



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Bacheloroppgave

SY301813 Sykepleie VI - del 2

**Kvinnens erfaringer etter behandling av cancer
mammae**

Kandidatnummer: 10050, 10109

Totalt antall sider inkludert forsiden: 51

Totalt antall ord: 8607

Innlevert Ålesund, 23.05.17

Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. **Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.**

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter NTNUs studieforskrift.	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Torill Osvik Ryste

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten ([Åndsverkloven §2](#)).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved NTNU i Ålesund en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. [Jfr. Offl. §13/Fvl. §13](#))

Dato: 23.05.17

“... Jeg er ikke så redd for å dø, men for å miste livet”

(Drageset mfl., 2015, s. 207).

Sammendrag

Bakgrunn: Brystkreft er den kreftformen som forekommer hyppigst blant kvinner i Norge. Omtrent hver 11. norske kvinner over 20 år blir rammet, men forekomsten er høyest hos kvinner over 50 år. Risikoen for å få brystkreft vil være omtrent 10% med dagens utvikling. Kirurgisk behandling foregår i dag ofte på dagkirurgisk avdeling, og sykehusoppholdet er kortvarig. Det er viktig med individuelt tilpasset informasjon og veiledning i møte med disse kvinnene.

Hensikt: Hensikten med denne bacheloroppgaven er å belyse kvinners erfaringer etter å ha gjennomgått kirurgisk behandling av cancer mammae.

Metode: Oppgaven er utarbeidet som en systematisk litteraturstudie. Oppgaven omfatter syv kvalitative og én kvantitativ artikkel.

Resultat: I møte med helsevesenet opplever noen kvinner manglende kontinuitet og informasjon, mens andre opplever at helsepersonell var til god støtte for dem i behandlingsforløpet. Det å ha gjennomgått behandling påvirker kvinnene psykososialt. Kvinner skildrer erfaringer i forhold til selvbilde, frykt for tilbakefall av sykdom, og sosial støtte. Kvinnene har symptomer og bivirkninger i ettertid som oppleves belastende.

Konklusjon: Resultatet i denne systematiske litteraturstudien viser at møtet med helsevesenet, og opplevelsen av kommunikasjon og kontinuitet, spiller inn på hvordan kvinner opplever behandlingsforløpet og sykdomsprosessen. Kvinner opplever å få brystkreft som altoppslukende, og det er av stor betydning å ha god støtte i familie, venner, kolleger og helsepersonell. Etter behandling har kvinnene mange symptomer og bivirkninger som kan være problematiske, og noen opplever vanskeligheter grunnet dette.

Nøkkelord: Brystkreft, breast cancer, cancer mammae, breast neoplasms, experience*, erfaringer.

Abstract

Background: Breast cancer is the most common form of cancer among Norwegian women. Approximately every 11th Norwegian women over 20 years are affected, but the occurrence is most frequent in women over 50 years. Continuing today's development, the risk of getting breast cancer is close to 10%. Surgical treatment often takes place as outpatient surgery, and the hospital stay is short. It's important with individually adapted information and guidance for these women.

Aim: The purpose of this bachelor thesis was to illuminate women's experiences after having undergone surgical treatment of cancer mammae.

Method: The thesis has been compiled as a systematic literature review. The thesis includes seven qualitative and one quantitative article.

Results: In the encounter with health care services, some women experience a lack of continuity and information. Others felt the health care professionals were a big support during the treatment process. Having undergone breast cancer treatment affects the women psychosocially. Women tell about changes in their sense of self, fear of relapse of disease, and social support. The women have symptoms and side effects after surgery that are experienced as stressful.

Conclusion: The result of this systematic literature review shows that the encounter with the health care service, and the experience of communication and continuity, affects how women experience the course of treatment and the disease process. Women experience breast cancer as all-consuming, and support from family, friends, colleagues and healthcare professionals are important. After treatment, many women have symptoms and side effects that can be problematic, and some experience difficulties due to this.

Keywords: Brystkreft, breast cancer, cancer mammae, breast neoplasms, experience*, erfaringer.

Innhold

1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Studiens hensikt og problemstilling.....	1
1.2.1 Begrepsavklaring	2
1.3 Avgrensning av oppgaven	2
1.4 Oppgavens oppbygging	2
2.0 Teoribakgrunn	3
2.1 Brystkreft	3
2.2 Cullbergs kriseteori.....	4
2.3 Joyce Travelbees sykepleieteori	5
2.4 Kommunikasjon.....	6
3.0 Metode	7
3.1 Datasamling	7
3.1.1 Inklusjon- og eksklusjonskriterier	7
3.1.2 Søkeprosess.....	8
3.1.3 Databaser	8
3.1.4 Kvalitetsvurdering	9
3.1.5 Etisk vurdering.....	10
3.2 Analyse	10
4.0 Resultat	12
4.1 Møtet med helsevesenet.....	12
4.2 Psykososiale erfaringer	13
4.3 En endret kropp.....	15
5.0 Diskusjon	16
5.1 Metodediskusjon.....	17
5.2.1 Møtet med helsevesenet.....	19
5.2.2 Psykososiale erfaringer	21
5.2.3 En endret kropp.....	24
5.3.1 Forslag til videre forskning.....	26

Litteraturliste

Vedlegg 1: PIO-skjema

Vedlegg 2: Oversikt over søkeprosess i databaser

Vedlegg 3: Nøkkelfunn

Vedlegg 4: Litteraturmatriser

1.0 Innledning

I dette kapittelet presenteres problemstilling og hensikt for oppgaven. Dette inkluderer bakgrunn for valg av tema, samt avgrensning av oppgaven.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Brystkreft er den kreftformen som forekommer hyppigst blant kvinner i Norge. Omtrent hver 11. norske kvinner over 20 år blir rammet, men forekomsten er høyest hos kvinner over 50 år. Med dagens utvikling vil risikoen for å få brystkreft være omtrent 10% (Schlichting, 2011). På grunn av livsstilsendringer forventes det at forekomsten av brystkreft hos yngre kvinner vil øke. Eksempler på slike livsstilsendringer er økt alkoholforbruk, vektøkning og reproduktive forhold. Høye kvinner kan ha økt risiko grunnet vektmonster i tidlig alder (Schlichting, 2011). Kirurgisk behandling av brystkreft foregår i dag ofte på dagkirurg, og kvinnenens opphold på sykehuset er kortvarig. Ifølge Sørensen og Almås (2010) er en svært viktig del av sykepleierens postoperative oppgaver å veilede brystkreftopererte kvinner til å få tilbake en kontroll over sitt eget liv. Individuelt tilpasset informasjon og veiledning er viktig i møte med disse kvinnene (Sørensen og Almås, 2010).

1.2 Studiens hensikt og problemstilling

For å best mulig kunne bistå kreftopererte til å gjenvinne kontroll kreves det kunnskap om hvordan brystkreft oppleves for pasienten. Hensikten med denne systematiske litteraturstudien er derfor å skape større forståelse for hvilke erfaringer kvinner har etter å ha gjennomgått kirurgisk behandling av brystkreft.

Vi ønsket å fokusere på kvinnenens erfaringer og har på bakgrunn av dette valgt pasientperspektiv med følgende problemstilling:

Hvilke erfaringer har kvinner etter kirurgisk behandling av cancer mammae?

1.2.1 Begrepsavklaring

Brystkreft, *cancer mammae*, er når det oppstår kreftceller i melkeganger eller melkekjertler i brystet (Schlichting, 2011).

1.3 Avgrensning av oppgaven

Oppgaven begrenses til å gjelde kvinner fra 19 år og oppover som har gjennomgått kirurgisk behandling. Kvinner som har hatt tilleggsbehandling som for eksempel stråle- og/eller cellegiftbehandling er også inkludert. Da de fleste som får diagnosen brystkreft er over 50 år, omhandler majoriteten av artiklene brukt i denne oppgaven middelaldrende kvinner. Studien tar for seg kvinners erfaring etter å ha gjennomgått behandling. Et flertall av kvinnene som har deltatt i studiene det refereres til i denne oppgaven, har fått diagnosen under fem år før studien de har vært en del av.

1.4 Oppgavens oppbygging

Oppgaven er inndelt i fem kapitler. Kapittel 2 presenterer relevant teori. I oppgaven benyttes kriseteori og sykepleieteori, samt teori om kommunikasjon, ment for å belyse kvinners erfaring etter behandling av *cancer mammae*. I kapittel 3 beskrives fremgangsmåten for innsamling av data, og de rammer som er satt for hvilke data som benyttes. Avslutningsvis i kapitlet legger vi frem analysen av artiklene. Hovedfunnene av analysen presenteres i kapittel 4, hvor resultatene som videre benyttes i oppgavens resultatdiskusjon blir lagt frem. Kapittel 5 starter med å diskutere styrker og svakheter ved gjennomføring av oppgaven og metoden som er benyttet. Videre belyses den valgte problemstillingen ved hjelp av resultat og teori, og samtidig drøftes resultatenes konsekvenser for sykepleie. Til slutt i kapitlet blir konklusjon lagt frem, og forslag til videre forskning.

2.0 Teoribakgrunn

I dette kapittelet presenteres teori om brystkreft, kristeteori, sykepleieteori og kommunikasjon. Denne teoribakgrunnen er valgt for å kunne belyse oppgavens problemstilling og funn ut i fra forskningsartiklene som er benyttet i oppgaven.

2.1 *Brystkreft*

Når det oppstår celleforandringer i cellene rundt melkegangene, omtales det som forstadier til brystkreft. Cellekjernen kan bli større, og celler kan dele seg unormalt. Når disse celleforandringene er lokalisert på et begrenset område klassifiseres det som forstadier. Dersom celleforandringene bryter basalmembranen og blir invasiv, klassifiseres det som kreftceller (Schlichting, 2011).

Det er mange faktorer som kan påvirke utviklingen av brystkreft, og disse faktorene kan være svært sammensatt. Gener kan spille inn, der eksempelvis BRCA1 og BRCA2 er gener som kan ha mutasjoner, og disse kan derfor gi høyere risiko for utvikling av brystkreft. Man har trolig ikke full oversikt over alle genetiske faktorer som påvirker brystkreft, men i de to genene nevnt over, er det rapportert mer enn 1000 forskjellige mutasjoner (Klepp, 2016).

Risikofaktorer for utvikling av brystkreft er blant annet høyt østrogennivå, både under fosterperioden og senere i livet. Kvinner er mer utsatt for brystkreft ved sen eller ingen graviditet, og ved hormonbehandling i menopause. Det er ingen faste holdepunkter for at kosthold har innvirkning ved utvikling av brystkreft, men høyt alkoholforbruk er en risikofaktor. Overvekt disponerer for utvikling grunnet høyt insulinnivå og østrogennivå i fettvev. Fysisk aktivitet er det eneste som er påvist forebyggende for brystkreft (Schlichting, 2011). Ifølge wist (2010), kan fysisk aktivitet redusere risikoen for brystkreft med opp til 40%.

Sykdomsforløpet kan variere mye ettersom hastigheten og aggressiviteten til kreftcellene varierer. Generelt får yngre kvinner en mer aggressiv kreftform, tumorene er ofte større, og

har høyere risiko for spredning. Symptomer på brystkreft er sjeldne, og det er ofte kvinnen selv som oppdager endringer i brystet som fører til diagnose (Schlichting, 2011).

Kirurgisk behandling av brystkreft er primærbehandling, og kan ansees som den viktigste. Det er tre ulike inngrep som kan utføres; brystbevarende operasjon, fjerning av hele brystet og aksilleoperasjon. 55% av brystkreftoperasjoner utført i 2008 var brystbevarende. Grunnet risiko for tilbakefall er det vanlig med 5-6 uker postoperativ strålebehandling. På grunnlag av økt fare for tilbakefall er brystbevarende operasjon ikke anbefalt med kreftsvulst over fire cm. Likevel velger noen å fjerne hele brystet for å redusere angst for tilbakefall eller unngå strålebehandling (Schlichting, 2011).

