

10182

# Forebygging av langsiktige psykososiale bivirkninger i forbindelse med mastektomi hos yngre kvinner

Antall ord: 7698  
Litteraturbachelor

Bacheloroppgave i Sykepleie  
Juni 2021



10182

# **Forebygging av langsiktige psykososiale bivirkninger i forbindelse med mastektomi hos yngre kvinner**

Antall ord: 7698  
Litteraturbachelor

Bacheloroppgave i Sykepleie  
Juni 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Kunnskap for en bedre verden



# Sammendrag

*Bakgrunn:* Antall krefttilfeller øker parallelt med økt overlevelse, og dette medfører at desto flere står i fare for å måtte leve med langtidsbivirkninger etter kreftbehandling. Forskning peker på at yngre brystkreftpasienter opplever flere og andre bivirkninger sammenlignet med eldre, og at yngre sin livskvalitet derav blir påvirket i større grad.

*Hensikt:* Undersøke hvordan sykepleiere under sykehusoppholdet kan forebygge langsiktige psykososiale bivirkninger hos yngre kvinner i forbindelse med mastektomi.

*Metode:* Systematisk litteraturstudie med en sammenfatning av åtte studier funnet på PubMed, Medline, Swemed+ og Cinahl.

*Resultater:* Alle studiene trekker frem kommunikasjon mellom sykepleier og pasient som sentralt. Seks av studiene peker på kunnskap hos sykepleier som avgjørende. Seks av studiene understreker betydningen av pasientundervisning. Seks av studiene fremhever individualisert sykepleie som essensielt.

*Konklusjon:* Sykepleiere må være mer proaktive under sykehusoppholdet i forebyggingen av psykososiale senvirkninger. Forutsetninger for dette er at sykepleiere øker kunnskapsnivået innen dette fagfeltet, kommuniserer bedre med pasientene ved både å se individene, skape rom og tørre å snakke om sårbare temaer. I tillegg må ytterligere sykepleie også tilpasses individene og det må gis tilstrekkelig og mer pasientundervisning. Det er tydelig at forebyggingen må skje både før og etter operasjonen. Mangel på tid viser seg å være en sentral utfordring for effektivt forebyggingsarbeid, men økt kunnskap og bevisstgjøring vil forhåpentlig lede til økt prioritering og allokering av tid til denne forebyggingen.

*Nøkkelord:* Mastektomi, bivirkninger, forebygging, psykososialt, yngre

# Abstract

*Background:* The number of cancer diagnoses increases in parallel with increased survival, causing more women to have to live with the long-term side effects of cancer treatment. Science points out that younger breast cancer patients experience both more and other side effects than older, and therefore their quality of life is often more affected.

*Aim:* Investigate how nurses during hospitalization can prevent long-term psychosocial side effects among young women in conjunction with mastectomy.

*Method:* Systematic literature review with summarization and discussion of the results from eight primary studies located in PubMed, Medline, Swemed+ and Cinahl.

*Results:* All the studies highlight the importance of good communication between nurse and patient. Six of the studies points out knowledge among the nurses as crucial. Six of the studies underline the importance of patient education and information. Six of the studies determine that individualized nursing is essential.

*Conclusion:* Nurses have to be more proactive during the hospitalization to prevent psychosocial long-term side effects. To achieve this, nurses have to both increase their level of knowledge, communicate better with the patients by seeing both the individuals, creating space and daring to talk about sensitive topics. In addition, nursing must also be adapted to the individuals, and more patient education must be provided. The prevention must take place both before and after the surgery. Lack of time proves to be a key challenge for effective prevention work, but increased knowledge and awareness will hopefully lead to increased prioritization and allocation of time for this work.

*Keywords:* Mastectomy, side effects, prevention, psychosocial, younger

Du kan ikke hindre sorgens fugler i å  
fly over ditt hode,  
men du kan hindre dem i å bygge  
rede i ditt hår.

Kinesisk ordtak  
(Brystkreftforeningen, u.å.-b)

# Innhold

|        |  |    |
|--------|--|----|
| 1.     | Innledning.....  | 6  |
| 1.1.   | Begrunnelse for valg av problemstilling .....              | 6  |
| 1.2.   | Teori.....   | 7  |
| 2.     | Metode .....   | 10 |
| 2.1.   | Beskrivelse av metode .....                                | 10 |
| 2.2.   | Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....                  | 10 |
|        | Tabell 2.1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....       | 10 |
| 2.3.   | Søkestrategi .....   | 11 |
|        | Tabell 2.2: Søketablell .....                              | 11 |
| 2.4.   | Vurdering / utvelgelse av artikler .....                   | 12 |
| 2.5.   | Analyse.....   | 13 |
|        | Tabell 2.3: Hovedtemaer i valgte studier .....             | 14 |
| 3.     | Resultater .....   | 15 |
| 3.1.   | Deskriptiv oversikt over hver enkelt artikkel .....        | 15 |
|        | Tabell 3.1: Artikkelmatrix .....                           | 15 |
| 3.2.   | Sammenfattede resultater .....                             | 20 |
| 3.2.1. | Kunnskap hos sykepleier .....                              | 20 |
| 3.2.2. | Kommunikasjon .....  | 20 |
| 3.2.3. | Individualisert sykepleie.....                             | 21 |
| 3.2.4. | Pasientundervisning og -informasjon .....                  | 21 |
| 4.     | Diskusjon .....  | 22 |
| 4.1.   | Kunnskap hos sykepleier .....                              | 22 |
| 4.2.   | Kommunikasjon .....  | 23 |
| 4.2.1. | Å skape rom og våge å snakke om sårbare/intime temaer..... | 23 |
| 4.3.   | Individualisert sykepleie .....                            | 24 |
| 4.4.   | Pasientundervisning- og informasjon .....                  | 25 |
| 4.5.   | Implikasjoner for sykepleie .....                          | 27 |
| 4.6.   | Styrker og svakheter .....                                 | 27 |
| 4.7.   | Konklusjon .....   | 28 |
|        | Referanser.....  | 29 |



# 1. Innledning

## 1.1. Begrunnelse for valg av problemstilling

Brystkreft, *cancer mammae*, er den kreftformen som rammer klart flest kvinner i Norge. Ifølge Schlichting & Klepp (2020) rammes rundt hver tolvte kvinne av brystkreft. Brystkreft utgjør 22 % av alle krefttilfeller blant kvinner i Norge, og i 2019 ble 3753 kvinner diagnostisert med brystkreft. I tillegg har antallet brystkrefttilfeller for kvinner økt betydelig de siste tiårene. Med stadig tidligere diagnostikk, samt nye og bedre behandlingsmetoder, har overlevelsen blant brystkreftpasienter steget. På slutten av 70-tallet var fem års relativ overlevelse på 73,3%, mens siste femårsperiode var den på 92,2% (Kreftregisteret, 2021). Antall krefttilfeller øker parallelt med økt overlevelse, og dette medfører at flere må leve med langtidsbivirkninger etter kreftbehandling (Piot-Ziegler et al., 2010; Rannestad & Reidunsdatter, 2017; Sørensen et al., 2017).

Forskning peker på at yngre brystkreftpasienter opplever flere og andre bivirkninger enn eldre, og at yngre sin livskvalitet derfor blir påvirket i større grad (Camp-Sorrell, 2009; Fallbjörk et al., 2013; Howard-Anderson et al., 2012; Ribnikar et al., 2015). I følge Rannestad & Reidunsdatter (2017) kan yngre kvinner i denne sammenheng defineres som kvinner som ikke har kommet i menopause. Brystkreft er vanligst hos eldre kvinner, og 75% av brystkrefttilfellene rammer kvinner over 50 år (Sørensen et al., 2017). Dette gjør at yngre brystkreftpasienter kan få en opplevelse av at de er alene om å få en slik diagnose i ung alder (Brystkreftforeningen, u.å.-d). På grunn av omfanget av sykdommen og konsekvensene den kan få, er det ingen tvil om at brystkreft er et viktig sykepleiefaglig ansvarsområde. I møte med denne pasientgruppen er det avgjørende å vite hvilke behov for sykepleie de har.

Jeg har selv hatt erfaring med kvinner før og etter mastektomi. I møte med dem opplever jeg at de har mange bekymringer og spørsmål. Jeg har merket at de fysiske og kortsiktige bivirkningene vektlegges i stor grad. Det kan være vel så viktig å belyse de psykososiale langsiktige bivirkningene etter brystkreftoperasjon (Brystkreftforeningen, u.å.-a; Camp-Sorrell, 2009; Piot-Ziegler et al., 2010; Ribnikar et al., 2015). Hvordan sykepleiere under pasientens sykehusopphold kan bidra for langsiktig å forebygge omfanget av senvirkningene etter en slik operasjon, belyses nærmere i denne oppgaven. Problemstillingen lyder derfor slik:

*Hvordan kan sykepleiere under sykehusoppholdet forebygge langsiktige psykososiale bivirkninger hos yngre kvinner i forbindelse med mastektomi?*

## 1.2. Teori

### Brystkreft

Brystkreft er en malign neoplasi i brystkjertelen. Neoplasi er sykkelige forstyrrelser i reguleringen av vekst, deling og differensiering. Brystkreftcellene infiltrerer lokalt, men kan også rive seg løs og spre seg til regionale lymfeknuter. Den viktigste formen for behandling ved brystkreft er kirurgi, og det skjer enten alene eller i kombinasjon med strålebehandling, endokrin behandling og cytostatika. Det må tas en vurdering om det skal gjennomføres brystbevarende operasjon eller om hele brystet skal fjernes (Sørensen et al., 2017).

### Mastektomi

Mastektomi betegner kirurgisk fjerning av et bryst, og det er et relativt omfattende inngrep som kan gi mye besvær i etterkant. Mange kvinner ser på dette som siste utvei, grunnet blant annet faren for bivirkninger. Andre kvinner ønsker mastektomi selv om brystbevarende kirurgi også er mulig. Det kan skyldes at kvinnene frykter tilbakefall dersom ikke hele brystet fjernes (Helsedirektoratet, u.å.; Schlichting, 2019). Mastektomi benyttes også som profylaktisk inngrep i tilfeller der det er påvist mutasjon i et brystkreftgen. Kvinner som gjennomgår mastektomi, skal få tilbud om primær rekonstruksjon (Schlichting & Klepp, 2020). Ifølge Wittrup & Kristensen (2014) er det klart flere yngre enn eldre som velger rekonstruksjon. Kroppen vil verken se eller føles lik ut etter endt behandling, uavhengig av eventuell rekonstruksjon, og det er derfor ikke uvanlig oppleve en psykososial påkjenning (Brystkreftforeningen, u.å.-b; Sørensen et al., 2017).

### Langsiktige bivirkninger

Kreft er ikke kun en sykdom, men en tilstand som påvirker alle dimensjonene av et menneskes liv, og det kan være den største utfordringen den rammede møter (Wittrup & Kristensen, 2014). I tillegg beskriver sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee (1999) at et kirurgisk inngrep er mye mer enn bare en prosedyre, men også en menneskelig erfaring som hver enkelt reagerer ulikt på. Bivirkningene kan være fysiske, som lymfeødem, smerter og nedsatt skulderbevegelighet, men i denne oppgaven rettes søkelyset mot de langsiktige psykososiale bivirkningene (Kreftforeningen, 2021; Sørensen et al., 2017).

