kan kommunikasjon i relasjoner, defineres som utveksling av verbale og nonverbale tegn (s. 17). Ved en god relasjon kan det bli lettere å gi pasienten hjelp, styrke pasientens motivasjon og gi en følelse av trygghet (Eide & Eide, 2017, s. 39).

God profesjonell kommunikasjon er både personorientert og faglig fundert (Eide & Eide, s. 16). Et sentralt element i personorientert kommunikasjon er at man som helsepersonell forstår hva som er viktig for pasienten i den aktuelle situasjonen, og forstår pasientens psykososiale kontekst (Eide & Eide, s. 17). Sykepleieren skal være aktivt lyttende, slik at pasienten føler seg sett, hørt og forstått (Eide & Eide, s.17). Ved profesjonell kommunikasjon forholder man seg til helheten i det som blir kommunisert, og man responderer ut ifra sin fagkunnskap gjennom å være hjelpende (Eide & Eide, 2017, s. 32). Pasienten kan ofte utrykke sine helsebekymringer gjennom indirekte antydninger og hint, både verbalt og nonverbalt (Eide & Eide, 2017, s. 17).

## 2.6 Mestringstro og indre motivasjon

Begrepet *mestringstro* kommer fra Banduras teori om *self-efficacy* (Svartdal, 2021). Mestringstro defineres som personens tillitt til eller tro på at man vil kunne lykkes med å mestre de handlingene eller situasjonene, som er nødvendige for å kunne oppnå et ønsket mål. En høy grad av mestringstro vil kunne bli utviklet gjennom gode mestringserfaringer, og samtidig gi et sterkt engasjement og egeninnsats ovenfor personlige interesser eller aktiviteter, samt en bedre håndtering av skuffelser og nederlag. Ved lav mestringstro vil derimot nederlag og uheldige mestringserfaringer, føre til at personens mestringstro undergraves og svekkes (Gonzalez, 2021b, s. 49). Graden av mestringstro vil derfor påvirke hvordan personen tolker, opplever eller handler i forskjellige situasjoner (Gonzalez, 2021b, s.

48). Mestringstro har en viktig sammenheng med å være indre motivert, noe som betyr at personen vil utføre handlinger fordi personen selv opplever handlingene som tilfredsstillende eller lystbetont (Gonzalez, 2021b, s. 49).

## 3.0 Metode

### 3.1 Litteraturstudie som metode

For å finne svar på vår problemstilling, var det hensiktsmessig å bruke litteraturstudie som metode. En litteraturstudie beskrives som en studie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder. Dette innebærer å samle inn litteratur fra ulike databaser, kritisk vurdere artiklene, og til slutt sammenfatte det hele (Thidemann, 2019, s. 77).

### 3.2 Søkeprosess

De relevante studiene vi valgte å inkludere i litteraturstudiet, ble funnet i følgende databaser: CINAHL, Epistemonikos, MEDLINE (ovid) og Svemed+. Disse databasene er relevant til litteratursøk for å finne sykepleieforskning (HVL, u.å). Svemed+ er ikke oppdatert etter 2019, men vi fant det relevant å bruke databasen da den har aktuell forskning fra Norden (HVL, u.å). I Svemed+ og i CINAHL krysset vi av «Peer reviewed» for å få fagfellevurderte tidsskrifter.

For å konkretisere informasjonsbehovet i oppgaven, utarbeidet vi en PICO (Vedlegg 1). PICO er et hjelpemiddel for å gjøre problemstillingen mer presis og søkbar (Thidemann, 2019, s. 82). Søkestrategien vår inneholdt tre PICO-elementer: populasjon, intervensjon og utfall (PIO). Vi brukte MeSH-ordboken fra Helsebibliotekets nettsider for å finne ulike søkeord og Medical Subject headings (Me-SH). Gjennom å bruke MeSH-ordboken som inneholder sentrale begrep innen helsefag og medisin, kan man få mer presise søk når man skal finne faglitteratur i internasjonale databaser (Aasen, 2020). Vi brukte så en kombinasjon av MeSH-ord og tekstord (Title/abstract, textword) med og uten trunkering(\*) og noen med fraser («»). Disse ble videre kombinert med OR og AND.

Først ble søk knyttet til populasjonen brukt, dette var søkeord som eksempelvis «breast cancer», «breast neoplasms» og «after surgery», disse ble så kombinert med OR.

Deretter ble intervensjon i form av informasjon og støtte brukt, med søkeord som eksempelvis «informational needs», «nursing care» og «nursing interventions» brukt. Disse ble kombinert med OR.

Som utfall ble søkeord som eksempelvis «coping», «psychosocial», «anxiety» og «depression» brukt. Disse ble også kombinert med OR. Deretter ble søk med populasjon, intervensjon og utfall kombinert med «AND». Søket ble til slutt avgrenset med årsbegrensing og språk (Vedlegg 2).

I søket gjort i Epistemonikos fant vi ingen relevante treff ved å søke med populasjon, intervensjon og utfall. Vi fant derimot relevante treff ved å kun inkludere populasjon og utfall. Dette gjelder også Svemed +, der vi kun fant relevante treff ved å søke på populasjon og intervensjon. Det er viktig å påpeke at vi kan ha ekskludert annen relevant forskning, ettersom at søket kun inkluderer to deler av PIO. Likevel har vi valgt å inkludere forskningen fra Epistemonikos og Svemed +, da studiene var aktuelle for å besvare vår problemstilling.

Litteratursøkene ble utført fra desember 2021 til februar 2022. For å fjerne duplikater ble søkeresultatene overført til referanseverktøyet Zotero, der 193 artikler ble identifisert (Vedlegg 4). Årsaken til at det finnes få duplikater, er at vi fant lite treff på artikler som kunne besvare problemstillingen vår, ved å kun bruke søkeord med samme betydning. Vi valgte derfor å inkludere ulike MeSH-ord og textwords i de ulike delene av PIOen, for å finne relevante artikler til problemstillingen.

### 3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Som grunnlag til å velge ut artikler utarbeidet vi en tabell med inklusjons- og eksklusjonskriterier (*tabell 1*), for å tydeliggjøre litteratursøket og avgrense mengden med litteratur. For å få et bredt utvalg av forskning, valgte vi å inkludere både kvantitativ og kvalitativ forskning. På den måten får dette litteraturstudiet frem kvinnens individuelle erfaringer og opplevelser i etterkant av brystkreftkirurgi (kvalitativ forskning), samt at man viser til breddekunnskap av større grupper (kvantitativ forskning) (Thidemann, 2019, s. 76).

Sentrale inklusjonskriterier var voksne brystkreftpasienter som har utført brystkreftkirurgi. Det er viktig å påpeke at noen av studiene har nevnt andre behandlingsformer i tillegg til brystkreftkirurgi. Vi har likevel valgt å inkludere disse artiklene, ettersom at 90% av alle som opereres for brystkreft blir anbefalt adjuvant behandling (Helsedirektoratet, 2017). Vi har valgt å ekskludere artikler som ikke fokuserer på psykiske seneffekter, intervensjoner som ikke kan overføres til norske forhold, og artikler som kun hadde pårørendes perspektiv og menn.

Inklusjonskriterier:	Eksklusjonskriterier:
<p>Hovedfokus hos kvinner som har gjennomgått brystkreftkirurgi.</p> <p>Studier som nevner adjuvant behandling.</p> <p>Kvinner over 18 år.</p> <p>Artikler fra 2014-2022.</p> <p>Kvantitativ og kvalitativ forskning med IMRaD-struktur.</p> <p>Engelsk og skandinavisk skriftspråk.</p> <p>Studier som kan overføres til det norske helsevesenet og norske forhold.</p> <p>Etisk godkjent.</p> <p>Studier som er publisert i fagfelleverderte tidsskrift/fagfelleverderte artikler.</p>	<p>Profylaktisk mastektomi.</p> <p>Kvinner under 18 år.</p> <p>Artikler publisert før 2014.</p> <p>Ikke IMRaD-struktur.</p> <p>Annet skriftspråk enn engelsk eller skandinavisk.</p> <p>Helsevesen og forhold som ikke kan relateres det norske helsesystemet.</p> <p>Ikke etisk godkjent.</p>

**Tabell 1** viser inklusjons- og eksklusjonskriterier.

### 3.4 Kildekritikk

Formålet med kildekritikk er å vurdere gyldigheten av informasjonen i studiene (Helsebiblioteket, 2016a). Kildene vi har brukt skal kunne besvare vår problemstilling på bakgrunn av relevans og pålitelighet (Dallan, 2012, s. 73). Alle inkluderte studier ble kritisk vurdert med hjelp av Helsebibliotekets sjekklister for: kvalitative studier, kvantitative studier, tverrsnittsstudie, oversiktsartikler og randomisert kontrollert studie (Helsebiblioteket, 2016b) (Vedlegg 3).

Artiklenes innhold ble kritisk vurdert gjennom å tolke og analysere innholdet, samt argumentene (Thidemann, 2019, s. 34). Alle artikler som er valgt, er publisert i anerkjente tidsskrift, og artiklene er skrevet av fagfolk som jobber innenfor fagområdet. Helsefag er et fagområde som stadig er i utvikling (Dallan, 2012, s. 76), og vi har derfor satt en tidsbegrensing fra 2014-2021.

Det må også påpekes at vi har valgt å inkludere både kvalitative og kvantitative studier, men vi har forsøkt å sammenfatte resultatene på en oversiktlig måte, til tross for at studiene har ulike metoder å fremstille resultatene på.



### 3.5 Analyse og syntese

Alle studiene ble lest nøye og flere ganger for å få en oversikt over innholdet og sentrale temaer i studiene. Under arbeidet med analysen hadde vi problemstillingen foran oss, for å forsikre oss om at artiklene passet til oppgaven (Thidemann, 2019, s. 93). Vi har merket oss de sentrale hovedtemaene som gikk igjen i resultatene i de ulike studiene (Thidemann, 2019, s. 92). Hovedfunnene i studiene ble så tolket og satt sammen i en tematisk syntese. Studienes resultater er videre fremstilt med ulike underoverskrifter i resultatkapittelet.

### 3.6 Kritikk av metode

Fordeler med litteraturstudien er at man systematiserer kunnskap som allerede eksisterer (Thidemann, 2019, s. 77). Det kan tenkes at en empirisk undersøkelse kunne ha gitt oppgaven et godt svar og bedre innsikt. Når man systematiserer forskningen som allerede finnes, kan det gjøre at man utelukker deler av forskningen. Det er fordi man kun leter etter forskning som passer til problemstillingen, eller en side av en sak. Det er derfor viktig at metoden inkluderer flere synspunkter, for å kunne gi problemstillingen et helhetlig svar.

### 3.7 Ethiske vurderinger

En litteraturstudie systematiserer kunnskap fra tidligere skriftlige kilder (Thidemann, 2019, s. 77), noe som betyr at denne litteraturstudien ikke har påvirket inkluderte deltagere i studiene. I dette litteraturstudiet har vi kun valgt studier som er etisk godkjente. Forskeren har gjort rede for etiske overveielser og hensyn som er tatt for å sikre deltagerens personvern, datainnsamling og analyse av datamateriale (Thidemann, 2019, s. 106). Forskningen skal følge etiske prinsipper som ivaretar frivillighet, informert samtykke og anonymitet (Thidemann, 2019, s. 12), samt at forskningen har blitt vurdert og godkjent av en nasjonal forskningsetisk komite (Førde, 2014).

Gjennomgående i oppgaven har vi valgt å bruke APA 7th som refereringsstil, da denne er vanlig å bruke innen helsefag (Søk & Skriv, 2022). I oppgaven skal vi anerkjenne eksisterende kilder, og henvise til brukte kilder på en tydelig måte. I oppgaven har vi brukt norsk Zotero APA 7h, som et referanseverktøy som hjelper med å organisere kilder korrekt (HVL, 2021).

