

Kandidatnummer: 6157 & 6225

## **BSYBAC\_5**

# **Bacheloroppgave i Sykepleie**

Kvinnerens opplevelse av kroppsbilde og seksualitet etter mastektomi



**Det helsevitenskapelige fakultet**

**Bachelor i Sykepleie**

*Stavanger, 12.05.2021*

x

*Jeg/vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studie*

## **Sammendrag**

### *Bakgrunn*

1 av 12 norske kvinner står i fare for å utvikle brystkreft i løpet av livet, der mastektomi er den viktigste behandlingen. Flere overlever nå enn tidligere og vil derfor måtte leve med konsekvensene av en endret kropp etter behandling.

### *Hensikt*

Beskrive hvordan kvinner opplever kroppsbilde og seksualitet etter gjennomført mastektomi.

### *Metode*

Vi har benyttet integrativ litteraturoversikt i denne oppgaven. Vi har samlet 5 kvalitative studier og analysert dem etter Fribergs analysemodell. Modellen går ut på å analysere og sortere data i nye kategorier og underkategorier. For å besvare hensikten har vi brukt Lazarus og Folkmans teori om stress og mestring, relevant bakgrunns litteratur samt egne refleksjoner.

### *Resultater*

Resultatene viser variasjon i kvinners opplevelse av kroppsbilde og seksualitet. Noen kvinner hadde en pragmatisk tilnærming, mens andre kvinner opplevde signifikant negativ endring av kroppsbilde og seksualitet. Frykt for å bli dømt av andre gjorde at kvinnene ønsket å skjule kroppene sine, og frykt for partners eventuelle negative reaksjon var uttalt. Rekonstruksjon var for mange en løsning for å gjenopprette eget kroppsbilde.

### Nøkkelord:

Mastektomi, kroppsbilde, seksualitet, brystkreft, mestring, sykepleier

## INNHOLDSFORTEGNELSE

<b>1. INNLEDNING</b> .....	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2 Begrepsavklaring og avgrensning .....	1
<i>1.2.1 Mastektomi</i> .....	1
<i>1.2.2 Seksualitet</i> .....	1
<i>1.2.3 Kroppsbilde</i> .....	2
<i>1.2.4 Avgrensning</i> .....	2
1.3 Problemformulering.....	2
1.4 Hensikt.....	3
<b>2. TEORI</b> .....	4
2.1 Brystkreft.....	4
2.2 Mastektomi og rekonstruksjon.....	4
2.3 Kroppsbilde.....	5
2.4 Seksualitet.....	5
2.5 Lazarus og Folkmans teori om stress og mestring.....	6
<b>3. VALG AV METODE</b> .....	8
3.1 Søkeprosessen.....	8
3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	9
3.3 Artikkelsøk.....	10
3.4 Analyse av artiklene.....	13

<b>4. RESULTATER</b> .....	15
4.1 Fokus på estetikk.....	15
4.1.1 <i>Brystets betydning for femininitet og seksualitet</i> .....	15
4.1.2 <i>Fysiske endringer av utseende</i> .....	16
4.2 Interaksjon med andre.....	17
4.2.1 <i>Frykt for andres reaksjon</i> .....	17
4.2.2 <i>Møtet med sykepleier</i> .....	18
4.3 Å gjenvinne normalitet.....	19
4.3.1 <i>Endret fokus på estetikk</i> .....	19
4.3.2 <i>Tilpasse ny identitet og endret kropp</i> .....	20
4.3.3 <i>Rekonstruksjon</i> .....	21
<b>5. DISKUSJON</b> .....	23
5.1 Metodediskusjon.....	23
5.1.1 <i>Forskerne</i> .....	23
5.1.2 <i>Deltakerne</i> .....	23
5.1.3 <i>Forskningsmetodene</i> .....	24
5.1.4 <i>Kvalitetsvurdering</i> .....	24
5.1.5 <i>Etikkvurdering</i> .....	25
5.1.6 <i>Begrunnelse for valg av artiklene</i> .....	25
5.2 Resultatdiskusjon.....	26

5.2.1 Fokus på estetikk.....	26
5.2.2 Interaksjon med andre.....	28
5.2.3 Å gjenvinne normalitet.....	31
5.2.4 Avslutning.....	33
<b>6. ANVENDELSE I PRAKSIS.....</b>	<b>34</b>
<b>LITTERATURLISTE.....</b>	<b>35</b>
<b>VEDLEGG 1. OVERSIKTSTABELL OVER ANALYSERTE ARTIKLER.....</b>	<b>38</b>
<b>VEDLEGG 2. FRIBERGS GRANSKNINGSSPØRSMÅL.....</b>	<b>43</b>

Antall ord: 10981

## 1. INNLEDNING

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Tallet på kvinner som får brystkreft stiger. 3726 kvinner fikk brystkreft i 2019, som er det høyeste antallet som noen gang er registrert i Norge (Silva, 2021). Takket være forskning på behandling og tidlig oppdagelse av brystkreft overlever flere enn tidligere. Nesten alle svulster kan opereres bort med brystbevarende kirurgi eller mastektomi, som begge er de mest anvendte behandlingsmetodene. Mastektomi fører til en drastisk endring på utseende. For flere kvinner skaper dette problemer med eget kroppsbilde og seksualitet (Sørensen et al., 2017, s. 440-442).

Vi ønsker å utforske mer om dette temaet ettersom vi som fremtidige sykepleiere vil kunne møte på disse pasientene. Vår opplevelse i studiet og gjennom arbeid i helsevesenet er at det settes for lite fokus på seksuell helse og kroppsbilde innenfor denne typen sykdoms- og behandlingsforløp. Ved å løfte tema opp på dagsorden og tilegne oss god kunnskap, håper vi å bidra til god veiledning og økt mestringsfølelse. Oppgaven vår er basert på pasientperspektiv for å belyse kvinnenens opplevelser etter mastektomi.

### 1.2 Begrepsavklaring og avgrensning

Vi vil her kort presentere begreper brukt i hensikten. Videre utdypning av disse begrepene kommer i teorikapittelet.

#### *1.2.1 Mastektomi*

En operasjon hvor hele brystkjertelen fjernes. Kan også kalles ablatio mammae (Sørensen, 2017, s. 442).

#### *1.2.2 Seksualitet*

Integrasjon av kroppslige, følelsesmessige, intellektuelle, kulturelle og sosiale aspekter som på en positiv måte kan berike og fremme personlighet, kommunikasjon og kjærlighet (Dahl, 2016, s. 232).

### 1.2.3 Kroppsbilde

Kroppsbilde omfatter alle forestillinger en person har av seg selv når det gjelder kroppsfunksjoner og utseende (Schjølberg, 2017, s. 132).

### 1.2.4 Avgrensning

Vi ønsker i denne oppgaven å ta for oss opplevelsene til kvinner i tiden *etter* mastektomi. De fleste kvinner må gjennomgå adjuvant behandling etter mastektomi som tilleggsbehandling i form av hormonbehandling, stråling eller kjemoterapi. Bivirkninger av disse tilleggsbehandlingene kan ha innvirkning på kroppsbilde og seksualitet. Vi vurderer av den grunn at det blir naturlig å nevne dette i oppgaven vår. Vi har valgt å fokusere på pasientperspektiv, og sykepleiers rolle vil derfor ikke legges like stor vekt på.

## 1.3 Problemformulering

Brystkreft, *cancer mammae*, er den hyppigste kreftformen blant kvinner i verden (Sørensen et al., 2017, s. 437). 9 av 10 kvinner som rammes er i live 5 år etter diagnosen (Silva, 2021). Ettersom andelen av overlevende øker vil pasientgruppen med problemer relatert til seksuell helse vokse (Dahl, 2016, s. 219). Dette er et relevant tema ettersom forekomsten av behandlingsskrevende brystkreft øker samtidig som kropp og seksualitet er mye i fokus i vårt samfunn. En ny og omfattende rapport fra Nasjonalt kunnskapssenter viser at seksualterapi hjelper for seksuelle problemer, men tilbudet må bli bedre. Rapporten understreker en rekke ganger hvor avgjørende det er at helsepersonell er åpne for å ta opp seksuelle problemer. I tillegg viser den til viktigheten av at flere skaffer seg den nødvendige kompetansen for å kunne drive sexologisk rådgivning. Dette med særlig tanke på at for flere pasienter er det tabu å ta opp disse spørsmålene med sitt helseapparat (Gynkreftforeningen, 2017). Ny kunnskap vil kunne bidra til at behandling som omhandler seksuell helse og egen kropp blir anerkjent som et grunnleggende behov, og inkludert i behandlingsforløpet til den enkelte. Ny kunnskap kan også gjøre sykepleierne bedre rustet til å bistå pasienten i denne fasen av sykdomsforløpet. Dette vil igjen kunne bidra til at pasientene får de verktøyene de trenger for å mestre en ny og annerledes hverdag (Borg, 2017, s. 126).

#### 1.4 Hensikt

Hensikten i denne oppgaven er å beskrive hvordan kvinner opplever kroppsbilde og seksualitet etter gjennomført mastektomi.



## 2. TEORI

Her presenteres relevant kunnskap om det aktuelle temaet. Det blir beskrevet hva brystkreft, mastektomi og rekonstruksjon er, samt forklaring av kroppsbilde og seksualitet. I tillegg vil Lazarus og Folkmans teori om stress og mestring bli presentert.

