

Nora Felberg (10187) & Marte Flock (10026)

# Veien til mestringstro etter kirurgisk behandling for brystkreft

Litteraturbachelor

Antall ord: 7534

Bacheloroppgave i Sykepleie

Juni 2023



**NTNU**

Kunnskap for en bedre verden



Nora Felberg (10187) & Marte Flock (10026)

# **Veien til mestringstro etter kirurgisk behandling for brystkreft**

Litteraturbachelor  
Antall ord: 7534

Bacheloroppgave i Sykepleie  
Juni 2023

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



Kunnskap for en bedre verden



# Sammendrag

## **Bakgrunn**

Brystkreft er den vanligste kreftformen blant kvinner i 2022, der primær behandling som oftest er kirurgi i form av mastektomi eller lumpektomi. Pasienter med brystkreft blir utredet og behandlet i et nasjonalt pakkeforløp for brystkreft, der hensikten er mer forutsigbarhet hos pasientene gjennom samhandling og tilpasset informasjon. Til tross for pakkeforløpets gode hensikter, har teori, forskning og egne praksiserfaringer vist at det er for lite fokus på individuelle tilpasninger og psykiske utfordringer. Pasienter med brystkreft kan oppleve sterke følelser og reaksjoner på kreftsykdommen og kirurgi i brystet, som stiller krav om tilpasning og mestring til en ny livssituasjon.

## **Hensikt**

Utforske hvordan sykepleiere, som ansvarlig for ivaretagelse av pasienters helhetlige omsorgsbehov, kan møte pasienters psykiske reaksjoner og behov slik at de opplever mestringstro.

## **Metode**

Opgaven er utformet som et systematisk litteraturstudium basert på 8 forskningsartikler, gjennomført i perioden mars til juni 2023.

## **Resultater**

Resultatene presenteres i tre hovedtemaer: 1) Pasientens psykiske reaksjoner, 2) Personsentrert kommunikasjon, 3) Helsehjelp i et helhetlig forløp. Hovedtemaene ble delt inn i beskrivende undertemaer: frykt og bekymringer, aksept og fornektelse, profesjonell og menneskelig tilnærming, tilpasset informasjon, tidsbegrensning og standardisering, og tverrfaglig samarbeid.

## **Konklusjon**

Gjennom en veiledningsprosess kan sykepleier kartlegge behov og ressurser, og deretter planlegge mål og måter å nå disse på. Informasjon og mestringsstøtte kan utnyttes som metoder i prosessen på veien mot styrking av pasientens mestringstro. Standardiserte pakkeforløp kan til en viss grad virke begrensende i sykepleiers arbeid med individuell tilpasning gjennom veiledningsprosessen.

# Abstract

## **Background**

Breast cancer is the most common form of cancer among women in 2022, with the primary treatment usually being surgery in the form of mastectomy or lumpectomy. Patients with breast cancer are assessed and treated within a national care pathway for breast cancer, aimed at providing patients with predictability through collaboration and tailored information. Despite the good intentions of the care pathway, theory, research, and personal practical experiences have shown that there is insufficient focus on individual adaptations and psychological challenges. Patients with breast cancer may experience strong emotions and reactions to the cancer and breast surgery, which require adaptation and coping to a new life situation.

## **Objective**

Explore how nurses, as responsible for addressing patients' holistic care needs, can meet patients' psychological reactions and needs in a way that fosters a sense of mastery.

## **Method**

The study is designed as a systematic literature review based on 8 research articles conducted between March and June 2023.

## **Results**

The results are presented in three main themes: 1) Patients' psychological reactions, 2) Person-centered communication, 3) Healthcare within a holistic care pathway. The main themes were divided into descriptive subthemes: fear and concerns, acceptance and denial, professional and human approach, tailored information, time constraints and standardization, and interdisciplinary collaboration.

## **Conclusion**

Through a guidance process, nurses can assess patients' needs and resources, and then plan goals and ways to achieve them. Information and support for coping can be utilized as methods in the process of strengthening patients' sense of mastery. Standardized care pathways may, to some extent, limit nurses' ability to provide individual adaptations through the guidance process.

# Innhold

<b>1. Introduksjon</b> .....	<b>2</b>
1.1 Innledning til tema og bakgrunnskunnskap .....	2
1.2 Hensikt og problemstilling.....	2
1.2.1 Hensikt.....	2
1.2.2 Problemstilling .....	3
1.3 Teori.....	3
1.3.1 Pakkeforløp for brystkreft.....	3
1.3.2 Psykososiale behov .....	3
1.3.3 Veiledning.....	4
1.3.4 Lazarus og Folkman- Stress og mestringsteori .....	4
1.3.5 Albert Bandura - mestringstro .....	5
1.3.6 Joyce Travelbee - sykepleieteori.....	5
<b>2. Metode</b> .....	<b>6</b>
2.1 Litteraturstudium metode .....	6
2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	6
2.3 Søkestrategi og søkehistorikk.....	7
2.3.1 Søkestrategi.....	7
2.3.2 Søkehistorikk .....	8
2.4 Utvelgelse og vurdering av artikler.....	11
2.5 Analyse .....	12
<b>3. Resultater</b> .....	<b>13</b>
3.1 Artikkelmatrise.....	13
3.2 Sammenfattede resultater .....	21
3.2.1 Pasientens psykiske reaksjoner .....	21
3.2.2 Personsentrert kommunikasjon .....	22
3.2.3 Helsehjelp i et helhetlig forløp.....	22
<b>4. Diskusjon</b> .....	<b>23</b>
4.1 Klargjøre pasientens utgangspunkt .....	24
4.1.1. Pasientens reaksjoner og strategier .....	24
4.1.2 Relasjonens og kommunikasjonens betydning for kartlegging .....	25
4.2 Finne mål og verdier i det nye livet .....	25
4.2.1 Realistiske delmål .....	25
4.2.2. Tilpasning av informasjon .....	26
4.3 Måter å nå målet på.....	26
4.3.1 Mestringsstøtte.....	26
4.3.2 Tilgjengeliggjøring av ressurser .....	27
4.4 Pakkeforløpets betydning for mestringstro .....	28
4.4.1 Sykepleiers organisatoriske kompetanse .....	28
4.4.2 Pakkeforløpets begrensninger .....	28
4.5 Styrker og svakheter/metodediskusjon.....	29
4.6 Konklusjon .....	30
<b>Referanser</b> .....	<b>31</b>

# Tabeller

Tabell 1: 2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	10
Tabell 2: 2.3.1 Konsepttabell .....	11
Tabell 3: 2.3.3 Søketablell .....	12
Tabell 4: 2.5 Hovedtemaer .....	17
Tabell 5: 3.1 Artikkelmatrise .....	18



# 1. Introduksjon

## 1.1 Innledning til tema og bakgrunnskunnskap

Den nye årsrapporten fra Kreftregisteret har nylig blitt publisert, og tall viser at 4224 kvinner fikk brystkreft i Norge i 2022 (Kreftregisteret, 2023). Dette er det høyeste antallet brystkrefttilfeller noen gang rapportert i Norge. Brystkreft er derfor fortsatt den vanligste kreftformen blant kvinner. Store fremskritt i behandling av brystkreft har gjort at stadig flere pasienter overlever, og de som ikke blir helt friske lever lengre. Tall fra 2018-2022 har vist en fem års relativ overlevelse på 92,5% (Kreftregisteret, 2023).

Brystkreft er en ondartet svulst i brystkjertelen (Sørensen et al., 2016, s.438), der primærbehandlingen som regel er kirurgi i form av mastektomi eller lumpektomi. Deretter en sekundær behandling som kjemoterapi, stråling, og i noen tilfeller hormonbehandling (Helsedirektoratet, 2020). Bryster for mange kvinner et symbol på kvinnelighet, og sykdom og kirurgi i disse kan føre til psykisk belastning grunnet usikkerhet omkring utseende og kvinnelig identitet (Sørensen et al., 2016, ss.440-441). Usikkerhet om metastaser, lidelse og død kan også forekomme. Å få en kreftdiagnose kan altså skape sterke følelser og reaksjoner, som vil medføre store krav til tilpasning og mestring av den nye hverdagen (Kreftforeningen, 2022).

Pasienten skal henvises til pakkeforløp for brystkreft ved mistanke om sykdom (Helsedirektoratet, 2016a). Selv om ordningen med pakkeforløp for brystkreftpasienter har vært i bruk siden 2015 (Kreftregisteret, 2021), skriver Orvik (2022, s.234) at forskningsfunn viser for lite fokus på pasienters sammensatte og individuelle behov i pakkeforløpene. Også en norsk studie fra 2021 fant at pasientenes individuelle behov og meninger hadde en tendens til å bli oversett under korte sykehusopphold (Hollekim-Andersen et al., 2021). Forfatterne beskriver en risiko for "dehumanisering" i det standardiserte pakkeforløpet, ved at pasienters individuelle behov blir oversett. Det ble derfor poengtert nødvendigheten av en likevekt mellom standardisering og individualisert kreftomsorg.

## 1.2 Hensikt og problemstilling

### 1.2.1 Hensikt

Vi har valgt å fokusere på møtet mellom sykepleier og pasient på en postoperativ sengepost etter brystkreftkirurgi. Her møter sykepleieren pasienten etter operasjonen, ofte tidlig i behandlingsforløpet, når pasienten antakelig har mange spørsmål og usikkerhet knyttet til sykdommen og videre behandling. Etter egne erfaringer er det spesialiserte sykepleiere, ofte kreftsykepleiere, som har mest kontakt med pasientgruppen på dagkirurgen og poliklinikken. Vi har derfor valgt postoperativ sengepost da vi tenker det er mest relevant for sykepleiere på bachelornivå.

Ifølge yrkesetiske retningslinjer §2.3, skal sykepleieren ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg (Norsk Sykepleierforbund, 2019). På postoperativ sengepost

har vi erfart gode rutiner på mestring av de kortsiktige og fysiske plagene, men de psykiske plagene blir undervurdert og i noen tilfeller oversett. Vi har også opplevd stor variasjon i pasienters håndtering av egen reaksjon på diagnose og behandling, og hvordan de velger å bruke sine ressurser i videre forløp.

Vi mener at det er for lite fokus på sykepleiers møte med psykiske reaksjoner og behov hos pasienter med brystkreft på et tidlig stadium i pakkeforløpet, og det er derfor noe vi ønsker å belyse i denne oppgaven. Videre utforskes hvordan dette møtet kan påvirke pasientenes tro på egne evner og ressurser som grunnlag for mestring.

### 1.2.2 Problemstilling

*Hvordan kan sykepleier bidra til mestringstro hos pasienter med brystkreft på postoperativ sengepost?*

## 1.3 Teori

### 1.3.1 Pakkeforløp

Pakkeforløp for kreft er nasjonale standardiserte pasientforløp der målet er å bidra til rask og effektiv utredning, behandlingsstart og oppfølging (Helsedirektoratet, 2016b). Pakkeforløp er et tiltak ment for å heve kvaliteten i norsk kreftomsorg ved å legge grunnlaget for mer trygghet og forutsigbarhet for pasientene. En prosessbasert tilnærming i forløpene muliggjør respons på pasientens endring i tilstand og sikrer individuell tilpassing (Orvik, 2022, s.237). Tilnærmingen kjennetegnes av at forløpet er informasjonsdrevet, pasientsentrert, sømløst, kontinuerlig og preget av godt samarbeid.