## 4.0 Resultat

Totalt 6 studier ble inkludert i dette litteraturstudiet, hvor studiene ble publisert mellom 2014-2021. Tre av de utvalgte studiene har brukt et kvalitativ design, hvorav to er utført i Norge (Drageset et al., 2016, 2020), og én av studiene er utført i Canada (Dawe et al., 2014). To av studiene benytter et kvantitativ design, der én av studiene er en randomisert kontrollert studie fra Danmark (Goldschmidt Mertz et al., 2018), mens den andre er et tverrsnittsstudie fra Spania (Perez-Tejada et al., 2021). I tillegg har vi valgt å inkludere en systematisk oversikt fra Storbritannia (Matthews et al., 2017). Utdypet detaljer om studiene er presentert i samleskjemaet (Vedlegg 3).

### 4.1 Syntese

For å systematisere studienes resultater i ulike kategorier, har vi utarbeidet en tabell som tydeliggjør dette (*tabell 2*). Videre har vi valgt å presentere de inkluderte studiene gjennom en firedelt tematisk syntese for å tydeliggjøre problemstillingen.

<b>Tematisk presentasjon av resultatene fra studiene:</b>	<b>Antall studier som inkluderer tematikken:</b>	<b>Studie:</b>
<i>Psykososiale behov.</i>	3	Dawe et al. (2014) Drageset et al. (2016) Drageset et al. (2020)
<i>Informasjonsbehov.</i>	3	Dawe et al. (2014) Drageset et al. (2016) Drageset et al. (2020)
<i>Kartlegging av psykisk belastning og helhetlig menneskesyn.</i>	2	Goldschmidt Mertz et al. (2018) Perez-Tejada et al. (2021)
<i>Endret tankemønster og kognitiv atferdsterapi.</i>	3	Drageset et al. (2020) Goldschmidt Mertz et al. (2018) Matthews et al. (2017)

**Tabell 2** viser fordelingen mellom tema og antall artikler som inkluderer tematikken.

### 4.1.1 Psykososiale behov

Det fremkommer i flere av studiene at det var viktig for kvinnene å bli forstått som et individ og å få støtte fra familie, venner, kollegaer og helsepersonell (Dawe et al., 2014; Drageset et al., 2016, 2020). Kvinnene hadde ulike måter å mestre kreftsykdommen på og dermed ulike behov (Dawe et al., 2014; Drageset et al., 2016, 2020). En studie trakk frem viktigheten av forståelse og anerkjennelse, slik at folk forsto at deres livssituasjon var endret til tross for at kreften var fjernet (Drageset et al., 2020). I hvor stor grad kvinnene ønsket støtte fra familie og venner varierte (Drageset et al., 2016, 2020). For mange var det til stor hjelp å kunne dele sine erfaringer med andre (Dawe et al., 2014; Drageset et al., 2016). Det var spesielt viktig med emosjonell støtte fra familie, venner og ektemenn (Dawe et al., 2014; Drageset et al., 2016, 2020).

En viktig del av den sosiale støtten innebar å møte de samme behandlerne og sykepleierne på sykehuset (Drageset et al., 2016). Etter brystkreftbehandlingen var det viktig med kontinuitet, og flere var fornøyde med tilbudet de fikk i etterkant av brystkreftkirurgien. Noen følte seg likevel overlatt til seg selv etter behandlingen, og det var flere som var bekymret og usikker på om alt var som det skulle (Drageset et al., 2016). Flere av kvinnene opplevde den profesjonelle støtten som avgjørende og betydningsfullt (Dawe et al., 2014; Drageset et al., 2016). I to av studiene kommer det frem at flere satte pris på å bli oppringt av sykepleieren, og selv ha muligheten til å kunne ringe sykehuset i etterkant av behandlingen. Samtidig var det flere som lot være å ringe, fordi de ikke ønsket å være til bry (Dawe et al., 2014; Drageset et al., 2016).

### 4.1.2 Informasjonsbehov

Flere av studiene viste til at kvinnene som hadde utført brystkreftkirurgi hadde behov for tilpasset informasjon i forhold mengde, tidspunkt og deres livssituasjon (Dawe et al., 2014; Drageset et al., 2016, 2020). Noen pasienter ønsket all tilgjengelig informasjon, mens andre ønsket kun å vite det mest nødvendige (Drageset et al., 2020). Drageset et al. (2016) viste til at flere følte de fikk tilstrekkelig informasjon, spesielt i støttegrupper ledet av sykepleiere. Flere studier trakk frem behovet for informasjon om fysiske og psykiske seneffekter av behandlingen, når det kom til en endret livssituasjon (Drageset et al., 2016, 2020). Seneffektene av behandlingen

påvirket kvinnenenes arbeidskapasitet, og for mange var det et nederlag å ikke kunne jobbe slik som før. Et viktig funn var at kvinnene hadde stresset mindre med å komme tilbake i arbeid, dersom de visste at energinivået kunne være nedsatt etter brystkreftbehandlingen. Dette kunne ført til et mindre nederlag for kvinnene (Drageset et al., 2020).

#### 4.1.3 Kartlegging av psykisk belastning og helhetlig menneskesyn

For å kartlegge psykologisk belastning i etterkant av brystkreftkirurgi, brukte to av studiene HADS for å screene angst og depresjon (Goldschmidt Mertz et al., 2018; Perez-Tejada et al., 2021). En studie påpekte viktigheten av å identifisere psykobiologiske markører i arbeidet med brystkreftoverlevende i etterkant av behandlingen (Perez-Tejada et al., 2021). Studien viste at unge kvinner var mer sårbare for å utvikle angst og depresjon sammenlignet med eldre kvinner, på grunn av et lavere nivå av dopamin og serotonin etter brystkreftkirurgi (Perez-Tejada et al., 2021). En fremstilling av resultatene kan man se ved figur 1, 2 & 3 i studien (Perez-Tejada et al., 2021, s. 4). Resultatene fra studien fremhever viktigheten av å identifisere utviklingen av psykobiologiske markører hos sårbare brystkreftoverlevende, før en angst- eller depresjonslidelse utvikler seg (Perez-Tejada et al., 2021). Studien ønsket å gi et helhetlig menneskesyn på kvinnen, hvor de analyserte interaksjoner mellom biologiske variabler og alder, sett i sammenheng med angst og depresjon (Perez-Tejada et al., 2021). Goldschmidt Mertz et al. (2018) fokuserte også på et helhetlig menneskesyn og individualisering av sårbare pasienter. Denne studien viste at individuell sykepleie til sårbare brystkreftopererte med stor psykologisk belastning, hadde en signifikant effekt ett år etter operasjonen (Goldschmidt Mertz et al., 2018).

#### 4.1.4 Endret tankemønster og kognitiv atferdsterapi

Endret tankemønster og behov for positiv tenkning, viste seg å være viktig for kvinnene i studiet til Drageset et al. (2020). Det var også viktig i forebyggingen av psykiske seneffekter i studien til Goldschmidt et al. (2018), og ved behandlingen av diagnostisert angst og depresjon i etterkant av brystkreftkirurgi i studien til Matthews et al. (2017). Mestring av langsiktige seneffekter etter kirurgisk behandling av brystkreft, var ulikt mellom brystkreftoverlevende ni år etter behandlingen, viste studiet til Drageset et al. (2020). Noen kvinner opplevde kroppslige forandringer i

form av smerte, fatigue og lymfeødem, mens andre opplevde psykologiske forandringer i form av angst og depresjon (Drageset et al., 2020). Endring i tankemønster og behovet for positiv tenkning, var helt avgjørende for at kvinnene kunne oppnå mestring av seneffektene (Drageset et al., 2020). Hvordan hver enkelt kvinne valgte å distansere seg fra negative tanker som følge av psykososiale seneffekter, varierte (Drageset et al., 2020).

En systematisk oversikt viste effekten av ulike psykososiale intervensjoner, for å forbedre psykososiale seneffekter etter brystkreftkirurgi (Matthews et al., 2017). Merkbare resultater fra oversikten, viste til at kognitiv atferdsterapi utgjorde størst effekt etter brystkreftkirurgi, sammenlignet med andre psykososiale intervensjoner (Matthews et al., 2017). Resultatet viste at kognitiv atferdsterapi etter brystkreftkirurgi, hadde en positiv innvirkning på angst, depresjon og livskvalitet (Matthews et al., 2017). Ved intervensjonsgruppen i studien til Goldschmidt Mertz et al. (2018), hadde erfarende sykepleiere ansvaret for individuell rådgivning. Dette var basert på kognitiv atferdsterapi og psykoedukasjon, for å motivere og støtte de brystkreftopererte kvinnene til å håndtere egne symptomer. Sammenlignet med kontrollgruppen som mottok en standardbehandling fra sykehuset, viste studien at intervensjonsgruppen hadde lovende resultater ved psykologisk belastning, angst og depresjon 12 måneder etter brystkreftoperasjonen (Goldschmidt Mertz et al., 2018). Den individuelle sykepleieintervensjonen reduserte den psykiske belastningen, og hjalp kvinnene til å håndtere deres symptomer aktivt, og på denne måten gjøre overgangen til livet etter kreft enklere (Goldschmidt Mertz et al., 2018).

## 5.0 Diskusjon

For å besvare problemstillingen: «Hvordan kan sykepleieren ivareta psykososiale behov hos kvinner som har utført brystkreftkirurgi?», har vi valgt å dele diskusjonen inn i følgende hovedtemaer: 1) *Betydningen av kvinnens alder og individuell sykepleie*, 2) *Informasjonsbehov*, 3) *Sosial- og emosjonell støtte*, 4) *Endret tankemønster og mestring*.

### 5.1 Betydning av kvinnens alder og individuell sykepleie

Studien gjennomført av Perez-Tejada et al. (2021) ønsket å gi et helhetlig menneskesyn av kvinnen, der man analyserte interaksjoner mellom biologiske variabler og alder, sett i sammenheng med angst og depresjon. For at sykepleieren skal kunne ivareta de psykososiale behovene hos kvinnen som har utført brystkreftkirurgi, er det derfor helt essensielt at sykepleieren møter kvinnen med et helhetlig menneskesyn. Travelbee understreker betydningen av at sykepleieren må forstå hvert enkelt individ som et unikt og erfarende menneske (Gonzalez, 2021b, s. 57). Det betyr at selv om to brystkreftpasienter blir operert med samme brystkreftkirurgi, vil opplevelsen og erfaringen i tiden etter kirurgien, kunne oppleves ulikt mellom kvinnene. Grunnen til at erfaringene med brystkreftkirurgi kan oppleves ulikt, vil ifølge Travelbee (1999) handle om at hver enkelt pasient har forskjellige tidligere erfaringer, noe som vil påvirke forståelsen av nåtidens erfaringer (s. 57). En faktor som kan ha betydning for tidligere erfaringer kan med andre ord være alderen.

En studie viser at det er en forskjell mellom unge og eldre brystkreftoverlevende kvinner, ved utvikling av angst og depresjon (Perez-Tejada et al., 2021). Eldre brystkreftopererte kvinner har levd et lengre liv, og kan ha flere erfaringer. De eldre kvinnene kan derfor med sine erfaringer, mulig ha et større perspektiv på livet og i større grad akseptere hendelser som oppstår (Brønstad & Hårberg, 2020). Dette kan medføre at kvinnen har funnet sin metode for å håndtere vanskelige tanker og følelser som kan komme til nytte i tiden etter brystkreftkirurgi. Dette kan være en forklaring på hvorfor resultatene i studien Perez-Tejada et al. (2021), viste at eldre kvinner i mindre grad utviklet angst og depresjon.

De unge kvinnene var mer sårbare for utviklingen av de psykiske seneffektene, da de hadde et lavere nivå av dopamin og serotonin, sammenlignet med eldre brystkreftoverlevende kvinner (Perez-Tejada et al., 2021). Unge kvinner kan ha

mindre erfaringer som følge av alderen (Brønstad & Hårberg, 2020), og dette kan være en faktor som kan bidra til utvikling av psykiske seneffekter. De betydelige forskjellene av de psykobiologiske markørene mellom eldre og unge kvinner, kan på denne måten brukes som et hjelpemiddel for å identifisere en sårbarhet ved utvikling av angst og depresjon.

