NTNU
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Bacheloroppgave

I live, men ikke lenger meg selv

(Alive, but no longer myself)

Kandidatnummer: 10102

Antall ord: 8727

Sammendrag

Tittel: I live, men ikke lenger meg selv.

Bakgrunn: Brystkreft er den vanligste kreftformen hos kvinner i Norge i dag. Omtrent én av tolv kvinner vil utvikle brystkreft, og dermed er det sannsynlig at man som sykepleier vil møte noen som har eller har hatt brystkreft. Kirurgisk behandling kan skje dagkirurgisk, noe som gjør sykehusoppholdet kortvarig, og tiden med sykepleier knapp. Det er en del av sykepleiers jobb å forberede kvinnene på livet etter operasjonen.

Hensikt: Å belyse kvinners opplevelser med mastektomi grunnet brystkreft, dets påvirkning på selvbilde, og hva sykepleier kan gjøre.

Problemstilling: «Hvordan kan sykepleier bidra til å styrke selvbildet til kvinner som nylig har gjennomgått mastektomi som følge av brystkreft?»

Metode: En systematisk litteraturstudie som analyserer ni kvalitative forskningsartikler ved bruk av Evans analysemodell.

Resultat: Kvinner har ulike emosjonelle reaksjoner etter mastektomien, men mange opplever et svekket selvbilde. Behovet for støtte, trøst, og informasjon står sentralt, likevel blir ikke alles individuelle behov for informasjon møtt av helsepersonellet. Noen erfarer også å ikke bli sett eller hørt som et enkeltmenneske, men heller som en pasient, eller et offer.

Konklusjon: Kvinnene har behov for at sykepleier lytter, er til stede for, støtter og aksepterer deres følelser. Sykepleiere må tilby individtilpasset pleie i form av emosjonell og psykisk støtte, samt veiledning og informasjon.

Nøkkelord: Brystkreft, mastektomi, selvbilde, kroppsbilde, identitet, sykepleie.

Abstract

Title: Alive, but no longer myself.

Background: Breast cancer is the most common form of cancer in women in Norway today. About one in twelve women will develop breast cancer, and so, it is likely that as a nurse you will meet someone who has or has had breast cancer. Treatment can happen as outpatient surgery, making the hospital stay short-lived and the time with the nurse scarce. It is a part of a nurse's job to prepare the women for life after surgery.

Aim: To take a look at women's experiences regarding mastectomy due to breast cancer, its impact on their self-image, and what nurses can do.

Topic question: "How can nurses help strengthen the self-image of women who have recently undergone a mastectomy as a result of breast cancer?"

Method: A systematic literature study that analyzes nine qualitative research articles using Evans' synthesis process.

Results: Women have different emotional reactions after the mastectomy, but many experiences a weakened self-image. The need for support, comfort, and information, is significant, however, not everyone's individual need for information is met by health care workers. Some also experienced not being seen or heard as an individual, but rather as a patient or a victim.

Conclusion: The women need nurses to listen, be there for them, support and accept their feelings. Nurses must provide individualized care in the form of emotional and psychological support, as well as guidance and information.

Keywords: Breast cancer, mastectomy, self-image, body-image, identity, nursing.

"My scars are my war wounds of life. I don't hide away from them. I'm proud of them. Yes my breasts are different and not natural but that doesn't change who I am."

(Grogan & Mechan, 2017, s. 1485)

Innhold

1. Innledning ... 6
1.1. Introduksjon av tema ... 6
1.2. Bakgrunn for valg av tema ... 6
1.3. Definisjon av problemstillingens sentrale begrep ... 7
1.4. Avgrensning og presisering av problemstillingen ... 7
1.5. Oppgavens kapitler ... 7
2. Metode ... 9
2.1. Valgt metode ... 9
2.2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier ... 9
2.3. Søkehistorikk og søketabell ... 10
2.4. Kildekritikk og kvalitetsvurdering ... 14
2.5. Etisk vurdering ... 14
2.6. Analyse ... 15
3. Empiri ... 16
3.1. Artikkelmatrise ... 16
3.2. Sammenfattet empiri ... 23
3.2.1. Reaksjoner på den forandrede kroppen ... 23
3.2.2. Behovet for en god relasjon og kommunikasjon ... 24
4. Teori ... 25
4.1. Brystkreft og mastektomi ... 25
4.2. Selvbilde, kroppsbilde, og identitet ... 25
4.3. Betydningen av en god relasjon ... 26
4.4. Callista Roys sykepleieteori ... 27
5. Diskusjon ... 29
5.1. Innledning ... 29
5.2. Metodediskusjon ... 29
5.3. Resultatdiskusjon ... 30
5.3.1. Reaksjoner på den forandrede kroppen ... 30
5.3.2. Behovet for en god relasjon og kommunikasjon ... 32
6. Konklusjon ... 35
Referanser ... 36

1. Innledning

1.1. Introduksjon av tema

Brystkreft er den vanligste kreftformen hos kvinner i Norge i dag. Omtrent én av tolv kvinner utvikler brystkreft i løpet av livet, og ifølge den nyeste statistikken fra kreftregisteret (2020) fikk 3568 kvinner diagnosen i 2018. Prognosen avhenger av sykdommens stadium på diagnosetidspunktet, men overlevelsesprosenten har steget mye de siste tiårene og ligger nå på over 90 prosent. Ved utgangen av 2018 ble det registrert 49.344 brystkreftoverlevende, menn og kvinner, som hadde blitt friske av eller levde med diagnosen (Kreftregisteret, 2020). Dette betyr at det er en stor sjanse for at man som sykepleier vil møte en kvinne som har eller har hatt brystkreft. Ofte er dette kvinner som ikke er syke fra før, og kanskje har de heller ikke opplevd symptomer før svulsten ble funnet. Det stilles høye krav til møtet mellom sykepleier og disse pasientene, både med tanke på at tiden er knapp da behandlingen kan skje dagkirurgisk, men også fordi mange kvinner ikke gjenkjenner seg i pasientrollen og kan føle at kreftdiagnosen er en trussel mot deres identitet. I løpet av den korte tiden vil det være, blant annet, sykepleiers jobb å forberede kvinnene på livet etter operasjonen (Sørensen, Lorvik, Erntsen & Almås, 2016, s.437).

Hensikten med denne studien er å rette blikket mot kvinners opplevelser og erfaringer med kirurgisk behandling av brystkreft, nærmere bestemt hvilken betydning det har for deres selvbilde, og hva sykepleier kan gjøre for å hjelpe dem. Dermed valgte jeg følgende problemstilling:

«Hvordan kan sykepleier bidra til å styrke selvbildet til kvinner som nylig har gjennomgått mastektomi som følge av brystkreft?»

1.2. Bakgrunn for valg av tema

Jeg har valgt å skrive om dette temaet på grunn av en pasient jeg møtte under studiet. Dette var en kvinne som relativt nylig hadde fått diagnosen brystkreft. Vi hadde en god relasjon under innleggelsen, og hun forklarte meg litt om hva hun tenkte og følte om det å skulle fjerne brystene sine. Hun var svært åpen om tankene sine, og for meg fremsto hun som en sterk og bestemt dame som var trygg på sin egen kropp. Hun var over 50 år, og det er usikkert om hennes alder kan ha spilt en rolle i håndteringen av situasjonen, men jeg fikk likevel et inntrykk av det. Denne kvinnen inspirerte meg. Jeg er helt sikker på at jeg selv ikke hadde håndtert situasjonen på samme måte dersom jeg hadde fått en slik kreftdiagnose. Ikke bare mister man hår, noe som kan oppleves svært tungt i seg selv, men mange kvinner er nødt til å fjerne brystet, en kroppsdel som forbindes med det å være kvinne.

Jeg ønsker å se på hvordan brystkreft kan påvirke selvbildet til kvinner som må fjerne brystene. Damen jeg møtte i praksis var helt bestemt på at hun skulle fjerne begge brystene, og hun nærmest gledet seg til rekonstruksjonen som ville gi henne «fastere» bryster, som hun selv beskrev det. Hennes gode humør, og fantastiske innstilling ga meg

et ønske om å kunne hjelpe andre kvinner som opplever situasjonen veldig annerledes. Hva er det jeg som sykepleier kan gjøre for at disse kvinnene skal få et bedre selvbilde, en styrket identitet, eller en opplevelse av mestring?

1.3. Definisjon av problemstillingens sentrale begrep

Selvbilde: Selvbilde defineres i pensumlitteraturen som ens «... bedømmelse av sin egen verdi, basert på hvor godt en klarer å leve opp til det ideelle bilde av seg selv.» (Stuart, 2013, sitert i Solvoll, 2016, s.108). Selvbildet vårt utgjør en svært personlig og kompleks side av oss selv, og kan påvirkes av sykdom, tap og helsesvikt (Kristoffersen, 2016, s.46).

Mastektomi: Kirurgisk behandling av brystkreft hvor en fjerner hele brystkjertelen (Kreftregisteret, 2019, s.15)

Brystkreft: Også kalt *cancer mammae*, er en ondartet svulst i brystkjertelen (Sørensen et al., 2016, s.438)

1.4. Avgrensning og presisering av problemstillingen

Jeg fokuserer på brystkreft som behandles med mastektomi, og hvordan denne behandlingen kan påvirke selvbildet til kvinnene. Grunnet oppgavens ordbegrensning velger jeg å ikke gå inn på andre behandlingsmetoder, komplikasjoner, eller andre områder av livet som kan påvirkes av kreftbehandling. Pårørende vil være en svært viktig ressurs for kvinnene som gjennomgår mastektomi, men grunnet omfanget av oppgaven fokuserer jeg kun på sykepleiers arbeid i møtet med pasientene på sykehus.
Jeg kommer til å vektlegge både identitet og kroppsbilde i tillegg til selvbilde, fordi dette er begreper som er knyttet tett opp mot hverandre. Faglitteraturen skiller lite mellom selvbilde og kroppsbilde, og kroppsbildet beskrives som en sentral del av selvbildet (Schjølberg, 2004, s.90-91; Kristoffersen, 2016, s.46).

Kvinnene blir omtalt som «kvinner», «pasienter», «rammede» og «individer». Sykepleier blir også omtalt som «hun».

1.5. Oppgavens kapitler

Oppgaven inneholder et sammendrag, innledning, metodedel, empiri, teoridel, diskusjon, konklusjon, og til slutt en litteraturliste. Oppgaven er delt inn i seks kapitler.

Kapittel 1: Innledning. Her presenteres temaet, en problemstilling, bakgrunn for valg av tema, definisjon av sentrale begreper, presisering og avgrensning, samt oppgavens oppbygning.

Kapittel 2: Metode. Metoden som er brukt i oppgaven beskrives. Inklusjons- og eksklusjonskriterier, søkehistorikk og søketabell presenteres, og til slutt skrives kildekritikk, kvalitetsvurdering, etisk vurdering, og analyse.

Kapittel 3: Empiri. Anvendte forskningsartikler presenteres i en artikkelmatrise. Her omtales hver artikkel og hvorfor de er relevante, og til slutt følger sammenfattet empiri.