2.2 Cullbergs kriseteori

Ifølge Cullberg (2010) kan krisens sjokkfase og reaksjonsfase sammen beskrives som krisens akutte fase. Sjokkfasen karakteriseres som den umiddelbare tiden etter krisen inntreffer, alt fra en kort stund til noen dager. Den kriserammede vil i denne fasen ikke evne å ta inn over seg det som har skjedd, og personen fornekter situasjonen. Det kan senere være vanskelig å huske beskjeder og hendelser fra sjokkfasen, og det er derfor viktig at helsepersonell er klar over dette når viktig medisinsk informasjon gis. Dersom en sjokkartet beskjed gis samtidig som annen viktig informasjon, kan utfallet bli at individet glemmer hva som blir sagt (Cullberg, 2010).

En krise kan også gi psykosomatiske reaksjoner. Forstyrret døgnrytme, dårlig søvn, og dårlige matvaner kan være resultat av høyt angstnivå i reaksjonsfasen. Dette kan aktualisere en del stress-symptomer ettersom forhøyet angstnivå blir en påkjenning for personen. Cullberg (2010) omtaler stress i denne sammenheng som de fysiologiske reaksjonene på langvarige psykiske og fysiske påkjenninger. Dette forårsaker endringer i utskillelse av stresshormoner som noradrenalin og binyrebarkhormon, som kan føre til magebesvær, forstoppelse, diaré, menstruasjonsforstyrrelser, hjertebank, søvnproblem, hodepine, og opplevelse av svakhet og tretthet (med irritabelt eller depressivt preg). I tillegg kan en oppleve kroppslig ubehag som kan oppfattes som at en lider av farlig sykdom.

Omtrent seks til tolv måneder etter det traumatiske sjokket kan personen befinne seg i en bearbeidingsfase. Dette er en fase der individet igjen begynner å i større grad fokusere på fremtiden, mens det i krisens akutte fase er mer vanlig å se tilbake mot sjokket og fortiden. Dersom personen har fått en kronisk sykdom vil vedkommende i denne fasen forsøke å innfinne seg med sin nye situasjon, både fysisk og sosialt (Cullberg, 2010).

Senere i livet kan hendelsen som skapte krisen få nye betydninger, og det blir en del av livet. Sjokket blir ikke lenger noe som skal glemmes eller gjemmes vekk. Denne fasen kaller Cullberg (2010) nyorienteringsfasen.

2.3 Joyce Travelbees sykepleieteori

Sykepleie bygger, ifølge Joyce Travelbee (2001), på ambisjonen om å hjelpe et individ gjennom en menneske-til-menneske-relasjon. Dette er en relasjon sykepleieren aktivt og bevisst forsøker å bygge, og baserer seg på at sykepleieren og den syke ser hverandre som unike individ, heller enn å se rollene som sykepleier og pasient (Travelbee, 2001).

Menneske-til-menneske-forholdet oppstår og utvikles i løpet av fire faser sykepleieren og den syke sammen går igjennom. Under det innledende møtet vil både sykepleieren og den syke gjøre seg opp en mening om den andre. Dette førsteinntrykket kan endres etter hvert som de blir kjent med hverandre. Den andre fasen tydeliggjør identitetene for de to partene, der sykepleieren og den syke begynner å se hverandre som individer, hvilket gir mulighet til å danne relasjoner til hverandre. Her begynner rollene å viskes ut, for å gi plass til individet (Travelbee, 2001). Tredje fase kaller Travelbee (2001) "empatifasen", og omhandler evnen til å sette seg inn i og forstå det andre menneskets følelser, og å se forbi det ytre. Denne fasen er en anerkjennelse av menneskets individuelle natur, der det knyttes et fellesskap, og det unike likevel er tydelig. Fra empati utvikles sympati og medfølelse, der forståelsen for den andres følelser utvikles til et ønske om å hjelpe og å lindre. Ved å vise sympati og medfølelse, uttrykker sykepleieren at den syke betyr noe mer enn bare en diagnose og et nummer på sengen, og at sykepleieren har et genuint ønske om at den syke skal få det bedre (Travelbee, 2001). Når sykepleieren og den sykes relasjon har gjennomgått disse fasene, vil det i følge Travelbee (2001) oppstå en gjensidig forståelse og kontakt, og det dannes et menneske-til-menneske-forhold mellom de to.

2.4 Kommunikasjon

Profesjonell kommunikasjon skal ifølge Eide og Eide (2009) være faglig velfundert og til hjelp for pasienten. Den skal være åpen, med et visst ubestemt og uforutsigbart preg, samt basert på yrkets verdigrunnlag. Dette må pasienten ha tillit til for å kunne danne en god relasjon, som igjen er en forutsetning for at helsepersonell skal kunne gi god hjelp og støtte. Kjernen i kommunikasjonen er å anerkjenne den andre og være aktivt lyttende, men samtidig være åpen og direkte. Kommunikasjonen skal formidle informasjon i den hensikt det bidrar til å løse problemer og hjelper pasient og/eller pårørende til å mestre (Eide og Eide, 2009).

3.0 Metode

I dette kapittelet gjøres det rede for datasamling og analyse. Datasamlingen består av søkestrategi, der søkeord, inklusjons- og eksklusjonskriterier, samt databaser presenteres. En del av datasamlingen er også å vurdere artiklenes kvalitet og etiske hensyn. Videre gjøres det rede for analyseprosessen.

Hensikten med oppgaven er å besvare en problemstilling ved bruk av en systematisk litteraturstudie. For å kunne utføre en systematisk litteraturstudie kreves det at man systematisk søker, kritisk gransker og deretter sammenfatter den aktuelle litteraturen innenfor et problemområde (Forsberg og Wengström, 2013). Dette krever at en har flere artikler av god kvalitet som gir godt nok grunnlag. I tillegg er det beskrevet ulike kriterier for at det kan kalles en systematisk litteraturstudie. En klart formulert problemstilling som er mulig å besvare, tydelige kriterier, og en bestemt søkestrategi er viktig for å kunne søke systematisk. Studiene bør også være kvalitetsbedømte (Forsberg og Wengström, 2013).

3.1 Datasamling

Som nevnt i kapittel 1.1, er brystkreft et tema sykepleiere møter både i praksis og i det daglige. Prosessen startet ved å undersøke hvor utbredt sykdommen er i Norge, og om det var tilgjengelig forskning på det området problemstillingen ønsker å belyse. Prosjektplan ble utarbeidet og levert i januar 2017. Etter tilbakemelding på prosjektplanen i fra veiledere og medstudenter, ble pasientperspektivet valgt, og problemstilling formulert. Deretter begynte prosessen med datasamling.

3.1.1 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

For å kunne utføre en systematisk litteraturstudie er det nødvendig med tydelige kriterier i søkeprosessen for å finne relevant forskning som kan belyse problemstillingen (Forsberg og Wengström, 2013). For denne oppgaven er det utarbeidet en søkestrategi med fastsatte inklusjons- og eksklusjonskriterier.

Søket inkluderer artikler som omhandler kvinner fra 19 år og oppover som har gjennomgått kirurgisk behandling av brystkreft. Artikkene presenterer et pasientperspektiv

innenfor temaet, for på best mulig måte å besvare problemstillingen. Et krav til de inkluderte artiklene er at de må være fagfellevurdert. I tillegg må artiklene være skrevet på engelsk, norsk, dansk eller svensk for at innholdet skal være forståelig. Videre har også artikler som omhandler sykepleier- eller pårørendeperspektiv blitt ekskludert, da disse synsvinklene viker fra oppgavens relevans. Artikler fra Asia, Sør-Amerika og Afrika er ekskludert ettersom deres helsesystem ikke kan sammenlignes i stor nok grad med det norske. Artiklene skal være publisert mellom år 2007 og 2017.

3.1.2 Søkeprosess

Søkestrategi er utarbeidet etter PICO-metoden, der problemstillingens begreper settes inn i et skjema (vedlegg 1). PICO er et verktøy for å kunne finne relevante søkeord. P beskriver pasientgruppen handler om. I forteller noe om tiltak eller behandling som vurderes i oppgaven. C trekker frem eventuell kontrollgruppe og sammenligning med andre pasienter eller tiltak. O belyser resultat i oppgaven (Forsberg og Wengström 2013).

Problemstillingen i denne oppgaven åpner ikke for sammenligning og kontrollgruppe, og C-en i PICO regnes av den grunn ikke som relevant, og det benyttes derfor i denne oppgaven PIO-skjema.

”Breast cancer”, ”cancer mammae” og ”breast neoplasms” er benyttet som søkeord i tråd med oppgavens hovedtema. Ved å erstatte søkeordene ”cancer mammae” og ”breast cancer” med ”breast neoplasms”, ga søket flere relevante treff. ”experience*” er også lagt til som søkeord i tittel, tema og abstrakt for å kunne finne artikler som belyser pasienters erfaringer i sammenheng med brystkreft. Ved bruk av boolske operatører som OR og AND gir søket mer konkretiserte treff. AND brukes for å begrense søk, mens OR brukes for å få bredere søkeresultat (Forsberg og Wengström, 2013). Utover dette er inklusjonskriteriene brukt for å snevre inn søket, og finne relevante artikler som kan besvare problemstillingen.

3.1.3 Databaser

Ifølge Forsberg og Wengström (2013), er det et krav innen en systematisk litteraturstudie at samme søk kan benyttes i flere databaser. I innledende fase av denne studien ble databasene Cinahl Complete, MedLine, PubMed og Science Direct benyttet. Søkeord etter PIO-skjema (vedlegg 1) ble kombinert ved hjelp av boolske operatører, og inklusjons- og

eksklusjonskriterier lagt inn i søket (vedlegg 2). Ved å lese artiklenes overskrifter i alle søk, ble 34 artikler inkludert for videre vurdering. Abstrakt i disse ble lest og vurdert, og 15 av disse ble valgt ut til grundigere gjennomlesing. Gjennom Universitetsbiblioteket ved NTNU var fulltekst av artiklene tilgjengelige. Etter gjennomlesning av disse 15 artiklene, med vurdering av relevans og kvalitet, ble til slutt åtte artikler inkludert.

3.1.4 Kvalitetsvurdering

Alle artiklene benyttet i oppgaven er fagfellevurdert for å sikre god kvalitet. Kriteriene nevnt i 3.1.1, samt kravene til kvalitet skal sørge for at artiklene som benyttes i denne oppgaven kan hjelpe å belyse hvilke erfaringer kvinner har etter kirurgisk behandling av brystkreft. Artiklene skal hovedsakelig følge imrad-struktur, samt være vurdert og godkjent av etisk komité. De artiklene som ikke oppfyller kvalitetskrav, mangler pasientperspektiv eller ikke er relevant for sykepleiepraksis er ekskludert.

Gjennom registeret til Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) er det mulig å finne fagfellevurderte tidsskrifter. Artikler som er publisert i tidsskrift som ikke er registrert i NSD er ekskludert. I kvalitetsvurderingen av artiklene ble to artikler ekskludert grunnet tidsskriftets manglende fagfellevurdering, i tillegg til manglende opplysning om etisk vurdering. Etter ny gjennomgang av artiklene allerede innhentet tidlig i søkeprosessen ble det identifisert flere artikler som var aktuelle å inkludere som oppfylte kravene i kvalitetsvurderingen. Alle artiklene inkludert i litteraturstudien er publisert i tidsskrifter som er fagfellevurdert nivå 1 eller 2. Tidsskrifter som er fagfellevurdert nivå 1 skal være vitenskapelig publisering, mens nivå 2 stiller krav til at tidsskriftene “oppfattes som de mest ledende i brede fagsammenhenger og utgir de mest betydelige publikasjonene fra ulike lands forskere” (UHR, 2004, s. 39).