Gjennom hele pakkeforløpet er målet at pasient og pårørende skal oppleve god informasjon, involvering, medvirkning og dialog (Helsedirektoratet, 2016a). Kommunikasjonen skal baseres på respekt og empati, samt være hensynsfull og tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger som språk, alder, uttrykte ønsker og behov. Sykepleier er i pakkeforløpet ansvarlig for å ivareta pasientenes grunnleggende behov, samt deres behov for informasjon, støtte og opplæring (Orvik, 2022, s.234). Dette for at pasienten skal kunne håndtere utfordringer ved behandling og følger av sykdommen.

### 1.3.2 Psykososiale behov

Det er sentralt for alle mennesker å få dekket sine grunnleggende fysiologiske, psykologiske, sosiale og åndelige behov (Kristoffersen & Breievne, 2016, s.209). Hvilke behov som er av høyest verdi, vil variere fra person til person. Utilfredsstilte behov kan skape en form for lidelse, som sykepleiere har som mål å lindre. Psykososiale behov innebærer de emosjonelle og relasjonelle delene av å være menneske (Stubberud, 2019, s.18). Psykiske behov dreier seg om å føle trygghet, være orientert og å føle kontroll over eget liv. Det sosiale behovet handler om betydningen av sosial kontakt, følelsesmessig støtte, samt behov for relasjoner og meningsfylt sosialt engasjement. Alvorlig sykdom, slik som brystkreft, kan true ens sentrale behov og verdier

(Kristoffersen, 2016b, s.254). Brystkreften og behandlingen en må gjennomgå, kan gjøre det vanskelig å leve som før. Som nevnt i innledningen, kan brystkreftbehandling medføre psykisk stress og belastning. Dette kan igjen skape behov for støtte og nære relasjoner.

### 1.3.3 Veiledning

Veiledning kan sies å være en tilretteleggingsprosess for å istandgjøre pasienten til å ta kontroll over forhold som berører eget liv og helse (Tveiten, 2020, s.97). Tveiten skriver videre at tilretteleggingsprosessen innebærer at sykepleiere gir pasienten informasjon, råd, kunnskap og stimulering til refleksjon for å utvikle deres selvbevissthet og mestringskompetanse. Selve veiledningsprosessen beskrives av Kristoffersen (2016d, s.385) som tre faser: klargjøring av utgangspunktet, oppdagelse av hva målet er, og utforskning av måter å nå målet på. I første fase skal sykepleier sammen med pasienten oppklare hvordan pasienten opplever sin situasjon. I andre fase klargjøres pasientens mål i den nye livssituasjonen. I tredje fase hjelpes pasienten å utforske veiene til målet.

Kommunikasjon og dialog står sentralt i veiledningsprosessen (Tveiten, 2020, ss.101, 119). Kommunikasjon handler om å gjøre noe felles eller å delaktiggjøre en annen (Eide & Eide, 2017, ss.16-17). God profesjonell kommunikasjon er personorientert og har et godt faglig fundament. Personorientert kommunikasjon handler om å se hele mennesket, med de ressurser, verdier, behov og mål de har. Sykepleieren må lytte aktivt for å oppfatte det som blir uttrykt både verbalt og nonverbalt, og dermed kunne forstå seg på pasientens psykososiale kontekst. Når sykdom inntreffer, oppstår det som regel et behov for informasjon og kunnskap (Eide & Eide, 2017, s.218). Likevel er pasienten i en sårbar og krevende situasjon, og evnen til å ta imot og huske kan være redusert. Sykepleier må da kommunisere slik at pasienten klarer å ta imot og nyttiggjøre seg av informasjonen (Kristoffersen, 2016d, s.370).

Mestringsstøtte kan benyttes som et element i veiledningen. Det handler blant annet om støtte og bistand som ytes av sykepleier til pasient, for å styrke pasientens forståelse av egen rolle i mestrings av sykdommen (Kristoffersen, 2016d, s.355). Mestringsstøtte er et sentralt arbeidsområde for sykepleiere fordi mottakelse av støtten er avgjørende for å kunne mestre livssituasjonen etter sykdom og behandling. Pasienter har behov for støtte på en rekke områder for å få ivaretatt sitt mestringsbehov. Det kan være kunnskap om sykdommen, behandlingen og følger av denne, aktivering og bruk av ressurser, tilpasning til dagliglivet og håndtering av reaksjoner.

### 1.3.4 Lazarus og Folkman - Stress og mestringsteori

Stress er et individuelt fenomen som omhandler menneskets opplevelse av, og fysiologiske og psykologiske reaksjoner, i møte med belastninger (Kristoffersen, 2016b, s.247). Hvilke stressreaksjoner som aktiveres baseres på personens egen vurdering av situasjonen. Dette kommer til syne i Lazarus og Folkman sin definisjon av psykologisk stress (Kristoffersen, 2016b, s.247): Personen oppfatter å ikke ha tilstrekkelige ressurser, og dermed blir eget velbefinnende satt i fare. Denne oppfattelsen blir til fordi personen har gjort en stressvurdering, og grunnleggende behov kan være truet.

Når en utsettes for belastende situasjoner, som sykdom, oppstår det et behov for å mestre (Tveiten, 2020, s.22). Da må en ha tilgang til ressurser, kunnskap, ferdigheter

og utstyr, samt evnen til å utnytte dette. Lazarus og Folkman ser begrepene stress og mestring som et samspill, da de definerer mestring som kontinuerlige kognitive og atferdsmessige forsøk på å håndtere stress (Kristoffersen, 2016b, s.248). På veien mot å oppnå mestring, vil personen gjennomgå en vurderingsprosess. I primærvurdringen kan situasjonen vurderes som belastende og som en trussel eller en utfordring. Deretter kommer sekundærvurdringen hvor personen vurderer sin mulighet for håndtering, basert på ressurser, erfaringer og kunnskaper. Når man tilegner seg ny informasjon om situasjonen, vil det kunne skje en revurdering der pasienten opplever situasjonen som en utfordring de evner å mestre, framfor en trussel de ikke har kontroll over.

Lazarus og Folkman skiller mellom to hovedtyper mestringsstrategier (Kristoffersen, 2016b, s.249-253). Problemorientert mestring dreier seg om aktive og direkte strategier for håndtering av et problem. Det kan være både konkrete valg, men også bearbeiding av følelser når man får en diagnose. Anses muligheten for mestring som god, vil en problemorientert strategi ofte velges. Om en derimot ikke ser mulighet for endring av situasjonen, kan strategien bli å redusere eller unngå ubehagelige følelser. Emosjonelt orientert mestring kan da være gunstig for å komme seg gjennom svært krevende situasjoner, men kan på lang sikt være u hensiktsmessig fordi følelser ikke bearbeides og den nye situasjonen ikke blir akseptert.

### 1.3.5 Albert Bandura - mestringstro

Bandura utviklet begrepet self-efficacy, oversatt til mestringstro (Kristoffersen, 2016a, s.314). Begrepet omhandler troen på egen evne til å utføre handlinger og oppnå konkrete mål. Troen på egen mestringsevne er avgjørende for hvordan en tenker, opplever og handler i utfordrende situasjoner. Mestringstroen baseres på tidligere erfaringer med å mestre, og kan derfor være både positiv og negativ.

### 1.3.6 Joyce Travelbee - sykepleieteori

Sykepleie, ifølge Travelbee, er en mellommenneskelig prosess, der formålet er å hjelpe en person, familie eller samfunn til å forebygge eller mestre sykdom og lidelse, og samtidig hjelpe til å finne mening i disse erfaringene (Kristoffersen, 2016c, s.32). Både lidelse og mening beskriver Travelbee som høyst personlige opplevelser. Travelbee definerer lidelse som at en person oppfatter noe de verdsetter som truet (Kristoffersen, 2016c, s.31). Jo mer verdifullt det en står i fare for å miste er, jo sterkere er opplevelsen av lidelse. Selve reaksjonen på lidelse kan forsterkes dersom personen opplever situasjonen som urettferdig og mangler aksept. Om de derimot aksepterer situasjonen, kan de i større grad være i stand til å finne mening, mestre påkjenningene og bruke situasjonen som en kilde til personlig vekst.

For at sykepleiens formål skal kunne nås, må sykepleier og pasient danne et menneske-til-menneske-forhold (Kristoffersen, 2016c, s.32). For å danne forholdet må sykepleier benytte seg av kommunikasjon som redskap (Kristoffersen, 2016c, s.34). Gjennom kommunikasjonen blir sykepleieren kjent med personen, deres unike opplevelse og særegne behov. Sykepleier må også anses som en unik person fra pasienten sin side, slik at det blir et forhold basert på tillit. I det videre arbeidet med å hjelpe den lidende til mestring, beskriver Travelbee en systematisk tilnæringsprosess: sykepleier skal blant

annet observere og kartlegge pasientens behov, samt vurdere og planlegge egen mulighet til å ivareta behovene (Kristoffersen, 2016c, s.35).

## 2. Metode

### 2.1 Litteraturstudium som metode

I oppgaven anvendes litteraturstudium som metode. Et litteraturstudium benytter eksisterende forskning, teori og fagkunnskap på området (Dalland, 2017, s.207). Metoden baserer seg på systematiske søk, kritiske vurderinger, analysering og valg av relevant forskning på valgt fagområde (Christoffersen et al., 2015, s. 62). Gjennom det systematiske litteratursøket var hensikten at vi skulle tilegne oss best tilgjengelig kunnskap for å svare på problemstillingen vår. Vi benytter oss av åtte kvalitative forskningsartikler i oppgaven. Videre i kapittel 2 vil fremgangsmåte og søk presenteres.

### 2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Tabell 1: 2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Språk: engelsk, norsk, svensk og dansk	
Overførbarhet til norske forhold	
Fagfellevurderte artikler	
IMRaD-struktur	
Publiseringsdato: 10 år eller nyere	
Brystkreft	Andre typer kreft
Pasienter med kurativt behandlingsmål	Palliative pasienter
Kvinner	Menn
Postoperativt	Preoperativt eller andre faser i behandlingen

Psykiske utfordringer	Fysiske utfordringer
-----------------------	----------------------

Å bruke inklusjons og eksklusjonskriterier resulterer i et avgrenset, tydeliggjort og hensiktsmessig litteratursøk (Thidemann, 2015). Det ble valgt å benytte artikler på engelsk, norsk, dansk eller svensk, i tillegg til at artiklene skulle være fagfellevurdert og ha IMRAD-struktur. Fagfellevurdering av artikler er vurdert og godkjent av fagpersoner (Dalland, 2017, s.154). IMRAD-struktur benyttes ofte til struktur i forskningsartikler, og gjør lesingen av artiklene enklere (Dalland, 2017, s.163). Vi benytter oss hovedsakelig av artikler publisert mellom 2013 og 2023, samt at artiklene har overførbarhet til norske forhold for å sikre artiklenes relevans for oppgaven. Ettersom problemstillingen vår rettes mot brystkreft, er det et inklusjonskriterie, samt at pasientene har et kurativt behandlingsmål. Forskning om menn med brystkreft utelukkes. Vi har valgt å fokusere på den postoperative fasen, med begrunnelse beskrevet i kapittel 1.2.1. Oppgaven sentrerer rundt psykiske, og ikke fysiske utfordringer av hensyn til problemstillingen.

