

Kandidatnr: 10028

Kandidatnr: 10031

## **Kvinneres psykososiale opplevelser etter mastektomi**

Antall ord: 7798

Bacheloroppgave i SY300215 Sykepleie

Veileder: Janne-Rita Skår

Mai 2021



Kandidatnr: 10028

Kandidatnr: 10031

# **Kvinners psykososiale opplevelser etter mastektomi**

Antall ord: 7798

Bacheloroppgave i SY300215 Sykepleie

Veileder: Janne-Rita Skår

Mai 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Fakultet for medisin og helsevitenskap

Institutt for helsevitenskap i Ålesund



Kunnskap for en bedre verden



# Sammendrag

**Hensikt:** Målet med denne studien var å belyse psykososiale opplevelser blant kvinner som har gjennomgått mastektomi på grunn av brystkreft.

**Metode:** En systematisk litteraturstudie med åtte kvalitative forskningsartikler.

**Resultat:** Gjennom analysen ble nøkkelfunnene delt inn i fire kategorier: trussel til identitet og selvbilde, sosial støtte, frykt for eksponering og prosess mot selvakseptering. Funnene indikerer at mastektomi fører til en enorm emosjonell belastning og har betydelig innvirkning i kvinnenens liv.

**Konklusjon:** Brystkreftdiagnosen og mastektomi kan utløse en krisereaksjon, og påvirker kvinners psykososiale forhold i stor grad. Tapet av brystet truet hennes identitet, samt forholdet til seg selv og andre. Dette førte til isolasjon i frykt for andre menneskers reaksjoner og utfordringer med å leve som tidligere. I den vanskelige perioden kom tilstedeværelse og støtte fra ulike parter betydelig frem. Kvinnene gikk gjennom en prosess over tid, der krisen tok mindre av deres psykiske energi, og flere av kvinnene fikk et nytt syn på livet. Det innebar en omdefinering av seg selv og sine verdier.

**Nøkkelord:** Brystkreft, mastektomi, psykososial, opplevelser.

# Abstract

**Aim:** The aim of this study was to identify psychosocial experiences among women who underwent mastectomy due to breast cancer.

**Method:** A systematic literature study with eight qualitative research articles.

**Result:** Through the analysis, the key findings were divided into four categories: threat to identity and self-image, social support, fear of exposure and process towards self-acceptance. The findings indicate that mastectomy leads to an enormous emotional strain and has a significant impact on women's lives.

**Conclusion:** The diagnosis of breast cancer and mastectomy can trigger a crisis reaction, and affect women's psychosocial conditions to a great extent. The loss of her breast threatened her identity, as well as her relationship to oneself and others. This led to isolation in fear of other people's reactions and challenges with living as before. Presence and support of family and friends had a major influence during the difficult period. The women went through a process, where the crisis took less of their mental energy, and several of the women gained a new perspective on life. It meant a redefinition of oneself and one's values.

**Keywords:** Breast cancer, mastectomy, psychosocial, experiences.







# Innhold

1	Innledning .....	11
1.1	Bakgrunn for valg av tema .....	11
1.2	Oppgavens hensikt .....	11
1.2.1	Problemstilling .....	11
1.2.2	Begrepsavklaring .....	12
1.3	Oppgavens oppbygging .....	12
2	Teoribakgrunn .....	13
2.1	Brystkreft .....	13
2.2	Mastektomi .....	14
2.3	Psykososial .....	14
2.4	Krise .....	15
3	Metode .....	16
3.1	Systematisk litteraturstudie .....	16
3.2	Datasamling .....	16
3.3	Etiske vurderinger .....	17
3.4	Kvalitetsvurdering .....	18
3.5	Analyse .....	18
4	Resultat .....	20
4.1	Trussel til identitet og selvilde .....	20
4.2	Sosial støtte .....	21
4.3	Frykt for eksponering .....	22
4.4	Prosess mot selvakseptering .....	22
5	Diskusjon .....	24
5.1	Metodediskusjon .....	24
5.2	Resultatdiskusjon .....	24
5.2.1	Trussel til identitet og selvilde .....	24
5.2.2	Sosial støtte .....	26
5.2.3	Frykt for eksponering .....	28
5.2.4	Prosess mot selvakseptering .....	28
6	Konklusjon .....	30
6.1	Forslag til videre forskning .....	30
	Referanser .....	31
	Vedlegg .....	35



# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Brystkreft er den klart hyppigste formen for kreft hos kvinner, både nasjonalt og internasjonalt (Sørensen et al., 2016, s. 437). I 2019 var det 3726 kvinner som fikk diagnosen brystkreft i Norge (Kreftforeningen, 2021). Den vanligste og viktigste brystkreftbehandlingen er operasjonen mastektomi, der hele brystet fjernes (Schlichting, 2016, s. 447-449).

En pasient med brystkreft er som regel en "frisk" kvinne med en alvorlig diagnose. Når kvinnen blir diagnostisert med brystkreft kan hun oppleve å rammes dobbelt psykologisk, både ved å få en alvorlig diagnose og dens usikkerhet rundt lidelse og død, samt utfordringene vedrørende kvinnelig utseende og identitet. Sykepleierens møte med pasienten på sykehuset er ofte kortvarig, da behandlingen som regel foretas dagkirurgisk, eller ved at pasienten er innlagt i et døgn til noen få dager postoperativt. Utfordringen sykepleier da står overfor, er å vise pasienten at hun blir sett, og i tillegg forberede henne på livet etter operasjonen i løpet av en kort tidsperiode (Sørensen et al., 2016, s. 437, 440).

En norsk studie viser at kvinner som har operert i forbindelse med brystkreft har dårligere emosjonell, kognitiv og sosial funksjon også et år etter operasjonen (Schou et al., 2005, referert i Schlichting, 2016, s. 452). Ivaretagelse av pasientens psykososiale behov er en grunnleggende sykepleieroppgave, men som ofte må vike for det somatiske. I dagens samfunn er det et stort fokus på å leve opp til et visst kroppsideal. Samtidig ser man en økende åpenhet rundt psykisk helse, og det er dermed viktig å sette lys på kvinners opplevelser etter mastektomi. Økt kunnskap og forståelse rundt dette temaet kan bidra til å styrke utøvelse av helhetlig sykepleie.

## 1.2 Oppgavens hensikt

Hensikten med oppgaven er å belyse psykososiale følger som kan oppstå etter alvorlig sykdom og gjennomgått behandling. Ved å fordype oss fra et pasientperspektiv håper vi på å tilegne oss en større forståelse for pasienters egne erfaringer og opplevelser.

### 1.2.1 Problemstilling

*Hvilke psykososiale opplevelser har kvinner etter mastektomi grunnet brystkreft?*

Problemstillingen omhandler kvinners tanker, følelser og sosiale forhold, samt hvilken betydning disse har i etterkant av operasjonen mastektomi.

## 1.2.2 Begrepsavklaring

### **Brystkreft**

Brystkreft er en ondartet svulst i brystkjertelen (Sørensen et al., 2016, s. 438).

### **Mastektomi**

Kirurgisk fjerning av hele brystet, som inkluderer fettvev og kjertler (Sørensen, 2016, s. 442).

### **Psykososial**

Begrepet *psykososial* kan defineres som en fellesbetegnelse på psykiske og sosiale forhold som har betydning for helse og mental fungering (Svartdal, 2020, Psykososial, avsn. 1).

## 1.3 Oppgavens oppbygging

Oppgaven består av seks kapitler. I første kapittel gis en innledning for oppgavens tema og hensikt. Videre vil kapittel to ta for seg relevant teori. Kapittel tre omhandler oppgavens metode, samt analyse av forskningsartiklene. I kapittel fire presenteres våre resultat fra analysen. Videre i kapittel fem diskuteres funnene fra resultatdelen underbygget av aktuell litteratur, og inneholder i tillegg en kort drøfting av metoden. Til slutt i kapittel seks kommer konklusjon, med forslag til videre forskning.

## 2 Teoribakgrunn

Her presenteres relevant teori med utgangspunkt i problemstillingen. Vi tar for oss diagnosen brystkreft, det kirurgiske inngrepet mastektomi og innholdet i begrepet *psykososial*. Til slutt blir fenomenet *krise* beskrevet.

### 2.1 Brystkreft

Brystkreft er en malign tumor i brystkjertelen. Årsaken til tumoren er vanskelig å fastslå, med unntak av påviste spesifikke genforandringer (Sørensen et al., 2016, s. 438). Disse genforandringene sees i 5-10% av alle brystkrefttilfeller og har fått navnene BRCA1 og BRCA2 (Schlichting, 2016, s. 446). Disponerende faktorer man ellers kjenner til, er kvinnelig kjønn, økende alder, tidlig menstruasjon, sen menopause, hormonbehandling i forbindelse med overgangsalderen, sen eller ingen graviditet, røyking, overvekt, alkohol, slektshistorie med brystkreft, stråling av toraks i forbindelse med kreft i ung alder og tidligere sykehistorie med bryst- eller livmorhalskreft (Sørensen et al., 2016, s. 438).

De første symptomene på brystkreft er som regel en eller flere kuler i brystet eller armhulen som kvinnen selv kjenner. Andre symptomer hun kan oppleve er sår på brystet som ikke vil gro, inndragning av huden på brystet eller brystvorten, eksem-lignende forandringer på eller rundt brystvorten, blodtilblandet eller klar væske fra brystvorten, hudfortykkelse/appelsinhud eller åpent sår, forandringer i brystets størrelse eller kontur. Ved et eller flere av disse funnene, skal det føre til en undersøkelse hos fastlegen som foretar en klinisk undersøkelse. Heretter blir pasienten henvist videre til pakkeforløp for brystkreft, ved hjelp av disse kriteriene: palpabel suspekt tumor, inndratt brystvorte, hudinndragning, sår/eksem på brystvorte eller areola, klinisk suspekterte lymfeknuter i armhulen og at det er funnet suspekterte forandringer ved bildediagnostikk (Sørensen et al., 2016, s. 438).

For at diagnosen brystkreft skal stilles, benyttes trippeldiagnostikk. Dette omfatter klinisk undersøkelse av brystet, bildediagnostikk og nålebiopsi (Sørensen et al., 2016, s. 438). Den kliniske undersøkelsen innebærer inspeksjon og palpasjon av bryst, samt nærliggende lymfeknuter i aksille og hals. Mammografi og ultralyd er de vanligste undersøkelsene innen bildediagnostikk. Mammografi er en røntgenundersøkelse som baserer seg på absorpsjonsforskjeller mellom fett-, kjertel-, og tumorvev. MR kan også benyttes ved diagnostikk, men dette er en ressurskrevende og kostbar metode. Dette gjør at den kun brukes ved vanskelig vurderbar mammografi eller ultralydundersøkelse, og ved økt risiko for brystkreft. Nålebiopsi er en vevsprøve enten med finnålcytologiske prøver eller grov nålsprøver fra brystet (Schlichting, 2016, s. 448).

Trippeldiagnostikk har en treffsikkerhet på ca. 98-99%, forutsatt at det er utført med god kvalitet. Tidlig diagnostikk og nye behandlingsformer har gitt bedre overlevelse etter kreften (Sørensen et al., 2016, s. 439-440). Norge innførte i 2004 mammografiscreening for alle kvinner mellom 50 og 69 år (ibid, s. 439). Målsettingen ved rutinemessig mammografi er å kunne oppdage eventuelle tumorer i tidlig stadier og redusere

dødeligheten av brystkreft (Schlichting, 2016, s. 447). For brystkreftopererte er prognosen sterkt knyttet til tidlig oppdagelse av tumor (ibid, s. 452).

