



# 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>	468
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	7746
----------------------	------

**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>	69
<b>Andre medlemmer i gruppen:</b>	445

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

Pasientundervisningens effekt på  
depresjon hos kvinner med brystkreft

The effects of patient education on  
depression among women with breast  
cancer

**Kandidatnummer 445 & 468**

Bachelor i Sykepleie

**Fakultet for helse og sosialvitenskap**

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Innleveringsdato: 27.mai 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, § 12-1.

## Abstract

**Title:** The effects of patient education on depression among women with breast cancer.

**Aim:** The aim of this study is to assess if nurse-led patient education can reduce depression among women with breast cancer, and to explore possible factors that nurses should consider when providing patient education to women with breast cancer.

**Method:** This thesis is a literature study based on quantitative and qualitative research articles. The findings are discussed using relevant theory, our own thoughts, and experiences from clinical practice.

**Results:** The included articles in this thesis showed a reduction of depression in the groups receiving patient education. There were both significant and insignificant results regarding the affect on women with breast cancer. Findings also pointed to the importance of patient education being adapted to each patients individual circumstances.

**Conclusion:** Patient education can have an effect on reducing depression among breast cancer patients. Furthermore, findings have pointed to the importance of patient education being adapted to each patients individual circumstances and wishes. Which trauma phase the patient is going through should be considered when deciding the amount of, and when to give the information.

Key words: Breast cancer, patient education, psychoeducation, depression, Quality of life.

## Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning .....	5
2.0 Teori .....	6
2.1. Brystkreft .....	6
2.1.1 Behandling av brystkreft .....	6
2.1.2 Prognose .....	7
2.2. Depresjon .....	7
2.3. Psykoedukasjon og pasientundervisning .....	8
2.4. Den didaktiske relasjonsmodell .....	8
2.5. De fire fasene i en traumatisk krise .....	9
2.6. Patricia Benner og Judith Wrubels sykepleieteori .....	10
2.6.1. Benner og Wrubel om omsorgens betydning .....	10
2.6.2. Benner og Wrubels syn på stress .....	10
2.6.3 Benner og Wrubels syn på mestring .....	11
2.6.4 Benner og Wrubel om kreft og pasientundervisning .....	11
3.0 Metode .....	11
3.1. Design .....	11
3.2. Søkeprosess .....	12
3.2.1 PICO .....	12
3.2.2 Inklusjon og eksklusjonskriterier .....	12
3.2.3 Databaser og søkestrategi .....	13
3.3. Kritisk vurdering av artikler .....	13
3.4. Analyse og syntese .....	14
3.5. Kritikk av metode .....	14
3.6. Etske overveielser .....	15
4.0. Syntese .....	15
4.1. Pasientundervisningens effekt på depresjon .....	15
4.2. Psykososiale aspekter .....	16
4.3. Informasjonsbehov .....	17
4.4. Didaktiske vurderinger .....	17
5.0 Diskusjon .....	18
5.1. Metodediskusjon .....	18
5.1.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	18
5.1.2 Databaser .....	19

5.1.3 Søkeord .....	19
5.1.4 Kritisk vurdering av artikler .....	20
5.2. Resultatdiskusjon .....	20
5.2.1 Pasientundervisningens effekt på depresjon.....	20
5.2.2 Viktighet av psykososiale aspekter i pasientundervisning.....	21
5.2.3.Livsstadium og prognosens påvirkning på depresjon .....	23
5.2.4. Kultur.....	24
5.2.5 Artiklenes heterogenitets påvirkning på resultat .....	25
5.2.6 Didaktiske vurderinger .....	26
6.0. Konklusjon.....	27
7.0 Referanseliste: .....	29
Vedlegg .....	33
Vedlegg 1- PICO.....	33
Vedlegg 2- Inklusjon- og eksklusjonskriterier .....	33
Vedlegg 3- Søkehistorikk.....	33
Tabell 3a- Cinahl.....	33
Tabell 3b- Medline .....	34
Tabell 3c- Embase .....	34
Tabell 3d- Psycinfo .....	35
Tabell 3e- Cochrane Library .....	35
Vedlegg 4- Flytskjema .....	36
Vedlegg 5-Litteraturmatrise.....	37
Vedlegg 5a- Specialist nurse-initiated interventions in breast cancer care: A systematic review of randomized controlled trials.....	37
Vedlegg 5b- Randomized controlled trial of supportive care interventions to manage psychological distress and symptoms in Latinas with breast cancer and their informal caregivers .....	39
Vedlegg 5c- An exploration of the effects of information giving and information needs of women with newly diagnosed early-stage breast cancer: A mixed-method systematic review .	40
Vedlegg 5d- Effects of a psychoeducation intervention in patients with breast cancer undergoing chemotherapy .....	42

## 1.0 Innledning

Ifølge Verdens Helseorganisasjon var det i 2020, 7,8 millioner kvinner som hadde fått diagnosen brystkreft i løpet av de siste 5 årene (World Health Organization, 2021).

Brystkreft er dermed i dag den krefttypen som forekommer hyppigst globalt (World Health Organization, 2022). I Norge rammes rundt 3000 kvinner av brystkreft årlig (Schlinchting, 2019, s. 446).

Ifølge en rapport fra Helsedirektoratet (2020) ble det funnet at 12% av kvinner som har gjennomgått brystkreft har en depresjon. Kvinner med brystkreft har dermed en høyere forekomst av depresjon enn den generelle befolkningen (Helsedirektoratet, 2020, s. 36).

Samtidig depresjon og kreft kan virke negativt inn på behandlingsdeltakelse, medføre dårligere behandlingsresultater, samt medføre økt mortalitet. Depresjon hos kreftpasienter kan også forsterke de fysiske plagene kreften medfører, noe som kan påvirke livskvalitet negativt (Smith, 2015, s. 1511).

Ettersom mange kvinner i Norge rammes av brystkreft, utgjør dette en stor andel av kreftpasientene man som sykepleier møter i det norske helsevesenet (Schlinchting, 2019, s. 446). I lys av de ovenfornevnte negative konsekvensene depresjon medfører blir det viktig å se på hvordan man kan redusere depresjon hos denne pasientgruppen. Vi har dermed kommet frem til følgende problemstilling: *Hvordan kan sykepleiere bidra til å redusere depresjon hos kvinner med brystkreft?* Dette vil vi belyse ved å bruke Benner- og Wrubels sykepleieteori, forskning og teori på området, samt personlige erfaringer og tanker. Vi har videre kommet frem til følgende problemformulering:

*Kan sykepleieutført pasientundervisning redusere depresjon hos kvinner med brystkreft?*

## 2.0 Teori

### 2.1. Brystkreft

Kreft forekommer når det oppstår ukontrollert cellevekst der det dannes flere av en type celler, raskere enn disse cellene dør. Den ukontrollerte celleveksten medfører utformingen av en tumor. Når tumoren vokser seg utenfor vevet det har oppstått i, eller spres til andre steder i kroppen gjennom blod- og lymfesystemet, betegnes det som kreft (Sand et al., 2006, s. 59).

Kreft deles inn i ulike stadier som sier noe om hvor omfattende- og hvilken alvorlighetsgrad kreften har. TNM-klassifikasjonssystemet brukes ved inndeling av kreftstadier og står for «tumor», «nodes» og «metastase». Man kan videre dele kreften inn i ulike grader innenfor hver bokstav, som forteller noe om kreftens karakter (Helsedirektoratet, 2021). Ved brystkreft deler man inn i stadium 0 til IV som inneholder ulike underkategorier (Breastcancer.org, 2022).

Brystkreft gir sjelden symptomer før det oppdages en kjennbar kul i brystet, asymmetri, hudforandring, eller kreften spres til andre organer og gir symptomer fra disse (Felleskatalogen, 2020; Schlinchting, 2019, s. 141).

#### 2.1.1 Behandling av brystkreft

Hvordan kreften behandles avhenger av hvor utbredt kreften er, og kreftcellenes karakteristika. Behandling av brystkreft gis for å oppnå helbredelse (kurativ), forlenge levetiden og/eller lindre plager som kreften medfører (Schlinchting, 2019). Brystkreft kan behandles kirurgisk ved brystbevarende operasjon eller mastektomi, ved strålebehandling, cytostatika behandling, endokrin behandling eller ved målrettede legemidler. Ofte gis det en kombinasjon av flere behandlinger (Brystkreftforeningen, 2021; Schlinchting, 2019, s. 451). Behandlingen av brystkreft blir mindre omfattende dersom kreften oppdages tidlig i forløpet. Kreft som oppdages sent kan ha spredt seg og krever da mer omfattende behandling, noe som kan medføre flere bivirkninger (Schlinchting, 2019, s. 452).

Cytostatika- og strålebehandling gir generelt flere og mer plagsomme bivirkninger enn endokrin behandling og målrettede legemidler (Almås & Sørensen, 2013). Ved stråle -og



cytostatika behandling utsettes særlig celler med høy delingshastighet. Dette kan medføre bivirkninger som sår og rød hud ved bestråling, og endringer av cellene i mage-tarmslimhinnen ved begge behandlinger. Dette kan medføre diaré, kvalme og oppkast. Cytostatika behandlingen kan også medføre bivirkninger som beinmargssuppresjon, hårtap, og disponere for økt risiko for ny kreftsykdom i etterkant av behandlingen. Videre kan cytostatika behandling også påvirke eggcellefunksjon og medføre infertilitet (Olsen, 2019).

Brystkreft og behandling kan også medføre negativ innvirkning på psykososiale faktorer som sosial isolasjon, angst, depresjon og selvbildet. Menopausale symptomene kan oppstå og medføre endret kroppsbilde og nedsatt selvtillit. Nedsatt seksualfunksjon og psykologisk velvære kan også forekomme (Ode, 2014, s. 306M).

### 2.1.2 Prognose

Prognosen ved brystkreft avhenger av kreftens stadium ved diagnostidspunktet. Prognosen har de siste årene bedret seg med en fem-års overlevelse nær 90% (Schlinchting, 2019, s. 452).

## 2.2. Depresjon

Ifølge ICD-10, som er et internasjonalt klassifikasjonssystem for sykdommer utarbeidet av Verdens Helseorganisasjon kjennetegnes depresjon av ti aktuelle symptomer (Dahl, 2020a, s. 98-99; Grøholt & Sund, 2019). Tre av symptomene klassifiseres som kjernesymptomer og syv som ledsagende symptomer. De omtalte symptomene må være til stede i minimum to uker for at diagnosen depresjon skal stilles (Grøholt & Sund, 2019).

Kjernesymptomene er som følger; nedtrykthet som dominerer og i liten grad påvirkes av ytre hendelser, redusert interesse eller glede over aktiviteter som vanligvis gir glede, redusert energi og økt tretthet. Andre symptomer ifølge ICD-10 er tap av selvtillit eller selvrespekt, overdreven selvbebreidelse eller skyldfølelse, tanker om egen død eller selvmordstanker, konsentrasjonsvansker og redusert evne til å ta valg og bestemmelser, endring i psykomotorisk aktivitet med uro eller passivitet/retardasjon, forstyrrelser i søvnmønster og endring av appetitt (Grøholt & Sund, 2019).

### 2.3. Psykoedukasjon og pasientundervisning

Behandlingen av depresjon omhandler både å bedre symptomene, men også å forebygge nye depresjoner (Holsten, 2020, s. 104–105). Psykoedukasjon har vist seg å være en effektiv intervensjon i behandling og mestring av psykiske lidelser (Johansen et al., 2020, s. 459). Psykoedukasjon handler om å gi informasjon og kunnskap om en gitt diagnose og behandlingen av denne. Dette for å gi pasienter og pårørende den kunnskapen som er nødvendig for å mestre lidelsen bedre (Løvhaug et al., u.å.).

Veiledning, undervisning eller motiverende intervju er metoder for å hjelpe pasienter å tilegne seg kunnskap. Tveiten definerer veiledning av pasienter som «... en formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess som har som hensikt at mestringskompetansen styrkes gjennom en dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier» (Tveiten, 2020a, s. 98). Tveiten betegner veiledning som helseveiledning dersom veiledningens hensikt er å øke kunnskap og kompetanse til å mestre helseutfordringer (Tveiten, 2020a, s.97). Videre i oppgaven omtaler vi helseveiledning som pasientundervisning.

### 2.4. Den didaktiske relasjonsmodell

Når helsepersonell skal gjennomføre pasientundervisning utføres det en rekke vurderinger som er bygget på teori om pedagogikk og didaktikk. I helsepedagogikk benyttes den didaktiske relasjonsmodell for å gjøre vurderinger rundt pasienten for å bedre pasientundervisningen. Disse vurderingene omhandler deltakerforutsetninger, rammefaktorer, mål, innhold, metoder og evaluering (Tveiten, 2020b, s. 93).