Dersom sykepleieren oppdager disse psykobiologiske markørene tidlig, og kartlegger psykisk belastning ved bruk av HADS, som benyttes i to av studiene (Goldschmidt Mertz et al., 2018; Perez-Tejada et al., 2021), kan sykepleieren ha mulighet til å iverksette intervensjoner, før en eventuell utvikling av psykiske seneffekter hos den brystkreftopererte kvinnen. Travelbee (1999) hevder at sykepleierens oppgaver er å bli bevisst på hvordan man oppfatter mennesket, og at man skal erkjenne det unike og individuelle ved pasienten (s. 192). Med utgangspunkt i kvinnens alder, de psykobiologiske markørene og Travelbees oppfatning av sykepleieoppgaver, vil kvinnene derfor ha unike og individuelle behov i etterkant av brystkreftkirurgi.

Studien til Goldschmidt Mertz et al. (2018) viste at individuell sykepleie til sårbare brystkreftopererte pasienter med stor psykisk belastning, hadde en signifikant effekt ett år etter operasjonen. Helt grunnleggende for at den individuelle sykepleien skal fungere optimalt for kvinnen, vil derfor være at sykepleieren identifiserer behovet til eldre og unge kvinner. Travelbee (1999) påpeker at når et sykepleiebehov blir oppfylt, kan dette hjelpe kvinnen til å forebygge eller mestre sykdom eller lidelse (s. 179). Det kan tenkes at unge kvinner kan befinne seg i en livssituasjon preget av usikkerhet, ettersom at man kanskje ikke har rukket å etablere tygge og stabile forhold i livet sitt, som følge av alderen. Sentrale behov for en ung brystkreftoperert kvinne, kan derfor handle om intimitet og kjærlighetsforhold (Brønstad & Hårberg, 2020). Eldre brystkreftopererte kvinner kan derimot ha andre behov, da alderen kan gjøre det lettere å godta forandringer i livet (Brønstad & Hårberg, 2020). Det er med andre ord viktig at sykepleieren identifiserer det unike ved hver enkelt kvinne og setter kvinnens alder i fokus. På den måten kan sykepleieintervensjonene blir skreddersydd til kvinnens individuelle behov.

## 5.2 Informasjonsbehov

Studier viser at noen pasienter var fornøyde med informasjonen de fikk, andre følte de manglet informasjon og noen følte de fikk for mye informasjon (Dawe et al., 2014; Drageset et al., 2016, 2020; Goldschmidt Mertz et al., 2018). Det kan være utfordrende for sykepleieren å kartlegge hvor mye, og hvilken informasjon pasienten har behov for i etterkant av brystkreftkirurgi. Det er derfor viktig at sykepleieren er bevisst på hvordan hun oppfatter kvinnen, og erkjenner den brystkreftopererte kvinnens individuelle informasjonsbehov (Travelbee, 1999, s. 192). Pasienten har rett på den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i egen helsetilstand og innholdet i helsehjelpen, samt mulige risikoer og bivirkninger (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2). Det vil si at kvinnen har en lovpålagt rett til å få informasjon om de seneffektene brystkreftoperasjonen risikerer å ha, både fysiske og psykiske. Flere av studiene viser til at fysiske seneffekter, kan få konsekvenser for utviklingen av psykiske seneffekter (Drageset et al., 2016, 2020). Fysiske seneffekter som eksempelvis nedsatt energi, kan medføre at kvinnen ikke kan komme tilbake i jobb, eller at kvinnen ikke får gjort aktiviteter som hun tidligere har gjort (Drageset et al., 2016, 2020). Dersom kvinnen har store forventinger til seg selv, og er innstilt på å komme tilbake i full jobb, kan det bli et stort nederlag å innse at livet etter kreft, ikke alltid vil bli det samme. Den brystkreftopererte kvinnens psykiske helse, er derfor en utfordring sykepleieren må ta på alvor. Nederlaget kan disponere for utvikling av angst og depresjon. Det er derfor viktig ifølge Travelbee at sykepleieren kan forstå og bære kvinnens erfaring etter brystkreftkirurgi (Gonzalez, 2021b, s. 57). Om sykepleieren bærer kvinnens erfaringer aktivt i arbeidet med den brystkreftopererte kvinnen, kan det være lettere for sykepleieren å tilpasse informasjonen.

Kvinnene hadde behov for tilpasset informasjon om et endret liv som følge av kreftsykdommen og behandlingen, slik funn viser i studiene gjort av Drageset et al. (2016,2020). I sykepleierens etiske retningslinjer fremkommer det at sykepleier skal gi tilpasset og tilstrekkelig informasjon, samt forsikre seg om at informasjonen er forstått (Norsk sykepleieforbund, 2019). For at sykepleieren skal kunne ivareta kvinnens psykososiale behov, er det derfor viktig at sykepleieren sørger for at pasientens individuelle informasjonsbehov blir tilfredsstilt. Sykepleier må være oppmerksom på det pasienten uttrykker under informasjonsutlevering, både verbalt



og nonverbalt, og respondere ut ifra sin fagkunnskap (Eide & Eide, 2017, s. 17). Studie til Drageset et al. (2016) viste at støttegrupper ledet av sykepleiere var spesielt verdifullt for å få tilstrekkelig informasjon. Ifølge Travelbee (1999) er det viktig at man som sykepleier forutser eventuelle problemer som kan oppstå (s.224), som for eksempel angst og depresjon. Gjennom informasjon kan man forberede pasienten på hvordan hun kan håndtere utfordringene i etterkant av brystkreftkirurgi. Det kan derfor være gunstig at sykepleieren, enten i gruppe eller individuelt, informerer kvinnen om hva hun kan forvente av psykiske seneffekter.

Den individuelle sykepleieintervensjonen i studien til Goldschmidt Mertz et al. (2018) viste en betydelig reduksjon av angst og depresjon, når kvinnene fikk hjelp med å håndtere deres symptomer aktivt. I pakkeforløpet for brystkreft står det at pasienten burde informeres om fysiske reaksjoner, og eventuelt psykiske reaksjoner (Helsedirektoratet, 2016). Selv om det står «eventuelt psykiske reaksjoner», kan man se i studiet til Goldschmidt Mertz et al. (2018) at de kvinnene som hadde en psykisk sårbarhet, hadde et stort utbytte av psykoedukasjon om fysiske og psykiske seneffekter. Det er derfor viktig at sykepleieren tar et aktivt ansvar ved å tilby informasjon om angst og depresjon. Et annet poeng, er at det er viktig at sykepleieren sørger for at kvinnen er mottagelig for informasjonen som blir gitt (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2), og at det er en gjensidig oppfatning av det som kommuniseres (Travelbee, 1999, s. 137). Sykepleieren må forsikre seg om at informasjonsbehovet til kvinnen er dekket, og formidle informasjonen på en slik måte at kvinnen kan ta imot og nyttiggjøre seg av det som blir kommunisert (Eide & Eide, 2017, s. 217). Informasjonen kan med dette bidra til at kvinnen er mer forberedt i tiden etter brystkreftkirurgi. Likevel er det slik at kvinnen står i en følelsesladd situasjon, og sykepleieren må derfor være oppmerksom på hva kvinnen har fått med seg av informasjonen. Om man som sykepleier er aktivt lyttende, kan pasienten føle seg sett og hørt (Eide & Eide, 2017, s. 17). Det kan da være lettere for pasienten å åpne opp om sine tanker, bekymringer og følelser, og sykepleieren kan dermed lettere individualisere informasjonen som blir gitt.

### 5.3 Sosial- og emosjonell støtte

Flere av studiene viste at det var viktig for kvinnen å bli forstått som et individ, og få sosial- og emosjonell støtte fra familie, venner, kollegaer og helsepersonell (Dawe et al., 2014; Drageset et al., 2016, 2020). Travelbee hevder at pasienter som går gjennom kirurgiske inngrep har et behov for både informasjon og sikkerhet (Travelbee, 1999, s. 263). Med sikkerhet menes det at pasienten ikke skal bli overlatt til seg selv, og at behovet for emosjonell støtte står sterkt (Travelbee, 1999, s. 262). Flere studier pekte på betydningen av at kvinnen kunne dele erfaringene sine med andre. Den emosjonelle støtten var spesielt viktig fra familie og venner, og ikke minst ektemannen (Dawe et al., 2014; Drageset et al., 2016, 2020). At den brystkreftererte kvinnen hadde et stabilt og trygt nettverk rundt seg, vil på denne måten være en positiv faktor for ivaretagelsen av kvinnens psykososiale behov.

Likevel er det ikke gitt at alle brystkreftererte kvinner har tilstedeværende pårørende, eller pårørende som har tid til å ta vare på kvinnen. Et annet poeng fra studien til Drageset et al. (2016), viste at etter ett år var det mange av kvinnene som følte det sosiale nettverket rundt dem hadde blitt «normalisert», og at kvinnene opplevde folk rundt som mindre støttende etter brystkreftkirurgien. Ut ifra dette resultatet, kan det tyde på at pårørende har fått et stort ansvar for kvinnens sosiale og emosjonelle behov, som har vært vanskelig å tilfredsstillere alene.

Samtidig viser to studier av Drageset et al. (2016, 2020) at det var individuelt hvor mye støtte kvinnene ønsket fra familie og venner. Flere av kvinnene i studiene til Dawe et al. (2014) og Drageset et al. (2016) opplevde den profesjonelle støtten som avgjørende og betydningsfullt. Dette betyr at uavhengig av kvinnens pårørende, kan sykepleieren spille en viktig rolle når det gjelder den sosiale- og emosjonelle støtten i tiden etter brystkreftkirurgi. Sykepleieren kan dermed ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg, slik det er beskrevet i sykepleierens yrkesetiske retningslinjer (Norsk sykepleierforbund, 2019).

Helt grunnleggende for at sykepleieren skal kunne ivareta disse behovene, er det nødvendig med en god relasjon. I følge Travelbee (1999) er en god relasjon viktige grunnsteiner i den mellommenneskelige prosessen (s.41). Man kan utvikle en god relasjon og lettere forstå pasienten, dersom sykepleieren har utviklet gode kommunikasjonsferdigheter (Eide & Eide, 2017, s. 39). Gjennom en god relasjon kan

sykepleieren gi en følelse av trygghet (Eide & Eide, 2017, s. 39), noe som kan hindre utviklingen eller belastningen av psykiske seneffekter.

For mange av kvinnene var det viktig med forståelse og anerkjennelse, viser studiet til Drageset et al. (2020), slik at folk forsto deres livssituasjon, til tross for at kreften var fjernet. Videre viste et annet studie av Drageset et al. (2016) at noen av kvinnene følte seg overlatt til seg selv etter behandlingen, og var usikre på om alt var som det skulle etter brystkreftkirurgien. En pasient kan ofte uttrykke sine helsebekymringer gjennom indirekte hint, og det er derfor viktig at sykepleieren er oppmerksom på følelser som blir uttrykt verbalt- og nonverbalt (Eide & Eide, 2017, s. 17). Dersom kvinnen for eksempel uttrykker bekymringer verbalt, eller at kvinnes kroppsspråk framstår som usikker i en situasjon, er det viktig at sykepleieren identifiserer dette. I den personorienterte kommunikasjonen er det viktig at sykepleieren forstår kvinnens psykososiale kontekst (Eide & Eide, 2017, s. 17). Dette betyr at dersom sykepleieren klarer å identifisere kvinnens emosjonelle- og sosiale behov gjennom god kommunikasjon, forståelse og anerkjennelse; vil det med andre ord være en mulighet for at sykepleieren kan gi riktig tilpasset støtte.