De mest omtalte psykososiale bivirkningene er knyttet til kroppsbilde, seksualitet, selvbilde, depresjon og angst (Brystkreftforeningen, u.å.-b; Fallbjörk et al., 2013; Piot-Ziegler et al., 2010; Sørensen et al., 2017). Unge brystkreftopererte møter ofte flere psykososiale bivirkninger, og noe av grunnen til det er deres stadium i livet og behovet for å håndtere flere oppgaver samtidig. De kan møte ekstra bekymringer knyttet til fruktbarhetsbevaring, familieplanlegging, amming, seksuell dysfunksjon, kroppsbilde og bygging av en karriere (Howard-Anderson et al., 2012; Ribnikar et al., 2015). Bivirkningene har ofte innvirkning på hverandre og må derfor ses i sammenheng. De kan påvirke livskvalitet signifikant og kan vare i flere år etter endt primærbehandling. Det kan være en stor belastning for kvinnen å gjennomgå brystkreftbehandling. Det hele kan oppleves som et sjokk, og det kan gi opphav til svært svekket selvbilde (Sørensen et al., 2017). Kreftbehandlingen kan medføre at en rammes dobbelt psykologisk, med både usikkerhet rundt spredning, lidelse og død, samt vanskeligheter knyttet til kropp, utseende og femininitet (Brystkreftforeningen, u.å.-b; Sørensen et al., 2017).

Selvbilde og kroppsbilde er forestillinger vi danner om oss selv, og disse virker inn på hverandre i stor grad. Selvbilde handler om den generelle oppfatningen en person har om seg selv, bestående av både fysiske kjennetegn, personlige trekk og sosiale forhold (Svartdal, 2020). Kroppsbilde er de forestillingene om kroppen som vi danner i vår mentale bevissthet, basert på hvordan kroppen fremstår for oss selv (Rosvoll, 2012). Kvinner som gjennomgår brystkreft, kan oppleve en trussel mot den delen av kroppen som samfunnsmessig og sosialt uttrykker kvinnelighet, morskap og seksualitet. For noen kvinner har ikke fjerning av brystet noen innvirkning på deres kroppsbilde eller selvbilde, men for andre påvirkes dette i stor grad (Fallbjörk et al., 2013; Wittrup & Kristensen, 2014). Fallbjörk et al. (2013) avdekket at eldre ikke er like opptatt av utseendet som yngre, og at det derfor ofte er en større belastning for yngre sitt kroppsbilde å gjennomgå mastektomi. Svekket selv- og kroppsbilde kan gi opphav til både depresjon og seksuell dysfunksjon, noe som igjen kan påvirke den psykososiale helsen ytterligere (Brystkreftforeningen, u.å.-b; Sørensen et al., 2017).

Det er ikke uvanlig at den seksuelle helsen blir påvirket i etterkant av mastektomi (Howard-Anderson et al., 2012). Seksuell helse defineres av WHO som; «[...] *integrering av somatiske, emosjonelle, intellektuelle og sosiale aspekter av seksuell væren på en måte som er positivt berikende, og som fremmer personlig utvikling, kommunikasjon og kjærlighet.*» (Gamnes, 2012, s. 71). For mange kvinner har brystene stor betydning for opplevelsen av seg selv som en seksuell person, så ved brystoperasjon kan den seksuelle helsen bli sterkt påvirket (Gamnes, 2012; Piot-Ziegler et al., 2010). Brystene kan også være en viktig del av å føle seg kvinnelig og være intim, samt et morsorgan og en sentral del av følelseslivet (Sørensen et al., 2017). Dette kan medføre at kvinnene føler på en «dobbel nakenhet» i intime situasjoner, og derav føle seg usikre og redde (Brystkreftforeningen, u.å.-b; Buckman & Whittaker, 2002).

Forekomsten av depresjon etter brystkreftbehandling er ifølge Mary (2014) og Carreira et al. (2018) både vanlig og økende. Depresjon kjennetegnes av senket sinnstemning, redusert energi og nedsatt interesse (Aarre, 2018). Enhver endring av utseende og ethvert tap av selvbilde, kroppsfunksjon eller kroppsdeler kan følges av depresjon (Kristoffersen et al., 2012). Carreira et al. (2018) beskriver at én av fire kvinner har vedvarende depresjon i hvert fall to år etter brystkreftdiagnostisering.

Angst beskriver en følelse av anspenthet, uro og ubehagelig forventning om at noe farlig kan skje (Skre, 2020). I etterkant av brystkreft er det mange som opplever angst knyttet til blant annet tilbakefall av sykdommen (Carreira et al., 2018). Ifølge Mary (2014) kan frykten for tilbakefall resultere i vedvarende angst, og for 9-34% av kreftoverlevende reduseres livskvaliteten grunnet den konstante frykten for tilbakefall. Både Mary (2014), Sørensen et al. (2017) og Howard-Anderson et al. (2012) beskriver at denne angsten for fremtiden er særlig uttalt blant yngre brystkreftoverlevende.

Livskvalitet kan forstås som det gode liv, og den består av både subjektive og objektive sider ved livet (Lorentsen & Grov, 2017). Den subjektive livskvaliteten handler om hvordan livet oppleves for den enkelte, mens den objektive livskvaliteten handler om hvor god livssituasjon man har. Disse to samsvarer ikke nødvendigvis, da den subjektive livskvaliteten for eksempel kan oppleves som god på tross av helseplager (FHI, 2019). De psykososiale seneffektene etter brystkreftbehandling kan enten i kombinasjon eller hver for seg påvirke livskvalitet. Det er imidlertid ikke gitt at de som går gjennom kreftbehandling får dårligere livskvalitet. Forskning viser at langtidslevende etter

brystkreft ofte har god livskvalitet, men yngre har en tendens til å oppleve livskvaliteten som dårligere enn eldre overlevende (Rannestad & Reidunsdatter, 2017).

## Sykepleierens rolle

Wittrup & Kristensen (2014) beskriver at prosessen med å komme seg tilbake til hverdagen og oppleve god livskvalitet etter kreftbehandling, kan være vel så hard psykologisk som tiden før og under behandling. Dette kan skyldes at den er både langtrukken og preget av psykososiale ubehag. Sykepleiere har derfor her en viktig rolle i å forberede pasienten og å forsøke å forebygge de langsiktige konsekvensene. Ifølge Travelbee (1999) er sykepleierens mål og hensikt blant annet å hjelpe enkeltindividet med å forebygge eller mestre sykdom og lidelse. Wittrup & Kristensen (2014) uttrykker at selv om det ikke er sykepleieren som diagnostiserer pasientene, så er det ofte de som har tette kontakt med pasientene. Dette gir en mulighet for å forebygge, identifisere problemstillinger og iverksette videre tiltak. Sykepleierens møter med brystkrefttrammede på sykehuset er ofte kortvarig, og pasienten ligger som regel bare inne i et døgn eller noen dager i forbindelse med mastektomi. Utfordringen ligger da i å vise pasienten at hun blir sett og forberede henne på livet etter operasjonen, i løpet av en kort tidsperiode (Sørensen et al., 2017).

Gjennom informasjon og kunnskap om sykdommen, behandlingen og prognosen får kvinnen muligheten til å gjenvinne kontroll over sitt eget liv. Det er avgjørende å møte pasienten på hennes egne premisser og å gi individuelt tilpasset informasjon. Sykepleieren må ha god kunnskap for å kunne videreformidle informasjon og veilede pasientene (Eide & Eide, 2011; Sørensen et al., 2017). Aarre (2018) uttrykker videre at for den enkelte i en krisesituasjon, kan det være vanskelig å ta til seg informasjonen som blir gitt. Det er derfor viktig å bruke tid, planlegge og tilpasse informasjonen. Wittrup & Kristensen (2014) beskriver grunnleggende kunnskap om tumorbiologiske forhold og sykdomslæren som en grunnsten for å kunne oppnå en forståelse for symptomer og komplikasjoner som kan oppstå. De påpeker også at informasjon og pasientundervisning kan bidra til å forebygge psykososiale bivirkninger, skape håp og å sikre tilbakevendelse av en tilfredsstillende hverdag.

Ved ethvert møte mellom sykepleier og pasient foregår det kommunikasjon. Ifølge Travelbee (1999) gir all interaksjon med pasienten sykepleieren muligheten til å bli kjent med pasienten som menneske og bli kjent med hennes behov. I tillegg gir det anledning til å etablere det viktige menneske-til-menneske-forholdet og dermed oppnå sykepleierens mål og hensikt. Et menneske-til-menneskeforhold innebærer *«at både sykepleieren og pasienten oppfatter og forholder seg til hverandre som unike menneskelige individer, ikke som «sykepleier» og «pasient»»* (Travelbee, 1999, s. 177). Sykepleieteoretikeren Kari Martinsen fremmer også viktigheten av personsentrert sykepleie for å kunne nå inn til og hjelpe pasienten, og at dette er en forutsetning for at den tilgjengelige kunnskapen skal komme pasienten til gode (Austgard, 2010). Ifølge Eide & Eide (2011) er kjernen i profesjonell kommunikasjon som helsepersonell at den er faglig velfundert og til hjelp for pasienten.

## 2. Metode

### 2.1. Beskrivelse av metode

Det er foretatt en systematisk litteraturstudie. Det er en sekundærstudie som tar opp og vurderer forskning som allerede er publisert i vitenskapelige tidsskrifter (Dalland, 2017). Ifølge Forsberg & Wengström (2013) innebærer en systematisk litteraturstudie å systematisk besvare et tydelig formulert spørsmål, og dette er et arbeid bestående av flere steg. Det kreves både en systematisk søking, kritisk granskning og deretter sammenstilling av litteraturen under det valgte problemområde. Ved å sammenfatte forskningsresultater skal det gi et balansert bilde på hva ulik forskning sier og gjøre kunnskapen lettere tilgjengelig for leseren (Helsebiblioteket, 2016a).

### 2.2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Ved utvelgelse av forskningsartikler er de vurdert etter en rekke inklusjons- og eksklusjonskriterier, se Tabell 2.1. Det har ikke vært et krav at artiklene må oppfylle alle kriteriene, men flest mulig. Det kan være gode og aktuelle artikler selv om enkelte kriterier ikke er oppfylt.