Første punkt i den didaktiske relasjonsmodell er deltakerforutsetninger, som omhandler hvem det er som mottar pasientundervisningen. Det er viktig å ta hensyn til hvilket kunnskapsgrunnlag pasienten har om temaet fra før, læreforutsetninger, og hvor mottakelig pasienten er for å motta undervisningen. Smerte, om pasienten er tilstrekkelig uthvilt, eller emosjonelle faktorer som angst, er andre eksempler på deltakerforutsetninger som kan påvirke pasientens mottakelighet for informasjon (Tveiten, 2020b, s. 94).

Videre er rammefaktorene rundt undervisningssituasjonen delaktige i hvordan informasjonen mottas av pasienten. Hvor mye tid som er avsatt og når det er avsatt tid er

påvirkende faktorer. Også hvor undervisningen tar sted kan påvirke, og man bør ta hensyn til om det foreligger forstyrrende elementer som kan påvirke undervisningen (Tveiten, 2020b, s. 95).

Det er viktig å være bevisst på målet med undervisningen, før man iverksetter undervisningsprosessen. Målet bør være konkret, tidfestet og målbart for at helsepersonellet og pasienten kan lettere gjøre vurderinger (Tveiten, 2020b, s. 93). Målet styrer hva som blir innholdet i undervisningen. Undervisningen må videre legges opp slik det blir mulig å nå satte mål. Innholdet som er neste punkt i den didaktiske relasjonsmodell blir dermed sett på i sammenheng med mål for undervisningen, og personens læreforutsetninger (Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse, 2021).

Læreprosessen omhandler hvilken metode som best egner seg for å nå de bestemte målene. Eksempel på dette kan være gruppeundervisning, undervisningsbrosjyrer eller film (Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse, 2021).

For å videreutvikle og eventuelt tilpasse undervisningen er det viktig å evaluere den. Det blir her sentralt å evaluere hvorvidt målene ble nådd og hva pasienten har lært. Evalueringen bør også gjøres underveis slik man får tilpasset undervisningen og mål etter eventuelle endringer i deltakerforutsetninger og rammefaktorer (Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse, 2021).

## 2.5. De fire fasene i en traumatisk krise

“En traumatisk krise er en situasjon der en person psykisk føler sin fysiske eksistens, sosiale identitet og trygghet eller grunnleggende livsmuligheter truet” (Norsk helseinformatikk, 2014). Alvorlig sykdom som kreft kan føre til at personer går inn i en traumatisk krise (Almås & Sørensen, 2013, s. 440). En traumatisk krise kan deles inn i fire faser; sjokkfasen, reaksjonsfasen, bearbeidingsfasen og nyorienteringsfasen (Norsk helseinformatikk, 2014).

Sjokkfasen varer typisk fra sekunder til noen få dager og er preget av en verden som oppleves fjern. Det kan i denne fasen være vanskelig å oppfatte ting som blir sagt. Sjokkfasen kan oppleves flere ganger i løpet av en kreftsykdom. I etterkant av sjokkfasen kommer reaksjonsfasen som preges av følelser som sinne, angst, depresjon og sorg over tap

som kreftsykdommen kan medføre. Denne fasen varer vanligvis fra en til åtte uker (Norsk helseinformatikk, 2014).

Deretter kommer bearbeidingsfasen. Personen bearbeider det som har skjedd og har ofte et behov for å snakke om sin situasjon og sine følelser. Denne fasen kan vare opptil et halvt år. Etter at den traumatiske krisen er blitt bearbeidet kan personen gå over i nyorienteringsfasen som varer livet ut. I denne fasen aksepteres den nye situasjonen og man tilpasser seg sin nye normal (Norsk helseinformatikk, 2014).

I virkeligheten vil personer bevege seg mellom ulike faser flere ganger gjennom et sykdomsforløp. De ulike fasene kan videre utarte seg noe forskjellig hos enkeltmennesker (Norsk helseinformatikk, 2014).

## 2.6. Patricia Benner og Judith Wrubels sykepleieteori

Patricia Benner og Judith Wrubel har sammen gitt ut boken *The Primacy of Caring*. I denne boken presenteres deres sykepleieteori der omsorg, stress og mestring er sentrale begreper (Kirkevold, 1998, s. xi).

### 2.6.1. Benner og Wrubel om omsorgens betydning

I Benner og Wrubels sykepleieteori blir omsorg sett på som fundamentalt både i sykepleie og i hvert menneske (Kirkevold, 1998, s. 199). Dette begrunnes med at omsorg påvirker hva som betyr noe for mennesket, hva som oppleves som stressende og hvilke alternativer mennesket har for mestring. Videre skaper omsorg muligheter for tilknytning og bekymring, samt til å gi og motta hjelp. Benner og Wrubels sykepleieteori hevder at omsorg er essensielt for all mestring. (Benner & Wrubel, 1989, s. 1–5).

### 2.6.2. Benner og Wrubels syn på stress

Benner og Wrubel definerer stress som «... en forstyrrelse i mening, forståelse og uhemmet funksjon, slik at skade, tap eller utfordring oppleves. Sorg, tolkning eller tilegnelse av nye ferdigheter blir da nødvendig» (Benner & Wrubel, 1989, s. 59). De hevder videre at sykdom nesten alltid vil føre til en slik forstyrrelse av uhemmet funksjon (Benner & Wrubel, 1989, s. 50).

### 2.6.3 Benner og Wrubels syn på mestring

Mestring er ifølge Benner og Wrubel det mennesket gjør med forstyrrelsen i «(...) mening, forståelse og uhemmet funksjon(...)» som oppstår ved stress (Benner & Wrubel, 1989, s. 59). I samsvar med dette kan dermed sykepleiere utøve omsorg ved å hjelpe pasienten med å mestre sin sykdom og sine tap (Kirkevold, 1998, s. 209).

### 2.6.4 Benner og Wrubel om kreft og pasientundervisning

Benner og Wrubel påpeker viktigheten av pasientundervisning til kreftpasienter, ettersom en kreftdiagnose og behandlingen av denne er svært krevende for mennesker. De hevder videre at pasientundervisningen som gis må være så tydelig som mulig om sykdommens natur, behandlingsmuligheter og konsekvenser. Informasjonen som gis bør baseres på pasientens spørsmål og forståelse av sykdommen. Det er videre viktig at informasjonen gis når pasienten er emosjonelt klar for å motta den. Dette for å unngå unødvendig frykt og at pasienten føler seg overveldet av informasjon (Benner & Wrubel, 1989, s. 256–258).

## 3.0 Metode

«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet metode» (Aubert, 1991, s. 196).

Metoden kan dermed sies å være fremgangsmåten man benytter for å innhente kunnskap og informasjonen man trenger for å finne svar på en problemstilling (Thidemann, 2015, s. 74). Denne oppgaven har litteraturstudium som metode.

### 3.1. Design

I et litteraturstudium innhenter man kunnskap fra skriftlige kilder på en systematisk måte, der man kritisk går gjennom valgt litteratur og til slutt sammenfatter funnene. Dette med hensikt å gi leseren en god og oppdatert forståelse rundt den aktuelle problemstillingen,

samtidig som man beskriver metoden brukt for å besvare denne (Thidemann, 2015, s. 77–78).

### 3.2. Søkeprosess

Vi har i vår litteraturstudie søkt etter forskning gjennom innledende søk, strukturerte søk i databaser og manuelle søk i referanselister. Vi vil her legge frem hvordan vi har planlagt og gjennomført søk for å finne relevant forskning til å svare på denne oppgavens problemstilling.

#### 3.2.1 PICO

Når tema for oppgaven var fastsatt startet vi prosessen med å komme frem til en presis og tydelig problemstilling. I denne prosessen benyttet vi oss av rammeverket PICO, som har som funksjon å presisere problemstillingen, tydeliggjøre inklusjon- og eksklusjonskriterier og identifisere søkeord og begreper som kan være nyttige når søket skal utføres. Bokstavene i PICO betegner fire momenter som er nyttige å identifisere for å strukturere søkeprosessen og presisere problemstillingen. Disse momentene er som følger; «Population/Patient/Problem», «Intervention», «Comparison» og «Outcome» (Thidemann, 2015, s. 82–83). I vår oppgave sammenligner vi ikke tiltak og «C» i PICO blir her ikke aktuell (Vedlegg 1).

#### 3.2.2 Inklusjon og eksklusjonskriterier

Valg av inklusjon- og eksklusjonskriterier gjøres for å tydeliggjøre søket og for å begrense mengden litteratur til gjennomgåelse (Thidemann, 2015, s. 83).

Vi har kommet frem til følgende inklusjonskriterier; artikler tilgjengelige i fulltekst, på norsk eller engelsk, publisert mellom 2016 og 2022, som omhandler kvinner diagnostisert med brystkreft, som tar for seg pasientundervisning og depresjon, og som er fagfellevurdert. Vi har valgt å inkludere både kvalitativ og kvantitativ forskning i vår litteraturstudie.

Vi har valgt å ekskludere artikler eldre enn 2016, artikler på andre språk enn norsk og engelsk, som inkluderer menn med brystkreft, som utelukkende tar for seg brystkreftoverlevende og pilotstudier.

### 3.2.3 Databaser og søkestrategi

I en litteraturstudie blir det primært søkt etter litteratur og forskning i databaser, men også gjennom manuelle søk (Thidemann, 2015, s. 81).

Vi startet med å utføre et innledende søk i Google Scholar. Et innledende søk er et enklere søk for å få en oversikt over hva som finnes av litteratur og forskning på området (Thidemann, 2015, s. 81). Gjennom dette søket merket vi oss flere aktuelle artikler der to artikler svarte godt på vår problemstilling og senere ble inkludert i oppgaven.

Referanselistene til aktuelle artikler funnet gjennom innledende søk ble gjennomgått, men det ble i denne prosessen ikke funnet artikler som er inkludert i vår oppgave. Videre brukte vi artikler fra innledende søk til å identifisere gode søkeord.

Vi leste om ulike databaser på helsebiblioteket og kom gjennom dette frem til at følgende databaser var aktuelle for å finne forskning som besvarer vår problemstilling; Cinahl, Pubmed, Psycinfo, Cochrane Library og Embase (Helsebiblioteket, 2016).

Vi begynte med et enkelt søk i Cinahl med de valgte søkeordene (vedlegg 3a), men fikk gjennom dette ikke opp artikler som svarte på vår problemstilling. Vi benyttet oss etter dette av veiledning hos bibliotekar. Her fikk vi rettleiding i hvordan utføre gode søk, samt hjelp til å finne gode søkeord og synonymer. Vi ble i veiledningen anbefalt å benytte Medline fremfor Pubmed, da dette ville gi mulighet for en mer avansert søketeknikk. Vi utførte deretter søk i valgte databaser (vedlegg 3). Vi eliminerte artikler fortløpende i første omgang basert på tittel, og deretter abstrakt ut ifra om de samsvarte med satte inklusjon- og eksklusjonskriterier. Artikler som ikke ble ekskludert i første omgang ble lest i fulltekst og deretter eliminert etter samme kriterier (vedlegg 4).

### 3.3. Kritisk vurdering av artikler

Kritisk vurdering av artikler omhandler å vurdere og karakterisere det faglige arbeidet rundt forskningsartiklene vi har valgt å inkludere (Helsebiblioteket, u.å.-b). Dette har vi gjort

gjennom å benytte oss av sjekklister utarbeidet av Helsebiblioteket (2016). Videre er alle inkluderte artikler fagfellevurderte.

### 3.4. Analyse og syntese

Etter valg av artikler startet vi vår prosess med å analysere artiklene og tolke resultatene. Analyse handler om få en god forståelse av tekstens innhold gjennom å lese teksten i sin helhet, men også som mindre deler og trekke ut de viktige detaljene (Thidemann, 2015, s. 92). Det første vi gjorde var å skimlese artiklene og notere ned hovedpunkter innenfor hver artikkel. Deretter leste vi grundig igjennom hver artikkel flere ganger og benyttet oss av markeringstusjer med fargekoder og enkle notater. Vi tok for oss en artikkel om gangen og diskuterte så artikkelen for å sikre at vi hadde en felles forståelse av artikkelen og dens innhold, og for å sammen finne svar på eventuelle usikkerheter rundt artikkelen. Deretter utførte vi sjekklister utarbeidet av helsebiblioteket sammen og satte artikkelen inn i litteraturmatrisen (vedlegg 5). En litteraturmatrise er en sammenstilling av artikler der viktig informasjon om de valgte artiklene fremkommer (Thidemann, 2015, s. 95).