Sjekklistene fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2017) muliggjorde bedømmelsen av hvorvidt de inkluderte artiklene var av god nok kvalitet til å inkluderes i litteraturstudien. Ved bedømming av kvalitet på kvantitativ forskning skal dette omfatte studiens hensikt og forskningsspørsmål, design, utvalg, måleinstrument, analyse og tolkning (Forsberg og Wengström, 2013). I kvalitativ forskning er det andre kriterier og begrep ved kvalitetsvurderingen. Kravet om kvalitet omfatter bevissthet rundt studiens perspektiv, intern logikk og etisk verdi. Intern logikk betyr at forskningsmetoden velges ut

fra studiens hensikt. Kvalitet i resultatene avhenger av forskerens evne til å se bort fra egne fordommer og skildre fenomenet på en objektiv og detaljert måte. Det er også viktig med en god balanse mellom rikelig innhold og struktur, og resultatet fra forskningen bør komme tydelig frem. En viktig del av det å drive kvalitativ forskning, og forskning generelt, er å produsere ny kunnskap og sette den i sammenheng med eksisterende teori. Kvaliteten beror altså til dels på hvor godt man har lykket med å kople resultat med teori og eventuelt om teorien må skrives om for å passe ny kunnskap (Forsberg og Wengström, 2013).

3.1.5 Etisk vurdering

Helsinkideklarasjonen beskrives av Bjørk og Solhaug (2013) som retningslinjer for etisk og juridisk forsvarlighet i forbindelse med forskning som omhandler mennesker. Dette gjelder blant annet forskerens prosedyre for utvelging av kandidater som skal være med i forskningen, innhenting av samtykke, beskyttelse av utvalgets anonymitet og hvilke metoder forskeren planlegger å bruke. Ved å forholde seg til disse kravene kan det forsikres at informasjon og sensitive data som innhentes forblir konfidensiell (Bjørk og Solhaug, 2013). Interessen for å innhente ny kunnskap skal alltid veies opp mot kravet til å beskytte de som deltar i studien (Forsberg og Wengström, 2013). Av de inkluderte artiklene i litteraturstudien er syv godkjent av en etisk komité, mens én ikke har oppgitt noen form for etisk godkjennelse. Til tross for dette inkluderes artikkelen i oppgaven ettersom den kan vurderes som en prevalensstudie av god kvalitet, samt oppgir at utvalget i studien samtykket til deltakelse, og personvern ble opprettholdt. Lege ble informert om intensjonen med å kontakte potensielle deltakere, og det var <1% av utvalget som ble ekskludert fra den overnevnte studien grunnet bekymringer fra lege.

3.2 Analyse

I endelig analyse ble det inkludert syv kvalitative og én kvantitativ forskningsartikkel. Evans (2002) analysemodell benyttes for å analysere artiklene. Dette kaller han synteseprosessen, og innebærer å dele opp analysearbeidet i fire trinn. Første trinn består i å finne forskningsartikler, så identifiseres nøkkelfunnene i andre trinn. Disse funnene samles og det opprettes temaer i tredje trinn, videre beskrives fenomenet i fjerde og siste trinn (Evans, 2002).

Første trinn går ut på å danne kriterier for å finne publisert forskning innenfor et valgt tema, deretter starte søkeprosessen med de bestemte kriteriene for å finne aktuelle forskningsartikler som kan belyse problemstillingen (Evans, 2002). Etter valg av tema for denne litteraturstudien var bestemt, startet prosessen med å velge inklusjon- og eksklusjonskriterier. Dette er utdypet i 3.1.1. Søkeprosessen gikk ut på å finne forskningsartikler fra ulike databaser. Hvilke artikler som ble inkludert fra de ulike databasene står beskrevet i 3.1.3, og er ført i tabell av søkeprosessen (vedlegg 2). Når aktuelle forskningsartikler for oppgaven var identifisert, ble kvalitetsvurderingen gjennomført for å finne de åtte artiklene som var mest aktuelle for litteraturstudien. Dette er som tidligere beskrevet under kapittel 3.1.2.

Andre trinn er å lese artiklene kritisk gjentatte ganger for å kunne identifisere nøkkelfunn, og for å få et helhetlig blikk av forskningsartikkelen. Nøkkelfunnene for hver artikkel skal identifiseres og samles (Evans, 2002). For å forenkle prosessen i denne litteraturstudien ble forskningsartiklene nummerert fra én til åtte. Artiklene ble kritisk gjennomgått og nøkkelfunn beskrevet. Deretter ble nøkkelfunnene sammenfattet og ført i tabell hvor det fremstår hvilke artikkel de er hentet fra (vedlegg 3). Dette gjorde det mulig å se sammenhenger og kontraster ved nøkkelfunnene.

Tredje trinn er å identifisere felles temaer, hvor likheter og kontraster identifiseres. Nøkkelfunnene skal videre kategoriseres etter hovedtema og eventuelt undertema som identifiseres (Evans, 2002). Ved å fargekode nøkkelfunnene fra forskningsartiklene kunne funnene på enklere vis plasseres i kategorier. Dette ble gjennomført ved hjelp av tankekart, hvor de erfaringene som omhandler møtet med helsevesenet ble farget oransje, psykososiale erfaringer farget rosa, og de fysiske erfaringene som gjelder den endrede kroppen ble farget grønn. På denne måten ble de tre kategoriene tydeliggjort og beskrevet.

Det fjerde og siste trinnet skal beskrive fenomenet og syntesen (Evans, 2002). Kategoriene beskrives som møtet med helsevesenet, psykososiale erfaringer og en endret kropp. Disse kategoriene, samt eksempler og sitat fra forskningsartiklene, blir beskrevet ytterligere i kapittel 4.

4.0 Resultat

Dette kapitlet presenterer analysens resultat, hvor resultatene fra studiene som omhandler møtet med helsevesenet og relasjon til helsepersonell fremlegges, samt erfaringer med kontinuitet og informasjon. Deretter presenteres kvinnenes erfaringer med psykososiale behov og påkjenninger. Til slutt blir erfaringer som omhandler kvinnenes fysiske tilstand, symptomer og bivirkninger lagt frem.

4.1 Møtet med helsevesenet

Hvordan kvinner møter helsevesenet og helsepersonellet fremgår i flere av studiene som viktig (Bitsika mfl., 2010; Elmir mfl., 2010; Grimsbø mfl., 2011; Drageset mfl., 2015; Jørgensen mfl., 2015; Drageset mfl., 2016). Kvinners oppfatning av samarbeidet er viktig for hvordan de opplever sykdomsprosessen (Elmir mfl., 2010; Drageset mfl., 2016). God støtte fra helsepersonell, blant annet ved at sykepleiere og leger ser kvinner med brystkreft som individer, og engasjerer seg i deres historie kan bidra til en positiv opplevelse for kvinnen (Elmir mfl., 2010; Drageset mfl., 2015; Jørgensen mfl., 2015; Drageset mfl., 2016). En av kvinnene i studien av Jørgensen mfl. (2015) uttalte følgende:

”Everybody I have been in touch with in this department has given more than being a nurse on the human level and also forward-looking. I was very happy about one particular nurse. She asked me a lot of questions, questions that I could feel I had, but that I wasn’t able to articulate. I haven’t ever felt like a number. There has been very good support on the human and professional level”
(Jørgensen mfl., 2015, s. 615).

Flere kvinner gir uttrykk for usikkerhet rundt det “ukjente” i sin egen situasjon, og behandlingen de har eller skal gjennomgå (Grimsbø mfl., 2011; Drageset mfl., 2015; Jørgensen mfl., 2015; Drageset mfl., 2016). Kvinner kan også oppleve å bli engstelig for å anses som ferdigbehandlet, med tanke på faren for å ikke få hjelp av helsevesenet i etterkant (Jørgensen mfl., 2015). Ifølge Drageset mfl. (2016), kan usikkerhet rundt det “ukjente” skyldes manglende kontinuitet i møte med helsepersonell. Kontinuitet, også etter behandling, er ansett som viktig for kvinnene. Manglende kontinuitet kan ha en negativ

innvirkning på kommunikasjonen mellom kvinner og helsepersonell, og dermed påvirke deres tillit til helsepersonell eller helsevesenet som sådan (Drageset mfl., 2016). En av kvinnene uttrykte:

“I had the same doctor before surgery, during surgery and when I received my treatment plan after surgery. I was very content” (Drageset mfl., 2016, s. 343).

Grimsbø mfl. (2011) trekker frem at kvinner opplever kommunikasjonen som dårlig, at de får lite informasjon, og gjennom behandlingsforløpet danner mistillit til helsevesenet. Noen av kvinnene uttrykker at de ikke forstår hvordan helsepersonell kan vite at der ikke er spredning (Drageset mfl., 2016). Dårlig og mangelfull kommunikasjon kan gi kvinner problemer med å ta til seg informasjon som blir gitt, og noen opplever at de ikke får den informasjonen de har behov for angående bivirkninger (Drageset mfl., 2016; Grimsbø mfl., 2011). Enkelte kvinner opplever en usikkerhet i forbindelse med for eksempel blodprøver, der de ikke har oversikt over når de får svar, hvem som skal gi disse svarene, eller om svarene er gode eller dårlige (Grimsbø mfl., 2011; Jørgensen mfl., 2015). Brosjyrer, for eksempel angående fysisk aktivitet etter behandling, er en nyttig informasjonskilde. Flere kvinner savner informasjon om støtteordninger og rettigheter for kreftpasienter, for eksempel ordninger hos NAV eller lignende (Drageset mfl., 2016).

4.2 Psykososiale erfaringer

Flere av studiene beskriver at kvinner opplever problemer relatert til selvbildet, og misnøye i forhold til kroppen etter kreft (Elmir mfl., 2010; Bitsika mfl., 2010; Brunet mfl., 2013). Mange trekker seg tilbake fra sosiale tilstelninger, blant annet for å mestre negative tanker om kroppen (Bitsika mfl., 2010; Elmir mfl., 2010). Enkelte kvinner opplever at deres identitet som kvinne påvirkes, og det kan skape redsel for å ikke være attraktiv for menn (Elmir mfl., 2010). Kvinner kan oppleve angst i forbindelse med tap av brystet, og lidelse på grunn av tap av kontroll over selvet og egen kropp (Jørgensen mfl., 2015). Mange opplever likevel at kampen mot kreften har gjort dem sterkere (Elmir mfl., 2010; Brunet mfl., 2013). En av kvinnene i studien til Brunet mfl. (2013) uttalte:

“When I would look at myself, I felt very negative. You don't feel like going out, you just feel depressed... You are not inspired because this is the person you see

everyday. You see it several times in the mirror and it wasn't myself" (Brunet mfl., 2013, s. 347).

Flere kvinner opplever endrede roller i hjemmet, blant annet i morsrollen (Elmir mfl., 2010; Jørgensen mfl., 2015). Noen har også vanskeligheter eller manglende evne til å utføre dagligdagse aktiviteter (Bitsika mfl., 2010; Elmir mfl., 2010; Jørgensen mfl., 2015). Av disse kvinnene er det flere som opplevde å være en byrde for familien, og ble mer tilbaketrukket for å unngå å gjøre dem bekymret (Bitsika mfl., 2010; Jørgensen mfl., 2015). Usikkerhet fører til endringer både sosialt og i hverdagslivet (Elmir mfl., 2010), og Bitsika mfl. (2010) viser at kvinner kan trekke seg tilbake fra aktiviteter som gir rekreasjon.

Gjennom hele sykdomsprosessen er det tilsynelatende positivt for kvinner å ha gode forhold med familie og venner (Drageset mfl., 2015; Drageset mfl., 2016). Dette oppleves som viktigere enn før diagnosetidspunkt, og det er positivt å vite at man ikke er alene (Drageset mfl., 2015). God støtte fra familie og venner har en positiv innvirkning på tilhelingsprosessen, og gir økt styrke og livskraft (Elmir mfl., 2010; Drageset mfl., 2016). Noen kvinner uttrykte også at de mestrer bedre ved å vite at familien har det bra (Drageset mfl., 2015). For mange er det viktig å kunne dele erfaringer, og å være åpen om kreften, enten med familie eller kolleger. Å dele erfaringer med andre rammet av brystkreft oppleves også som nyttig for enkelte (Drageset mfl., 2016). Det skaper følelse av kontroll ved å anerkjenne følelser, og å snakke åpent om dem (Drageset mfl., 2015).