## 2.2 Mastektomi

Operasjon er den viktigste brystkreftbehandlingen, og omtrent 30% av de som opereres for brystkreft, fjerner hele brystet. Denne operasjonen kalles ablatio mammae eller mastektomi (Schlichting, 2016, s. 447-449). Fettvev og kjertler fjernes, mens muskulaturen mellom brystkjertelen og toraks blir værende (Sørensen, 2016, s. 442). Denne type operasjon gjennomføres om tumoren er større enn 4 cm, eller hvis det er flere tumorer med stor avstand i samme bryst. Noen kvinner ønsker å gjennomføre mastektomi for å unngå strålebehandling og for å redusere angsten for tilbakefall. Kvinner som har fått påvist BRCA-genfeil, kan fjerne begge brystene profylaktisk, noe som reduserer risikoen for brystkreft med minst 90% (Schlichting, 2016, s. 449-450).

## 2.3 Psykososial

Begrepet *psykososial* er en fellesbetegnelse på psykiske og sosiale forhold som har betydning for helse og mental fungering. Sosiale forhold kan for eksempel være hjemmeforhold og miljø på arbeidsplassen, mens psykiske forhold er hvordan man håndterer disse, både kognitivt og emosjonelt. Det psykososiale miljøet er et resultat av samspill mellom sosiale og individuelle faktorer (Svartdal, 2020, Psykososial, avsn. 1-2).

Den amerikanske sykepleieren Virginia Henderson (1998, s. 45) mener at sykepleierens funksjon er å hjelpe mennesket, sykt eller friskt, til å utføre handlinger som bidrar til helse eller gjenvinning av helse som mennesket selv hadde utført om det hadde hatt nødvendig styrke, vilje eller kunnskap til det. Dette skal gjøres slik at mennesket blir selvstendig så raskt som mulig. For å gjøre dette, satte Henderson opp 14 punkter som ble betegnet som grunnleggende sykepleieprinsipper. Disse prinsippene er delt inn i fysiologiske og psykososiale behov (Kristoffersen, 2016, s. 38).

De psykososiale behovene har med menneskers psyke å gjøre, og kan dermed beskrives som menneskets sjeleliv. Behovene ved sykdom tar utgangspunkt i hvordan pasienten opplever det å være syk (Stubberud, 2013, s. 14). Behovene deles inn i en emosjonell og relasjonell del. Den emosjonelle delen handler om pasientens forhold til seg selv, sin historie og opplevelser. Dette omfatter pasientens sinnsstemning, reaksjoner, følelser og opplevelser i forhold til sykdom og det å være pasient. Den relasjonelle delen er behovet for fellesskap, sosial støtte og kontakt med andre mennesker. Det innebærer pasientens relasjon til de rundt seg, inkludert helsepersonell og pårørende (Ehrenberg et al., 1996, referert i Stubberud, 2013, s. 16).

Det psykososiale miljøet er et resultat av samspill mellom sosiale og individuelle faktorer (Svartdal, 2020, Psykososial, avsn. 2). Menneskers psykososiale behov kan altså tilfredsstilles i kontakt med andre gjennom tilhørighet, fellesskap, anerkjennelse og trygghet (Helgesen, 2016, s. 142), men personens egenskaper avgjør mye hvordan det påvirker helse og fungering (Svartdal, 2020, Psykososial, avsn. 2). Menneskets psykososiale helse kan ha betydning for hvordan man håndterer ulike livssituasjoner.

## 2.4 Krise

En krise kan opptre når en livshendelse blir så overveldende at den overstiger individets evne til å møte utfordringen eller trusselen på en passende måte. En slik hendelse, med påfølgende reaksjoner, vil fremstå som et vendepunkt - et skille mellom det som var før hendelsen, og det som kommer etter (Hummelvoll, 2012, s. 503). En krise utløses vanligvis av situasjoner eller opplevelser som er forbundet med tap eller krenkelser. Det kan virke truende for individets integritet og selvforståelse, samt følelsen av kontroll og stabilitet i livet (Axelsen, 2008, referert i Håkonsen, 2014, s. 257).

Håkonsen (2014, s. 256) skriver at i en krise vil misforholdet mellom individets ressurser og de krav som situasjonen stiller, medføre en emosjonell reaksjon som kan ha ulike forløp. Den svenske psykiateren Johan Cullberg (1999, referert i Håkonsen, 2014, s. 256) beskriver hvordan et vanlig kriseforløp kan kjennes igjen i fire faser:

### **Sjokkfasen**

I den første tiden etter en traumatisk opplevelse vil den som er rammet, være preget av sterke avvergereaksjoner. Man vil ikke være i stand til å bearbeide opplevelser, og all psykisk energi går til å forstå det som har skjedd. Noen viser sterke sorgreaksjoner, angst og fortvilelse, mens andre i denne fasen kan være lite berørt utad. Hensikten eller meningen i det som har skjedd blir umulig å forstå, og mennesket kan befinne seg i et emosjonelt kaos (Håkonsen, 2014, s. 256).

### **Reaksjonsfasen**

Sjokkfasen kan raskt gå over i reaksjonsfasen, der smerten og fortvilelsen som hendelsen har forårsaket, kommer tydeligere til uttrykk. Det kan vise seg som atferdsendringer med blant annet depresjon, økt angst, søvnforstyrrelser, dårlig matlyst og manglende initiativ (Håkonsen, 2014, s. 257; Hummelvoll 2012, s. 509).

### **Bearbeidingsfasen**

I bearbeidingsfasen begynner personen å forsones seg med det som har skjedd, og de sterkeste følelsene avtar. Individet forsøker å finne tilbake til de faktorene som skaper trygghet og stabilitet (Håkonsen, 2014, s. 257).

### **Nyorienteringsfasen**

I nyorienteringsfasen har individet akseptert hendelsen, og forsøkt å skape en ny mening i livet. Krisen vil ikke lenger være dominerende i individets liv og de sterke emosjonelle reaksjonene vil være under kontroll (Håkonsen, 2014, s. 257; Hummelvoll 2012, s. 509).

Kriseteori fremstilles som avgrenset i tid og sted, men bør forstås som en prosess der pasienten pendler mellom de ulike fasene og tidsperspektivet er retningsgivende (Reitan, 2004, s. 51). En teoretisk framstilling av faser kan være nyttig for å forstå endringer i menneskets reaksjoner i en krise, men kan altså ikke sees på som en standardmodell (Håkonsen, 2014, s. 256).

## 3 Metode

Dette kapittelet tar for seg metoden systematisk litteraturstudie, som beskriver hvordan vi har gått frem for å fremskaffe kunnskap. Det inkluderer fremgangsmåte for litteratursøk, søkeprosess, kvalitetsvurdering og etiske vurderinger. Vi har i tillegg beskrevet hvordan materialet ble analysert.

### 3.1 Systematisk litteraturstudie

En systematisk litteraturstudie er definert som at den utgår fra et tydelig formulert spørsmål som besvares systematisk gjennom å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning (Forsberg & Wengström, 2015, s. 27). For å samle data til studien kan man utføre et systematisk litteratursøk, der en formulerer søkeord ut i fra den avgrensede problemstillingen. Disse skaper grunnlaget for litteratursøket (ibid, s. 63).

### 3.2 Datasamling

For å finne artikler som belyser problemstillingen har vi gjort systematiske litteratursøk i databasene Cinahl Complete, PubMed, Medline og PsycInfo. De aktuelle søkeordene i problemstillingen ble valgt ut, og deretter oversatt til engelsk: *breast cancer, mastectomy, psychosocial, experience*. For at søket skulle gi best mulig resultat har vi videre funnet synonym til de ulike søkeordene: *breast neoplasm(s)/breast tumor, psychosocial health/factors, patients attitude/attitude to illness*.

Etter å ha gjennomført disse søkene i de ulike databasene og valgt ut alle relevante artikler, gjorde vi søk uten *psychosocial* og *experience*, men med *female* og *women's health* istedenfor. Dette resulterte i de to siste forskningsartiklene inkludert i studien.

Vi gjennomførte ulike søkestrategier ved hjelp av et PICO-skjema. PICO er en strukturert metode for å sette sammen ulike søkestrategier, og er en forkortelse for P - patient/population (hvem), I - intervention (hva), C - control (kontrollgruppe) og O - Outcome (resultat) (Forsberg & Wengström, 2015, s. 60). Vi utelukket C, altså kontrollgruppe, da det ikke var relevant med sammenligning i oppgaven vår. Søkeordene i søkeprosessen ble kombinert med de boolske operatørene "AND" og "OR". "AND" brukes mellom de ulike begrepene i problemstillingen og brukes til å begrense et søk for å gi et smalere resultat. "OR" brukes mellom synonymer, og gjør at søket utvides for å få et bredere resultat (Forsberg & Wengström, 2015, s. 69). Kombinasjonen av disse vil bidra til å gi et mer nøyaktig søk, og dermed resultat. Under vises et eksempel på en av søkestrategiene i et PICO-skjema. Se tabell over søkehistorikk (Vedlegg 2) for en fullstendig oversikt over de andre søkene.



<b>P</b>		<b>I</b>	<b>C</b>		<b>O</b>
Breast cancer	<b>AND</b>	Mastectomy		<b>AND</b>	Psychosocial factors
<b>OR</b>					<b>AND</b>
Breast neoplasm					Experience
<b>OR</b>					
Breast tumor					

Søkene ble deretter avgrenset til engelsk-, norsk-, dansk-, og svenskspråklige artikler, samt innenfor årstallene 2010 til 2020. Det var også et krav at artiklene skulle være fagfellevurdert, og inneholde IMRaD-struktur.

Eksklusjonskriterier ellers for artiklene var menn, profylaktisk mastektomi, kvinner under 18 år og opplevelser rundt rekonstruksjon. De åtte artiklene som ble valgt ut ble funnet i databasene Cinahl Complete og PsycInfo og var kvalitative studier. Den kvalitative tilnærmingen har ikke som mål å kvantifisere, men ifølge Forsberg & Wengström (2015, s. 44-45) skal den vektlegge og forstå subjektive menneskelige opplevelser, og på en systematisk måte synliggjør erfaringer, meninger og betydninger for et fenomen. Denne metoden vil dermed være best egnet til å belyse vår problemstilling.

Ved utvelgelse av artikler i databasene, startet vi med å lese overskriftene. De som fremsto som velegnet til vår oppgave, gikk vi inn på for å lese sammendraget. Om dette så ut til å kunne svare på problemstillingen vår, skrev vi de ut og leste hele artikkelen for å få en helhet. Til slutt resulterte dette i de åtte forskningsartiklene inkludert i oppgaven.

### 3.3 Etiske vurderinger

I systematisk litteratursøk bør også etiske vurderinger gjøres. Forsberg & Wengström (2015, s. 59) henviser til retningslinjer for god medisinsk forskning, og er tydelig på at juks og uærlighet ikke skal skje. Vi har kontrollert at alle våre artikler er godkjente av etiske komiteer. Ettersom intervju er den gjentakende metoden i våre valgte artikler, er det viktig at deltakernes anonymitet blir beskyttet og at deres svar blir fremstilt på en riktig måte.

### 3.4 Kvalitetsvurdering

Det ble så gjort en kvalitetssikring av artiklene, der vi deriblant brukte Helsebibliotekets sjekklister for kvalitative studier (2020) for kritisk vurdering av forskningen. Alle de inkluderte artiklene var fagfellevurdert, som vil si at de blir vurdert og godkjent av eksperter innenfor fagområdet (Dalland, 2012, s. 78). Tidsskriftene som artiklene er publisert i, ble også vurdert som gode og fagfellevurderte i følge NSD sitt register over vitenskapelige publiseringskanaler (2021). Dette ble også dobbeltsjekket i NTNU sitt universitetsbibliotek Oria.

### 3.5 Analyse

I analyseprosessen ble Evans (2002) metode for innholdsanalyse anvendt. Å analysere vil si å dele materialet opp i mindre deler, for så å undersøke disse hver for seg (Forsberg & Wengström, 2015, s. 152).

Første steg i metoden utarbeidet av Evans (2002, s. 25) tar for seg utvelgelse av materialet, og er beskrevet i kapittelet om datasamling.