Kapittel 4: Teori. Relevant faglitteratur og sykepleieteori som belyser temaene i oppgaven beskrives nærmere.

Kapittel 5: Diskusjon. Empiri og teori drøftes opp mot hverandre for å belyse problemstillingen.

Kapittel 6: Avslutning. Oppgaven oppsummeres og en konklusjon som sammenfatter funn i kapittel 5 legges frem.

2. Metode

«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder.» (Aubert, 1985, sitert i Dalland, 2012, s.111). Metoden som er brukt sier noe om hvordan en har gått frem for å skaffe eller teste kunnskap.

2.1. Valgt metode

Denne oppgaven er en litteraturstudie, noe som betyr at den hovedsakelig bygger på skriftlige kilder. Mastektomi har for mange kvinner en særs negativ effekt på selvbildet, og følelsene og tankene de sitter med kan være vanskelige å snakke om. Da er det viktig at sykepleierne har kunnskap om hvordan de skal gå frem for å hjelpe og støtte kvinnene. Gjennom en litteraturstudie kan jeg finne kilder tilknyttet temaet som kan hjelpe meg med å belyse og besvare problemstillingen på en faglig interessant måte, og samtidig gi en forståelse av kunnskapen på fagområdet (Dalland, 2012, s.111). Dataene er innhentet fra pensumlitteratur og annen relevant faglitteratur, samt forskningsartikler fra vitenskapelige tidsskrifter.

2.2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

For å begrense antall resultater under søkene, og finne den mest relevante forskningen, satte jeg noen inklusjons- og eksklusjonskriterier. Artiklene måtte omhandle kvinner over 18 år som har gjennomgått mastektomi grunnet brystkreft. Jeg ønsket å fokusere på kvinner med god prognose hvor problemer med selvbilde og identitet ofte står høyt. Derfor ble forskning som tar for seg palliative tilfeller og pasienter med tilbakevendt kreft ekskludert. Også forskning om profylaktisk mastektomi ble ekskludert da det tar for seg en pasientgruppe som faller utenfor oppgavens relevans. I tillegg måtte artiklene være skrevet på norsk, svensk, dansk eller engelsk, slik at jeg kunne forstå dem, og jeg inkluderte kun artikler fra Nord-, Sør-, og Vest-Europa, samt Nord-Amerika og Oseania. Dette fordi det kan være store kulturforskjeller i hva den kvinnelige kroppen symboliserer, og hvilke holdninger samfunnet har. Samtidig kan helsesystemene i Øst-Europa, Asia, Afrika og Sør-Amerika være svært forskjellige fra det norske. Dette kan medføre økonomiske, kulturelle, og religiøse forskjeller i behandlingsmetoden, og jeg ønsket å se på tilfeller mest mulig lik norske.

Alle artiklene måtte være fagfellevurderte forskningsartikler med IMRaD-struktur (introduksjon, materiale og metode, resultater og diskusjon). Jeg har vært åpen for både kvalitative og kvantitative studier. Til slutt ønsket jeg nyere forskning, og avgrenset derfor utgivelsesår til de siste ti årene (2010-2020).

2.3. Søkehistorikk og søketabell

Før jeg begynte å søke etter forskning brukte jeg verktøyet MeSH på norsk fra Helsebibliotekets nettside. Slik fant jeg relevante og autoriserte søkeord som kunne brukes i alle de internasjonale artikkeldatabasene. Ved å bruke internasjonal forskning sikrer jeg tilgang til større menger, og den mest oppdaterte forskningen innenfor temaet. Jeg brukte søkeordene «breast neoplasms», «mastectomy», «body image», «identity», «nursing», «nursing interventions», «coping» og «experience» i ulike kombinasjoner.

Jeg gjorde søk i databasene PubMed og Cinahl, som begge er funnet gjennom skolebibliotekets databasesøk. Databasene inneholder sykepleie- og helsefaglige artikler, og de er oversiktlige og enkle å bruke. Jeg begynte søkeprosessen i Cinahl med søkeordene «mastectomy», «body image», og «nursing interventions» i kombinasjon med den boolske operatøren AND, slik at resultatet inneholdt alle søkekriteriene. Søket ga derimot kun fem resultater, hvorav ingen passet med inklusjonskriteriene. De videre søkene ble justert deretter, og til slutt endte jeg opp med 4 artikler fra Cinahl, og 3 artikler fra PubMed.

I tillegg gjorde jeg to håndsøk i Cinahl og SveMed+ etter å ha sett over referanselisten til annen forskning jeg hadde lest gjennom. Dette ga meg ytterligere to artikler; G og H i søketabellen nedenfor. "Håndsøk" henviser til at jeg søkte etter spesifikke titler.

Tabell 1: Søketabell

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
Cinahl	15.04.2020	S1.	Mastectomy AND body image		319	
		S2.	S1.	Full tekst tilgjengelig, abstrakt tilgjengelig, fagfellevurdert, utgitt: 2010-2020 kjønn: kvinner	63	
		S3.	S1.	S2 + språk: engelsk	53	3 **(A, B, C)**
Cinahl	15.04.2020	S1.	Breast neoplasms AND mastectomy		6610	
		S2.	S1.	Full tekst tilgjengelig, abstrakt tilgjengelig fagfellevurdert, utgitt: 2010-2020, kjønn: kvinner	1017	
		S3.	S1.	S2. + språk: engelsk	977	
		S4.	S1.	S2. + S3. + aldersgruppe: alle voksne	761	
		S5.	S1.	S2. + S3. + S4. + hovedtema: kreftpasienter	31	1 **(D)**
PubMed	20.04.2020	S1.	Mastectomy AND Body image		802	

		S2.	S1.	Full tekst tilgjengelig, abstrakt tilgjengelig utgitt: siste 10 år	331	
		S3.	S1.	S2. + Språk: dansk, engelsk, norsk, svensk, Kjønn: kvinner, Tema: kreft, Alder: voksne 19+ år	221	
		S5.	S1. AND Identity	S2. + S3.	8	2 **(E, F)**
Cinahl	11.05.2020	S1.	Suffering related to health care: A study of breast cancer patients' experiences	Håndsøk	2	1 **(G)**
SveMed+	11.05.2020	S1.	Den omsorgsfulle sykepleier	Håndsøk	1	1 **(H)**
PubMed	12.05.2020	S1.	Breast neoplasms AND experience		12181	
		S2.	S1.	Full tekst tilgjengelig, abstrakt tilgjengelig, utgitt: siste 10 år kjønn: kvinner	4561	
		S3.	S1.	S2. + Språk: engelsk, dansk, norsk, svensk, Tema: kreft Alder: voksne 19+ år	3456	
		S4.	S1. + coping	S2. + S3.	364	1 **(I)**

Inkluderte artikler:

A. Exploring the lived experience of women immediately following mastectomy: A phenomenological study. (2017). *Cancer Nursing 40*(5), 361-368.
B. From "no big deal" to "losing oneself": Different meanings of mastectomy. (2012). *Cancer Nursing 35*(5), 41-48.
C. The experience of viewing oneself in the mirror after a mastectomy. (2012). *Oncology Nursing Forum 39*(4), 361-369.
D. Women's educational needs and perceptions about survivorship following bilateral mastectomy. (2016). *Clinical Journal of Oncology Nursing 20*(4), 411-418.
E. Body image after mastectomy: A thematic analysis of younger women's written accounts. (2017). *Journal of Health Psychology 22*(11), 1480-1490.
F. Mastectomy, body deconstruction and impact on identity: A qualitative study. (2010). *British Journal of Health Psychology 15*(3), 479-510.
G. Suffering related to health care: A study of breast cancer patients' experiences. (2004). *International Journal of Nursing Practice 10*(6), 248-256.
H. Den omsorgsfulle sykepleier – slik pasienter ser det. (2006). *Vård i Norden 26*(1), 15-19.
I. «I just have to move on": Women's coping experiences and reflections following their first year after primary breast cancer surgery. (2015). *European Journal of Oncology Nursing 21*(2016), 205-211.

2.4. Kildekritikk og kvalitetsvurdering

For å fastslå om en kilde er sann må en anvende kildekritikk. Kildekritikk er et samlebegrep om metodene som brukes for å skille verifiserte opplysninger fra spekulasjoner (Leth & Thurén, 2000, sitert i Dalland, 2012, s.67-68).

Artiklene som brukes i oppgaven er alle utgitt i vitenskapelige tidsskrifter. For å bli utgitt i et slikt tidsskrift må artiklene være fagfellevurdert, noe som betyr at de vurderes og godkjennes av eksperter innen faget, og er et tegn på at artikkelen er kvalitetssikret. I tillegg stilles det krav til både innhold og form (Dalland, 2012, s.78). Norsk senter for forskningsdata (2019) har laget et register over publiseringskanaler hvor forskning kan utgis. Vitenskapelige tidsskrifter blir altså rangert på en skala for måling av forskningskvalitet. Dette registeret ble anvendt i undersøkelsen av publiseringsnivået på oppgavens artikler. Kun artikler på nivå 1 eller 2 ble inkludert, hvorav nivå 2 er det høyeste. Av de inkluderte artiklene er to artikler satt til nivå 2, og sju artikler til nivå 1.

En kvalitetsvurdering har som hensikt å sikre at hver artikkel er av god nok kvalitet. I dette arbeidet benyttet jeg meg av Helsebibliotekets sjekkliste for kritisk vurdering av kvalitative forskningsartikler (Helsebiblioteket, 2016). Sjekklisten består av tre deler med underpunkter: innledende vurdering, hva forteller resultatene, og kan resultatene være til hjelp i praksis. Samtlige punkter ble gjennomgått for hver artikkel.

Jeg har også brukt én artikkel fra 2004 (Arman, Rehnsfeldt, Lindsholm, Hamrin & Eriksson), og én fra 2006 (Kvåle) selv om de faller utenfor årene jeg hadde satt som inklusjonskriterier. Artiklene viser seg å være svært relevante for sykepleiefaget, og det har gjennom arbeidet med ulike artikler vist seg at flere faktorer ikke har forandret seg spesielt i løpet av de siste 20 årene i forhold til dagens situasjon. Dette gjelder eksempelvis kvinners opplevelse av å tape et bryst og hvilke krav som stilles til sykepleiere i møte med disse pasientene. Den første studien er utført i Sverige og Finland, hvor helsesystemene har mange fellestrekk med det norske, både med tanke på at alle tre landene er en del av den nordiske velferdsstatsmodellen, og bygger på en sterk tiltro til geografisk likhet og universell tilgang (Kittelsen et al., 2009, s.33), men også fordi det kulturelle synet på kvinnekroppen ligner. Derfor kan forskningen bidra til å belyse problemer i sykepleieutøvelsen, som også kan være aktuelle i Norge. Den andre studien er utført i Norge og belyser de egenskapene som kreftpasienter verdsetter hos sykepleiere.