### 2.1 Brystkreft

Brystkreft er kreft i brystkjertelens melkeganger eller melkekjertler (Schlichting, 2017, s. 446). Årsakene til brystkreft er sammensatte. Genetiske forhold, forhold i fosterlivet og påvirkninger gjennom livet spiller en rolle ifølge Kreftforeningen (2014). Forhold man vet har betydning for utvikling av brystkreft er kjønn, arv, kroppshøyde, tidlig menarke, alder for første fødsel etter 30 år eller ingen graviditet, høy fødselsvekt, østrogenbehandling i overgangsalder, overvekt postmenopausalt og alkoholforbruk (Schlichting, 2017, s. 447).

Behandling av brystkreft vurderes ut ifra svulstens størrelse, kreftcellenes egenskaper og om kreftcellene har spredd seg til nærliggende lymfeknuter (Brystkreftforeningen, u.å.). Den primære behandlingen for brystkreft er operasjon (Schlichting, 2017, s. 448). 90 prosent av alle som blir operert for brystkreft blir anbefalt tilleggsbehandling som kjemoterapi og eventuelt endokrin behandling. Mange pasienter skal også ha strålebehandling (Helsedirektoratet, 2020). Bivirkninger av tilleggsbehandling er blant annet sår hud, tretthet, fatigue, kvalme, hårtap, hetetokter, ledd- og muskelsmerter samt tynnere slimhinner i skjede og urinveier (Schlichting, 2017, s. 451).

### 2.2 Mastektomi og rekonstruksjon

Prosentandelen av kvinner med brystkreft som kun har utført ett kirurgisk inngrep på primærtumor, er på 91,9%. Dette tilsvarer høy måloppnåelse og er et uttrykk for god diagnostikk og behandling (Kreftregisteret, 2019, s. 4).

Fjerning av hele brystet gjøres i de tilfellene hvor brystbevarende kirurgi ikke kan eller bør gjennomføres, eksempelvis hvis det er flere svulster i flere kvadranter i brystet, svulsten er for stor i forhold til brystets størrelse eller om kvinnen selv vil fjerne hele brystet. Når hele brystet fjernes, skal kvinnen samtidig, hvis hun medisinsk sett er egnet for slik behandling, tilbys å gjenskape et nytt bryst i samme operasjon, dette kalles primær rekonstruksjon. (Kreftregisteret, 2019, s.15)

Sekundær rekonstruksjon har samme hensikt som primær, men gjennomføres ved et senere tidspunkt etter mastektomi. Denne typen rekonstruksjon med eget vev er et mulig alternativ, men ikke alle pasienter er egnet eller ønsker dette. Sekundær rekonstruksjon med protese gir

oftere dårligere kosmetisk resultat samt er mer ressurskrevende enn primær rekonstruksjon (Kreftregisteret, 2019, s. 4).

### 2.3 Kroppsbilde

Kroppsbilde kan beskrives som det psykiske bildet av det fysiske selvet og omfatter holdninger og sansninger om utseende, helsetilstand, kroppslige ferdigheter og seksualitet (Dahl, 2016, s. 212). Malt (2020) viser til at kroppsbilde er nært knyttet til selvfølelse og trygghet på egen identitet.

Price (1990) presenterer en modell av kroppsbilde som består av kroppsrealitet, kroppsrepresentasjon og kroppsideal. Kroppsrealiteten betegner måten man oppfatter og føler kroppen på samt hvordan kroppen er konstruert. Kroppsrepresentasjon omhandler hvordan kroppen fremvises ved hjelp av klær, sminke og kroppsspråk. Denne presentasjonen kan innenfor noen grenser kontrolleres. Kroppsrepresentasjon betegner en indre standard for bedømmelse. Kroppsidealet er i stadig forandring og påvirkes på ulike måter. Modellen hevder at mennesket konstant ønsker å søke en balanse mellom disse tre komponentene. Dersom det skjer en endring i en av komponentene, vil man forsøke å oppnå likevekt ved å kompensere gjennom de to andre komponentene (Price, 1990). Omfanget av forandringen avgjør hvordan pasienten vil oppleve ulike grader av endring i kroppsbildet. Graden av det endrede kroppsbildet har innvirkning på hvordan pasienten ser på seg selv og kan påvirke hvordan forholdet til hennes nærmeste utvikler seg (Schjølberg, 2017, s. 132). Dahl (2016, s. 230) beskriver at misnøye med kroppsbilde er generelt forbundet med dårlig selvfølelse, sosial angst, økt negativ selvbevissthet, depressive symptomer og redusert livskvalitet.

### 2.4 Seksualitet

Ordet «seksualitet» omfatter så mye mer enn det vi vanligvis tenker på når vi snakker om sex. I tillegg til det rent fysiske med kroppslige funksjoner og det sex innebærer av nytelse og orgasme, omfavner seksualiteten også samlivet vårt med en kjæreste, fantasier, kroppslig og mental opplevelse av nærhet, intimitet og kroppen som følelsesorgan og dens erogene soner. Alt dette bidrar til og avgjør vår seksuelle helse. (Aars, 2021)

Gjennom hele livet vil seksualiteten prege og gjennomsyre menneskers personlighet på en grunnleggende måte (Brünfeld & Almås (2019). Ifølge Aars (2021) er seksualitet et primærbehov og er av stor viktighet for livskvaliteten til mennesker. Konsekvenser av plager, sykdom og lidelser påvirker og setter begrensninger for vår fysiske, mentale og sosiale helse. Det griper også inn i seksualiteten og påvirker den seksuelle helsen. Både Borg (2017, s. 120)

og Aars (2021) hevder at seksualiteten angår alle mennesker, uansett alder eller livssituasjon. Helsepersonell burde derfor ha en bredere definisjon av seksualitet (Borg, 2017, s. 120).

## 2.5 Lazarus og Folkmans teori om stress og mestring

Ifølge Lazarus og Folkman (1984) kan psykologisk stress ikke forstås uavhengig av den personen det gjelder. Lazarus & Folkman forklarer at en situasjon er en påkjenning når personen selv oppfatter den som det. Ved å bruke en slik tilnærming vil det være individuelt hva som oppleves som stressfylt. De fleste menneskers vurdering av stress er nært knyttet til at den enkeltes grunnleggende behov er truet eller mangelfullt ivaretatt (Lazarus & Folkman, 1984).

Mestring defineres som “[...] kontinuerlig skiftende kognitive og atferdsmessige bestrebelser på å håndtere spesifikke indre og/eller ytre krav, som etter personens oppfatning tærer på eller overstiger hans ressurser” (Lazarus & Folkman, 1984, s. 141). Denne betegnelsen på mestring omhandler ulike typer atferd og psykiske prosesser som personen benytter for å fjerne, redusere eller beherske krav som oppstår i situasjoner hvor personens ressurser stilles på prøve (Kristoffersen, 2015, s. 144). Lazarus & Folkman (1984) hevder videre at personens forsøk på å mestre en situasjon kan enten være hensiktsmessige og veltilpassede eller uhensiktsmessige og lite egnet. De skiller mellom to typer strategier for mestring av stressende situasjoner: problemorientert mestring og emosjonelt orientert mestring.

Problemorientert mestringsstrategi omhandler direkte og aktive strategier for å løse problemet. Den har som hensikt å håndtere stressende situasjoner og øke personens handlingsmuligheter. Eksempler på strategier er å definere og avgrense problemet, søke kunnskap og veiledning, objektivt vurdere situasjonen og analysere årsaken til problemet. Denne strategien benyttes oftest når personen vurderer at sjansene for mestring er gode.

Emosjonelt orientert mestring handler om å endre måten personen føler og opplever situasjonen, fremfor å endre den. Strategien har som hensikt å redusere ubehagelige følelser i stresskapende situasjoner, for eksempel ved å bagatellisere alvoret, unngå situasjonen eller bruk av forsvarsmekanismer som fornektning eller projeksjon. I situasjoner som ikke kan endres er denne typen mestringsstrategi helt nødvendig for å holde ut. Uavhengig av resultatene representerer atferden personens forsøk på å mestre problemet hun står overfor.

Lazarus & Folkman (1984; 1999) hevder at tap av sentrale verdier i livet er særlig belastende. Personer vil reagere og handle på ulike måter avhengig av hvordan situasjonen vurderes. Om en situasjon er ny, alvorlig og usikker mener de at det er stor sannsynlighet for at personen vil ha en sterk opplevelse av stress. Dette vil gi sterke emosjonelle reaksjoner som angst, sinne eller fortvilelse.

Avslutningsvis viser Lazarus & Folkman (1984) til en endret eller ny vurdering av situasjonen. Personen vurderer om hun har muligheter til å mestre sin situasjon. Jo sikrere vedkommende er på egen mestringsevne, jo mindre truende vil opplevelsen virke. Det å oppleve en situasjon som utfordrende istedenfor som en trussel er en personlighetsfaktor, ettersom selvtillit og tiltro til egne ressurser variere mye fra individ til individ (Lazarus & Folkman, 1999).

### 3. VALG AV METODE

Denne bacheloroppgaven er en litteraturstudie og skal derfor bygge på vitenskapelige forskningsartikler. Ifølge Dalland (2017, s. 51) forteller metoden oss noe om hvordan man bør gå frem for å skaffe og etterprøve kunnskap. Metoden som velges skal belyse oppgavens hensikt på best mulig måte. I denne oppgaven tar vi i bruk integrativ litteraturoversikt som metode. Litteraturoversikt som metode handler om "... att skapa översikt över kunskapsläget inom ett visst omvårdnadsrelaterat område, eller om ett problem inom sjuksköterskans verksamhetsområde/kompetensområde" (Friberg, 2017, s. 141). Integrativ litteraturoversikt går ut på å sammenligne og evaluere hvordan resultatene i studiene henger sammen. Det innebærer å lage en oversikt over all data og identifisere underliggende mønster for å skape en ny helhet (Friberg, 2017, s. 150). I dette kapittelet vil vi beskrive vår metodiske fremgangsmåte som inneholder søkeprosess, inklusjon- og eksklusjonskriterier samt analysestrategi.