Steg to (Evans, 2002, s. 25) omhandler å identifisere nøkkelfunnene i hver enkelt studie. Hver enkelt artikkel ble lest grundig flere ganger for å få en ordentlig forståelse av innholdet. Underveis noterte vi de funnene som var gjennomgående.

Videre i steg tre (Evans, 2002, s. 25) vurderte vi sammenhengen mellom alle artiklene for å komme frem til likheter og felles tema. Ved hjelp av fargekoding kategoriserte vi likhetene og nøkkelfunnene i artiklene, og vurderte dem opp mot problemstillingen. Slik kom vi frem til fire hovedtema, samt følgende undertema:

Hovedtema	Undertema
Trussel til identitet og selvbylde ○ Artikkel 1, 2, 3, 4, 5, 7 og 8.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Identitet</li><li>• Femininitet</li><li>• Selvbylde</li><li>• Seksualitet</li><li>• Alder</li></ul>
Sosial støtte ○ Artikkel 2, 3, 4, 5, 6, 7 og 8.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Partner</li><li>• Venner/familie</li><li>• Religion</li><li>• Manglende støtte</li><li>• Helsepersonell</li></ul>
Frykt for eksponering ○ Artikkel 1, 2, 4, 5 og 7.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Frykten for andres reaksjoner</li><li>• Isolasjon</li><li>• Begrensning i bekledding</li></ul>
Prosess mot selvakseptering	<ul style="list-style-type: none"><li>• Omdefinering av selvet</li></ul>

○ Artikkel 1, 4, 5 og 8.	• Ny måte å leve livet på
--------------------------	---------------------------

*Artiklene er nummerert etter rekkefølge på matrisene (Vedlegg 1).*

## 4 Resultat

Det siste steget i Evans (2002, s. 25) analyseprosess er å presentere funn fra forskningen. Vi har samlet sammen nøkkelfunn og delt dem inn i fire ulike kategorier.

### 4.1 Trussel til identitet og selvbilde

Forskningen viser at mastektomi i stor grad utfordret kvinnens kroppsintegritet. Etter inngrepet beskrev noen av kvinnene emosjoner som sorg, skam og usikkerhet (Batista et al., 2017, s. 2791; Rocha et al., 2016, s. 4259), samt sjokk, frustrasjon, redsel og sinne (Freysteinson et al., 2012, s. 366).

Flere av studiene viser til at tapet av et bryst truet følelsen av å være kvinne. Brystet ble sett på som et symbol på det kvinnelige kjønn, og deres femininitet ble dermed satt spørsmålsteget ved. Deres tilhørighet til den grunnleggende kjønnsidentiteten ble utfordret (Piot-Ziegler et al., 2010, s. 492-495; Freysteinson et al., 2012, s. 366; Batista et al., 2017, s. 2791; Chuang et al., 2018, s. 58-59; Rocha et al., 2016, s. 4258-4259; Fallbjörk et al., 2012, s. 44-45; Archer et al., 2018, s. 1602).

*I didn't recognize myself - it wasn't me - it was quite grotesque (Fallbjörk, et al., 2012, s. 44).*

*I have the impression that I am losing my true self (Piot-Ziegler et al., 2010, s. 494).*

Flere av deltakere i studiene beskrev mastektomi som en mutilasjon, og uttrykte ellers følelsen av å ha en ufullstendig og ugjenkjennelig kropp, samt opplevelsen av å være *halv* (Piot-Ziegler et al., 2010, s. 493; Batista et al., 2017, s. 2791; Chuang et al., 2018, s. 58; Rocha et al., 2016, s. 4259; Fallbjörk et al., 2012, s. 45; Archer et al., 2018, s. 1603).

*Then the process started of discovering that you were just half... my femininity disappeared (Fallbjörk, et al., 2012, s. 44).*

Kvinnene kunne oppleve tap av kontroll i sin nye livssituasjon. Flere unngikk å se seg selv i speilet, da det fremkalte emosjonelle reaksjoner. Det nye speilbildet var vanskelig å akseptere, og ble ofte skildret som traumatisk. Kvinnens kroppsilde og selvilde var betydelig endret, og kunne gjøre at hun distanserte seg fra egen kropp (Piot-Ziegler et al., 2010, s. 492; Freysteinson et al., 2012, s. 364-367; Batista et al., 2017, s. 2791; Chuang et al., 2018, s. 58; Rocha et al., 2016, s. 4257-4259; Fallbjörk et al., 2012, s. 45).

Forskningen pekte også på at kvinnes seksualitet ble påvirket i stor grad. De sluttet å se på seg selv som attraktive, noe som gjorde at de unngikk og begrenset intime situasjoner eller relasjoner (Piot-Ziegler et al., 2010, s. 492, 497; Batista et al., 2017 s.

2791; Chuang et al., 2018, s. 59; Rocha et al., 2016, s. 4257-4259; Fallbjörk et al., 2012, s. 45; Archer et al., 2018, s. 1602).

*It is not what it was no more. We do not feel any desire anymore. It seems like we`re done* (Rocha et al., 2016, s. 4260).

Et annet funn fra forskningene var at alder kunne ha betydning for selvoppfattelsen og aksept for inngrepet. Enkelte kvinner oppga selv at i deres alder var fokuset rettet mot helsen, fremfor det ytre utseende. De pekte også på at brystene hadde gjort sin nytte i morsrollen (Piot-Ziegler et al., 2010, s. 488, 494; Batista et al., 2017, s. 2791; Chuang et al., 2018, s. 59; Fallbjörk et al., 2012, s. 44).

*At this age... it is not so important what you look like, what is important is health. When you are older, imperfections count for less... you actually should have some rips in your sails when you get older* (Fallbjörk et al., 2012, s. 44).

## 4.2 Sosial støtte

Betydningen av støtte fra partner kom klart frem. Det var tydelig at partners holdning og aksept av situasjonen var viktig for kvinnenens bedringsprosess. For kvinnene var det betryggende å bli anerkjent av partneren. Dette fremmet følelsen av å bli sett, forstått og elsket i den ellers sårbare settingen. Samtalene med partner etter inngrepet ble sett på som betydningsfulle (Freysteinsson et al., 2012, s. 364; Chuang et al., 2018, s. 59; Rocha et al., 2016, s. 4258, 4261; Fallbjörk et al., 2012, s. 45; Archer et al., 2018, s. 1601).

*I`m still a woman, and I guess that`s very much thanks to my husband... He likes me despite what I`ve been through... He loves me as I am and looks upon me as a woman though I have only 1 breast left* (Fallbjörk et al., 2012, s. 45).

Venner og familiens måte å hjelpe kvinnene på, lettet deres bekymringer. Flere opplevde at en tilstedeværelse og forståelse ga dem rom for å uttrykke følelsene sine. For noen av kvinnene var barna viktig for å opprettholde normale rutiner. Ved å ta del i deres liv ble det lettere å se fremover (Chuang et al., 2018, s. 58; Rocha et al., 2016, s. 4258; Almeida et al., 2016, s. 457).

Religion og spiritualitet ble trukket frem som en trygghet for flere (Batista et al., 2017, s. 2791; Chuang et al., 2018 s. 59-60; Rocha et al., 2016, s. 4258; Almeida et al., 2016, s. 455).

*God`s love for me was so great that I could survive to continue helping and serving others* (Chuang et al., 2018, s. 60).

Det viste seg at kvinner som manglet slike støttende nettverk, som partnere, familie og venner, brukte lengre tid på å bearbeide den psykiske belastningen det å miste et bryst hadde medført. Det kunne blant annet føre til dyrking av sorgen, samt styrke opplevelsen av tomhet (Rocha et al., 2016, s. 4258; Almeida et al., 2016, s. 455; Fallbjörk et al., 2012, s. 45; Archer et al., 2018, s. 1601).

Det ble også nevnt gode erfaringer med helsepersonell og deres måte å vise medfølelse på og gi god omsorg (Freysteinson et al., 2012, s. 364-365; Almeida et al., 2016, s. 455).

*When we get to the hospital and see the professional serving in a soften way, with that concern, in a loving manner. That touches us, you know? (...)* (Almeida et al., 2016, s. 455).

### 4.3 Frykt for eksponering

Andre menneskers eventuelle reaksjoner på den forandrede kroppen skapte stor bekymring for flere av kvinnene. Frykten for fordommer og stigma rundt det å bli ansett som ikke-feminin var gjennomgående i studiene. Dette bidro til at mange fikk en økt bevissthet rundt eget utseende og forsøkte dermed å skape en naturlig fasade, spesielt i sosiale sammenhenger (Piot-Ziegler et al., 2010, s. 498; Freysteinson et al., 2012, s. 364; Chuang et al., 2018, s. 58; Rocha et al., 2016 s. 4259-4261).

*I protect myself and make my appearance look normal. I don't want people to think my breasts are different* (Chuang et al., 2018, s. 58).

I Piot-Zieglers et al. (2010, s. 493) studie kom det frem at å miste brystet kunne være et hinder for å leve et normalt liv. Flere av deltakerne isolerte seg, noe som innebar at de sluttet å oppsøke sosiale aktiviteter. Det omfattet spesielt steder der kvinnen fryktet å eksponere seg selv for andre, som blant annet garderobes på treningscentre og svømmehaller. Tanken på at de var annerledes fra andre og gikk i mot samfunnets ideal, fikk stor plass (Chuang et al., 2018, s. 58; Rocha et al., 2016, s. 4259; Fallbjörk, et al., 2012, s. 44-45; Archer et al., 2018, s. 1603).

Det ble hyppig rapportert i studiene at tapet av brystet ga utfordringer rundt bekledning. Kvinnene opplevde klesutvalget som svært begrenset, og var nøye og diskret når de valgte ut hva de skulle ha på seg. Det ble ansett som viktigere å skjule den forandrede kroppsdelen, enn å kle seg etter personlige preferanser. Dette sto i kontrast med deres tidligere vaner i klesveien (Piot-Ziegler et al., 2010, s. 498, Freysteinson et al., 2012, s. 366; Chuang et al., 2018, s. 58, Fallbjörk, et al., 2012, s. 44).

*I won't be, I don't know, [I won't dare] to dress up with a fancy dress or to feel feminine...* (Piot-Ziegler et al., 2010, s. 498).

*At first I thought, you know, everyone can tell... I just feel like everybody can see it, even with the bra on and stuff. I still feel like everybody can see or they can tell you know something is off* (Freysteinson et al., 2012, s. 364).

### 4.4 Prosess mot selvakseptering

Sykdommen, etterfulgt av mastektomi, gjorde at kvinnene etter hvert fant nye måter å se på seg selv. Oppbyggingen av en ny identitet og omdefineringen av selvet ble en

strategi i møte med den forandrede kroppen (Piot-Ziegler et al., 2010, s. 499; Chuang et al., 2018, s. 59; Rocha et al., 2016, s. 4258). Med tiden til nytte kunne de befinne seg på et sted hvor brystkreftpasient ikke lenger var deres hovedidentitet (Archer et al., 2018, s. 1603).

Flere av kvinnene begynte å reflektere over og søke etter nye meninger med livet (Chuang et al., 2018, s. 60). De lærte seg å leve med den nye situasjonen og fortalte at de i større grad verdsatte livet. De endret prioriteringene sine og ble mer selektive i valget av relasjoner (Piot-Ziegler et al., 2010, s. 499; Chuang et al., 2018, s. 60; Rocha et al., 2016, s. 4258). Egenverdien ble styrket av erfaringene fra kreften og inngrepet. Dette førte på sikt til større rom for selvaksept og personlig vekst (Archer et al., 2018, s. 1603).

Arret ble et symbol på kampen de hadde kjempet seg gjennom, og enkelte beskrev seg selv som krigere (Rocha et al., 2016, s. 4258; Archer et al., 2018, s. 1604). Dette skisserte opplevelsen av seier over motgang (Archer et al., 2018, s. 1605).