2.5. Etisk vurdering

For å kunne drive forskning er en avhengig av mennesker som stiller opp med personlige erfaringer og opplevelser. Forskerne tilegner seg i denne sammenheng personopplysninger som må behandles ryddig for å ivareta et godt forhold til disse menneskene. Arbeidet kan medføre etiske utfordringer. Dette, samt hvordan en håndterer disse, krever etiske overveielser. Innenfor medisinsk forskning er det snakk om pasienter med rett på personvern og anonymitet. Det skal sikres at disse ikke blir påført skade eller unødvendige belastninger, og samtidig sikre troverdigheten til forskningsresultatene. Å vinne ny kunnskap skal ikke gå på bekostning av enkeltmenneskers integritet og velferd (Dalland, 2012, s. 96-97). Alle studiene oppgir at de har fått godkjenning fra etiske komitéer.

2.6. Analyse

I den endelige analysen sto jeg igjen med ni kvalitative artikler. Å analysere er et granskingsarbeid der en skal finne ut hva materialet har å fortelle (Dalland, 2012, s. 144). Evans sin analysemodell ble benyttet.

Evans (2002, s. 24-25) kaller dette for synteseprosessen og deler den opp i fire trinn: finne forskning, identifisere nøkkelfunn, sammenligne temaer på tvers av studiene, og beskrive fenomenene.
I første fase fant jeg relevant forskning etter en planlagt søkestrategi med satte søkeord og kriterier. I andre fase ble artiklene lest i sin helhet og nøkkelfunn ble plukket ut. I denne fasen ble også artiklene satt inn i artikkelmatrisen. I tredje fase sammenlignet jeg funnene fra de forskjellige studiene, og så på likheter og ulikheter. Hovedpoenget her er å identifisere felles temaer som gjør at en kan gruppere studiene. Dette gjør senere diskusjon enklere. Jeg lagde dermed en oversikt for meg selv med hovedfunn, og puttet hver artikkel inn under overskriftene der de passet. I fjerde fase presenteres resultatene sammen, og det henvises tilbake til hver studie (Evans, 2002, s. 25). Jeg endte opp med to hovedfunn: *Reaksjoner på den forandrede kroppen* og *behovet for en god relasjon og kommunikasjon.* Funnene presenteres senere under sammenfattet empiri.

3. Empiri

3.1. Artikkelmatrise

Tabell 2: Artikkelmatrise

Referanse	Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål	Metode	Resultat og diskusjon	Kommentar og relevans for problemstilling
Davies, C. C., Brockopp, D., Moe, K., Wheeler, P., Abner, J. & Lengerich, A. (2017). Exploring the lived experience of women immediately following mastectomy: A phenomenological study. *Cancer Nursing 40*(5), 361-368.	Å undersøke kvinners opplevelse, samt deres refleksjoner om opplevelsen av å se arrene sine for første gang etter mastektomi. Å forstå opplevelsen kvinnene gjennomgår kan hjelpe helsepersonell med å bedre forberede pasientene sine på opplevelsen.	Kvalitativ studie bestående av 10 kvinner som ble intervjuet i dybden om deres mastektomi-opplevelse gjennom åpne spørsmål. Kvinnene hadde gjennomgått mastektomi i løpet av de siste 6 til 12 månedene. Dataene ble analysert gjennom en fenomenologisk tilnærming.	Kvinner møter utfordringer etter å ha sett arrene sine for første gang, som ikke adresseres av helsepersonell i forkant. Hendelsen oppleves svært forskjellig av kvinnene. For noen beskrives det kun som en prosess de må gjennom, for andre var det traumatiserende og svært emosjonelt. Kvinnene beskriver at de ikke visste hva de skulle forvente, for eksempel hvordan arret og området rundt kom til å se ut.	Artikkelen er relevant fordi den, i tillegg til å snakke om kvinnenes utfordringer med mastektomi, belyser hva som er viktig at sykepleiere gjør eller ikke gjør fra pasienters perspektiv. Dette kan hjelpe sykepleiere med å bedre forstå hva pasientene har behov for, og dermed forbedre praksis.

Fallbjörk, U., Salander, P. & Rasmussen, B. H. (2012). From "no big deal" to "losing oneself": different meanings of mastectomy. *Cancer Nursing 35*(5), 41-48.	Å undersøke kvinners narrativ om påvirkningen av mastektomi på deres liv, samt deres refleksjoner rundt brystrekonstruksjon.	Kvalitativ studie med eksplorativt design, som bygger videre på en tidligere kvantitativ studie. Studien består av 15 kvinner. Semistrukturerte dybdeintervjuer ble gjennomført, kvinnene skulle fortelle om deres egne erfaringer med å gjennomgå mastektomi.	Kvinnene kunne deles i tre grupper; de som mente mastektomien ikke hadde stor betydning for deres liv, de som anså mastektomi som knusende for deres identitet, samt at de opplevde tap av seksualitet, kvinnelighet, og personlighet, og til sist de som falt imellom som mente at deres feminitet var svekket, men at de ikke hadde tapt sin kvinnelighet. Studien viser at opplevelsen av mastektomi er svært individuell og kontekstuell.	Studien viser viktigheten av individtilpasset sykepleie. Måten kvinnene reagerer på er svært forskjellige, og sykepleier må ha evnen til å forstå hver kvinnes personlige opplevelse. Studien er også svært relevant fordi den gir bevis på at en må se kvinnenes opplevelse i sammenheng med deres kontekst, slik sykepleieteoretikeren Callista Roy skriver om i sin adaptasjonsteori.

Freysteinson, W. M., Deutsch, A. S., Lewis, C., Sisk, A., Wuest, L. & Cesario, S. K. (2012). The experience of viewing oneself in the mirror after a mastectomy. *Oncology Nursing Forum 39*(4), 361-369.	Å beskrive opplevelsen av å se seg selv i speilet etter å ha gjennomgått mastektomi.	Deltakerne var 12 kvinner fra tre forskjellige sykehus i USA, alle 3-12 måneder postoperative. Intervjuene ble tatt opp med lydopptaker, og ble så strukturelt analysert og tolket fenomenologisk.	Å se seg selv i speilet etter mastektomi opplevdes som svært vanskelig for flere av deltakerne. Ei fortalte at det føltes godt å gjøre det sammen med helsepersonellet, mens en annen som ikke hadde fått den muligheten gruet seg i flere dager før hun klarte å se på seg selv på egenhånd.	Studien er relevant for oppgaven fordi den snakker om hvordan «speil-opplevelsen» har betydning for utførelsen av sykepleie. Det blir diskutert sykepleietiltak som kan være av betydning for hvilke forventinger kvinnene har, og hvordan de opplever den nye kroppen sin.
Suplee, P. D., Jerome-D'Emilia, B. & Boiler, J. L. K. (2016). Women's educational needs and perceptions about survivorship following bilateral mastectomy. *Clinical Journal of Oncology Nursing 20*(4), 411-418.	Å undersøke kvinner med brystkreft sine behov for informasjon og undervisning, samt deres oppfatning av å være en såkalt «overlever». Studien inkluderte kun kvinner med unilateral brystkreft som hadde fått utført kontralateral profylaktisk mastektomi.	En kvalitativ studie med eksplorativt design. Kriterier inkluderte kvinner over 18 år med unilateral brystkreft som hadde valgt å også fjerne det friske brystet. Semistrukturerte dybdeintervjuer ble gjennomført med 23 kvinner. Det ble brukt lydopptaker under alle intervjuene slik at de kunne transkriberes ordrett i etterkant.	To temaer gikk igjen i intervjuene. Tema 1: kvinnene mente det var mangel på informasjon fra helsepersonellet, og følte seg ikke alltid sett eller hørt som individer. Noen mente helsepersonellet nølte med å gi informasjon i frykt for å overvelde eller skremme dem. Tema 2: ordet «overlevende» (engelsk: survivor) vekte svært forskjellige tanker hos kvinnene. Flere mente de ikke var en overlevende enda og var forsiktige med å bruke ordet, mens andre mente ordet ikke var sterkt nok for det de hadde gjennomgått.	Punktet om hvordan kvinnene opplevde helsepersonellet, og hva de mener kunne vært gjort annerledes, er svært relevant for min oppgave. Her får jeg innsikt i hva kvinner har erfart i møtet med helsepersonell da de gjennomgikk mastektomi. Dette kan brukes til å belyse effekten av sykepleietiltak og vise hvor viktig det er med individtilpasset pleie.

Grogan, S. & Mechan, J. (2017). Body image after mastectomy: A thematic analysis of younger women´s written accounts. *Journal of Health Psychology 22*(11), 1480-1490.	Å undersøke yngre kvinners kroppsbilde etter mastektomi.	En kvalitativ studie bestående av 49 kvinner fra 29-53 år. Kvinnene besvarte et spørreskjema med åpne spørsmål over internett. Alle hadde gjennomgått enten bilateral eller unilateral mastektomi. Induktiv tematisk analyse ble brukt i ettertid.	Estetikk viste seg å være mindre viktig enn overlevelse. Påvirkningen av mastektomi på kroppsbildet og selvtilliten varierte, for flere var bivirkninger som vektoppgang en bekymring, mens andre avviste kroppsidealer og rapporterte å være stolte av arrene sine.	Artikkelen er relevant da den viser til både positive og negative opplevelser av kroppsbilde og identitet etter mastektomi. Den tar for seg bivirkninger av kreftbehandling som var minst like viktige for kvinnene som det å tape et bryst. Sykepleiere må innsamle data om hva som er viktig for den enkelte, for så å kunne tilpasse pleien deretter.

Piot-Ziegler, C., Sassi, M.-L., Raffoul, W. & Delaloye, J.-F. (2010). Mastectomy, body deconstruction and impact on identity: A qualitative study. *British Journal of Health Psychology 15*(3), 479-510.	Å forstå konsekvensene en kroppslig dekonstruksjon etter mastektomi har på identiteten til kvinner med brystkreft.	19 kvinner som hadde gjennomgått mastektomi deltok i studien. Refleksivitet ble brukt som metodisk design. Kvinnene ble invitert til å delta på tre semistrukturerte intervjuer - det første like før eller etter inngrepet, de andre senere i sykdomsforløpet. Intervjuene ble transkribert ordrett, og en tematisk analyse ble utført.	Mastektomi framprovoserer en smertefull opplevelse av kroppsdekonstruksjon. Selv når umiddelbar rekonstruksjon foreslås, uttrykkes svært varierende følelser og dissonans når man sammenligner den nå utfordrende kroppen med den tidligere sunne kroppen. Kroppstransformasjonen ledsages av opplevelser av lemlestelse og fremmedhet, samt endrede fysiske, følelsesmessige, sosiale, symbolske, og relasjonelle dimensjoner av kvinnens kjønnsidentitet. Selv om rekonstruksjon anses som en mulighet til å rette opp asymmetri og gjenvinne kroppslig integritet, vil sorgen over tapet av den tidligere kroppen kunne føre til en identitetskrise.	Artikkelen er relevant fordi den tar for seg påvirkningen av mastektomi på kvinners selvbilde og identitet. Psykososiale reaksjoner blir tatt opp, noe som kan brukes i arbeidet som sykepleier for å forstå de forskjellige reaksjonene kvinnene kan ha.