#### 3.1 Søkeprosessen

Metode er et redskap og bidrar til innsamling av data, det vil si den informasjonen vi trenger til vår studie ifølge Dalland (2017, s. 52). For å finne studier som kan belyse vår hensikt har vi brukt anerkjente databaser for sykepleie- og helsefag. Relevante databaser inkluderte CINAHL, British Nursing Index og Oria. Databasene var brukervennlige og frembrakte gode resultater.

Friberg (2017, s. 41-42) forklarer at problemformulering skal hjelpe med å utforske hvilken kunnskap som finnes. Ut ifra hvilke søkeord som benyttes vil redskapet PICO-skjema kunne være til hjelp. Ved å bruke PICO avgrenses litteratursøket og man kan enklere få resultater om de aktuelle temaene man ønsker å undersøke. P står for "population" (hvem, gruppe), I står for "intervention" (tiltak, behandling), C står for "comparison" (sammenligning) og O står for "outcome" (utfall, opplevelse). Vi valgte å bruke PICO-skjema som utgangspunkt for ulike søkestrategier. C-en i PICO ble utelatt i denne oppgaven fordi det var ikke nødvendig å sammenligne forskjellige tiltak. Søkeordene som ble utarbeidet i PICO-skjemaet presenteres i tabell 1. Underveis i søkeprosessen skrev vi ned litteratursøkene for å holde orden over resultatene. På denne måten hadde vi god oversikt over søkeprosessen.

Tabell 1. Oversikt over søkeord i PICO-skjema.

P – Hvem/Gruppe	I – Intervention	O – Outcome
Kvinner	Mastektomi Brystkreft	Kroppsbilde Seksualitet
Women	Mastectomy Breast Cancer	Body Image Sexuality

### 3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Vi benyttet flere ulike kriterier som sørget for at studiene og resultatene i dem var relevant for vår hensikt. Hensikten vår omhandler kvinner som har gjennomgått mastektomi, og dermed var det naturlig at ett inklusjonskriterie var studier som utelukkende var basert på kvinner. Vi valgte å kun benytte oss av kvalitative artikler i vår oppgave. Ettersom vår oppgave tar for seg pasientperspektiv, vil kvalitative artikler belyse og gi en dypere forståelse av kvinnes opplevelser. Et annet inklusjonskriterie var at artiklene måtte være fra kulturer som samsvarer med vår vestlige pleiekultur. Vi vurderte at funn fra land med liknende levestandard er mer sammenlignbare og dermed mer relevant for vår hensikt. Andre inklusjonskriterier var å kun bruke forskningsartikler som hadde IMRaD-struktur, samt at de var fagfellevurdert. Studier med IMRaD-struktur og fagfellevurdering kan tyde på bedre kvalitet enn hos studier uten. For at oppgaven skulle bygge på gjeldende og nyere forskning ble artiklene avgrenset til å være maks 10 år gamle. Artikler eldre enn dette ble dermed ekskludert fra våre søk. I løpet av søkeprosessen valgte vi å snevre inn språk til kun engelske artikler, ettersom vi oppdaget at det var lite artikler på norsk, dansk og svensk som var relevant for vår hensikt.

### 3.3 Artikkelsøk

I starten av søkeprosessen ble søkeordene vi utformet i PICO-skjema brukt som utgangspunkt: «Breast cancer», «Mastectomy», «Body image» og «Sexuality». De tidligere nevnte inklusjons- og eksklusjonskriteriene ble huket av i funksjonen avgrenset søk.

De første søkene ble gjort på Oria og ga 1032 treff. Etersom Oria er en felles portal til samlet materiale var det tidvis vanskelig å gjøre treffene smale. Treffet ble noe for bredt, men overskriftene på første siden ble likevel studert ettersom dette var vår første runde med søk. Vi leste nærmere på seks av artiklene på første side. Fem artikler ble ekskludert. Fire av artiklene ble ekskludert grunnet at de ikke svarte på hensikten vår og én artikkel grunnet østlig pleiekultur. Én artikkel ble tatt med til første utkast. Denne artikkelen ble dog senere erstattet av en annen artikkel (Matthews et al., 2018) som vi mente hadde mer sentralt innhold. Den ble funnet ved å bruke søkeordene “Mastectomy” OR “Breast reconstruction” AND “Body image” AND “Sexual” AND “Women” AND “Satisfaction” AND “Qualitative”. Med denne rekken av søkeord fikk vi opp 341 treff.

Søkene fortsatte på Cinahl med de utvalgte søkeordene og ga 22 treff. Overskriftene og et par av abstraktene ble lest hvor to av artiklene ble tatt med videre. Resten svarte ikke på oppgaven vår, manglet IMRaD-struktur eller var ren kvantitativ studie som ikke svarte godt nok på hensikten vår. En av artiklene (Fallbjörk et al., 2012) ble til slutt inkludert til det endelige utkastet. Vi byttet ut noen søkeord og prøvde andre kombinasjoner slik som: «Body image» AND «Mastectomy» AND “Women». Resultatet gav 114 treff og av disse ble det første treffet (Grogan & Mehan, 2017) inkludert til det endelige utkastet. Neste kombinasjon av søkeord ble: «Women» AND «Mastectomy» OR «Breast surgery» OR «Breast removal» AND «Body image» AND «Qualitative». Dette ga 34 treff og én artikkel (Herring et al., 2019) ble inkludert fra dette søket.

Søkeordene fra PICO-skjemaet ble så brukt i British Nursing Index. Søkeordet “Breast cancer” ble byttet ut med “Nurse” og fikk 37 treff. Her ble noen av overskriftene og abstraktene lest. Mange artikler ble ekskludert ettersom de manglet IMRaD-struktur, hadde annen pleiekultur enn vi ønsket eller handlet ikke bare om kvinner. Etter å ha lest noen abstrakter og et par artikler videre, ble én artikkel fra denne databasen tatt med til det endelige utkastet (Freysteinson et al., 2012).

Etter å ha kommet et godt stykke ut i søkeprosessen, hadde en god del artikler underveis blitt fjernet etter første utkast. Etter nøyere analysering innfridde ikke alle artiklene de kravene vi stilte, og de ble dermed byttet ut med mer relevante artikler.

Tabell 2. Enkel oversikt over analyserte artikler.

<b>Tittel, forfattere, årstall</b>	<b>Tema</b>	<b>Hensikt</b>	<b>Perspektiv</b>	<b>Metode</b>	<b>Database</b>
Body image after mastectomy: A thematic analysis of younger women's written accounts,  Grogan, S & Mechan, S., 2017	Kroppsbil de etter mastekto mi.	Å utforske både positive og negative innvirkninger på kroppsbildet hos yngre kvinner.	Pasient	Kvalitativ metode.. Spørreundersøkelse med åpne spørsmål på nett.  49 kvinner deltok.	Cinahl
<b>Tittel, forfattere, årstall</b>	<b>Tema</b>	<b>Hensikt</b>	<b>Perspektiv</b>	<b>Metode</b>	<b>Database</b>
'It's a silver lining': A template analysis of satisfaction and quality of life following post-mastectomy breast reconstruction,  Matthews, H., Turner, A., Williamson, I & Clyde, W., 2018	Tilfredshe t og livskvalite t etter rekonstru ksjon.	Å undersøke tilfredshet og livskvalitet etter brystrekonstruksjon grunnet mastektomi.	Pasient	Kvalitativ metode. Data innsamlet gjennom semistrukturerte telefonintervju på mellom 30-80 minutter. 25 kvinner deltok.	Oria
<b>Tittel, forfattere, årstall</b>	<b>Tema</b>	<b>Hensikt</b>	<b>Perspektiv</b>	<b>Metode</b>	<b>Database</b>
Women's initial experiences of their	Kvinner første	Å få bedre innsikt og bedre forstå	Pasient	Kvalitativ metode.	Cinahl.



appearance after mastectomy and/or breast reconstruction: A qualitative study, Herring B., Paraskeva, N., Tollow, P., & Harcourt, D., 2019	erfaring med utseende sitt etter mastektomi.	opplevelsene til kvinner rett etter mastektomi.		Spørreskjema på nett med åpne spørsmål. 128 kvinner deltok.	
<b>Tittel, forfattere, årstall</b>	<b>Tema</b>	<b>Hensikt</b>	<b>Perspektiv</b>	<b>Metode</b>	<b>Database</b>
From “No Big Deal” to “Losing Oneself”: Different Meanings of Mastectomy, Fallbjörk, U., Salander, P., & Rasmussen, B. H., 2012	Opplevelser knyttet til mastektomi.	Å nærmere undersøke innvirkningen mastektomi har hatt på livet til ulike kvinner, samt tankene kvinnene hadde om rekonstruksjon.	Pasient	Kvalitativ metode. Intervju i person med utgangspunkt i en tematisk intervjuguide. 15 kvinner deltok.	Cinahl
<b>Tittel,forfattere, årstall</b>	<b>Tema</b>	<b>Hensikt</b>	<b>Perspektiv</b>	<b>Metode</b>	<b>Database</b>
The experience of viewing oneself in the mirror after a mastectomy, Freysteinson, W. M., Deutsch, A. S., Lewis, C., Sisk, A., W., Linda, & Cesario, S. K., 2012	Opplevelser av første postoperative møte med seg selv i speilet.	Å beskrive erfaringene som kvinner hadde ved å se seg selv i speilet etter mastektomi.	Pasient	Kvalitativ metode. Intervju i person. 12 kvinner deltok.	British Nursing Index

### 3.4 Analyse av artiklene

Sluttresultatet av søkeprosessen endte med fem kvalitative forskningsartikler. Ifølge Fribergs analysemodell skal disse artiklene leses grundig gjennom og analyseres ved å dele inn i hoved- og underkategorier.