*I am a victorious woman, a warrior. I think I am a very strong woman. I am a warrior, after everything I have been through. I am a new woman* (Rocha et al., 2016, s. 4258).

*I think I magnified more; I feel superior to what I was before. Not for less, I felt for more* (Rocha et al., 2016, s. 4258).

## 5 Diskusjon

Kapittelet er delt inn i metodediskusjon og resultatdiskusjon. Metodediskusjon tar for seg styrker og svakheter ved oppgavens metode. I resultatdiskusjonen drøftes problemstillingen vår om *psykososiale opplevelser blant kvinner etter mastektomi grunnet brystkreft*. Dette gjøres med bakgrunn i resultatkapittelet underbygget av relevant litteratur.

### 5.1 Metodediskusjon

Som vist i *tabell over søkehistorikk (vedlegg 2)* har vi gjennomført systematiske litteratursøk der vi undersøkte i flere databaser for å finne gode forskningsartikler. Vi forsøkte å bruke alle de aktuelle begrepene fra problemstillingen, samt relevante synonym. Etter å ha funnet seks av artiklene, så vi oss nødt til å endre søkestrategi. Dette resulterte i færre søkeord for å finne de to resterende. Til tross for at vi utelukket ord som *psykososial* og *opplevelser*, ga søket likevel gode resultat. Artiklene hadde et tydelig psykososialt fokus til stede, og ble derfor inkludert i vår oppgave.

Alle de åtte studiene var kvalitative og benyttet intervju som metode. Med denne tilnærmingen fikk deltakerne muligheten til å beskrive sin situasjon med egne ord, noe som styrker vår oppgave og dens hensikt. En svakhet med intervju derimot er at svarene kan tolkes ulikt og gi ulike resultat (Forsberg & Wengström, 2015, s. 121). Dessuten er det stort sett få deltakere i kvalitativ forskning, noe som også gjaldt våre inkluderte artikler. En kvalitativ tilnærming vil altså ikke alltid gi det store bilde av et fenomen.

De inkluderte studiene er fra ulike steder i verden som Sverige, Sveits, Storbritannia, USA, Brasil og Taiwan. Det kan bidra til utfordring med å sammenligne artiklene, samt trekke linjer til det norske helsevesenet og utøvelsen av sykepleie. Samtidig viser funnene i studiene til samsvarende resultat og at psykososiale opplevelser var felles uavhengig av kulturelle forskjeller.

Analysearbeidet som er presentert i resultatkapittelet er grundig utført og har dannet et godt grunnlag for videre diskusjon.

### 5.2 Resultatdiskusjon

#### 5.2.1 Trussel til identitet og selvbylde

Våre funn belyser at mastektomi fører til utfordringer knytt til kvinnelig identitet og selvbylde. Gjertsen (2004, s. 326) peker på at brystet alltid er blitt ansett som et symbol på det feminine. I tillegg til utseende, har amming og seksualitet en betydning for brystet som et identitetsskapende organ. Med bakgrunn i dette, kan det å fjerne et bryst bli så



traumatisk for kvinnen at hun opplever en krise der selvoppfattelsen, identitet som kvinne, seksualpartner og mor, sosiale roller og fysisk helse blir truet (ibid). Sykepleieren skal, ifølge yrkesetiske retningslinjer punkt 2.3 (2019), ivareta den enkelte pasientens behov for helhetlig omsorg. Det innebærer en individuell tilnærming, der en betrakter mennesket som en sammensatt helhet som består av en fysisk, en psykisk, en sosial og en åndelig dimensjon. Alle dimensjonene er i et uavbrutt samspill med hverandre. Når det oppstår problemer med en dimensjon vil alle bli påvirket - dermed også mennesket som helhet (Hansen, 1999, s. 6, 9).

Et tap fører med seg opplevelsen av å miste noe. For kvinnen er dette konkret knyttet til brystet, og endatil hennes integritet. Tap truer stabiliteten i livet, og bringer nye, usikre elementer inn (Håkonsen, 2014, s. 257). I de tidlige fasene av en krise, kan hun ha behov for å avlevere kaotiske emosjoner. Noen vanlige emosjonelle reaksjoner er ifølge Reitan (2004, s. 49) fortvilelse, gråt, sorg, sinne, aggresjon og hjelpeløshet, som også vises i våre funn. Møtet med et menneske i krise kan være en utfordrende oppgave for sykepleier, da man kan bli konfrontert med eksistensielle og vanskelige temaer (Eide & Eide, 2017, s. 79) som identitet, seksualitet og angst for fremtiden. Det er likevel en viktig jobb at sykepleier tør å stå i de tøffe samtalene, for å kunne hjelpe pasienten med å sette ord på de vonde tankene. Det vil bidra til å klargjøre problemer og fremme forståelse for realiteten i situasjonen (Hummelvoll, 2012, s. 516).

En kreftsykdom er en utfordring for selvbylde, der endret kroppsbylde ved tap og krenkelse av selvfølelsen kan ta lang tid å tilpasse seg (Dahl, 2016, s. 24). Selvbylde er den oppfatningen man har av sin egen verdi, basert på hvor godt man klarer å leve opp til det ideelle bildet av seg selv (Stuart, 2013, referert i Solvoll, 2016, s. 108). Når det fysiske selvet blir berørt av tap, kan selvbildet slå alvorlige sprekker (Hummelvoll, 2012, s. 137). Våre funn blir underbygget av Gjertsen (2004, s. 326), som skriver at etter operasjonen kan kvinnen ha vansker med å se seg selv i speilet og berøre arret. Arret er en konstant påminnelse om kreftdiagnosen.

Opplevelsen av å være *halv* eller *ufullstendig* gikk igjen i studiene. Det blir også beskrevet av Sørensen et al. (2016, s. 446), at å miste et bryst kan for mange bety at de ikke lenger opplever seg selv som en fullverdig kvinne. Kreftsykdom med tilhørende behandling kan føre med seg brå utfordringer av kroppsbylde, som er et annet aspekt av selvbylde. Et kroppsbylde er alle forestillingene som vi danner oss om kroppen vår, basert på hvordan kroppen fremstår for oss. Det består av en ytre del (utseende) og en indre del (opplevelse) (Stuart 2013, referert i Solvoll, 2016, s. 108). Et tap av brystet er for mange et traume, og kan medføre en sterk følelse av mindreverd og at kroppen er maltraktert (Sørensen et al., 2016, s. 446). I møte med pasienten bør sykepleier ha en empatisk tilnærming, det vil si å kunne forstå hvordan pasienten opplever sin situasjon. Dette gir sykepleier et viktig grunnlag for å yte god og forsvarlig sykepleie (Nortvedt, 2016, s. 19).

Våre resultat viser til at kvinners seksuelliv ble påvirket ved at de blant annet unngikk intimitet. Det er ikke unormalt at kvinnen ser på seg selv som lite attraktiv med ett bryst og selve arret, noe som kan føre til seksuelle problemer (Gjertsen, 2004, s. 326). Kvinnen føler seg ofte mindre verdt som en seksualpartner (Borg, 2004, s. 86). Å hjelpe pasienten til å mestre sine seksuelle problemer er en naturlig del av den helhetlige sykepleien, men er likevel et glemt tema. Sykepleier bør ta initiativ til systematisk kartlegging, eksempelvis ved bruk av modellen PLISSIT (Howlett et al., 1997, referert i

Kvåle 2002, s. 29; Dahl, 2016, s. 248; Borg, 2004, s. 87). Den beskriver ulike nivåer man kan forholde seg til og behandle seksuelle problemer på. Det første nivået kalles *Permission*, altså tillatelse. Profesjonelt helsepersonell bør legge forholdene til rette og signalisere at det er rom for og tillatt å snakke om sin seksualitet (Gamnes, 2016, s. 399-400). Ved veiledning av seksualitet til kreftpasienter, er det essensielt at sykepleier har kunnskap om både de fysiske og psykiske utfordringene de står overfor. Målet er å hjelpe pasienten til å bevare sin seksuelle helse (Borg, 2004, s. 86-87).

Angsten for fremtiden kan være aldersbetinget. Våre funn støttes av en studie gjennomført av Salonen et al. (2009, referert i Sørensen et al., 2016, s. 441) som rapporterte at kvinner under 55 år uttrykker mer bekymring for fremtiden enn kvinner over 55 år. Helms et al. (2008, referert i Dahl 2016, s. 222) skriver at yngre kvinner har et dårligere og mer sårbart kroppsbilde enn eldre kvinner, noe som vises ved at de yngre reagerer sterkere på utseende etter brystkreftkirurgi. Sykepleier kan likevel ikke gå ut i fra at høyere alder er en forutsetning for bedre håndtering av inngrepet. Det bør alltid tas individuelle hensyn.

I den første tiden etter operasjonen er en viktig sykepleieroppgave å gi tilstrekkelig informasjon om hva som kan forventes med tanke på utseende og funksjon (Dahl, 2016, s. 221), og sørge for at pasienten har forstått det som sies (Gjertsen, 2004, s. 326). Pasienten skal, ifølge pasient- og brukerrettighetsloven (2021, § 3-2), informeres om det som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Ved utskrivning kan det være nyttig for pasienten å prate om følelser rundt kreftsykdom generelt, og fjerning av et bryst spesielt. Sykepleier bør kartlegge pasientens oppfattelse og problemer ved å stille spørsmål før de starter rådgivningen. Sykepleier lytter til hva pasienten sier, uten å avbilde egne følelser for situasjonen over på pasienten (Kvåle, 2002, s. 77).

Å lytte, være til stede og støtte pasientens følelser er ofte den beste hjelpen en kan gi et menneske i krise (Gjertsen, 2004, s. 326; Håkonsen, 2014, s. 258). Helsepersonell bør vise pasienten at de har tid til å snakke, svare på spørsmål, gi råd og støtte (Sørensen et al., 2016, s. 446). Mangel på tid er dessverre en realitet som kan hindre sykepleier i å møte pasientens psykososiale behov på en god måte (Kvåle, 2002, s. 31). For å sørge for at kvinnene føler seg ivaretatt etter operasjonen kan sykepleier sette dem i kontakt med lokale ressurser (Fingeret et al., 2014, referert i Dahl, 2016, s. 221), for eksempel gjennom en representant fra Kreftforeningen. Sykepleier bør oppfordre pasienten til å nytte seg av de tilbudene som finnes i det lokale miljøet, også etter utskrivelse fra sykehuset, da et godt nettverk vil bedre bearbeidelsen av krisen (Gjertsen, 2004, s. 326).

### 5.2.2 Sosial støtte

Et viktig funn i vår studie omhandler betydningen av sosial støtte, og kan knyttes til Hendersons beskrivelse av menneskers grunnleggende behov for kontakt med andre og muligheten til å gi uttrykk for egne behov og følelser (Henderson, 1998, s. 46). Å være knyttet til andre mennesker gjennom felles verdier, interesser og aktiviteter gir en følelse av felleskap og tilhørighet. Det å få bekreftelse og bli verdsatt, er viktig for opplevelsen av identitet, anerkjennelse, verdighet, selvfølelse og velvære (Helgesen, 2016, s. 142).

Sosial støtte styrker mestringsevnen ved påkjenninger og belastende livshendelser, noe som påvirker den psykiske helsen, og dermed livskvaliteten positivt (Folkehelseinstituttet, 2015). Når mennesket er i krise blir det å søke støtte og hjelp hos andre ansett som en hensiktsmessig mestringsstrategi (Håkonsen, 2014, s. 259). Man føler seg trygg om man kan regne med sosial støtte fra andre når man selv har behov for det (Helgesen, 2016, s. 142).