## 2.3 Søkestrategi og søkehistorikk

### 2.3.1 Søkestrategi

Før systematiske søk ble initiert, ble det utarbeidet en konsept-tabell med formål om å konkretisere begrepene i problemstillingen. Denne tabellen ble deretter benyttet som grunnlag for søkeordene i databasene (se Tabell 2.3.1: Konsepttabell).

Konsepttabellen inkluderer både standardiserte emneord, som Medical Subject Headings (MeSH), og nøye utvalgte tekstord. Emneordene beskriver innholdet i artiklene, mens tekstordene er ord som forekommer i tittel, sammendrag eller fulltekst (Helsebiblioteket, 2020). For å kombinere emneord og tekstord på en hensiktsmessig måte, og både utvide og avgrense treff, ble boolske operatører som "OR" og "AND" benyttet.

Databasene vi har benyttet oss i de systematiske søkene er Pubmed og Medline, da disse er anbefalt av NTNU for å være relevante innen medisin og helsevitenskap. Det ble brukt god tid i begynnelsen på å forbedre søkene i alle databasene for å finne riktige søkeord og kombinasjoner av dem. Deretter ble søkene innsnevret for å frembringe de mest relevante forskningsartiklene, presentert i tabell 2.3.2: Søketabell.

Tabell 2: 2.3.1 Konsepttabell

<b>Konsept 1 Brystkreft og brystkreftkirurgi</b>	<b>Konsept 2 Sykepleie</b>	<b>Konsept 3 Psykiske utfordringer/mestring</b>
Breast neoplasms (MeSH) Breast cancer	Nursing care (MeSH) Nursing interventions (MeSH)	Psychological distress (MeSH) Distress

Mastectomy (MeSH) Surgery, operative (MeSH) General surgery (MeSH) Surgical	Nurse-patient relations (MeSH)	Adaptation, psychological (MeSH) Self-efficacy (MeSH) Coping
--	-----------------------------------	---

### 2.3.2 Søkehistorikk

I Medline ble søk utført med "breast neoplasm", "general surgery", "mastectomy", "psychological distress", "adaptation, psychological" og "self-efficacy" som emneord. I tillegg ble tekstord som "breast cancer", "surgery", "surgical", "mastectomy", "distress", "coping" og "self-efficacy" benyttet. Søket ga 47 treff etter avgrensning etter inklusjons- og eksklusjonskriterier. Av disse ble alle overskrifter og tretten abstrakter lest. Fire artikler ble lest i sin helhet og vurdert som relevante.

I Cinahl ble det utført søk med "breast neoplasm", "surgery, operative", "mastectomy", "nurse-patient relations", "nursing interventions" og "nursing care" som emneord. Alle emneordene ble også søkt på som tekstord, i tillegg til "surgical". Søket ga 121 treff etter avgrensning med inklusjons- og eksklusjonskriterier. Alle overskrifter og femten abstrakter ble lest. Tre artikler ble lest i sin helhet og vurdert som relevante.

I Medline ble det forsøkt å inkludere søkeord omhandlende sykepleie, som i Cinahl, men det ble ikke funnet relevante treff. I Cinahl ble det forsøkt å inkludere søkeord omhandlende stress og mestring, som i Medline, men det ble ikke funnet relevante treff. I tillegg ble det forsøkt å gjennomføre søk med ulike kombinasjoner av emneordene og tekstordene i både PubMed og Embase, men heller ikke dette ga ikke andre relevante treff enn de vi allerede hadde.

Det ble også utført et manuelt søk i Google Scholar med "oncology healthcare AND psychological needs". Dette fordi vi ønsket å se om vi fant forskning om kreftpasienter sine behov sett fra et sykepleiefaglig perspektiv. Søket ga 18000 treff, og overskriftene ble bare lest på første side, ettersom få av artiklene virket relevante. Likevel fant vi én artikkel som ble lest i sin helhet og valgt ut.

Tabell 3: 2.3.3 Søketablell

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
Medline	28.04.2023	S1	(MH "Breast Neoplasms+") OR "breast cancer"		440771	



		S2	(MH "General Surgery") OR "surgery"		427034 1	
		S3	"surgical"		182309 1	
		S4	(MH "Mastectomy+" ) OR "mastectomy"		46837	
		S5	(MH "Psychological Distress+" ) OR "distress"		171669	
		S6	(MH "Adaptation, Psychological+" ) OR "coping"		177288	
		S7	(MH "Self Efficacy") OR "self-efficacy"		47806	
		S8	S2 OR S3 OR S4		475217 9	
		S9	S5 OR S6 OR 7		376894	
		S10	S1 AND S8 AND S9	Peer reviewed 2013-2023 European countries Language: english	47	4 (A, B, C, D)

**Inkluderte artikler:**

- A. Jørgensen, L., Garne, J. P., Søgaard, M., & Laursen, B. S. (2015). The experience of distress in relation to surgical treatment and care for breast cancer: An interview study. *European Journal of Oncology Nursing, 19*(6), 612–618. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2015.03.009>
- B. Lundberg, P., C., & Phoosuwan, N. (2022). Life situations of Swedish women after mastectomy due to breast cancer: A qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing, 57*(102116). <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2022.102116>
- C. Möller, U. O., Olsson, I.-M., Sjövall, K., Beck, I., Rydén, L., & Malmström, M. (2020). Barriers and facilitators for individualized rehabilitation during breast cancer treatment – a focus group study exploring health care professionals' experiences. *BMC Health Services Research, 20*(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05107-7>
- D. Dragset, S., Lindstrøm, T. C., & Ellingsen, S. (2020). "I Have Both Lost and Gained." Norwegian Survivors' Experiences of Coping 9 Years After Primary Breast Cancer Surgery. *Cancer nursing, 43*(1), E30–E37. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000656>

Cinahl	28.04.2023	S1	(MH "Breast Neoplasms+") OR "breast cancer"		116088	
		S2	(MH " Surgery operative+") OR "surgery"		968807	
		S3	"surgical"		287146	
		S4	(MH "Mastectomy+" ) OR "mastectomy"		10988	
		S5	(MH "Nurse-Patient Relations+" ) OR nurse patient relationship		29872	
		S6	(MH "Nursing Interventions") OR "nurse intervention"		9717	

		S7	(MH "Nursing Care+") OR "nursing care"		311196	
		S8	S2 OR S3 OR S4		104595 1	
		S9	S5 OR S6 OR S7		327235	
		S10	S1 AND S8 AND S9	Peer Reviewed 2010-2023 Language: english	121	<b>3</b> (E, F, G)

**Inkluderte artikler:**

- E. Dawe, D. E., Bennett, L. R., Kearney, A., & Westera, D. (2014). Emotional and informational needs of women experiencing outpatient surgery for breast cancer. *Canadian Oncology Nursing Journal/Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie*, 24(1), 20–24. <https://doi.org/10.5737/1181912x2412024>
- F. Remmers, H., Holtgräwe, M., & Pinkert, C. (2010). Stress and nursing care needs of women with breast cancer during primary treatment: A qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing*, 14(1), 11–16. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2009.07.002>
- G. Carr, T. L., Groot, G., Cochran, D., Vancoughnett, M., & Holtslander, L. (2019). Exploring Women's Support Needs After Breast Reconstruction Surgery. *Cancer Nursing*, 42(2), E1–E9. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000600>

Google Scholar	28.04.2023	S1	(Oncology healthcare) AND (psychological needs)	2013-2023	18000	<b>1</b> (H)
----------------	------------	----	---	-----------	-------	--------------

**Inkluderte artikler:**

- H. Aldaz, B. E., Treharne, G. J., Knight, R. G., Conner, T. S., & Perez, D. (2017). Oncology healthcare professionals' perspectives on the psychosocial support needs of cancer patients during oncology treatment. *Journal of Health Psychology*, 22(10), 1332–1344. <https://doi.org/10.1177/1359105315626999>

## 2.4 Utvelgelse og vurdering av artikler

Vi vurderte først artiklene basert på overskriftene og abstraktene for å danne et førsteinntrykk av deres relevans for problemstillingen. Deretter ble inklusjons- og eksklusjonskriteriene brukt for å vurdere artiklenes relevans. Vi gjennomførte en dobbeltsjekk av fagfellevurderingen ved å søke etter artiklene i Oria. Samtlige relevante artikler hadde et kvalitativt studiedesign, og derfor brukte vi Helsebibliotekets "Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie" (Helsebiblioteket, 2020). Sjekklisten vurderer aspekter som formuleringen av studiens formål, relevansen av studiens gjennomføring i forhold til problemstillingen, vurdering av bakgrunns- og etiske forhold, samt tydelig presisering og nytteverdi av funnene. Alle artiklene ble gjennomgått og vurdert som gode og relevante basert på sjekklisten.

Kun kvalitativ forskning ble inkludert i de utvalgte artiklene, da søkene ikke ga relevante kvantitative artikler. Dette betyr at forsiktighet må utvises når det gjelder generalisering av pasientenes opplevelser. Likevel, gitt problemstillingens tematikk, vil de kvalitative artiklene fortsatt være mest relevante. For å oppnå en dypere forståelse av tematikken, vil vi ta i bruk pasientopplevelser samt helsepersonells erfaringer og holdninger. Kvalitativ forskningsmetode er kjent for å gi dybdekunnskap (Dalland, 2017, s.53).

Flere artikler omtalte helsepersonell generelt, og ikke spesifikt sykepleiere. Vi vurderte og inkluderte artikler som hadde relevans for sykepleiefaget og som kunne overføres til norske forhold. Artikler fra Canada og New Zealand ble nøye vurdert med tanke på overførbarhet. I begge landene kreves minimum en treårig bachelorgrad for å praktisere sykepleie, som i Norge (Government of Canada, 2023; Nursing Council of New Zealand, u.å.). En artikkel om kreft generelt ble også kritisk vurdert som relevant for brystkreftpasienter.

Vi ønsket å begrense oss til artikler fra de siste 10 årene for å sikre aktualitet i oppgaven. Likevel ble én artikkel fra 2010 inkludert på grunnlag av dens relevans, og den ble brukt i sammenligning med funnene i andre artikler.

Basert på denne vurderingsprosessen ble totalt åtte artikler inkludert i denne litteraturstudien, og disse vil bli presentert i kapittel 3.

## 2.5 Analyse

Å analysere innebærer en gransking for å finne ut hva materialet forteller (Dalland, 2012, s.144). For analysearbeidet med artiklene, ble Evans sin deskriptive tematiske innholdsanalyse benyttet. Analysemodellen benyttes for å skape en syntese av artikkelfunnene våre. Modellen består av fire faser (Evans, 2002), som beskrives under:

Første fase handler om innsamling av data. Søk etter og utvelgelse av forskningsartikler ble beskrevet i kapittel 2. Etter søk i ulike medisinske og helsefaglige databaser, ble åtte artikler vurdert etter inklusjonskriteriene og inkludert som en del av vår litteraturstudie.

Andre fase handler om å identifisere nøkkelfunn i artiklene. I prosessen begynte vi med å individuelt lese gjennom artiklene og markere viktige funn. Deretter leste vi funnene sammen, diskuterte hva vi hadde markert og skrev det ned. Dette ga oss en oversikt

over artiklene i sin helhet. I Tabell 3.1: Artikkelmatrikse, presenteres hovedfunnene i hver av artiklene.