**Tabell 2.1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier**

| Inklusjonskriterier   | Eksklusjonskriterier   |
|---|--|
| Artikler med overførbarhet til norske forhold   | Studier gjort i områder med et helsevesen som skiller seg i stor grad fra norsk helsevesen |
| Språk: Engelsk, norsk, dansk og svensk  | Språk: andre språk enn engelsk, norsk, dansk og svensk                                     |
| Publiseringsdato: 10 år eller nyere   | Publiseringsdato: mer enn 10 år siden  |
| Fagfellevurderte  | Ikke fagfellevurderte  |
| Kvalitative og kvantitative studier   | Oversiktsartikler  |
| Pasienter som har overlevd kreft  | Palliative pasienter   |
| Mastektomi  | Brystbevarende operasjon eller profylaktisk operasjon                                      |
| Yngre pasienter   | Pasienter etter menopause  |
| Kvinner   | Menn   |
| Psykososiale bivirkninger knyttet til kroppsbilde, selvbilde, angst, depresjon og seksualitet | Andre psykososiale bivirkninger og fysiske bivirkninger                                    |
| Seneffekter *   | Umiddelbare bivirkninger   |
| Hva sykepleiere kan gjøre under sykehusoppholdet  | Hva sykepleiere kan gjøre etter utskrivelse fra sykehuset                                  |

\* Bivirkninger kalles seneffekter når de vedvarer i mer enn ett år etter at primærbehandlingen har endt, eller når de først oppstår ett eller flere år etter behandlingsslutt (Rannestad & Reidunsdatter, 2017)

## 2.3. Søkestrategi

Jeg ønsket god oversikt før jeg begynte med systematiske søk, og jeg fordypet meg derfor først i temaene som er relevante for problemstillingen. Det gjorde jeg ved blant annet å søke opp fagbegrepene på Google Scholar og i Oria. Deretter begynte jeg å systematisere søkene for å finne forskningsartikler som kunne besvare problemstillingen. Jeg benyttet meg her av et PICO-skjema, som er et godt hjelpemiddel for å kombinere alle relevante søkeord på en hensiktsmessig måte (Forsberg & Wengström, 2013). Jeg benyttet meg av de boolske operatørene AND og OR for å kombinere søkeordene. AND avgrensner søket, fordi begge/alle de valgte søkeordene må være med i artikkelreferansen, mens OR utvider derimot søket, ved å vise treff som inneholder minst ett av de kombinerte søkeordene (Helsebiblioteket, 2016b).

For de systematiske litteratursøkene brukte jeg databasene Pubmed, Medline, Cinahl og Swemed+. Jeg brukte mye tid på å søke i databasene for å finne gode forskningsartikler. I starten gikk jeg bredt ut, og etter hvert som jeg fant de beste kombinasjonene av søkeord, innsnevret jeg søket. Tabell 2.2 viser hvilke søkeord og kombinasjoner som ga de beste resultatene og hvilke artikler som ble valgt.

**Tabell 2.2: Søketablell**

| Database  | Dato       | Søk | Søkeord                                     | Avgrensning                   | Antall treff | Valgte artikler |
|---|------------|-----|---|-------------------------------|--------------|-----------------|
| Cinahl  | 19.04.2021 | S1. | (MH «Breast Neoplasm +») OR «breast cancer» |                               | 103729       |                 |
|   |            | S2. | «After surgery»                             |                               | 31635        |                 |
|   |            | S3. | «Post operative»                            |                               | 13294        |                 |
|   |            | S4. | S2 OR S3                                    |                               | 43628        |                 |
|   |            | S5  | (MH «Nursing care+»)                        |                               | 339084       |                 |
|   |            | S6  | S1 AND S4 AND S5                            | År 2010-2021<br>Peer-reviewed | 19           | 2 (A, B)        |
| <p><b>Inkluderte artikler:</b></p> <p>A. Hsu, S.-C., Wang, H.-H., Chu, S.-Y., &amp; Yen, H.-F. (2010). Effectiveness of Informational and Emotional Consultation on the Psychological Impact on Women With Breast Cancer Who Underwent Modified Radical Mastectomy. <i>Journal of Nursing Research</i>, 18(3), 215–226.</p> <p>B. Larsson, J., Sandelin, K., &amp; Forsberg, C. (2010). Health-related quality of life and healthcare experiences in breast cancer patients in a study of Swedish women. <i>Cancer Nursing</i>, 33(2), 164–170.</p> |            |     |   |                               |              |                 |
| Medline   | 19.04.2021 | S1  | «Mastectomy MP»                             |                               | 42323        |                 |
|   |            | S2  | “Breast cancer or breast neoplasms MP»      |                               | 388589       |                 |

|   |            |    |                           |                           |         |          |
|---|------------|----|---------------------------|---------------------------|---------|----------|
|   |            | S3 | "Post mastectomy MP"      |                           | 1179    |          |
|   |            | S4 | S1 or S2 or S3            |                           | 394760  |          |
|   |            | S5 | «Young adult or young MP» |                           | 1335420 |          |
|   |            | S5 | "Nursing care MP"         |                           | 155155  |          |
|   |            | S6 | "S4 and S5 and S6"        |                           | 32      | 2 (C, D) |
| <b>Inkluderte artikler:</b>   |            |    |                           |                           |         |          |
| C. Rosenberg, S. M., Dominici, L. S., Gelber, S., Poorvu, P. D., Ruddy, K. J., Wong, J. S., Tamimi, R. M., Schapira, L., Come, S., Peppercorn, J. M., Borges, V. F., & Partridge, A. H. (2020). Association of Breast Cancer Surgery With Quality of Life and Psychosocial Well-being in Young Breast Cancer Survivors. <i>JAMA Surgery</i> , 155(11), 1035–1042. |            |    |                           |                           |         |          |
| D. Easley, J., & Miedema, B. (2012). Rehabilitation after breast cancer: Recommendations from young survivors. <i>Rehabilitation Nursing Journal</i> , 37(4), 164–169.  |            |    |                           |                           |         |          |
| Pubmed  | 20.04.2021 | S1 | "Mastectomy MP"           | Full text                 | 31475   |          |
|   |            | S2 | "Body image MP"           | Full text                 | 43293   |          |
|   |            | S3 | "Younger MP"              | Full text                 | 194004  |          |
|   |            | S4 | S1 AND S2 AND S3          | Full Text<br>År 2010-2021 | 38      | 2 (E, F) |
| <b>Inkluderte artikler:</b>   |            |    |                           |                           |         |          |
| E. Grogan, S., & Mehan, J. (2017). Body image after mastectomy: A thematic analysis of younger women's written accounts. <i>Journal of Health Psychology</i> , 22(11), 1480–1490.   |            |    |                           |                           |         |          |
| F. Fallbjörk, U., Rasmussen, B. H., Karlsson, S., & Salander, P. (2013). Aspects of body image after mastectomy due to breast cancer—A two-year follow-up study. <i>European Journal of Oncology Nursing</i> , 17(3), 340–345.  |            |    |                           |                           |         |          |
| SweMed +  | 21.04.2021 | S1 | Brystkraft                |                           | 1146    |          |
|   |            | S2 | Sykepleie                 |                           | 6255    |          |
|   |            | S3 | S1 OG S2                  | Fagfelleverdert           | 11      | 2 (G, H) |
| <b>Inkluderte artikler:</b>   |            |    |                           |                           |         |          |
| G. Nyholm, N., Halvorsen, I., Mygind, A., & Christensen, U. (2018). Diversity in cancer care: Exploring social categories in encounters between healthcare professionals and breast cancer patients. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> , 32(3), 1108–1117.   |            |    |                           |                           |         |          |
| H. Drageset, S., Lindstrøm, T. C., & Underlid, K. (2010). Coping with breast cancer: Between diagnosis and surgery. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 66(1), 149–158.  |            |    |                           |                           |         |          |

## 2.4. Vurdering / utvelgelse av artikler

Ved funn av forskningsartikler som så aktuelle ut for min problemstilling, gjorde jeg flere vurderinger og før de endelig ble valgt. Ved å være kildekritisk vurderes ifølge Dalland (2017) blant annet kildens troverdighet og holdbarhet. Det kan være hensiktsmessig å se

på tekstens oppbygning, hvem som har skrevet den og når den er skrevet. Jeg har kun benyttet databaser som har nøye kontroll og vurdering av hva som publiseres, og jeg har i tillegg sjekket opp alle aktuelle tidsskrift på NSD-publiseringskanal (Norsk senter for forskningsdata). Tidsskriftene til de utvalgte artiklene har enten publiseringsnivå én eller to, som innebærer at de er godkjente vitenskapelige publiseringskanaler (NSD, 2021). I tillegg forsikret jeg meg om at aktuelle studier er fagfellevurderte. Et annet kvalitetstegn og vanlig norm for oppbygging av forskningsartikler er IMRaD-struktur (Dalland, 2017). Til vurdering av forskningsartiklene har jeg også benyttet sjekklister for ulike typer studiedesign inne på Helsebiblioteket. Alle de valgte forskningsartiklene er vurdert som gode og holdbare basert på den beskrevne kildekritikken.

Jeg har vært åpen for både primærstudier og sekundærstudier ved litteratursøking. Jeg ønsket hovedsakelig primærstudier, som betyr ny kunnskap om et emne. Jeg utelukket derimot ikke forskningsartikler kun fordi de var sekundærstudier. Oversiktsartikler tar opp og vurderer forskning som allerede er publisert i vitenskapelige tidsskrifter, og de kan gi bredere kunnskap om et emne (Dalland, 2017). Det er en risiko for at sekundærstudier har fortolket de brukte primærstudiene feilaktig, og jeg valgte derfor kun primærstudier som hovedstudier, og benyttet meg heller av oversiktsartikler i teorien.

Jeg har sett etter både kvalitativ og kvantitativ forskning. Kvalitativ forskning går som regel mer i dybden, tar for seg opplevelser/meninger som ikke lar seg måle og forsøker å formidle en forståelse. Kvantitative studier gir mer bredde, ser på prevalensen av noe og tar sikte på å forklare (Dalland, 2017). For å få en personlig og dypere innsikt har jeg vurdert kvalitativ forskning til å være av størst interesse for å besvare min problemstilling. Jeg har likevel vurdert noen kvantitative studier som nyttige for å oppnå bredere kunnskap. Jeg har derfor valgt ut åtte artikler, hvorav fem er kvalitative og tre er kvantitative.

## 2.5. Analyse

Vitenskapelig analysearbeid innebærer ifølge Forsberg & Wengström (2013) å dele opp forskningen i mindre biter, undersøke dem hver for seg og så sette dem sammen til en ny helhet. For å strukturere arbeidet med forskningsartiklene, benyttet jeg Evans (2002) sin analysemodell bestående av fire faser.

Første fase i denne prosessen innebærer å velge ut forskningsartiklene gjennom systematiske søk. Dette er forklart under avsnitt 2.3. Søkestrategi. Jeg valgte her ut åtte artikler etter vurdering av inklusjons- og eksklusjonskriteriene og kildekritikk.

Fase to handler om å identifisere nøkkelfunnene i de valgte artiklene. For å finne disse måtte alle de valgte artiklene leses grundig. Slik fikk jeg oversikt over både enkeltfunn og resultatenes sammenhenger, se Tabell 3.1 for nærmere beskrivelse av hver enkelt artikkel. Jeg fikk gjennom denne fasen dermed komprimert forskningen ned til nøkkelfunn.

Fase tre innebærer å sammenfatte og identifisere likheter og ulikheter på tvers av studiene. Resultatene fra artiklene ble sammenlignet og samlet i en tabell under hovedtemaer, se Tabell 2.3, for å få en oversiktlig fremstilling av funnene på tvers av studiene.



**Tabell 2.3: Hovedtemaer i valgte studier**

| Hovedtema                 | Artikkelbokstav i Tabell 2.2 |
|---------------------------|------------------------------|
| Kunnskap                  | A, B, C, F, G, H             |
| Kommunikasjon             | A, B, C, D, E, F, G, H       |
| Individualisert sykepleie | A, B, E, F, G, H             |
| Pasientundervisning       | A, C, D, E, G, H             |

Fase fire innebærer nærmere beskrivelse av resultatene, samlet under hovedtemaene. Beskrivelsen presenteres i kapittel 3 og 4, og her ses både nyanser og interessante hovedtrekk fra de ulike forskningsartiklene under ett. Tabell 2.3 illustrerer bakgrunnen for beskrivelsen.