Vi valgte å finne enkeltstudiene inkludert i de to systematiske oversiktene og lese flere av disse i fulltekst ettersom det fremkom usikkerheter rundt metoden og funn i noen av de inkluderte studiene. Gjennom dette fikk vi større forståelse av enkeltstudiene i de systematiske oversiktene.

Etter alle artiklene var gjennomgått startet vi prosessen med å sammenligne resultatene og finne ut hvordan vi ønsket å sammenfatte funnene. Vi valgte å sammenfatte funnene tematisk og delte resultatene inn i følgende kategorier; "pasientundervisningens effekt på depresjon", "psykososiale aspekter", "informasjonsbehov" og "didaktiske vurderinger".

### 3.5. Kritikk av metode

I litteraturstudium bruker man sekundærdata, altså data innhentet av andre (Thidemann, 2015, s. 75). Gjennom litteraturstudie som metode får man dermed muligheten til å nå en mengde data fra allerede eksisterende forskning (Dalland, 2017, s. 207). Ettersom søkeprosessen ved litteraturstudier kan gi en stor mengde søketreff er det vanlig å begrense søkene med inklusjon- og eksklusjonskriterier (vedlegg 2). Videre er det ved litteraturstudie



viktig å være kritisk til materiale man finner. Dette både i forhold til egne tolkninger av artikler, men også andre sekundærkilders tolkninger som ved systematiske oversikter (Dalland, 2017, s. 162).

### 3.6. Etiske overveielser

Etiske overveielser omhandler refleksjon rundt hvilke etiske utfordringer som et arbeid kan medføre (Dalland, 2017, s. 235). Vi har overholdt akademiske normer for kildehenvisning og referer i oppgaven ved bruk av APA 7th, etter retningslinjene for bacheloroppgaven. Videre er forskningsartiklene inkludert i vår oppgave fagfelleurdert. Dette vil si at fagpersoner innenfor emnet har gjennomgått artikkelen og gått god for den faglige kvaliteten til artikkelen før den publiseres (Rienecker & Jørgensen, 2013, s. 140). Vi har vurdert hvorvidt forskningsartiklene ivaretar deltakernes anonymitet, frivillighet og rett til å trekke seg, om forfatterne holder seg objektiv, at personopplysninger ivaretas og om det oppgis interessekonflikter. I artikkelen til Wu et al. (2018) oppgis det ikke om det eksisterer noen interessekonflikter, noe som kommer frem i de andre inkluderte artiklene.

## 4.0. Syntese

### 4.1. Pasientundervisningens effekt på depresjon

Forekomsten av depresjon er høyere blant kvinner med brystkreft enn den generelle befolkningen (Badger et al., 2019). Depresjon og behandlingen av den, blir dermed sentralt for å bedre livskvalitet hos kvinner med brystkreft.

Funn fra studien til Wu et al. (2018) viser til at psykoedukasjon er effektiv i å redusere psykologisk stress, derunder depresjon. Funn fra studien viste en signifikant reduksjon av depresjon ved siste måling (T4), to uker etter fullført cytostatika behandling (vedlegg 5b). Reduksjon av psykologisk stress kan videre bidra til økt tilpassing til kreften, samt økt livskvalitet (Wu et al., 2018, s. 276).

Funn fra oversikten til Hussein Rawther et al. (2020) viser i likhet til Wu et al. (2018) at psykoedukasjon har effekt i å redusere depresjon. Det ble her funnet reduksjon av depresjon i flere av studiene som inngår i oversikten. Deriblant ble det i en av studiene

funnet en 50% reduksjon av depresjon ved tredje målepunkt, 12 måneder postoperativt (Hussain Rawther et al., 2020, s. 2169) (vedlegg 5a). Denne studien viste derimot ikke signifikant effekt for klinisk praksis (Bredal et al., 2014, s. 200).

Funn fra den systematiske oversikten til Hussain Rawther et al. (2020) viser til at pasientundervisning utført av spesialsykepleiere hadde en positiv effekt på å redusere depresjon. Likevel viste funn fra noen enkeltstudier inngående i oversikten en ikke-signifikant forskjell mellom pasientundervisning utført av spesialsykepleiere og andre yrkesgrupper. Pasientundervisningen inneholdt flere elementer som helse-informasjon, ulike metoder for å håndtere stress og løse problemer, samt psykologisk støtte (Hussain Rawther et al., 2020, s. 2166–2175).

RCT-studien til Badger et al. (2019) sammenligner effekten av "telephone interpersonal counseling" (TIPC) og "Supportive health education" (SHE). Der fremkommer det at TIPC hadde større effekt på å redusere depresjon, mens SHE-intervensjonen viste større effekt på angst, sosial isolasjon og kreft-relaterte symptomer (vedlegg 5b).

#### 4.2. Psykososiale aspekter

Flere av artiklene påpeker at brystkreftpasienter gjennom utførelsen av intervensjonen mottok sosial støtte (Badger et al., 2019, s. 101; Wu et al., 2018, s. 267). Dette er viktig da sosial støtte er en viktig psykososial faktor for å redusere risiko for utvikling av depresjon (Dahl, 2020b, s. 22). I flere av studiene ble det gjennom psykoedukative intervensjoner tilbudt sosial støtte gjennom intervensjonen i seg selv, intervensjonsgruppen, eller gjennom møtet med sykepleier eller annen som utførte intervensjonen. Badger et al. (2019, s.91) trekker frem at pasientene får denne sosiale støtten særlig gjennom TIPC-intervensjonen.

Også i studien til Wu et al. (2018) inneholdt intervensjonen flere faktorer som kan bidra til å ivareta flere psykososiale behov. Eksempelvis fikk kvinnene undervisning om både fysiske og psykiske symptomer og forholdet mellom dem, samt hvordan identifisere den emosjonelle reaksjonen de hadde på kreften eller symptomer (Wu et al., 2018, s. 268). Undervisning i teknikker for avslapping og mestringsstrategier inngikk også i intervensjonen. Dette for å bedre ruste kvinnene til å slappe av, som igjen kunne bidra til en reduksjon i psykologisk stress og bedret tilpasning til kreften (Wu et al., 2018, s. 275).

### 4.3. Informasjonsbehov

Funn fra den systematiske oversikten til Zou et al. (2021, s.13) viser at det foreligger et globalt informasjonsbehov blant kvinner med brystkreft. Det ble her funnet at informasjon har flere positive følger for kvinner med kreft. Disse innebar økt tilpasning til kreften og økt evne til å håndtere usikkerhet. Informasjon viste seg også å bidra til reduksjon i depresjon, følelse av håpløshet og gi langsiktig forbedret psykologisk velvære.

### 4.4. Didaktiske vurderinger

Vi har også valgt å legge frem noen relevante funn fra den systematiske oversikten til Zou et al. (2021) som bidrar til å besvare problemstillingen gjennom kunnskap om hvordan pasientundervisningen bør utføres.

I kartleggingen av kvinners opplevelse av cytostatika behandling ved brystkreft fremkom det at kvinnene opplevde flere stressende bivirkninger. Blant disse var emosjonelt stress og psykologiske belastninger som frykt, angst og depresjon, som medførte at livet endret seg. Foruten om dette medførte cellegiftbehandling andre bivirkninger som kognitive forandringer og fatigue (Wu et al., 2018, s. 270). I tillegg kan depresjon i seg selv medføre nedsatt konsentrasjon og hukommelse, noe som er viktige deltakerforutsetninger å ta i betraktning ved pasientundervisning (Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse, 2021).

Videre i oversikten til Zou et al. (2021) fremkom det at det må tas hensyn til hvor mye informasjon, samt hvilken informasjon kvinnen selv ønsker. Noen av kvinnene inkludert i oversikten ønsket mer informasjon, at all informasjon ble gitt på en gang, eller at den ble gitt i mindre mengder. Zou et al. (2021) fant i studien til Foley et al. (2016) at for mye informasjon kan ha en negativ effekt på depresjon. Dette viste seg gjennom en høyere forekomst av depresjon 7 dager etter operasjon i intervensjonsgruppen sammenlignet med kontrollgruppen (vedlegg 5c).

## 5.0 Diskusjon

### 5.1. Metodediskusjon

#### 5.1.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Som beskrevet i metoden valgte vi å sette flere inklusjon- og eksklusjonskriterier for å avgrense søkene våre og finne mer spisset forskning (vedlegg 2). Inklusjons- og eksklusjonskriterier vi valgte kan ha ført til at relevante forskningsartikler ikke har blitt inkludert i vår litteraturstudie. For å finne ny og oppdatert forskning innen feltet valgte vi å sette artikler eldre enn 2016 som et eksklusjonskriterium. Eldre forskningsartikler kunne muligens gitt oss flere søketreff og relevante funn. Det kan tenkes at vi også gjennom å inkludere eldre artikler hadde funnet forskning som svarte på vår problemstilling og samtidig kunne hatt en mindre fremtredende heterogenitet mellom deltakere og metode. Dette kunne mulig bidratt til studier med høyere validitet (Dahlum, 2021).

Vi valgte å ikke sette avgrensning på alder da forskningsartikler funnet gjennom innledende søk ikke avgrenset alder ytterligere enn at deltakerne var over 18 år. Aldersbegrensning ble derfor ikke satt som et inklusjonskriterium for å unngå å innskrenke søket for omfattende, som igjen kunne ført til utelatelse av relevante artikler. På samme grunnlag valgte vi også å ikke avgrense artiklene til en behandlingstype eller til et spesifikt brystkreftstadium.

Både kvalitativ og kvantitativ forskning ble satt som inklusjonskriterier ettersom vi både ønsket data om personer med brystkreft sine erfaringer rundt pasientundervisning, noe man kan finne i kvalitative studier, og målbare data om effekt av pasientundervisning, noe kvantitativ forskning gir (Dalland, 2017, s. 52).

I forhold til inklusjon- og eksklusjonskriterier rundt språk valgte vi å utelukkende inkludere artikler på norsk og engelsk. Selv om vi har språkkunnskaper til å lese artikler på svensk og dansk, konkluderte vi med å ekskludere disse på bakgrunn av at det her var økt risiko for feiltolkninger grunnet for dårlig språkkompetanse rundt de nevnte språkene. Pilotstudier ble ekskludert ettersom dette er mindre studier brukt for å teste metoder som senere skal brukes i mer omfattende forskning (Braut, 2020). Videre ble menn med brystkreft ekskludert på grunnlag av at menn bare står for rundt 1% av alle brystkrefttilfeller (Norsk helseinformatikk, 2019).

For å avgrense søket ytterligere valgte vi å ekskludere artikler som utelukkende tok for seg brystkreftoverlevende. Dette ble gjort på grunnlag av at disse kvinnene befinner seg i en annen fase av sykdommen enn de som gjennomgår behandling og nyligere har fått en kreftdiagnose. Vi begrunner dette valget med at den psykiske helsen til brystkreftoverlevende kvinner kan preges av at de har hatt tid til å bearbeide den traumatiske krisen som oppstår ved alvorlig sykdom. Vi anerkjenner at problemstillingen kunne blitt besvart ved også å inkludere artikler som utelukkende tar for seg brystkreftoverlevende, men valgte å sette fokus på kvinner i aktiv behandling ettersom det kan tenkes at disse kvinne opplever høyere grad av usikkerhet som dermed kan medvirke til utvikling av depresjon.

#### 5.1.2 Databaser

Det kan tenkes at vi gjennom å søke i andre databaser kunne ha funnet flere relevante forskningsartikler til å svare på vår problemstilling. Ettersom vi har mange duplikater i søket vårt kan det se ut til at valgte databaser har vært like. Samtidig har vi søkt i store, anerkjente databaser basert på anbefalinger av helsebiblioteket og vi har endt opp med flere artikler som svarer på vår problemstilling (Helsebiblioteket, u.å.-a).

#### 5.1.3 Søkord

Gjennom søkeprosessen erfarte vi at relevant forskning kan utebli ved søk. Dette ettersom vi fant to av de inkluderte artiklene i vår oppgave gjennom et innledende søk, men ikke senere ved systematiske søk i databasene. Dette kan skyldes at vi ikke brukte nok synonymer i søket, eller at det var søkeord som kunne vært bedre å bruke. Det kan også tenkes at artiklene uteble i søkeresultatet på grunnlag av at søkene var for avanserte for enkelte databaser (vedlegg 3). Selv om vi erfarte at det fantes aktuelle artikler som ikke fremkom gjennom søket valgte vi tydelige søkeord som førte til et overkommelig antall treff i hver database, der de fleste av artiklene virket relevante og der det var behov for å lese abstrakte for videre ekskludering og inkludering.