Tredje fase handler om å relatere temaer på tvers av studiene. Listen vi skrev ned med funn fra hver artikkel, ble gjennomgått for å identifisere temaer. Deretter ble temaene sammenliknet på tvers av artiklene, og vi endte opp med 10 temaer. Disse temaene ble igjen sammenliknet, og vi endte opp med tre overordnede hovedtemaer med tilhørende undertemaer, presentert i Tabell 2.5.1.

Den fjerde fasen handler om beskrivelse av fenomener. Vi skrev ned artikkelfunn under hovedtemaene. Selve syntesen vil foregå i kapittel 3.2, som grunnlag for diskusjonen i kapittel 4. I syntesen beskrives temaer og undertemaer med eksempler fra artiklene og disse knyttes opp mot faglitteratur.

Vi forsøkte å identifisere fenomener, men dette var utfordrende. Derfor er tabell 2.5.1 en slags kombinasjon av temaer og fenomener.

Tabell 4: 2.5 Hovedtemaer

Hovedtema	Artikkelbokstav
<b>Pasientenes psykiske reaksjoner</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- frykt og bekymringer</li><li>- aksept og fornektelse</li></ul>	A, B, D, F, G, H
<b>Personsentrert kommunikasjon</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- profesjonell og menneskelig tilnærming</li><li>- tilpasset informasjon</li></ul>	A, B, C, D, E, F, G, H
<b>Helsehjelp i et helhetlig forløp</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Tidsbegrensning og standardisering</li><li>- Tverrfaglig samarbeid</li></ul>	A, B, C, E, F, H

## 3. Resultater

### 3.1 Artikkelmatrise

Tabell 5: 3.1 Artikkelmatrise

<b>Referanse A</b>			
<p>Jørgensen, L., Garne, J. P., Søgaard, M., &amp; Laursen, B. S. (2015). The experience of distress in relation to surgical treatment and care for breast cancer: An interview study. <i>European Journal of Oncology Nursing</i>, 19(6), 612–618. <a href="https://doi.org/10.1016/j.ejon.2015.03.009">https://doi.org/10.1016/j.ejon.2015.03.009</a></p>			
<b>Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål</b>	<b>Metode</b>	<b>Resultat</b>	<b>Kommentar og relevans for problemstilling</b>
<p>Hensikten med studien var å utforske opplevelsen av psykisk stress blant danske kvinner som tok del i et helhetlig forløp i forbindelse med brystkreftoperasjon. Dette på bakgrunn av at standardiserte forløp og korte sykehusopphold fører til mindre medisinsk og sykepleiefaglig overvåkning, som dermed kan føre til at emosjonelt stress ikke oppdages.</p>	<p>Det ble gjennomført semi-strukturerte intervjuer med 12 kvinner som nylig hadde gjennomgått kirurgi for brystkreft, ved 6 brystkirurgiske avdelinger i Danmark, fra mai til november 2013.</p>	<p>Funnene ble kategorisert i fire temaer:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- en periode med engstelse (for blant annet mangel på kontroll, frykten for residiv, for å dø og for å være en byrde for familien).</li> <li>- tap av identitet (som kvinne, mor, kone, selvbilde, seksualitet)</li> <li>- viktigheten av å bli behandlet som en person (ikke bare en pasient eller diagnose)</li> <li>- å være en del av et system (deindividualisering på bekostning av et raskt forløp).</li> </ul>	<p>Studien belyser kvinners psykiske stress og behov etter brystkreftoperasjon, og kan være et sentralt utgangspunkt for å belyse problemstillingen. Studien er utført i Danmark, som antakelig har et relativt likt helsevesen som i Norge. Det er en kvalitativ studie med kun 12 deltakere, men ved å sammenlikne funn med flere artikler vil det kunne være relevant.</p>
<b>Referanse B</b>			
<p>Lundberg, P., C., &amp; Phoosuwan, N. (2022). Life situations of Swedish women after mastectomy due to breast cancer: A qualitative study. <i>European Journal of Oncology Nursing</i>, 57(102116). <a href="https://doi.org/10.1016/j.ejon.2022.102116">https://doi.org/10.1016/j.ejon.2022.102116</a></p>			

<b>Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål</b>	<b>Metode</b>	<b>Resultat</b>	<b>Kommentar og relevans for problemstilling</b>
<p>Å utforske og beskrive livssituasjonen til svenske kvinner med brystkreft etter gjennomgått mastektomi.</p>	<p>Dette er en kvalitativ studie fra tre byer i Midt-Sverige. Det ble gjennomført semi-strukturerte intervjuer med 33 kvinner som hadde gjennomgått mastektomi. En intervjuguide med ni åpne spørsmål ble benyttet.</p>	<p>Resultatene ble delt inn i seks kategorier:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Skamfølelse med kroppsbilde og tap av feminitet</li> <li>- Følelser av frykt, bekymring og angst</li> <li>- Bedre verdsettelse av livet</li> <li>- Støtte fra ulike kilder (venner, familie, prest, grupper)</li> <li>- Erfaringer med omsorg fra helsepersonell</li> <li>- Behov for informasjon og oppfølging</li> </ul>	<p>Artikkelen beskriver kvinners psykososiale behov etter mastektomi og er derfor relevant til problemstillingen. Sammenlikning med andre artikler og teori kan svare på sykepleiers oppgave i møte med de psykiske behovene. Det er en svensk studie og har antakelig god overførbarhet til norske forhold. Den er fra 2022 og kan derfor bidra til relevans for vår oppgave.</p>
<p><b>Referanse C</b>  Möller, U. O., Olsson, I.-M., Sjövall, K., Beck, I., Rydén, L., &amp; Malmström, M. (2020). Barriers and facilitators for individualized rehabilitation during breast cancer treatment – a focus group study exploring health care professionals' experiences. <i>BMC Health Services Research</i>, 20(1), 1–9. <a href="https://doi.org/10.1186/s12913-020-05107-7">https://doi.org/10.1186/s12913-020-05107-7</a></p>			
<p><b>Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål</b></p>	<p><b>Metode</b></p>	<p><b>Resultat</b></p>	<p><b>Kommentar og relevans for problemstilling</b></p>

<p>Hensikten med studien var å utforske helsepersonells erfaring med nåværende rehabiliteringspraksis, og å beskrive nåværende barrierer og muligheter for individualisert rehabilitering for pasienter under og etter brystkreftbehandling</p>	<p>Fem semistrukturerte fokusgruppeintervjuer ble gjennomført med en intervjuguide som inneholdt åpne spørsmål, videre med oppfølgingsspørsmål. Totalt ble 19 helsepersonell inkludert, som representerer ulike yrker innen brystkreftomsorg/rehabilitering innen kirurgiske, onkologiske og spesialiserte kreftrehabiliteringsenheter ved et universitetssykehus i Sverige.</p>	<p>Studien antyder at kreftforløpet er medisinsk- og behandlingsdrevet, og at individualisert rehabilitering spiller en marginal rolle. Tre hovedkategorier ble funnet:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Helsepersonell har varierende holdninger til rehabilitering</li> <li>2. Uoverensstemmelse i hvordan man møter og identifiserer rehabiliteringsbehov</li> <li>3. Mangelfullt samarbeid under kreftbehandling.</li> </ol> <p>Optimal og individualisert rehabilitering forutsetter at det er en integrert del av kreftforløpet parallelt med diagnostikk og behandling.</p>	<p>Selv om vi ikke skal snakke om selve rehabiliteringsprosessen, så har sykepleiere et viktig ansvar for å identifisere, kartlegge og videreformidle pasientens behov, uavhengig av trinn i behandlingen. Det er en svensk studie og har derfor antakelig god overførbarhet til det norske helsevesenet. Siden artikkelen er fra 2020, er den faglig oppdatert og vil dermed kunne aktualisere vår oppgave.</p>
---	--	---	--

#### Referanse D

Dragset, S., Lindstrøm, T. C., & Ellingsen, S. (2020). "I Have Both Lost and Gained." Norwegian Survivors' Experiences of Coping 9 Years After Primary Breast Cancer Surgery. *Cancer nursing*, 43(1), E30–E37.  
<https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000656>

Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	Metode	Resultat	Kommentar og relevans for problemstilling
--	--------	----------	---



<p>Hensikten med studien var å få innsikt i brystkreftoverlevende sin mestring av psykiske langtidsbivirkninger etter primærbehandling med kirurgi.</p>	<p>Dette var en kvalitativ oppfølgingsstudie 9 år etter primær brystkreftkirurgi. 15 av 21 kvinner fra den første studien ble igjen intervjuet individuelt (januar-juni 2015). Det ble benyttet en semistrukturert intervjuguide med oppfølgingsspørsmål.</p>	<p>Tre hovedtemaer ble presentert:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- endret liv (både positivt og negativt)</li> <li>- positiv tenking og distansering fra det negative (aktiviteter, håp og å sette seg mål)</li> <li>- behov for forståelse og anerkjennelse (åpenhet, familie/venner, jobb)</li> </ul>	<p>Selv om studien baseres på pasienter 9 år etter operasjon, fremstilles viktigheten av at helsepersonell forbereder kvinnene på bivirkninger og endringer i livet. Studien belyste også individuelle mestringsstrategier og behov og kan dermed knyttes mot problemstillingen vår. Det er en norsk studie publisert i 2020 og er derfor svært aktuell.</p>
---	---	--	--

#### Referanse E

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

<b>Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål</b>	<b>Metode</b>	<b>Resultat</b>	<b>Kommentar og relevans for problemstilling</b>
<p>I</p>			

<p>Hensikten i denne studien er å undersøke hvilke behov kvinner har for informasjon og psykososial støtte etter brystkreftbehandling på dagkirurgi, slik at sykepleiere kan gi optimal pleie og omsorg.</p>	<p>Dette var en kvalitativ studie med 19 kvinner, med en gjennomsnittsalder på 57 år. De ble intervjuet på dagkirurgen på sykehus øst i Canada, ca 6 måneder etter de ble operert enten for mastektomi eller lumpektomi.</p>	<p>Funnene ble delt i 3 kategorier:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Psykososiale- og informasjonsbehov postoperativt (tilpasset mengde info og tidspunkt for formidling av info av sykepleier pre og postoperativt)</li> <li>2. Psykososial støtte og informasjon etter utskrivelse fra sykehus. (Støtte fra familie og venner, ønske om kontinuerlig oppfølging av kommunal sykepleie)</li> <li>3. Emosjonell respons på opplevelsen av dagkirurgien (tilfredshet, sjokk, aksept, for tidlig utskrivelse)</li> </ol>	<p>I oppgaven vår skal vi fokusere på postoperativ sengepost, ikke dagkirurgi og preoperativ sykepleie. Likevel kan studiens resultater ha relevans for oppgavens diskusjonsdel, mtp hva sykepleiere bør tenke over når det gjelder tilpasset informasjon postoperativt, og korte sykehusopphold. I tillegg kom det fram i studien at enkelte informanter skulle ønske de ble innlagt på postoperativ sengepost for en tryggere opplevelse, fremfor å måtte dra hjem samme dag.</p>
--	--	---	---

**Referanse F**

Remmers, H., Holtgräwe, M., & Pinkert, C. (2010). Stress and nursing care needs of women with breast cancer during primary treatment: A qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing, 14*(1), 11-16.  
<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2009.07.002>

Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	Metode	Resultat	Kommentar og relevans for problemstilling
I			