Arman, M., Rehnsfeldt, A., Lindholm, L., Hamrin, E. & Eriksson, K. (2004). Suffering related to health care: A study of breast cancer patients' experiences. *International Journal of Nursing Practice 10*(6), 248-256.	Å tolke og å forstå betydningen av pasienters opplevelser av lidelse relatert til helsehjelp fra et etisk, eksistensielt og ontologisk perspektiv.	16 svenske og finske kvinner med brystkreft deltok på kvalitative intervjuer som etterpå ble analysert med en hermeneutisk, fortolkende tilnærming.	Lidelse relatert til helsehjelp er et komplekst fenomen som utgjør en etisk utfordring for helsepersonell. Kvinnenes opplevelser av helsehjelps-relatert lidelse hadde en tendens til å være like alvorlig som deres opplevelse av lidelse relatert til det å ha kreft. I en etisk, eksistensiell og ontologisk forstand viser lidelse relatert til helsehjelp seg å dreie om omsorgssvikt, der pasientenes eksistensielle lidelse ikke blir sett, og hun ikke blir sett som et helt menneske.	Kvinnene i studien snakker mye om at de opplevde lidelse fordi de ikke følte seg sett som individer, at legene og sykepleierne ikke hadde et holistisk syn, og at de var mer drevet av rutiner og dårlig tid. Teorien forteller at helsehjelp til kreftsyke krever en god relasjon, å se pasientene som hele mennesker og at man må ta seg tid. Artikkelen bygger opp under teorien og viser viktigheten og effekten av disse sykepleietiltakene.
Kvåle, K. (2006). Den omsorgsfulle sykepleier – slik pasienter ser det. *Vård i Norden 26*(1), 15-19.	Tema: Hvordan vet kreftpasienter som bor på kreftavdeling for behandling, at sykepleierne bryr seg om dem? Artikkelen omhandler ett av fire temaer for intervjuer i en større kvalitativ studie om omsorg.	Valgt metode er Giorgis fenomenologiske tilnærming. 20 pasienter mellom 28 og 82 år, med forskjellige kreftdiagnoser, stadium og prognoser ble intervjuet.	Alle pasientene kunne utpeke én eller to sykepleiere som de følte brydde seg spesielt om dem. Den vesentlige egenskapen til en omsorgsfull sykepleier var at hun møter pasientene som medmennesker, ikke pasienter. Humoristisk sans, forklarende, oppmerksom og interessert trekkes også frem som viktige egenskaper.	Artikkelen er relevant fordi den gir et innblikk i hva kreftpasienter som gjennomgår behandling mener er god omsorg. Å benytte brukererfaringer i kunnskapsbasert praksis kan øke kvaliteten på pleien man gir.

Drageset, S., Lindstrøm, T. C. & 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 21*(2016), 205-211.	Å beskrive kvinners individuelle erfaringer og refleksjoner om mestring etter første år etter primær brystkreftkirurgi.	En oppfølgingsstudie med kvalitativt deskriptivt design. Ti kvinner ved et norsk sykehus ble intervjuet. Intervjuene var semistrukturerte, og ble analysert ved bruk av Kvale og Brinkmanns metode for kvalitativt innhold.	Fire temaer ble identifisert; eksistensielle utfordringer og det å finne mening, måter å tenke på og føle om sykdommen, iverksette tiltak, og å returnere til et normalt liv. De fleste kvinnene opplevde økt livsglede og større selvtillit. De hadde mer medfølelse for andre og fokuserte mer på deres egne livsprioriteringer. Kvinnene aksepterte situasjonen sin og gjorde det beste ut av det. Ting som positiv tenkning, fysisk aktivitet, selvpleie, natur, hobbyer, og jobb var til hjelp. Generelt var kvinnene optimistiske, på tross av frykten for tilbakefall og usikkerhet rundt fremtiden, og de ønsket å distansere seg fra kreftmiljøer og kreftinformasjon for å returnere til et normalt liv.	Studien er relevant da den fokuserer helt konkret på kvinners erfaringer og refleksjoner rundt mestring av kreftdiagnosen og behandlingen. Slik informasjon kan gi en god innsikt for helsepersonell, som kan bidra til å forbedre pleien som gis til andre pasienter.

3.2. Sammenfattet empiri

Oppgaven benytter seg av ni kvalitative forskningsartikler. Artiklene belyser kvinnenes opplevelser av å tape brystet, og hva kvinnene synes var bra med behandlingen de fikk av helsepersonellet. Samtidig snakker flere av artiklene om mangelfulle områder av pleien, og om hva som eventuelt kunne vært gjort bedre eller annerledes. Resultatene av artiklene sammenfattes i to kategorier: *reaksjoner på den forandrede kroppen* og *behovet for en god relasjon og kommunikasjon.*

3.2.1. Reaksjoner på den forandrede kroppen

Fallbjörk, Salander & Rasmussen (2012, s.46) og Grogan & Mechan (2017, s.1483) nevner i sine studier at kvinnene først og fremst ønsket å overleve, og hvordan de kom til å se ut var av mindre betydning. Flere studier finner at mastektomi hadde en negativ effekt på kvinnenes selvbilde, fordi brystene blir sett på som noe feminint og seksuelt, og har betydning for hvor attraktiv kvinnene føler seg (Davies et al., 2017, s.364-365; Fallbjörk et al., 2012, s.44-45; Grogan & Mechan, 2017, s.1484; Piot-Ziegler, Sassi, Raffoul & Delaloye, 2010, s.486, 491-492; Drageset, Lindstrøm & Underlid, 2015, s.207). Flere fortalte at opplevelsen hadde påvirket familielivet og samlivet negativt. Bekymringer rundt hvordan partneren kom til å reagere, og om de fortsatt ville finne dem attraktive, ble uttrykt. Selv om kvinnene omtalte operasjonsområdet som «stygt», konstaterte de likevel med at hvert sting var verdt det for å bli kvitt kreften (Davies et al., 2017, s.365; Freysteinson et al., 2012, s.364).

Å se arret for første gang beskrives i Davies et al. (2017, s.364) som traumatiserende. Deres intervjuer ble gjennomført 6-12 måneder etter kvinnenes operasjoner, og de fant at kvinnene fortsatt var i prosessen med å venne seg til deres nye kroppsbilder. Mastektomien hadde en varig innvirkning på personlig velvære og nære forhold. Kvinner i studien til Piot-Ziegler et al. (2010, s.491) forteller at de følte seg lemlestet av mastektomien, noe som fremprovoserte sterke følelser som sorg og angst. I begge studiene bruker kvinner ordet «slaktet» om hvordan de følte seg. Flere studier trekker frem at kvinnene ikke følte de hadde fått nok informasjon om hvordan de kom til å se ut, noe som gjorde at de ikke ante hva de kunne forvente. Kvinnene foreslår at mer informasjon, samt å se bilder eller videoer av mastektomerte bryst før operasjonen kunne ha hjulpet. Kvinnenes forventninger bør også adresseres før operasjonen slik at de får utløp for frykt, håp, og eventuelt urealistiske tanker om hvordan de kommer til å se ut (Davies et al., 2017, s.364-365; Freysteinson et al., 2012, s.368; Suplee, Jerome D'Emilia & Boiler, 2016, s.413). Suplee et al. (2016, s.413) trekker frem at dersom kvinnene forberedes nok preoperativt kan det føre til økt tilfredshet postoperativt.

I Piot-Ziegler et al. (2010, s.488, 492) nevner flere alderen sin som en faktor til deres reaksjon. Noen ser høy alder som årsak til at utseende ikke lenger er så viktig, eller at siden de er ferdige med å amme barn, har brystene gjort sin jobb. Andre grunngir lavere alder til at rekonstruksjon var nødvendig, fordi brystene har betydning for selvfølelsen til unge kvinner. Liknende funn kan vi også se i Fallbjörk et al. (2012, s.44) og Grogan & Mechan (2017, s.1484). Grogan & Mechan (2017, s.1485) bemerket i tillegg at andre kroppsforandringer som hårtap og vektøkning var minst like viktige for kvinnene som tapet av brystet. Enkelte kvinner i studien til Drageset et al. (2015, s.207) snakker om holdninger til kreften, og personlige egenskaper, som faktorer for å klare seg bra. Å tenke

at man skal bli frisk, snu det negative til noe positivt, være sta, ha humor, og ha en sterk psyke nevnes som eksempler. Fallbjörk et al. (2012, s.47) og Grogan & Mechan (2017, s.1487-1488) skriver at sykepleiere og annet helsepersonell må være oppmerksomme på hvordan hver enkelt kvinne påvirkes, og verne dem mot fordommer basert på sammenhengen mellom bryst, seksualitet og femininitet, samt fordommenes tilknytning til det en tror pasientene trenger. Viktigheten av at man som sykepleier ikke går ut ifra at pasienten kommer til å ha en negativ reaksjon, men heller tilpasser pleien til hvert individs bekymringer og følelser, understrekes. Fallbjörk et al. (2012, s.47) konkluderer sin studie med at opplevelsen av mastektomi grunnet brystkreft er svært individuell og kontekstuell.

3.2.2. Behovet for en god relasjon og kommunikasjon

To studier fant at kvinnene hadde et behov for informasjon som ikke ble møtt av helsepersonellet, både i forkant og etterkant av operasjonen. Noen fortalte at de ikke følte seg sett eller hørt som individer, men heller som pasienter eller ofre. Informasjon ble dermed ikke tilpasset den enkelte, men gitt på generelt grunnlag (Suplee et al., 2016, s.413; Arman, Rehnsfeldt, Lindsholm, Hamrin & Eriksson, 2004, s.252). Oppfølgingen etter operasjonen viste seg også å være en kilde til utilfredshet for flere. Kvinnene følte at de plutselig var alene, uten tilgang på nok informasjon som kunne hjelpe dem i den nye realiteten. Flesteparten lette etter svar på internett, selv om dette ble beskrevet som «et skummelt sted» (Suplee et al., 2016, s.413). I Drageset et al. (2015, s.209) forteller kvinnene at etterhvert som tiden gikk, ble det nødvendig å slutte å oppsøke informasjon, og å distansere seg fra alt som omhandlet kreft for å kunne gå videre med livene sine.