Vi utarbeidet to spørsmål knyttet til hensikten, såkalte forskningsspørsmål. Disse forskningsspørsmålene skal ifølge Thideman (2019) bidra til å konkretisere det hensikten spør om. Spørsmålene omtales som veivisere når man skal analysere artikler i en litteraturstudie. Forskningsspørsmålene som ble utformet var: Hvilke opplevelser har kvinner av kroppsbilde og seksualitet etter mastektomi og hvilken rolle har sykepleier spilt for denne opplevelsen? Vi valgte så å fargekode forskningsspørsmålene. Dette gir bedre oversikt over hvilke resultater i artiklene som svarer på det hensikten spør om, og gjør det samtidig enklere å finne tilbake til relevante funn.

Analyseprosessen startet med å lese gjennom artiklene og se til at resultatene de presenterte var aktuelle for hensikten vår. Gjennom våre forskningsspørsmål med tilhørende fargekoder identifiserte vi ulike resultater. Etter ferdig identifisering av informasjonen laget vi et solstråleskjema for hver artikkel. Her delte vi opp resultatene i ulike typer resultater og temaer. Deretter sammenlignet vi resultatene fra de ulike skjemaene ved å identifisere likheter og ulikheter i artiklene i et kolonneskjema. Gjennom dette fikk vi utarbeidet 3 hovedtemaer som vi mener svarer godt på vår hensikt med oppgaven. Disse presenteres i tabell 3 på neste side.

Tabell 3. Oversikt over hovedkategorier og underkategorier.

Hovedkategorier	Underkategorier
Fokus på estetikk	Brystets betydning for femininitet og seksualitet  Fysiske endringer av utseende
Interaksjon med andre	Frykt for andres reaksjon  Møtet med sykepleier
Å gjenvinne normalitet	Endret fokus på estetikk  Tilpasse ny identitet og endret kropp  Rekonstruksjon

Disse vil vi gå nærmere inn på i resultatkapittelet.

## 4. RESULTATER

I dette kapittelet vil vi presentere resultater fra forskningsartiklene.

### 4.1 Fokus på estetikk

Funn fra alle artiklene viser til at kvinnene hadde varierte opplevelser i forhold til mastektomi og fokus på det ytre. Noen kvinner verdsatte helsen først. De så på overlevelsen av kreften som viktigere enn det estetiske, mens andre var forferdet over synet som møtte dem etter operasjonen (Herring et al., 2019, s. 2079). “I would die without breasts; I could never live without breasts” (Fallbjörk et al., 2012, s. 45).

#### 4.1.1 *Brystets betydning for femininitet og seksualitet*

Flere kvinner i Fallbjörk et al. (2012, s. 44) sin studie beskrev opplevelsen av mastektomi som en grusom lemlestelse av kroppen, som gjorde det umulig for dem å se på seg selv. Dette var kvinner som alltid hadde vært glad i brystene sine, som hadde elsket å gå i utringede kjoler og å kjøpe fine klær og undertøy. Når kvinnene i Freysteinson et al. (2012 s. 366) sin studie så på kroppene sine i speilet, oppstod det en rekke følelser. De kjente på sjokk, overraskelse, lettelse, avsky, sinne og frykt. Synet som møtte dem, gjorde at flere av kvinnene unngikk å se seg selv i speilet i lang tid.

Brystene ble ikke sett på som en kjønnsnøytral del av kroppen, men snarere det motsatte. Det å miste et bryst ble oppfattet som å miste ens egen seksualitet og opplevelsen av å føle seg attraktiv som person: “They had removed my femininity and my sexuality, at least a part of it” (Fallbjörk et al., 2012, s. 44). Grogan & Mechan (2017) viser også til opplevelsen av et forverret kroppsbilde hos kvinnene samt opplevelsen av å ikke lenger føle seg attraktiv: “I have lost all self-confidence in my naked body. I feel fat, bloated, scarred, deformed and unattractive. I have no libido at all” (Grogan & Mechan, 2017, s. 1484).

Fallbjörk et al. (2012, s. 46) påstår at i flere kulturer er brystene tilknyttet aspekter av femininitet, inkludert moderskap og seksualitet. Spesielt i vestlige samfunn presenterer media et syn på kvinner og kvinnekroppen, hvor brystene og utseende er tett koblet til deres identitet og seksualitet. Artikkelen hevder at forstyrrelser av kroppens utseende påvirker kvinners generelle følelse av femininitet. Herring et al. (2019, s. 2081) hevder at kvinner kjenner på presset til å møte samfunnsidealene om utseende og skjønnhet. Deres tilfredshet med kroppen

sin baseres på hvordan de ser seg selv i disse idealene. Herring et al. (2019, s. 2080) viser at representasjonen av brystet som en integral til feminin seksualitet var tydelig. Fjerningen av brystet reflekterte dermed tapet av feminin identitet: “I had lost my femininity and part of my identity” (Herring et al., 2019, s. 2079). I studien til Fallbjörk et al. (2012, s. 44) beskriver kvinnene hvordan mastektomien gjorde dem oppmerksomme på at de hadde mistet seg selv som person. En av kvinnene beskrev at hun plutselig bare var halvparten av seg selv. I prosessen av å bli frisk hadde hun mistet hele sin feminitet.

I stedet for at feminitet hovedsakelig var tilknyttet brystene, mente noen kvinner at feminitet kunne defineres som å være knyttet til andre aspekter av fysisk utseende og personlige egenskaper (Fallbjörk et al., 2012, s. 44). Faktorer som hvordan man kledde seg, samt funksjoner i dagliglivet som å ta vare på andre spilte også en rolle. En av deltakerne i studien uttalte at hun slettes ikke vurderte at feminiteten hennes hadde forsvunnet etter fjerning av brystet: “She asked me if I didn’t lose my femininity, and I thought, what on earth is she talking about! Does she think that this so-called “femininity” is more important than life itself?” (Fallbjörk et al., 2012, s. 44).

#### *4.1.2 Fysiske endringer av utseende*

Grogan & Mehan (2017, s. 1485) trekker frem at et stort antall kvinner beskrev problematikk med arrene og fikk dårligere selvtillit grunnet dette. I studien til Herring et al. (2019, s. 2079) beskrev en kvinne arret som avskyelig, og at det andre brystet bare hang der som en ubrukkelig kjøttklump. Flere deltakere brukte dramatiske analogier for å skildre utseende sitt. En av kvinnene sammenlignet seg med Frankenstein og beskrev seg selv som normal og skrekkelig på samme tid (Herring et al., 2019, s. 2079). Noen opplevde det som krevende å se på brystområdet sitt, spesielt når forventningene ikke sto til resultatet av operasjonen (Freysteinson et al., 2012, s. 363): “This scar is uglier than I thought it would be. I thought it would be a little bit prettier. A little nicer looking” (Freysteinson et al., 2012, s. 366). Det legges også til at alle kvinnene i studien opplevde at området måtte skjules eller rekonstrueres: “The mastectomy site was, at times, unbearable to view in a mirror” (Freysteinson et al., 2012 s. 367). Et antall kvinner klarte ikke å se på arrene som noe annet enn negativt. Disse kvinnene slet med å akseptere arrene som videre førte til dårligere opplevelse av kroppsbilde. I kontrast til dette beskrev andre kvinner arrene sine som “war wounds” og var stolte av dem ettersom de representerte deres «breast cancer journey»

(Matthews et al., 2018, s.466). Metaforen “battle spot” ble brukt for å skildre kampen mot kreften (Freysteinson et al., 2012, s. 367). Samlet sett var det lettere å godta og akseptere arrene når kvinnene var bevisst over uunngåeligheten av arr grunnet operasjonens omfang (Grogan & Mechan, 2017, s. 1485; Matthews et al., 2018, s. 466).

Grogan & Mechan (2017, s. 1484) og Herring et al. (2019, s. 2080) rapporterer at en av hovedårsakene til misnøye hos kvinnene var asymmetrien mastektomien medførte. Dette skapte en sterk opplevelse av at kroppen var ute av balanse for flere: “I always loved my breasts, now I have one that is really high and small while the remaining one is large and droopy. Understandably hate this” (Grogan & Mechan, 2017, s. 1484). Hos Freysteinson et al. (2012, s. 366) var det viktig for alle deltakerne at kroppen så mest mulig symmetrisk ut. Kvinnene hadde enten tatt eller vurderte rekonstruksjon, og andre ønsket protese.

Grogan & Mechan (2017, s.1484) kom frem til at noen kvinner mente vektøkningen, som følge av tilleggsbehandlingen, var en større byrde enn selve tapet av brystet. Andre konsekvenser av tilleggsbehandling som postmenopausale symptomer, og at de nå muligens ikke kunne få barn hadde stor negativ innvirkning på kroppsbilde og seksualitet. En kvinne beskrev det slik: “Do not feel great about body image at all. Have gained weight due to early menopause, think that bothers me more than my breasts” (Grogan & Mechan, 2017, s. 1485).

## 4.2 Interaksjon med andre

Flertallet av studiene viste til at mastektomien hadde påvirkning på relasjonen til andre mennesker. Noen kvinner fryktet deres ektemenns reaksjon og hvordan det kunne påvirke sexlivet deres. Andre kvinner bekymret seg over om folk ville legge merke til at de manglet et bryst og Freysteinson et al. (2012) beskriver dette slik: “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).

### 4.2.1 Frykt for andres reaksjon

Flere kvinner var engstelige for at deres endrede utseende ville være synlig for andre og fryktet å bli dømt, noe som førte til skam og forlegenhet (Fallbjörk et al., 2012, s.44-45; Grogan & Mechan, 2017, s. 1484; Herring et al., 2019, s. 2080).