Når en krise inntreffer, rammes ikke bare pasienten, men også pårørende og pasientens forhold til dem. Kvinnens nære nettverk kom frem som en essensiell ressurs, og deres krisereaksjoner må også møtes og forstås (Eide & Eide, 2017, s. 77). Samtalene med partner og deres aksept av forandringene kom frem som et viktig resultat, og var av stor betydning for kvinnene. Behovet for å gi uttrykk for egne følelser er ofte gjensidig hos pårørende, da de aldri har fri fra sin rolle, og vil dermed også trenge støtte og oppfølging (Reitan, 2004, s. 209). Det at helsepersonell gir støtte til både pasient og pårørende, kan være avgjørende for hvordan de mestrer og aksepterer situasjonen sammen (Eide & Eide, 2017, s. 77). Når man snakker med andre om bekymringer, bidrar det til at spenninger som skapes av mistriksel, slippes fri (Håkonsen, 2014, s. 259).

Det vil være hensiktsmessig for sykepleier å inkludere familie eller de nærmeste i prosessen (Reitan, 2004, s. 56), eksempelvis i en felles samtale. Pårørende stiller stadig høyere krav til informasjon og innsikt i pasientens sykdom og behandlingsforløp, slik at de kan være til nytte og bidra til å mestre utfordringene de står ovenfor (Reitan, 2004, s. 69). Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven (2021, § 3-3) skal pasientens nærmeste pårørende ha informasjon om hennes helsetilstand og i tillegg helsehjelpen som ytes, dersom kvinnen samtykker til det.

En rapport fra folkehelseinstituttet (2015) viser at faren for fysiske og psykiske helseplager øker ved manglende sosial støtte. Det viser seg at personer som har et godt sosialt nettverk, klarer seg bedre gjennom kriser enn de som ikke har det (Eide & Eide, 2017, s. 77). Hummelvoll (2012, s. 512) skriver også at det er avgjørende med sosial støtte for å evne bearbeidelsen av en krise. Våre funn styrker dette, som viser at kvinner som opplevde mangel på sosiale kontakter i etterkant av inngrepet, hadde større vanskeligheter med å forsones seg med den nye livssituasjonen. Dette kan gi et økt behov for et profesjonelt hjelpeapparat. I en krise vil mennesket selv ofte ikke oppsøke støtte, og det vil derfor være et ansvarsområde for helsepersonell å kartlegge og identifisere forholdene (Håkonsen, 2014, s. 259).

Kvinnene fra forskningen som ble møtt og støttet av et empatisk og omsorgsfullt helsepersonell, opplevde at de i større grad fikk rom for å kunne uttrykke sine reelle emosjoner. Viktigheten av dette vises også i sykepleierens yrkesetiske retningslinjer (2.10, 2019), ved at sykepleier har et ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse. Et tilbud sykepleier bør være orientert om er den enkelte kommunens tilbud om kreftkoordinator. En kreftkoordinator er som regel en kreftsykepleier som hjelper pasient og pårørende med tilrettelegging i hverdagen, samt gir dem en oversikt over hvilke tilbud som finnes der de bor (Sørensen et al., 2016, s. 446).

Et annet funn i oppgaven viser at religiøs tro og praksis kan være til hjelp ved sykdom og lidelse. Religion og tro kan bidra til trøst, eller til å akseptere vanskelige situasjoner, gi trygghet, håp og en følelse av tilhørighet (Kristoffersen & Breievne, 2016, s. 223). Henderson (1998, s. 46) peker også på det grunnleggende behovet av å kunne dyrke sin

tro. Det innebærer at sykepleier har et ansvar for å legge forholdene til rette for praktisering, slik at pasienten kan benytte troen som en ressurs i sin livssituasjon (Kristoffersen & Breievne, 2016, s. 223).

### 5.2.3 Frykt for eksponering

Det kom frem i funnene fra resultatet at kvinnene så på seg selv som annerledes og opplevde at de gikk imot samfunnets ideal. Kroppsideal påvirkes av holdninger og følelser vi selv har rundt hvordan vi ønsker at kroppen skal være. Kroppsideal reflekterer normer knyttet til hvordan samfunnet oppfatter at vi skal se ut, noe som kommer til uttrykk gjennom media og sosialt samvær (Hummelvoll, 2012, s. 137). Kroppen er også det første man ser når man møter et annet menneske. Bjørk & Breievne (2016, s. 22) skriver at gjennom kroppen uttrykker vi vår særegne identitet. Våre funn viser at ved gjennomgått mastektomi opplevde kvinnene at kroppen ikke lenger samsvarte med deres identitet.

Tapet av et bryst medførte for flere av kvinnene et hinder i å leve sitt normale liv. Det innebar blant annet unngåelse av sosiale settinger i frykt for andre menneskers tanker og reaksjoner. I en periode etter inngrepet kan kvinnen ha følelsen av at "alle" kan se at noe er annerledes (Gjertsen, 2004, s. 326). Sørensen et al. (2016, s. 446) skriver også at det er en ekstra påkjenning å la andre se og vite om hennes kroppslige forandringer. Når kvinnen er i en fase der hun ikke klarer å forholde seg til seg selv, kan det tenkes at forholdet til andre mennesker kan bli vanskelig. Spørsmål og kommentarer kan være ubehagelige. I tillegg til nonverbale uttrykksformer som blick, kroppsspråk og ansiktsuttrykk som ofte avslører spontane reaksjoner. Det blir derfor desto viktigere at sykepleier er bevisst sitt nonverbale språk, og møter kvinnen på en bekreftende og anerkjennende måte (Eide & Eide, 2017, s. 137). Stern (1985, referert i Eide & Eide, 2017, s. 135) mener at det nonverbale språket og vår evne til affektiv inntonning er avgjørende for utviklingen av kontakt og trygghet i relasjoner.

Det er ikke lett for kvinner å venne seg til tap av brystet (Dahl, 2016, s. 24). Den forandrede kroppen kan ikke bare få negative konsekvenser for kvinners selvbilde, men også livsutfoldelse (Arman og Beckman 2007; Gjessing et al., 2013; Ussher og Gilbert 2013, referert i Sørensen, 2016, s. 441). Et grunnleggende behov i Hendersons (1998, s. 46) teori er å kunne velge passende klær, men som våre resultat viser, ble dette utfordret for flere av kvinnene. Ifølge Gjertsen (2004, s. 326) vil klær fungere mer som en kamuflasje for den forandrede kroppen. Et hjelpemiddel som vil gjøre bekledning enklere for mange kvinner, er brystprotese. Sykepleier kan dele ut midlertidig brystprotese og ordne rekvisisjon til permanent. Sykepleier bør likevel være oppmerksom på at noen kvinner kan oppleve det som vanskelig å skjule seg med kunstige midler, og at dette ikke er et aktuelt alternativ for alle. Kvinnenes reaksjoner kan være svært ulike og valgene de tar bør respekteres og støttes (Sørensen et al., 2016, s. 446-448).

### 5.2.4 Prosess mot selvakseptering

Studien vår viser at med tiden til hjelp fant kvinnene nye måter å se seg selv på. Dette kan forklares gjennom bearbeidingsfasen i en krise, som blant annet innebærer en viss

aksept av det som har skjedd. Pasienten reintegreres i tidligere sosiale roller og aktiviteter, og blir åpen for nye erfaringer (Reitan, 2004, s. 49). En omdefinering av selvet var en viktig faktor i bedringsprosessen. Det kan gi en økt opplevelse av kontroll, slik at hun får et bedre grep om situasjonen. Dette vil kunne bidra til å føre henne videre (Hummelvoll, 2012, s. 509). Etter en tid vil det i løpet av en krise være aktuelt å hjelpe pasienten til å se muligheter og lyspunkter i tilværelsen (Håkonsen, 2014, s. 258). Informasjon og veiledning er sentrale sykepleiefunksjoner, og ved hver kontroll bør man følge opp kroppsbildeproblematikken (Dahl, 2016, s. 221).

Yrkesetiske retningslinjer punkt 2.2 (2019) sier at "sykepleier har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom". Det innebærer blant annet tiltak som rettes mot at mennesket oppnår mestring i forhold til egne helseproblem og konsekvensene de medfører (Lerdal & Fagermoen, 2011, referert i Tveiten, 2018, s. 237). Prosessen mot selvaksept kan deretter knyttes til sykepleierens pedagogiske og veiledende virksomhet, som innebærer å styrke pasientens egne ressurser og tro på seg selv. Denne prosessen kalles *empowerment* (Kristoffersen, 2016, s. 351). Empowerment er ifølge Kristoffersen (2016, s. 352) den prosessen som er nødvendig for å styrke og aktivere menneskets evne til å tilfredsstille egne behov, løse egne problemer og skaffe seg nødvendige ressurser for å kunne ta kontroll over eget liv. Sykepleier bør tilrettelegge og veilede pasienten til å bli bevisst på egne refleksjoner og vurderinger (Tveiten, 2018, s. 240). Ved å anerkjenne disse skaper man et miljø som fremmer empowerment, i samspill med andre viktige faktorer som felleskap, tillit, trygghet og gode relasjoner (ibid, s. 249).

Funnene våre viser videre at mastektomi og inngrepets følger blir en del av livet. Dette understøttes også av Reitan (2004, s. 52) som skriver at mange finner en ny plattform, nye verdier for videre livsløp og konstruerer seg en ny mening. Kreftsyke får ofte et nytt syn på tilværelsen, med en nærhet til livet. Mange omprioriterer hva de anser som viktig i livet sitt (Reitan, 2004, s. 50, 52). Dette samsvarer også med Cullbergs (1999, referert i Håkonsen, 2014, s. 256) beskrivelse av nyorienteringsfasen i en krise. Opplevelsene er ikke glemt, men er ikke lenger dominerende i individets oppmerksomhet. Kriseteori bør ikke forstås som et lineært forløp, og det er dermed viktig at sykepleier tilpasser og bearbeider kunnskapen som danner grunnlag for innsikt og forståelse i pasientens situasjon. Ethvert menneske har sine egne opplevelser og reaksjoner (Reitan, 2004, s. 51), som trenger å bli møtt der de er.

## 6 Konklusjon

I denne oppgaven har vi belyst psykososiale opplevelser brystkreftpasienter har etter operasjonen mastektomi.

Brystkreftdiagnosen og mastektomi kan føre til en krisereaksjon hos kvinner, der tapet av brystet påvirker individuelle og sosiale forhold i stor grad. Operasjonen ga kvinnene en fremmedfølelse overfor egen kropp, og utløste sterke emosjonelle reaksjoner. Deres kroppsintegritet, selvbilde og identitet ble truet. Forholdet til seg selv og andre var vanskelig, og kunne gjøre at kvinnene isolerte seg i frykt for andre menneskers reaksjoner. Det medførte utfordringer med tidligere rutiner og forutsigbarhet i hverdagen. Tilstedeværelse og støtte fra partner, familie og venner fremmet kvinnenes opplevelse av å bli sett. Et støttende sosialt nettverk var avgjørende for bedringsprosessen. Etter hvert ble de sterke emosjonene knytt til den opplevde krisen mindre fremtredende, og flere av kvinnene fikk et nytt syn på livet. Det innebar en omdefinering av seg selv og sine verdier.

Det viktigste sykepleier kan gjøre for disse pasientene er å ha en empatisk tilnærming ved å være til stede og lytte. Det kreves også at pårørende blir informert og at deres behov blir ivaretatt, da de har en betydelig rolle i kvinnenes liv. Sykepleier bør legge til rette for og veilede pasienten i den nye og krevende livssituasjonen til å finne sine styrker og ressurser. Det vil være ideelt at sykepleier kartlegger pasientens individuelle behov og nettverk, og eventuelt setter henne i kontakt med lokale ressurser. Dette kan være med på at hun opplever tilstrekkelig oppfølging i etterkant av operasjonen.

### 6.1 Forslag til videre forskning

I arbeid med oppgaven har vi sett viktigheten av psykososiale faktorer og hvordan det påvirker pasientene. Vi tenker det burde bli forsket videre på hvordan pasienter og deres psykososiale behov blir ivaretatt i møte med sykepleier og annet helsepersonell. Ikke bare hos brystkreftpasienter, men også andre pasientgrupper. Det kunne også vært interessant å kartlegge sykepleier sin egen opplevelse av tilstrekkelighet innen dette området.