I studien til Davies et al. (2017, s.365) beskriver kvinnene at helsepersonellet var støttende, at de besvarte spørsmål fort, og at de ga mye informasjon. De følte at de kunne kontakte dem når som helst, og om hva som helst, noe som betydde mye for dem. Pasientene i studien til Kvåle (2006, s.17) forteller at å få god informasjon om både sykdommen, behandling og andre praktiske ting er viktig. De opplever ting for første gang, og har et stort behov for informasjon på mange områder. Å oppleve omsorg utover det som var strengt nødvendig gjorde at pasientene følte en spesiell tilknytning til sykepleieren som var vanskelig å beskrive. Det var denne sykepleieren pasientene hadde lyst til å snakke med dersom noe var vanskelig. Når sykepleiere tok seg tid til å bli kjent med dem som medmennesker, husket deres historie, og var oppriktig interesserte i å lytte, ga det pasientene motivasjon og en følelse av å bli ivaretatt. Arman et al. (2004, s.252-253) understreker at helsepersonellet tar et valg når de ikke stiller spørsmål som angår lidelse. De velger å se bort ifra det eksistensielle og psykiske, og anser dermed ikke kvinnene som et helhetlig vesen, men heller som objekter. Kvinnene beskriver at de led som følge av at en god relasjon aldri hadde tatt form, at de ikke ble sett som unike medmennesker, og at helsepersonellet ikke tok seg nok tid. Opphavet til lidelsen fant de i opplevelsen av skuffelse. Lidelsen ble også større etterhvert som kvinnene prøvde å beskytte seg selv mot skuffelse ved å unngå helsepersonellet. De ble også henvist videre til psykologer, terapeuter, og kreftorganisasjoner dersom de hadde behov for å prate om eksistensielle problemer, noe som gjorde at flere følte seg skamfulle. Studien konkluderer med at lidelsen kvinnene opplevde knyttet til helsehjelpen, hadde en tendens til å være av samme alvor som deres lidelse knyttet til selve kreften. Drageset et al. (2015, s.207) skriver at å gjenkjenne følelser, og å få snakket om dem, var viktig for å kunne føle at en hadde kontroll. I tillegg bidro det å verken være trett eller føle smerte til positive tanker og følelser.

4. Teori

I dette kapittelet anvendes relevant pensum- og faglitteratur for å belyse problemstillingen og funn fra de benyttede forskningsartiklene. Jeg går nærmere inn på brystkreft og mastektomi, selvbilde, kroppsbilde, og identitet, betydningen av en god relasjon, og sykepleieteoretikeren Callista Roy sin adaptasjonsmodell.

4.1. Brystkreft og mastektomi

Brystkreft (cancer mammae) er en ondartet svulst i kjertlene i brystet. Brystkreft er den vanligste kreftsykdommen blant kvinner, og i 2018 var det 3568 norske kvinner som fikk diagnosen, samt 650 som døde av den (Kreftregisteret, 2020). Forekomsten er klart hyppigst hos kvinner, men årsaken til utvikling av brystkreft er en fortsatt ikke sikker på. Brystkreft oppleves som en svært belastende diagnose, både for den rammede kvinnen og hennes pårørende, men også for helsevesenet. Det forskes mye på brystkreft i dag med et mål om å kunne forebygge sykdommen. Tiltak som innføring av mammografiprogrammet jobber mot å redusere dødeligheten av brystkreft gjennom jevnlige screeninger av symptomfrie kvinner i alderen 50 til 69 år. Dette har gjort det mulig å oppdage sykdommen tidligere, og prognosen, som avhenger av sykdommens stadium, blir dermed bedre. (Sørensen et al., 2016, s.437-439; Kvinnsland, 2004, s.317-319).

Mastektomi er en kirurgisk behandlingsform hvor en går inn og fjerner svulsten sammen med hele brystkjertelen. Vi sier da at hele brystet fjernes. Dette gjøres dersom brystbevarende kirurgi ikke er mulig å gjennomføre, eksempelvis dersom svulsten er for stor eller dersom det er flere svulster. Kvinnene skal samtidig få tilbud om primær rekonstruksjon, altså at et nytt bryst gjenskapes under samme operasjon. Ofte blir da en brystprotese operert inn (Kreftregisteret, 2019, s.15; Sørensen et al., 2016, s.442). Kirurgisk behandling har to mål – å fjerne all sykdom i brystet og i aksillære lymfeknuter (å få lokoregional kontroll), og å få en så nøyaktig vurdering av kreftens stadium som mulig. Type behandling som velges avhenger av kreftens stadium på diagnosetidspunktet. For mange vil det være nødvendig med tilleggsbehandling til kirurgi, fordi sykdommen ofte ikke begrenser seg til det kirurgen fjerner fra brystet (Kvinnsland, 2004, s.320). Etterbehandling inkluderer for eksempel strålebehandling, kjemoterapi, og antihormonbehandling. Med dette kan også en lang rekke bivirkninger fremkomme, både fysiske og psykiske (Kreftforeningen, 2020).

4.2. Selvbilde, kroppsbilde, og identitet

Selvbilde, selvtillit, og selvoppfatning kan bli utfordret når en blir kreftsyk (Dahl, 2016, s.24). Ofte er kvinnene som får brystkreft friske fra før. Mange har verken symptomer eller en følelse av å være syk, noe som kan gjøre det vanskelig for kvinnene å kjenne seg igjen i pasientrollen. Brystkreftbehandling kan være en langvarig prosess som påfører pasienten fysiske og psykiske forandringer, og å tape et bryst vil for de fleste oppleves som et stort traume (Sørensen et al., 2016, s.437, 446). Å tilpasse seg endringene kan også ta lang tid; ofte tar det nærmere to år før kroppsbildet stabiliseres (Dahl, 2016, s.24, 221). Gjertsen (2004, s.325) skriver at det å fjerne et bryst ikke bare oppleves som å tape en

hvilken som helst kroppsdel, men at det kan føles som å tape kvinnelighet og identitet. Ikke bare fungerer brystet til en kvinne som et symbol på det feminine, men det har også betydning for funksjonene amming og seksualitet. Dermed er brystet også et identitetsskapende organ. Identitet beskrives i litteraturen som «det å oppleve seg selv som den samme over tid». Begrepet handler om hvilke oppfatninger en har om seg selv, og hvem en er som menneske (Solvoll, 2016, s.107).

Helsesvikt, sykdom, og tap påvirker selvbildet vårt (Kristoffersen, 2016, s.46). Bivirkninger og senskader av brystkreftbehandling kan inkludere kronisk tretthet, lymfeødem, hårtap, smerter, seksuell dysfunksjon, samt søvnproblemer, depresjon, og angst (Kreftforeningen, 2020). Alle disse punktene har betydning for hvordan en opplever seg selv, og kan være med på å negativt påvirke ens selvbilde og identitet. Utseende forandres, og kanskje klarer man ikke lenger å bruke kroppen slik man er vant til. Dette kan igjen ha innvirkning på hvor motivert man er for å tilpasse seg den nye situasjonen (Rustøen, 2004, s.43; Schjølberg, 2004, s.93). Kroppsbildet vårt kan beskrives som måten en ser på sin egen kropp, sitt fysiske selv. Dette angår både kroppens funksjoner og kroppens utseende, og kroppsbildet er en viktig del av selvbildet. Å måtte fjerne et bryst medfører forandring på ens fysiske utseende, og kan ha stor betydning for hvordan kvinnene opplever og ser på seg selv (Schjølberg, 2004, s.90-91). Noen vil kunne leve helt greit med endringene, mens andre vil behøve korreksjon gjennom kosmetisk kirurgi (Dahl, 2016, s.28). Uansett er et godt forhold til kroppen helt nødvendig for et positivt selvbilde. Et endret kroppsbilde kan i tillegg få konsekvenser for forhold til ens nærmeste, livskvalitet, og til og med helbredelsesprosessen (Schjølberg, 2004, s.90-91).

Å få en kreftdiagnose kan oppleves som svært traumatiserende, og de samme stress-, og krisereaksjonene som beskrives etter ulykker og katastrofer kan utløses (Sørensen et al., 2016, s.440). Krisereaksjonene er gjerne sterkest når tapet kommer uforberedt, og som nevnt, er ofte brystkreftrammede friske og symptomfrie fra før. Naturlige reaksjoner inkluderer blant annet sorg, og angst for fremtiden. Kvinnene må få lov å ha disse reaksjonene for å kunne jobbe mot å akseptere den nye kroppen sin (Eide & Eide, 2017, s.77; Gjertsen, 2004, s.326). Som sykepleier har man en sentral rolle i å hjelpe kvinnene mot aksept. Dette kan gjøres gjennom å være til stede for, lytte til, og støtte pasienten, samt å gi informasjon, veiledning, og undervisning (Schjølberg, 2004, s.90-91).

4.3. Betydningen av en god relasjon

En relasjon er et forhold, kontakt, eller forbindelse mellom to personer (Eide & Eide, 2017, s.17). I denne oppgaven brukes det om forholdet mellom sykepleier og pasient. Som sykepleiere møter vi mennesker hver dag fordi de har behov for helsehjelp. Forholdet er i utgangspunktet et profesjonelt hjelpeforhold, der den andre er avhengig av vår hjelp. Det er ikke kjemien eller personlighetstrekk hos pasienten som avgjør om sykepleier er der for dem, men heller den etiske og juridiske plikten helsepersonell har til å yte helsehjelp. Spesielt viktig for sykepleiens etikk er relasjonsteorier. Sykepleier skal utføre omsorgsfulle og faglig kyndige handlinger til de som behøver det. Det stilles krav til å bygge tillit, være tålmodig, og forståelsesfull, kanskje spesielt i de situasjonene en ikke føler en trang til å være spesielt omsorgsfull eller omtenksom (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s.90-91).

Når sykepleiere møter kreftpasienter og deres pårørende er det viktig å huske at de er i en svært sårbar og stressende situasjon. Måten pasientene blir ivaretatt er avgjørende for deres tilfredshet, og en god relasjon til sykepleieren har også betydning for deres

opplevelse av helse og livskvalitet (Lorentsen & Grov, 2016, s.398). En god relasjon legger i tillegg grunnlaget for god og profesjonell kommunikasjon. Denne kommunikasjonen skal være faglig fundert og personorientert, altså at man ikke ser pasienten som kun pasient, men heller som en hel person med ressurser, verdier, egenskaper, ønsker, og mål. Personorientert kommunikasjon forutsetter at sykepleier lytter aktivt, utforsker og anerkjenner den andre som et unikt menneske, at hun prøver å forstå pasientens psykososiale kontekst, og at hun deler makt slik at pasienten får utøve selvbestemmelse, og ta kontroll over situasjonen der det er mulig. For at dette skal la seg gjøre må sykepleieren være oppmerksomt til stede, og lytte til både verbale og nonverbale uttrykk. Slik kan man oppfatte og gripe muligheten til å snakke om det som er vesentlig og viktig for pasienten, enten det ble uttrykt direkte eller indirekte (Eide & Eide, 2017, s.16-17).

God og profesjonell kommunikasjon er helsefremmende. Det bidrar til mestring og bedring av helse, og kan også motivere til å ta tak i egen situasjon der det er nødvendig. Gjennom god, personorientert kommunikasjon kan en møte menneskers behov for selvbestemmelse, tilknytning, og følelse av kompetanse, eller mestring. Dette kan igjen styrke pasientenes indre motivasjon og gjøre det lettere for dem å gjennomføre sitt helseprosjekt, enten det måtte være opptrening, livsstilsendring, å ta tiden til hjelp, eller forsone seg med en situasjon, eksempelvis det å ha tapt et bryst (Eide & Eide, 2017, s.18-19).

4.4. Callista Roys sykepleieteori

Callista Roy (1939-) er en sykepleieteoretiker som er mest kjent for å ha utviklet *the adapatiation model of nursing*, eller *adaptasjonsmodellen*. Adaptasjonsmodellen omhandler pasienters evne til å tilpasse seg indre og ytre påkjenninger, og forklarer hvordan sykepleier kan arbeide for at påkjenningene faller innenfor det pasienten klarer å håndtere. Dermed fremmes også pasientens helse og livskvalitet (Roy & Andrews, 1999, s.18-19). En kan si at modellen handler om hvordan sykepleier, ved hjelp av sykepleieprosessen, kan bidra til å styrke pasientens ressurser gjennom å styrke motivasjonen og kunnskapsnivået (Kristoffersen, 2016, s.18-19).