Etter mastektomien følte et par kvinner at de alltid måtte dekke seg til foran andre. De sluttet å dra på treningssenteret og i svømmehallen i frykt for å bli stirret på av andre kvinner og barn (Fallbjörk, 2012, s. 44-45). Noen kvinner i Herring et al. (2019, s. 2080) sin studie forteller at de ville ha løst lignende situasjoner ved å skjule disse områdene med klær.

Alle studiene tar for seg kvinnenes frykt for andres reaksjoner på deres utseende, spesielt fra partner. Følelsen av å ikke lenger kjenne seg attraktiv på både kort og lang sikt var tydelig gjennom studien til Herring et al. (2019, s. 2080). En kvinne rapporterte at hun var redd for at partneren hennes ikke skulle like hvordan hun så ut og det ble beskrevet slik: “Anita was worse off, as her doctor had denied her reconstruction because of her age. Four years after the mastectomy, she still felt a terrible emptiness inside and had not yet dared to be intimate with her new partner” (Fallbjörk et al., 2012, s. 45). På samme måte uttrykte de som ikke var i et forhold lignende bekymringer. De fryktet en negativ reaksjon fra en eventuell fremtidig partner. De ble grunnet dette mer selvbevisst på egen kropp, og fant det derfor vanskeligere å være intim med andre (Fallbjörk et al., 2012, s. 45; Herring et al., 2019, s. 2080).

I forskningen til Fallbjörk et al. (2012, s. 44) vises det til en gruppe kvinner som opplevde at partner ikke så på mastektomien og det endrede utseende deres som et problem. En kvinne beskrev at hennes femininitet og opplevelse som kvinne i stor grad ble restaurert, mye på grunn av partners støtte og kjærlighet. Hos et antall kvinner i studiene til Matthews et al. (2018, s. 466) og Fallbjörk et al. (2012, s. 45) kommer det frem at arrene og utseende på brystene ble for vanskelig for partner å forholde seg til. Matthews et al. (2018, s. 466) beskriver hvordan én kvinnes intime forhold endret seg ettersom partneren ikke klarte å akseptere hennes nye kropp. Utfallet av dette ble at partneren aldri så henne naken på overkroppen lenger. Situasjonen var for smertefull for begge. Fallbjörk et al. (2012, s. 45) nevner en annen kvinne som ble forlatt av partneren sin da endringene i forholdet deres, som følge som mastektomien, ble for store.

#### *4.2.2 Møtet med sykepleier*

Etter mastektomien fantes det personer i livet til kvinnene som kunne klassifiseres som enten støttende eller ikke støttende (Freysteinsson et al., 2012, s. 364). Herring et al. (2019, s. 2079) nevner hvordan god støtte fra sykepleier hadde innvirkning på kvinnenes opplevelse rett etter mastektomien. De beskrev at sykepleieren gav dem god profesjonell støtte samt gav dem rom til å ta det første møte med seg selv uten bryster i sitt eget tempo. Kvinnene i studien til

Herring et al. (2019, s. 2079) fortalte også at det hjalp når sykepleieren viste forståelse for deres motvilje til å gjennomføre nettopp dette møtet. Andre opplevde derimot ikke denne støtten fra sykepleier, og beskrev at det førte til at situasjonen ble langt mer vanskelig. De fortalte at grunnen til manglende hjelp etter mastektomien var at sykepleierne var altfor opptatt (Herring et al., 2019, s. 2079). Noen opplevde sykepleierne som uhøflige, manglet kommunikasjonssevner eller ga dårlig pleie (Freysteinson et al., 2012):

I think you nurses should let women talk about [the mirror]. Not that “how you doing today” stuff ‘cause we are just going to say, “Fine, thank you.” . . . You know, you should say to women, “How you really doing, how you really feeling?” and then give folks a chance to say what’s really on their minds. (Freysteinson et al., 2012, s. 365)

Til tross for at flere av kvinnene gjerne ønsket støtte fra sykepleier ved det første møtet, nevner Herring et al. (2019, s. 2079) at noen kvinner ikke ønsket denne støtten. De ville heller ha møtet med sitt nye jeg alene ettersom det ble sett på som en ren privatsak.

### 4.3 Å gjenvinne normalitet

Flere resultat viser til kvinner som klarte å akseptere deres nye kropp etter mastektomien (Fallbjörk et al., 2012). De kvinnene som mestret dette hadde ulike fremgangsmåter, hvor tiltakene gjorde at de klarte å se seg selv som en fullverdig kvinne: “I’m a woman with or without my breasts” (Fallbjörk, 2012, s. 45).

#### 4.3.1 Endret fokus på estetikk

Flere kvinner fant styrke i å avvise det vanlige kroppsbildeidealet. De utviklet etter mastektomien nye kroppsideiteter som var annerledes enn før fjerning av brystene. Noen av disse kvinnene avviste også ideen om at utseende av kroppen var viktig, og de brydde seg ikke om hvordan de så ut for andre. Dette fungerte som en kilde til styrke, ettersom de tilegnet seg et nytt syn på hvordan de skulle behandles som kvinner (Fallbjörk et al., 2012, s. 44; Grogan & Mechan, 2017, s. 1485). Flere kvinner i Freysteinson et al. (2012, s. 364) sin studie mestret vonde tanker om utseende etter mastektomien ved å endre tankemønsteret, og heller verdsette det å være i live og gi omsorg for andre. Det å sette ting i perspektiv var givende og en kvinne beskrev det slik: “Yeah, it’s ugly looking and it always will be unless I have reconstruction surgery. But it really doesn’t bother me, because . . . I was excited to get the cancer out. It was a tradeoff; it was worth every stitch” (Freysteinson, 2012, s. 364).



I stedet for å assosiere fjerning av et bryst med tap, forklarte noen kvinner i Fallbjörk et al. (2012, s. 44) sin studie hvorfor de så på dette som uproblematisk. Som en måte å distansere seg fra operasjonsområdet var det flere kvinner i Freysteinson et al. (2012, s. 366) sin studie som brukte ordene “det” og “dette” for å beskrive arret sitt. Dette samsvarer med studien til Grogan & Mechan (2017, s. 1483) der kvinnene distanserte seg fra den infiserte delen av brystet. Brystet ble sett på som atskilt fra kroppen ved å bruke ord som “tingen” og “kreften”. Samlet sett virket det lettere å miste brystet når det ble identifisert som den syke delen av kroppen (Fallbjörk et al., 2012, s. 44).

Fallbjörk et al. (2012, s. 44) mener at forventningene om utseende til eldre kvinner er ulik fra yngre kvinner. Det estetiske aspektet er dermed mindre problematisk for den eldre pasientgruppen. En eldre deltaker beskriver at utseende for henne ikke var så viktig lengre. For henne var det helsen som var viktigst. Hun mente at skavanker skal telle mindre når man kommer i en viss alder, og at man burde ha noen rifter i seilene jo eldre man er. Dette fremheves når en 67 år gammel kvinne i Fallbjörk et al. (2012) sin studie besvarte spørsmålet om hun ønsket å gjennomgå rekonstruksjon: “Why should I? There is no reason. I’ve never been so bothered about my breasts. I can understand younger women who want to do it, but not me. I’ll do as I am” (Fallbjörk et al., 2012, s. 44).

#### *4.3.1 Tilpasse ny identitet og endret kropp*

Grogan & Mechan (2017, s. 1484) sin forskning viser til at noen kvinner erfarte at deres postoperative kropp gav dem en helt ny identitet. Et par kvinner innså at de måtte akseptere og tilvenne seg sin endrede kropp, og mestret dette godt:

Since the [mastectomy] I have lost body confidence although it is returning as I get used to the ‘new’ me. I am happy enough with how I look with clothes on. I’d obviously prefer to be how I was but had no choice but to have surgery so am just accepting of the scars and reconstruction. I have to be to move on and get on with life and not dwell too much. (Grogan & Mechan, 2017, s. 1484)

Andre klarte ikke å akseptere deres postoperative kropp og mestret ikke å integrere den inn i deres nye identitet. Kvinnene i Grogan & Mechans (2017, s. 1485) studie fortalte at det var utfordrende å føle seg komfortabel i sin nye kropp. Flere følte seg også ute av kontakt med kroppen sin. En kvinne rapporterte at hun hadde løsrevet seg mentalt fra hennes gjenværende bryst. Flere kvinner oppga at de brukte mye tid på eget utseende før operasjonen. For dem var utseende slettes ikke blitt mindre viktig nå (Grogan & Mechan, 2017, s. 1484). Kvinnene kompenserte for følelsen av tapt femininitet ved å fremheve andre feminine trekk som fokus

på bein eller øke mengden sminke. En av kvinnene beskrev det slik: “I care less than I did before in some ways, though in others I have become more girly. Wearing skirts, more makeup, almost as if I am compensating for the short hair and lack of breast” (Grogan & Mechan, 2017, s. 1485). Rekonstruksjon ble for andre kvinner eneste mulighet til å føle seg hel igjen. Det gjorde det mulig for kvinnene å akseptere sin nye identitet etter å ha fått nye bryster (Matthews et al., 2018, s. 467).