# Referanser

- Almeida, N. G., Cruz, A. M., Rodrigues, D. P., Moreira, T. M. M., Figueiredo, J. V. Fialho, A. V. M. (2016). Aspects that may influence on the quality of life of a mastectomized woman. *Ciencia, Cuidado e Saude*. Vol. 15 (Nr. 3), 452-459. DOI: [10.4025/cienccuidsaude.v15i3.31526](https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v15i3.31526)
- Archer, S., Holland, F. G. & Montague, J. (2018). "Do you mean I'm not whole?": Exploring the role of support in women's mastectomy without reconstruction". *Journal of Health Psychology*. Vol. 23 (Nr. 12), 1598-1609. DOI: 10.1177/1359105316664135
- Batista, K., Mercês, M., Santana, A., Pinheiro, S., Lua, I. & Oliveira, D. (2017). Feelings of women with breast cancer after mastectomy. *Revista de Enfermagem*, Vol. 11 (Nr. 7), 2788-2794. <https://doi.org/10.5205/reuol.10939-97553-1-RV.1107201719>
- Bjørk, I. T., & Breivne, G. (2016). Kropp og velvære, G. H., Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 2* (3. utg. s. 13-37). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Borg, T. (2004). Seksualitet. A. M., Reitan & T. K., Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie* (2.utg., s. 84-89). Akribe Forlag AS.
- Chuang, L-Y., H, Y-Y., Yin, S-Y. & Shu, B-C. (2018). Staring at my body- the experience of body reconstruction in breast cancer long-term survivors. *Wolters Kluwer Health*, Vol. 41 (Nr. 2), 56-61. DOI: [10.1097/NCC.0000000000000507](https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000507)
- Dahl, A. A. (2016). *Kreftsykdom*. Cappelen Damm AS.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner* (3. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*, Volume 20 (Nr. 2). <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*. Vol. 35 (Nr. 5), 41-48. DOI: [10.1097/NCC.0b013e31823528fb](https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e31823528fb)

- Folkehelseinstituttet. (2015, 11. mai). *Fakta om sosial støtte og ensomhet*. FHI. Hentet 27. april 2021 fra <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskelidelser/sosial-stotte-og-ensomhet---faktaar/>
- Forsberg, C. & Wengström. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier* (4. utg.). Natur & kultur.
- Freysteinson, W., Deutsch, A., Lewis, C., Sisk, A., Wuest, L., Cesario, S. (2012). The experience of viewing oneself in the mirror after a mastectomy. *Oncology Nursing Forum*, Vol. 39 (Nr. 4), 361-369. <https://doi.org/10.1188/12.ONF.361-369>
- Gamnes, S. (2016). Seksualitet og helse. G. H., Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 2* (3. utg., s. 373-407). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Gjertsen, T. (2004). Sykepleieutfordringer ved brystkreft. A. M., Reitan & T. K., Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie* (2. utg., s. 325-330). Akribe Forlag AS.
- Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Hansen, Å.M. (1999). *Grunnleggende teorier og begreper i pleie- og omsorgsarbeid*. NKS-Forlaget.
- Helgesen, A. K. (2016). Sosial kontakt. G. H., Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3* (3.utg., s. 141-163). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Helsebiblioteket. (2020). Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie. Helsebiblioteket. Hentet 25. mars 2021 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister>
- Henderson, V. A. (1998). *Sykepleiens natur*. Universitetsforlaget AS.
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt* (7. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kreftforeningen. (2021, 7. Januar). *Brystkreft*. Hentet 19. april 2021 <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/brystkreft/>
- Kristoffersen, N. J. (2016). Å styrke pasientens ressurser. G. H., Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3* (3. utg., s. 349-398). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kristoffersen, N. J. & Breievne, G. (2016). Lidelse, mening og håp. G. H., Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3* (3. utg., s. 187-221). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kvåle, K. (2002). *Sykepleie til mennesker med kreft*. Gyldendal Norsk Forlag AS.



- Norsk senter for forskningsdata. (2021). *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. Hentet 13. April 2021  
<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>
- Norsk sykepleierforbund. (2019). Yrkesetiske retningslinjer. NSF. Hentet 13. mai 2021  
<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, P. (2016). *Omtanke* (2. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2021). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. (LOV-2020-12-04-134). Lovdata. <https://lovdata.no/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*, Vol. 15 (Nr. 3), 479-510. DOI: 10.1348/135910709X472174
- Reitan, A. M. (2004). Kommunikasjon. A. M., Reitan & T. K., Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie* (2. utg., s. 65-83). Akribe Forlag AS.
- Reitan, A. M. (2004). Krise og mestring. A. M., Reitan & T. K., Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie* (2. utg., s. 47-64). Akribe Forlag AS.
- Reitan, A. M. (2004). Pårørende. A. M., Reitan & T. K., Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie* (2. utg., s. 205-214). Akribe Forlag AS.
- Rocha, J. F. D., Cruz, P. K. R., Vieira, M. A., Costa, F. M. & Lima, C. A. (2016). Mastectomy: scares in female sexuality. *Revista de Enfermagem*, Vol. 10 (Nr. 5), 4255-4263. DOI: [10.5205/reuol.9284-81146-1-SM.1005sup201612](https://doi.org/10.5205/reuol.9284-81146-1-SM.1005sup201612)
- Schlichting, E. (2016). Sykdommer i brystene. S., Ørn & E., Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg. s. 443-453). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Solvoll, B-A. (2016). Identitet og egenverd. G. H., Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3* (3. utg., s. 105-137). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Stubberud, D-G. (2013). Psykososiale konsekvenser av å være akutt og kritisk syk. D-G., Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (s. 13-41). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Svartdal, F. (2020, 12. Juni). *Psykososial*. Store norske leksikon. Hentet 07. mai 2021  
<https://snl.no/psykososial>
- Sørensen, E. M. Lorvik, M. K. Erntsen, N. G. Almås, H. (2016). Sykepleie ved brystkreft. D-G, Stubberud. R, Grønseth. H, Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5. utg., s. 437-451). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Tveiten, S. (2018). Empowerment og veiledning. T.B., Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie* (2. utg., s. 237-258). Fagbokforlaget.

# Vedlegg

**Vedlegg 1:** Litteraturmatriser.

**Vedlegg 2:** Søkehistorikk.

## Vedlegg 1: 8 Litteraturmatriser.

Litteraturmatrise 1: "Mastectomy, body deconstruction, and impact on identity: A qualitative study".

Referanse	Studiens hensikt	Nøkkel-begrep	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
<p>Piot-Ziegler, C., Sassi, M-L., Raffoul, W. &amp; Delaloye, J-F. (2010).</p> <p>Mastectomy, body deconstruction, and impact on identity: A qualitative study. <i>British Journal of Health Psychology, Vol. 15 (Nr.3), 479-510.</i></p> <p>DOI: 10.1348/135910709X472174</p>	<p>Studien har som mål å forstå hvilke konsekvenser mastektomi har for kropp og identitet hos kvinner med brystkreft.</p>	<p><i>Body image, breast neoplasm, psychosocial factors, surgery, adenocarcinoma, gender identity, identity crisis, breast reconstruction, mastectomy, lumpectomy.</i></p>	<p><b>Metode</b></p> <p>Kvalitativ studie.</p> <p><b>Utvalg</b></p> <p>19 kvinner i alderen 37-62 år som skulle gjennomgå mastektomi som en del av kreftbehandling, ble valgt ut. De ble kontaktet gjennom en rådgivende onkolog ved et sveitsisk universitetssykehus, kort tid etter å ha tatt avgjørelsen om å gjennomføre mastektomi.</p> <p><b>Datasamling</b></p> <p>Deltakerne ble invitert til å delta i tre semi-strukturerte intervjuer; en kort tid før eller etter inngrepet, og de andre intervjuene senere i sykdomsforløpet. Intervjuene kunne gå inn på tema som sykdomshistorie frem til daværende tidspunkt, angst for sykdommen, kroppsforandringer og rekonstruksjon. Intervjueren brukte sitt faglige skjønn og tilpasset temaene til den enkelte, avhengig av hvorvidt hun virket til å ville gå i dybden på personlige erfaringer i en sårbar tid.</p> <p><b>Analyse</b></p> <p>Artikkelen tar kun for seg analysen av det første intervjuet med hver enkelt deltaker. Alle intervjuene ble spilt inn og transkribert ordrett. Tematisk analyse ble utført.</p>	<p><b>Resultat</b></p> <p>Artikkelen presenterer fem hovedkategorier:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Utfordring til kroppsintegritet og kroppens fysiske eksistens</i></li> <li>Kvinnene kunne oppleve ambivalens til mastektomi; de ønsket sterkt å fjerne den syke kroppsdelene, men var også svært bekymret for det fysiske utseende.</li> <li>- <i>Kroppsdekonstruksjon: utfordring til kvinnens identitet</i></li> <li>Mastektomi var en traumatisk opplevelse som utfordret deres grunnleggende kjønnsidentitet. Flere fryktet at de ikke lenger skulle føle seg som kvinner, at de vil fremstå som "kjønnsløse" og gå i mot det samfunnet forventer av en kvinne.</li> <li>- <i>Utfordring til relasjoner</i></li> <li>Både intime og sosiale forhold skapte usikkerhet.</li> <li>- <i>Rekonstruksjon: identitetskrise</i></li> <li>Rekonstruksjon kunne bidra til å føle komfort i egen kropp, men det ble likevel nevnt at de aldri ville føle seg som den samme igjen.</li> <li>- <i>Eksistensielle revurderinger: omdefinering av selvet</i></li> <li>Kreftdiagnosen medførte for noen av kvinnene en mulighet til å finne nye måter og forståelser i livet. Synet på hva som var viktig ble omprioritert.</li> </ul> <p><b>Konklusjon</b></p> <p>Mastektomi fører til en smertefull opplevelse av kroppsdekonstruksjon, og medfører fremmedhet og dissonans overfor den nye kroppsdelene. De fysiske, emosjonelle, sosiale, symbolske og relasjonelle aspektene til en kvinnes kjønnsidentitet blir i stor grad utfordret.</p>	<p>Artikkelen tar for seg flere kvinners tanker og opplevelser i tiden etter operasjonen. Den peker på flere sentrale momenter som inngår i vår problemstilling.</p>

Litteratormatrise 2: "The experience of viewing oneself in the mirror after a mastectomy".