Mange kvinner opplever redsel for tilbakefall (Elmir mfl., 2010; Grimsbø mfl., 2011; Drageset mfl., 2015; Jørgensen mfl., 2015) eller spredning (Grimsbø mfl., 2011; Jørgensen mfl., 2015). Noen kvinner oppgir at de var redd, trist og frustrert (Bitsika mfl., 2010). Å få diagnosen fører til en sterk emosjonell reaksjon (Elmir mfl., 2010), og flere opplever angst i forbindelse med risiko ved operasjon og strålebehandling (Jørgensen mfl., 2015). Ensomhet etter behandling er også noe kvinnene oppgir som en erfaring, for eksempel i forbindelse med usikkerhet eller tap av støtte (Grimsbø mfl., 2011; Drageset mfl., 2016). Mange av kvinnene oppgir at de også hadde tanker om døden (Drageset mfl., 2015; Jørgensen mfl., 2015). Ifølge Drageset mfl. (2015), kan det å tidligere ha gjennomgått lidelse gjøre sykdomsprosessen enklere. Positiv eller negativ holdning i forbindelse med

diagnosen har innvirkning på hvordan kvinner takler situasjonen. Å ikke være trøtt eller oppleve smerte, kan bidra til mer positiv tenkning (Drageset mfl., 2015).

Ønsket om å leve et normalt liv etter behandling, står sterkt hos kvinnene (Drageset mfl., 2015). Flere gir uttrykk for at de opplevde et behov for å distansere seg fra kreftmiljøet, pasientrollen og generell informasjon om kreft (Bitsika mfl., 2010; Drageset mfl., 2015). Noen oppgir at de verdsatte livet mer, og enkelte uttrykker at det var til hjelp å ha akseptert situasjonen (Bitsika mfl., 2010; Drageset mfl., 2015). Ifølge Jørgensen mfl. (2015) var flere kvinner bekymret for å miste jobben etter lengre sykemelding, og Janz mfl. (2007) trekker frem at sykemelding kan få en økonomisk innvirkning på hverdagen. Å returnere til arbeidslivet tidlig gir enkelte følelsen av å ta tilbake kontroll i en kaotisk hverdag, og å ha gode relasjoner på arbeidsplassen er positivt (Drageset mfl., 2015; Drageset mfl., 2016).

Enkelte kamuflerer uønskede endringer. Hårtap blir skjult med parykk, arr skjult av bekledding, og brysttap skjult med protese. Disse kvinnene uttrykker at de opplevde at å se bra ut reduserte følelsen av å være syk, og dermed følte seg bedre (Brunet mfl., 2013). En kvinne i studien uttalte:

“I think it’s a sign to others of being well too, if you are looking good and feeling good, you automatically look good... I think it’s a reflection of what’s inside if you look good and are feeling good”. (Brunet mfl., 2013, s. 348).

4.3 En endret kropp

Noen av kvinnenes erfaringer av symptomer og bivirkninger kan ansees som “usynlige”, og er blant annet kvalme, hetetokter, smerte, fatigue, nummenhet, søvnproblemer og hodepine (Janz mfl., 2007; Bitsika mfl., 2010; Grimsbø mfl., 2011; Brunet mfl., 2013; Drageset mfl., 2015). Smerte var hos flere lokalisert i bryst, armhule og skuldre, og noen opplevde også hevelse eller lymfeødem i samme område (Janz mfl., 2007; Grimsbø mfl., 2011; Brunet mfl., 2013). En av kvinnene i studien til Grimsbø mfl. (2011) uttaler:

“ I am extremely tormented by fatigue, even though I was operated on in 2003. Chemotherapy, and then radiotherapy [...]. It doesn’t take much at all before I feel lethargic, would cry and sleep. I am good at listening to my body’s signals and

taking care [of myself], and I am trying to live “my life” [...] I have always been healthy and strong, taking part in many activities, and I have had a large capacity for work. The difference was therefore great... I sleep quite a bit, and rest a lot, everything goes slowly. Reading and concentrating is a big problem, even literature I like (Grimsbø mfl., 2011, s. 110-111).

I flere av studiene forteller kvinnene også om fysiske erfaringer som kan ansees som “synlige” endringer. Hårtap eller endret hårstruktur, vektøkning og hudproblemer er symptomer hos mange av kvinnene (Janz mfl., 2007; Bitsika mfl., 2010; Grimsbø mfl., 2011; Brunet mfl., 2013).

Flere av kvinnene er opptatt av å være i fysisk aktivitet og ha en sunn livsstil (Brunet mfl., 2013; Drageset mfl., 2015). Det er viktig å være fysisk aktiv for rekreasjon, men også for helsegevinst og å unngå overvekt. Helseproblemer, særlig i forbindelse med vektøkning, er uttalt som drivkraft bak bekymringer i forhold til kroppen hos kvinner i studien til Brunet mfl. (2013). Noen opplever usikkerhet rundt fysiske begrensninger, for eksempel grunnet tap av styrke i ben (Bitsika mfl., 2010; Grimsbø mfl., 2011).

Noen av kvinnene forteller at de opplevde årebetennelse, infeksjoner, dyspné, smertefulle og irriterte øyne, opphør av menstruasjon og endret avføringsmønster (Janz mfl., 2007; Bitsika mfl., 2010; Grimsbø mfl., 2011; Brunet mfl., 2013). Noen av kvinnene opplevde også bismak i munnen eller på mat, munntørrhet og tap av appetitt (Janz mfl., 2007; Bitsika mfl., 2010).

5.0 Diskusjon

I dette kapitlet gjennomgås metoden for den systematiske litteraturstudien i en metodediskusjon. Deretter følger faglig resultatdiskusjon, med konklusjon, implikasjon for sykepleiepraksis og forslag til videre forskning.

5.1 Metodediskusjon

Denne systematiske litteraturstudien inkluderer åtte forskningsartikler. Arbeidet er utført med utgangspunkt i retningslinjene til NTNU. Metoden i oppgaven er utført ved hjelp av litteraturen til Forsberg og Wengström (2013) og Bjørk og Solhaug (2013), og analysen er gjennomført basert på Evans (2002) analysemetode. Forelesningsmateriell og veiledning fra forelesere og medstudenter er også tatt i betraktning.

Gjennom denne prosessen har det vært et godt samarbeid fra starten av, da tema for oppgaven var klart og bestemt tidlig i prosessen. Et søk gjennom Cinahl Complete og oria ble utført for å undersøke om det fantes forskning innenfor emnet som var aktuelt å bruke. Det ble avgjort at begge skulle jobbe med oppgaven sammen som helhet, fremfor å dele opp i mindre oppgaver, for å ha oversikt og forståelse for hele oppgaven. Det tok uønsket lang tid fra prosjektplanen ble levert til veiledere til igangsetting av oppgaven. Dette har skapt forskyvninger i prosjektplanen, og det systematiske litteratursøket startet i uke 12. På dette tidspunktet ble inklusjonskriterier i forhold til kvinnene endret fra voksne kvinner (19-44 år) som hadde gjennomgått mastektomi, omgjort til kvinner fra 19 år og oppover som hadde gjennomgått kirurgisk behandling for brystkreft. Ny problemstilling ble lagt frem. Dette gjorde at antallet forskningsartikler innenfor de fastsatte kriterier var tilfredsstillende, og muliggjorde utførelsen av systematisk litteraturstudie etter Forsberg og Wengströms (2013) kriterier om å inkludere artikler som er relevant.

PIO-skjema med søkeord, samt inklusjon- og eksklusjonskriterier, ble tatt i bruk for å starte det systematiske søket (vedlegg 1). Vi rådførte oss med bibliotekar for å få bedre forståelse av databasene, og kom deretter frem til 34 artikler som ble gjennomlest. Den økte forståelsen for de ulike databasenes funksjon førte til mer effektive og systematiske

søk for å finne relevant forskning. De samme søkeordene ble benyttet i alle databasene som ble brukt (vedlegg 2).

Denne litteraturstudien benytter syv kvalitative, og én kvantitativ artikkel. Kvalitativ forskning fokuserer primært på opplevelser og erfaringer i henhold til helse og sykdom (Bjørk og Solhaug, 2013). Det er å anse som en styrke at litteraturstudien har stor andel kvalitativ forskning, ettersom problemstillingen søker etter kvinners erfaringer.

Ved å søke med emneord var det vanskelig å begrense søket, og antallet treff ble høyere enn ønskelig. Evans (2002) analysemetode kan, i følge Bjørk og Solhaug (2013), vanskeliggjøre emneordsøk. Kvalitativ forskning har ikke samme standardiserte form og innhold i tittel og abstrakt som kvantitativ forskning (Bjørk og Solhaug, 2013). Erfaringen med dette var at en stor andel artikler kunne utelukkes basert på tittel, og det var ikke behov for å lese gjennom sammendrag. Utarbeidingen av analysen, trinn to og tre, ble utført to ganger grunnet vanskeligheter med å skille resultatene i studiene fra hverandre og danne kategorier. Når synteser i kvalitative studier fremlegges er det mulig at detaljer går tapt, da disse ikke presenterer numeriske data som kan overføres med tabell. Forskerens fortolkninger kan dermed påvirke validiteten (Evans, 2002). Første veiledning tydeliggjorde hvordan resultatene fra studiene skulle legges frem. Analysen er grundig gjennomarbeidet hvilket styrker oppgaven.

Artiklene inkludert er publisert mellom år 2007 og 2016, da bruk av nyere forskning trolig vil styrke oppgavens resultat. Det var et bevisst valg å ekskludere forskning fra land som ikke hadde sammenlignbar kultur med Norge, derfor er inkluderte studier i fra Norge, Danmark, Canada, Australia og USA. Dette kan være relevant for norsk helsevesen. Resultatene er presentert samvittighetsfullt, og det er forsøkt å legge til side egne fordommer i tolkningen.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Møtet med helsevesenet

Ved diagnosetidspunkt opplever flere kvinner en sterk emosjonell reaksjon (Elmir mfl., 2013). Kvinnene gir uttrykk for at det å bli diagnostisert med brystkreft var en bekreftelse av egne mistanker, som videre opplevdes altoppslukende. Brystkreft og forstadier til brystkreft kan være asymptomatisk frem til en kjenner en kul i brystet, eller kreften har spredd seg til andre organer (Schlichting, 2011), derfor er det ikke uvanlig at det er kvinnen selv som fatter mistanke og oppdager tumor i brystet. Det er på bakgrunn av dette viktig å være bevisst i møte med kvinner i en slik situasjon at helsepersonell har innvirkning på hvordan de opplever behandlingen og sykdomsprosessen. Helsepersonell bør derfor være støttende og vise forståelse. Kreftregisteret (2017) har ansvar for mammografiprogrammet som er et frivillig tilbud om undersøkelse for kvinner mellom 50 og 69 år. Undersøkelsen kan redusere kvinners sterke reaksjoner fordi kreften kan oppdages i et tidligere stadie, noe som også øker sjansen for å få beholde brystet.

Ifølge studien til Jørgensen mfl. (2015), er det av stor betydning at helsepersonellet har tid til å snakke med kvinnene. Det er essensielt at de viser humanitet, og ikke bare gir informasjon om praktiske utfordringer. Det er også viktig for disse kvinnene å bli møtt som et individ, og at helsepersonellet viser interesse for deres historie. Ifølge Eide og Eide (2009), skal kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient være til hjelp for pasienten, og hjelpe pasienten å mestre. Travelbee (2001) vektlegger menneske-til-menneske-forholdet, og mener at det er helt avgjørende for den syke å føle man blir sett som menneske, heller enn pasient, for å oppnå reell kontakt. Først da er man i stand til å hjelpe med å forebygge eller mestre sykdom og lidelse.