<p>Studien har som hensikt å identifisere de spesifikke belastningene som kvinner med brystkreft opplever i løpet av primær kirurgisk behandling, og hvilke behov og forventninger de har til sykepleiere i denne perioden.</p>	<p>Dette var en kvalitativ studie utført i nordvest i Tyskland 2010. Det ble gjennomført semistrukturerte intervjuer med 42 kvinner etter operasjon i tidlig stadium av brystkreft.</p>	<p>4 kategorier av belastninger/stressfaktorer:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Umiddelbare belastninger knyttet til kirurgi</li> <li>2. Frykt på grunn av usikkerhet</li> <li>3. Endring av selvbilde</li> <li>4. Belastninger forårsaket av det sosiale miljøet.</li> </ol> <p>Behovet for omsorg/sykepleie deles i 3 hovedtemaer:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Relasjon (individuell tilpasning, respekt og støtte)</li> <li>2. Faglig og sosial kompetanse (aktiv lytting, omsorg, tillit og samarbeid)</li> <li>3. Ytre forhold (vennlig atmosfære og alenetid).</li> </ol>	<p>Kvinnene med brystkreft lider mer av psykiske belastninger enn fysiske, og uttrykker ønske om emosjonell støtte fremfor alt annet. Dette støtter opp mot oppgavens tema.</p>
<p><b>Referanse G:</b>  Carr, T. L., Groot, G., Cochran, D., Vancoughnett, M., &amp; Holtslander, L. (2019). Exploring Women's Support Needs After Breast Reconstruction Surgery. <i>Cancer Nursing</i>, 42(2), E1–E9. <a href="https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000600">https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000600</a></p>			
<p><b>Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål</b></p>	<p><b>Metode</b></p>	<p><b>Resultat</b></p>	<p><b>Kommentar og relevans for problemstilling</b></p>

<p>Hensikten med studien var å identifisere kvinners støttebehov etter brystrekonstruksjon, for å forbedre pasientomsorgen.</p>	<p>Dette er en kvalitativ studie med 21 kvinner. Gjennom semi-strukturerte intervjuer beskriver kvinnene sine støttebehov og kilder til støtte etter brystrekonstruksjon.</p>	<p>Kvinnenes behov ble identifisert i tre hovedkategorier:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- informasjonsbehov (fra helsepersonell, tidspunkt og innhold)</li> <li>- emosjonell støtte (fra familie/venner/støttegruppe, tilknytning og forståelse)</li> <li>- instrumentell støtte (fra familie/venner, gjøremål).</li> </ul>	<p>Det er mest relevant å se på støtte fra helsepersonell, men også at sykepleier understøtter familie, venner og støttegrupper som viktige ressurser. Studien ble gjennomført i Canada, men kan likevel være relevant da resultatene samsvarer med funn i artikler fra skandinaviske land. For å bli sykepleier i Canada må man ha en 3-årig bachelorgrad.</p>
---	---	---	---

**Referanse H**

Aldaz, B. E., Treharne, G. J., Knight, R. G., Conner, T. S., & Perez, D. (2017). Oncology healthcare professionals' perspectives on the psychosocial support needs of cancer patients during oncology treatment. *Journal of Health Psychology, 22*(10), 1332–1344. <https://doi.org/10.1177/1359105315626999>

<p><b>Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål</b></p>	<p><b>Metode</b></p>	<p><b>Resultat</b></p>	<p><b>Kommentar og relevans for problemstilling</b></p>
--	----------------------	------------------------	---

<p>Forskningsspørsmålene i studien var:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hva mener onkologiske helsepersonell om kreftpasienters psykososiale opplevelser og støttebehov under behandling?</li> <li>- Hvilke synspunkter har helsepersonell om styrker og svakheter ved eksisterende støttetjenester for kreftpasienter?</li> <li>- Hva mener helsepersonell kan gjøres for å forbedre psykososiale støttetjenester og optimalisere deres rolle i å øke velværen til kreftpasienter?</li> </ul>	<p>Det ble utført en kvalitativ studie med 9 helsepersonell fra ulike profesjoner innen onkologi ved Dunedin Public Hospital i New Zealand. En PhD student gjennomførte semistrukturerte, individuelle intervjuer ansikt-til-ansikt. Det ble stilt åpne spørsmål for å oppfordre til helsepersonellens egne tanker og erfaringer på området.</p>	<p>Funnene ble presentert i seks temaer:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- å behandle pasienter som mennesker</li> <li>- konfrontasjon med døden gir ny betydning til livet</li> <li>- sosial støtte som en buffer mot stress</li> <li>- hindringer for psykososiale støttetjenester</li> <li>- aksept, benektelse og utholdenhet i møte med utfordringer</li> <li>- kompatibilitet mellom moderne og alternativ medisin.</li> </ul>	<p>Studien belyser viktigheten av en helhetlig tilnærming til kreftomsorg, som ikke bare anerkjenner fysiske utfordringer, men også psykososiale behov. Dette er av stor relevans for problemstillingen vår og mange av resultatene vil kunne diskuteres mot andre artikler og teori. Selv om studien fant sted på New Zealand og fokuserte på kreft generelt, anser vi funnene som relevante og sammenlignbare med andre artikler fra europeiske land og spesifisert brystkreft.</p>
---	--	---	---

## 3.2 Sammenfattede resultater

### 3.2.1 Pasientens psykiske reaksjoner

#### 3.2.1.1 Frykt og bekymring

I seks av artiklene er frykt og bekymring fremtredende psykiske reaksjoner som pasientene har kjent på i forbindelse med kreftdiagnosen og kirurgisk behandling (Aldaz et al., 2017; Carr et al., 2019; Dragset et al., 2020; Jørgensen et al., 2015; Lundberg & Phoosuwan, 2022; Remmers et al., 2010). Frykt for residiv og død beskrives, samt bekymring for videre behandling og mangel på kontroll. Frykt og bekymring kunne være en kilde til stress (Jørgensen et al., 2015; Lundberg & Phoosuwan, 2022). Å gå fra å være tilsynelatende frisk til potensielt dødssyk, i tillegg til bekymring for residiv, opplevdes som sjokkerende og utfordrende å mestre (Aldaz et al., 2017; Jørgensen et al., 2015; Remmers et al., 2010). Enkelte var også bekymret over utilstrekkelige evner til å mestre endret kroppsbilde og identitet (Remmers et al., 2010). På bakgrunn av dette var bekymringer rundt selve endringen av kroppsbilde og identitet etter brystkreftoperasjon noe flere pasienter opplevde (Carr et al., 2019; Dragset et al., 2020; Jørgensen et al., 2015; Lundberg & Phoosuwan, 2022; Remmers et al., 2010). Det handlet først og fremst om nedsatt kroppsbilde relatert til femininitet og kvinnelighet,

som også er av betydning for pasientenes identitet. Det er spesielt pasientene som har gjennomgått mastektomi som kjenner på de negative følelsene. "Jeg føler meg ikke som en kvinne etter å ha fjernet brystet mitt. Jeg er bekymret for utseendet mitt og jeg vil føle at jeg fortsatt er en kvinne (...)" (Lundberg & Phoosuwan, 2022).

### **3.2.1.2 Aksept og fornektelse**

Det varierte hvordan pasientene møtte frykt og bekymring. Enkelte pasienter uttrykte at aksept og positiv tenkning var viktige kilder til mestring av psykiske reaksjoner (Aldaz et al., 2017; Dragset et al., 2020; Lundberg & Phoosuwan, 2022). Helsepersonell observerte at de pasientene som anerkjente og uttrykte sine vanskeligheter, og aktivt gjorde noe med det, hadde et mer positivt syn på livet og kom seg bedre gjennom behandling (Aldaz et al., 2017). Videre sier helsepersonellet at andre pasienter fornektet sykdommens påvirkning på livet. Det viste seg å være hensiktsmessig i enkelte situasjoner, men førte som oftest til en "rebound effect", samt mindre effektiv tid med pasientene. Lignende uttalte noen pasienter at de forsøkte å distansere tankene om kreft, men de blusset opp spesielt i forbindelse med kontrolltimer (Dragset et al., 2020)

## **3.2.2 Personsentrert kommunikasjon**

### **3.2.2.1 Profesjonell og menneskelig tilnærming**

Å behandle pasientene som mennesker, ble beskrevet som sentralt for utførelse av helsehjelp med god kvalitet (Aldaz et al., 2017; Jørgensen et al., 2015; Remmers et al., 2010). Flere av pasientene opplevde det som verdifullt at helsepersonell var interessert og lyttet til deres opplevelser og bekymringer rundt brystkreften og operasjonen (Aldaz et al., 2017; Jørgensen et al., 2015; Möller et al., 2020; Remmers et al., 2010). På denne måten kunne helsepersonell lettere identifisere pasientenes psykiske behov og ressurser, og deretter tilpasse og tilby eventuelle tiltak (Aldaz et al., 2017; Möller et al., 2020). I alle artiklene beskrives sosial støtte fra familie og venner som en essensiell ressurs i mestringsprosessen. Å identifisere pasientens psykiske behov og ressurser, stilte krav til helsepersonellet sin kompetanse og ferdigheter innen kommunikasjon og observasjon. For at pasienter lettere kunne dele følelser og tanker med helsepersonell, var det nødvendig å bygge en tillitsfull relasjon (Aldaz et al., 2017; Jørgensen et al., 2015; Remmers et al., 2010).

### **3.2.2.2 Tilpasset informasjon**

Informasjon tilpasset til tid, mengde og individuelle forutsetninger, kommer tydelig fram som funn i flere av artiklene (Aldaz et al., 2017; Carr et al., 2019; Dawe et al., 2014; Dragset et al., 2020; Jørgensen et al., 2015; Möller et al., 2020). Pasienter hadde ulike preferanser på mengden informasjon de ønsket om diagnosen og behandlingen (Dragset et al., 2020). For stor mengde skriftlig behandlingsinformasjon bestående av bøker, brosjyrer og papirer hadde en overveldende og stressende effekt hos noen pasienter (Aldaz et al., 2017; Dawe et al., 2014; Jørgensen et al., 2015). Enkelte pasienter opplyser om for lite informasjon om langsiktige bivirkninger, som førte til dårligere mestring når de oppsto (Dragset et al., 2020). Riktig mengde informasjon kunne ført til mestringstro og kontroll i situasjonen. Informasjonen kunne blitt formidlet på en mer personlig måte, basert på pasientens behov og forutsetninger for kommunikasjon og mottakelse av informasjonen (Aldaz et al., 2017). Pasienter husket lite av informasjonen postoperativt grunnet en gjenværende effekt av narkose og smertestillende, noe som

tydet på uheldig tidspunkt for informasjonsformidling (Carr et al., 2019; Dawe et al., 2014).

### 3.2.3 Helsehjelp i et helhetlig forløp

#### **3.2.3.1 Tidsbegrensning og standardisering**

Helsepersonell hadde begrenset tid til å yte hjelp til pasienter, grunnet et effektivt forløp og kort liggetid på sengepost (Aldaz et al., 2017; Dawe et al., 2014; Lundberg & Phoosuwan, 2022). Mange pasienter med brystkreft gjennomgikk hele det kirurgiske forløpet på dagkirurgen, og få ble innlagt på sengepost i etterkant (Dawe et al., 2014). De fleste pasientene var tilfreds med å komme raskt hjem, mens andre følte seg kastet ut og lite ivaretatt av sykepleiere etter operasjonen. Helsepersonellens begrensede tid førte til en mangelfull opplevelse av hjelp og støtte for enkelte (Lundberg & Phoosuwan, 2022). Den begrensede tiden kunne være en barriere for å møte pasientenes individuelle behov (Aldaz et al., 2017). Det medisinske fokuset og at helsehjelpen baseres på standarder, kunne også være en barriere for individuell tilpasning (Möller et al., 2020). Standardisering og generalisering av pasienter påvirket pasienters opplevelse av hjelpen som ble gitt (Jørgensen et al., 2015).