## 3. Resultater

De åtte valgte studiene har ulike perspektiver med relevans for denne oppgavens problemstilling, og i de påfølgende kapitlene presenteres sentrale resultater grundig både enkeltvis og sammenfattet.

### 3.1. Deskriptiv oversikt over hver enkelt artikkel

De åtte valgte forskningsartiklene presenteres enkeltvis i Tabell 3.1.

**Tabell 3.1: Artikkelmatrise**

| Referanse   | A) Hsu, S.-C., Wang, H.-H., Chu, S.-Y., & Yen, H.-F. (2010). Effectiveness of Informational and Emotional Consultation on the Psychological Impact on Women With Breast Cancer Who Underwent Modified Radical Mastectomy. <i>Journal of Nursing Research</i> , 18(3), 215–226.   |   |  |
|---|--|---|--|
| Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål   | Metode   | Resultat  | Kommentar og relevans for problemstilling  |
| Hensikten med studien var å evaluere effekten av informativ og emosjonell konsultasjon om kroppsbilde, angst og emosjonelt ubehag hos kvinner som har gjennomført mastektomi. | Det ble gjennomført en kvasiekseptimentell kvalitativ studie i Taiwan. 63 kvinner med en nært forestående mastektomioperasjon deltok, 32 i den eksperimentelle gruppen og 31 i kontrollgruppen. Den eksperimentelle gruppen deltok i to systematiske konsultasjoner med fokus på informasjon og emosjoner, én før operasjon og én tre dager etter operasjon. I tillegg fikk denne gruppen et telefonnummer de kunne ringe ved behov for mer informasjon eller emosjonell støtte. Kontrollgruppen mottok kun rutinemessig sykepleie. For å evaluere effekten av samtaler ble data innhentet før operasjon, utskrivelsesdagen og to måneder etter operasjon. | Studien viste at intervensjonene hadde umiddelbar positiv effekt på angst. I tillegg ble både kroppsbilde, angst og emosjonelt ubehag forbedret to måneder etter operasjon. Den eksperimentelle gruppen var også veldig tilfreds med å ha fått mulighet til disse samtalerne. | Studien belyser betydningen av informasjon og emosjonell støtte fra sykepleiere for forebygging av psykososiale bivirkninger, og den har derfor stor relevans for min problemstilling. Studien er foretatt i Taiwan, som muligens har et helsevesen som skiller seg noe fra det norske, men studien belyser viktige poeng for min problemstilling og er derfor vurdert som relevant likevel. Den er også publisert for 11 år siden, men ved å sammenligne funnene med de andre artiklene har jeg vurdert den |

|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
|  |   |  | som relevant også i dag.  |
| <b>Referanse</b>   | B) Larsson, J., Sandelin, K., & Forsberg, C. (2010). Health-related quality of life and healthcare experiences in breast cancer patients in a study of Swedish women. <i>Cancer Nursing</i> , 33(2), 164–170.   |  |   |
| <b>Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål</b>   | <b>Metode</b>   | <b>Resultat</b>  | <b>Kommentar og relevans for problemstilling</b>  |
| Hensikten med studien var å undersøke helse relatert livskvalitet over tid hos brystkreftpasienter, samt tilfredsheten med sykehusoppholdet.                         | Det ble gjennomført en kvantitativ studie i Sverige. 85 kvinner svarte på to forskjellige spørreskjema både før, to uker etter og seks måneder etter operasjon. Det ene spørreskjemaet omhandlet livskvalitet, mens det andre omhandlet pasienttilfredshet. En sykepleier ga personlig informasjon om studien og spørreskjemaene før første gjennomføring.        | Studien viste at den helse relaterte livskvaliteten ble bedre over tid, men at den ikke ble like bra som før sykdommen. Det var særlig psykiske og emosjonelle behov som ikke var helt tilfredsstillt. Sykepleiere må derfor sørge for at emosjonelle og psykiske behov blir identifisert og at passende rådgivning gis. | Svensk helsevesen er svært likt det norske, og det er sannsynlig at artikkelens funn samsvarer godt med norske forhold. Selv om artikkelen er 11 år gammel, har jeg vurdert den som såpass relevant for min problemstilling at jeg har valgt å ta den med, men jeg har tatt hensyn til at den er av eldre årgang. |
| <b>Referanse</b>   | C) Rosenberg, S. M., Dominici, L. S., Gelber, S., Poorvu, P. D., Ruddy, K. J., Wong, J. S., Tamimi, R. M., Schapira, L., Come, S., Peppercorn, J. M., Borges, V. F., & Partridge, A. H. (2020). Association of Breast Cancer Surgery With Quality of Life and Psychosocial Well-being in Young Breast Cancer Survivors. <i>JAMA Surgery</i> , 155(11), 1035–1042. |  |   |
| <b>Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål</b>   | <b>Metode</b>   | <b>Resultat</b>  | <b>Kommentar og relevans for problemstilling</b>  |
| Hensikten med denne studien var å undersøke korrelasjonen mellom brystkreftoperasjon og psykososialt velvære og livskvalitet hos unge brystkreft-overlevende ett til | Det ble gjennomført en kvantitativ kohortstudie i Nord-Amerika. Det deltok 826 kvinner, med en gjennomsnittsalder på 36.1 år, som tidligere hadde gjennomført enten mastektomi eller brystbevarende   | Resultatene viste at fysisk funksjon, seksualitet, angst og kroppsbilde ble bedre over tid, men var konstant verre hos de som gjennomførte mastektomi enn hos de som gjennomførte brystbevarende   | Denne artikkelen retter seg mot riktig aldersgruppe, og den beskriver hvilke opplevelser yngre kan ha. I tillegg kommer den med råd til hva helsetjenesten kan bidra med for å hjelpe unge gjennom  |

|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| fem år etter diagnostisering.  | operasjon grunnet brystkreft. De brukte både et spørreskjema og gjorde psykososiale vurderinger.  | operasjon. Helsepersonell må være oppmerksomme på den ekstra belastningen unge kan oppleve, og forsøke å være til hjelp ved kommunikasjon, kunnskap og rådgivning.   | sykdommen. Det kan tenkes at helsevesenet i Nord-Amerika skiller seg noe fra det norske, men jeg har tatt hensyn til dette og vurdert den som relevant til tross for dette. Den er fra 2020, og er dermed veldig oppdatert og er med på å styrke oppgavens aktualitet.  |
| <b>Referanse</b>   | D) Easley, J., & Miedema, B. (2012). Rehabilitation after breast cancer: Recommendations from young survivors. <i>Rehabilitation Nursing Journal</i> , 37(4), 164-169.  |  |   |
| <b>Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål</b>   | <b>Metode</b>   | <b>Resultat</b>  | <b>Kommentar og relevans for problemstilling</b>  |
| Hensikten med denne studien var å vurdere rehabiliterings-behovet hos unge kvinner i etterkant av brystkreftbehandling. Yngre har ofte større fysiske og psykiske bivirkninger etter brystkreft, og de har derfor dårligere livskvalitet. Denne studien ville belyse hvordan dette kan forebygges. | Kvalitativ studie fra Canada med 35 brystkreftoverlevende i alderen 18-50 år, som alle var premenopausale ved diagnostisering. De ble intervjuet over telefon to ganger med seks til åtte måneders mellomrom. Under intervjuene diskuterte deltagerne sine rehabiliteringsbehov og ble spurt om anbefalinger for å styrke rehabiliteringen etter brystkreft-behandling. | Anbefalingene inkluderte å bedre kommunikasjonen mellom helsepersonell innad og mellom helsepersonell og pasient. I tillegg anbefales det at helsepersonell skal ta en mer aktiv rolle i rehabiliterings-anbefalinger. Det ble også satt fokus på sykepleieres viktige rolle i å lære opp pasientene, være oppmerksomme på senvirkninger og veilede og koordinere det videre forløpet. | Denne artikkelen retter seg mot riktig aldersgruppe og beskriver deres behov og anbefalinger for å sikre best mulig livskvalitet etter kreftbehandling, så den er svært relevant for min problemstilling. Den retter seg ikke bare mot de som har gjennomgått mastektomi, men beskriver likevel fenomener som er veldig relevante for denne pasientgruppen. Helsevesenet i Canada kan skille seg noe fra det norske, men jeg har likevel vurdert artikkelen som relevant. |

|  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <b>Referanse</b>   | E) Grogan, S., & Mehan, J. (2017). Body image after mastectomy: A thematic analysis of younger women's written accounts. <i>Journal of Health Psychology</i> , 22(11), 1480–1490.   |   |   |
| <b>Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål</b>   | <b>Metode</b>   | <b>Resultat</b>   | <b>Kommentar og relevans for problemstilling</b>  |
| Hensikten med denne studien var å undersøke yngre kvinners kroppsbilde i etterkant av mastektomi, i tillegg til å belyse implikasjoner for helsepersonell. | Kvalitativ studie gjennomført i Storbritannia. 49 kvinner med en gjennomsnittsalder på 39 år svarte på et online spørreskjema med åpne spørsmål. I tillegg fikk alle deltagerne på slutten av spørreskjemaet kontaktinformasjon til en av forskerne for å kunne stille oppfølgingsspørsmål. | Resultatene viste at mange yngre kvinner får svekket selvbilde og seksualitet etter mastektomi. I hvilken grad kroppsbildet ble påvirket varierte imidlertid stort, og noen fikk til og med bedre selvbilde etter mastektomi og følte seg stolt over «krigssåret». Det ble derfor fremmet at sykepleiere ikke må generalisere, men heller se det enkelte individet. | Denne studien fremmer viktigheten av å være oppmerksom på at yngre kan oppleve andre senvirkninger enn eldre etter mastektomi, samt at det er veldig individuelt hvordan hver enkelt takler påkjenningen. Sykepleien må dermed tilpasses deretter og ikke generaliseres. Dette er punkter som er viktige å få med for å svare på min problemstilling. |
| <b>Referanse</b>   | F) Fallbjörk, U., Rasmussen, B. H., Karlsson, S., & Salander, P. (2013). Aspects of body image after mastectomy due to breast cancer—A two-year follow-up study. <i>European Journal of Oncology Nursing</i> , 17(3), 340–345.  |   |   |
| <b>Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål</b>   | <b>Metode</b>   | <b>Resultat</b>   | <b>Kommentar og relevans for problemstilling</b>  |
| Denne studien hadde som hensikt å undersøke hvordan kroppsbildet etter mastektomi endres over tid.   | Det ble gjennomført en populasjonsbasert kvantitativ studie. 76 mastektomiopererte kvinner boende i Sverige svarte på et spørreskjema først ti måneder og så to år etter operasjon. Spørreskjemaet omhandlet livet etter mastektomi.  | Resultatene viste få forskjeller i kroppsbilde mellom første og andre spørreskjema. Studien viste at mange følte seg mindre seksuell attraktiv og var mindre komfortable under seksuell aktivitet. Helsepersonell må være oppmerksomme på problemer relatert til seksualitet og   | Denne studien er gjennomført i Sverige og resultatene er derfor trolig overførbare til norske forhold. I tillegg beskriver den forskjeller med tanke på alder, og dette er veldig relevant for min  |