Mange av kvinnene opplever dårlig kommunikasjon og å få manglende informasjon, som kan skape problemer med å ta til seg praktisk informasjon (Elmir mfl., 2010; Drageset mfl., 2015; Jørgensen mfl., 2015; Drageset mfl., 2016). I følge sykepleierens yrkesetiske retningslinjer er hun pliktig til å understøtte mestring, og skal gi tilpasset informasjon til pasienten. Det skal være mulig for pasienten å ta selvstendige avgjørelser, og det er derfor viktig at sykepleier kan forsikre seg om at informasjonen er forstått (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, 2016). Når man får en kreftsykdom står man overfor mange

utfordringer, blant annet å ta imot informasjon om diagnosen (Reitan, 2010). Cullberg (2010) mener at i starten, sjokkfasen, vil ikke personen evne å ta inn over seg hva som har skjedd, og fornekte situasjonen. Når det skal formidles en sjokkartet beskjed sammen med viktig informasjon, kan en risikere at pasienter glemmer det som blir sagt. Det kan derfor være hensiktsmessig å gi informasjonen ikke bare muntlig, men også skriftlig, for at pasienten skal kunne hente frem igjen informasjonen ved behov. På grunn av den korte liggetiden i sykehus skal være lav terskel for eventuelle spørsmål og det er derfor viktig at sykepleier gjør seg tilgjengelig for kvinnene.

Mange pasienter opplever å ikke få den informasjonen de trenger, også etter behandling (Grimsbø mfl., 2011). Behovet for kontinuitet er et gjennomgående behov hos flere av kvinnene, og i studien til Drageset mfl. (2016) gir de uttrykk for at manglende kontinuitet skaper mistillit til systemet, dårlig kommunikasjon med helsepersonellet og usikkerhet rundt egen situasjon. Enkelte pasienter gir uttrykk for at de følte seg "kastet" rundt i systemet (Grimsbø mfl., 2011). Manglende kontinuitet og stabilitet kan være en belastning i behandlingsforløpet, og det kan oppleves utrygt når en stadig må forholde seg til nye situasjoner (Stubberud, 2013). Pasienter som har sykdom hvor det kreves behandling og oppfølging av spesialisthelsetjenesten over tid har, ifølge pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 2-5 a.), rett til å ha en kontaktlege. Det kan derfor være hensiktsmessig for både pasient og helsepersonell å opprette et team rundt pasienten for å kunne danne et tillitsforhold, og dermed hindre pasienter i å føle at de blir kastet rundt i systemet.

Kvinner opplever at støtte fra helsepersonell bidrar til å finne styrke (Elmir mfl., 2013; Drageset mfl., 2015). Det kan sees som positivt dersom helsepersonell tar kontroll over situasjonen (Elmir mfl., 2013). Samtidig kan følelsen av at andre enn en selv har kontroll over ens eget liv beskrives som sårbarhet (Stubberud, 2013). Sårbarhet kan også oppleves ved at pasienten opplever å få behandling, men ikke omsorg. Når pasientens smerte og ubehag ikke blir tatt hensyn til, vil pasienten kunne føle seg krenket, dermed oppleve sårbarhet. Når en opplever å bli behandlet som objekt fremfor som menneske, føler man seg avhumanisert. Det kan, ifølge Stubberud (2013), oppleves når ens verdighet, autonomi eller integritet blir truet eller redusert. Fra 1. Januar 2015 ble det innført pakkeforløp for brystkreft. Dette er et standard pasientforløp som har til hensikt å gi forutsigbarhet og trygghet for pasienten. Pakkeforløpet innebærer utredning og behandling,

ansvarsplassering og konkrete forløpstider (Helsedirektoratet, 2016). Det er på bakgrunn av dette viktig at sykepleier ser hele mennesket og har forståelse for ulikheter blant mennesker, ettersom dette vil kreve ulike tilnæringsmåter for å kunne ivareta den enkeltes verdighet og integritet. Med et pakkeforløp kan de individuelle behov falle i skyggen for det standardiserte, og det er større fare for at pasienter føler seg avhumanisert.

5.2.2 Psykososiale erfaringer

Kvinner opplever frykt, angst og engstelse. Slike følelser og opplevelser varte ved fra diagnose, og utover etter behandling. En vedvarende opplevelse for mange av kvinnene var redsel for at kreften skulle spre seg, eller at den skulle komme tilbake etter fullført behandling (Elmir mfl., 2010; Grimsbø mfl., 2011; Drageset mfl., 2015; Jørgensen mfl., 2015). Prognosene for brystkreftopererte blir stadig bedre. Det avhenger selvsagt av alvorlighetsgrad og hvor langt sykdommen har kommet ved diagnosetidspunkt, men prognosen er opp mot 90% overlevelse etter 5 år (Schlichting, 2011). Ifølge Travelbee (2001) påvirker sykdommens prognose hvordan pasienten reagerer og håndterer diagnosen. En av sykepleierens oppgaver er å hjelpe pasienter til å gjenvinne og beholde håpet (Travelbee, 2001). Det kan derfor være nyttig for pasientene å få informasjon om at brystkreft i løpet av de siste tiårene har hatt økende god prognose.

Mange er også engstelige når de er under behandling. Flere kvinner opplever angst for operasjonen, og for eventuell strålebehandling (Jørgensen mfl., 2015). De opplever også en usikkerhet i forbindelse med prøvesvar, der de er usikre på hva resultatene på prøvene betyr, eller når de får svar (Grimsbø mfl., 2011; Jørgensen mfl., 2015). Ifølge (Cullberg 2010) er opplevelse av krise og angst en tilstand der det kan være vanskelig å ta til seg informasjon og kommunikasjon. Travelbees (2001) fire faser til relasjonsbygging kan bygge tillit, og dermed gjøre det lettere for pasienten å ta imot informasjon, og ta inn over seg svar og spørsmål som utvikles i denne relasjonen. Med Travelbees (2001) tilnæringsmåte og sykepleiemetode kan sykepleier skape trygghet og bedre kommunikasjon, og kan styrke kvinnens positive innstilling.

Innstilling og holdning til kreften oppleves som viktig for hvordan kvinnene takler diagnosen, og noen oppgir at det er enklere å beholde en positiv innstilling dersom de ikke opplever fatigue, tretthet eller smerter (Drageset mfl., 2015). Noen kvinner forteller at de

opplevde å miste kontroll over både egen kropp og selvet (Jørgensen mfl., 2015). Ifølge Stubberud (2013), kan menneskets grunnleggende behov deles i psykososiale, fysiske, seksuelle, og åndelige behov, der de psykososiale behovene beskriver det indre, mentale livet. Sykdom som opplevelse står i sentrum for en pasients psykososiale behov, og sykdommen kan oppleves som en krise for mange (Stubberud, 2013). Ifølge Cullberg (2010), kan somatisk sykdom gjøre at den psykiske energien blir svekket når mennesket er i krise. Fatigue er en bivirkning som rammer mange kreftpasienter, og kan oppleves som både et psykisk og fysisk problem (Schjølberg, 2010). At pasienten har kunnskap om egen situasjon, sykdom, og bivirkninger, kan bidra til opplevelse av kontroll og mestring. Forståelig, fullstendig, og omsorgsfull informasjon kan derfor være et nyttig psykososialt behov (Eide og Eide, 2009).

I forkant av operasjon opplever noen kvinner angst for tap av bryst (Jørgensen mfl., 2015), og problemer med selvbildet og identiteten som kvinne er for mange en følge i etterkant av brystkreftoperasjon (Bitsika mfl., 2010, Elmir mfl., 2010; Brunet mfl., 2013). Kvinner som får fjernet bryst som følge av brystkreft kan føle seg skjev, deformert og lite attraktiv (Elmir mfl., 2010; Brunet mfl., 2013). Enkelte kvinner hadde også en frykt for å ikke lenger være attraktive for menn og eventuelle partnere (Elmir mfl., 2010). Ifølge Cullberg (2010), kan tap av en kroppsdel som følge av sykdom gi sterke psykiske påkjenninger. Dette avhenger mye av kroppsdelens betydning for individets identitet. Å se seg selv i speilet kan gi en følelse av selvhat, og kvinner kan oppleve ubehag ved å kle seg naken etter å ha operert bort et bryst. Brystet kan ha en sterk psykologisk verdi i sammenheng med identiteten som kvinne, og etter operasjon kan kvinnene derfor reagere med depresjon (Cullberg, 2010). Ifølge Sørensen og Almås (2013), kan det å selv se arret første gang, og å la andre se at kvinnen har fjernet et bryst, oppleves som en påkjenning for mange. For sykepleieren er det viktig å være tilstede når kvinnen ser arret første gang, for å kunne svare på spørsmål og tanker kvinnen har om sin situasjon. Sykepleier bør være åpen for at kvinnen kan snakke om disse tankene (Sørensen og Almås, 2013).

Etter diagnose og behandling er det flere kvinner som opplever å ha tanker om døden (Drageset mfl., 2015; Jørgensen mfl., 2015). Noen føler på ensomhet etter behandling. Dette kan føre til usikkerhet og opplevelse av tap av støtte (Grimsbø mfl., 2011; Drageset mfl., 2016). Ved å komme tilbake i jobb etter behandling opplever kvinner å ta tilbake kontrollen over eget liv (Drageset mfl., 2015; Drageset mfl., 2016). Anerkjennelsen av

følelser og å snakke åpent om dem, bidrar også til opplevelse av kontroll (Drageset mfl., 2015). Opplevelsen av egen situasjon som kritisk kan gi pasienten en opplevelse av at eksistens, identitet, og trygghet står i fare (Cullberg 2010). En viktig sykepleieoppgave er å hjelpe pasienten til å mestre bivirkninger og opplevelser knyttet til behandlingen. Behovene varierer, og for noen kan det å begynne på jobb være meningsfylt, mens andre har behov for å legge opp dagen selv, og full sykemelding oppleves som avgjørende (Reitan 2010). Sykepleier må ha forståelse for pasientenes forskjellige mestringsstrategier, og kunne hjelpe pasienten til å ta i bruk forskjellige midler for tilrettelegging.

Mange av kvinnene opplevde at kreften gjorde dem til sterkere individer (Elmir mfl., 2010; Brunet mfl., 2013), samt at de i ettertid opplevde å sette mer pris på livet (Bitsika mfl., 2010; Drageset mfl., 2015). Ifølge Drageset mfl. (2015), gjorde det å tidligere ha gjennomgått lidelse at sykdomsprosessen var lettere å håndtere. Psykososiale behov og hvordan pasienten reagerer henger sammen med pasientens opplevelse av å være kritisk syk (Stubberud, 2013). Sykepleier kan ivareta pasientens psykososiale behov ved å gi forutsigbarhet, opplevelse av kontroll og støtte (Stubberud, 2013).

Noen kvinner opplever at å se bra ut reduserer følelsen av sykdom, og mange kamuflerer derfor de synlige endringene, for eksempel med parykk, brystprotese eller endret bekledding (Brunet mfl., 2013). Kvinnene ønsker å returnere til normale liv, og etter gjennomgått behandling ønsker flere å distansere seg fra diagnose og kreftmiljø (Bitsika mfl., 2010; Drageset mfl., 2015). Ifølge Reitan (2010), kan det være utfordrende å rehabiliteres etter behandling for en kreftdiagnose. Det kan være utfordrende å oppleve at livet normaliseres etter en slik krise, og kreft kan oppleves som vanskelig å bli ferdig med (Reitan, 2010). Det kan være til hjelp å tidlig få brystprotese, selv om det for mange vil være en tilvenningsprosess å bruke denne (Sørensen og Almås 2013). Etter operasjon er ofte oppholdet på sykehus kort, og for sykepleier blir det derfor viktig å hjelpe kvinnene til å oppleve kontroll over eget liv ved å gi tilstrekkelig med informasjon og å følge opp kvinnene, for eksempel gjennom telefonsamtaler (Sørensen og Almås 2013).