#### **3.2.3.2 Tverrfaglig samarbeid**

Tilstedeværelse og godt samarbeid mellom helsepersonell bidro til pasientenes opplevelse av et helhetlig og sammenhengende forløp av god kvalitet (Jørgensen et al., 2015; Remmers et al., 2010). Pasientene slapp å svare på samme spørsmål flere ganger, og å få motsigende beskjeder. Dette innebar samarbeid innad i avdelingen, men også mellom profesjoner og ulike behandlingstilbud i forløpet (Aldaz et al., 2017; Dawe et al., 2014; Jørgensen et al., 2015; Lundberg & Phoosuwan, 2022; Möller et al., 2020; Remmers et al., 2010). For å få til et velfungerende samarbeid, var dokumentasjon og kommunikasjon mellom ulike profesjoner sentralt (Aldaz et al., 2017; Möller et al., 2020). Pasientene forventet at sykepleiere henviste dem til videre hjelp (Remmers et al., 2010). Denne hjelpen kunne være støttegrupper, psykolog, rådgiver, hjemmesykepleier, eller prest (Aldaz et al., 2017; Dawe et al., 2014; Lundberg & Phoosuwan, 2022; Remmers et al., 2010).

## 4. Diskusjon

Problemstillingen i denne litteraturstudien er: ***Hvordan kan sykepleier bidra til mestringstro hos pasienter med brystkreft på postoperativ sengepost?*** For å svare på dette tar diskusjonskapitlet utgangspunkt i funnene fra kapittel 3, knyttet opp mot teori og faglitteratur fra kapittel 1 og egne erfaringer fra praksis. Implikasjoner for praksis vil diskuteres fortløpende.

Å anvende riktig pedagogisk metode er viktig når sykepleier skal hjelpe pasienten i deres situasjon (Kristoffersen, 2016d, s.369). Sykepleier kan benytte veiledning som prosess og dens metoder for å klargjøre pasientens egne verdier, fastsetting av nye mål, samt veien mot å nå målene. Informasjon og støtte kan være slike metoder, og har til hensikt å styrke pasientens selvbevissthet og mestringskompetanse (Tveiten, 2020, s.98). Slik vi forstår sykepleiers rolle i å styrke pasientens mestringstro, innebærer det først å styrke deres mestringskompetanse. Pasienten kan da forstå sitt grunnlag for mestring og deretter tro på det.

### 4.1 Klargjøre pasientens utgangspunkt

#### 4.1.1. Pasientens reaksjoner og strategier

Å klargjøre pasientens utgangspunkt er første steg i veiledningsprosessen (Kristoffersen, 2016d, s.385). Sykepleier kan gjennomføre en kartlegging av pasientens kunnskapsbehov rundt sykdom og behandling, tilgjengelighet og bevissthet rundt deres egne ressurser, og håndtering av livssituasjon og reaksjoner (Kristoffersen, 2016d, s.355). Indre ressurser kan være håp, motivasjon og optimisme, og ytre ressurser kan være nære relasjoner og hobbyer. Travelbee skriver at en systematisk tilnærming til pasientens behov er nødvendig for pasientens opplevelse av mestring og mening i lidelsen (Kristoffersen, 2016c, s.35). Tilnærmingen innebærer observasjon og kartlegging av pasientens behov, for å deretter vurdere egen mulighet for å møte behovene.

Pasienter med brystkreft opplevde sterke reaksjoner, eksempelvis frykt for død, residiv eller videre behandling, i tillegg til bekymringer over nedsatt kroppsbilde og endret identitet (Aldaz et al., 2017; Carr et al., 2019; Dragset et al., 2020; Jørgensen et al., 2015; Lundberg & Phoosuwan, 2022; Möller et al., 2020; Remmers et al., 2010). Disse psykiske reaksjonene kan samsvare med de individuelle fenomenene som Lazarus og Folkman definerer som psykologisk stress og Travelbee definerer som lidelse, presentert i kapittel 1.3.

Slik vi forstår det, må sykepleier kartlegge pasientens mestringsstrategier i håndteringen av egne reaksjoner, og tilpasse hjelpen deretter. Dermed kan sykepleier også kartlegge i hvilken grad pasienten opplever mestringstro. I følge Aldaz et al. (2017), mente helsepersonell at pasienter som aksepterte stress og usikkerhet hadde et mer positivt syn på livet og kom seg gjennom behandlingen bedre. Aksept av sykdom og tap, vil ofte gjøre en i stand til å mestre påkjenninger, mener Travelbee (Kristoffersen, 2016c, s.31). Dette samsvarer med Lazarus og Folkman sin definisjon av en problemorientert mestringsstrategi, se kapittel 1.3.4. En slik strategi innebærer en positiv forventning om



å lykkes med mestringen (Kristoffersen, 2016b, s.251). Denne positive forventningen samsvarer med Bandura sitt begrep om mestringstro, se kapittel 1.3.5.

På en annen side, fant Aldaz et al. (2017), at helsepersonell opplevde fornektelse som en hensiktsmessig strategi for enkelte pasienter. Dette samsvarer med funn i Dragset et al. (2020), der positiv tenkning ble brukt for å distansere det negative, og dermed kunne mestre utfordringer. Dette inngår i Lazarus og Folkman sin definisjon av emosjonelt orientert mestring, se kapittel 1.3.4. I enkelte sammenhenger kan en emosjonelt orientert mestringsstrategi være hensiktsmessig fordi en er nødt til å gjennomleve og holde ut (Kristoffersen, 2016b, s.252). Likevel kan emosjonelt orientert mestring resultere i at en aldri aksepterer situasjonen, og dermed ikke mestrer sykdommens medførte endringer. Aldaz et al. (2017) fant at helsepersonell opplevde at fornektelse som oftest førte til en "rebound effect". Rebound effekten innebar at følelsene blusset opp igjen på senere tidspunkter, sterkere enn før. Lignende uttalte noen pasienter at de forsøkte å distansere tankene om kreft, men de blusset opp spesielt i forbindelse med kontrolltimer (Dragset et al., 2020). Vi ser likhetstrekk mellom emosjonelt orientert mestringsstrategi og lav grad av mestringstro: Mangel på tro om å klare å mestre endringene kan, ifølge Bandura, føre til at en kanskje ikke engang forsøker (Kristoffersen, 2016a, s.314).

#### 4.1.2 Relasjonens og kommunikasjonens betydning for kartlegging

For å lykkes i veiledningsprosessen, er kommunikasjon et sentralt verktøy (Kristoffersen, 2016d, s.385). Eide & Eide (2017, s.20) skriver at sykepleier må benytte aktiv lytting og anerkjenne pasientens behov, for å møte deres behov for mestring. Jørgensen et al. (2015), Möller et al. (2020) og Remmers et al. (2010) fant at pasienter verdsatte at helsepersonell lyttet og viste interesse i deres opplevelser og bekymringer rundt brystkreften og operasjonen.

Helsepersonellet i Aldaz et al. (2017) og Möller et al. (2020) uttrykte at en tillitsfull relasjon gjorde det lettere å identifisere pasientenes psykiske behov og ressurser. Dette kan ha sammenheng med at pasienter lettere uttrykte sine opplevelser og behov når en tillitsfull relasjon var etablert (Aldaz et al., 2017; Jørgensen et al., 2015; Remmers et al., 2010). Den tillitsfulle relasjonen kan samsvare med menneske-til-menneske forholdet som Travelbee beskriver. Et forhold må være til stede for at sykepleier skal kunne hjelpe pasienten til å mestre (Kristoffersen, 2016c, s.32). Et forhold basert på medmenneskelighet gjør at pasienten kan uttrykke seg fritt og at sykepleieren kan være interessert og oppmerksom (Kristoffersen, 2016d, s.384). En slik relasjon vil kunne skape flyt i kommunikasjonen som en formidlingsprosess av tanker og følelser.

## 4.2 Finne mål og verdier i det nye livet

### 4.2.1 Realistiske delmål

Neste fase i veiledningsprosessen er å hjelpe pasienten til å se hva som blir viktig i livet fremover og hva målet er (Kristoffersen, 2016d, s.385). Sykdom kan begrense livsutfoldelsen, og kan skape nødvendighet for nyorientering om hvilke verdier som er viktigst (Kristoffersen, 2016b, s.265). Eide & Eide (2017, s.58) understreker viktigheten av å sette realistiske delmål etter hva som er viktigst og mulig å oppnå først. Mestringsfølelsen kan øke når ting går i riktig retning. Delmålene kan for eksempel være

å se på seg selv i speilet med den forandrede kroppen, eller å dele frykt og bekymringer i en støttegruppe. Fordelen med realistiske delmål ble beskrevet av en pasient: "Jeg setter grenser og har mål som jeg kan mestre; når jeg har klart det, da tar jeg det neste skrittet. Jeg har lært at små skritt er avgjørende for å komme seg videre" (Dragset et al., 2020).

Å finne delmål, krever forståelse av hva som er realistisk å forvente av seg selv i tiden framover (Tveiten, 2020, s.147). Det kan for eksempel tenkes å være urealistisk å forvente at en skal kunne komme tilbake i 100% jobb rett etter behandling. Postoperativ sykepleie bør innebære informasjon til pasienten om sykdommen, bivirkninger av behandling og videre oppfølging i forløpet (Sørensen et al., 2016, s.455). Denne typen informasjon fant Lundberg & Phoosuwan (2022) at pasientene med brystkreft hadde behov for. Informasjon er dessuten noe pasienter har krav på gjennom Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-2) og sykepleier er pliktig å gi ifølge Helsepersonelloven (1999, §10). Når informasjon gis i helsesammenheng, slik at pasienten kan evne å finne, forstå, vurdere og anvende informasjonen for å kunne ta kunnskapsbaserte beslutninger, kalles det helsekompetanse (Helsedirektoratet, 2021). En kan si at understøtting og tilføring av helsekompetanse er nødvendig for å styrke pasientens mestringskompetanse, og dermed evnen til å sette realistiske mål. Når sykepleier har tilført pasienten god informasjon, vil pasienten kunne gjennomgå en revurdering av sin stressopplevelse, og dermed mestre situasjonen, se kapittel 1.3.4.

#### 4.2.2. Tilpasning av informasjon

Pasientene har ikke kun rett til å få informasjon, sykepleier plikter også å tilpasse informasjonen til den enkelte slik at den blir forstått (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-5). Alder, modenhet, erfaringer, kultur og språk kan være individuelle forutsetninger som skal tilpasses etter. Individuelle forutsetninger og behov kan komme fram gjennom den tidligere kartleggingen. Her kan Travelbee sin teori trekkes fram: Sykepleier må identifisere personens særegne behov og dermed tilpasse pleien i samsvar med disse (Kristoffersen, 2016c, s.35). Jørgensen et al. (2015) fant et tilfelle der informasjonen ikke ble tilpasset til kvinnens individuelle behov. Hun ble informert om medisinske og praktiske forhold, men klarte ikke ta det til seg da hennes fokus var på sin emosjonelle situasjon. Liknende funn ble gjort i Aldaz et al. (2017): Helsepersonell mente at informasjonen måtte formidles på en mer personlig måte, tilpasset pasientens evne til mottakelse. Dersom helseinformasjon formidles slik at pasienten forstår den og kan nyttiggjøre seg av den, kan det øke opplevelsen av kontroll (Kristoffersen, 2016b, s.265). Kontroll kan videre styrke mestringsstroen.