Studiet til Drageset et al. (2016) pekte på at god kontinuitet ved å møte samme helsepersonell, var en viktig del av den sosiale støtten, fordi det ga en følelse av trygghet. Samme resultat underbygges i studiet gjort av Goldschmidt et al. (2018), der kontinuiteten i den individuelt tilpasset sykepleien opplevdes som verdifullt for kvinnene. Kontrollgruppen hadde opptil syv kontakter i rehabiliteringsfasen, og etter ett år hadde denne gruppen høyere nivåer av psykisk belastning, angst og depresjon (Goldschmidt Mertz et al., 2018). Det kan tenkes at kvinnens psykososiale behov hadde blitt tilfredsstilt i større grad, dersom begge gruppene hadde hatt individuell tilpasset sykepleie.

På en annen side viste det samme studiet til Drageset et al. (2016) at lite kontinuitet av helsepersonell, førte til dårlig kommunikasjon. På sykehus har sykepleieren ofte begrenset tid til å etablere en god relasjon med kvinnen, og samtidig skaffe et helhetlig bilde av kvinnens situasjon (Eide & Eide, 2017, s. 40). Dersom det er lite kontinuitet i behandlingen og kvinnen møter et flertall av ulike helsepersonell, kan det bli vanskelig å etablere en god relasjon mellom kvinnen og sykepleieren. Det kan dermed påvirke ivaretagelsen av kvinnens emosjonelle og sosiale behov.

I rehabiliteringsfasen viste flere av studiene at mange satt pris på å bli oppringt av en sykepleier, og ha muligheten til å ringe sykehuset ved spørsmål (Dawe et al., 2014; Drageset et al., 2016). Travelbee markerer viktigheten av at sykepleieren skal være oppmerksom på de pasientene som undertrykker følelsene sine i forbindelse med det kirurgiske inngrepet, da følelsene kan opptre i lang tid etter inngrepet (Travelbee, 1999, s. 271). Dersom kvinnen blir oppringt av en sykepleier som hun har en god relasjon til, vil terskelen mulig være lavere til å uttrykke sine emosjonelle behov, samtidig som sykepleieren kan bidra positivt i den sosiale støtten.

Likevel må det påpekes at det var flere av kvinnene som ikke ville være til bry ved å ringe eller spørre om flere oppfølgingstimer (Dawe et al., 2014; Drageset et al., 2016). Ifølge det nasjonale handlingsprogrammet for brystkreft skal pasienten få kontroller etter deres individuelle behov, i etterkant av brystkreftbehandlingen (Helsedirektoratet, 2022 s. 151-152). Dersom kvinnen ikke klarer å uttrykke sine emosjonelle og sosiale behov, fordi hun ikke ønsker å være til bry, kan det bli problematisk med individuell oppfølging. Ved god kontinuitet, informasjon og en god relasjon til sykepleieren, kan det tenkes at kvinnen i større grad klarer å uttrykke sine individuelle behov. Dermed kan kvinnen oppleve at sine psykososiale behov blir ivare tatt.

#### 5.4 Endret tankemønster og mestring

Studien til Drageset et al. (2020) viste at mestring av langsiktige psykiske seneffekter var ulikt mellom kvinnene ni år etter brystkreftkirurgien. Dette kan ha sammenheng med kvinnens individuelle mestringstro. Ifølge Bandura handler mestringstro om personens tillitt til eller tro på at man vil kunne mestre en situasjon, som er nødvendig for å oppnå et ønsket mål (Gonzalez, 2021b, s. 49). I dette tilfelle vil det handle om kvinnens tro eller tillitt til at hun vil mestre livet etter brystkreftkirurgi. Dersom kvinnen har høy mestringstro, vil hun kunne klare å håndtere skuffelser og nederlag på en bedre måte i forbindelse med brystkreftoperasjonen (Gonzalez, 2021b, s. 49). Det kan derfor tenkes at dersom kvinnen har høy mestringstro, vil det i utgangspunktet være vanskeligere å utvikle psykiske seneffekter.

Et fellestrekk for å mestre seneffekter, handlet for flere av kvinnene om å endre tankemønsteret sitt og tenke positivt, viste studiet til Drageset et al. (2020). På den måten hadde kvinnene en mulighet til å distansere seg fra det negative i forbindelse

med brystkreftkirurgien, og ikke la de negative tankene og følelsene ta for stor plass i livet (Drageset et al., 2020). Ved at flere av kvinnene aktivt valgte å tenke positivt fremfor negativt, kan dette tyde på indre motivasjon (Gonzalez, 2021b, s. 49), noe som er avgjørende for kvinnens mestringstro og psykiske belastning. Om kvinnen derimot har liten indre motivasjon og en lav mestringstro (Gonzalez, 2021b, s. 49), kan det tenkes at positive tanker vil være vanskeligere å utvikle alene. Dette kan være en årsak til utvikling av angst og depresjon, og kan kreve hjelp fra andre.

For å kunne forbedre psykososiale seneffekter etter brystkreftkirurgi, viser en systematisk oversikt at kognitiv atferdsterapi utgjorde positiv effekt på angst, depresjon og livskvalitet (Matthews et al., 2017). I følge Travelbee har sykepleieren et ansvar for å forebygge og hjelpe pasienten med å mestre egen sykdom (Kristoffersen et al., 2017, s. 26), noe som underbygges i de yrkesetiske retningslinjene punkt 2.1 (Norsk sykepleieforbund, 2019). Endring av uhensiktsmessige tanker og tankemønstre, er selve kjernen i den kognitive atferdsterapien (Aslaksen, 2022). I lys av resultatene til Matthews et al. (2017) og Goldschmidt Mertz et al. (2018), ser man at kognitiv atferdsterapi var en hensiktsmessig strategi, når det gjaldt både forebygging mot psykiske seneffekter og ved diagnostisert angst og depresjon.

I studiet til Goldschmidt Mertz et al. (2018) baserte den individuelle sykepleieren seg på kognitiv atferdsterapi, slik at sykepleieren kunne hjelpe de sårbare kvinnene til å håndtere egen sykdom. Dette resulterte i at kvinnene fikk redusert psykisk belastning, og sykepleieren bidro til at overgangen til livet etter kreft ble enklere (Goldschmidt Mertz et al., 2018). Med Travelbees syn på sykepleierens ansvar ved mestring av sykdom, kan et forslag være at sykepleieren benytter seg av kognitiv atferdsterapi. Da kan sykepleieren forebygge mot psykiske seneffekter, og samtidig benytte kognitiv atferdsterapi i behandlingen av diagnostisert angst og depresjon. En forutsetning for at sykepleieren skal kunne utføre kognitiv atferdsterapi er at sykepleieren får kurs i terapiformen, og det vil derfor være mulig å minske forekomsten av angst og depresjon etter brystkreftkirurgi.

Med utgangspunkt i Banduras teori, er det viktig å poengtere at kvinnens mestringstro og indre motivasjon er helt nødvendige personlige ressurser (Gonzalez, 2021b, s. 49), for å kunne få effekt av kognitiv atferdsterapi. Sykepleieren kan bli sett

på som en ytre motivasjon (Gonzalez, 2021b, s. 49), der man kommer med råd om hvordan kvinnen skal endre tanker og tankemønstre. Dette kan bidra til påvirkning av kvinnens indre motivasjon og mestringstro (Gonzalez, 2021b, s. 49). Til syvende og sist vil det alltid være kvinnens mestringstro og endringen av den, som er avgjørende for om de psykososiale behovene oppleves tilfredsstillende.

Selv om studiene til Matthews et al. (2017) og Goldschmidt Mertz et al. (2018) viser at kognitiv atferdsterapi fungerer godt for å ivareta de psykososiale behovene hos brystkreftopererte kvinner, er det heller ikke gitt at disse resultatene kan generaliseres til alle brystkreftopererte kvinner. Det er også viktig å ta høyde for at det er begrenset med tid sammen med pasienten, og sykepleieren må derfor utnytte tiden til å fremme kvinnens mestring.

## 5.5 Metodediskusjon

Dette litteraturstudiet er utført av to sykepleierstudenter, med begrenset erfaring innen pasientgruppen og temaet. Funnene vi har gjort kan være preget av vår begrensede erfaring, innen litteraturstudie som metode og akademisk skriving. Vi valgte å avgrense oppgaven med inklusjon- og eksklusjonskriterier, hvor studier på engelsk og skandinavisk ble inkludert. Ved språklige avgrensninger kan resultatet bli skeivt, da oversetning av studier på andre språk kan medføre misforståelser og feiltolkninger.

Vi ønsket å inkludere studier med et lignende helsevesen som Norge. I litteraturstudiet har vi to studier fra Norge, ett fra Danmark, ett fra Spania, ett fra Canada og ett studie fra Storbritannia inkludert. Det kan med dette være noen kulturforskjeller, ulikheter i helsetilbudets kvalitet, og varierende kompetanse til helsepersonellet, noe som kan utfordre validiteten.

De tre kvalitative studiene vi inkluderte hadde lite utvalg av pasienter, noe som kan redusere overføringsverdien (Dawe et al., 2014; Drageset et al., 2016, 2020). I søkeprosessen har vi funnet to studier hvor to av forfatterne har gjennomført begge studiene (Drageset et al., 2016, 2020). Samtidig har vi vært oppmerksom på at forfatterne kan ha et synspunkt som påvirker deres forskning. Vi har likevel valgt å inkludere alle de tre studiene, fordi de var relevante for problemstillingen.

Endret selvbylde, infertilitet, seksualitet og kun pårørendes perspektiv, er viktige temaer når det kommer til brystkreft og konsekvenser av behandlingen, men dette er temaer som ikke er blitt drøftet på grunn av oppgavens avgrensning.

Studiene tar utgangspunktet i pasienter som har vært innlagt på sykehus i forbindelse med brystkreftkirurgi. Det kommer ikke frem hvor lenge pasientene har vært innlagt, hvor mange polikliniske timer de har hatt, eller hvor ofte sykepleieren har snakket med kvinnen i telefonen. Vi valgte derfor å ikke ta med sykehus i problemstillingen, ettersom at vi så på hele forløpet i etterkant, inkludert telefonkontakt med sykepleieren. Vi vet dermed ikke hvor mye tid kvinnen har tilbrakt med sykepleieren, og dette kan ha vært avgjørende for relasjonen og kvinnens ivaretagelse av psykososiale behov. Dette litteraturstudie viste til at kognitiv atferdsterapi fungerte positivt for kvinnens mestring av angst og depresjon. Likevel trengs det flere studier som kan adressere sykepleierintervensjoner som kan fremme mestring hos kvinnen.

## 6.0 Konklusjon

I denne oppgaven har vi gjennom relevant forskning og teori, forsøkt å finne ut hvordan sykepleieren kan ivareta psykososiale behov hos kvinner som har utført brystkreftkirurgi, slik at man kan redusere utviklingen av psykiske seneffekter. I litteraturstudiet har vi funnet forskning som viser til kvinnenes erfaringer og opplevelser i etterkant av brystkreftkirurgi, samt forskning på hvilke kvinner som er sårbare for utvikling av psykiske seneffekter. I tillegg har vi funnet forskning som viser til intervensjoner for å ivareta kvinnens psykososiale behov. Vi har med dette drøftet ulike temaer som sykepleieren bør være oppmerksom på, i arbeidet med brystkreftopererte kvinner: betydningen av kvinnens alder, individuell sykepleie, informasjonsbehov, sosial- og emosjonell støtte, endret tankemønster og mestring.

Helt grunnleggende for at sykepleieren skal kunne ivareta de psykososiale behovene, er det viktig at sykepleieren identifiserer det unike ved hver enkelt kvinne. Dette kan gjøres ved å sette alderen og sårbarheten for utvikling av psykiske seneffekter i fokus, slik at sykepleieintervensjonene blir skreddersydd kvinnens individuelle behov. Forskning viste at kvinnene hadde behov for tilpasset informasjon om endret liv, der det var like viktig å få informasjon om psykiske seneffekter som fysiske. Sykepleieren må være oppmerksom på det kvinnen uttrykker både verbalt og nonverbalt, og sørge for at det er en gjensidig oppfatning av det som kommuniseres ved informasjonsutlevering. Flere av studiene pekte på viktigheten av emosjonell- og sosial støtte, og her kunne sykepleieren spille en viktig rolle. Det var viktig at kvinnene ble møtt med forståelse og anerkjennelse, til tross for at kreften var fjernet. En god relasjon med sykepleier, telefonkontakt, muligheten til å uttrykke sosiale- og emosjonelle behov, tydelig kommunikasjon og god kontinuitet, opplevdes som positive faktorer. Mestringen av de psykiske seneffektene etter brystkreftkirurgi, viste seg ulikt mellom kvinnene. Et fellestrekk for mestringen handlet om å tenke positivt, og ikke la negative tanker og følelser ta for stor plass i livet. Om sykepleieren utfører kognitiv atferdsterapi, kan dette bidra til at livet etter kreft blir enklere. Likevel står kvinnens mestringstro og indre motivasjon sterkt, og vil være en avgjørende faktor for kvinnens psykiske helse etter brystkreftkirurgi.