Sosial støtte er noe kvinner mener er viktig gjennom behandlingsforløpet og sykdomsprosessen. Kvinner opplever at dersom de føler seg som en byrde for familien, trekker de seg heller tilbake for å unngå dette (Bitsika mfl., 2010; Jørgensen mfl., 2015). God støtte fra familie, venner, og kolleger har en positiv innvirkning på opplevelsen av

styrke og livskraft (Elmir mfl., 2010; Drageset mfl., 2016), og at familie har det bra fremstår som viktigere enn før (Drageset mfl., 2015). Familie kan bidra med støtte, håp, livsglede, og dagligdagse impulser i en hverdag der sykdom står sterkt i fokus. Dette kan også hjelpe pasienten å holde fast på sin identitet (Grov, 2010).

Rollene endrer seg som følge av å bli diagnostisert med brystkreft, og spesielt rollen som mor oppleves annerledes for mange kvinner (Elmir mfl., 2010; Jørgensen mfl., 2015). Endret sosial rolle og identitet vil for noen føre til at de trekker seg tilbake fra sosiale sammenhenger og aktiviteter som gir rekreasjon (Bitsika mfl., 2010; Brunet mfl., 2013). Opplevelsen av tap, om det er en kroppsdel eller rollen som en del av et fellesskap, kan gi en følelse av å være forlatt og alene, selv om en deltar på aktiviteter og tilstelninger (Cullberg, 2010). Etter behandling for brystkreft kan kvinner ha stort behov for støtte av sine nærmeste for å håndtere endringene i livet. For sykepleier kan det dermed også være viktig å veilede og støtte pårørende gjennom kvinnens behandlingsprosess (Sørensen og Almås 2013).

5.2.3 En endret kropp

Mange kvinner opplever fysiske endringer på kroppen, eksempelvis følelsen av å være trøtt og sliten, økt behov for hvile, og fatigue (Janz mfl., 2007; Bitsika mfl., 2010; Grimsbø mfl., 2011; Brunet mfl., 2013; Drageset mfl., 2015). Wist (2010) nevner at fatigue, som kan beskrives som en langvarig tretthetstilstand, er en langtidsbivirkning hos mange etter brystkreftbehandling. Fatigue er også beskrevet som det mest stressende og plagsomme symptomet. Pasienter beskriver fatigue som en rekke sammensatte symptom, blant annet å være trøtt, svak, kraftløs, energiløs, ukonsentrert, utilpass, umotivert og søvnløs (Schjølberg, 2010). Forskjellige pasienters opplevelse av fatigue kan variere, og det kan oppleves lettere dersom pasienten har mottatt tilstrekkelig informasjon om det (Schjølberg, 2010). Det er derfor viktig for sykepleieren å være bevisst på kvinners informasjonsbehov om hvordan endringene kan påvirke dem.

Kvinner som behandles for brystkreft opplever en rekke bivirkninger og symptom, blant annet smerte i området rundt operasjonsstedet, eller smerte i muskler og kroppen generelt (Janz mfl., 2007; Bitsika mfl., 2010; Grimsbø mfl., 2011; Brunet mfl., 2013). Andre fysiske symptom hos disse kvinnene er kvalme, hetetokter, lymfeødem, endringer i hud og

hår, og problemer med søvn (Janz mfl., 2007; Bitsika mfl., 2010; Grimsbø mfl., 2011; Brunet mfl., 2013; Jørgensen mfl., 2015; Drageset mfl., 2016). Dette kan bekreftes av Schlichting (2011), som nevner serumdannelse, lymfeødem, stråleskader ved etterbehandling, og nevrologiske smerte. Etter å ha gjennomgått kirurgisk behandling av brystkreft er det ikke uvanlig at kvinner opplever komplikasjoner og sekveler. Det kan være vanskelig å vite om bivirkninger og symptomer er fra sykdommen og behandlingene som kvinnene har vært igjennom, eller om de er fra deres generelle fysiske og psykiske helse (Wist, 2010). Resultatet i denne litteraturstudien viser at de fysiske symptomene varierer blant kvinnene, og det vil være viktig for sykepleier å danne seg et bilde av hvordan den enkelte kvinne opplever konsekvensene av sykdommen, for å vite hvordan hun kan gi den helsehjelpen kvinnen har behov for.

Vektøkning er problematisk for flere, og mange opplever at en sunn livsstil og fysisk aktivitet er viktig etter behandling, både for rekreasjon og stabil vekt (Bitsika mfl., 2010; Brunet mfl., 2013; Drageset mfl., 2015). Enkelte kvinner forteller om uregelmessig eller opphørt menstruasjon (Brunet mfl., 2013). Ifølge Schlichting (2011), er vektøkning en risiko ved tidlig menopause. Behandling med adjuvant kjemoterapi og endokrin behandling påvirker ovarialcellene under behandling, noe som kan føre til varig eller forbigående menopause. Alder og type behandling vil være en påvirkende faktor. Schlichting (2011) understreker at det derfor er viktig å ta hensyn til om kvinnen ønsker barn, for at hun da kan fryse ned ovarialvev til eventuell graviditet senere. Fysisk aktivitet og kosthold er essensielt for å ha en sunn livsstil og unngå vektøkning. Det er viktig at sykepleier kjenner til pasientens historie og kan komme med tiltak for å bidra til dette. Blant annet vil problemer i forhold til menopause ikke være like aktuelt for kvinner som allerede har gjennomgått denne fasen i livet.

5.3 Konklusjon

Hensikten med denne litteraturstudien er å belyse erfaringer kvinner sitter igjen med etter gjennomgått kirurgisk behandling for brystkreft. Resultatene viser at det er mange erfaringer som er gjennomgående i studiene. Blant annet er møtet med helsepersonellet av stor viktighet. Kontinuitet er avgjørende for kvalitet på kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell, og dette påvirker hvordan kvinner opplever behandlingsforløpet og behovet

for informasjon. Kvinnenes erfaringer er koblet tett opp mot det psykososiale spekteret. Mange opplever å leve i frykt for tilbakefall av sykdommen, spredning til andre organ, og angst i forbindelse med behandling. For mange forårsaker dette tap av kontroll som påvirker selvbildet. Kvinnene opplever at roller blir endret som følge av sykdommen, og uttrykker viktigheten av sosial støtte under og etter behandling. Kvinnene gir også uttrykk for at ønsket om å leve normale liv etter behandlingen står sterkt. Noen har ønske og glede av å komme tilbake i jobb, mens andre opplever dette som tungt og føler de forhastet seg med å komme tilbake i arbeidslivet.

Et nøkkelfunn var erfaringer med fatigue. Fatigue kan oppleves som en hindring for mange kvinner ettersom de ikke evner å fungere på samme nivå som før sykdommen. Symptomer og bivirkninger oppleves som en belastning. Behovet for å være fysisk aktiv blir for mange viktigere enn før, og ønske om å ha en sunn livsstil mer tydelig. Mange opplever likevel en usikkerhet rundt fysiske begrensninger, eller opplever å ha manglende kapasitet til å utøve fysiske oppgaver. Erfaringene kvinnene i studiene uttrykker er sterkt knyttet opp mot hverandre, og å skille dem fra hverandre uten å se sammenhengen blir feil. Helsepersonell må ha forståelse for hvordan kommunikasjon kan påvirke pasientens opplevelse av sykdommen, og hvordan de kan bidra til et bedre behandlingsforløpet for pasienten, både fysisk og psykososialt.

5.3.1 Forslag til videre forskning

Ved gjennomføringen av litteraturstudien ble det tydelig at det er sammenheng mellom kontinuitet og kvalitet på kommunikasjon, som videre påvirker opplevelsen av å ha fått nødvendig informasjon. Det kan være gunstig for helsepersonell at det forskes mer på hvilke faktorer som er viktige for at pasienter skal oppleve god kommunikasjon og kontinuitet, og hvordan dette påvirker hvilken informasjon de trenger for å mestre bedre. Et annet resultat i denne litteraturstudien var fatigue, og det kan også være aktuelt å forske på hvordan pasienter erfarer kvaliteten på informasjonen som blir gitt om bivirkninger og symptomer.

Litteraturliste

- Bitsika, V., Sharpley, C.F. og Christie, D.R.H. (2010) What made me unhappy. Experiences of, and responses to, lifestyle changes in breast cancer patients. *British journal of guidance and counselling* [Internett], 38 (2), s. 179-189. DOI: 10.1080/03069881003601015
- Bjork, I.T. og Solhaug, M. (2013) *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie*. Oslo: Cappelen Damm.
- Bruneta, J., Sabistonb, C.M. og Burkec, S. (2013) Surviving breast cancer: Women's experiences with their changed bodies. *Body Image* [Internett], 10 (2013), s. 344-351. DOI: 10.1016/j.bodyim.2013.02.002
- Drageset, S., Lindstrøm, T.C. og Underlid, K. (2015) "I just have to move on": Women's coping experiences and reflections following their first year after primary breast cancer surgery. *European journal of oncology nursing* [Internett], 21 (2016), s. 205-211. DOI: 10.1016/j.ejon.2015.10.005
- Drageset, S., Lindstrøm, T.C., Giske, T. og Underlid, K. (2016) Women's experiences of social support during the first year following primary breast cancer surgery. *Scandinavian journal of caring sciences* [Internett], 30 (2016), s. 340-348. DOI: 10.1111/scs.12250
- Eide, H. og Eide, T. (2009) *Kommunikasjon i relasjoner*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Elmir, R., Jackson, D., Beale, B. og Schmied, V. (2010) Against all odds: Australian women's experiences of recovery from breast cancer. *Journal of Clinical Nursing* [Internett], 19 (17-18), s. 2531-2538. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2010.03196.x
- Evans, D. (2002) Systematic reviews of interpretive research: interpretive data of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing* [Internett], 20 (2), s. 22-

26. Tilgjengelig fra: <<http://www.ajan.com.au/Vol20/Vol20.2-4.pdf>> [Lest 06. april 2017].
- Forsberg, C., Wengström, Y. (2013) *Att göra systematiska litteraturstudier*. 3. utg. Stockholm: Bokförlaget Natur & Kultur.
- Grimsbø, G.H., Finset, A. og Ruland, C.M. (2011) Left hanging in the air: experiences of living with cancer as expressed through e-mail communications with oncology nurses. *Cancer Nursing* [Internett], 34 (2), s. 107-116. DOI: 10.1097/NCC.0b013e3181eff008
- Grov, E.K. (2010) Pårørende I: Reitan, A. M. og Schjølberg, T. K. red. *Kreftsykepleie - pasient - utfordring - handling*. Oslo: Akribe, s. 269-281.
- Helsedirektoratet. (2016) *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter med brystkreft*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Janz, N.K., Mujahid, M., Chung, L.K., Lantz, P.M., Hawley, S.T., Morrow, M., Schwartz, K. og Katz, S.J. (2007) Symptom Experience and Quality of Life of Women Following Breast Cancer Treatment. *Journal of Women's Health* [Internett], 16 (9), s. 1348-1361. DOI: 10.1089/jwh.2006.0255
- Jørgensen, L., Garne, J.P., Søgaard, M. og 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* [Internett], 19 (2015), s.612-618. DOI: 10.1016/j.ejon.2015.03.009
- Klepp, O. (28. september 2016) BRCA1 og BRCA2, i: *Store Medisinske leksikon*. [Internett]. Store Medisinske leksikon. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/BRCA1_og_BRCA2> [Lest 01.05.17].
- Kreftregisteret. (2017) Mammografiprogrammet I: Kreftregisteret. [Internett]. Kreftregisteret. Tilgjengelig fra:

<<https://www.kreftregisteret.no/screening/Mammografiprogrammet/>> [Lest 19.05.17].