En annen faktor i artiklene som ble funnet å påvirke mottakeligheten av informasjon, var tidspunkt for formidling. Før utskrivelse fra sykehuset og den postoperative sengeposten, skal sykepleier sørge for at pasienten har fått informasjon om, og skriftlig brosjyremateriell, fra *Foreningen for brystkreftopererte*, og vite om muligheten for diverse kurs og rehabiliteringssentre (Sørensen et al., 2016, s.448). Å gi informasjon til nyopererte pasienter på postoperativ sengepost, der pasientene kan være påvirket av sterke smertestillende eller narkose, viste seg i artiklene til Carr et al. (2019) og Dawe et al. (2014) å være lite gunstig. Pasientene fikk med seg lite eller ingen informasjon på grunn av dette. Også Sørensen et al. (2016, s.445) skriver at pasienter ofte er for stresset i sykehussammenheng til å ta til seg informasjon og stille spørsmål.

Mengden informasjon, både skriftlig og muntlig, kan være avgjørende for om pasienten tar imot informasjon. Aldaz et al. (2017) og Dawe et al. (2014) fant at mengden skriftlig informasjon i form av brosjyrer og bøker, kunne ha en stressende og overveldende effekt hos pasientene med brystkreft. Brosjyrer er ofte standardiserte, og kan dermed både over- og undervurdere pasientens evne til å forstå innholdet. Om pasientene sendes hjem med en mengde skriftlig informasjon, blir det opp til dem selv å forstå innholdet. Sykepleierens mulighet til å sørge for at informasjonen blir forstått, er da begrenset (Kristoffersen, 2016d, s.370).

## 4.3 Måter å nå målet på

### 4.3.1 Mestringsstøtte

Den siste fasen i veiledningsprosessen handler om å hjelpe pasienten til å utforske måter å nå målene sine på (Kristoffersen, 2016d, s.385). Det kan ikke alltid forventes at pasienten skal mestre store livsomveltninger på egenhånd (Kristoffersen, 2016d, s.355). I den sammenheng kan brystkreft være utfordrende å mestre fordi en går fra å være tilsynelatende frisk til å ha en alvorlig diagnose (Sørensen et al., 2016, s.437). Sykepleier kan benytte mestringsstøtte som en metode i denne fasen av veiledningsprosessen. Mestringsstøtten innebærer at pasienten blir bevisst på egen rolle i mestring av brystkreften og dens påvirkning på livet. Denne økte bevisstheten innebærer også å ta i bruk tilgjengelige ressurser, både fra seg selv og sitt sosiale nettverk, og ressurser helsetjenesten og sykepleie tilbyr (Kristoffersen, 2016d, s.355). Strategiene og ressursene som ble kartlagt i første fase av veiledningsprosessen, anvendes i denne siste fasen.

### 4.3.2 Tilgjengeliggjøring av ressurser

Som beskrevet i kapittel 4.1.1, ble aksept benyttet som del av en aktiv mestringsstrategi, og ble vurdert som den mest hensiktsmessige strategien. Vi anser derfor aksept som en indre ressurs i pasientens mestringsarbeid. Kristoffersen (2016b, s.253) skriver at effektiv mestring sikrer optimal sosial fungering og beskytter mot helsesvikt. Helsepersonell i artikkelen til Aldaz et al. (2017) fortalte at pasienter burde oppmuntres til aksept og positiv tenkning gjennom empatiske samtaler med helsepersonell. Likevel måtte helsepersonellet være hensynfulle overfor pasienten sin situasjon, og vurdere hvor langt de kunne gå for å fremme en aksepterende strategi. Dette kan også gjelde når man snakker om mestringsstro: sykepleier må være bevisst på at mennesker har forskjellig grad av mestringsstro, og tilpasse veiledningen deretter (Kristoffersen, 2016a, s.314). Tilpasningen innebærer å understøtte og fremme positive forventninger, men kan også handle om å motivere og oppmuntre ved tilfeller av negative forventninger.

Helgesen (2016, s.143) skriver at tilgang til sosial støtte kan være en viktig ressurs, men at behovet vil variere individuelt. Aldaz et al. (2017), Dawe et al. (2014), Dragset et al. (2020) og Lundberg & Phoosuwan (2022) fant alle at sosial støtte fra familie og venner var svært viktig for pasienter med brystkreft. Sørensen et al. (2016, s.446) skriver at bearbeiding av reaksjoner og aksept av kroppsforandring kan bli lettere

dersom kvinnen er åpen overfor partneren sin. En kvinne i artikkelen til Dragset et al. (2020) sa at "hvis jeg er mer åpen om mine plager, vil kanskje andre forstå meg bedre". Kvinnene ønsket forståelse og anerkjennelse, noe som også krevde at de delte sine utfordringer. Gjennom mestringsstøtten kan sykepleier bevisstgjøre pasienten på sitt sosiale nettverk, og oppmuntre til åpenhet og bruk av støtte fra menneskene rundt seg (Kristoffersen, 2016d, s.355).

Å fremme pasientens egne ressurser er viktig, men det kan også være viktig å tilføre flere ytre ressurser. Helsekompetanse, som forklart i fase 2, er en ressurs sykepleier kan styrke. Videre har sykepleier ansvar for å knytte kontakt med andre i helseteamet (lege, prest, fysioterapeut, sosionom) hvis pasienten har behov for det (Lorentsen & Grov, 2016, s.419). I tillegg kan sykepleiere informere om mulighetene for ulike støttetilbud i Kreftforeningen. Å få støtte gjennom medpasienter kan for noen føles uvurderlig, fordi de forstår hverandre og hva som gjennomleveres på en annen måte enn familie og venner. Støttegrupper er noe flere pasienter i artiklene til Carr et al. (2019) Lundberg & Phoosuwan (2022) og Remmers et al. (2010) verdsatte som en del av den sosiale støtten.

Støtten sykepleier gir gjennom engasjement, oppmuntring og hjelp, skal minimere risikoen for at pasienten mislykkes på veien mot målet sitt (Kristoffersen, 2016d, s.386). Ved at sykepleier viser tillit til pasientens ressurser og tro på at de selv evner å mestre, vil det også kunne styrke pasientens tro på seg selv (Eide & Eide 2017, s.62). Det gir ikke nødvendigvis en umiddelbar løsning, men det viktigste er at de klarer å finne veien mot hensiktsmessig mestring.

## 4.4 Pakkeforløpets betydning for mestringstro

### 4.4.1 Sykepleiers organisatoriske kompetanse

Å forstå helseorganisasjonen som et system som sykepleier har en rolle i, er en del av den organisatoriske kompetansen til sykepleiere (Orvik, 2022, s.45). Selv om sykepleier er ansvarlig for å tilrettelegge veiledning som ytes til den enkelte pasient, finnes en rekke føringer for rammene hjelpen ytes innenfor. Sykepleier arbeider ikke kun under den postoperative sengeposten, men også under sykehuset som organisasjon, som videre er underlagt regionale helseforetak, styrt av Helse- og omsorgsdepartementet (Orvik, 2022, s.98). Pakkeforløpene er en del av nasjonale føringer som skal sørge for helhet gjennom samarbeid, individuell tilpasning og pasientopplevd kontroll (Helsedirektoratet, 2016a). Disse faktorene kan være noen av kildene til pasientenes opplevelse av mestringstro, slik vi har diskutert tidligere.

Den organisatoriske kompetansen inngår også i sykepleiers organisering av pasientarbeidet, blant annet gjennom dokumentasjon og samarbeid (Orvik, 2022, s.48). Möller et al. (2020) fant at helsepersonell understreket viktigheten av god dokumentasjon for et godt samarbeid. Mangel på dokumentasjon kunne føre til at neste profesjon måtte starte på nytt, i stedet for å ta over og bygge videre på arbeidet. Både Jørgensen et al. (2015) og Remmers et al. (2010) fant at pasienter verdsatte et godt samarbeid mellom profesjonene de var i kontakt med. Da unngikk pasientene å måtte svare på samme spørsmål flere ganger, samtidig som de hadde helsepersonell

tilgjengelig ved behov. Viten om at helsepersonell er tilgjengelig kan bidra til å gi pasienter en grunnleggende trygghet (Kristoffersen & Breievne, 2016, s.204). Med dette som begrunnelse kan en se viktigheten av at sykepleiere utnytter samarbeidsmulighetene som pakkeforløpet tilrettelegger for, og dermed kunne veilede pasienter til mestringstro.

#### 4.4.2 Pakkeforløpets begrensninger

Vi tenker at et standardisert forløp, som pakkeforløp for brystkreft, i noen tilfeller kan virke begrensende i møte med pasientenes individuelle, psykiske behov. Vår erfaring fra postoperative avdelinger, som inkluderer brystkreftopererte, er at psykiske behov sjeldent blir kartlagt, dokumentert og informert om. Det er derimot et større fokus på kartlegging av medisinske behov og informasjon til pasienter om fysiske bivirkninger etter operasjon.

Dette samsvarer med Hollekim-Andersen et al. (2021) sin forskning, som fant at individuelle behov kunne overskygges av standardiseringen i pakkeforløp. Helsepersonell i Möller et al. (2020) fortalte også om gode rutiner på å kartlegge det medisinske, men at det burde vært kombinert med kartlegging av pasientens individuelle faktorer og livssituasjon.

Det er ikke kun det medisinske fokuset som kan begrense den individuelle tilpasningen, men også tidspress. Sykehusoppholdet etter brystkreftkirurgi er ofte kortvarig, og gir begrenset med tid mellom sykepleier og pasient (Sørensen et al., 2016, s.445). En av årsakene til dette kan tenkes å være at antall brystkreftrammede i Norge har økt (Kreftregisteret, 2023), som har medført et krav om effektivitet, slik pakkeforløp skal sikre. I Lundberg & Phoosuwan (2022) uttrykte noen kvinner at de ikke hadde fått den hjelpen og støtten de trengte fra helsepersonell, fordi helsepersonellet ikke hadde hatt tid. Mangel på tid kan altså ses som en begrensende faktor for kartlegging og ivaretagelse av individuelle behov. Kristoffersen (2016d, s.384) skriver at det må prioriteres tid til etablering av en relasjon, da dette er fundamentet i en vellykket veiledning. Travelbee mener på samme måte at sykepleieren ikke kan nå sitt formål uten menneske-til-menneske-forholdet (Kristoffersen, 2016c, s.32). En kan da tenke seg at standardiserte forløp med tidspress, kan føre til nedprioritering av relasjonsbygging. Dette igjen kan være en barriere for hele veiledningsprosessen, og et hinder for sykepleiers bidrag til pasientens mestringstro.