Oppsummert, er det viktig at sykepleieren tilfredsstillter kvinnens psykososiale behov i tiden etter brystkreftkirurgi. Ved å ivareta kvinnens psykososiale behov, kan



sykepleieren fremme helse og gi helhetlig omsorg, slik som beskrevet i de yrkesetiske retningslinjene. Dette kan medføre at kvinnen vil være mer forberedt til hvordan hun skal møte livet etter kreft, og samtidig mestre eventuelle psykiske seneffekter på en god måte. Avslutningsvis, vil vi med dette påpeke at det er viktig at sykepleieren setter psykisk helse i fokus, da det i en klinisk hverdag ofte dreier seg om den fysiske helsen.

## 7.0 Referanseliste

- Aslaksen, P. (2022, 3. januar). *Kognitiv atferdsterapi*. I Store medisinske leksikon.  
[http://sml.snl.no/kognitiv\\_atferdsterapi](http://sml.snl.no/kognitiv_atferdsterapi)
- Brønstad, A. & Hårberg, G. B. (2020, 25. mars). *Eriksons psykososiale stadier*.  
NDLA.  
<https://ndla.no/nb/subject:1:777ae87e-ca79-4866-920a-115cfeb7bbe1/topic:2:183771/topic:2:184796/resource:1:3987>
- Dallan, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Dawe, D. E., Bennett, L. R., Kearney, A. & Westera, D. (2014). Emotional and informational needs of women experiencing outpatient surgery for breast cancer. *Canadian Oncology Nursing Journal = Revue Canadienne De Nursing Oncologique*, 24(1), 20–30.  
<https://doi.org/10.5737/1181912x2412024>
- Drageset, S., Lindstrøm, T. C. & Ellingsen, S. (2020). “I Have Both Lost and Gained.” Norwegian Survivors’ Experiences of Coping 9 Years After Primary Breast Cancer Surgery. *Cancer Nursing*, 43(1), E30.  
<https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000656>
- Drageset, S., Lindstrøm, T. C., Giske, T. & Underlid, K. (2016). Women’s experiences of social support during the first year following primary breast cancer surgery. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(2), 340–348.  
<https://doi.org/10.1111/scs.12250>
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Folkehelseinstituttet. (2015, 11. mai). *Fakta om sosial støtte og ensomhet*.  
Folkehelseinstituttet.

<https://www.fhi.no/fp/psyiskhelse/psyiskelidelser/sosial-stotte-og-ensomhet--faktaar/>

Førde, R. (2014, 10. oktober). *Helsinkideklarasjonen*. Forskningsetikk.

<https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>

Goldschmidt Mertz, B., Envold Bidstrup, P., Duun-Henriksen, A. K., Kroman, N., Johansen, C., Geving Andersen, K., Andersson, M., Breitenstein Mathiesen, U., Vibe-Petersen, J. & Oksbjerg Dalton, S. (2018, 23. august). Angst og depression hos brystkræftopererede kan lindres. *Sygeplejersken, DSR*.

<https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/ff-nr-2018-3/angst-og-depression-hos-brystkraeftopererede-kan-lindres>

Gonzalez, M. T. (2021a). Relasjonsarbeid-sykepleieprosessens mellommenneskelige del. I *Psykiske lidelser- faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (1. utg.). Gyldendal.

Gonzalez, M. T. (2021b). Sykepleiefaglige perspektiver ved psykiske lidelser. I *Psykiske lidelser- faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (1. utg.). Gyldendal.

Helsebiblioteket. (2016a, 3. juni). *Kritisk vurdering*. Helsebiblioteket.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering>

Helsebiblioteket. (2016b, 3. juni). *Sjekklistor*. Helsebiblioteket.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

Helsedirektoratet. (2016, 1. august). *Oppfølging og kontroll av brystkreft*.

Helsedirektoratet.

<https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/brystkreft/oppfolging-og-kontroll-av-brystkreft>

Helsedirektoratet. (2017, 28. april). *Behandling av brystkreft*. Helsedirektoratet.

<https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/brystkreft/behandling-av-brystkreft>

Helsedirektoratet. (2020). *Seneffekter etter kreftbehandling* (Rapport IS-2872).

Helsedirektoratet.

[https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/seneffekter-etter-kreftbehandling/Seneffekter%20etter%20kreftbehandling.pdf/\\_attachment/inline/3d984c2a-7926-4d1a-a5f0-06d48fe7c95f:3e498d059734ff34b013c1c206877e488e95600/Seneffekter%20etter%20kreftbehandling.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/seneffekter-etter-kreftbehandling/Seneffekter%20etter%20kreftbehandling.pdf/_attachment/inline/3d984c2a-7926-4d1a-a5f0-06d48fe7c95f:3e498d059734ff34b013c1c206877e488e95600/Seneffekter%20etter%20kreftbehandling.pdf)

Helsedirektoratet. (2022). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter med brystkreft* (Nasjonal faglig retningslinje IS-3034;).

[https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/brystkreft-handlingsprogram/Brystkreft%20%E2%80%93%20Nasjonalt%20handlingsprogram%20med%20retningslinjer%20for%20diagnostikk,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lgning.pdf/\\_attachment/inline/54aa081b-9a76-409b-850f-abf657174663:ab33a788ac75510aca73ae3ea1c2805dee434810/Nasjonalt%20handlingsprogram%20for%20pasienter%20med%20brystkreft.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/brystkreft-handlingsprogram/Brystkreft%20%E2%80%93%20Nasjonalt%20handlingsprogram%20med%20retningslinjer%20for%20diagnostikk,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lgning.pdf/_attachment/inline/54aa081b-9a76-409b-850f-abf657174663:ab33a788ac75510aca73ae3ea1c2805dee434810/Nasjonalt%20handlingsprogram%20for%20pasienter%20med%20brystkreft.pdf)

Holsten, F. (2021). *Stemningslidelser. I Psykiske lidelser- faglig forståelse og terapeutisk tilnærming*. (1. utg.). Gyldendal.

HVL. (u. å.) *Søk etter fagressurser*. Høgskulen på Vestlandet.

<https://www.hvl.no/bibliotek/sok-etter-fagressursar/?filters=Sjuepleie>

HVL. (2021, 28. april). *Zotero*. Høgskulen på Vestlandet.

<https://www.hvl.no/bibliotek/skrive-og-referere/zotero-og-endnote/zotero/>

Kreftregisteret. (2021, 27. oktober). *Brystkreft*. Kreftregisteret.

<https://www.kreftregisteret.no/Temasider/kreftformer/Brystkreft/>

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A. & Grimsbø, G. H. (2017).

*Grunnleggende sykepleie- Bind 3* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.

Martinsen, E. W. (2021a). Angstlidelser. I *Psykiske lidelser- faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (1. utg.). Gyldendal.

Martinsen, E. W. & Gonzalez, M. T. (2021b). Kognitiv atferdsterapi. I *Psykiske lidelser- faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (1. utg.). Gyldendal.

Matthews, H., Grunfeld, E. A. & Turner, A. (2017). The efficacy of interventions to improve psychosocial outcomes following surgical treatment for breast cancer: A systematic review and meta-analysis: Psychosocial interventions following breast cancer surgery. *Psycho-Oncology*, 26(5), 593–607.

<https://doi.org/10.1002/pon.4199>

Norsk sykepleieforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. Norsk sykepleieforbund

<https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

Perez-Tejada, J., Labaka, A., Vegas, O., Larraioz, A., Pescador, A. & Arregi, A. (2021). Anxiety and depression after breast cancer: The predictive role of monoamine levels. *European Journal of Oncology Nursing*, 52, 101953.

<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2021.101953>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999- 07-02-63). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Schlichting, E. & Klepp, O. (2022, 30. april). *Brystkreft*. I Store medisinske leksikon.

<http://sml.snl.no/brystkreft>

Stubberud, D. G., Grønseth, R. & Almås, H. (2020). *Klinisk sykepleie 2* (utg. 5).

Gyldendal.

Svardal, F. (2021, 25. august). *Albert Bandura*. I Store norske leksikon.

[http://snl.no/Albert\\_Bandura](http://snl.no/Albert_Bandura)

Søk & Skriv. (2022, 3. mai). *APA 7th*. Søk & Skriv.

<https://www.sokogskriv.no/referansestiler/apa-7th.html#henvisninger-i-teksten>

Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter* (2. utg.).

Universitetsforlaget.

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (1. utg.). Gyldendal

akademisk.

Aasen, S. E. (2020, 3. januar). *Medisinske og helsefaglige termer på norsk og engelsk*. Helsebiblioteket.

<https://www.helsebiblioteket.no/om-oss/artikkelarkiv/mesh-medical-subject-headings-pa-norsk-og-engelsk>

## 8.0 Vedlegg

### 8.1 Vedlegg 1: PICO-skjema

<b>Problemstilling:</b> <i>Hvordan kan sykepleieren ivareta psykososiale behov hos kvinner som har utført brystkreftkirurgi?</i>		<b>Type kjernespørsmål:</b> <i>Erfaringer og opplevelser.</i>
<b>Population:</b> Kvinner som har utført brystkreftkirurgi.	<b>Intervention:</b> Informasjon og støtte fra sykepleier.	<b>Outcome:</b> Psykiske seneffekter av behandlingen.
Breast cancer	Nursing	Social network
Breast neoplasm*	Healthcare professional*	Coping
Breast tumor	Nursing interventions	Anxiety
Breast cancer surgery	Nursing care	Depression
Breast surgery	Oncology Nursing	Social support
After breast cancer	Information	Psychosocial
Breast cancer survivors	Informational needs	Psychosocial needs
After surgery	Support	Long-term consequences

## 8.2 Vedlegg 2: Søkehistorikk

Dato	Database	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
04/02/21	CINAHL	S1.	«Breast cancer» tw		99, 639	
		S2.	MH(MeSH) "Breast Neoplasms		91, 752	
		S3.	«after surgery» tw		35, 590	
		S4.	S1 OR S2 OR S3		145, 014	
		S5.	MH «nursing care»		22, 839	
		S6.	MH " Informational Needs"		11, 778	
		S7.	S5 OR S6		34,532	
		S8.	MH «coping»		35,620	
		S9.	"Psychosocial needs" tw		1,542	
		S9.	"Psychosocial" tw		587,163	
		S10	S8 OR S9 OR S10		601,278	
		S11	S4 AND S7 AND S10		269 47	
S12	S4 AND S7 AND S10	Engelsk, 2015-2022, Peer reviewed	52	1		

**Inkluderte artikler i søket:**

1. Dawe, D. E., Bennett, L. R., Kearney, A. & Westera, D. (2014). Emotional and informational needs of women experiencing outpatient surgery for breast cancer. *Canadian Oncology Nursing Journal = Revue Canadienne De Nursing Oncologique*, 24(1), 20–30. <https://doi.org/10.5737/1181912x2412024>

08/12/21	MEDLINE(ovid)	S1.	Breast cancer mp.(tw)		311 793	
		S2.	Breast Neoplasms/ (MeSH)		316 180	
		S3.	«breast cancer survivors» mp. (tw)		5739	
		S4	«Breast cancer surgery» mp. (tw)		2772	
		S5	S1 OR S2 OR S3 OR S4		412 833	
		S6	healthcare professional*.mp.(tw )		29 545	
		S7	«Informational needs» mp. (tw)		769	
		S8	Nursing care/(MeSH)		30 762	
		S9	S6 OR S7 OR S8		60 959	