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
|  |   | forebygge slike problemer.   | problemstilling. Den ser også på hva sykepleiere kan gjøre for å forebygge svekket kroppsbilde og seksualitet.   |
| <b>Referanse</b>   | G) Nyholm, N., Halvorsen, I., Mygind, A., & Christensen, U. (2018). Diversity in cancer care: Exploring social categories in encounters between healthcare professionals and breast cancer patients. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> , 32(3), 1108–1117. |  |  |
| <b>Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål</b>   | <b>Metode</b>   | <b>Resultat</b>  | <b>Kommentar og relevans for problemstilling</b>   |
| Hensikten med denne studien var å undersøke hvordan helsepersonells generalisering av brystkreftpasientene påvirker møtet mellom dem. Den fokuserer særlig på hvordan dette påvirker samtale om rehabilitering og tiden videre, før utskrivelse. | Kvalitativ studie gjennomført i Danmark bestående av pasientobservasjoner, samt intervju med tolv pasienter og åtte sykepleiere.  | Resultatene viser at det er behov for økt fokus på møtet mellom pasient og helsepersonell, og at helsepersonell må sørge for at rehabiliteringsbehov blir møtt hos ulike typer pasienter. Kommunikasjon og rehabiliteringsbehov må tilpasses hvert enkelt individ.         | Både pasientenes perspektiv og sykepleiernes perspektiv på kommunikasjons- og rehabiliteringsbehov blir belyst. Studien er foretatt i Danmark og resultatene har derfor trolig stor overførbarhet til Norge. |
| <b>Referanse</b>   | H) Drageset, S., Lindstrøm, T. C., & Underlid, K. (2010). Coping with breast cancer: Between diagnosis and surgery. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 66(1), 149–158.  |  |  |
| <b>Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål</b>   | <b>Metode</b>   | <b>Resultat</b>  | <b>Kommentar og relevans for problemstilling</b>   |
| Denne studien hadde som hensikt å belyse at mestring i den innledende fasen av et brystkreftforløp har stor betydning for den helhetlige mestringen. Den beskriver også hva slags mestringsstrategier kvinner foretrekker mellom                 | Det ble foretatt en kvalitativ beskrivende studie. 21 kvinner med nylig diagnostisert brystkreft som ventet på operasjon ble intervjuet. Data ble innhentet på Haukeland Universitetssykehus i Norge.   | Resultatene viste at kvinnene hadde ulike behov fra helsepersonell og ulike måter å håndtere situasjonen på, og derav må også sykepleien tilpasses den enkelte. Et fellestrekk var at informasjon måtte gis gradvis og at overdreven medlidenhet/medfølelse kunne føre til | Denne forskningen er foretatt i Norge, og den beskriver sykepleiernes viktige rolle preoperativt. Den beskriver også viktige poeng for å svare på min problemstilling. Studien er 11 år gammel, men grunnet  |

|                               |  |                              |                               |
|-------------------------------|--|------------------------------|-------------------------------|
| diagnostisering og operasjon. |  | ytterligere angst og redsel. | relevansen har likevel valgt. |
|-------------------------------|--|------------------------------|-------------------------------|

## 3.2. Sammenfattede resultater

I dette kapittelet presenteres en sammenfatning av studiene, sortert under de fire hovedtemaene for utøvelse av sykepleie som utpekte seg og som ble presentert i Tabell 2.3, nemlig kunnskap, kommunikasjon, pasientundervisning og individualisert sykepleie.

### 3.2.1. Kunnskap hos sykepleier

I seks av de åtte artiklene blir kunnskap hos sykepleier sett på som en betingelse for å mestre de tre andre hovedtemaene (Drageset et al., 2010; Fallbjörk et al., 2013; Hsu et al., 2010; Larsson et al., 2010; Nyholm et al., 2018; Rosenberg et al., 2020). Nyholm et al. (2018) skriver at bedre kunnskap blant helsepersonell kan sikre bedre kvalitet selv på de korte møtene. Dette sammenfaller med Larsson et al. (2010) sitt funn om at en av de avgjørende faktorene for pasientenes tilfredshet med sykehusoppholdet var sykepleiernes medisinske kunnskap, og at dette bidro til bedre kommunikasjon og informasjonsflyt. Fallbjörk et al. (2013) og Rosenberg et al. (2020) underbygger dette, og de fremmer særlig behovet for kunnskap om seneffektene. Rosenberg et al. (2020) beskriver at vi trenger økt kunnskap om utfordringer yngre møter i etterkant av mastektomi. Hsu et al. (2010) beskriver at kvinnene i etterkant av mastektomi hadde et stort behov for kunnskap og informasjon om deres sykdom, behandling og prognose, og at sykepleierne må ha kunnskap om dette for å kunne videreformidle det på en god måte. Både Drageset et al. (2010), Hsu et al. (2010) og Rosenberg et al. (2020) fant at sykepleiere må ha kunnskap om at den preoperative fasen ved brystkreft er av avgjørende for den helhetlige mestringen av sykdommen, både kortsiktig og langsiktig.

### 3.2.2. Kommunikasjon

Samtlige studier fremmer viktigheten av god kommunikasjon mellom sykepleier og pasient (Drageset et al., 2010; Easley & Miedema, 2012; Fallbjörk et al., 2013; Grogan & Mechan, 2017; Hsu et al., 2010; Larsson et al., 2010; Nyholm et al., 2018; Rosenberg et al., 2020). Både Larsson et al. (2010), Nyholm et al. (2018) og Drageset et al. (2010) avdekket at både kommunikasjon og mellommenneskelige relasjoner mellom sykepleier og pasient må styrkes. Dette sammenfaller med resultatene til Easley & Miedema (2012), som videre beskriver mangelfull kommunikasjon vedrørende mulige seneffekter. Hsu et al. (2010) fant ut at det er sentralt at sykepleiere sørger for ordentlige samtaler med kvinnene etter mastektomi, for å forebygge utvikling av angst og emosjonell uro. Rosenberg et al. (2020) beskriver at kommunikasjon vedrørende forventninger til postoperativ psykososial helse er avgjørende for at kvinnen er forberedt og kan forebygge bivirkningene. Hsu et al. (2010) og Nyholm et al. (2018) uttrykker at tidspress påvirker kvaliteten på kommunikasjonen og sykepleien som gis. De beskriver begge at det må avsettes mer tid til å danne en relasjon, samt for å få muligheten og motivasjon til å snakke om rehabiliteringsbehov, langsiktige bivirkninger og psykososialt velvære.

Flere av forskningsartiklene beskriver viktigheten av at sykepleiere skaper rom for åpen kommunikasjon og tar initiativ til samtaler om sårbare temaer (Easley & Miedema, 2012; Fallbjörk et al., 2013; Grogan & Mechan, 2017; Hsu et al., 2010; Larsson et al., 2010). Både Fallbjörk et al. (2013) og Easley & Miedema (2012) avdekket at sykepleiere ikke tar

nok initiativ til å snakke om seksualitet med pasientene, og at dette er et sterkt ønske fra pasientenes side. Grogan & Mechan (2017) fant ut at yngre pasienter ofte opplever mer usikkerhet knyttet til seksualitet enn eldre, og at det derfor er særlig viktig å snakke med dem om det. For å skape rom for å snakke om seksualitet og andre sårbare temaer, beskriver Larsson et al. (2010) at relasjon, trygghet og tillit er avgjørende. Hsu et al. (2010) beskriver at en forutsetning for nettopp dette er et privat rom med en avslappet atmosfære.

### 3.2.3. Individualisert sykepleie

Viktigheten av å tilpasse sykepleien til hvert individ poengteres i seks av studiene (Drageset et al., 2010; Fallbjörk et al., 2013; Grogan & Mechan, 2017; Hsu et al., 2010; Larsson et al., 2010; Nyholm et al., 2018). Drageset et al. (2010), Larsson et al. (2010), Fallbjörk et al. (2013) og Grogan & Mechan (2017) skriver at sykepleiere må være oppmerksomme på at alle kvinnene har individuelle behov og måter å håndtere situasjonen på, og vi må derfor være åpne for ulike reaksjoner, følelser og opplevelser. Det beskrives i disse studiene at det er helt individuelt hvordan kroppsendringene oppleves, og at sykepleiere dermed ikke kan regne med at kvinnene har et negativt selvbilde. Nyholm et al. (2018) understreker også hvor avgjørende det er ikke å generalisere sykepleien som gis, særlig for de mest sårbare pasientene. Dette blir også trukket frem av Hsu et al. (2010), og de beskriver at både informasjonen og støtten som gis, må bli individuelt tilpasset.

### 3.2.4. Pasientundervisning og -informasjon

Seks av studiene belyser betydningen av pasientundervisning og -informasjon for å unngå omfanget av senvirkninger (Drageset et al., 2010; Easley & Miedema, 2012; Grogan & Mechan, 2017; Hsu et al., 2010; Nyholm et al., 2018; Rosenberg et al., 2020). Easley & Miedema (2012) og Hsu et al. (2010) skriver dessuten at mange opplever mangelfull pasientundervisning. De finner at kvinnene har stort behov for informasjon om sin sykdom, behandling og prognose, samt psykisk støtte knyttet til all informasjonen. Drageset et al. (2010) underbygger dette, men skriver videre at informasjon må gis gradvis for at den ikke skal oppleves overveldende. Alle sykepleierne i studien til Nyholm et al. (2018) poengterte at pasientene må informeres om rehabiliteringstjenester og selvhjelpsmuligheter som er tilgjengelig etter utskrivelse fra sykehuset. Både Grogan & Mechan (2017) og Rosenberg et al. (2020) fremhever viktigheten av å informere om at den psykososiale helsen vanligvis blir bedre over tid, og at det krever en periode med tilvenning. Rosenberg et al. (2020) beskriver i tillegg at preoperativ informasjon om forventninger rundt postoperativ psykososial helse er viktig for å forberede pasienten.



## 4. Diskusjon

Hensikten med denne litteraturstudien er å belyse hvordan sykepleiere kan forebygge langsiktige psykososiale bivirkninger hos yngre kvinner når de er innlagt på sykehuset i forbindelse med mastektomi. Resultatene fra de åtte presenterte studiene diskuteres videre i sammenheng med både teori og egne erfaringer for å besvare studiens problemstilling.