Vi valgte å inkludere «Quality of life» som søkeord selv om dette ikke var et utfallsmål direkte knyttet til vår problemstilling. Dette ettersom begrepene depresjon og livskvalitet er

tett knyttet opp mot hverandre, og at vi opplevde at flere relevante artikler hadde «quality of life» som MESH terminologi.

#### 5.1.4 Kritisk vurdering av artikler

For å kritisk vurdere de inkluderte artiklenes kvalitet benyttet vi oss av sjekklister utarbeidet av helsebiblioteket (Helsebiblioteket, 2016). På bakgrunn av at vi har mindre erfaring med kritisk vurdering av forskningsartikler kan vi ha oversett enkelte svakheter i de inkluderte artiklene. Videre kan manglende erfaring ha ført til en utilstrekkelig tolking av artiklenes resultater. Det har tidvis vært utfordrende å svare på sjekklisterens spørsmål, men diskusjon i plenum har lettet dette arbeidet. Ut ifra sjekklisterne fremstår inkluderte artikler som av god metodisk kvalitet. Vi satte fagfelle-vurderte artikler som et inklusjonskriterium for å sikre at fagpersoner i emnet har gått god for artikkelens faglige kvalitet (Rienecker & Jørgensen, 2013, s. 140).

## 5.2. Resultatdiskusjon

### 5.2.1 Pasientundervisningens effekt på depresjon

Basert på Benner og Wrubels tanker om at mestring er det mennesker gjør med brudd som oppstår ved stress, har sykepleier en viktig rolle i å hjelpe pasienten til å mestre sin sykdom. De mener at sorg, tolkning eller tilegnelse av nye ferdigheter blir nødvendig i møte med stress, og at dette kan bidra til mestring (Kirkevold, 1998, s. 209). Vi tenker at sykepleier kan bidra til dette gjennom pasientundervisning som kan føre til mestring og reduksjon av depresjon.

Det kan tenkes at kunnskap fører til at pasienten i større grad vet hvordan hun skal håndtere ulike bivirkninger av sykdommen og behandlingen, noe som dermed kan redusere enkelte plager og symptomer. Ifølge Jacobsen & Stiles (2012) vil mestring av somatiske plager ofte medføre at depresjon avtar. De mener at livskvaliteten og funksjonsnivået til en kreftpasient kan bedres ved at pasienten i økt grad mestrer sykdommen. Dette medfører videre en reduksjon i depresjon.

Samtidig er det ikke bare de fysiske plagene som kan tyngre pasienten og medføre depresjon. Depresjonen kan også oppstå som en reaksjon på diagnosen. Å få en

kreftdiagnose kan oppleves som en traumatisk krise, grunnet tapene og det psykiske stresset kreftdiagnosen kan medbringe (Lorentsen & Grov, 2013, s. 406). Det kan også tenkes at det forekommer situasjoner der det ikke er mulig å redusere de fysiske plagene tilstrekkelig. Vi tenker at det da blir viktig å redusere de psykiske symptomene ettersom det foreligger en toveis korrelasjon mellom fysiske og psykiske plager (Jacobsen & Stiles, 2012). Reduksjon av psykologisk stress kan både føre til økt tilpasning til kreften og øke livskvalitet (Wu et al., 2018). Vi tenker dermed at ved å redusere depresjon reduseres den totale summen av belastninger, noe som kan virke positivt inn på pasientens livskvalitet.

En faktor som kan være viktig å ta i betraktning er tid. Funn fra den systematiske oversikten til Zou et al. (2021) viste til en forbedring i forekomst av bivirkninger, generell helse, fysisk tilpasning, samt psykologisk- og sosial tilpasning over tid (vedlegg 5c). Vi tenker at dette kan ha vel så mye med hvilken fase av en traumatisk krise man befinner seg i, og at man ved tid kan ha begynt å bearbeide og tilpasse seg kreftdiagnosen. Likevel tenker vi det er viktig at pasienten får hjelp til å tilpasse seg den nye situasjonen og bistand gjennom de ulike fasene. Dette tenker vi sykepleieleddet pasientundervisning kan bidra til.

I de ulike pasientundervisning-intervensjonene som inngår i artiklene i denne bacheloroppgaven, ser vi enkelte ulikheter som kan ha påvirkning i effekten på depresjon. Likevel viser funn i ulike artikler inkludert i denne oppgaven at pasientundervisning har effekt i å redusere depresjon, til tross for ulikheter i utførelsen av intervensjonene samt om det var sykepleier eller andre med relevant kompetanse som utførte pasientundervisningen (vedlegg 5). I studien til Badger et al. (2019) ser vi reduksjon av depresjon i begge intervensjonsgruppene, til tross for at intervensjonene ble utført av andre profesjonsutøvere og at intervensjonene var nokså ulike. Den ene intervensjonen tok for seg interpersonlig-terapi, mens den andre hadde en mer kunnskapsformidlende form (Badger et al., 2019, s. 91) (vedlegg 5b). Vi tenker dermed at det er flere faktorer i de ulike artiklene som kan være delaktig i å påvirke depresjon.

### 5.2.2 Viktighet av psykososiale aspekter i pasientundervisning

Som sykepleier har man ansvar for å gi helhetlig sykepleie, noe som innebærer å se hele pasienten og ivareta både fysisk og psykisk helse (Norsk Sykepleierforbund, u.å.). Ut ifra

teori og funnene fra forskningsartiklene inkludert i denne bacheloroppgaven, tenker vi at fysisk og psykisk helse er nært knyttet til hverandre ved kreft, og at det er viktig å tilrettelegge for ivaretagelse av begge aspekter.

Vi ser at emosjonell, eller psykologisk støtte, inngår i ulike former i flere av intervensjoner i valgte artikler (vedlegg 5). Dette enten i form av psykologisk støtte som tilbys gjennom støttesamtaler, gjennom informasjon om psykiske symptomer som oppstår som følge av kreften, og/eller strategier for håndtering av disse. Det ble eksempelvis i flere av intervensjoner lagt vekt på undervisning om interpersonlige relasjoner, problem- og følelshåndtering, og viktigheten av sosialt nettverk. Vi tenker at pasientundervisningen gir emosjonell og sosial støtte gjennom at pasienten møter sykepleier eller annen som leder undervisningen, eller at pasienten møter en undervisningsgruppe. Undervisningen kan også bistå pasienten i opprettholdelse av personlige relasjoner, noe som er viktig da sosial isolasjon er en risikofaktor for depresjon (Dahl, 2020b, s. 22).

Vi tenker at man som sykepleier bør være bevisst på hva slags relasjon man får med pasienten og at balansegangen mellom å være omsorgsfull og å være profesjonell er viktig i utøvelsen av sykepleie. Dette blir særlig viktig ettersom det kan oppleves belastende for pasienten å knytte for nære relasjoner til en sykepleier som ikke alltid kan være tilgjengelig. Å holde en viss grad av emosjonell avstand kan være viktig også for sykepleieren sin del for å kunne utøve profesjonell sykepleie.

Den sosiale støtten man mottar av helsepersonell vil trolig skilles fra den man får av sine nærmeste pårørende og personlig nettverk. I relasjonen mellom pasient og pårørende påtar ofte omsorgsgiver seg mye ansvar for pasienten. Dette kan oppleves belastende, og det er derfor viktig å huske på den pårørendes emosjonelle reaksjoner. Det kan også oppleves som en krise når en av sine nærmeste rammes av sykdom og det blir dermed viktig at også pårørende ivaretas for å sikre at pasienten har et godt sosialt nettverk for å støtte henne gjennom kreftsykdommen. Ut ifra våre erfaringer ser vi at noen pårørende bli utslitt av omsorgsrollen slik at de ikke ivaretar seg selv, mens andre kan bli så opptatt av egne behov at den syke kan havne i skyggen av den pårørendes behov.

I studien til Badger et al. (2019) tok intervensjonen for seg både pasient og omsorgsgiver. Intervensjonen var lik for begge, men pasienter og pårørende deltok hver for seg. Dette



tenker vi kan ha virket inn på reduksjonen i depresjon som ble funnet i begge intervensjonsgrupper og både i pasient- og pårørende gruppene. Vi tenker at pårørendes kunnskap og dermed forståelse for sykdommen kan bidra til at pårørende føler seg bedre egnet til å tilstrekkelig ivareta den syke. Intervensjonen tilbydde også emosjonell støtte til den pårørende da de fikk prate alene med en utenforstående. Vi tenker at det å føle at man mestrer rollen som omsorgsgiver, og at man får utløp for egne tanker og bekymringer, gjør pårørende bedre i stand til å ivareta den syke.

### 5.2.3. Livsstadium og prognosens påvirkning på depresjon

De ulike stadiene og typene av brystkreft, behandles ulikt basert på tumorkarakteristika (Bertelsen et al., 2019). Det kan tenkes at mer alvorlige stadier av kreft har potensial til å påvirke depresjon hos kvinner med brystkreft ettersom kreftstadiet kan påvirke behandling, forløp og prognose.

Behandlingen av brystkreft blir mindre omfattende dersom kreften oppdages tidlig i forløpet (Schlinchting, 2019, s. 452). Kreft som oppdages sent kan ha spredt seg og krever da mer omfattende behandling, noe som kan medføre flere bivirkninger. I tillegg vil kreftsykdommens omfang også påvirke prognosen. I dag er prognosen på overlevelse etter fem år på 90% (Schlinchting, 2019, s. 452), mens ved kreft som oppdages i stadium IV når kreften har spredt seg, er prognosen 34% (Kreftforeningen, 2022). Det kan tenkes at å ha langtkommen kreft med spredning og dårligere prognose, eller ha økt risiko for tilbakevending etter behandling, vil gjøre pasienten mer utsatt for depresjon.

Brystkreft oppdages ofte sent hos yngre kvinner, og vil ofte ikke oppdages før det forekommer synlige symptomer som kvinnen selv oppdager. Yngre kvinner har ofte mer aggressive tumorer, og har ofte spredning til lymfeknuter ved diagnosepunktet (Schlinchting, 2019, s. 447,452). Dette kan medføre et mer omfattende behandlingsforløp etterfulgt av flere bivirkninger som kan virke negativt inn på livskvaliteten og dermed depresjon.

Yngre kvinner med brystkreft kan oppleve en ekstra byrde som følge av en rekke bekymringer i forhold til deres karriere, planer om å stifte familie og familieliv. Videre har yngre kvinner med brystkreft rapportert om lavere livskvalitet enn eldre kvinner og de kan

oppleve et høyere nivå av psykologisk stress, depresjon, angst over fremtiden, rundt rollen som mor og frykt for tilbakevendende kreft (Martinez-Cannon et al., 2021, s. 642, 646). Også behandlingen av brystkreft kan trolig i noen tilfeller oppleves som mer belastende for yngre kvinner med brystkreft enn eldre ettersom cytostatika behandling kan føre til infertilitet (Olsen, 2019). Dette blir dermed et eksempel på en ekstra bekymring kvinner med brystkreft i fertil alder kan oppleve. Alder og hvilket livsstadium kvinnene befinner seg innenfor kan dermed være en faktor som kan påvirke grad av depresjon. På grunn av dette kunne det vært nyttig med forskning på mer homogene grupper i forhold til kvinnenes alder.

En annen psykologisk belastning som kan oppstå ved brystkreft er endret selvbilde grunnet endringer i utseende, noe mange kvinner bekymrer seg over (Almås & Sørensen, 2013). Vi tenker at dette er noe som kan være belastende for kvinner uavhengig av alder og at det er viktig at man som sykepleier ikke undervurderer påkjenningen dette kan ha for kvinnen.

Behandling av brystkreft kan også medføre bivirkninger som nedsatt seksualfunksjon, noe som kan bidra til å påvirke psykisk helse negativt (Martinez- Cannon et al., 2021, s. 645). Dette kan eksempelvis komme av fysiske følger av behandling som vaginal tørrhet men vi tenker at dette også kan være tett knyttet opp mot de psykiske endringene som oppstår som følge av depresjon og endret selvbilde (Bertelsen et al., 2019, s. 142). Seksuell helse er viktig uavhengig av alder, men det kan tenkes at det finnes forskjeller i grad av belastning avhengig av bl.a. livsstadium og alder.

#### 5.2.4. Kultur

Vi har i denne bacheloroppgaven inkludert studier fra ulike land og verdensdeler (vedlegg 5). Inkluderte studier innebærer dermed kvinner med ulik kultur, tilgang på behandling, sosioøkonomisk status m.m. Dette er faktorer vi mener kan ha påvirkning på resultatene i artiklene, samt hvorvidt resultatene kan overføres til kvinner i norske sykehus. Zou et al. (2021) viser at det foreligger et globalt informasjonsbehov hos kvinner med brystkreft (Zou et al., 2021, s.13). Videre har vi funn fra forskjellige land som viser til at pasientundervisning har effekt i å redusere depresjon hos kvinner med brystkreft (vedlegg 5). Dette tenker vi styrker generaliserbarheten av funnene til norske sykehus.