Referanse	Studiens hensikt	Nøkkel-begrep	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
<p>Freysteinson, W., Deutsch, A., Lewis, C., Sisk, A., Wuest, L., Cesario, S. (2012).</p> <p>The experience of viewing oneself in the mirror after a mastectomy. <i>Oncology Nursing Forum</i>, Vol. 39 (Nr. 4), 361-369.</p> <p>DOI: 10.1188/12.ONF.361-369</p>	<p>Studiens hensikt er å belyse opplevelser knyttet til å se seg selv i speilet etter mastektomi.</p>	<p><i>Life experience, cancer patients, mastectomy, body image.</i></p>	<p><b>Metode</b></p> <p>Kvalitativ studie.</p> <p><b>Utvalg</b></p> <p>12 kvinner i alderen 32-76 år, 3-12 måneder etter mastektomi.</p> <p>Deltakerne ble rekruttert fra tre forskjellige sykehus i den sørvestlige delen av USA, og ble invitert i sammenheng med en rutinemessig postoperativ telefonsamtale.</p> <p><i>Eksklusjonskriterier:</i> behov for verge for medisinske beslutninger, betydelige emosjonelle plager og tilstanden kroppsdysmorfi.</p> <p><b>Datasamling</b></p> <p>Alle deltakerne gjennomførte National Comprehensive Cancer Network's (NCCN) screeningsskjema for å kartlegge den enkeltes opplevde nivå av emosjonelt stress i en skala fra 1-10. Alle hadde en score under 4.</p> <p>Videre fulgte innspilte samtaleintervju med planlagte spørsmål.</p> <p><b>Analyse</b></p> <p>Intervjuene ble transkribert ordrett. Teksten ble så analysert med strukturanalyse og fenomenologisk tolkning.</p>	<p><b>Resultat</b></p> <p>Funnene deles inn etter hvilken analysemetode som er anvendt.</p> <p><i>Strukturanalyse:</i></p> <p>- <i>Min kropp</i> Flere synets det var vanskelig å se det postoperative såret, og kunne unngå å se seg selv i speilet i flere dager etter operasjonen. Alle rapporterte derimot at dette ble lettere med tiden.</p> <p>- <i>Mine tanker</i> Alle kvinnene pekte på viktigheten av håp i prosessen. Et flertall uttrykte bekymring rundt andres tanker.</p> <p>- <i>Mennesker i mitt liv</i> Alle hadde familie og venner som var hjelpsomme, og dro også frem betydningen av omsorgsfulle sykepleiere. Noen nevnte delvis mangel på støtte fra familie og venner.</p> <p><i>Fenomenologisk tolkning:</i></p> <p>- <i>Jeg er</i> En individuell oppfatning av seg selv.</p> <p>- <i>Jeg bestemmer</i> Personlige motiv for å se seg selv i speilet.</p> <p>- <i>Jeg ser</i> Alle uttrykte ulike måter og forståelser på hva de så. Distanse fra egen kropp var gjennomgående for alle.</p> <p>- <i>Jeg godtar</i> De forsøkte og se fremover, dette ble starten på en prosess.</p> <p><b>Konklusjon</b></p> <p>Studien gir en forståelse av den mangesidige og individuelle opplevelsen hos kvinner, som ser seg selv i speilet etter mastektomi.</p>	<p>Funnene er relevante for oppgaven, da artikkelen belyser den enkeltes opplevelser. Den inneholder faktorer som har betydning for hvordan operasjonens følger blir håndtert.</p>

Litteratormatrise 3: "Feelings of women with breast cancer after mastectomy".

Referanse	Studiens hensikt	Nøkkel-begrep	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
<p>Batista, K., Merces, M., Santana, A., Pinheiro, S., Lua, I. &amp; Oliveira, D. (2017).</p> <p>Feelings of women with breast cancer after mastectomy. <i>Revista de Enfermagem, Vol. 11 (Nr. 7), 2788-2794.</i></p> <p>DOI: 10.5205/reuol.10939-97553-1-RV.1107201719</p>	<p>Studiens mål er å få en forståelse for hva kvinner føler etter en mastektomi.</p>	<p><i>Breast neoplasms, mastectomy, emotions, sexuality.</i></p>	<p><b>Metode</b></p> <p>Deskriptiv studie med en kvalitativ tilnærming.</p> <p><b>Utvalg</b></p> <p>5 kvinner diagnostisert med brystkreft, knyttet til Family Health Units i Ibiassucê i Brasil. Alle deltakerne var over 30 år.</p> <p><b>Datasamling</b></p> <p>Semi-strukturert intervju på båndopptak.</p> <p><b>Analyse</b></p> <p>Intervjuene ble transkribert i sin helhet, og analysert ved hjelp av Bardin metoden.</p>	<p><b>Resultat</b></p> <p>Resultatene er delt inn i to kategorier:</p> <p>- <i>Oppleve å få kreftdiagnosen</i> En kreftdiagnose bringer med seg et hav av følelser og emosjoner. Mange henvender seg til sin religion som en mestringsstrategi i møte med diagnosen. Helsepersonell har en viktig rolle med å informere, støtte og lytte til pasienten.</p> <p>- <i>Følelser rundt mastektomi</i> Å miste et bryst kan føre til en fremmedfølelse i egen kropp. Inngrepet påvirker ikke bare kvinnen, men også de rundt. Flere uttrykker bekymring for deres femininitet og seksualitet.</p> <p><b>Konklusjon</b></p> <p>Når en kvinne må fjerne brystet opplever hun følelser som sorg, fremmedhet og bekymring rundt selvbildet og det "å være en kvinne".</p>	<p>Det er spesielt kategori to i artikkelen som har relevans for vår oppgave, da den beskriver hvilke emosjoner og opplevelser som kan oppstå etter mastektomi.</p>

Litteratormatrise 4: "Staring at my body- the experience of body reconstruction in breast cancer long-term survivors".

Referanse	Studiens hensikt	Nøkkel-begrep	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
<p>Chuang, L-Y., H, Y-Y., Yin, S-Y. &amp; Shu, B-C. (2018).</p> <p>Staring at my body- the experience of body reconstruction in breast cancer long-term survivors. <i>Wolters Kluwer Health, Vol. 41</i> (Nr. 2), 56-61.</p> <p>DOI: <a href="https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000507">10.1097/NCC.0000000000000507</a></p>	<p>Målet var å forstå hvilken oppfatning kvinner med brystkreft og gjennomgått mastektomi har av kroppen sin etter minst fem år.</p>	<p><i>Body image, breast cancer, objectification, qualitative research, recovery, self-identity.</i></p>	<p><b>Metode</b></p> <p>Kvalitativ studie.</p> <p><b>Utvalg</b></p> <p>8 kvinner fra sør i Taiwan ble valgt ut via et medisinsk senter. Alle hadde fått diagnosen brystkreft og gjennomgått mastektomi for minst 5 år siden. Aldersgruppen: 41-59 år.</p> <p><b>Datasamling</b></p> <p>Kvinnene deltok i 2-3 intervju som varte i 90-120 minutter. Deltakerne fikk tre spørsmål som var like, ellers fikk de også oppfølgingsspørsmål ut ifra svarene de ga. Intervjueren skrev feltnotater underveis for å sammenfatte personlige og teoretiske antakelser, og å reflektere over kvinnens oppfatning.</p> <p><b>Analyse</b></p> <p>Alle intervju ble spilt inn, notert ned og transkribert fra engelsk til kinesisk. Det ble anvendt en fenomenologisk metode utarbeidet av Colaizzi i analysearbeidet.</p>	<p><b>Resultat</b></p> <p>Resultatene ble delt inn i tre hovedkategorier:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Fornylelse av kroppsbildet</i> Mastektomi endrer måten kvinnen ser seg selv på. Det fremkaller en opplevelse av tap av kontroll, samt tap av identitet. Kvinnene forsøkte å gjenvinne kontrollen i sitt liv ved å normalisere egen kropp og gå tilbake til hverdagens rutiner.</li> <li>- <i>Oppgivelse av objektivisering av egen kropp</i> De følte seg frigjort fra den konstante inspeksjonen og evalueringen av egen kropp, og omfavnet helse som verdi. Det kom frem at med alderen er ikke utseende det viktigste for identitet.</li> <li>- <i>Omdefinering av selvet</i> De så betydningen av sine produktive roller, som i karriere og familie. En prosess med å gjenopprette følelsen av egenverd, startet. Familie, religion og andre kvinner bidro til dette.</li> </ul> <p><b>Konklusjon</b></p> <p>Etter flere år etter mastektomi, har kvinnene funnet nye måter å se og identifisere seg selv på.</p>	<p>Alle funnene er aktuelle å belyse i vår oppgave. Den viser at inngrepet innebærer en prosess, der en kan få en ny forståelse av seg selv og omgivelsene.</p>

Litteratormatrise 5: "Mastectomy: scares in female sexuality".

Referanse	Studiens hensikt	Nøkkel-begrep	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
<p>Rocha, J. F. D., Cruz, P. K. R., Vieira, M. A., Costa, F. M. &amp; Lima, C. A. (2016).</p> <p>Mastectomy: scares in female sexuality. <i>Revista de Enfermagem, Vol. 10</i> (Nr. 5), 4255-4263.</p> <p>DOI:  <a href="https://doi.org/10.5205/reuol.9284-81146-1-SM.1005sup201612">10.5205/reuol.9284-81146-1-SM.1005sup201612</a></p>	<p>Målet var å se på kvinners refleksjoner rundt seksualitet etter mastektomi.</p>	<p><i>Breast neoplasms, mastectomy, sexuality.</i></p>	<p><b>Metode</b></p> <p>Deskriptiv kvalitativ studie.</p> <p><b>Utvalg</b></p> <p>14 kvinner i Brasil som hadde fjernet begge bryst og ble fulgt opp av Women´s Health Program i Brasil.</p> <p><i>Inklusjonskriterier:</i> gjennomgått total mastektomi det siste året, ingen form for kognitiv svikt og over 18 år. Alle som deltok var mellom 47-71 år.</p> <p><b>Datasamling</b></p> <p>Semi-strukturerte individuelle intervju ble gjennomført og basert på spørsmålet «fortell om din seksualitet etter mastektomi».</p> <p><b>Analyse</b></p> <p>Alle intervjuene ble tatt opp og transkribert i kronologisk rekkefølge.</p>	<p><b>Resultat</b></p> <p>Funnene ble delt inn i de tre kategoriene:</p> <p><i>-Opplevelse av brystkreft: rekonstruksjon av kvinnelig identitet</i>            En kreftdiagnose og mastektomi som behandling, fører med seg stor usikkerhet, både fysisk og mentalt for kvinner.</p> <p><i>-Mastektomi og seksualitet: implikasjon i betydningen for kvinnelig kroppslighet</i>            En gjennomgående frykt for å ikke lenger bli sett på som et seksuelt og attraktivt vesen. Kroppen oppleves som ufullstendig som går imot skjønnhetsidealet.</p> <p><i>-Når mastektomi overgår kroppen: arr i kvinnens seksualitet</i>            Tapet av brystet førte til utfordringer med å vise seg til partner, og at dermed seksuallivet ble betydelig forandret.</p> <p><b>Konklusjon</b></p> <p>Opplevelsene etter mastektomi var forskjellig for de ulike kvinnene når det kom til identitet, kropp og seksualitet. Kvinnene kjente på følelsene fortvilelse, sorg og tap. De begynte etter hvert å danne en ny definisjon av det å være kvinne.</p>	<p>Alle resultatene inneholder viktige aspekt som kan bidra til å svare på vår problemstilling. Den beskriver de psykiske reaksjonene etter mastektomi, og tar spesielt for seg kvinnens seksualitet og forhold til andre.</p>



Litteratormatrise 6: "Aspects that may influence on the quality of life of a mastectomized woman".

Referanse	Studiens hensikt	Nøkkel-begrep	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
<p>Almeida, N. G., Cruz, A. M., Rodrigues, D. P., Moreira, T. M. M., Figueiredo, J. V. &amp; Fialho, A. V. M. (2016).</p> <p>Aspects that may influence on the quality of life of a mastectomized woman. <i>Ciencia, Cuidado e Saude. Vol. 15</i> (Nr. 3), 452-459.</p> <p>DOI:  <a href="https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v15i3.31526">10.4025/ciencucuidsaude.v15i3.31526</a></p>	<p>Hensikten med studien var å kartlegge hvilke faktorer som hadde innvirkning på kvinners livskvalitet etter de hadde gjennomført mastektomi.</p>	<p><i>Quality of life, women, mastectomy.</i></p>	<p><b>Metode</b></p> <p>Deskriptiv studie med en kvalitativ tilnærming.</p> <p><b>Utvalg</b></p> <p>21 kvinner som hadde gjennomgått mastektomi på en klinikk i Fortaleza i Brasil ble valgt ut. Kvinnene var mellom 28-73 år.</p> <p><b>Datasamling</b></p> <p>Semi-strukturerte intervju der personene ble spurt om faktorer som påvirker livskvalitet (både positive og negative) og hva livskvalitet betyr for dem.</p> <p><b>Analyse</b></p> <p>Tematisk analyse, der intervjuene ble analysert i tre trinn: forhåndsanalyse, materialutforskning og behandling av resultater og tolkning.</p>	<p><b>Resultat</b></p> <p>Funnene er delt inn i to kategorier:</p> <p>- <i>Faktorer med positiv virkning på livskvalitet</i>  Det som påvirket livskvaliteten positivt var familie, støtte fra omgivelser og profesjonelt helsepersonell, god økonomi og medisinsk pleie.</p> <p>- <i>Faktorer med negativ virkning på livskvalitet</i>  Negative innvirkninger var misnøye med medisinsk pleie, dårlig økonomi, usunn livsstil, sykdom og redselen for å dø.</p> <p><b>Konklusjon</b></p> <p>Å avdekke faktorer som påvirker livskvaliteten til kvinner etter mastektomi gir muligheter for å fremme god og bedre sykepleiepraksis.</p>	<p>Forskningsartikkelen er relevant da den belyser både positive og negative faktorer som påvirker kvinnens opplevelse etter mastektomi. Den får spesielt fram betydningen av sosial støtte etter inngrepet, og viktigheten av sykepleiers evne til å utøve individuell og holistisk pleie.</p>

Litteratormatrise 7: "From "no big deal" to "losing oneself" different meanings of mastectomy".