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2017) *Sjekklister for vurdering av forskningsartikler* [Internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet. Tilgjengelig fra: <<http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklister-for-vurdering-av-forskningsartikler>> [03.04.17].

Norsk senter for forskningsdata (NSD). (2017) *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. [Internett]. Berge: Norsk senter for forskningsdata. Tilgjengelig fra: <<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>> [Lest 31. mars 2017].

Pasient- og brukerrettighetsloven. *Lov 2. juli 1999 nr. 63 om rett til helse- og omsorgstjenester og transport*.

Reitan, A. M. (2010) Kreftsykepleie. I: Reitan, A. M. og Schjølberg, T. K. red. *Kreftsykepleie - pasient - utfordring - handling*. Oslo: Akribe, s. 21-34.

Schjølberg, T. K. (2010) Fatigue. I: Reitan, A. M. og Schjølberg, T. K. red. *Kreftsykepleie - pasient - utfordring - handling*. Oslo: Akribe, s. 174-184.

Schlichting, E. (2011) Sykdommer i brystene. I: Ørn, S., Mjell, J., Bach-Gransmo, E. red. *Sykdom og behandling*. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 431-442.

Stubberud, D-G. (2013) Psykososiale konsekvenser av å være akutt og kritisk syk. I: Stubberud, D-G. red. *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 13-41.

Sørensen, E.M. og Almås, H. (2013) Sykepleie ved brystkreft. I: Almås, H., Stubberud, D.G. og Grønseth, R. red. *Klinisk sykepleie 2*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 439-453.

Travelbee, J. (2001) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. 1. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

UHR (2004) *Vekt på forskning - Nytt system for dokumentasjon av vitenskapelig publisering*. [Internett]. Innstilling fra faglig og teknisk utvalg til UHR. Oslo: Universitets- og høyskolerådet (UHR). Tilgjengelig fra: <http://www.uhr.no/documents/Vekt_p_forskning_sluttrapport.pdf> [Lest 11. mai 2017].

Wist, E. (2010) Brystkreft. I: Reitan, A. M. og Schjølberg, T. K. red. *Kreftsykepleie - pasient - utfordring - handling*. Oslo: Akribe, s. 431-438.

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. (23. mai 2016), i: *NSF*. [Internett]. Tilgjengelig fra: <<https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>> [Lest 16.05.17].

Vedlegg 1

PIO-skjema

P	I	O
Kvinner Brystkreft	Etter kirurgisk behandling	Erfaringer
Women Breast neoplasms Breast cancer Cancer Mammae	After surgical treatment	Experiences

Vedlegg 2

Oversikt over søkeprosess i databaser

Databaser	Dato	søkeord	antall treff	Lest e abstrakt	Leste artikler	Inkluderte artikler	Navn på artikkel
Cinahl Complete	24/3	1.: Breast neoplasms	60617	-	-	-	-
		2.: Experience* (tittel) OR Experience* (abstrakt) OR Experience* (subjekt)	278554	-	-	-	-
		3.: 1. AND 2.	4051	-	-	-	-
		4: 3. Med tillagte Inklusjons- og eksklusjonskriterier	1254	10	6	4	Janz mfl. (2007) Bitsika mfl. (2010) Elmir mfl. (2010) Grimsbø mfl. (2011)
PubMed	24/3	1.: Breast neoplasms	286238	-	-	-	-
		2.: Experience* (tittel) OR Experience* (abstrakt) OR Experience* (subjekt)	863068	-	-	-	-
		3.: 1. AND 2.	14022	-	-	-	-
		4: 3. Med tillagte	4600	7	2	0	-

		Inklusjons- og eksklusjonskriterier					
Medline	25/3	1.: Breast neoplasms	258892	-	-	-	-
		2.: Experience* (tittel) OR Experience* (abstrakt) OR Experience* (subjekt)	889258	-	-	-	-
		3.: 1. AND 2.	12824	-	-	-	-
		4: 3. Med tillagte Inklusjons- og eksklusjonskriterier	4396	11	5	4	Brunet mfl. (2013) Drageset mfl. (2015) Jørgensen mfl. (2015) Drageset mfl. (2016)
Science direct	25/3	1. Breast neoplasms	49817	-	-	-	-
		2. Experience* (tittel) OR Experience* (abstrakt) OR Experience* (subjekt)	330018	-	-	-	-
		1. AND 2.	1721	-	-	-	-
		4: 3. Med tillagte Inklusjons- og eksklusjonskriterier	757	6	2	0	-

Vedlegg 3

Nøkkelfunn

Møte med helsepersonell	
Viktig med kontinuiteten med støtte fra systemet etter behandling	4
Manglende og/eller dårlig kommunikasjon (på grunn av manglende kontinuitet) - som skapte problemer med å ta til seg praktisk informasjon	6, (4) - 8
God støtte fra sykehusets ansatte bidro positivt (ved å se dem som individer og engasjere seg i deres sykdomshistorie)	3, 5, (8, 4)
Mistillit til systemet, helsepersonell (på grunn av manglende kontinuitet)	6, (4)
Brosjyrer med informasjon var nyttig, spesielt angående fysisk aktivitet	4
Informasjonsmangel (noen følte manglende informasjon ang bivirkning)	6, (4)
Samarbeidet med helsepersonellet var viktig for hvordan de opplevde sykdomsprosessen (ulike erfaringer med hvordan de ble møtt)	5, (4)
Manglende forståelse for hvordan helsepersonell visste at det ikke var spredning	4
Usikkerhet rundt egen situasjon (behandling og det "ukjente") (på grunn av manglende kontinuitet)	3, 6, 8, (4)
Lidelse karakterisert med angst for å bli ansett som ferdigbehandlet	8
Manglende informasjon om støtteordninger som kreftpasient (NAV ol.)	4
Psykososiale erfaringer	
Å ikke være trøtt eller oppleve smerte bidro til positiv tenking	3
Redsel for tilbakefall (eller spredning)	3, 5, 6, 8 (6, 8)
Tanker om døden	3, 8
Verdsatte livet mer (nevnt av en person i artikkelen)	3, (1)
Akseptert situasjonen (individuell respons)	3, (1)
Holdning til kreften var viktig for hvordan en taklet situasjonen (optimist/pessimist)	3
Å ha tidligere gjennomgått lidelse gjorde sykdomsprosessen enklere	3
Å vite at man ikke er alene hjalp	3
Ensomhet (usikkerhet og tap av støtte) etter behandling	6, (4)
Ønsker å leve et normalt liv igjen	3

Sterk emosjonell reaksjon ved diagnosetidspunkt	5
Usikkerhet førte til endring i livet	5
Problemer relatert til selvbildet (redsel for å ikke være attraktiv for menn)	1, 2, 5 (5)
Kreften gjorde dem til sterkere individ	2, 5
Misnøye i forhold til kroppen etter kreft (følte seg skjev og deformert)	2, 5
Følte det var viktig å se bra ut (gjorde at dem følte seg bedre, friskere) og kamuflerte uønskede endringer (parykk, bekledning og protese)	2
Lidelse karakterisert med angst for tap av bryst og for risiko ved operasjon	8
Lidelse karakterisert med angst for strålebehandling	8
Lidelse på grunn av muligheten for å miste jobben/ Økonomisk innvirkning	8/ 7
Lidelse for tap av kontroll over kroppen og selvet	8
Redd, trist og frustrert	1
Blodprøvesvar (hvem har de? når kommer de? hva betyr det? dårlige?)	6, 8
Anerkjenne følelser, og snakke om dem skapte følelse av kontroll.	3
Familie og nære relasjoner viktigere	3
Å ha gode forhold på privaten og jobb var positivt	3, 4
Mestret bedre ved å vite at familien hadde det bra	3
Følte bedre kontroll ved å returnere til jobb (noen opplevde det)	3, (4)
Distansere seg fra kreftmiljøet, pasientrollen og all generell informasjon om kreft (nevnt av en person i artikkelen fordi hun ikke følte seg syk)	3, (1)
God støtte i familie og venner (positiv innvirkning på tilhelingsprosess, opplevelsen av styrke og livskraft)	4, (5)
Endrede roller i hjemmet (som mor)	5, 8
Trakk seg tilbake fra sosiale eventer (for å mestre de negative tankene om kroppen) og fra aktiviteter som gav rekreasjon	1, (2)
Lidelse ved å være en byrde for familien (trakk seg tilbake for å ikke være en byrde for familien eller gjøre dem bekymret)	8, (1)
Dele erfaringer og være åpen om kreften var viktig. Med familie, på jobben, i en støttegruppe med andre kvinner rammet av kreft.	4
En endret kropp	
Lymfødeme (eller engstelse ved risikoen å utvikle det)	6, (8)
Årebetennelse	6
Kvalme (og oppkast)	1, 6, 7,

Vedlegg 4

Litteraturmatriser

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn	Relevans
<p>Bitsika, V., Sharpley, C.F. og Christie, D.R.H.</p> <p>2010</p> <p>What made me unhappy. Experiences of, and responses to, lifestyle changes in breast cancer patients.</p> <p><i>British journal of guidance and counselling</i></p> <p>Vol.nr.: 38</p> <p>Utg.nr.: 2</p> <p>s.179-189</p> <p>Land: Australia</p>	<p>Studiens hensikt er å identifisere brystkreftpasienters endringer i livsstil, samt identifisere mestringsstrategier på disse endringene, og individuelle reaksjoner</p>	<p>Counselling, breast cancer, depression, causes.</p>	<p>I denne kvalitative studien ble 16 kvinner med brystkreftdiagnose intervjuet. Intervjuene fulgte anbefalinger til Barlow og Hersen (1984). Kvinnene var i alder 41-74, 54,9 år i gjennomsnitt. Data ble analysert med innholdsanalyse. Nøkkelord ble oppsummert i tabeller og verifisert på tvers av deltakerne. Intervjuene fortsatte fram til det ble vurdert at det ikke ville komme nye nøkkelord.</p>	<p>Resultatet av studien viser at mange pasienter trekker seg tilbake fra aktiviteter som gir rekreasjon. Deltakerne i studien opplever negative fysiske bivirkninger og tap av kvinnelig utseende som følge av behandlingen. Kvinnene opplevde reduserte ressurser i forbindelse med sosial støtte, og trakk seg tilbake fra sosiale settinger.</p>	<p>Resultatet i studien gir oss innblikk i hvilke faktorer som påvirker kvinnenes kilde til sosial støtte og selvtillit. Dette viser til viktigheten av kontinuitet, for at helsepersonell skal kunne gi individuell, profesjonell veiledning for å forebygge og redusere kvinnenes opplevelse av tap og ensomhet.</p>

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn	Relevans
<p>Brunet, J., Sabiston, C.M. og Burke, S.</p> <p>2013</p> <p>Surviving breast cancer: Women's experiences with their changed bodies</p> <p><i>Body Image</i></p> <p>Vol.nr.: 10</p> <p>Utg.nr.: 2013</p> <p>s. 344-351</p> <p>Land: Canada</p>	<p>Hensikten med denne studien var å undersøke hvilke erfaringer kvinner har med en endret kropp etter kirurgisk behandling av brystkreft</p>	<p>Breast cancer Survivorship Interpretative phenomenological analysis (IPA)</p> <p>Body image Psychosocial issues</p>	<p>I denne kvalitative studien var 11 kvinner mellom 47 og 70 år. Kvinnene svarte først på et kort spørreskjema angående alder, høyde, vekt, sivilstatus, menopause, etnisitet og kort sykdom- og behandlingshistorie. Datainnsamlingen ble gjort med intervju ansikt til ansikt på et sted deltakeren måtte ønske. Intervjuene ble tatt opp digitalt. Intervjuene ble så transkribert, og analysert med fortolkende fenomenologisk analyse.</p>	<p>Kvinnene opplevde kortvarige og langvarige endringer ved kroppen etter behandlingen, noen synlige (hårtap, fysiske endringer ved kroppen m.fl.) og noen usynlige (utmattelse, søvnproblem, hetetokter m.fl.). De opplevde intense tanker og følelser til den endrede kroppen. Verdien ved kroppen, og hvordan den hadde innvirkning på helsen, velvære og i det sosiale uttrykket. Hvordan de mestret og håndterte fysiske endringer, noen med hjelp av bekledning, parykk og protese. Ved å trekke seg tilbake når en ikke følte seg vel, og finne strategier for å godta kroppen sin, på tross av at den ikke er den samme som før (eller den ideelle kroppen).</p>	<p>Artikkelen beskriver erfaringer i henhold til både fysiske symptomer og opplevelser av egen kropp. Denne vinklingen av kvinners erfaring er interessant og ta med i studien.</p>