Vi har også inkludert studier på brystkreft hos kvinner i minoritetsgrupper. Ifølge Badger et al. (2019, s. 88) blir latin-amerikanske kvinners behov for informasjon og sosial støtte under- og etter kreftbehandling sjeldnere møtt. I tillegg rapporteres det om høyere grad av depressive symptomer hos denne gruppen, enn kvinner med brystkreft tilhørende majoritetsbefolkningen. Funn fra denne studien viser videre til at det å gjøre informasjon og kreftbehandling mer tilgjengelig for denne gruppen i seg selv, har hatt positiv effekt på mental helse (Badger et al., 2019, s. 102). Dette blir viktig å ta i betraktning når man vurderer effekten pasientundervisning har hatt på depresjon hos disse kvinnene. Kultur, økonomi, levestandard m.m. kan også ha spilt inn på kvinnenens grad av depresjon i andre artikler. Det er også viktig å vurdere dette oppimot hvorvidt disse funnene kan generaliseres til Norge. Ettersom vi i Norge har et flerkulturelt samfunn hvor man som sykepleier møter mange pasienter tilhørende minoritetsgrupper, tenker vi at dette er en styrke i forhold til overføringsverdien til det norske helsevesenet. Vi velger likevel å stille oss noe kritisk til overføringsverdien til Norge blant annet grunnet at vi i Norge har et helsevesen som er mer tilgjengelig for innbyggerne uavhengig av økonomi, noe som kan skille seg fra land som USA som studien til Badger et al. (2019) kommer fra.

Studien til Badger et al. (2019, s. 88-89) viser også til viktigheten av at informasjon gis på foretrukket språk og at den er kultursensitiv. Vi tenker at dette er noe sykepleier bør være oppmerksom på i utførelse av pasientundervisning til kvinner med brystkreft tilhørende minoritetsgrupper og at det er viktig at undervisningsmateriale tilpasses deretter for best mulig effekt i å redusere depresjon hos disse kvinnene.

#### 5.2.5 Artiklenes heterogenitets påvirkning på resultat

Felles for inkluderte artikler i denne bacheloroppgaven er at disse preges av stor heterogenitet når det kommer til deltakere og metode (vedlegg 5). Dette gjelder både innad i studier, mellom enkeltstudier i de systematiske oversiktene og mellom de inkluderte artiklene i denne bacheloroppgaven. Med stor heterogenitet mellom deltakere viser vi til forskjeller i kvinnenens alder, kreftstadium, behandling, sosioøkonomisk status m.m. Dette ser vi eksempelvis i studien til Badger et al. (2019, s.96) der det forekom demografiske forskjeller mellom intervensjons- og kontrollgruppen som vi tenker kan ha påvirkning på resultatet. Det er også forskjeller i hvem som utførte intervensjoner og hva som inngikk i

pasientundervisningen. Dette ser vi eksempel på i studien til Wu et al. (2018, s. 269) som inkluderer "Hendrickson muscle relaxation technique"-en femten minutters avslapningsøvelse som ble benyttet for å lære pasientene å kontrollere pust, avspenne muskler og stoppe negative tanker. Grunnet slike ulikheter i innholdet i pasientundervisningen blir det dermed vanskeligere å vite hvilke aspekter med undervisningen som har hatt effekt i å redusere depresjon.

Stor heterogenitet innad i studier, samt mellom enkeltstudier i de systematiske oversiktene kan ha påvirket studienes indre validitet i form av hvorvidt resultatene faktisk skyldes pasientundervisningen (Dahlum, 2021). Samtidig kan stor heterogenitet mellom deltakere og at ulike studier viser en signifikant effekt av pasientundervisning styrke artiklenes ytre validitet ved at funnene kan overføres til en større gruppe mennesker og ikke bare begrenses til en spesifikk gruppe av kvinner med brystkreft (Dahlum, 2021).

#### 5.2.6 Didaktiske vurderinger

Sykepleieteoretikerne Benner og Wrubel beskriver i sin sykepleieteori hvordan pasientundervisning bør utføres for å hjelpe pasienter å mestre sin sykdom. De hevder at informasjonen som gis må være tydelig, at den bør baseres på spørsmål pasienter har, samt pasientens forståelse av sin sykdom. Videre må informasjonen gis til rett tid og når pasienten er emosjonelt klar, for å hindre unødvendig frykt og at pasienten blir overveldet av informasjon (Kirkevold, 1998, s. 256-258).

Basert på Benner- og Wrubels tanker rundt pasientundervisning mener vi at det er sentralt at denne tilpasses hver pasient og at dette kan være nødvendig for at undervisningen skal ha en effekt i å redusere depresjon. Dette støttes videre av funn fra den systematiske oversikten til Zou et al. (2021) som viser til viktigheten av tilpasset undervisning. Det fremkom her at kvinnene hadde ulike preferanser når det gjelder hvor mye informasjon de ønsket, hvor mye de ønsket på en gang og om de ønsket all informasjon (vedlegg 5).

For å gi pasienten tilpasset undervisning tenker vi at den didaktiske relasjonsmodell er et viktig verktøy sykepleier kan benytte seg av. Gjennom å benytte denne modellen kan sykepleier vurdere pasientens deltakerforutsetninger og rammefaktorer, samt finne egnede undervisningsmetoder. Videre får sykepleier sammen med pasienten sette egnede

mål for undervisningen og basere innholdet etter dette. Underveis vil man kunne evaluere og eventuelt justere undervisningen etter behov og dermed møte pasienten der den er (Tveiten, 2020b, s. 94).

Gjennom å benytte seg av den didaktiske relasjonsmodell og evaluere og justere undervisningen underveis tar man også hensyn til at pasienten kan oppleve en traumatisk krise ved å få diagnosen brystkreft (Norsk helseinformatikk, 2014). Kvinnene kan dermed gjennom sykdomsforløpet sitt befinne seg i ulike stadier av en traumatisk krise, noe som igjen kan føre til vekslende grad av konsentrasjon og hukommelse, særlig i sjokkfasen og reaksjonsfasen (Norsk helseinformatikk, 2014). Man kan dermed tenke seg at det kan være viktig at man som sykepleier til kvinner med nylig diagnostisert brystkreft avventer mye av pasientundervisningen til kvinnene befinner seg i en senere fase av krisen. Kvinnen kan da ha bedre evne til å ta innover seg informasjon. På samme tid kan stadiet av en traumatisk krise også variere gjennom dagen og fra dag til dag. Vi tenker dermed at det er sentralt at sykepleier tar dette i betraktning også senere i et kreftforløp. Videre tenker vi at det er viktig at sykepleier har kunnskap om traumatiske kriser for å kunne identifisere hvilket krisestadium kvinnen befinner seg i. Dette for å ta egne faglige vurderinger rundt undervisningen, særlig i forhold til mengde, innhold og tidspunkt.

## 6.0. Konklusjon

Vi ser ut ifra funnene i denne bacheloroppgaven at pasientundervisning har effekt i å redusere depresjon hos kvinner med brystkreft. Vi tenker at psykososiale aspekter og didaktiske vurderinger er faktorer som kan bidra til denne reduksjonen av depresjon. Videre er alder, livsstadium og kultur faktorer som kan virke inn på grad av depresjon.

Pasientundervisningens effekt medbringer flere positive følger som vi tenker bidrar til denne reduksjonen i depresjon. Vi ser at pasienten gjennom undervisning kan motta sosial støtte i form av undervisningen i seg selv, samt gjennom kunnskap som kan bidra til opprettholdelse av personlige relasjoner. Videre kan pasientundervisning føre til at pasienten bedre mestrer sin sykdom, kan oppleve økt tilpasning til kreften, og økt livskvalitet.

Pasientundervisningen ble utført av både sykepleiere og andre yrkesgrupper, og det ble funnet reduksjon i depresjon. Vi kan dermed konkludere med at pasientundervisning kan ha effekt uavhengig av om det er sykepleiere eller andre med relevant kompetanse som utfører undervisningen. Samtidig er det mange vurderinger det bør tas hensyn til i utøvelse av pasientundervisningen og vi tenker sykepleiere egner seg godt til dette.

For at pasientundervisning skal ha best mulig effekt i å redusere depresjon hos brystkreftpasienter viser funn fra forskningen inkludert i denne bacheloroppgaven til at undervisningen bør tilpasses hver enkelt kvinners forutsetning og ønsker, og gis til rett tid. Her tenker vi at den didaktiske relasjonsmodell er et godt verktøy sykepleiere kan bruke for å tilpasse, og bedre pasientundervisning til kvinner med brystkreft. Også oppmerksomhet rundt viktigheten av sensitivitet rundt språk og kulturbarrierer blir viktig i møte med brystkreftpasienter ettersom vi i det norske helsevesenet møter kvinner fra forskjellige land og kulturer.

Ettersom pasientundervisning kan ha en reduserende effekt på depresjon mener vi at sykepleiere i stor grad bør benytte seg av pasientundervisning i møte med kvinner med brystkreft. Dette for å bedre livskvalitet, samt forebygge lengre behandlingstrengende depresjoner. Basert på at det foreligger en toveis korrelasjon mellom fysiske og psykiske plager som følge av kreft tenker vi det er viktig at pasientundervisningen tar hensyn både til pasientens fysiske og psykiske helse, og rettes inn mot å bedre begge.

I forskningen inkludert i denne oppgaven var det stor heterogenitet mellom deltakere og intervensjoner. Videre inneholdt de systematiske oversiktene enkeltstudier som ikke viste til en signifikant effekt på depresjon gjennom pasientundervisning. Vi tenker derfor at det er behov for videre forskning på dette området som kan styrke sykepleiers bruk av pasientundervisning for å redusere depresjon hos brystkreftpasienter.