Ifølge Roys adaptasjonsmodell fungerer mennesket som en bio-psyko-sosial helhet, et system, som konstant samhandler med omgivelser, som kontinuerlig forandrer seg. For å tilpasse oss disse forandringene, og opprettholde integriteten vår, bruker vi biologiske, psykologiske, og sosiale mestringsmekanismer, både medfødte og ervervede. Når en person klarer å tilpasse seg forandringer, har de reagert positivt og hensiktsmessig (Roy & Andrews, 1999, s.19, 35-38). Roy betegner begrepet adaptasjon som mestring, eller det å aktivt tilpasse seg omgivelsene. Hun mener dermed at mennesker og omgivelsene må sees i sammenheng, og at en ikke kan forstå individet uten å samtidig forstå relasjonen til deres omgivelser (Kristoffersen, 2016, s.20). Sykepleiers oppgave er å fremme enkeltmenneskers og samfunnets helse. Sykepleieprosessen går ut på å vurdere atferd og stimuli som påvirker en persons adaptasjonsnivå, og ut ifra dette skal sykepleier planlegge tiltak som vil gjøre adaptasjon mulig, altså fremme en adaptiv respons (Roy & Andrews, 1999, s.54-55). For eksempel, når sykepleier møter en pasient som har fjernet brystet, må kvinnens reaksjoner kartlegges. Er adaptasjonen hensiktsmessig eller ikke? Mestrer pasienten situasjonen? Dersom pasienten reagerer negativt og uhensiktsmessig må sykepleieren se på de ulike stimuliene, eller påkjenningene kvinnen opplever, for å finne årsaken. Deretter kan en sette sykepleiediagnose, mål, tiltak, og til slutt evaluere om intervensjonen har fungert. Stimuli definerer Roy som noe som medfører en reaksjon, og

kan være indre eller ytre endringer mennesket utsettes for (Roy & Andrews, 1999, s.32, 38-39).

5. Diskusjon

5.1. Innledning

I dette kapittelet presenterer jeg en metodediskusjon, før jeg drøfter resultatet av forskningen opp mot teori i en resultatdiskusjon. Sykepleie vil diskuteres fortløpende. Å drøfte vil si å diskutere og å granske noe fra forskjellige sider (Dalland, 2012, s.143). Resultatdiskusjonen vil belyse problemstillingen: *«Hvordan kan sykepleier bidra til å styrke selvbildet til kvinner som nylig har gjennomgått mastektomi som følge av brystkreft?»*

5.2. Metodediskusjon

Poenget med metodediskusjonen er å identifisere og belyse svakheter eller begrensninger ved metodene jeg har brukt. Jeg har arbeidet etter NTNUs retningslinjer for bacheloroppgave i sykepleie, tips fra veileder og informasjon fra seminarer. Jeg har også hatt god nytte av Dallands bok for oppgaveskriving, og Evans analysemodell.

I søken etter empiri valgte jeg å bruke hovedsakelig to databaser, Cinahl og PubMed. Dette er databaser jeg føler meg trygg på å bruke og som jeg er sikker på at kan gi tilfredsstillende resultater. Likevel kan det bety at jeg går glipp av annen god forskning som kun er tilgjengelig i andre databaser og som kunne påvirket resultatet. Oppgavens omfang og tidsbegrensing gjør at en ikke har ubegrenset tid å bruke på søkeprosessen, og det var derfor nødvendig å lage inklusjons- og eksklusjonskriterier for å lettere finne frem til relevant forskning. Det er også brukt tid på oversetting for å forstå innholdet i mye av forskningen da de fleste artiklene er skrevet på engelsk. Det kan være fare for at det har oppstått språklige misforståelser i tolkningen.

Oppgaven benytter seg av ni kvalitative artikler som belyser flere områder av problemstillingens omfang. Ved å bruke kvalitative studier får jeg et godt fundament som bygger på pasientenes egne erfaringer med brystkreftbehandling. Derimot kan kvantitative studier bringe data fra store informantgrupper og gi målbare enheter. Min litteraturstudie kan derfor ikke si noe om hvor mange kvinner som har opplevelser som i forskningen, eller hvor ofte det skjer, men heller at noen kvinner opplever dette. Hensikten med oppgaven er å si noe om hjelpen sykepleier yter til sine pasienter, altså hva som skjer i deres relasjon. Kvalitative studier anser jeg derfor som det viktigste for denne oppgaven, da poenget ikke er å tallfeste eller måle data. I stedet ønsker jeg å bedre forstå individers opplevelser, og samhandlingen mellom enkeltmennesker. Det er benyttet tre studier fra USA, én fra Storbritannia, én fra Sveits, én fra Sverige, én fra Sverige og Finland, og to fra Norge. Dette ser jeg på som en styrke da helsetilbudet kan sammenlignes godt med det som tilbys i Norge, på tross av at helsetjenester i USA finansieres av det private.

Jeg har forsøkt å benytte de mest oppdaterte utgavene av faglitterære bøker, likevel har jeg måttet bruke eldre utgaver (eksempelvis Reitan & Schjølberg, 2004) der det ikke har vært tilgang på annet. Dette gjør at jeg kanskje ikke har fått med oppdateringer som var av relevans og betydning for oppgaven.

En mulig svakhet med oppgaven er at jeg ikke har skilt mellom kvinner som kun har utført mastektomi, og de som i tillegg har fått brystrekonstruksjon. Forskning kan tyde på at rekonstruksjon av brystet kan hjelpe med å øke selvbildet, likevel rapporterer begge gruppene svekket selvbilde. Visse tiltak, som informasjon om proteser, vil kun være relevant for den ene gruppen. Samtidig finnes det store fellestrekk som kan være behjelpelig i pleien til begge gruppene. Jeg har også valgt å ikke skrive noe om pårørendes rolle i arbeidet med disse kvinnene, på tross av at pårørende, spesielt partner, er særdeles viktige støttespillere. Deres reaksjoner og hvordan de håndterer situasjonen har stor betydning for hvilke opplevelser kvinnene har. Sykepleiers arbeid vil i praksis også innebære pårørendearbeid, og arbeid mellom kvinnene og deres partner. Likevel ønsket jeg å kun fokusere på det som skjer mellom sykepleier og pasient.

5.3. Resultatdiskusjon

5.3.1. Reaksjoner på den forandrede kroppen

Ventetiden fra en får diagnostisert brystkreft til kirurgisk behandling starter skal ikke være mer enn 13 kalenderdager (Helsedirektoratet, 2020), noe som betyr at kvinnene får svært mye informasjon på relativt kort tid. Ikke bare får de vite diagnosen, men i tillegg kommer informasjon om behandling, ulike prosedyrer de må igjennom, samt valget om å beholde brystet eller ikke. Reaksjonene er svært individuelle, men for mange vil ventetiden være preget av uvirkelighet, uvisshet, og redsel. Diagnosen kan være vanskelig å akseptere for kvinnene og deres pårørende, dette fordi mange føler seg friske, og er symptomfrie. I denne tiden er ofte ønsket om å leve det som står høyest, og forandringene på utseendet er av underordnet betydning (Sørensen et al., 2016, s.444). En av deltakerne i forskningen beskrev det slik: «Your first reaction is to remove the breast to get rid of the cancer – get rid of the cancerous breast. Just take away everything; I will not have anything to do with it any more." (Fallbjörk et al., 2012, s.44). Også Grogan & Mechan (2017, s.1483) fant at det å overleve var langt viktigere enn utseendet for kvinnene i den tidlige fasen. Etter mastektomien derimot, rapporterer kvinnene i begge studiene betydelig redusert kroppsbilde og selvtillit.

Etter operasjonen er det mange som beskriver følelsene sine som sorg, både over å ha tapt brystet, men også over å ha tapt identitet og kvinnelighet (Gjertsen, 2004, s.326). I Drageset et al. (2015, s.207) forteller en kvinne at hun hadde vært gjennom en sorgprosess over tapet, og i Davies et al. (2017, s.364) møter vi en kvinne som fortsatt sliter med å se på arrene sine 6-12 måneder etter mastektomien. Lignende funn kan vi også se i Fallbjörk et al. (2012, s.44-45), Grogan & Mechan (2017, s.1484) og Piot-Ziegler (2010, s.486, 491-493) hvor flere beskriver at femininiteten, seksualiteten, og følelsen av å være attraktiv er borte, og at de ikke lenger gjenkjenner seg selv. Ei beskriver til og med at hun føler seg fremmedgjort og mindre menneskelig – som et monster. Ved å tape brystet har de altså tapt litt av seg selv. For andre derimot, viser det seg at tapet ikke var så stort. «I am a woman with or without my breasts.» (Fallbjörk et al., 2012, s.45). Enkelte hadde aldri brydd seg om kroppsbildet, ei mente det like greit kunne vært foten, og flere mente at femininiteten ikke var knyttet til selve brystet, men heller til andre aspekter av utseende som bekledning, eller til egenskaper som å ivareta andre. I Grogan & Mechan (2017, s.1485) finner vi dessuten en tredje vinkling, nemlig at arrene er deres krigssår og bevis på en vellykket kamp mot kreft. På denne måten opplevde de stolthet over arrene sine. Noen opplever derimot arret som en konstant påminnelse om det de har vært gjennom

(Suplee et al., 2016, s.413; Sørensen et al., 2016, s.441). Fallbjörk et al. (2012, s.47) og Grogan & Mechan (2017, s.1487-1488) skriver at sykepleiere og annet helsepersonell må være oppmerksomme på hvordan hver enkelt kvinne påvirkes, og verne mot fordommer basert på sammenhengen mellom bryst, seksualitet og femininitet, samt dens tilknytning til det en tror pasientene trenger. De understreker viktigheten av at man som sykepleier ikke går ut ifra at pasienten kommer til å ha en negativ reaksjon, men heller tilpasser pleien til hver enkeltes bekymringer og følelser. I Drageset et al. (2015, s.207) forteller en kvinne at å kjenne på følelsene sine, og få snakket om de, gjorde at hun følte hun hadde mer kontroll over situasjonen. Dette kommer igjen tilbake til det Eide & Eide (2017, s.16-17) skriver om personorientert kommunikasjon, hvor sykepleier må stille spørsmål om hva som er viktig for personen. Dette vil igjen fremme selvbestemmelse, autonomi, og mestring.