#### 4.3.2 Rekonstruksjon

Det kommer frem i studiene til Matthews et al. (2018, s 463) og Herring et al. (2019, s. 2079) at de fleste kvinnene som tok rekonstruksjon var svært fornøyde. De fortalte at rekonstruksjonen gav dem en mulighet til å etablere en ny normalitet. Dette siteres i Matthews et al. (2018): “I think having the reconstruction was a way of not thinking about breast cancer every day or every time I get undressed” (Matthews et al., 2018, s. 463). Herring et al. (2019, s. 2079) legger til at opplevelsen av å igjen ha en brystform bidro mye til forbedring av eget kroppsbilde for enkelte kvinner. Matthews et al. (2018, s. 464) viser til kvinner som valgte forsinket rekonstruksjon. De følte på elendighet ved å måtte bære en midlertidig protese. De beskrev en rekke ulemper med protesen. Den var både ubehagelig og upraktisk, og for noen var det så ille at det forårsaket angst og forlegenhet. I likhet med dette opplevde kvinner i Fallbjörk et al. (2012, s. 45) sin studie ulemper ved bruk av en utvendig protese, men snakket også om potensialet i å gjenvinne normalitet når de kledde på seg.

Det presenteres flere funn der rekonstruksjon bidrar til en positiv forandring av kroppsbildet (Fallbjörk et al., 2012, s. 45; Herring et al., 2019, s. 2079; Matthews et al., 2018, s. 464). Etter rekonstruksjonen merket noen kvinner at deres følelse av seksuell attraktivitet returnerte til sitt opprinnelige nivå. Noen følte også at deres seksuelle attraktivitet økte. Flere kvinner som hadde gjennomgått rekonstruksjon opplevde tilbakevendende normal funksjon i sosiale samlinger. Dette var noe de oppga å ha mistet etter mastektomien (Matthews et al., 2018, s. 464). Ifølge Fallbjörk et al. (2012, s.46) var de fysiske og psykiske skadene etter mastektomien ødeleggende for deres eget selvbilde. Rekonstruksjonen gjorde det mulig å gjenopprette feminiteten, seksualiteten og følelsen av seg selv som personer. Matthews et al. (2018) skriver om flere kvinner som opplevde at rekonstruksjon i stor grad forbedret selvtilliten deres. En kvinne fortalte det slik: “I really feel body confidence and strangely

more so since the operation. I feel like I have had cancer come through it and WOW so I just feel empowered” (Matthews, 2018, s. 467).

Selv om rekonstruksjon var en positiv opplevelse for flertallet, hadde ikke alle den samme opplevelsen. Noen få kvinner satt igjen med en skuffelse over hvordan brystene så ut. Dette kan være et resultat av manglende samsvar mellom forventning og resultat. Til tross for dette så de fleste kvinnene på rekonstruksjonen som en form for avslutning på deres “breast cancer journey” (Matthews et al., 2018, s. 472). Det gav dem en følelse av normalitet og de fleste kvinnene fikk til å innlemme brystene sine i sitt nye kroppsbilde: “Now I have had my breasts reconstructed I feel normal, I feel normal. I would feel maimed without it and it is a silver lining” (Matthews et al., 2018, s. 468).

## 5. DISKUSJON

I dette kapittelet skal vi ta for oss metodediskusjon og resultatdiskusjon. I metodediskusjonen skal vi gå mer i dybden på metoden og hva som er styrker og svakheter i oppgaven vår. I resultatdiskusjonen skal vi besvare hensikten vår ved å knytte sammen resultater og relevant litteratur og teori.

### 5.1 Metodediskusjon

#### 5.1.1 Forskerne

Alle forskerne i artiklene har en utdanning som er relevant innenfor helse, og er utdannet innenfor helsepsykologi, sykepleie eller sosialarbeid, med unntak av én. Jayne Mechan, som er andreforfatter i studien til Grogan & Mechan (2017), har en mastergrad innenfor produksjonsutvikling av klær. I tillegg har hun påstartet en doktorgrad innenfor Artificial Female Bodies As An Intervention. Hun har hatt flere prosjekter og tiltak som omhandler blant annet kroppsbilde og opplevelser etter kirurgi. Det faktum at hun ikke har helsevitenskapelig utdanning kan sees på som en svakhet i artikkelen.

Ulrika Fallbjörk, forfatter i studien til Fallbjörk et al. (2012), var doktorgradsstudent ved Departement of Nursing i Umeå da studien ble gjennomført. Hun har tidligere en Master of Science in Nursing. Beth Herring var doktorgradsstudent på Centre of Appearance Research, samt utplassert samme sted under masterstudiet. Dette ledet henne til avhandlingen om kvinners første reaksjoner etter mastektomi. Man kan se på det som en svakhet for oppgaven at to av forskerne av studiene er studenter. Samtidig er det en styrke for oppgaven at begge enten hadde eller gjennomgikk en spesialisert mastergrad innenfor helse da studiene ble gjennomført. Når de er under masterutdanning, har de også veiledning fra minst en person med høy forskerkompetanse.

#### 5.1.2 Deltakerne

Felles for alle studiene var at deltakerne var over 18 år, engelsktalende samt at alle studiene har noen deltakere som hadde gjennomgått rekonstruksjon. Gjennomsnittsalderen på deltakerne var på rundt 53 år i alle studiene med unntak av studien til Grogan & Mechan (2017, s. 1482), der gjennomsnittsalderen var 39 år. Studien til Grogan & Mechan (2017, s. 1482), Matthews et al. (2018, s. 458) og Herring et al. (2019, s. 2078) er gjennomført i

Storbritannia, Fallbjörk et al. (2012, s. 42) gjennomført i Sverige og Freysteinson et al. (2012, s. 362) er gjennomført i USA.

I alle studiene, utenom én, ble deltakerne rekruttert via forum, støttegrupper, sosiale medier eller nettverk, organisasjoner og mail online. Deltakerne i studien til Freysteinson et al. (2012, s. 362) ble rekruttert gjennom 3 ulike sykehus.

### *5.1.3 Forskningsmetodene*

Flertallet av studienes analysemetoder er tematisk analyse. Tematisk analyse skal sikre at analysen holder seg så nøyaktig til historiene som de blir fortalt. Tematisk analyse blir brukt for å identifisere aktuelle temaer knyttet til studienes hensikt (Dalland, 2017, s. 92). I studien til Herring et al. (2019, s. 2078) og Grogan & Mechan (2017, s. 1481) gjennomførte deltakerne spørreskjema anonymt over nettet. På den måten kunne kvinnene føle seg mer komfortable til å dele sine erfaringer mer åpent. En slik type forskningsmetode gir økt mulighet til å få en ærlig og personlig innsikt i kvinnenes erfaringer. Freysteinson et al. (2012, s. 362-363) og Fallbjörk et al. (2012, s. 42) gjennomførte personlig intervju med båndopptaker. Ved å utføre slike intervju, i motsetning til over nettet, er det mulighet for intervjueren å gå mer i dybden. Det gir også muligheten til å komme med oppfølgingsspørsmål og grave dypere i svarene. Matthews et al. (2018, s. 455) gjennomførte intervjuet via telefon. Ifølge Dalland (2017, s. 60) må data være samlet inn på en nøyaktig måte, og en mulig feilkilde kan være selve kommunikasjonsprosessen i et intervju. Spørsmålene kan oppfattes ulikt eller intervjueren kan mistolke svarene. En grunn til at telefonintervju ikke er mest optimalt er at intervjueren ikke har muligheten til å lese kroppsspråket til respondenten, og dermed mister muligheten til å se hvordan intervjuobjektet opptrer (Dalland, 2017, s. 86).

### *5.1.4 Kvalitetsvurdering*

For å kvalitetssikre artiklene søkte vi i anerkjente databaser samt at artiklene var publisert i pålitelige tidsskrifter. For å ytterligere vurdere kvaliteten på forskningsartiklene ble boken til Febe Friberg (2017) anvendt. Å vurdere artiklenes kvalitet er nødvendig, hvis ikke blir det uklart hva analysen baseres på. Ved hjelp av en grundig granskning skapes det en bedre forståelse av artiklenes innhold og hensikt (Friberg, 2017, s. 46). For å utføre kvalitetsvurdering har Friberg (2017, s. 187) formulert visse granskningsspørsmål for

kvalitative studier. Noen av disse spørsmålene har vi brukt som utgangspunkt for å fastslå hvilken av artiklene som er mest egnet for vår oppgave. Se vedlegg 2.

#### *5.1.5 Etikkvurdering*

I vår oppgave er etiske overveielser anvendt. Studiene til Herring et al. (2019), Fallbjörk et al. (2012), Grogan & Mehan (2017) og Matthews et al. (2018) er godkjent av en etisk komité. Freyesteinson et al. (2012) sin studie har institusjonell godkjenning fra styret til University of Texas Health Science Center og Texas Woman's University. For å sikre konfidensialitet av data i denne studien var et pseudonym tildelt hver deltaker av studien. Samtykke og materiale ble oppbevart i et låst skap, og alle elektroniske data ble sendt via en sikker og passordbeskyttet e-post. I tillegg ble all data ødelagt fem år etter studien var gjennomført.

#### *5.1.6 Begrunnelse for valg av artiklene*

Ettersom metoden i denne oppgaven er integrativ litteraturoversikt, vil det være relevant å nevne styrker og svakheter ved denne metoden. Styrken med denne metoden er at man lager seg en systematisk oversikt. Dette organiserer kunnskapen og gjør metoden lettere å anvende. I tillegg krever det mindre tid sammenlignet med innsamling og bearbeiding av empiriske data. Vi mener svakheten med metoden er selektivt utvalg av forskningsartikler. Forfatterne av studiene vil ekskludere de artiklene som ikke passer med standpunktet deres, og inkluderer de artiklene som passer. Begrenset mengde med relevant forskning vil også være en svakhet. Det er umulig å inkludere all forskning som er gjort på et fagområde. Av den grunn vil det være avgjørende å stille seg kritisk til valg av forskningsartikler (Friberg, 2017, s. 143).