## 7.0 Referanseliste:

- Almås, H., & Sørensen, E. M. (2013). Sykepleie ved brystkreft. I H. Almås, D.-G. Stubberud, & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (4. utg., s. 439–452). Gyldendal Akademisk.
- Aubert, V. (1991). Om metoder og teori i sosiologien. I *Det skjulte samfunn* (2. utg., s. 192–224). Universitetsforlaget.
- Badger, T. A., Segrin, C., Sikorskii, A., Pasvogel, A., Weihs, K., Lopez, A. M., & Chalasani, P. (2019). Randomized controlled trial of supportive care interventions to manage psychological distress and symptoms in Latinas with breast cancer and their informal caregivers. *Psychology & Health, 35*(1), 87–106.  
<https://doi.org/10.1080/08870446.2019.1626395>
- Benner, P., & Wrubel, J. (1989). *The Primacy of Caring- Stress and Coping in health and illness*. Addison-Wesley Publishing Company.
- Bertelsen, B., Hornslien, K., Thoresen, L., & Nakstad, A. R. (2019). Svulster. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg., s. 127–130). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Braut, G. S. (2020). Pilotstudie. I *Store norske leksikon*. <http://snl.no/pilotstudie>
- Breastcancer.org. (2022, februar 3). *Breast Cancer Stages*. Breastcancer.org.  
[https://www.breastcancer.org/pathology-report/breast-cancer-stages?gclid=CjwKCAjwgr6TBhAGEiwA3aVuIQtInLTh9MI2M2taSNKpc6RU2E54v7XdJyBsPBFLh8NgHo1zwKL9ZR0CanYQAvD\\_BwE&fbclid=IwAR2ow4D4S-HJOf9uzs0brGUq-fluybESIBBXu-c0tQ6vHlBJJ8xfgZpYuAM](https://www.breastcancer.org/pathology-report/breast-cancer-stages?gclid=CjwKCAjwgr6TBhAGEiwA3aVuIQtInLTh9MI2M2taSNKpc6RU2E54v7XdJyBsPBFLh8NgHo1zwKL9ZR0CanYQAvD_BwE&fbclid=IwAR2ow4D4S-HJOf9uzs0brGUq-fluybESIBBXu-c0tQ6vHlBJJ8xfgZpYuAM)
- Brystkreftforeningen. (u.å.). *Behandling av brystkreft*. Brystkreftforeningen. Hentet 28. februar 2022, fra <https://www.brystkreftforeningen.no/om-brystkreft/behandling/?fbclid=IwAR3SGiu4KmODVHlgb1nYO8Pg54ArvCYmcNXN6GcYnW8RMtli-lxgo6yhi9A>
- Bredal, I. S., Kåresen, R., Smeby, N. A., Espe, R., Sørensen, E. M., Amundsen, M., Aas, H., & Ekeberg, Ø. (2014). Effects of a Psychoeducational Versus a Support Group Intervention in Patients With Early-Stage Breast Cancer: Results of a Randomized Controlled Trial. *Cancer Nursing, 37*(3), 198–207.  
<https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e31829879a3>
- Dahl, Alv. A. (2020). Psykiatriske klassifikasjonssystemer. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser-faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 98–99). Gyldendal Norsk Forlag.
- Dahl, Alv. A. (2020). Psykiske lidelser- teoretiske forståelsesmodeller. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser- faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 14–23). Gyldendal Norsk Forlag.
- Dahlum, S. (2021). Validitet. I *Store norske leksikon*. <http://snl.no/validitet>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Felleskatalogen. (2020, desember 1). *Brystkreft*. Felleskatalogen.  
[https://www.felleskatalogen.no/medisin/sykdom/brystkreft?fbclid=IwAR3RgNTOEvvPul3pOfAEVwA4y0dGiybByVEGGTPDk5YGN-4dDcwj-YY\\_Zgo](https://www.felleskatalogen.no/medisin/sykdom/brystkreft?fbclid=IwAR3RgNTOEvvPul3pOfAEVwA4y0dGiybByVEGGTPDk5YGN-4dDcwj-YY_Zgo)
- Grøholt, B., & Sund, A. M. (2019, mars 21). *Depressive lidelser*. Legeforeningen.no.  
<https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-barne--og-ungdomspsykiatrisk-forening/veiledere/veileder-i-bup/del-2-tilstandsbilder-kapitlene-er-oppsett-etter-inndeling-i-icd-10/depressive-lidelser/>
- Helsebiblioteket. (u.å.-a). *Alle databaser*. Helsebiblioteket.no. Hentet 8. april 2022, fra  
<https://www.helsebiblioteket.no/databaser/alle-databaser>
- Helsebiblioteket. (u.å.-b). *Kritisk vurdering*. Helsebiblioteket.no; Helsebiblioteket.no. Hentet 22. april 2022, fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering>
- Helsebiblioteket. (2016, juni 3). *Sjekklister*. Helsebiblioteket.no; Helsebiblioteket.no.  
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister>
- Helsedirektoratet. (2020). *Seneffekter etter kreftbehandling* (ISBN 978-82-8081-610-8; IS-2872, s. 84). Helsedirektoratet.  
[https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/seneffekter-etter-kreftbehandling/Seneffekter%20etter%20kreftbehandling.pdf/\\_/attachment/inline/3d984c2a-7926-4d1a-a5f0-06d48fe7c95f:f3e498d059734ff34b013c1c206877e488e95600/Seneffekter%20etter%20kreftbehandling.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/seneffekter-etter-kreftbehandling/Seneffekter%20etter%20kreftbehandling.pdf/_/attachment/inline/3d984c2a-7926-4d1a-a5f0-06d48fe7c95f:f3e498d059734ff34b013c1c206877e488e95600/Seneffekter%20etter%20kreftbehandling.pdf)
- Helsedirektoratet. (2021, oktober 15). *TNM-klassifisering—Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter med brystkreft, 15.10.2021*. Helsebiblioteket.no.  
<https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/brystkreft/diagnostisering-og-utredning/tnm-klassifisering?fbclid=IwAR38yP6kmhMOfzc4OBsE9k0qMjpEmuLQbtiHkdhenSdcEB602khKBc2lOzU>
- Holsten, F. (2020). Stemningslidelser. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser- faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 101–112). Gyldendal Norsk Forlag.
- Hussain Rawther, S. C., Pai, M. S., Fernandes, D. J., Mathew, S., Chakrabarty, J., & Devi, E. S. (2020). Specialist nurse initiated interventions in breast cancer care: A systematic review of randomised controlled trials. *Journal of Clinical Nursing*, 29(13–14), 2161–2180. <https://doi.org/10.1111/jocn.15268>
- Jacobsen, H. B., & Stiles, T. C. (2012, januar 5). *Når somatikk og depresjon opptrer sammen – en utfordring for psykologer*. Tidsskrift for Norsk psykologforening.  
<https://psykologtidsskriftet.no/fra-praksis/2012/01/nar-somatikk-og-depresjon-opptrer-sammen-en-utfordring-psykologer>



- Johansen, R., Melle, I., & Malt, U. F. (2020). Hovedformer for psykoterapi og andre ikke-biologiske behandlingsmetoder. I I. Melle (Red.), *Lærebok i psykiatri* (s. 449–467). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kirkevold, M. (1998). Patricia Benner og Judith Wrubels omsorgsteori. I *Sykepleieteorier-analyse og evaluering* (2. utg., s. 199–215). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kreftforeningen. (2022, mars 23). *Brystkreft*. Kreftforeningen.  
<https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/brystkreft/>
- Lorentsen, V. B., & Grov, K. (2013). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I H. Almås, D.-G. Stubberud, & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (4. utg., s. 401–431). Gyldendal Akademisk.
- Løvhaug, L., Hansen, S. O. B., Kråbøl, A. K., Ofrim, T., Tennås, I., & Sandberg, M. (u.å.). *Psykoedukasjon til akuttpsykiatriske pasienter*. Helsebiblioteket.no;  
Helsebiblioteket.no. Hentet 3. mars 2022, fra  
<https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/psykoedukasjon-til-akuttpsykiatriske-pasienter>
- Martinez- Cannon, B. A., Barragan-Carrillo, R., & Villarreal-Garza, C. (2021). Young women with breast cancer in resource-limited settings: What we know and what we need to do better. *Breast Cancer: Targets and Therapy*.  
<https://doi.org/10.2147/BCTT.S303047>
- Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse. (2021, desember 20). *Didaktisk relasjonsmodell*. mestring.no.  
<https://mestring.no/helsepedagogikk/pedagogisk-tilnaerming/didaktisk-relasjonsmodell/>
- Norsk helseinformatikk. (2014, mai 14). *Å dele en krise i livet- Kriser*. NHI.no.  
<https://nhi.no/sykdommer/kreft/a-dele-en-krise-i-livet/kriser/>
- Norsk helseinformatikk. (2019, november 14). *Brystkreft hos menn*. NHI.no.  
<https://nhi.no/sykdommer/mann/mannlige-kjonnorganer-kreft/brystkreft-hos-menn/>
- Norsk Sykepleierforbund. (u.å.). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet 23. mai 2022, fra  
<https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Odle, T. G. (2014). Adverse Effects of Breast Cancer Treatment. *Radiologic Technology*, 85(3), 297M-319M.
- Olsen, T. K. (2019). Cellegift. I *Store medisinske leksikon*. <http://sml.snl.no/cellegift>
- Rienecker, L., & Jørgensen, P. S. (2013). *Den gode oppgaven- Håndbok i oppgaveskriving på universitet og høyskole* (2. utg.). Fagbokforlaget Vogmostad & Bjørke AS.
- Sand, O., Sjaarstad, Ø., Haug, E., & Bjålie, J. (2006). Celler. I *Menneskekroppen* (2. utg., s. 46–76). Gyldendal Norsk forlag.

- Schlinchting, E. (2019). Sykdommer i brystene. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg., s. 443–452). Gyldendal Norsk Forlag.
- Smith, H., R. (2015). Depression in cancer patients: Pathogenesis, implications and treatment (Review). *Oncology Letters*, 9(4), 1509–1514.  
<https://doi.org/10.3892/ol.2015.2944>
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter- Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Tveiten, S. (2020a). Veiledning og helseveiledning. I *Helsepedagogikk- helsekompetanse og brukervedvikning* (2. utg., s. 97–121). Fagbokforlaget.
- Tveiten, S. (2020b). Vurderingsgrunnlag for pasient- og pårørendeopplæring. I *Helsepedagogikk-helsekompetanse og brukervedvirkning* (2. utg., s. 91–96). Fagbokforlaget.
- World Health Organization. (2021, mars 26). *Breast cancer*. Who.Int.  
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>
- World Health Organization. (2022, februar 3). *Cancer*. Who.Int. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Wu, P.-H., Chen, S.-W., Huang, W.-T., Chang, S.-C., & Hsu, M.-C. (2018). Effects of a Psychoeducational Intervention in Patients With Breast Cancer Undergoing Chemotherapy. *Journal of Nursing Research (Lippincott Williams & Wilkins)*, 26(4), 266–279. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000252>
- Zou, G., Simons, A., & Toland, S. (2021). An exploration of the effects of information giving and information needs of women with newly diagnosed early-stage breast cancer: A mixed-method systematic review. *Nursing Open*, n/a(n/a).  
<https://doi.org/10.1002/nop2.994>
- Aarre, T. F. (Red.). (2018). Stemningslidelser. I *Psykiatri for helsefag* (2. utg., s. 135–155). Vigmostad & Bjørke.

## Vedlegg

### Vedlegg 1- PICO

	P- Population/Patient/Problem	I-Intervention	C- Comparison	O- Outcome
Norsk	Kvinner med brystkreft	Pasientundervisning	-	Depresjon Livskvalitet
Engelsk	Breast tumor Breast neoplasm (mesh) Breast cancer	Patient education (mesh) Patient information Patient teaching	-	Depression (mesh) Depressive disorder (mesh) Psychological well-being Health-related quality of life Quality of life (mesh)

### Vedlegg 2- Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Kvinner med brystkreft	Menn med brystkreft
Artikler som tar for seg pasientundervisning	Artikler som ikke måler depresjon
Måler depresjon	Mangler pasientundervisning
Artikler i fulltekst	Artikler på andre språk enn norsk og engelsk
Språk: norsk og engelsk	Artikler eldre enn 2016
Artikler publisert 2016-2022	Pilotstudier
Kvalitative studier	
Kvantitative studier	
Artikler som er fagfelleurdert	

### Vedlegg 3- Søkehistorikk

Tabell 3a- Cinahl

Søkedato	Søk nummer	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Artikler inkludert
18.12.2021	2	«Breast cancer» AND «patient teaching» AND depression	Publikasjonsdato 2016-2021	10	9	-	
6.01.2022	3	"Breast cancer" OR "breast neoplasm*" OR "breast tumor" AND "patient education" OR "patient information" OR "patient teaching" AND "quality of life" OR "health	Publikasjonsdato; 2016-06.01.2022	30	16	3	Effects of a Psycho-educational Intervention in Patients with Breast Cancer Undergoing Chemotherapy.  (Wu et al., 2018)

		related quality of life" OR "psychological wellbeing" AND "depression" OR "depressive disorder»					
--	--	---	--	--	--	--	--

Tabell 3b- Medline

Søkedato	Søk nummer	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Artikler inkludert
06.01.2022	1	"Breast cancer" OR "breast neoplasm*" OR "breast tumor" AND "patient education" OR "patient information" OR "patient teaching" AND "quality og life" OR "health related quality of life" OR "psychological wellbeing" AND "depression" OR "depressive disorder»	Publikasjonsdato; 2016-06.01.2022	25	6	-	Randomized controlled trial of supportive care interventions to manage psychological distress and symptoms in Latinas with breast cancer and their informal caregivers (Badger et al., 2020a)

Tabell 3c- Embase

Søkedato	Søk nummer	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Artikler inkludert
12.01.2022	1	"Breast cancer" OR "breast neoplasm*" OR "breast tumor" AND "patient education" OR "patient information" OR "patient teaching" AND "quality og life" OR "health related quality of life" OR "psychological wellbeing" AND	Publikasjonsdato; 2016-06.01.2022	38	24	4	-