		S10	Coping mp. (tw)		64960	
		S10	Long-term consequences mp. (tw)		31674	
		S11	S10 OR S11		73454	
		S12	S3 AND S6 AND S9	Fra 2014-2022	31	1

**Inkluderte artikler i søket:**

1. Drageset, S., Lindstrøm, T. C. & Ellingsen, S. (2020a). "I Have Both Lost and Gained." Norwegian Survivors' Experiences of Coping 9 Years After Primary Breast Cancer Surgery. *Cancer Nursing*, 43(1), E30. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000656>

07/02/22	<b>MEDLINE (ovid)</b>	S1	Breast cancer mp (tw)		312131	
		S2	«after breast cancer» mp (tw)		3030	
		S3	«After surgery» mp (tw)		176796	
		S5	S1 OR S2 OR S3		485650	
		S6	Nursing/ (MeSH)		51720	
		S7	Oncology Nursing/(MeSH)		8266	
		S8	nursing interventions.mp. (tw)		4842	
		S9	S6 OR S7 OR S8		64591	
		S10	Depression/(MeSH)		140920	
		S11	Anxiety/(MeSH)		98265	
		S12	Social support/(MeSH)		76725	
		S13	S10 OR S11 OR S12		273792	
		S14	S5 AND S9 OR S13		110	
		S15	S5 AND S9 AND S13	Fra 2014-2022	16	1

**Inkluderte artikler i søket:**

1. Perez-Tejada, J., Labaka, A., Vegas, O., Larraioz, A., Pescador, A. & Arregi, A. (2021). Anxiety and depression after breast cancer: The predictive role of monoamine levels. *European Journal of Oncology Nursing*, 52, 101953. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2021.101953>

15/01/22	<b>EPISTEMONIK OS</b>	S1	breast neoplasm*		1368	
		S2	Breast cancer		29,494	
		S3	After surgery		85,391	
		S4.	S1 OR S2 OR S3		116 153	
		S5	anxiety		34,424	
		S6	depression		49,711	
		S7	psychosocial		17,713	

		S8	S5 OR S6 OR S7		78,837	
		S9	S4 and S8		393	
		S10	S4 and S8	Systematic review	73	
		S11	S4 and S8	2014-2022	49	1

**Inkluderte artikler i søket:**

1. Matthews, H., Grunfeld, E. A. & Turner, A. (2017). The efficacy of interventions to improve psychosocial outcomes following surgical treatment for breast cancer: A systematic review and meta-analysis: Psychosocial interventions following breast cancer surgery. *Psycho-Oncology*, 26(5), 593–607. <https://doi.org/10.1002/pon.4199>

20/01/22	<b>SVEMED+</b>	S1.	Breast cancer		1152	
		S2.	Breast neoplasms		1154	
		S3.	S1 OR S2		1157	
		S4.	Healthcare professionals		2699	
		S5.	Nursing care		6868	
		S6.	Support		4058	
		S7.	information		6623	
		S8.	S4 OR S5 OR S6 OR S7		18589	
			S3 AND S8	«Peer reviewed»	59	2

**Inkluderte artikler i søket:**

1. Goldschmidt Mertz, B., Envold Bidstrup, P., Duun-Henriksen, A. K., Kroman, N., Johansen, C., Geving Andersen, K., Andersson, M., Breitenstein Mathiesen, U., Vibe-Petersen, J. & Oksbjerg Dalton, S. (2018, 23. august). *Angst og depression hos brystkræftopererede kan lindres | Sygeplejersken, DSR*. DSR. <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/ff-nr-2018-3/angst-og-depression-hos-brystkraeftopererede-kan-lindres>
2. Drageset, S., Lindstrøm, T. C., Giske, T. & Underlid, K. (2016). Women's experiences of social support during the first year following primary breast cancer surgery. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(2), 340–348.

Tw= text word

MeSH = Medical Subject headings

## 8.3 Vedlegg 3: Samleskjema og styrkeskjema

## A) Samleskjema for forskningsartiklene

Metode					Resultater		
Artikkel/nr.	Årstall/ land/ design	Utvalg/størrelse	Strategi	Hensikt med studien	Funn	Konklusjon	Relevans/overføring sverdi
<p><b>1. Emotional and informational needs of women experiencing outpatient surgery for breast cancer</b></p> <p>(Dawe et al., 2014)</p>	2014, Canada. Kvalitativ studie.	Utvalget besto av 19 kvinner som ble operert dagkirurgisk for lumpektomi, unilateral mastektomi og bilateral mastektomi, i Øst-Canada. Alderen var fra 38-72 år, der medianen er 57 år.	Kvinnene ble intervjuet seks måneder etter operasjonen. Intervjuet varte i 60 minutter, der det ble tatt opp lydklipp og skrevet transkript av intervjuet.	Studien rapporterer informasjon- og følelsesmessige behov hos kvinner som ble operert for brystkreft på poliklinikk.	<p><b>Studiens funn er organisert i kategorier og undertemaer:</b></p> <p><b>Følelsesmessig- og informasjonsbehov i forkant og etter operasjonen:</b></p> <p><b>Type informasjon</b> – pasientene var fornøyd med informasjonen de fikk pre-operativt av ulike helseprofesjoner.</p> <p><b>Mengde informasjon</b> – det var ulik respons på hvor mye informasjon pasienten ønsket. Noen pasienter synes de fikk alt for mye skriftlig informasjon, og foretrakk heller muntlig informasjon.</p> <p><b>Tidspunktet for informasjon</b> – Flere av pasientene utpekte viktigheten av tidspunktet for utlevering av informasjon. Det var flere av kvinnene som opplevde vansker med å få med seg hva som ble sagt, og at de fort glemte informasjonen.</p> <p><b>Følelsesmessig- og informasjonsstøtte når kvinnen restituerer hjemme:</b></p> <p><b>Sosial støtte</b> – Flere av pasientene påpekte at det var viktig å ha familie og venner rundt seg når de kom hjem.</p> <p><b>Profesjonell støtte</b> – de fleste pasientene hadde en positiv opplevelse med helsepersonellet på sykehuset. Pasientene opplevde det som en trygghet at en sykepleier kom hjem til de eller at de</p>	Alt i alt var kvinnene fornøyd med opplevelsen av poliklinisk operasjon av brystkreft, men det var flere aspekter som krever nærmere oppmerksomhet som: mengden og tidspunktet for utlevering av informasjon, i tillegg til behovet for kontinuerlig støtte og oppfølging av sykepleier. Kvinnene trengte bekreftelse på at det er trygt å behandles dagkirurgisk, og flere kvinner satte stor pris på støtte fra ektefelle og familie.	Studien refererer til at det generelt finnes få andre studier som fokuserer på psykologiske aspekter, som følelsesmessige- og informasjonsbehov, ved å opereres dagkirurgisk.
							Angst og depresjon kan påvirke kvinnens recovery negativt etter brystkirurgi. Tilgangen til informasjon, og oppfølging av en sykepleier, kan derfor påvirke kvinnens livskvalitet postoperativt. Sykepleieren har et viktig ansvar for å undervise og informere kvinnen individuelt, om kortsiktige – og

					<p>kunne ringe en sykepleier etter at de var kommet hjem.</p> <p><b>Støtte fra tidligere overlevende:</b></p> <p><b>brystkreftpasienter</b> – ingen av deltagerende benyttet seg av en erfaringskonsulent, men flere hadde venner og familie som hadde gjennomgått brystkreft. Det opplevdes svært verdifullt for pasienten å kunne snakke med noen som skjønnte hva de gikk gjennom.</p> <p><b>Følelsesmessig opplevelse av å være en dagkirurgisk pasient:</b></p> <p><b>Sjokk</b> – flere av deltagerende ble sjokkert over at operasjonen skulle utføres dagkirurgisk.</p> <p><b>Aksept</b> – etter hvert ble en del av pasientene vant til tanken om dagkirurgi og tenkte det var fint med recovery hjemme.</p> <p><b>Tilfredstilte</b> – flere av pasientene var tilfreds med dagkirurgi, når de ser på det i etterkant.</p> <p><b>Følelsen av å bli «kastet ut»</b> - flere var kvalme og kastet opp men ble likevel sendt hjem. En pasient følte at sykepleieren ville bli kvitt henne. En annen pasient kunne tenkt seg en natt på sykehuset etter operasjonen.</p>		langsiktige konsekvenser.
<b>2. Women's experiences of social support during the first year following</b>	2016, Norge.  Kvalitativ oppfølgingsstudie.	Utvalget besto av 10 kvinner fra et norsk universitetssykehus på Vestlandet. De meldte seg frivillige til studien.	Kvinnene ble intervjuet individuelt med semistrukturert intervju 1 år etter brystkreftkirurgi.	Studien beskriver pasientenes individuelle erfaringer av sosial støtte, gjennom	Studiens funn viser viktigheten av å kunne dele erfaringer, å bli forstått som et individ, kontinuitet i behandling, i tillegg til informasjon av ulike temaer. Ett år etter brystkirurgi, følte flere av kvinnene at nettverket rundt dem hadde blitt «normalisert», og at de opplevde menneskene rundt som mindre støttende. For kvinnene var det var det viktig å bli	Å dele samme erfaringer med andre, var en viktig del av den sosiale støtten. Kontinuitet, tilgjengelighet, omsorg og informasjon, i tillegg til å bli møtt med respekt, var helt essensielle	Kvinner som gjennomgår brystkreftkirurgi, kan ha behandlingsrelaterte problemer som krever spesiell støtte og

<p><b>primary breast cancer surgery</b></p> <p>(Drageset et al., 2016)</p>		<p>7 kvinner hadde utført mastektomi, og 3 kvinner hadde utført lumpektomi, i tillegg til at noen fikk adjuvant behandling.</p>	<p>Intervjuene varte i 54-100 minutter.</p>	<p>deres første år etter brystkreftkirurgi.</p>	<p>sett på som et menneske, og ikke kun «en diagnose som ble behandlet».</p> <p><b>Undertemaer i funnene:</b></p> <p><b>Dele erfaringer-</b> Det var helt essensielt for pasientene å kunne dele sine erfaringer med noen som var interessert, og som hadde vært gjennom det samme. For flere var det lærerikt å kunne høre om andres erfaringer. Det å dele sine erfaringer med familien var essensielt for alle deltagerne, men ikke alle kunne dele sine bekymringer med familien da de var mer engstelig enn pasienten selv. For flere var det viktig å kunne dele sine erfaringer på jobb, samtidig som flere synes det var utfordrende.</p> <p><b>Bli forstått som et individ-</b> Det var viktig for kvinnene å bli forstått som en person og ikke en diagnose av helsepersonell. Noen følte de ble behandlet som et objekt, ikke som en person.</p> <p><b>Kontinuitet-</b> En viktig del av den sosiale støtten, var å ha de samme behandlerne under sykehusoppholdet. Kvinnene opplevde også god støtte, ved at en sykepleier holdt telefonkontakt etter at man hadde kommet hjem. Lite kontinuitet i behandling ledet til dårlig kommunikasjon og usikkerhet.</p> <p><b>Informasjon og forklaringer-</b> Kvinnene hadde behov for informasjon fra helsepersonell om behandlingens seneffekter. Det var viktig for å kunne oppleve trygghet og tillitt.</p>	<p>aspekter ved støtten fra helsepersonell.</p> <p>Studien konkluderer med at psykososial støtte til brystkreftopererte, bør bli integrert sammen med medisinsk behandling og prosedyrer.</p>	<p>oppmerksomhet som: fatigue, endret kroppsbylde, usikkerhet, frykt for tilbakefall, angst og depresjon. Dette betyr at kvinnene kan trenge sosial støtte på en ny og annerledes måte. Tilstrekkelig sosial støtte ved diagnosetidspunktet og under behandling av brystkreft, er assosiert med færre depressive symptomer og lavere risiko for tilbakefall. Sykepleiere er en viktig del av den sosiale støtten. Omsorgen til kvinnene skal være individualisert, da kvinnene har ulike behov. Sykepleieren må ta en aktiv rolle i å dele informasjon om sideeffekter ved behandling, istedenfor å forvente at kvinnen selv skal stille spørsmål.</p>
<p><b>3. The efficacy of interventions to improve</b></p>	<p>2016, UK.</p>	<p>Utvalget inkluderer et omfattende litteratursøk med</p>	<p>De inkluderte studiene har brukt en kvantitativ metode som</p>	<p>Målet med denne studien var å identifisere</p>	<p>Funnene i de 32 studiene som ble inkludert, viser at det var begrensede effekter av ulike psykososiale intervensjoner ved angst, depresjon, livskvalitet,</p>	<p>Den systematiske oversikten og metaanalysen er den første som viser effekten av ulike intervensjoner ved</p>	<p>Flertallet av kvinnene som er diagnostisert med brystkreft gjennomgår kirurgi,</p>