## 4.5 Metodediskusjon

I oppgaven ble det kun inkludert kvalitative artikler, som kan være en svakhet. En kombinasjon av kvalitative og kvantitative kunne gitt en bredere belysning av temaene (Dalland, 2017, s.52). Likevel er problemstillingen av en slik natur at det uansett ville vært hensiktsmessig å benytte flest kvalitative artikler. En del av artiklene har et stort pasientfokus. Vi ønsket flere artikler med sykepleiefaglig fokus, men fant det utfordrende å finne. Derfor ble den sykepleiefaglige tilnærmingen beskrevet av oss, supplert med noen få artikler som forsket på helsepersonell, og basert på hva forskningen fant at pasientene hadde behov for. Problemstillingen vår rettet seg mot sykepleier på postoperativ sengepost, men forskningsartiklene hadde stor variasjon i hvilken setting forskningen ble gjort. Dette kan ha vært en svakhet, men likevel handlet det om pasienters behov etter operasjon.

Halvparten av artiklene vi anvender i oppgaven er fra skandinaviske land; Norge, Sverige og Danmark. Dette kan ses som en styrke, da Sverige og Danmark i likhet med Norge har pakkeforløp for brystkreft (Agdahl, 2022; Sundhetsstyrelsen, 2018), og har et liknende helsevesen og en liknende kultur. Geografisk avgrensning kan være viktig fordi noen temaer er mer aktuelle i enkelte deler av verden (Dalland, 2017, s.157). Vi bruker også artikler fra New Zealand og Canada, som da kan svekke oppgaven noe med tanke på mindre overførbarhet til norske forhold. Vi har begrenset kunnskap om oppbyggingen av helsevesenet og kulturen i disse landene, men fant sykepleiefaglig relevans ved at sykepleiere måtte ha en bachelorgrad. Artiklene ble også anvendt da vi så stor sammenheng i funnene til de nordiske landene.

Årstall for publisering av de anvendte forskningsartiklene, varierte. Det var svært utfordrende å finne mye relevant forskning publisert de siste årene. Når fagfelt vokser raskt, kan det hende at utvalgt litteratur ikke er tilstrekkelig oppdatert (Dalland, 2017, s.158). Spesielt noen av de eldre artiklene kan derfor svekke oppgavens aktualitet til en viss grad. Likevel samsvarte funnene med de artiklene som var publisert i nyere tid. I tillegg tilsier annen oppdatert forskning og litteratur at mangel på individuell tilpasning i pakkeforløp er et svært dagsaktuelt tema.

I oppgaven benyttes sekundærlitteratur for å beskrive Lazarus & Folkman, Bandura og Travelbee sine teorier. Dette fordi vi ikke hadde tilgang til primærlitteraturen. I anvendelsen av sekundærlitteratur kan det opprinnelige perspektivet til teoretikerne ha endret seg i bearbeidelsen av tekstene (Dalland, 2017, s.158).

## 4.6 Konklusjon

I denne bacheloroppgaven ønsket vi å undersøke sykepleiers rolle i arbeid med styrking av pasienters mestringstro. Problemstillingen ble formulert på bakgrunn av pakkeforløpets tendens til å overse pasienters sammensatte og individuelle behov. Tendensen beskrives i forskning og teori, samt at våre praksiserfaringer tilsier det samme.

Gjennom forskningsartiklene fant vi at pasienter med brystkreft hadde mange reaksjoner etter behandling og måter å håndtere disse på, som skapte behov for hjelp fra helsepersonell. Vi begynte derfor å se på hvordan sykepleier kunne møte behovene og bidra til mestringstro gjennom en veiledningsprosess. Prosessen innebærer å knytte en relasjon til pasientene, kartlegge deres individuelle ressurser, benytte kartleggingen for å finne realistiske mål, og gi tilpasset mestringsstøtte og informasjon. Videre så vi på hvordan sykepleieren er underlagt sykehuset som organisasjon, som igjen er underlagt nasjonale føringer som danner rammer for utførelsen av sykepleie. Pakkeforløpet er en slik føring som tilrettelegger for helhet og godt tverrprofesjonelt samarbeid, som sykepleier må ta del i og utnytte. Likevel fant vi at pasientene ikke alltid fikk ivarett sine behov i møtene med helsepersonell, og vi så på dette i sammenheng med pakkeforløpets standardisering som en begrensende faktor.

Den idealistiske framstillingen av veiledning for å møte pasienters individuelle behov, kombinert med standardiserte og raske forløp, får oss til å tenke at det kan være

vanskelig for en sykepleier å gjennomføre veiledningen og videre kunne bidra til mestringstro. Sykepleier er ansvarlig for å ivareta den enkeltes behov for helhetlig omsorg, men nasjonale føringer, som pakkeforløp, må tilrettelegge for nok tid til pasientkontakt og holdninger preget av likevekt mellom ivaretagelse av fysiske og psykiske behov.

# Referanser

- Agdahl, J. (2022). *Standardiserat vårdførløp brystcancer*.  
<https://cancercentrum.se/samverkan/cancerdiagnoser/brost/vardforlopp-brostdcancer/>
- Aldaz, B. E., Treharne, G. J., Knight, R. G., Conner, T. S., & Perez, D. (2017). Oncology healthcare professionals' perspectives on the psychosocial support needs of cancer patients during oncology treatment. *Journal of Health Psychology, 22*(10), 1332–1344. <https://doi.org/10.1177/1359105315626999>
- Carr, T. L., Groot, G., Cochran, D., Vancoughnett, M., & Holtslander, L. (2019). Exploring Women's Support Needs After Breast Reconstruction Surgery. *Cancer Nursing, 42*(2), E1–E9. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000600>
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A., & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal.
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal.
- Dawe, D. E., Bennett, L. R., Kearney, A., & Westera, D. (2014). Emotional and informational needs of women experiencing outpatient surgery for breast cancer. *Canadian Oncology Nursing Journal/Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie, 24*(1), 20–24. <https://doi.org/10.5737/1181912x2412024>
- Dragset, S., Lindstrøm, T. C., & Ellingsen, S. (2020). "I Have Both Lost and Gained." Norwegian Survivors' Experiences of Coping 9 Years After Primary Breast Cancer Surgery. *Cancer nursing, 43*(1), E30–E37. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000656>
- Eide, H., & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner; Personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Gyldendal.
- Evans, D. (2002). SYSTEMATIC REVIEWS OF INTERPRETIVE RESEARCH: INTERPRETIVE DATA SYNTHESIS OF PROCESSED DATA. *Australian Journal of Advanced Nursing, 20*(2), 22–26.
- Government of Canada. (2023). *Registered Nurse (R.N.) in Canada*. Job Bank. [http://www.jobbank.gc.ca/explore\\_career/job\\_market\\_report/job\\_requirement\\_report.xhtml](http://www.jobbank.gc.ca/explore_career/job_market_report/job_requirement_report.xhtml)
- Helgesen, A. K. (2016). Sosial kontakt. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3; Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg.). Gyldendal.
- Helsebiblioteket. (2020). *Kritisk vurdering; Sjekklistor*. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no>
- Helsedirektoratet. (2016a). *Om pakkeforløpet*. <https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/brystkreft/om-pakkeforlopet>
- Helsedirektoratet. (2016b). *Pakkeforløp på kreftområdet; Hva er pakkeforløp for kreft*. <https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/generell-informasjon-for-alle-pakkeforlovene-for-kreft/pakkeforlop-pa-kreftområdet>
- Helsedirektoratet. (2020). *Behandling av brystkreft*. <https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/brystkreft/behandling-av-brystkreft#hovedgrupper-av-behandlingsforlop>
- Helsedirektoratet. (2021). *Helsekompetanse – kunnskap og tiltak*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/helsekompetanse/helsekompetanse>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL\\_10](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_10)
- Hollekim-Andersen, T., Melby, L., Gilstad, H., Solbjør, M., Sand, K., & Das, A. (2021). *Shared decision-making in standardized cancer patient pathways in Norway; Narratives of patient experiences*. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/hex.13317>
- Jørgensen, L., Garne, J. P., Søgård, M., & Laursen, B. S. (2015). The experience of



- distress in relation to surgical treatment and care for breast cancer: An interview study. *European Journal of Oncology Nursing*, 19(6), 612–618.  
<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2015.03.009>
- Kreftforeningen. (2022). *Psykiske reaksjoner på kreftsykdom*.  
<https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/psykiske-reaksjoner/>
- Kreftregisteret. (2021). *Pakkeforløp for kreft i Norge*.  
<https://www.kreftregisteret.no/Forskning/Prosjekter/pakkeforlop-for-kreft-i-norge/>
- Kreftregisteret. (2023, mai 10). *Brystkreft*. Kreftregisteret.  
<https://www.kreftregisteret.no/Temasider/kreftformer/Brystkreft/>
- Kristoffersen, N. J. (2016a). Livsstil og endring av livsstil. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3; Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg.). Gyldendal.
- Kristoffersen, N. J. (2016b). Stress og mestring. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3; Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg.). Gyldendal.
- Kristoffersen, N. J. (2016c). Sykepleiefagets teoretiske utvikling; en historisk reise. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3; Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg.). Gyldendal.
- Kristoffersen, N. J. (2016d). Å styrke pasientens ressurser; sykepleierens helsefremmende og pedagogiske funksjon. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3; pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg.). Gyldendal.
- Kristoffersen, N. J., & Breievne, G. (2016). Lidelse, mening og håp. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3; Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg.). Gyldendal.
- Lorentsen, V. B., & Grov, E. K. (2016). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5. utg.). Gyldendal.
- Lundberg, P., C., & Phoosuwan, N. (2022). Life situations of Swedish women after mastectomy due to breast cancer: A qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing*, 57(102116). <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2022.102116>
- Möller, U. O., Olsson, I.-M., Sjövall, K., Beck, I., Rydén, L., & Malmström, M. (2020). Barriers and facilitators for individualized rehabilitation during breast cancer treatment – a focus group study exploring health care professionals' experiences. *BMC Health Services Research*, 20(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05107-7>
- Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Nursing Council of New Zealand. (u.å.). *Registered Nurse*. Nursing Council of New Zealand. Hentet 26. april 2023, fra [https://www.nursingcouncil.org.nz/Public/Education/How\\_to\\_become\\_a\\_nurse/Registered\\_nurse/NCNZ/Education-section/Registered\\_Nurse.aspx?hkey=b7246e10-b2ac-463e-b735-308667320bbd](https://www.nursingcouncil.org.nz/Public/Education/How_to_become_a_nurse/Registered_nurse/NCNZ/Education-section/Registered_Nurse.aspx?hkey=b7246e10-b2ac-463e-b735-308667320bbd)
- Orvik, A. (2022). *Organisatorisk kompetanse; Innføring i faglig ledelse, samhandling og kvalitetsforbedring* (3. utg.).
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Remmers, H., Holtgräwe, M., & Pinkert, C. (2010). Stress and nursing care needs of women with breast cancer during primary treatment: A qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing*, 14(1), 11–16.  
<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2009.07.002>
- Stubberud, D.-G. (2019). Psykososiale konsekvenser av å være akutt og kritisk syk. I D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (2. utg.). Gyldendal.
- Sundhedsstyrelsen. (2018). *Pakkeforløb for brystkræft*.  
<https://www.sst.dk/da/udgivelser/2018/Pakkeforloeb-for-brystkraeft>

- Sørensen, E. M., Lorvik, M. K., Erntsen, N. G., & Almås, H. (2016). Sykepleie ved brystkreft. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5. utg.). Gyldendal.
- Thidemann, I.-J. (2015). Litteratursøk. I *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter; Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Universitetsforlaget.
- Tveiten, S. (2020). *Helsepedagogikk; Helsekompetanse og brukermedvirkning* (2. utg.). Fagbokforlaget.