Alle de utvalgte forskningsartiklene i vår oppgave er nøye gjennomgått ved bruk av Fribergs (2017, s. 187) granskningsspørsmål, og videre gjennom analyseringsprosessen. Artiklene som er valgt ut tilfredsstilte kravene vi stilte når det kom til innhold og form. Artiklene er publisert i troverdige tidsskrift som inneholder aktuell forskning innenfor sykepleiefaget. Bakgrunnen til forskerne er tatt i betraktning for å vurdere gyldigheten til forskningsartiklene. Vi sørget for å ta med studier som kun handlet om kvinners opplevelser etter gjennomgått mastektomi, og utelot dermed eventuelle partnere. En artikkel som omhandlet seksuallivet til parforhold, ble ekskludert som følge av for stort fokus på forholdet i stedet for opplevelsene til kvinnene. I vår oppgave har vi kun brukt studier fra vestlige land med relativ lik kultur som Norge. Resultatene om hvordan seksualitet og kroppsbilde påvirkes hos denne pasientgruppen, kunne

vært annerledes dersom vi hadde undersøkt studier fra andre kulturer. Vi undersøkte også om etiske hensyn var tatt stilling til i gjennomførelsen av studien. En artikkel som ikke direkte svarer på hensikten vår, ble tatt med videre til det endelige utkastet. Dette var studien til Matthews et al. (2018) der hensikten belyser kvinners opplevelser etter rekonstruksjon. Vi vurderte likevel resultatene som relevante ettersom rekonstruksjon spiller en sentral rolle, og er sterkt knyttet til opplevelsen av kroppsbilde og seksualitet hos kvinner etter mastektomi. Funnene i denne studien støtter også opp funn fra de andre artiklene, noe vi mener bidrar til å styrke kvaliteten på resultatene i oppgaven.

Opprinnelig endte vi opp med 4 kvalitative artikler og 1 kvantitativ artikkel for å svare på hensikten vår. Vi ønsket å ha med kvantitative funn som kunne underbygge funnene fra de kvalitative studiene. Underveis i analyseprosessen fant vi ut at den kvantitative artikkelen vi hadde valgt, ikke hadde nok materiale om mastektomi. Dermed var ikke denne artikkelen relevant nok for vår oppgave. Vi valgte derfor å bytte ut denne med en kvalitativ artikkel, ettersom vi ikke fant andre aktuelle kvantitative artikler. Tabell 3 viser en oversikt over de fem utvalgte forskningsartiklene.

## 5.2 Resultatdiskusjon

I denne delen skal vi diskutere resultatene fra de utvalgte studiene opp mot relevant litteratur og forskning gjort innenfor dette fagfeltet. Dette for å besvare hensikten vår: *“Å beskrive hvordan kvinner opplever kroppsbilde og seksualitet etter gjennomført mastektomi”*.

### 5.2.1 Fokus på estetikk

Vi finner ut fra studiene at kvinner med brystkreftdiagnosen verdsatte overlevelse før utseende og estetikk. Samtidig viser studiene at fjerning av bryst og kroppslige endringer førte til sterke negative følelser. Bredal (2017, s. 483) skriver at det å miste brystet er en traumatisk opplevelse, og kan resultere i at noen føler seg mindre verdt som kvinne. Sørensen et al. (2017, s. 440) forklarer at en kreftdiagnose utløser stressreaksjoner som kan ramme kvinnens psyke. Det vil føre til usikkerhet som omhandler liv og død, men også usikkerhet omkring utseende og femininitet. Videre skriver Sørensen (2017) at fjerning av bryster kan gi negative følger for følelseslivet, fordi et bryst blant annet symboliserer femininitet, altså tegn på kvinnelighet og moderskap (s. 440-441). Dette underbygges av funnene i studien til Fallbjørk et al. (2012, s. 44) som tar opp at det å miste et bryst betød å miste ens egen seksualitet og

følelse av attraktivitet. Etter vår vurdering tyder dette på at brystet for mange er en essensiell del av femininitet, identitet og dermed helheten som kvinne. Som nevnt i teorikapittelet hevder Aars (2021) at seksualitet er et av primærbehovene til mennesker, og konsekvenser av plager og sykdom vil påvirke den seksuelle helsen. Vi er enige i Borgs (2017, s. 120) uttalelse om at helsepersonell burde ha en bredere forståelse av seksualitet. Vi mener åpenhet om seksuelle problemer bør etterstrebes. Lenger ned i resultatdiskusjonen skal vi ta for oss et kommunikasjonsverktøy der hensikten er å åpne opp for samtale om seksualitet.

Sørensen et al. (2017, s. 446) skriver at vår vestlige kultur betrakter brystene som et viktig element av kvinnens seksuelle identitet. For mange betyr det å miste et bryst det å ikke lengre føle seg som en fullverdig kvinne. Selv for den tryggeste kan et slikt tap være et stort traume. Lazarus & Folkman (1984) hevder at innenfor en bestemt kultur, i dette tilfellet vestlig kultur, vil sykdom og funksjonstap påvirke den enkeltes opplevelse. Forestillinger og antakelser er blitt integrert i individet gjennom sosialiseringen til kulturen. Dette stemmer overens med Fallbjörk et al. (2012, s. 46) som skriver at brystene er tett tilknyttet femininitet. Grogan & Mechan (2018, s. 1487) mener også at vestlig kultur seksualiserer bryster og kvinnens kropp generelt. Kvinner føler på presset for å oppnå idealet om å ha en slank kropp med store bryster, noe som kan påvirke hvordan kvinner opplever kroppsbildet sitt etter mastektomi (Grogan & Mechan, 2018, s. 1487). Samfunnet og kulturen kvinnene lever i fremstiller den ideelle kvinnekroppen som urealistisk, spesielt for denne pasientgruppen. Grunnet dette kan det være spesielt utfordrende for kvinner å akseptere egen kropp etter mastektomi.

Dahl (2016, s. 221) nevner at femininitet er et aspekt ved kroppsbildet som ofte rammes hos brystkreftpasienter etter kirurgi. Studien til Fallbjörk et al. (2012) peker på deltakernes ulike vurderinger av femininitet. For det første rapporterte en av deltakerne at brystene hennes ikke i det hele tatt definerte hennes femininitet. Hun kritiserte selve ideen om at fjerning av bryster medfører et slikt tap. For det andre oppga noen av deltakerne at andre aspekter av utseende og personlige egenskaper hadde stor betydning for deres femininitet. Dahl (2016, s. 221) hevder at det tar omtrent 2 år før kroppsbildet har stabilisert seg etter brystkreft. Deltakerne i studien til Fallbjörk et al. (2012), som ikke vurderte mastektomien som et særlig problem, hadde en gjennomsnittlig alder på 60 år og var i et stabilt forhold med partner. Begge disse faktorene spilte en rolle i kvinnenes opplevelse av kroppsbilde og seksualitet etter mastektomi. Dette vil vi belyse senere i kapittelet. I tillegg er studien til Fallbjörk et al. (2012) gjennomført 4,5 år



etter mastektomi. Grunnet dette kan det stilles spørsmål til om resultatene hadde vært annerledes om studien hadde funnet sted tidligere etter inngrepet.

Sentrale funn i alle studiene omhandlet kvinnenens bekymringer over de fysiske endringene som følge av mastektomien. Vår oppfatning er at kvinner ofte blir bedømt på utseende, og av den grunn vil store arr, asymmetri og vektøkning være spesielt vanskelig å akseptere. Grogan & Mehan (2017, s. 1487) tar for seg at vektøkningen var for noen så vanskelig å akseptere at det ble vurdert som verre enn mangelen på bryst. Sørensen et al. (2017, s. 441) skriver at arbeidet med å akseptere seg selv på nytt, og å akseptere konsekvensene av kreft kan ta tid. I tillegg har kvinnene arrene som en konstant påminnelse på kreftsykdommen og mastektomien. En forandret kropp og kroppslige plager etter behandlingen kan få negative konsekvenser for kvinnens kroppsbilde og seksualliv. Videre skriver Sørensen et al. (2017, s. 446) at kvinnen oppmuntres til å se på arret i speilet før hun forlater sykehuset.

Konfrontasjonen med arret kan foregå sammen med en kvalifisert sykepleier som gir kvinnene en mulighet til å få svar på eventuelle spørsmål. Kvinner kan oppleve vansker med å se seg sitt eget speilbilde etter mastektomien, og funnene til Freysteinson et al. (2012, s. 364) viser at kvinnene unngikk speilet i frykt for hva de kom til å se. Det kommer frem i studiene til Freysteinson et al. (2012, s. 364) og Herring et al. (2019, s. 2079) at å møte arret for første gang sammen med sykepleier var for det meste en positiv opplevelse. Ut ifra Lazarus og Folkmans teori (1984) betegnes mastektomi som en plutselig forandring i kvinnens livssituasjon og kan oppleves truende. Hvis en situasjon er ny og ukjent, mangler man kunnskap og forutsetninger til å håndtere den på en god måte. Manglende kunnskap og ferdigheter kan føre til høy grad av stress og sannsynligvis en passiv og unnvikende mestringsstrategi. Lazarus og Folkman (1984) mener at kunnskap gir en økt opplevelse av oversikt, kontroll og tillit til å beherske situasjonen. Vi mener at dette understreker viktigheten av sykepleiers rolle i form av støtte og informasjon til kvinner som ikke ønsker å gjennomføre første møte med postoperativ kropp alene.