I faglitteraturen står det at sykepleier bør oppfordre kvinnene til å se seg selv i speilet før de reiser hjem fra sykehuset. På denne måten kan sykepleier vær til stede for å svare på spørsmål, støtte, og trøste dersom det skulle være nødvendig (Sørensen et al., 2016, s.446). Flere av studiene snakker om nettopp denne opplevelsen, som i Davies et al. (2017, s.364) beskrives som traumatiserende, og kvinnene følte seg både sjokkerte og forferdet. Freysteinson et al. (2012, s.368) foreslår at sykepleiere bør diskutere opplevelsen av å se seg selv i speilet for første gang med pasientene både pre- og postoperativt, slik at forventninger, håp, og frykt kan adresseres. Å diskutere tankene sine kan åpne for et reflekterende helbredelsesløyeblikk, og pasientene kan oppleve større tilfredshet postoperativt. Flere studier trekker frem at kvinnene ikke følte de hadde fått nok informasjon om hvordan de kom til å se ut, noe som gjorde at de ikke ante hva de kunne forvente. Kvinnene foreslår at mer informasjon, og å se bilder eller videoer av mastektomerte bryst før operasjonen, kunne ha hjulpet (Davies et al., 2017, s.365; Suplee et al., 2016, s.413). Likevel kan det tenkes at ikke alle ønsker å se dette på forhånd da det ligger mye frykt inne i bildet, og sykepleier må dermed vise varsomhet. Sykepleier bør også tilby et speil til pasientene når de skal skifte bandasjene eller sjekke såret for første gang. Sykepleier må likevel respektere beslutningen dersom kvinnen ikke ønsker dette (Gjertsen, 2004, s.326). Det en derimot kan se i studiene til Davies et al. (2017, s.364) og Freysteinson et al. (2012, s.364) er at kvinner som ikke så seg selv i speilet på sykehuset, kunne gå i mange dager før de klarte å gjøre det på egenhånd i sitt eget hjem. Frykten for hva de kom til å se gjorde at speilingen ble utsatt. En av kvinnene beskriver til og med at tankespinnet hun opplevde mens hun unngikk speilet, var verre enn å faktisk se på seg selv. Andre slet med å se flere ganger etterpå. Dette underbygger viktigheten av at sykepleier oppfordrer til speiling på sykehuset, og at kvinnene får god informasjon om opplevelsen, uansett når og hvor de ønsker at det skal skje for første gang.

I flere av forskningsartiklene trekker kvinner frem alderen sin som en faktor til deres reaksjon. Noen ser høy alder som en årsak til at utseende ikke lenger er så viktig, eller at ettersom de er ferdige med å amme, har brystene gjort sin jobb. Av yngre kvinner argumenteres det for at rekonstruksjon var nødvendig fordi de fortsatt er unge, og derav har brystene betydning for selvfølelsen. Også Dahl (2016, s.221) skriver at yngre pasienter er blant de som sliter mest med kroppsbildet, noe som kan være fordi selvbildet utvikles og modnes over tid. I så fall kunne det da tenkes at sykepleier kan tilpasse pleien etter kvinnens alder slik at pleien lettere kunne standardiseres. På en annen side skriver Gjertsen (2004, s.326) at følelsene kvinnene kjenner på ikke er avhengig av alder, selv om en kanskje skulle tro det. Forskningen finner at også kvinner over 60 år kan føle et like stort tap som kvinner i 30-årene, samtidig som vi finner 30-åringer som ikke synes tapet

var av stor betydning for selvbildet (Fallbjörk et al., 2012, s.44; Grogan & Mechan, 2017, s.1483-1484; Piot-Ziegler et al., 2010, s.486-491). I Drageset et al. (2015, s.207) nevner noen kvinner at personlige egenskaper, som positivitet, humor, og stahet, samt deres holdning til sykdommen, var det som fikk dem vel gjennom. Også Schjølberg (2004, s.92) skriver at måten en person reagerer på et endret kroppsbilde avhenger av deres evne til å mestre stress, tidligere reaksjonsmønstre i vanskelige situasjoner, og faktorer knyttet til personen selv. Grogan & Mechan (2017, s.1485) fant dessuten at det ikke nødvendigvis var tapet av brystet som var den største utfordringen for kvinnene. Flere trekker frem at hårtap, vektøkning og fremskyndet menopause som følge av adjuvant behandling (tilleggsbehandling) kunne være minst like ille. Fallbjörk et al. (2012, s.47) konkluderer sin studie med at opplevelsen av mastektomi grunnet brystkreft er svært individuell og kontekstuell, noe vi også lærer av Roys adaptasjonsmodell, som sier at sykepleier må se personen i sammenheng med sin kontekst (Roy & Andrews, 1999, s.38). Vi forstår dermed at reaksjonene på å ha tapt et bryst kan være svært varierende. Det finnes ikke bare én reaksjon sykepleier kan anta og gå ut ifra når hun skal hjelpe. Årsaken til brystkreftrammedes negative reaksjon kan være så mangt, og sykepleier kan ikke gå ut ifra at det var tapet av selve brystet kvinnen ser på som det største problemet. I stedet må det utforskes, og sykepleier må stille spørsmål om hvordan tapene påvirker resten av livet hennes (Lorentsen & Grov, 2016, s.418). Støtten en person mottar mens de forsøker å tilpasse seg et endret kroppsbilde, vil ha betydning for utfallet av en tilpasningsprosess (Schjølberg, 2004, s.92). Det er her sykepleieprosessen bør anvendes som arbeidsmetode. Datasamling og kliniske vurderinger er viktig for å avdekke postoperative komplikasjoner på den fysiske kroppen, men også for å kunne fange opp behovet for psykisk støtte (Sørensen et al., 2016, s.445-446). Også Roy omtaler sykepleieprosessen i arbeidet med å tilpasse omsorgen. Siden sykepleier skal fremme adaptasjon, må hun få oversikt over personens adaptasjonsnivå, mestringsstrategier og stimuli de påvirkes av. Ut ifra dette kan det gjøres tiltak for å korrigere mestringen hvis nødvendig (Roy & Andrews, 1999, s.55).

5.3.2. Behovet for en god relasjon og kommunikasjon

Flere studier snakker om kvinnenes behov for informasjon og kunnskap, og hvordan mange opplevde at informasjonsbehovet deres ikke ble møtt av helsepersonellet. Å dekke dette behovet er en sentral rolle for sykepleiere, og retten til nødvendig informasjon for å få innsikt i sin egen helsetilstand er også nedfelt i loven (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2). I tillegg er sykepleiere lovpålagte til å ivareta behovet for informasjon til de som har krav på det (Helsepersonelloven, 1999, §10), og ifølge de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere, skal sykepleier understøtte håp, mestring, og livsmot, samt ivareta den enkeltes behov for helhetlig omsorg (Norsk sykepleierforbund, u.å.). Informasjon om kreften, behandling, og eventuelle bivirkninger kan lindre usikkerheten kvinnene kjenner på, og gir opplevelsen av god omsorg. Suplee et al. (2016, s.413) fant at flere kvinner opplevde helsepersonellet som nølende når de ønsket informasjon, som om de ikke ville skremme dem. En del av sykepleiers jobb er å, ved bruk av klinisk skjønn, avveie balansen mellom det som må formidles, og det kvinnen orker å ta inn. Når helsepersonellet har et behov for å skåne pasienten kan informasjonen bli uklar (Dahl, 2016, s. 45-46), og det kan tenkes at dette oppleves svært frustrerende fra pasientens side.

Det viser seg også at mangelfull kommunikasjon og relasjon medfører lidelse for kvinnene. Arman et al. (2004, s.251) skriver at flere av kvinnene i deres studie led som følge av at

en god relasjon til helsepersonellet ikke hadde tatt form, eller fordi kvinnene ikke følte seg sett som unike medmennesker. Eksempel på dette var at ingen tok seg tid til å være med dem eller være oppmerksomme på deres behov. Suplee et al. (2016, s.413) gjorde også lignende funn der kvinnene følte seg mer sett som «typiske» pasienter eller ofre, i stedet for individer. I begge studiene medførte dette at informasjon ble gitt på generelt grunnlag, og hver kvinnes særegne informasjonsbehov ble oversett. Videre skriver Arman et al. (2004, s.251-252) at kvinnene var bevisste på både den mangelfulle relasjonen, og mangelen på relasjonsstyrkende tiltak fra sykepleiernes side. I tillegg ble noen av kvinnene henvist videre til psykologer, terapeuter, og kreftorganisasjoner når de ønsket å prate om psykiske og eksistensielle bekymringer. Når kvinnenes lidelse ble stor nok, begynte de å beskytte seg selv mot skuffelse ved å unngå helsepersonellet som skulle ivareta dem. Kvåle (2006, s.16-17) fant i sin studie at pasientene spesielt verdsatte sykepleiere som tok seg tid til å forklare, og ga informasjon. Dette var egenskaper som gjorde at pasientene følte seg ivaretatt og at sykepleieren virkelig brydde seg om dem som medmennesker. En pasient nevnte at dersom noe var vanskelig, ventet hun til en spesifikk sykepleier kom på vakt før hun snakket om det. Dersom pasientene ikke får en slik relasjon til noen av sykepleierne, men heller unngår dem, kan det tenkes at deres følelser blir undertrykt, og de vil ikke få den hjelpen de sårt behøver. Når en person ikke sier klart i fra at de har behov for hjelp, kan det være lett å undervurdere behovet. En del av sykepleiers jobb er å være på vakt etter tegn og signaler om at kvinnene har behov for å snakke om vanskelige og vonde tanker og følelser (Eide & Eide, 2017, s.76; Sørensen et al., 2016, s.446). Dersom dette ikke blir gjort kan kvinnen få en opplevelse av at sykepleieren er uinteressert, og føle seg som en hvilken som helst annen pasient. Det er dette kvinnene i Arman et al. (2004) og Suplee et al. (2016) beskriver. Helsepersonell har til rådighet kraftige midler til å enten styrke, eller motvirke pasienter i deres omsorg. Det vil være naturlig for sykepleier å trekke inn andre yrkesgrupper i et tverrfaglig samarbeid, som psykologer, prester og kosmetologer (Schjølberg, 2004, s.96). Dette betyr derimot ikke at sykepleier ikke skal være tilgjengelig for samtale med pasientene når de trenger det. Det kvinnene i studien til Arman et al. (2004) opplevde, kan fremstå som at sykepleierne fraskriver seg ansvaret for å ivareta psykiske og eksistensielle behov, noe som er sykepleiers ansvarsområder på lik linje med ivaretagelse av fysiske behov.