Referanse	Studiens hensikt	Nøkkelbegrep	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
<p>Fallbjörk, U., Salander, P. &amp; Rasmussen, B. H. (2012).</p> <p>From "no big deal" to "losing oneself" different meanings of mastectomy. <i>Cancer nursing</i>. Vol. 35 (Nr. 5), 41-48.</p> <p>DOI: 10.1097/NCC.0b013e31823528fb</p>	<p>Målet var å finne ut hvordan kvinner så på det å miste et bryst etter brystkreft med tanke på deres identitet.</p>	<p><i>Body image, breast cancer, femininity, mastectomy, reconstruction, sexuality.</i></p>	<p><b>Metode</b></p> <p>Kvalitativ studie.</p> <p><b>Utvalg</b></p> <p>149 kvinner i Norrland i Sverige som hadde gjennomgått mastektomi etter brystkreft fikk tilsendt et spørreskjema med tittelen "life after mastectomy". 15 av dem ble plukket ut til et intervju over telefon. Intervjuene foregikk ca. 4 år etter operasjonen.</p> <p><b>Datasamling</b></p> <p>De 15 deltakerne gjennomførte et semi-strukturert, fortellerinspirert intervju med utgangspunkt i spørsmålet "kan du fortelle om reisen du har vært igjennom, siden du fant ut at du måtte fjerne hele brystet?". Det ble også tilføyd passende oppfølgingsspørsmål. Intervjueren skrev ned refleksjonsnotat etter hvert intervju.</p> <p><b>Analyse</b></p> <p>Tematisk analyse.</p> <p>Først leste alle forskere intervjuene for å danne seg et førsteinntrykk. Så ble funnene tolket ut ifra hvordan de uttrykte seg i intervjuet. Dette ble transkribert. Etterpå ble de gjort om til 15 korte historier der kvinnenegne ord ble brukt. Dette ble delt inn i tre grupper og transkribert på nytt.</p>	<p><b>Resultat</b></p> <p>Kvinnene sine historier ble delt inn i de tre kategoriene:</p> <p>- <i>Ingen stor sak</i> Kvinnene under denne kategorien var av de eldste i studien, og opplevde ikke sorgreaksjoner med å fjerne brystet, men heller lettelse over å bli kvitt kroppsdelen med kreft. Brystet ble heller ikke lengre brukt til sin grunnleggende funksjon; amming av barn.</p> <p>- <i>Å miste brystet betyr å miste seg selv</i> Kvinnene hadde en traumatisk opplevelse med mastektomi, der tapet av brystet forandret deres selvpåfatning rundt identitet, femininitet og seksualitet. Den forandrede kroppen førte til isolasjon, og at de sluttet å oppsøke offentlige steder. Kvinnene rapporterte også om utfordringer med bekledding.</p> <p>- <i>Skadet femininitet</i> Også i denne kategorien kom trussel til femininitet frem. De så seg selv som <i>halv</i>, men kunne fortsatt tenke på seg selv som verdifulle kvinner. For flere var en rekonstruksjon av brystet til stor hjelp for å gjenopprette opplevelsen av kvinnelighet.</p> <p><b>Konklusjon</b></p> <p>Opplevelsen kvinnene sitter igjen med etter mastektomi er veldig individuelle og avhengig av kontekst. Det å miste ett bryst kan ha enten stor eller liten betydning for dem. Helsepersonell må være oppmerksom på hvordan den enkelte kvinne ser seg selv etter operasjonen.</p>	<p>Artikkelen viser et bredt spekter av hvordan de ulike kvinnene opplever mastektomi. De takler dette veldig forskjellig, og det vil dermed tilføye oppgaven grunnlag til diskusjon.</p>

Litteratormatrise 8: "Do you mean I'm not whole?": Exploring the role of support in women's mastectomy without reconstruction".

Referanse	Studiens hensikt	Nøkkel-begrep	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
<p>Archer, S., Holland, F. G. &amp; Montague, J. (2018). "Do you mean I'm not whole?": Exploring the role of support in women's mastectomy without reconstruction". <i>Journal of Health Psychology</i>. Vol. 23 (Nr. 12), 1598-1609.</p> <p>DOI: 10.1177/1359105316664135</p>	<p>Hensikten var å undersøke hvordan kvinners sosiale nettverk støttet dem i valget om å ikke rekonstruere brystet etter mastektomi.</p>	<p><i>Breast cancer, interpretative phenomenological analysis, mastectomy, reconstruction, support.</i></p>	<p><b>Metode</b> Kvalitativ tilnærming.</p> <p><b>Utvalg</b> 6 kvinner i aldersgruppen 30-40 år ble valgt ut gjennom et brystkreftforum i UK. Alle kvinnene ble behandlet i England på National Health Service (NHS).</p> <p><b>Datasamling</b> Semi-strukturerte intervju som ble gjennomført via Skype og spilt inn. Det ble fokusert på hvorfor kvinnene ikke valgte brystrekonstruksjon og de ble spurt om hvordan kjæreste, venner og familie taklet det og stilte opp.</p> <p><b>Analyse</b> Intervjuene ble transkribert ordrett. Fortolkende fenomenologisk analyse ble gjennomført og munnet ut i tre kategorier.</p>	<p><b>Resultat</b> Resultatene ble delt inn i tre kategorier: - <i>Jeg kommer alltid til å elske deg</i> Ubetinget støtte fra partner, familie og venner var av stor betydning for kvinnenes "nye" identiteter. Det var betryggende å ha gode relasjoner i etterkant av operasjonen. Kvinner som manglet et slikt nettverk, var i større grad mer emosjonelt preget, og slet i tillegg med å forsones seg med situasjonen. - <i>Mener du at jeg ikke er hel?</i> Ikke alle ble møtt av den støtten fra sine nærmeste som de forventet og trengte i den sårbare fasen. Andres usikkerhet kunne også smitte over på kvinnen, som allerede følte at hun gikk imot samfunnets normer til hvordan en kvinne skal se ut. - <i>Jeg har akseptert meg selv</i> Erfaringer over tid førte til større rom for selvaksept. Operasjonen ble en del av kvinnen og hennes historie.</p> <p><b>Konklusjon</b> Beslutningen om å ikke rekonstruere brystet ble tatt over tid. Kvinnenes ulike typer av støtte var med å påvirke prosessen. De fleste var positive, med unntak av enkelte. Alle kvinnene opplevde en form for selvaksept, selv om dette var en vanskelig og tidkrevende prosess.</p>	<p>Denne forskningsartikkelen fremstiller godt hvordan det sosiale nettverket rundt kvinnene støtter dem i etterkant, og hvilken betydning dette har for dem psykisk.</p>

**Vedlegg 2:** Tabell over søkehistorikk.

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracter (antall)	Leste artikler (antall)	Inkluderte artikler (forfatter, årstall)
<p><u>Keyword:</u> <i>Breast neoplasm</i> OR <i>breast cancer</i> OR <i>breast tumor</i> AND <i>mastectomy</i> AND <i>experience</i> AND <i>psychosocial factors</i>.</p> <p><u>Avgrensing:</u>                      Årstall: 2010-2020.                      Språk: Engelsk, norsk, svensk, dansk.                      Kjønn: Kvinne.                      Fagfelleverdert.</p>	26.11.20	Cinahl Complete	46	10	8	<p>Piot-Ziegler, C., Sassi, M-L., Raffoul, W. &amp; Delaloye, J-F. (2010).</p> <p>Rocha, J. F. D., Cruz, P. K. R., Vieira., M. A., Costa, F. M. &amp; Lima, C. A. (2016).</p> <p>Freysteinson, W., Deutsch, A., Lewis, C., Sisk, A., Wuest, L., Cesario, S. (2012).</p>
<p><u>Keyword:</u> <i>Breast neoplasm</i> OR <i>breast cancer</i> OR <i>breast tumor</i> AND <i>mastectomy</i> AND <i>experience</i> AND <i>psychosocial factors</i>.</p> <p><u>Avgrensing:</u>                      Årstall: 2010-2020.                      Språk: Engelsk, norsk, svensk, dansk.</p>	26.11.20	PubMed	12	1	0	0

Kjønn: Kvinne, Fagfelleverdert.						
<u>Keyword:</u> <i>Breast neoplasm AND mastectomy AND patients attitude OR attitude to illness AND psychosocial.</i> <u>Avgrensing:</u> Årstall: 2010-2020. Språk: Engelsk, norsk, svensk, dansk. Kjønn: Kvinne. Fagfelleverdert.	27.11.20	Cinahl Complete	60	2	1	1  Batista, K., Merces, M., Santana, A., Pinheiro, S., Lua, I. & Oliveira, D. (2017).
<u>Keyword:</u> <i>Breast neoplasm OR breast cancer AND mastectomy AND experience AND psychological.</i> <u>Avgrensing:</u> Årstall: 2010-2020. Språk: Engelsk, norsk, svensk, dansk. Kjønn: Kvinne. Fagfelleverdert.	27.11.20	PsycInfo	13	4	2	0

<p><u>Keyword:</u> <i>Breast neoplasm AND mastectomy AND psychosocial OR psychosocial health AND experience.</i></p> <p><u>Avgrensing:</u> Årstall: 2010-2020. Språk: Engelsk, norsk, svensk, dansk. Kjønn: Kvinne. Fagfelleverdert.</p>	09.12.20	Cinahl Complete	57	6	3	1  Chuang, L-Y., H, Y-Y., Yin, S-Y. & Shu, B-C. (2018).
<p><u>Keyword:</u> <i>Breast neoplasm AND mastectomy AND psychosocial factors AND women`s health.</i></p> <p><u>Avgrensing:</u> Årstall: 2010-2021. Språk: Engelsk, norsk, svensk, dansk. Kjønn: Kvinne. Fagfelleverdert.</p>	18.03.21	Cinahl Complete	10	4	3	1  Almeida, N. G., Cruz, A. M., Rodrigues, D. P., Moreira, T. M. M., Figueiredo, J. V. & Fialho, A. V. M. (2016).

<p><u>Keyword:</u> <i>Breast neoplasms AND Mastectomy AND Psychosocial factors or psychology.</i></p> <p><u>Avgrensing:</u>  Årstall: 2010-2021.  Språk: Engelsk, norsk, svensk, dansk.  Kjønn: Kvinne.  Fagfelleverdert.</p>	23.03.21	Medline	55	6	2	0
<p><u>Keyword:</u> <i>Breast neoplasms AND mastectomy AND female.</i></p> <p><u>Avgrensing:</u>  Årstall: 2010-2021.  Språk: Engelsk, norsk, svensk, dansk.  Kjønn: Kvinne.  Fagfelleverdert.</p>	24.03.21	PsycInfo	37	7	2	2
						<p>Fallbjörk, U., Salander, P. &amp; Rasmussen, BH. (2012).</p> <p>Archer, S., Holland, F. G. &amp; Montague, J. (2016).</p>