### 4.1. Kunnskap hos sykepleier

Et gjennomgående funn både i flertallet av forskningsartiklene og i bakgrunnsteori er viktigheten av kunnskap blant sykepleiere i møte med brystkreftpasientene. Jeg har erfart at mitt kunnskapsnivå ikke har vært godt nok til å kunne veilede og gi god informasjon til denne pasientgruppen. Parallelt med økt kunnskap har jeg også i større grad kunnet se den helhetlige pasientsituasjonen og gitt mer personlig tilpasset sykepleie. I tråd med dette beskriver Wittrup & Kristensen (2014), som nevnt i kapittel 1.2, grunnleggende kunnskap om sykdomslæren som en grunnsten for å kunne oppnå en forståelse for mulige symptomer og komplikasjoner. Dette synet sammenfaller med Larsson et al. (2010) sine funn, og kunnskap beskrives som avgjørende for både tilfredsheten med sykehusoppholdet og kvaliteten på kommunikasjonen. Dette samsvarer med funnene til Nyholm et al. (2018), som videre uttrykker at sykepleiere som er involvert i møtet med kreftpasienter, burde få mer opplæring for å ha tilstrekkelig med kunnskap. Dette underbygges av Fallbjørk et al. (2013), som videre skriver at sykepleiere særlig trenger kunnskap om mulige seneffekter. Studien poengterer at ved å ha kunnskapen på plass, kan sykepleieren informere, skape oppmerksomhet og reflektere rundt seneffektene med pasienten, og dermed bidra til forebygging. Rosenberg et al. (2020) underbygger dette, men konstaterer at det særlig er viktig med økt kunnskap om bivirkningene yngre kan møte. Både Fallbjørk et al. (2013), Rosenberg et al. (2020) og Hsu et al. (2010) fastslår at for å dekke pasientenes behov for kunnskap om deres sykdom, behandling og prognose, så må vi ha kunnskap selv. I tillegg beskrives kunnskap som avgjørende for å videreformidle informasjon på en god måte. Studiene og teorien gjør det tydelig at kunnskap er en forutsetning for mange deler av sykepleiepraksisen og at den derfor ikke kan nedprioriteres.

Mangel på tid trekkes frem av både teori og av flere av forskningsartiklene som en faktor som går negativt utover forebyggingen av seneffekter. Kunnskap kan imidlertid være med på å redusere dette problemet. Som beskrevet i 1.2, er det en utfordring å vise pasienten at hun blir sett og forberede henne på livet etter operasjon i løpet av den korte tiden hun er på sykehuset (Sørensen et al., 2017). Kunnskap blant helsepersonell er ifølge Nyholm et al. (2018) med på å sikre bedre kvalitet på selv de korte møtene. At kunnskapen er på plass, løser ikke nødvendigvis hele problemet med for knapp tid. Både Wittrup & Kristensen (2014) og Martinsen (Austgard, 2010) beskriver at tid til å inngå en relasjon og å bli kjent med pasientens individuelle behov er avgjørende for at tilgjengelig kunnskap skal komme pasienten til gode. Martinsen understreker også at kunnskap alene ikke er tilstrekkelig. Ved at fagkunnskaper anvendes uten at følelsene er rettet mot pasienten, blir pasienten som en gjenstand. Nyholm et al. (2018) skriver også at det tar tid å danne en relasjon og å avdekke rehabiliteringsbehovet. Selv om både motivasjon og kunnskap hos sykepleierne var til stede, strakk ikke tiden til, og dermed ble

rehabiliteringsbehov og forebygging av langsiktige bivirkninger nedprioritert. Det kan tenkes at med økt kunnskap og bevisstgjøring om viktigheten av å forebygge langsiktige psykososiale bivirkninger, vil tid prioriteres til nettopp dette.

## 4.2. Kommunikasjon

God kommunikasjon trekkes frem av både teorien, av sykepleieteoretikerne og av samtlige forskningsartikler som helt elementært i møtet mellom sykepleier og pasient. Nyholm et al. (2018) utdyper at god kommunikasjon er avgjørende for at veiledningen som gis, tilpasses den enkelte. Dette underbygges av Easley & Miedema (2012), som finner at kommunikasjonen vedrørende de umiddelbare bivirkningene var god, men at kommunikasjonen vedrørende mulige psykososiale seneffekter var svært mangelfull. Innenfor det samme temaet skriver Hsu et al. (2010) at samtaler angående kroppsbilde, følelser og angst etter mastektomi, er avgjørende for å forebygge disse bivirkningene. Wittrup & Kristensen (2014) underbygger dette, og som beskrevet i 1.2 gir den tette kontakten sykepleiere ofte har med pasientene gode muligheter for forebyggingsarbeid. Jeg har erfart at første steg for å kunne hjelpe pasienten er god kommunikasjon preget av gjensidig respekt. Dette gir videre muligheten for både å oppdage behov og å forebygge uønskede utfall. I samsvar med dette forklarer Travelbee (1999) at all interaksjon med pasienten gir sykepleieren muligheten for å bli kjent med pasienten som menneske og til å bidra med å ivareta vedkommende sine behov. Eide & Eide (2011) underbygger betydningen av kommunikasjon i møte med pasienter, og påpeker at den skal være faglig velfundert og til hjelp for pasienten. Forutsetninger for denne kommunikasjonen er anerkjennelse av motparten, aktiv lytting og åpenhet, og samtidig å være direkte, som igjen er med på å bygge en relasjon.

Mellommenneskelig relasjon fremmes som essensielt ved kommunikasjon mellom pasient og sykepleier. Både Larsson et al. (2010) og Drageset et al. (2010) beskriver dette, og de forklarer at det blant annet innebærer at sykepleieren møter pasientene som vanlige mennesker, ikke bare som pasienter. Dette samsvarer med Travelbee (1999) sin teori om et menneske-til-menneske-forhold mellom pasient og sykepleier. Martinsen fremmer også viktigheten av personsentrert sykepleie for å kunne nå inn til og hjelpe pasienten (Austgard, 2010). Hun beskriver at vi må møte pasienten som et likeverdig menneske med både respekt og anerkjennelse, og uten forutinntatte meninger om pasienten. Et slikt forhold mellom pasient og sykepleier kan forbedre relasjonen og kommunikasjonen, og skape rom for å snakke om sårbare temaer. Deltagerne i studien til Drageset et al. (2010) uttrykte at overdreven medfølelse og medlidenhet kunne øke deres følelse av angst og sårbarhet, men at det likevel er viktig å anerkjenne og respektere kvinnens frykt og bekymringer. Det er derfor avgjørende å finne en balanse mellom dette i kommunikasjonen.

### 4.2.1. Å skape rom og våge å snakke om sårbare/intime temaer

I mye av forskningen og teorien er det en gjennomgående forståelse av at sykepleiere må ta initiativ til samtale om sårbare temaer. Wittrup & Kristensen (2014) skriver at ved kommunikasjon om slike temaer kan det være viktig at sykepleier starter opp samtalene, da terskelen for å innlede slike samtaler kan være høy for pasienten. De beskriver også at mange pasienter venter på at sykepleier skal ta initiativ til å snakke om seksualitet og blir frustrert over at psykoseksuelle aspekter ignoreres av helsepersonell. Både Fallbjörk et al. (2013), Easley & Miedema (2012) og Grogan & Mechan (2017) bekrefter at sykepleiere må ta mer initiativ til å snakke om vanskelige temaer, særlig vedrørende seksualitet og tiden videre. Ifølge Wittrup & Kristensen (2014) er samtale om seksualitet

forbundet med flauhet, og sykepleiere må ta det første steget for å normalisere og skape rom for samtale om det. Mange pasienter synes det er vanskelig å verbalisere sine redsler med mindre helsepersonell spør direkte om deres opplevelser. De beskriver også at sykepleiere ikke bare må rådgje, men også spørre. Dette tas også opp av Travelbee (1999), som skriver at sykepleiere må tørre å stille spørsmål for å få ærlige svar. Sykepleieren kan aldri gå ut fra at hun forstår hva en person føler med mindre hun har undersøkt det ved å ta det opp med kvinnen. Det er viktig å huske på at mange vonde følelser kan skjule seg bak et smil eller et uttrykksløst ansikt. Jeg har selv erfart at når jeg åpner opp for å snakke om et vanskelig tema, viser det seg at dette er et stort behov for pasientene. Samsvarende med både forskningen og teorien har jeg opplevd at det ofte må relativt direkte spørsmål til for at pasienten skal åpne seg. Grogan & Mehan (2017) avdekket at yngre ofte opplever mer problemer knyttet til seksualitet enn eldre, og at det derfor er svært viktig å snakke om dette med yngre. De uttrykker også at det å ta initiativ til å snakke om de vanskelige emnene kan bidra til å skape et rom for mer åpen og gjensidig kommunikasjon.

Betydningen av å skape rom for god kommunikasjon mellom sykepleier og pasient er et gjentagende poeng. Trygghet, tillit og relasjonsbygging fastslås av Larsson et al. (2010) som avgjørende for å skape rom for å snakke om sårbare temaer. Aktiv lytting og å være en støtte for pasienten beskrives av Wittrup & Kristensen (2014) som forutsetninger. En må vise interesse, spørre, forstå, spørre igjen, lytte, anerkjenne og være et medmenneske. Selv har jeg erfart at det tar litt tid før pasientene tør å åpne seg, men når relasjonen først er bygget, er terskelen for å snakke om sårbare temaer lavere. Det kan tenkes at sykepleieren må åpne den imaginære døren for åpen kommunikasjon, og at det deretter blir lettere for pasientene å innlede samtaler, stille spørsmål og gi uttrykk for sine behov. Om det samme emnet skriver Martinsen at «*Sykepleier kan være romutvidende med sin egen rommelighet*» (Austgard, 2010, s. 23). Hun beskriver at ved vår måte å være til stede på i rommet har vi innflytelse på pasientens muligheter til å tre frem med seg selv og være i rommet. For å oppnå det hun kaller et sanselig rom, er skjerpede sanser, tid, ro, et ønske om å hjelpe, medmenneskelighet og en faglig tilstedeværelse sentralt (Austgard, 2010).

Avslutningsvis bør det nevnes at det fysiske rommet også kan være sentralt for at pasienten skal være komfortabel nok til å åpne seg. Hsu et al. (2010) avdekket at et privat og avslappet rom kan være avgjørende for mange kvinner. Dette underbygges av Larsson et al. (2010), som finner at flere synes det er ubehagelig å snakke om sårbare temaer med andre i rommet. Samme forskning uttrykker imidlertid at det er svært ulikt hva som skal til for at pasientene skal åpne seg, og at vi derfor må tilpasse oss individuelle behov.

### 4.3. Individualisert sykepleie

Individualisert sykepleie trekkes frem som svært betydningsfullt i både flertallet av studiene, i teori og av sykepleieteoretikere. Drageset et al. (2010) og Larsson et al. (2010) beskriver hvordan sykepleiernes oppmerksomhet for kvinnenes individuelle behov er viktig for å styrke støtten til den enkelte kvinne, og ifølge Drageset et al. (2010) er det med på å bevare pasientens integritet ved utøvelse av sykepleie. Nyholm et al. (2018) poengterer også hvor avgjørende det er ikke å generalisere sykepleien som gis, særlig for de mest sårbare pasientene. Det kan tenkes at yngre er mer sårbare grunnet blant annet mindre livserfaring og det stadiet de er på i livet, som beskrevet nærmere i kapittel 1.1 og 1.2. Individualisert sykepleie trekkes også frem av Hsu et al. (2010), som

videre beskriver at både informasjonen og støtten som gis, må bli individuelt tilpasset. Dette sammenfaller med Travelbee (1999) sin beskrevne teori om at sykepleierens mål og hensikt blant annet er å hjelpe enkeltindividet med å forebygge sykdom. Ifølge Wittrup & Kristensen (2014) opplever en del kreftpasienter ikke å bli betraktet som en person med individuelle verdier og holdninger, og at dette påvirker både kommunikasjon og andre aspekter ved det forebyggende arbeidet. Selv har jeg erfart at det er svært ulikt hvordan enkeltindivider håndterer sykdom og følgelig svært ulikt hvilke behov for sykepleie de har. Det er derfor helt avgjørende å tilpasse sykepleien individuelt i alle delene av sykepleiepraksisen.