		"depression" OR "depressive disorder»					
--	--	---	--	--	--	--	--

Tabell 3d- Psycinfo

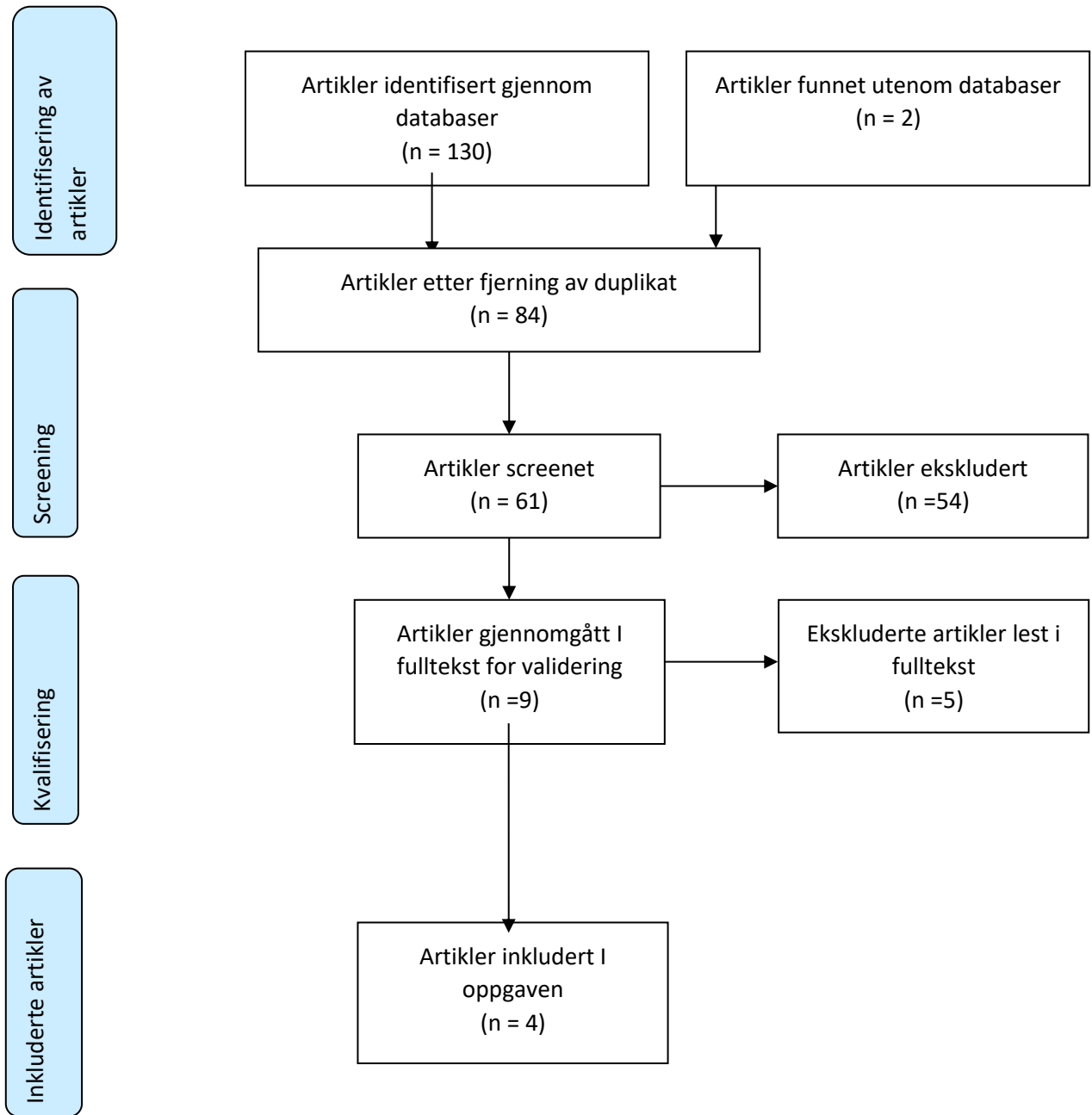
Søkedato	Søk nummer	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikkel	Artikler inkludert
12.01.2022	1	"Breast cancer" OR "breast neoplasm*" OR "breast tumor" AND "patient education" OR "patient information" OR "patient teaching" AND "quality og life" OR "health related quality of life" OR "psychological wellbeing" AND "depression" OR "depressive disorder»	Publikasjonsdato; 2016-12.01.2022	9	1	-	-

Tabell 3e- Cochrane Library

Søkedato	Søk nummer	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikkel	Artikler inkludert
09.01.22	1	"Breast cancer" OR "breast neoplasm*" OR "breast tumor" AND "patient education" OR "patient information" OR "patient teaching" AND "quality of life" OR "health related quality of life" OR "psychological wellbeing" AND "depression" OR "depressive disorder»	01.01.2016- 09.01.22	18	5	2	-



### PRISMA 2009 Flow Diagram



## Vedlegg 5-Litteratormatrise

### Vedlegg 5a- Specialist nurse-initiated interventions in breast cancer care: A systematic review of randomized controlled trials

Artikkel Acrall Studiedesign Land	Metode				Resultater		
	Utvalg/størrelse	Intervensjon	Kommentarer	Funn	Konklusjon	Relevans/overføringsverdi	
Specialist nurse-initiated interventions in breast cancer care: A systematic review of randomized controlled trials  Forfattere: Shejila Chhillakunnel Hussain Rawther, Mamatha Shivanada, Donald J Fernandes, Stanley Mathew, Jyothi Chakrabarty & Elsa Sanatombi  2020	<b>Størrelse:</b> 16 studier ble inkludert i oversikten.  Hver studie inkluderte mellom 40 og 374 kvinner.  Totalt antall kvinner i den systematiske oversikten: 3299.  <b>Alder:</b> Oversikten inkluderer kvinner mellom 18-85 år.  <b>Brystkreftstadiet:</b> I-IV	Den systematiske oversikten sammenligner ulike intervensjoner utført av spesialsykepleiere med en kontrollgruppe. I de fleste enkeltstudiene innebærer kontrollgruppen rutine omsorg/behandling.  Studiene som undersøker pasientundervisning som intervensjon og som måler depresjon blir videre beskrevet nedenfor;  <b>Bredal et al (2014):</b> <b>Intervensjonsgruppe:</b> Psykoedukasjon som inneholdt følgende fire elementer: helse informasjon, stress håndtering, problemløsning og psykisk støtte. <b>Kontrollgruppe:</b> Støttegruppe (standard behandling).	Intervensjoner utført av spesialsykepleiere.  Konfidensintervall og effektestimater ikke opplyst om, men p-verdi fremkommer.  Ikke slått sammen resultatene i metaanalyse pga. høy heterogenitet.  Resultatene er narrativt oppsummert.	Flere studier viste at intervensjoner ledet av spesialsykepleiere hadde en positiv effekt på psykologiske problemer, deriblant på angst og depresjon. Noen studier fant ingen signifikant forskjell mellom intervensjon- og kontrollgruppe.  Det ble ikke funnet signifikant reduksjon i livskvalitet mellom intervensjon og kontrollgruppe i studier som målte dette.  To studier viste høy tilfredshet i gruppen ledet av spesialsykepleiere.  En studie så på kostnadsdata. Det ble her ikke funnet noen forskjeller mellom kostnad i intervensjoner utført av spesialsykepleiere i forhold til annet helsepersonell.  Studiene som måler pasientundervisningens effekt på depresjon, blir videre omtalt nedenfor;  <b>Bredal et al. (2014)</b>	Den systematiske oversikten konkluderer med at intervensjoner gitt av spesialsykepleiere kan bedre helseutsiktene til kvinner med brystkreft.  Det er få studier fra utviklingsland, noe som viser til et behov for intervensjoner fra spesialsykepleiere i utviklingsland.  Det er behov for mer forskning av høy kvalitet og metodisk likhet for å kunne utvikle slike tilbud som kan iverksettes i primær- og sekundær helsetjenesten.	Den systematiske oversikten viser til en forbedring av psykiske problemer som depresjon og at intervensjoner ledet av spesialsykepleiere gir noen fordeler for kvinner med brystkreft. Alle studiene i oversikten er fra industriland noe som øker overføringsverdien til industriland. Den store heterogeniteten i forhold til metode og deltakere i den systematiske oversikten gjør at vi stiller oss noe kritisk til studiens validitet.	
Systematisk oversiktsartikkel av RCT studier  Land: Oversikten inneholder studier fra USA, Storbritannia, Sverige, Norge, Nederland og Australia	<b>Behandling:</b> Mastektomi, stråling, hormonterapi og Cytostatika-behandling.	<b>Koinberg et al. (2014):</b> <b>Intervensjonsgruppe:</b> Intervensjon med informasjon om tilbakefall, selvsorg og psykososiale aspekter. <b>Kontrollgruppe:</b> rutine oppfølging.  <b>Wengström et al. (1999):</b> <b>Intervensjonsgruppe:</b> Støtte og rettledning, informasjon/undervisning om selvsorg, mestringsstrategier, selvsjekk av bryster, og mestringsrutiner <b>Kontrollgruppe:</b> Standard sykepleie omsorg  <b>Watson et al. (1988)</b> <b>Intervensjonsgruppe:</b> Intervensjon som besto av emosjonell støtte og tilrettelegging for tilpassning, informasjon om fysisk tilstand og praktiske råd om brystprotese	Det har i oversiktens enkeltstudier blitt brukt ulike måleverktøy for depresjon eksempelvis; HADS (hospital anxiety and depression scale), mini mental adjustment to cancer scale, Courtauld emotional scale.	En studie så på kostnadsdata. Det ble her ikke funnet noen forskjeller mellom kostnad i intervensjoner utført av spesialsykepleiere i forhold til annet helsepersonell.  Studiene som måler pasientundervisningens effekt på depresjon, blir videre omtalt nedenfor;  <b>Bredal et al. (2014)</b>	Den systematiske oversikten konkluderer med at intervensjoner gitt av spesialsykepleiere kan bedre helseutsiktene til kvinner med brystkreft.  Det er få studier fra utviklingsland, noe som viser til et behov for intervensjoner fra spesialsykepleiere i utviklingsland.  Det er behov for mer forskning av høy kvalitet og metodisk likhet for å kunne utvikle slike tilbud som kan iverksettes i primær- og sekundær helsetjenesten.	Den systematiske oversikten viser til en forbedring av psykiske problemer som depresjon og at intervensjoner ledet av spesialsykepleiere gir noen fordeler for kvinner med brystkreft. Alle studiene i oversikten er fra industriland noe som øker overføringsverdien til industriland. Den store heterogeniteten i forhold til metode og deltakere i den systematiske oversikten gjør at vi stiller oss noe kritisk til studiens validitet.	

		<p>(Watson et al., 1988, s. 3). <b>Kontrollgruppe:</b> Rutine oppfølging.</p>		<p>For effekt over tid for depresjon ble <math>F=48,8</math>, <math>p&lt;0.001</math>. Det ble funnet en reduksjon av depresjon på 50% i begge grupper ved T3, men dette funnet hadde ikke klinisk signifikant effekt.</p> <p><b>Koinberg et al. (2014)</b> Det ble ikke funnet signifikante forskjeller mellom intervensjon og kontrollgruppen i forhold til angst og depresjon.</p> <p><b>Wengström et al. (1999)</b> Fant en reduksjon i depresjon i intervensjonsgruppen (<math>p&lt;.05</math>). Resultatene fra denne studien viser til at spesialiserte brystkreft sykepleiere kan bidra til å redusere psykologisk stress hos kvinner som mottar strålebehandling.</p> <p><b>Watson et al. (1988)</b> Det ble funnet en reduksjon i depresjon i intervensjonsgruppen etter 3 mnd. (<math>P = .05</math>).</p>	
--	--	---	--	---	--

<sup>1</sup> T3 i Bredal et al. (2014) viser til 3. målepunkt 12 måneder etter kirurgi.



Vedlegg 5b- Randomized controlled trial of supportive care interventions to manage psychological distress and symptoms in Latinas with breast cancer and their informal caregivers