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn	Relevans
<p>Drageset, S., Lindstrøm, T.C. og Underlid, K.</p> <p>2015</p> <p>”I just have to move on”: Women’s coping experiences and reflections following their first year after primary breast cancer surgery</p> <p><i>European journal of oncology nursing</i></p> <p>Vol.nr.: 21</p> <p>Utg.nr.: 2016</p> <p>s. 205-211</p> <p>Land: Norge</p>	<p>Formålet med denne studien var å belyse kvinners mestringserfaringer og refleksjoner et år etter kirurgisk behandling av brystkreft</p>	<p>Breast cancer Coping Post-surgery Healthcare professionals Qualitative research Interviews Follow-up</p>	<p>Denne kvalitative studien utførte individuelle intervju med ti kvinner. Intervjuene fant sted på sykehuset når deltakerne hadde oppfølging et år etter operasjon. Dette var semistrukturerte intervju, og deltakerne ble stilt fire spørsmål som ble videre undersøkt. Non-verbal kommunikasjon og atmosfære ble dokumentert umiddelbart etter intervjuene. Intervjuene ble analysert med metoden til Kvale og Brinkmann fra 2015.</p>	<p>Gjennom analysen ble det indentifisert fire temaer: Eksistensielle bekymringer og å finne mening, måter å tenke på og føle med tanke på sykdommen, iverksette og komme seg tilbake til hverdagslivet. De fleste kvinnene verdsatte livet mer og fikk mer selvtillit. De var mer omsorgsfull og medfølende ovenfor andre, og fokuserte mer på deres prioriteringer i livet. Familie og venner ble viktigere for dem. De aksepterte situasjonen, og gjorde det beste ut av den. Positiv tankegang, fysisk aktivitet, selvpleie, natur, hobbyer og jobb var til hjelp. De var generelt mer positive, til tross for redselen for tilbakefall og usikkerhet rundt fremtiden. Kvinnene ønsket å returnere til et normalt og sunt liv med å distansere seg i fra brystkreftmiljøet og informasjon om brystkreft.</p>	<p>Denne studien er aktuell for oss å ta med i vår litteraturstudie ettersom den fokuserer konkret på hvilke erfaringer og refleksjoner kvinnene hadde etter kirurgisk behandling av brystkreft. Studien er gjort i Norge, noe som vi ser på som positivt for oss å kunne bruke kunnskapen.</p>

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn	Relevans
<p>Drageset, S., Lindstrøm, T.C., Giske, T., og Underlid, K.</p> <p>2016</p> <p>Women's experiences of social support during the first year following primary breast cancer surgery.</p> <p><i>Scandinavian journal of caring sciences</i></p> <p>Vol.nr.: 30</p> <p>Utg.nr.: 2016</p> <p>s.340-348</p> <p>Land: Norge</p>	<p>Formålet med studien er å få en forståelse for kvinners erfaringer relatert til sosial støtte, i løpet av det første året etter kirurgisk behandling av brystkreft.</p>	<p>Breast cancer, Patients' experiences, Healthcare professional s, Social support, Social network, Qualitative research, Follow-up study, Nursing.</p>	<p>Kvalitative semi-strukturerte intervju med 10 kvinner i alderen 48-68, som alle hadde gjennomgått kirurgisk behandling for brystkreft i løpet av det siste året.</p> <p>Intervjuatmosfære og non-verbal kommunikasjon ble notert etter hvert intervju.</p> <p>Intervjuene er analysert med Kvale og Brinkman (2015) metode for kvalitative intervjuer</p>	<p>Resultatet av studien viser at kontinuitet, informasjon og å bli ansett som et individ oppleves som viktig for kvinnene, og gir en opplevelse av støtte og tillit. Kvinner opplever usikkerhet etter fullendt behandling, når helsepersonellets støtte reduseres. Å dele erfaringer er nyttig og øker opplevelsen av støtte. Mange opplever likevel at støtten fra nettverk rundt dem reduseres og normaliseres med tid.</p>	<p>Studien er relevant for oppgaven, fordi den skaper et bilde av sosiale erfaringer kvinner sitter igjen med etter kirurgisk behandling for brystkreft. Disse erfaringene inkluderer kvinnenes opplevelse av støtte fra helsepersonell.</p>

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn	Relevans
<p>Elmir, R., Jackson, D., Beale, B. og Schmied, V.</p> <p>2010</p> <p>Against all odds: Australian women's experiences of recovery from breast cancer.</p> <p><i>Journal of Clinical Nursing</i></p> <p>Vol.nr.: 19</p> <p>Utg.nr.: 17/18</p> <p>s. 2531-2538</p> <p>Land: Australia</p>	<p>Denne studien hadde som hensikt å få innblikk i hvilke erfaringer yngre kvinner har etter brystkreft-relatert kirurgiske inngrep og bidra med kunnskap til klinikere som praktiserer dette feltet.</p>	<p>Breast cancer Breast surgery Nursing Qualitative research Women's health Young women</p>	<p>I denne kvalitative studien ble det utført semi-strukturerte intervju ansikt til ansikt. Intervjuene ble tatt opp på film, transkribert og tematisk analysert.</p> <p>Fire kvinner i alderen 31-48 år deltok i denne studien.</p>	<p>Analysen viste at kirurgisk inngrep som kurativ behandling for brystkreft var en omveltende opplevelse som endret livet emosjonelt, sosialt og fysisk for disse kvinnene. Støtte fra familie og venner spilte en stor rolle for forløpet videre.</p> <p>Resultatet viser fire hovedtema.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Det omsluttet meg helt – Det å ha brystkreft 2. Å bli overveldet – Håndtere de daglige aktivitetene og å mestre å jobbe 3. Å leve med frykt og usikkerhet – Det å leve med redsel for tilbakefall og gjøre endringer i livet, og leve med et endret selvbilde og frykt for feminiteten og seksualiteten. 4. Å finne indre styrke – Å være sterk, og å få styrke gjennom støtte fra de nærmeste, samt gjennom leger og sykepleiere. 	<p>Denne artikkelen er relevant for vår oppgave ettersom den gikk i dybden og fokuserte konkret på erfaringer etter kirurgisk inngrep på grunn av brystkreft.</p>

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn	Relevans
<p>Grimsbø, G. H., Finset, A. og Ruland, C. M.</p> <p>2011</p> <p>Left hanging in the air: experiences of living with cancer as expressed through e-mail communications with oncology nurses.</p> <p><i>Cancer Nursing</i></p> <p>Vol.nr.: 34</p> <p>Utg.nr.: 2</p> <p>s. 107-116</p> <p>Land: Norge</p>	<p>Målet med denne studien var å få et innblikk i pasienters erfaringer med å leve med kreft i gjennom et online-program med mail sendt i mellom pasienter og kreftsykepleiere.</p>	<p>Cancer E-health Online support Patient-provider communication</p>	<p>Gjennom kvalitativ analyse ble 276 mailer fra 60 pasienter med bryst- og prostatakraft gjennomgått, deretter kategorisert og delt opp i hovedtemaer.</p>	<p>I analysen av studien er det beskrevet fire hovedtema. Det å leve med symptomer og bivirkninger av kreftbehandling er å anse som en en stor belastning for deltakerne i denne studien. Å leve med redsel for tilbakefall va også et hovedtema. Det kom frem at mange hadde bekymriner for hverdagslivet, og opplevde at de ikke hadde fått god nok informasjon fra helsepersonell.</p>	<p>Denne artikkelen er aktuell for denne litteraturstudien etter som den belyser pasienters erfaringer med behandling av brystkreft i Norge. Funnene er svært aktuell for helsepersonell, ettersom deltakerne fikk dele sine erfaringer uten å bli ledet av en intervjuguide.</p>

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn	Relevans
<p>Janz, N.K., Mujahid, M., Chung, L.K., Lantz, P.M., Hawley, S.T., Morrow, M., Schwartz, K. og Katz, S.J.</p> <p>2007</p> <p>Symptom Experience and Quality of Life of Women Following Breast Cancer Treatment</p> <p><i>Journal of Women's Health.</i></p> <p>Vol.nr.: 16</p> <p>Utg.nr.: 9</p> <p>s. 1348 - 1361</p> <p>Land: USA</p>	<p>Studere sammenhengen mellom brystkreftrelaterte symptomer etter behandling, og livskvalitet.</p>	-	<p>En database, der 1372 kvinner i USA med avsluttet primærbehandling av brystkreft har svart på en spørreundersøkelse. Det er beskrevet 13 skalaer av symptomer knyttet til 10 arpekter ved livskvalitet. Alder er lik eller lavere enn 79 år. Utvalget har stor spredning i bakgrunn, geografi, helsetilstand. Statistisk sortering av funn i tabeller. Lineær transformasjon av funn.</p>	<p>Kvinner fortsetter å ha redusert livskvalitet etter behandling, inkludert følelsesmessige bekymringer, frykt for tilbakefall. Kvinnene opplever at de må gjenskape familierelasjoner og sosial rolle.</p> <p>Studien viser et behov for å redusere og håndtere plager og behandlingsrelaterte symptomer.</p> <p>Det kommer frem en forskjell på yngre og eldre kvinner, der yngre har størst tap av livskvalitet i forbindelse med brystkreft.</p>	<p>Denne kvalitative studien er relevant for oppgaven, da den belyser med et bredt utvalg hvilke symptomer kvinner opplever etter kirurgisk behandling for brystkreft.</p>

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn	Relevans
<p>Jørgensen, L., Garne, J.P., Søgaard, M. og Laursen, B.S.</p> <p>2015</p> <p>The experience of distress in relation to surgical treatment and care for breast cancer: An interview study.</p> <p><i>European Journal of Oncology Nursing</i></p> <p>Vol.nr.: 19</p> <p>Utg.nr.: 2015</p> <p>s. 612-618</p> <p>Land: Danmark</p>	<p>Å undersøke kvinner opplevelse av motgang i forbindelse med brystkreft og kontinuitet i omsorgen. Samt å undersøke hvordan en kan fange opp og forebygge psykiske lidelser.</p>	<p>Breast Cancer Distress Women Continuity of care Surgery Phenomenological- hermeneutic</p>	<p>I denne kvalitative studien ble en fenomenologisk hermeneutisk tilnærming brukt. Semistrukturerte intervju av 12 kvinner i alder 37-87 som alle har vært gjennom operasjon for behandling av brystkreft. Analyse og tolkning ble delt i tre: enkel tolkning, strukturert analyse og kritisk analyse med diskusjon.</p>	<p>Kvinnene i studien trekker frem at sykdoms- og behandlingsprosessen preges av angst og tap av identitet. Det er viktig for kvinnene å bli oppfattet som et individ, og det oppleves negativt for kvinnene å være en del av et system og en rutine.</p>	<p>Artikkelen trekker frem flere aspekter av hva kvinner kan oppleve som vanskelig i forbindelse med brystkreft og operativ behandling. Ut fra vår problemstilling ser vi dette som relevant, da både psykososiale faktorer, eksistensielle spørsmål og behov i møtet med helsepersonell belyses i studien.</p>