Et viktig fokusområde for å individualisere sykepleien er at kvinner som gjennomgår mastektomi, har svært ulike måter å håndtere situasjonen og kroppsendringene på. Dette påpeker blant annet Fallbjørk et al. (2013), som sier at å miste et bryst kan oppleves svært ulikt. Noen av deltagerne synes det var ubetydelig, mens andre synes det var grusomt. Som nevnt i Tabell 3.1, var det en trend at eldre kvinner ble mindre påvirket av å miste brystet. Deltagerne i forskningen til Drageset et al. (2010) uttrykte og delte også følelser forskjellig, og sykepleiere må være oppmerksomme på dette. Noen kvinner følte en lettelse og terapi ved å uttrykke følelsene sine. Andre ville derimot holde følelsene på avstand og hadde negativ effekt av å snakke om følelser. Den reduserte følelsen av styrke førte til selvmedlidenhet og tap av energi. Dette underbygges av Grogan & Mechan (2017), og som beskrevet i Tabell 3.1, fikk noen negativt kroppsbilde, mens andre sto imot kroppsidealene og var stolte av arrene sine. Det er viktig ikke å ta for gitt at kvinnene har et negativt selvbilde, men heller åpne for at de opplever situasjonen ulikt. Det er også avgjørende at sykepleiere lytter til kvinners individuelle opplevelser av både bekymringer og positivitet, samt forsøke å forstå balansen mellom disse to motsatte følelsene. Siden alle er forskjellige, kan ikke sykepleiere forvente homogene mønstre med negative opplevelser etter mastektomi. Innenfor samme tema beskriver Wittrup & Kristensen (2014) at vi ikke må tillegge pasienten reaksjoner bygget på antagelser. Selv har jeg erfart at det er lett å la seg påvirke av fordommer og utsagn fra andre ansatte. For å møte pasienten på en god måte, er et åpent sinn og medmenneskelighet sentralt. Dette samsvarer med Martinsen sin oppfattelse av at vi må møte pasientene så mentalt fristilt fra forutinntatte meninger som mulig og at vi må slippe inn pasientinntrykket usensurert. Hun uttrykker også at selv om mye er likt og felles for alle mennesker, så er hvert menneske unikt, og fellestrekk viser seg på sin spesielle måte hos hver og én (Austgard, 2010).

#### 4.4. Pasientundervisning- og informasjon

Informasjon og pasientundervisning beskrives som viktige forebyggende elementer og som sentralt for å sikre tilbakevendelse av en tilfredsstillende hverdag. Ifølge Sørensen et al. (2017) kan kvinnene gjennom informasjon og kunnskap om sykdommen, behandlingen og prognosen få muligheten til å gjenvinne kontroll over sitt eget liv. Dette underbygges av Easley & Miedema (2012), som mener pasientundervisning kan bidra til å minimere omfanget av senvirkninger. Samtlige deltagere i studien uttrykte et sterkt ønske om bedre og mer informasjon om tiden etter mastektomi. De fleste deltagerne visste ikke om tilgjengelige støtteordninger verken under eller etter behandling, og de visste ikke hvor de kunne oppsøke hjelp til psykososiale problemer om de skulle trenge det. En av deltagerne uttrykte at med mindre du utdanner deg selv eller vet hvilke spørsmål du skal stille, gir ingen deg informasjonen. Nyholm et al. (2018) vektlegger også viktigheten av pasientundervisning, og alle sykepleierne i studien poengterte at pasientene må informeres om hvilke rehabiliteringstjenester og selvhjelpsmuligheter som

er tilgjengelig etter utskrivelse fra sykehuset. Tilsvarende skriver Hsu et al. (2010) at veloverveid informasjon om sykdom, behandling og prognose umiddelbart reduserte angsten hos pasientene, og i tillegg forbedret kroppsbilde og reduserte emosjonell uro to måneder etter operasjon.

Mange kreftoverlevende opplever ifølge Wittrup & Kristensen (2014) ikke å få tilfredsstillende informasjonsbehovet, og dermed vanskeliggjøres muligheten for at de selv skal kunne håndtere sykdommen og følgene av den. Både Sørensen et al. (2017) og Mary (2014) beskriver at mange synes det er skremmende ikke å ha et sikkerhetsnett med helsepersonell rundt seg etter utskrivelse, og at dette kan gi opphav til utrygghet og angst. For å forebygge dette er det viktig med god informasjon om tiden videre og om ulike støtteordninger. Det beskrives videre at god informasjon kan skape håp hos den kreftrammede. Håp gjør ifølge Travelbee (1999) mennesker i stand til å mestre vonde og vanskelige situasjoner, og det kan være den motiverende faktoren som gir kvinnen energi og mot til å overvinne hindringer og mobilisere kreftene inn i rehabiliteringsprosessen. Videre uttrykker Sørensen et al. (2017) at for at pasienten skal mestre sykdom og lidelse, må den profesjonelle sykepleieren hjelpe pasienten til en opplevelse av håp. Det beskrives at en forutsetning for dette er å møte pasienten på hennes egne premisser og å gi individuelt tilpasset informasjon. Det antydes imidlertid at det kan være en utfordring å vite hva den enkelte har behov for av informasjon til enhver tid.

Selv om det er viktig med utfyllende informasjon, tyder teorien og studiene på at en skal unngå for mye informasjon. Dette beskrives som svært sentralt av Wittrup & Kristensen (2014) for at ikke kvinnene skal bli overveldet. Drageset et al. (2010) fant også ut at informasjon måtte gis gradvis. Kvinnene i denne studien ønsket så mye informasjon som de så på som relevant ved hvert tidspunkt, og bare når de var klare for å motta informasjonen. Kvinnene uttrykte at for mye informasjon om gangen skremte dem og skapte en følelse av å miste kontrollen. I tillegg beskriver studien viktigheten av støttende og realistisk informasjon fra helsevesenet. Ifølge Sørensen et al. (2017) kan pasientene oppleve både å få for mye og for lite informasjon under sykehusoppholdet. Wittrup & Kristensen (2014) beskriver at pasientene ofte er mest opptatt av hva som skjer her og nå, men sykepleiere har samtidig en viktig rolle i å forberede pasienten på tiden etter sykehusoppholdet. Selv har jeg erfart at det både er vanskelig og viktig å skille mellom informasjon som er nødvendig for pasienten og informasjon som fører til ytterligere psykisk belastning. Informasjon som kun fører til sistnevnte, bør pasienten skjermes fra. Dette skillet kan imidlertid være vanskelig å finne, og det krever både erfaring og kunnskap.

I mye forskning og teori fremheves viktigheten av postoperativ informasjon, men preoperativ informasjon er også av stor betydning. Drageset et al. (2010) trekker frem at den preoperative fasen er av avgjørende betydning for den helhetlige mestringen av sykdommen, både kortsiktig og langsiktig. Det beskrives at preoperative opplevelser kan ha stor innvirkning på den psykososiale opplevelsen postoperativt. Dette underbygges av både Hsu et al. (2010) og Rosenberg et al. (2020). Rosenberg et al. (2020) uttrykker at preoperativ kommunikasjon og informasjon vedrørende forventninger til postoperativ psykososial helse er avgjørende for at kvinnen skal være forberedt og kan forebygge bivirkningene. Wittrup & Kristensen (2014) beskriver at pasientene ofte er opptatt av hva som skjer her og nå, men at det er vel så viktig at sykepleieren gir informasjon om tiden som følger og utfordringene som kan oppstå. De poengterer også at pasientene ofte er i sjokk og har behov for at informasjon gjentas. Dette samsvarer med Aarre (2018) sin beskrivelse om at mange i en krise har vanskelig for å ta til seg informasjonen som blir

gitt, og dette ble utdypet i kapittel 1.2. Derfor er det sentralt å gi informasjon både før, under og etter behandling, og dette signaliserer i tillegg at sykepleieren anerkjenner pasienten og bryr seg om livskvaliteten hennes (Wittrup & Kristensen, 2014). For at pasienten skal forstå informasjonen og få utbytte av den, kan det derfor være hensiktsmessig å gi mye av den samme informasjonen pre- og postoperativt.

#### 4.5. Implikasjoner for sykepleie

Resultatene tyder på at de fire hovedtemaene har stor innvirkning på hverandre, og sykepleiere må implementere alle disse i sin praksis for best mulig forebygging. Ifølge Carreira et al. (2018) kan de psykososiale senkomplikasjonene oppstå som følge av svikt i flere deler av sykepleien. Resultatene kan tyde på at svikt i en del av sykepleien, har stor innvirkning på de andre delene. Det viser seg at kunnskap er grunnleggende for både kommunikasjon, individualisert sykepleie og pasientundervisning. Samtidig, som beskrevet i 4.1, når ikke kunnskap alene langt. Dette illustrerer at de ulike hovedtemaene har en gjensidig avhengighet, og for å se pasientens behov og bidra til forebygging, holder det dermed ikke å konsentrere seg om ett av disse hovedtemaene. Sykepleiere må derfor prioritere og være oppmerksomme på alle de beskrevne hovedtemaene. Med mer bevissthet og kunnskap rundt mulige psykososiale senvirkninger etter mastektomi, vil forebygging av dette trolig være naturlig å prioritere høyere. Dette er elementært for å hindre at tiden etter kreftbehandling oppleves som et mentalt mareritt (Wittrup & Kristensen, 2014).

Artiklenes resultater indikerer imidlertid at tidspresset er et stort hinder for alle hovedtemaene, og det er dermed et gjennomgående behov for mer tid. Som beskrevet i kapittel 4.1 og 4.2 er det behov for mer tid for å kunne arbeide effektivt med forebygging av senvirkninger. Mange sykepleiere i forskningen til Nyholm et al. (2018) hadde stor motivasjon for å fokusere på rehabilitering og langsiktige bivirkninger. Knapphet på tid gjorde imidlertid at sykepleierne konstant måtte ty til kategorisering og ikke hadde muligheten til å danne en relasjon eller tilpasse kommunikasjonen og informasjonen individuelt. Hsu et al. (2010) fant at tidspress gikk utover motivasjonen til å tilby samtaler og kommunikasjon vedrørende psykososialt velvære. Forskningen viser imidlertid at å bruke tid på disse samtalene, vil gagne helsetjenesten i det lange løp. Sammenfattet kan det forventes at med økt kunnskap om viktigheten av å forebygge psykososiale senvirkninger i etterkant av mastektomi, vil også tid til dette prioriteres.