Roys adaptasjonsmodell påpeker at sykepleiers rolle, blant annet, er å eliminere uhensiktsmessige mestringsstrategier (Roy & Andrews, 1999, s.19), og i dette er en god relasjon absolutt nødvendig. At livet trues, å tape kontroll, og å bli avhengig av helsepersonell er krenkelser som kan være vanskelige å akseptere. Med gode mestringsstrategier kan selvfølelsen forbedres, og en kan jobbe mot å bli selvhjulpen igjen. Da handler det å komme seg ut av benektelse og avhengighet, å gjenvinne kontroll og autonomi, og å forholde seg realistisk til den nye statusen som kreftpasient. Dette er en kompleks prosess, og helsepersonell må være tydelige på at det tar tid (Dahl, 2016, s.24-25, 28). Arbeid, hobbyer, natur, trening, og meditasjon brukes som eksempler på mestringsstrategier som kan minke stress og øke velvære. Hovedpoenget skulle være at hver enkelt må kjenne etter hva som føles riktig for dem (Drageset, 2015, s.207-209). En uhensiktsmessig mestringsstrategi er eksempelvis fornektelse. Dette kan vi se hos en kvinne i studien til Davies et al. (2017, s.364) som flere måneder etter operasjonen fortsatt ikke ønsket å se ordentlig på seg selv eller arrene sine i speilet. I stedet distanserer hun seg selv fra hendelsen, noe som kan føre til at en ikke bearbeider følelsene sine. Det er nødvendig at sykepleiere, og andre som jobber med denne typen pasienter, har en bedre forståelse av hvilke utfordringer kvinner opplever etter å ha sett arrene sine. Det må også implementeres bedre strategier for å hjelpe kvinnene med en

vellykket tilpasning. Dette kan inkludere preoperative tiltak som rådgivning, «teach-back»-metoden hvor kvinnene skal gjenfortelle det de har lært, og forberedning på hvordan såret kommer til å se ut. Når tapet først foreligger har sykepleier en viktig rolle med å observere psykiske og emosjonelle reaksjoner, og å gi individtilpasset informasjon og veiledning. Dette kan kun gjøres dersom sykepleier har en god relasjon til pasienten og utøver personorientert kommunikasjon. Kvinnene vil ha behov at sykepleier lytter, er til stede for, støtter og aksepterer deres følelser (Gjertsen, 2004, s.326). Den gode relasjonen gir en følelse av trygghet og tillit hos pasientene (Kvåle, 2006, s.16).

6. Konklusjon

Formålet med denne studien har vært å se på hvordan sykepleier kan hjelpe brystkreftrammede med å styrke selvbildet sitt etter mastektomi. Ønsket om å se nærmere på dette temaet bunner i en opplevelse fra praksisstudier hvor jeg ble inspirert av en kvinnes håndtering av sin situasjon. Selvbildet kan svekkes av helsesvikt, sykdom og tap, og så mange som én av tolv kvinner vil få diagnostisert brystkreft i løpet av sitt liv. Dermed er det svært sannsynlig at man som sykepleier vil møte noen som har, eller har hatt brystkreft.

Det er viktig at både sykepleier og kvinnene er klare over hvor lang tid det kan ta å stabilisere kroppsbildet etter mastektomien, og at det er helt normalt at dette ikke har skjedd allerede ved hjemreise. Møtet mellom sykepleier og pasient er ofte kortvarig, men det er likevel visse tiltak sykepleier kan ta for å forberede kvinnen på livet slik det kommer til å bli. Sykepleier kan påvirke hvordan pasientene tilpasser seg et nytt kroppsbilde, og har en sentral rolle i å veilede dem mot forståelse og aksept. Prosessen bør starte allerede preoperativt da, eksempelvis, preoperativ undervisning kan lede til at kvinnen er bedre forberedt på hvordan brystet kommer til å se ut. Det kan også bli naturlig å trekke inn andre yrkesgrupper til et tverrfaglig samarbeid.

Da jeg startet denne oppgaven hadde jeg en forestilling om at måten kvinner håndterte den forandrede kroppen ville variere mye avhengig av alder. Jeg så for meg at det «typiske» var at yngre kvinners selvbilde ville være mer påvirket i negativ forstand enn hos eldre kvinner. Gjennom denne oppgaven kan en se at alder ikke nødvendigvis spiller en så stor rolle som først antatt. Kvinner i 60-70 års alderen viser seg å kunne slite like mye med et forandret selvbilde, som kvinner i 30-40 årene. Samtidig er det enkelte i 30-årene som ikke uttrykket problemer knyttet til selvbilde i særlig stor grad. Det forståes slik at brystkreft og mastektomis påvirkning på kvinners selvbilde, ikke korrelerer med kvinnenes alder, men heller med deres personlighet og tidligere forhold til kroppen og brystene. Det er stor enighet i faglitteraturen og i funnene til forskningsartiklene. Dette gir faglig tyngde og sannsynlighet for at tiltakene fungerer i praksis. Det finnes nemlig ikke bare én behandling som fungerer for alle brystkreftrammede. For de fleste kvinner vil selvbildet være påvirket i en eller annen grad etter mastektomi.

Sykepleier kan bidra til å styrke selvbildet til kvinnene gjennom å se dem, og snakke med dem som individer og medmennesker. Kvinnene har behov for trøst, støtte og informasjon som må bli møtt, og sykepleier må dermed bli kjent med deres tanker, følelser og bekymringer. Mange vil trenge at sykepleier er til stede for dem, lytter, og støtter og aksepterer det de føler. En må kjenne til pasientens kontekst, og det reaksjonene bunner i for å kunne tilby hjelp som vil fungere for den enkelte.

Referanser

Arman, M., Rehnsfeldt, A., Lindholm, L., Hamrin, E., & Eriksson, K. (2004). Suffering related to health care: A study of breast cancer patients' experiences. *International Journal of Nursing Practice*, *10*(6), 248–256. https://doi.org/10.1111/j.1440-172x.2004.00491.x

Dahl, A. A. (2016). *Kreftsykdom: Psykologiske og sosiale perspektiver*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg.). Gyldendal akademisk.

Davies, C. C., Brockopp, D., Moe, K., Wheeler, P., Abner, J. & Lengerich, A. (2017). Exploring the lived experience of women immediately following mastectomy: A phenomenological study. *Cancer Nursing 40*(5), 361-368. https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000413

Drageset, S., Lindstrøm, T. C. & 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 21*(2016), 205-211. https://.doi.org/10.1016/j.ejon.2015.10.005

Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling og etikk* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk

Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research; interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing 20*(2), 22-26. Hentet 20. april 2020 fra: https://www.ajan.com.au/archive/Vol20/Vol20.2-4.pdf

Fallbjörk, U., Salander, P. & Rasmussen, B. H. (2012). From "no big deal" to "losing oneself": different meanings of mastectomy. *Cancer Nursing 35*(5), 41-48. https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e31823528fb

Freysteinson, W. M., Deutsch, A. S., Lewis, C., Sisk, A., Wuest, L. & Cesario, S. K. (2012). The experience of viewing oneself in the mirror after a mastectomy. *Oncology Nursing Forum 39*(4), 361-369. https://doi.org/10.1188/12.ONF.361-369

Gjertsen, T. (2004). Sykepleieutfordringer ved brystkreft. I Reitan, A. M. & Schjølberg, T. K. (2004). *Kreftsykepleie: Pasient – utfordring – handling* (2. utg.). (s. 325-330). Oslo: Akribe.

Grogan, S. & Mechan, J. (2017). Body image after mastectomy: A thematic analysis of younger women´s written accounts. *Journal of Health Psychology 22*(11), 1480-1490. https://doi.org/10.1177/1359105316630137.

Helsebiblioteket. (2016, 3. juni). Sjekklister. Hentet fra https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

Helsedirektoratet. (2020). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter med brystkreft.* (Nasjonal faglig retningslinje IS-2926). Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/brystkreft-handlingsprogram/Brystkrefthandlingsprogram.pdf/_/attachment/inline/2b3fce62-d2b2-4a11-95e1-443ad31c5dac:8c09d8fcbd6c2f9f07b08fdcc5f2a253fe81c21d/Brystkrefthandlingsprogram.pdf

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64

Kittelsen, S. A. C., Anthun, K. S., Kalseth, B., Kalseth, J., Halsteinli, V. & Magnussen, J. (2009). *En komparativ analyse av spesialisthelsetjenesten i Finland, Sverige, Danmark og Norge: Aktivitet, ressursbruk og produktivitet 2005-2007* (SINTEF rapport A12200). Hentet fra https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/okt/pdf-filer/sintef_rapport_a12200-analyse_speshelsetjenesten_finland-sverige-danmark-norge.pdf

Kreftforeningen. (2020, 19. mars). Brystkreft. Hentet fra https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/brystkreft/

Kreftregisteret. (2019). *Årsrapport 2018 med resultater og forbedringstiltak fra Nasjonalt kvalitetsregister for brystkreft.* Hentet fra https://www.kreftregisteret.no/globalassets/publikasjoner-og-rapporter/arsrapporter/publisert-2019/arsrapport-2018-brystkreft.pdf

Kreftregisteret. (2020, 3. februar). Brystkreft. Hentet fra https://www.kreftregisteret.no/temasider/kreftformer/brystkreft

Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling – en historisk reise. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A. & Grimsbø, G. H. (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg.). (s.15-80). Oslo: Gyldendal akademisk.

Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2016). Pasient og sykepleier - verdier og samhandling. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A. & Grimsbø, G. H. (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: Sykepleie - fag og funksjon* (3. utg.). (s. 89-138). Oslo: Gyldendal akademisk.

Kvinnsland, S. (2004). Brystkreft (cancer mammae). I Reitan, A. M. & Schjølberg, T. K.

Kreftsykepleie: Pasient – utfordring – handling (2. utg.). (s. 317-324). Oslo: Akribe.

Kvåle, K. (2006). Den omsorgsfulle sykepleier – slik pasienter ser det. *Vård i Norden 26*(1), 15-19. https://doi.org/10.1177/010740830602600104

Lorentsen, V. B. & Grov, E. K. (2016). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I Stubberud, D.-G., Grønseth, R. & Almås, H. (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5.utg.) (s. 397-436). Oslo: Gyldendal akademisk.

Norsk senter for forskningsdata. (2019). *Register over vitenskapelige publiseringskanaler.* Hentet fra https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside

Norsk sykepleierforbund. (u.å.). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-forsykepleiere

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63

Piot-Ziegler, C., Sassi, M.-L., Raffoul, W. & Delaloye, J.-F. (2010). Mastectomy, body deconstruction and impact on identity: A qualitative study. *British Journal of Health Psychology 15*(3), 479-510. https://doi.org/10.1348/135910709X472174.

Roy, C. & Andrews, H. A. (1999). *The Roy adaptation model* (2. utg.). Stamford, Conn: Appleton & Lange

Rustøen, T. (2004). Livskvalitet. I Reitan, A. M. & Schjølberg, T. K. *Kreftsykepleie: Pasient – utfordring – handling* (2. utg.). (s. 39-46). Oslo: Akribe.

Schjølberg, T. K. (2004). Endret kroppsbilde. I Reitan, A. M. & Schjølberg, T. K. *Kreftsykepleie: Pasient – utfordring – handling* (2. utg.). (s. 90-99). Oslo: Akribe.

Solvoll, B.-A. (2016). Identitet og egenverd. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.- A. & Grimsbø, G. H. (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg.). (s.105-140). Oslo: Gyldendal akademisk.

Suplee, P. D., Jerome-D'Emilia, B. & Boiler, J. L. K. (2016). Women's educational needs and perceptions about survivorship following bilateral mastectomy. *Clinical Journal of Oncology Nursing 20*(4), 411-418. https://doi.org/10.1188/16.CJON.411-418.

Sørensen, E. M., Lorvik, M. K., Erntsen, N. G. & Almås, H. (2016). Sykepleie ved brystkreft. I Stubberud, D.-G., Grønseth, R. & Almås, H. (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5.utg.) (s. 437-451). Oslo: Gyldendal akademisk.