<p><b>psychosocial outcomes following surgical treatment for breast cancer: a systematic review and meta-analysis</b></p> <p>(Matthews et al., 2017)</p>	<p>Systematisk oversikt og metaanalyse.</p>	<p>søkeord og emneoverskrifter i 7 databaser: PsycINFO, CINAHL, MEDLINE, Academic Search Complete, AMED, Cochrane Library and EMBASE. Det inkludert 32 studier i oversikten.</p>	<p>presenterer empiriske funn, som fokuserer på intervensjoner for kvinnelige brystkreftpasienter etter brystkirurgi.</p>	<p>effekten av psykososiale intervensjoner er for kvinner operert for brystkreft.</p>	<p>humørforstyrrelser, plager, kroppsbilde, selvtillit og seksuell funksjon.</p> <p>Studien viser en moderat til stor effekt av tiltak når det gjelder intervensjoner ved søvnforstyrrelser.</p> <p>Studien trekker frem at den mest effektive intervensjonen for angst, depresjon og livskvalitet, var kognitiv atferdsterapi.</p> <p>Merkbare resultater fra oversikten, viser til at kognitiv atferdsterapi utgjorde størst effekt etter brystkreftkirurgi, sammenlignet med andre psykososiale intervensjoner som: parterapi, støttegrupper, psykoseksuell terapi, mindfulness, gruppeterapi og musikkterapi</p>	<p>psykososiale seneffekter etter brystkreftkirurgi. Oversikten fremhevet at kognitiv atferdsterapi var den mest effektive psykososiale intervensjonen, for å kunne fremme forbedringer i angst, depresjon og livskvalitet. Det er imidlertid mangel ved eksisterende studier, og det trengs mer forskning på dette i fremtiden.</p>	<p>noe som ofte er forbundet med psykososiale konsekvenser.</p> <p>Det er viktig at man som sykepleier har kunnskap om angst og depresjon, og kan gi informasjon om disse seneffektene til pasientene. Dersom pasienten har utviklet angst og/eller depresjon viser denne systematiske oversikten av kognitiv atferdsterapi er tiltaket med best effekt.</p>
<p><b>4. Anxiety and depression after breast cancer: the predictive role of monoamine levels</b></p> <p>(Perez-Tejada et al., 2021)</p>	<p>2021, Spania. Tverrsnitt studie.</p>	<p>Utvalget besto av 107 kvinnelige brystkreft-overlevende rekruttert av onkologer og sykepleiere ved Onkologikoa Fundazioa Hospital.</p>	<p>Studien brukte Hospital Anxiety and depression Scale (HADS) til å kartlegge symptomer på angst og depresjon. I tillegg ble nivåer av psykobiologiske markører (serotonin, dopamin, noradrenalin og kynurenine) analysert.</p>	<p>Studien rapporterer betydningen av ulike nivåer av psykobiologiske markører, ved utviklingen av angst og depresjon hos overlevende brystkreftpasienter.</p>	<p>Variasjoner i nivåene av dopamin, noradrenalin, serotonin og kynurenine kan gjøre brystkreftoverlevende mer sårbare for å utvikle angst og depresjon, spesielt yngre kvinner med tanke på lavt nivå av dopamin og serotonin.</p> <p>Lave serotoninnivåer hos yngre pasienter hadde betydning for utvikling av depressive symptomer og symptomer på angst. Lave dopaminnivåer hos middelaldrende kvinner hadde betydning for utvikling av depressive symptomer.</p>	<p>Unge brystkreftoverlevende ser ut til å være spesielt sårbare for lave nivå av dopamin og serotonin ved utvikling av psykiske lidelser, da spesielt angst og depresjon.</p> <p>Dersom sykepleiere tar blodprøver med psykobiologiske markører, og identifiserer kvinner med en sårbarhet for utvikling av angst og depresjon, har man mulighet til å oppdage en risiko for utvikling av lidelsene.</p>	<p>Studien gjør det mulig å kartlegge hvem som står i fare for utvikling av angst og depresjon av brystkreftoverlevende og kunne blitt implementert i praksis.</p>

<p><b>5."I have both lost and gained". Norwegian survivors' experiences of coping 9 years after primary breast cancer surgery</b></p> <p>(Drageset et al., 2020)</p>	<p>2020, Norge.</p> <p>Kvalitativ studie.</p>	<p>Utvalget består av 17 kvinner som har utført primær brystkreftkirurgi for 9 år siden. 15 kvinner valgte å bli med i studien, mens 2 ønsket ikke å delta.</p> <p>Medianalder var 62,5 år.</p>	<p>Kvinnene ble intervjuet på ulike plasser med et semi-strukturert intervju basert på en tidligere forskning. Intervjuet varte i 75-140 minutter.</p> <p>Intervjuene ble tatt opp på lydbånd for så og bli transkribert av en autorisert transkribent.</p>	<p>Hensikten med studiet var å finne ut hvordan kvinnene hadde mestret livet 9 år etter brystkreftkirurgi.</p>	<p><b>Funnene er kategorisert i tre hovedtemaer:</b></p> <p><b>Forandret liv-</b> Sykdomsopplevelsen hos kvinnene varierte, men alle kvinnene opplevde en forandring i livet. Noen følte seg frisk, mens andre led av redusert energi, mindre livsglede og selvfølelse. Selv om sykdommen hadde vært en vanskelig prosess, var det flere som satte mer pris på livet og de små tingene. For mange var det viktig å komme tilbake i arbeid, for følelse av normalitet og mestring, men de kreftrelaterte endringene ga redusert arbeidsevne. Kvinnene følte de ikke hadde fått nok informasjon fra helsepersonell om mulige langtidseffekter av kreftbehandling. Et viktig funn var at informasjon fra helsepersonell om uønskede effekter, for eksempel tap av energi, kunne resulterte i at kvinnene ikke streset med å komme tilbake i arbeid.</p> <p><b>Positiv tenking-</b> Positiv tenking var viktig for å kunne gå videre i livet og var en nødvendig strategi for å holde negative tanker om kreft unna. Det varierte om de ønsket brystrekonstruksjon eller ikke, noen ønsket det for å føle seg komplett, andre brydde seg ikke.</p> <p><b>Behov for forståelse og anerkjennelse-</b> Det var viktig for alle deltagerne med forståelse og anerkjennelse for deres endrede livssituasjon. For noen ble det overdreven hjelp, og de ønsket å klare seg selv. For andre følte de at de fikk begrenset med støtte og hjelp fra familien. Flere opplevde at folk rundt så på de som frisk etter behandlingen, og ikke forsto hva de hadde vært gjennom. Det var svært viktig for flere av kvinnene med støtte fra deres partner.</p>	<p>Kvinnenes liv ble endret etter at de hadde gjennomgått kreft og kreftbehandling. Kvinnene hadde ulike behov, og ulike måter å mestre situasjonen på. Det var variasjoner i kvinnens behov for sosial støtte, hos de fleste var færre og utvalgte støttespillere foretrukket. Det var essensielt at folk forsto at deres livssituasjon var endret. Helsepersonell burde derfor forberede kvinner på en endret livssituasjon slik at de er mer forberedt på livet etter kreftbehandling. Informasjon og støtte må individualiseres og tilpasses hver enkelt kvinne.</p>	<p>Studien viser viktigheten av individualisert sykepleie. Brystkreftopererte kvinner er alle individuelle, og har ulike forutsetninger for å håndtere sykdom.</p>
--	---	---	---	--	--	--	--

<p><b>6. Angst og depression hos brystkræftopererte kan lindres</b></p> <p>(Goldschmidt Mertz et al., 2018)</p>	<p>2018, Danmark</p> <p>Kvantitativ studie, RCT.</p> <p>Pilotundersøkelse.</p>	<p>50 nydiagnostiserte kvinner ble inkludert i pilotundersøkelsen, 25 i en intervensjonsgruppe og 25 i en kontrollgruppe. I kontrollgruppen var gjennomsnittsalderen 55 år, 8 hadde utført mastektomi og 17 hadde en brystbevarende operasjon. I intervensjonsgruppen var gjennomsnittsalderen 50,9 år, 11 hadde utført mastektomi mens 14 hadde brystbevarende operasjon.</p>	<p>116 kvinner utfylte spørreskjema ved baseline. Av de 116 kvinnene skåret 50 av de moderat til høy psykologisk belastning. Kvinnene fylte deretter ut et skjema etter 6 og 12 måneder.</p>	<p>Formålet med intervensjonen var å bedre psykologiske og fysiologiske symptomer, ved hjelp av symptomscoring og rådgivning fra en sykepleier.</p>	<p>Resultatene viste at en kombinasjon av tidlig screening og individuelt tilpasset sykepleie til sårbare brystkræftopererte, forbedret håndteringen av psykologiske belastninger i form av angst og depresjon. I denne studien ble kvinner som opplevde moderat til stor psykologisk belastning inkludert i studien. Kvinner i intervensjonsgruppen rapporterte signifikant større tilfreds med behandling og rehabilitering og lavere nivåer av psykiske belastninger, angst og depresjon sammenlignet med kontrollgruppen.</p> <p>Individuell tilpasset sykepleie ble gitt til pasientene i intervensjonsgruppen for å se om det kunne redusere angst, depresjon og bedre livskvaliteten til kvinner som gjennomgikk brystkreftkirurgi og opplevde psykiske belastninger. Det var en kreftsykepleier som ga individualisert sykepleie, det var mest optimalt med tanke på deres kompetanse innen pasientvurdering, pleie og koordinering med andre profesjoner. Den første samtalen foregikk fysisk, mens de resterende samtaler foregikk enten fysisk eller via telefon, avhengig av kvinnens individuelle behov. Hver samtale omfattet syv punkter, (Goldschmidt Mertz et al., 2018); 1) Empatisk lytting og dialog. 2) Felles utforskning av erfaringer- pasientens levde liv og sykepleieren profesjonelle rolle. 3) Behovsvurdering ut fra pasientens subjektive meninger og dialog med pasienten. 4) Psykoedukasjon. 5) Utarbeide mål. 6) Avtaler og planer for handlinger. 7) Debriefing.</p> <p>Kvinnen i kontrollgruppen fikk en standard behandling med opp til 7 kontakter, rådgivning, psykososial støtte, smertehåndtering, forebyggelse av kvalme og midlertidig brystprotese og informasjon. kvinnene i intervensjonsgruppen fikk derimot en sykepleier som utførte individuell rådgivning: basert på kognitiv terapi og</p>	<p>Pilotundersøkelsen viser lovende resultater med tanke på individualisert veiledet sykepleie til pasienter som er utsatt for psykisk belastning ved brystkreft og brystkreftbehandling.</p>	<p>Resultatene viser til at individualisert sykepleie til utsatte pasienter kan være svært nyttig. Det å fange opp kvinner som står i fare for å utvikle angst og depresjon og følge de opp etter brystkreftbehandling ser ut til å være nyttig.</p>
---	--	--	--	---	--	---	--



					psykoedukasjon, til å motivere og støtte kvinnene, slik at de kunne håndtere deres symptomer.		
--	--	--	--	--	---	--	--

## B) Styrkeskjema for forskningsartiklene

For å fylle ut styrkeskjemaet har vi tatt utgangspunkt i helsebibliotekets sine sjekklister (Helsebiblioteket, 2016b).