#### 4.6. Styrker og svakheter

Flere styrker og svakheter er vurdert under utforming av oppgaven. Oppgaven tar for seg både kvalitative og kvantitative studier, noe som gir både bredde og dybde. Studiene redegjør for mye av det samme, men har alle ulike vinklinger og hensikter. Dette er med på å gi oppgaven dybdeforståelse. De åtte valgte studiene er alle primærstudier, noe som er en fordel med tanke på at ingen har tolket tidligere resultater feil. I tillegg har jeg supplert med både pensumlitteratur, utsagn fra sykepleieteoretikere, annen teori og egne erfaringer, noe som gir god sammenligning og godt begrunnede resultater. Tre av artiklene er over 10 år gamle, og de kan derfor være noe utdatert, men etter grundig kvalitetsvurdering og evaluering av relevans, har jeg valgt dem til tross for publiseringstidspunkt. I og med at jeg har flere andre artikler som er av nyere årstall, kunne jeg vurdere funnene opp mot hverandre og sammenligne. Flere av artiklene er ikke kun rettet mot yngre mastektomiopererte, men også mot eldre og mot andre former for brystkreftbehandling. Det er imidlertid store likheter mellom bivirkningene eldre og

ynge møter, og mellom bivirkningene etter ulike former for kreftbehandling. Jeg har dermed vurdert at dette kan gi en dypere forståelse heller enn å være en svakhet. Tre av studiene er foretatt i land med et helsevesen som kan skille seg en god del fra det norske, det vil si Canada, USA og Taiwan. Jeg har sett på disse studiene med et kritisk blikk og vurdert relevansen i funnene for norsk helsevesen. De resterende fem artiklene er foretatt i Norge, Sverige, Danmark og Storbritannia, som alle har noenlunde likt helsevesen. Derfor har jeg vurdert de tre andre studiene som relevante og at de kan gi dypere innsikt i problemer og løsninger.

#### 4.7. Konklusjon

Basert på funnene i forskningsartiklene, teorien og egne erfaringer er det tydelig at sykepleiere må være mer proaktive under sykehusoppholdet når det gjelder forebyggingen av psykososiale senvirkninger i forbindelse med mastektomi. Det viser seg at forutsetninger for dette er at sykepleiere både øker kunnskapsnivået innen dette fagfeltet og kommuniserer bedre med pasientene ved både å se individene, skape rom og tørre å snakke om sårbare temaer. I tillegg må ytterligere sykepleie også tilpasses individene og det må gis tilstrekkelig og mer pasientundervisning. Disse beskrevne punktene for forebygging, har alle en gjensidig avhengighet og må av den grunn prioriteres alle sammen. Det er tydelig at forebyggingen må skje både før og etter operasjonen. Yngre brystkreftoverlevende står i større fare for å utvikle uheldige bivirkninger, og det er sannsynlig at de møter flere psykososiale utfordringer enn eldre. Det er derfor særlig viktig at sykepleiere arbeider for å forebygge bivirkninger hos denne pasientgruppen. At sykepleiere tar denne oppgaven alvorlig under sykehusoppholdet, er av avgjørende betydning for å begrense bivirkninger knyttet til depresjon, angst, kroppsbilde, seksualitet og selvbilde. Sammen vil dette være med på å forebygge at den langsiktige livskvaliteten til kvinnene blir svekket. Tidspress viser seg å være en sentral utfordring for effektivt forebyggingsarbeid, men økt kunnskap og bevisstgjøring vil forhåpentlig lede til økt prioritering og allokering av tid til dette.

# Referanser

- Austgard, K. (2010). *Omsorgsfilosofi i praksis—Å tenke med filosofen Kari Martinsen i sykepleien* (2. utg.). Cappelen Damm.
- Brystkreftforeningen. (u.å.-a). *Behandling av brystkreft*. Hentet 13. april 2021, fra <https://brystkreftforeningen.no/om-brystkreft/behandling>
- Brystkreftforeningen. (u.å.-b). *Seneffekter*. Hentet 25. mars 2021, fra <https://brystkreftforeningen.no/om-brystkreft/seneffekter>
- Brystkreftforeningen. (u.å.-c). *Under 45 år?* Hentet 13. april 2021, fra <https://brystkreftforeningen.no/tilbud/under-45>
- Buckman, R., & Whittaker, T. (2002). *Alt du trenger å vite om brystkreft* (1. utg.). Notabene forlag.
- Camp-Sorrell, D. (2009). Cancer and Its Treatment Effect on Young Breast Cancer Survivors. *Seminars in Oncology Nursing*, 25(4), 251–258. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2009.08.002>
- Carreira, H., Williams, R., Müller, M., Harewood, R., Stanway, S., & Bhaskaran, K. (2018). Associations Between Breast Cancer Survivorship and Adverse Mental Health Outcomes: A Systematic Review. *Journal of the National Cancer Institute*, 110(12), 1311–1327. <https://doi.org/10.1093/jnci/djy177>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal.
- Drageset, S., Lindstrøm, T. C., & Underlid, K. (2010). Coping with breast cancer: Between diagnosis and surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 66(1), 149–158. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05210.x>
- Easley, J., & Miedema, B. (2012). Rehabilitation after breast cancer: Recommendations from young survivors. *Rehabilitation Nursing Journal*, 37(4), 164–169. <https://doi.org/10.1002/rnj.21>
- Eide, H., & Eide, T. (2011). *Kommunikasjon i relasjoner* (2. utg.). Gyldendal.



- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20(2), 22–25. <http://www.ajan.com.au/Vol20/Vol20.2-4.pdf>
- Fallbjörk, U., Rasmussen, B. H., Karlsson, S., & Salander, P. (2013). Aspects of body image after mastectomy due to breast cancer—A two-year follow-up study. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(3), 340–345. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2012.09.002>
- FHI. (2019, september 23). *Fakta om livskvalitet og trivsel*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/livskvalitet-og-trivsel/livskvalitet-og-trivsel/>
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier* (3. utg.). Natur & Kultur.
- Gamnes, S. (2012). Kap. 21: Nærhet og seksualitet. I *Grunnleggende sykepleie* (2. utg., Bd. 3). Gyldendal.
- Grogan, S., & Mechan, J. (2017). Body image after mastectomy: A thematic analysis of younger women's written accounts. *Journal of Health Psychology*, 22(11), 1480–1490. <https://doi.org/10.1177/1359105316630137>
- Helsebiblioteket. (2016a, mai 3). *Systematisk oversikt*. Helsebiblioteket.no; <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/systematisk-oversikt>
- Helsebiblioteket. (2016b, juni 6). *Søketeknikker*. Helsebiblioteket.no; <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasertpraksis/litteratursok/soketeknikker>
- Helsedirektoratet. (u.å.). *Brystkreftdiagnostiserte kvinner som fikk brystbevarende operasjon*. Hentet 13. april 2021, fra <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kreft-behandling-og-overlevelse/brystbevarende-operasjon-for-kvinner-diagnostisert-med-brystkreft>
- Howard-Anderson, J., Ganz, P. A., Bower, J. E., & Stanton, A. L. (2012). Quality of life, fertility concerns, and behavioral health outcomes in younger breast cancer

- survivors: A systematic review. *Journal of the National Cancer Institute*, 104(5), 386–405. <https://doi.org/10.1093/jnci/djr541>
- Hsu, S.-C., Wang, H.-H., Chu, S.-Y., & Yen, H.-F. (2010). Effectiveness of Informational and Emotional Consultation on the Psychological Impact on Women With Breast Cancer Who Underwent Modified Radical Mastectomy. *Journal of Nursing Research*, 18(3), 215–226. <https://doi.org/10.1097/JNR.0b013e3181ed57d0>
- Kreftforeningen. (2021, januar 7). Brystkreft. *Kreftforeningen*.  
<https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/brystkreft/>
- Kreftregisteret. (2021, januar 21). *Brystkreft*.  
<https://www.kreftregisteret.no/Temasider/kreftformer/Brystkreft/>
- Kristoffersen, N. J., Breievne, G., & Nortvedt, Finn. (2012). Kap. 25: Lidelse, mening og håp. I *Grunnleggende sykepleie* (2. utg., Bd. 3). Gyldendal.
- Larsson, J., Sandelin, K., & Forsberg, C. (2010). Health-related quality of life and healthcare experiences in breast cancer patients in a study of Swedish women. *Cancer Nursing*, 33(2), 164–170.  
<https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e3181bb0d05>
- Lorentsen, V. B., & Grov, E. K. (2017). Kap. 28: Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I *Klinisk sykepleie 2* (5. utg.). Gyldendal.
- Mary, J. (2014). Kap. 22: Hverdagslivet etter behandling. I *Kræftsygepleje—I et forløbsperspektiv* (1. utg.). Munksgaard.
- NSD, N. senter for forskningsdata. (2021). *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>
- Nyholm, N., Halvorsen, I., Mygind, A., & Christensen, U. (2018). Diversity in cancer care: Exploring social categories in encounters between healthcare professionals and breast cancer patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(3), 1108–1117. <https://doi.org/10.1111/scs.12556>
- Piot-Ziegler, C., Sassi, M.-L., Raffoul, W., & Delaloye, J.-F. (2010). Mastectomy, body deconstruction, and impact on identity: A qualitative study. *British Journal of Health Psychology*, 15(3), 479–510. <https://doi.org/10.1348/135910709X472174>

- Rannestad, T., & Reidunsdatter, R. (2017). Kap. 12: Helsefremming hos overlevende etter brystkreft og underlivskreft. I *Helsefremming i kommunehelsetjenesten* (1. utg.). Cappelen Damm.
- Ribnikar, D., Ribeiro, J. M., Pinto, D., Sousa, B., Pinto, A. C., Gomes, E., Moser, E. C., Cardoso, M. J., & Cardoso, F. (2015). Breast Cancer Under Age 40: A Different Approach. *Current Treatment Options in Oncology*, *16*(4), 1–24.  
<https://doi.org/10.1007/s11864-015-0334-8>
- Rosenberg, S. M., Dominici, L. S., Gelber, S., Poorvu, P. D., Ruddy, K. J., Wong, J. S., Tamimi, R. M., Schapira, L., Come, S., Peppercorn, J. M., Borges, V. F., & Partridge, A. H. (2020). Association of Breast Cancer Surgery With Quality of Life and Psychosocial Well-being in Young Breast Cancer Survivors. *JAMA Surgery*, *155*(11), 1035–1042. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2020.3325>
- Rosvoll, B.-A. (2012). Kap. 19: Identitet og egenverd. I *Grunnleggende sykepleie* (2. utg., Bd. 3). Gyldendal.
- Sayin, Y., & Kanan, N. (2010). Reasons for Nursing Telephone Counseling From Individuals Discharged in the Early Postoperative Period After Breast Surgery. *Nursing Forum*, *45*(2), 87–96. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2010.00169.x>
- Schlichting, E. (2019). Mastektomi. I *Store medisinske leksikon*.  
<http://sml.snl.no/mastektomi>
- Schlichting, E., & Klepp, O. (2020). Brystkreft. I *Store medisinske leksikon*.  
<http://sml.snl.no/brystkreft>
- Skre, I. B. (2020). Angst. I *Store medisinske leksikon*. <http://sml.snl.no/angst>
- Svartdal, F. (2020). Selvbilde. I *Store norske leksikon*. <http://snl.no/selvbilde>
- Sørensen, E. M., Lorvik, M. K., Ernten, N. G., & Almås, H. (2017). Kap. 29: Sykepleie ved brystkreft. I *Klinisk sykepleie 2* (5. utg.). Gyldendal.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (1. utg.). Universitetsforlaget.

Wittrup, K., & Kristensen, R. D. (2014). Kap. 3: Kræftsygepleie—Et speciale? I

*Kræftsygepleie i et forløbsperspektiv* (1. utg.). Munksgaard.

Aarre, T. F. (2018). *Psykiatri for helsefag* (2. utg.). Fagbokforlaget.