Artikkel Årstall Studiedesign Land	Metode			Resultater		
	Uvælg/størrelse	Intervensjon	Kommentarer	Funn	Konklusjon	Relevans/overføringsverdi
Randomized controlled trial of supportive care interventions to manage psychological distress and symptoms in Latinas with breast cancer and their informal caregivers  Forfattere: Terry A Badger, Chris Segrin, Alla Skikorskii, Alice Pasvogel, Karen Wirehs, Ana Maria Lopez & Pavan Chalasani.  2019  RCT- studie	<b>Størrelse:</b> 241 Latinamerikanske kvinner med BK (i Arizona, USA) og deres uformelle omsorgsgivere.  <b>Alder:</b> 18+, det opplyses ikke aldersspennet til deltakere.  Gjennomsnittskvinne n var i begynnelsen av 50 årene.  <b>Brystkreftstadium:</b> 0-IV  <b>Behandling:</b> De fleste kvinnene mottok cellegiftbehandling. Hormonterapi og stråling var også representerte behandlingsformer.	8 uker med supportive health education (SHE) eller telephone interpersonal counselling (TIPC).  SHE varighet: For BK pasient: 27 min. Omsorgsperson: 24 min.  TIPC varighet: for BK pasient: 30 min For omsorgspersonen: 28-32 min.  4 longitudude metode: 1. baseline, 2. 2 mnd. (rett etter 8 ukers intervensjonen), 3. 4mnd 4. 6 mnd.	Ulike grader av kreft (dobbel så mange med stadier IV kreft i TIPC-gruppen enn SHE-gruppen) i de ulike gruppene, og 13% av kvinnene visste ikke grad etter eget ønske om uvitenhet. Det var også andre sosiale ulikheter mellom en del av deltakerne (gift/ugift, årsinntekter)  Frafall av deltakere: SHE: 31 TIPC: 20  Ved en tilfeldighet fikk data-innsamlerne vite hvilken gruppe den ene pasienten tilhørte og var dermed ikke lenger blindet.  Måleverktøy: PROMIS (patient reported outcomes and measures instrument), perceived stress scale,..	Ved baseline: høyere forekomst av depresjon hos kvinnene med brystkreft enn den generelle befolkningen.  TIPC gav best resultat på håndtering av depresjon, mens SHE gav best resultat på håndtering av angst, kreftrelatert sosial isolasjon og bivirkninger.  PROMIS DEPRESSION 2 mnd : SHE : SE= 51,27 TIPC : SE= 49,36 95% CI (0.01, 3,82)  4 mnd: SHE: SE=49,44 TIPC: SE=48,32 P=0,27 95% CI= (-0,88, 3,13)  6 mnd: SHE: SE=48,67 TIPC: SE=48,38 P=0,78 95% CI (-1,74, 2,33)	Ingen av intervensjonene var betydelig bedre enn den andre, forskjellen mellom gruppene i PROMIS-score var 2-3, nært terskelen på 3 poeng som kreves for å ha klinisk betydning for mål av livskvalitet hos kreftpasienter. Det konkluderes med at begge intervensjoner kan være fordelaktige.  Muligheten for å motta informasjon i seg selv kan være gunstig for mental helse, særlig hos folkegrupper som ikke like lett har tilgang til informasjon og støtte.	Fokus på latinamerikanske kvinner og viktigheten av kulturell forståelse og språktilpasning. Forfatterne konkluderer med at dette kan overføres til en større gruppe latinamerikanere samt andre krefttyper.  Det nevnes også i artikkelen viktige prinsipper i latin-amerikansk kultur som det har blitt tatt hensyn til i dette prosjektet, som har blitt implementert i utførelsen av intervensjonene. Kultursensitivitet og å tilpasse seg personen og kulturen man møter kan trolig ha betydning for hvordan informasjonen mottas hos pasienten. Dette kan være viktig å ha med seg i møte med andre minoritetsgrupper i Norge.

1. Brystkreft forkortes «BK».
2. TIPC- Telefonbasert interpersonlig terapi som adresserte emosjonell status og regulering, emosjonelle uttrykk, interpersonlig kommunikasjon og relasjoner, sosial støtte, informasjon om kreft, ressurser.
3. SHE- standard undervisningsmateriale med informasjon om friske bryst og brystkreft, rutine tester med tilhørende terminologier, behandling, bivirkninger og strategier for å håndtere bivirkninger. Livstils intervensjoner som ernæring og fysisk aktivitet, ressurser kvinnene og deres omsorgsgiver kan nytte seg av, samt aktuelle henvisninger.
4. Promis depression= Patient reported outcome measurement information system.

Vedlegg 5c- An exploration of the effects of information giving and information needs of women with newly diagnosed early-stage breast cancer: A mixed-method systematic review

Metode		Resultater			
Artikkel År Studiedesign Land	Uvalg/størrelse	Intervensjon	Kommentarer	Funn	
An exploration of the effects of information giving and information needs of women with newly diagnosed early-stage breast cancer: A mixed-method systematic review	<b>Størrelse:</b> 537 kvinner (totalt i den systematiske oversikten). 6 studier: 4 kvantitative og 2 kvalitative.  <b>Frafall (n=27)</b>  <b>Alder:</b> 25-98 år	Målet med den systematiske oversikten var å utforske effekten av informasjonsgivning hos kvinner med nylig diagnostisert brystkreft i tidlig stadium.  <b>Intervensjoner:</b> <b>Andreis et al. (2018):</b> Psykologisk og informatisk støttegruppe hver 15 dag (2t) i 30 uker. Info om brystkreft for å motvirke usanne tanker om sykdommen, øke kunnskap, og hjelpe kvinnene å håndtere konsekvensene av kreften og behandlingen.  <b>Dasartan &amp; Buzulu (2012):</b> Intervensjonsgruppe:psykoedukasjonsprogram utført i grupper. Psykoedukasjon om hvordan håndtere kreften, interpersonlige relasjoner, psykososiale faktorer, ernæring osv. Kontrollgruppe:ingen program.  <b>Sherman et al. (2012):</b> Gruppe 1: kontroll; standard behandling 3 Intervensjonsgrupper:	Kvalitetssjekket ved bruk av sjekklister fra helsebiblioteket  Artikkelen scorede bra.  Måleverktøy: HADS (hospital anxiety and depression scale), MAC scale (mental adjustment to cancer), mini-MAC scale, ISQ (Information Satisfaction Questionnaire, hentet fra primærkilde).	<b>Prevalens av informasjonsbehov:</b> - Det foreligger en global prevalens av informasjonsbehov blant denne pasientgruppen. - Informasjon medfører reduksjon i følelse av håpløshet og fremmer lysten til å bekjempe sykdommen. - Informasjon var viktig for at pasientene kunne ta valg om behandling, og for å gjennomgå sykdommen. - Kvinnene har ulikt behov når det gjelder mengde informasjon gitt på en gang, og hvor mye informasjon som er ønskelig  <b>Effekt av informasjonsgivning:</b> <b>Effekt i tilpasning:</b> -Ingen signifikant forbedring i fysisk eller sosial tilpasning. -Betydelig forbedring i mental tilpasning innenfor økt lyst til å bekjempe kreften, samt reduksjon i følelse av håpløshet/hjelpeløshet. - Informasjon kan forbedre psykologisk velvære og grad av depresjon langsiktig. -Forbedring i forekomst av bivirkninger, generell helse, fysisk tilpasning, psykologisk- og sosial tilpasning. Ingen signifikant forskjell mellom kontroll-og intervensjonsgruppene. Forfatterne konkluderer med at forbedringen trolig skyldes tilpasning over tid.  <b>Effekt i å være forberedt:</b> -Informasjonen gjør kvinner i stand til å ta informerte valg basert på individuelle preferanser og verdier. -Informasjon om når operasjonen skulle være bidro til en følelse av kontroll og å være forberedt.  <b>Effekt i å håndtere usikkerhet og usikkerhet:</b> Informasjon kan medføre reduksjon av usikkerhet/uvisshet.  <b>For mye informasjon:</b> -For mye informasjon kan ha negative effekter som økt grad av angst og depresjon.	Relevans/overføringsverdi  Til tross for at pasienter har tilgang til flere informasjonskilder ses helsepersonell, særlig sykepleiere på som de mest troverdige informasjonskildene.  Psykoedukasjon ledet av helsepersonell kan bedre kunnskap om sykdom, operasjon, behandlingen videre og komplikasjoner. Det er også viktig å ta i betraktning at brystkreft ikke bare er et medisinsk problem, men også en hendelse med stor psykologisk, emosjonell og sosial innvirkning.  Viktig at helsepersonell tar den enkelte i betraktning når informasjonen gis slik at det ikke gis for mye informasjon. Man må også ta kvinnens psyko-emosjonelle behov i betraktning når informasjonen gis og ikke bare gi informasjonen.
				Konklusjon  Det er globale behov for informasjon blant kvinner med nylig diagnostisert brystkreft.  Riktig informasjon til riktig tid kan bidra til å øke håp og "fighting spirit" som mulig kan bidra til langsiktig bedret tilpasning.  Utilstrekkelig informasjon kan derimot føre til negative effekter som følelse av å miste kontroll, og forsinket valg av/ vanskelig med å ta valg ang. behandling.	

	<p>hvilken behandling kvinnene mottar.</p>	<p>2: standard behandling+psykoedukasjons filmer tilpasset fasen. 3: standard behandling samt telefon-opprøppling. 4: kombinasjon av intervensjon 2 &amp; 3.</p> <p><b>Foley et al. (2016):</b> i Pad med tilpasset info som pas fikk 1 uke før BC-operasjon.</p> <p><b>Drageset et al. (2010):</b> Intervju(97min) dagen før operasjon og preoperativ info for å beskrive mestringsstrategier mellom diagnose og operasjon.</p> <p><b>Obeidat &amp; Lally (2014):</b> Intervju (15-30min) for å kartlegge opplevelsen av brystkreft i tidlig fase og kirurgisk behandling.</p>		<p>- At for mye informasjon gis på en gang kan påvirke negativt, og det ble funnet at flere kvinner ikke ønsket all informasjon på en gang, og at for mye informasjon kan gi en følelse av å miste kontroll.</p> <p><b>Inadekvat/ konfliktierende informasjon</b> Feilinformasjon viste seg å kunne påvirke kvinners beslutninger i forhold til sykdom og behandling, særlig om feilinformasjonen kom fra noen som kvinnene stolte på.</p> <p><b>For lite/ utilgjengelig informasjon:</b> For lite informasjon kan medføre at kvinnen ikke får ta informerte valg ang. Kirurgisk behandling.</p> <p><b>Funn på pasientundervisnings effekt på depresjon:</b> <b>Andreis et al (2018).</b> Nivåer av depresjon scores <math>\geq 11</math>: T0, 10%; T1, 6%; scores 8–10: T0, 20%; T1, 18%; scores <math>\leq 7</math>: T0, 70%; T1, 76%, og forbedring fra T0 to T1 (<math>p = .040</math>).</p> <p>T0= i begynnelsen av møtene T1= på slutten av møtet Støtte gjennom undervisning kan bedre pasienters psykologiske velvære og nivået av depresjon på langsikt.</p> <p><b>Foley et al. (2016)</b> Nivå av angst og depresjon er signifikant lavere i kontrollgruppen ved T2. Mediantallet for depresjon, i: 2(1–4), C: 0.5(0–1.3), <math>p = .022</math> T2= 7 dager postoperativt.</p> <p>Det ble gjort høyere funn av depresjon og angst dag 7 i intervensjonsgruppen (iPad). Dette blir i oversikten forklart med at det kan skyldes for mye informasjon og at dette har en negativ effekt på angst og depresjon.</p>		
--	--	---	--	--	--	--

<sup>1</sup> Forfatterne definerer «informasjongivning» som all aktuell informasjon som gis til denne pasientgruppen som blir gitt av helsepersonell, og da særlig sykepleiere. Dette kan være informasjon gitt i muntlig, skriftlig eller en annen type form.

Vedlegg 5d- Effects of a psychoeducation intervention in patients with breast cancer undergoing chemotherapy

		Metode			Resultater		
Artikkel Årstall Studiedesign Land	Urvalg/størrelse	Intervensjon	Kommentarer	Funns	Konklusjon	Relevans/overføringsverdi	
Effects of a psychoeducation intervention in patients with breast cancer undergoing chemotherapy	<b>Størrelse:</b> 40 kvinner med brystkreft. <b>Alder:</b> 30-76 år (51,2 år i gjennomsnitt)	<b>Intervensjonsgruppe:</b> Psychoeducation interventions (PEI) som innebar undervisning om tilstand, sykdommen, behandling og symptomer, og egenomsorg. De lærte også å gjenkjenne emosjonelle symptomer og lære om relasjonen mellom fysiske symptomer og den emosjonelle responsen. <b>Kontrollgruppe:</b> Tradisjonelt informasjonshefte	Det forelå ingen betydningsfulle forskjeller mellom gruppene ved baseline innenfor områdene målt.  Måleverktøy: HADS (hospital anxiety and depression scale) kinesisk versjon.	Kunnskap om sin spesifikke sykdom og håndtering av den, økte ved T3 hos intervensjonsgruppen.  Signifikant reduksjon i depresjon og angst i intervensjonsgruppen etter endt cellegiftbehandling (T4). Intervensjonsgruppen hadde også høyere grad av «self-efficacy» og resiliens ved T4.	PEI er effektivt i å øke kunnskapen om egen sykdom, samt redusere depresjon og angst, øke egenomsorgs-evne, resiliens, og livskvalitet.	Grunnet resultatene av denne studien anbefales PEI å iverksettes i standard behandling av brystkreft for å øke kunnskap og forståelse av sykdom og behandling, samt forbedre mental og fysisk helse.  Psykoedukasjon gjennomført fysisk, en til en, kan bidra til en positiv tilpasning til en nylig diagnostisert brystkreft. Det anbefales også at denne intervensjonen gis i forkant av cellegiftbehandlingens start for å øke mestringsevne og minimere bivirkninger av behandlingen.	
Forfattere: Pei-Hua Wu, Shang-Wen Chen, Wen-Tsung Huang, Shu-Chan Chang & Mei-Chi Hsu	<b>Brystkreftstadi</b> e: I-IV <b>Behandling:</b> Cellegift	Målinger: T1: i forkant av første cytotatika-behandling. T2: under tredje cytotatika-behandling. T3: under femte cytotatika-behandling. T4: to uker etter fullført cytotatika-behandling.					
2018 RCT							