Studie	Styrker	Svakheter	Vurdering
<p><b>1. Emotional and informational needs of women experiencing outpatient surgery for breast cancer</b></p>	<p>Formålet med den kvalitative studien er klart formulert.</p> <p>Kvalitativ metode er hensiktsmessig for å besvare problemstillingen.</p> <p>Utvalgsstrategien er hensiktsmessig for å besvare problemstillingen.</p> <p>Dataene fra studien ble samlet inn ved bruk av intervju, og problemstillingen ble besvart.</p> <p>Det ble gjort etisk godkjenning av «the human investigation committee». Det ble spurt om samtykke.</p> <p>For å kunne analysere data brukte de content analysis som er laget av Hsieh and Shannon. De har delt opp i kategorier, og under hver kategori er det minst et sitat, noe som gjør fortolkningen av data svært forståelig.</p> <p>Funnene er klart presentert, og er diskutert opp mot problemstillingen.</p> <p>Artikkelen tar for seg tidlige forskning og andre relevante kilder.</p>	<p>Det er uklart om valg av forskningsdesign er begrunnet, men ettersom at studien ønsker å finne ut erfaringer- vil kvalitativ metode som ble brukt være hensiktsmessig.</p> <p>Det er uklart om det er gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data, eksempelvis om forskeren har vurdert sin egen rolle, forutinntatthet og påvirkning på utforming av problemstilling, datainnsamling, analyse og funn.</p> <p>Studien har en begrensning ved at den kun er gjennomført ved en helseinstitusjon, og det vil derfor være individuelle forskjeller mellom pasientene.</p>	<p>Vi vurderer denne studien som relevant, da den tar for seg viktige psykiske behov kvinnen har i etterkant av brystkirurgi.</p> <p>Vi har valgt å veie styrkene opp mot svakheterne.</p> <p>Studien er opprinnelig fra Canada, men vi vurderer studien som overførbar til det norske helsevesenet.</p> <p>Til tross for at studien er eldre, ønsker vi å benytte oss av den, da forskningen er kvalitativ.</p>

	Funnene fra studien kan gi grunnlag for at sykepleieren er klar over brystkreftopererte kvinners sine følelsesmessige- og informasjonsbehov.	Studien er eldre, og er fra 2014.	
<b>2. Women's experiences of social support during the first year following primary breast cancer surgery</b>	<p>Den kvalitative studien har inkludert brystkreftpasienter fra Haukeland universitetssykehus.</p> <p>Formålet med studiet er klart formulert, de ønsket å finne ut av kvinners individuelle erfaringer av sosial støtte, gjennom deres første år etter brystkreftkirurgi.</p> <p>Studien har som mål å beskrive erfaringer og opplevelser, og kvalitativ metode derfor egnet for å besvare problemstillingen.</p> <p>Utvalget er hensiktsmessig for å besvare problemstillingen.</p> <p>Utvalgsstrategien var hensiktsmessig for å kunne besvare problemstillingen. Det er gjort rede for hvem som ble valgt ut, hvordan og hvorfor. I tillegg karakteristika av deltagerne.</p> <p>Dataene ble samlet inn slik at problemstillingen ble besvart. Forskerne utviklet et semistrukturert intervju som ble brukt.</p>	<p>Av etiske grunner har man ikke informasjon om kvinnene som ikke valgte å delta i denne studien.</p> <p>Dataene fra studien er innhentet i 2007-2008, men forskerne mener dette ikke har betydning for konklusjonen i studien.</p>	<p>Vi vurderer denne studien som relevant, da studien er knyttet til det norske helsevesen.</p> <p>Studien har et flertall av styrker, og vi regner studien som god.</p>

	<p>Den regionale komiteen for medisinsk forskningsetikk har godkjent denne studien.</p> <p>Det beskrives klart hvordan analysen er gjennomført. Intervjuene ble analysert med en metode kalt: qualitative meaning condensation, og det ble beskrevet trinnene i prosessen.</p> <p>Funnene er klart presentert. Studien har benyttet tidligere forskning og andre kilder.</p> <p>Studiens funn kan være til hjelp i praksis, der man øker forståelsen av betydningen av sosial støtte og informasjon i etterkant av brystkirurgi.</p>		
<p><b>3. The efficacy of interventions to improve psychosocial outcomes following surgical treatment for breast cancer: a systematic review and meta-analysis</b></p>	<p>Klart formulert formål med den systematiske oversikten.</p> <p>Forskerne har søkt etter relevante studier (22 randomised controlled trial, 2 nonrandomized controlled study, 2 single cohort pre-evaluation and postevaluation, 5 pre- og post- group evaluation og 1 randomizes and comparative study design).</p> <p>Studien har gjennomført et godt dokumentert søk, med en nøyaktig søkestrategi.</p> <p>Kvaliteten på studiene ble tilstrekkelig vurdert av 2 uavhengige personer, som utførte en standardisert 14-punkts sjekkliste for å vurdere hvert enkelt studie.</p>	<p>Det er uklart om alle relevante og viktige studier ble funnet, da oversikten ikke har søkt etter ikke-publiserte studier, noe som kan ha begrenset resultatet.</p> <p>Studien har bare inkludert engelskskriftlige studier noe som kan gi skjevhet (bias) i funn.</p> <p>Utover kostander, kan behandling av psykososiale seneffekter koste dyrt for samfunnet, hvis man knytter det til praksis.</p>	<p>Vi vurderer denne systematiske oversikten som relevant da den tar for seg artikler med intervensjoner ved psykososiale seneffekter etter brystkirurgi. Den systematiske oversikten er gjort i Storbritannia, og vi vurderer den som overførbar til det norske helsevesenet.</p>

	<p>Studien har slått sammen statistikk i en metaanalyse, som er fornuftig og forsvarlig. Studien har brukt Hedges g som metaanalysestrategi. Forfatterne brukte en relevant metode for å teste heterogeniteten.</p> <p>Analysemetoden som er brukt, er forklart.</p> <p>Hovedkonklusjonen i oversikten er godt forklart.</p> <p>Utfallet av de psykososiale intervensjonene viser lav p-verdi, noe som gjør at det er lite sannsynlighet for at effekt av intervensjonene har skjedd ved en tilfeldighet.</p> <p>Resultatene av studien kan overføres til praksis, da man kan møte brystkreftpasienter med psykososiale seneffekter.</p> <p>Alle utfallsmål er vurdert, og det er ingen ytterligere informasjon som vi savner i oversikten.</p>		
<p><b>4. Anxiety and depression after breast cancer: the predictive role of monoamine levels</b></p>	<p>Problemstillingen i studien er klart formulert.</p> <p>Tverrsnittsstudie var relevant metode å bruke med tanke på problemstillingen.</p> <p>Utvalget er begrunnet, de ønsket kvinner mellom 30-70 år, at de hadde fullført all behandling samt at det var minst et år siden behandlingen var ferdig og ikke mer enn fem år siden behandlingen ble avsluttet.</p>	<p>Det å skulle analysere monoaminvariasjoner hos alle kvinner som gjennomgår brystkreft er både ressurskrevende og økonomisk belastende.</p> <p>Det er viktig å påpeke at studien er hovedsakelig består</p>	<p>Vi vurderer denne studien som relevant, da studien viser gode resultater. Studien kan hjelpe helsepersonell til å oppdage angst og depresjon hos brystkreftoverlevende</p>

	<p>Spørreskjema som ble brukt var The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), som er et standardisert spørreskjema som gir indikasjon for angst og depresjon utført på et sykehus.</p> <p>Resultatene kan overføres til praksis. Dersom en er observant på nivåene av serotonin, noradrenalin og dopamin hos brystkreftoverlevende kan man tilpasse sykepleien, men tanke på utvikling av angst og depresjon.</p>	<p>av hvite kaukasiske kvinner, noe som kan gi begrensinger.</p>	<p>tidlig, samt at man tar hensyn til kvinnens alder.</p>
<p><b>5. "I have both lost and gained". Norwegian survivors' experiences of coping 9 years after primary breast cancer surgery</b></p>	<p>Formålet med studien er klart formulert.</p> <p>Kvalitativ metode er hensiktsmessig for å besvare problemstillingen.</p> <p>Utformingen av studien er hensiktsmessig for å besvare problemstillingen.</p> <p>Utvalgsstrategien er hensiktsmessig for å besvare problemstillingen, og det har blitt gjort rede inkluderte deltagere.</p> <p>Dataene ble samlet inn mellom januar og juni 2015. Datainnsamlingen fant sted der deltagerne ønsket. Det ble brukt en semistrukturert intervjuguide. Nonverbal kommunikasjon og intervjuets atmosfære ble notert under hvert intervju.</p>	<p>Pasientene er intervjuet 9 år etter primær brystkreftoperasjon noe som gjør at de kan ha glemt eller fått et forandret syn på opplevelser og erfaringer.</p> <p>Studien inneholder bare 15 deltagere, og det kan derfor innebære begrensinger.</p> <p>Det er uklart om det er gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data, eksempelvis om forskeren har vurdert sin egen rolle, forutinntatthet og påvirkning på utforming av</p>	<p>Vi vurderer denne studien som relevant, da resultatene åpner opp for refleksjon over brystkreftpasientenes individuelle behov. I tillegg er denne studien også er fra et norsk sykehus, som gjør den relevant.</p>

	<p>Deltakerne signerte samtykke- og konfidensialitetsskjemaer. Behovet for følelsesmessig beskyttelse ble respektert, ved å ikke grave for dypt på spørsmål som kunne oppleves som truende. Poliklinikken tilbød spesielle oppfølgingskonsultasjoner med fagfolk om deltagerne skulle trenge det, men dette ble aldri etterspurt.</p> <p>Studien ble godkjent av Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Region Vest.</p> <p>Intervjuene ble analysert på 3 nivåer ved bruk av «Meaning condensation analysis».</p> <p>Funnene er klart diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen.</p> <p>Studiens funn kan viser at sosial støtte og informasjon må tilbys hver enkelt brystkreftererte kvinne og hennes behov. Det kommer frem at helsepersonell burde forberede kvinnene på endringer i livssituasjonen deres, som følge av kreftsykdommen og seneffekter.</p>	problemstilling, datainnsamling, analyse og funn.	
--	---	---	--

<p><b>6. Angst og depression hos brystkræftopererede kan lindres</b></p>	<p>Forskningsspørsmålet er klart formulert.</p> <p>Gruppene var like før starten av studiet.</p> <p>Alle deltagerne ble analysert i gruppen de ble randomisert til.</p> <p>Gruppene ble behandlet likt, for utenom tiltaket som ble gitt til intervensjonsgruppen.</p> <p>Effekten av tiltaket ble presenter i tabeller, alle spørsmål med deltagerens svar ble presentert i tabeller.</p> <p>Konfidensintervall ble oppgitt.</p> <p>Resultatene kan overføres til praksis, da utfallene av intervensjonsgruppen viste positiv effekt med tanke på psykologisk belastning.</p>	<p>Det kommer ikke frem under metode hvordan deltagerne ble randomisert i kontroll – og intervensjonsgruppen. Derfor er det vanskelig å si om de er randomisert på en tilfredsstillende måte.</p> <p>En pasient avbrøt intervensjonen, men vedkommende ble fortsatt inkludert i analysen. Det kommer ikke frem hvorfor vedkommende avbrøt.</p> <p>Det er uklart hvilke kostander fordelene i intervensjonsgruppen har.</p>	<p>På tross av manglende rapportering av hvordan deltagerne er randomisert, vurderer vi denne pilotundersøkelsen som relevant.</p>
--	--	--	--



### 8.4 Vedlegg 4: PRISMA flow diagram



#### PRISMA 2009 Flow Diagram