### *5.2.2 Interaksjon med andre*

En ekstra påkjenning for kvinnene er å la andre mennesker se at hun har fjernet et bryst. Spørsmål og kommentarer kan oppleves ubehagelig, og kvinner ønsker derfor som regel å skjule dette området (Sørensen et al., 2017, s. 446). Noen trekker seg tilbake fra sitt sosiale liv og isolerer seg fordi de føler utseende deres har endret seg (Bredal, 2017, s.484). Noen av

kvinnene i studiene til Herring et al. (2019, s. 2080) og Fallbjörk et al. (2012, s. 44-45) valgte ulike måter å mestre utfordringene på knyttet til interaksjoner med andre. Noen av dem unngikk å dra til steder med store folkemengder og steder som krevde spesiell bekledning, for eksempel svømmehallen. Andre kvinner mestret slike situasjoner ved å ta i bruk klær som skjulte deres endrede utseende. Basert på mestrings teorien til Lazarus og Folkman (1984) stiller vi spørsmål til om dette er hensiktsmessige eller uhensiktsmessige mestringsstrategier. På den ene siden kan man si at noen av kvinnenes mestringsstrategier var hensiktsmessige ettersom de unngikk opplevelse av skam og forlegenhet ved å dekke seg til. Disse kvinnene, i motsetning til de som totalt unngikk slike steder, fikk mulighet til å delta i situasjoner de ellers ville unngått. På den andre siden kan disse strategiene være uhensiktsmessige dersom kvinnene er avhengig av å dekke seg til for å i det hele tatt kunne bevege seg utenfor trygge rammer.

Etter mastektomi kan det oppstå hindringer i forhold til seksualiteten. Kroppsbilde kan endres slik at en føler seg mindre attraktiv, og det kan være manglende overskudd til å gjøre seg så tiltrekkende som en vil (Gamnes, 2015, s. 95). Det kommer tydelig frem i alle studiene at flere av kvinnene var bekymret for partners reaksjon til utseendet deres. Dahl (2016, s. 247) beskriver at det å ha åpen kommunikasjon mellom partene har stor betydning for parforholdene. Samtidig viser han til at flere par har vanskelig for å snakke om seksuelle problemer. Dahl (2016, s. 247) hevder videre at det kan øke konfliktnivået mellom partene om et så viktig tema ikke blir satt ord på. En eventuell partners evne til å godta kvinnens forandring vil ifølge Bredal (2017, s. 483) være av stor betydning for kvinnens akseptering av seg selv. Forskningen til Fallbjörk et al. (2012) viser at de kvinnene som hadde en støttende partner oftere hadde en mer positiv opplevelse av eget kroppsbilde og seksualitet. Disse eksemplene stemmer overens med Schjølbergs (2017, s. 132) uttalelse, fra teorikapittelet, om at kvinnenes forhold til andre kan påvirkes ut ifra hvordan hun ser på seg selv. Vår oppfatning er at både pasient og partner kan ha nytte av informasjon fra kvalifisert helsepersonell, i forbindelse med seksuelle utfordringer.

Forskningen til Frey Steinsson et al. (2012) og Herring et al. (2019) viser at sykepleiers manglende tilstedeværelse og støtte var vanskelig for kvinnene å forholde seg til. Dette gjaldt spesielt perioden rett etter mastektomien og første møte med sin nye kropp. Studien til Frey Steinsson et al. (2012, s. 365) peker på at manglende kommunikasjonsevner hos sykepleierne var en negativ opplevelse for noen av deltakerne. Ifølge Dahl (2016, s. 37) er

samtale utvilsomt nødvendig for å kunne bygge tillit mellom pasient og helsepersonell. På den måten kan man skaffe nødvendig informasjon, møte pasientens følelsesreaksjoner og sikre at det blir tatt riktige beslutninger om behandling. Vårt inntrykk er at kroppsbilde og seksualitet kan være vanskelig å ta opp i pasientsamtaler. Noe av grunnen er at dette ofte oppfattes som et ganske følsomt tema, samt at seksuell helse enda er tabubelagt i vårt samfunn. BETTER, en nyere og modifisert versjon av forgjengeren PLISSIT, er et kommunikasjonsverktøy for helsepersonell. Den bidrar til å åpne opp for samtale med kreftpasienter om blant annet seksualitet. Verktøyet består i å bringe temaet seksualitet på banen, forklare at det er nært tilknyttet kreftsykdommen, formidle til pasientene at det er rom for å snakke om temaet og å fortelle pasientene om muligheter for hjelp. Videre består den i å tilpasse samtalen ut fra pasientens behov, lære opp pasienten om bivirkninger, seneffekter, legemidler og hjelpemidler som kan fremme seksualiteten. Avslutningsvis noteres det i journalen at temaet er drøftet samt eventuelle råd eller henvisninger som ble gitt (Dahl, 2016, s. 249). Gjennom en slik tilnærming mener vi at det kan være enklere for pasienten å fremlegge problematikk og behov for hjelp relatert til seksualitet og kroppsbilde. Dette vil kunne være hjelpsomt for sykepleier, ettersom det kan gjøre det lettere å ta opp følsomme temaer.

Herring et al. (2019, s. 2079) viser til at noen kvinner ikke ønsket særlig støtte fra sykepleier, og heller ønsket privatliv ved det første møtet med sin nye kropp. Om tilfellet er slik at dette er en forsvarsmekanisme og pasienten har en forsvarspreget holdning som vedvarer, vil dette kunne få negative konsekvenser (Kristoffersen, 2015, s. 148-149). Som nevnt i teorikapittelet hevder Lazarus og Folkman (1984) at det å unngå en situasjon er en form for emosjonell orientert mestringsstrategi. Dette vil kunne resultere i at pasienten aldri aksepterer sin situasjon, og ikke lærer seg å leve et godt liv til tross for de begrensningene den nye livssituasjonen medfører (Lazarus og Folkman, 1984). I et slikt tilfelle vil emosjonelt orientert mestring være ineffektivt. Dahl (2016, s. 53) legger derimot frem at hvis pasienten selv holder avstand bør sykepleier stort sett respektere dette, ettersom det er en strategi som knytter seg til sårbarhet og mestringsforsøk. Ut ifra dette mener vi lignende situasjoner kan håndteres på ulike måter. Sykepleier må individuelt vurdere hvilke tilnærminger som passer best for den enkelte pasienten. Enten det er å aktivt bidra med støtte og informasjon, eller ved å holde avstand og respektere pasientens ønske om privatliv.

### 5.2.3 Å gjenvinne normalitet

Funnene i alle studiene viser til ulike sider av kvinnenes syn på sin endrede kropp. På den ene siden klarte flere kvinner å kun se negative aspekter med den nye kroppen sin. Bredal (2005) presenterer at kvinnens personlige innstilling til et problem eller situasjon har direkte innvirkning på vurderings- og mestringsprosessen. Videre hevder hun at kvinner som er pessimistiske av natur har større sannsynlighet for å oppleve følelsesmessige problemer og nedsatt livskvalitet, enn de som har en optimistisk innstilling. På den andre siden viser Fallbjörk et al. (2012), Freysteinsson et al. (2012) og Grogan & Mechan (2017) til kvinner som klarte å trekke frem positive sider med sin nye kropp. Kvinnene benyttet ulike strategier for å mestre endringen etter mastektomien, noe som utdypes videre i kapitlet. Det angis ikke i studiene om kvinnene som stilte seg positiv til den nye kroppen sin, opplevde et generelt godt kroppsbilde fra før. Tilfellet kan isåfall være at de kun var i stand til å trekke frem noen positive aspekter. Man kan stille spørsmål ved om slike holdninger er et produkt av mestring og aksept, eller om det er emosjonell mestring og bagatellisering av alvoret. Denne mestringsstrategien kan i noen situasjoner betraktes som et forsøk på å unngå eller flykte fra problemet (Lazarus & Folkman, 1980; 1984).

Ut ifra våre egne opplevelser og observasjoner er utseende oftere viktigere for unge enn for eldre. Flere funn i studien til Fallbjörk et al. (2012, s. 45-46) viser til en forskjell på kvinnenes opplevelse når det gjaldt alder. Studien viser til resultater fra eldre kvinner der mastektomien ikke så ut til å påvirke deres seksuelle forhold. Det så heller ikke ut til å generelt forstyrre deres syn på seg selv som kvinner. Praktiske konsekvenser av å ha på seg en protese eller tildekking var ikke problematisk. Kvinnene så derfor ikke noe poeng i å gjennomføre rekonstruksjon. Femininiteten deres ble heller definert i form av beklledning og personlige kvaliteter. Dette sto i kontrast med de yngre kvinnene som hadde større vansker med å akseptere sin situasjon. Tapet av et bryst for dem var helt overveldende. Det å miste brystet betød ikke bare å miste et bryst, men også å miste seg selv som person, kvinne og seksuelt vesen (Fallbjörk et al., 2012, s. 46). Kristoffersen (2015, s. 151) angir at en person kan ha sin identitet knyttet til flere sider av livet som eksempel hjem, familie, venner og interesser. De kan oppleve innvirkningen på utseendet som en mindre trussel enn dem som i høyere grad knytter utseendet til sin identitet. Hun tar for seg at verdier kan være fremtredende og således viktig i én fase av livet, og mindre viktig i andre. Tiggemann (2004) underbygger dette ved å

hevde at betydningen av utseende jevnt over tid avtar. Spriket mellom egen subjektiv vurdering av utseende og ideelt utseende ser ut til å bli mindre over tid.

Ifølge Cash (2011) formes det to holdninger til kroppsbildet som utløser tanker, følelser og atferd knyttet til dette. Kroppsbilde-evalueringen omhandler graden av tilfredshet med eget utseende og kropp, samt forskjellen mellom ens subjektive kroppoppfatning og hvordan man ideelt ønsker å se ut. Kroppsbilde-investeringen handler om de ulike verdiene som man tillegger eget utseende eller fysiske attributter (Cash, 2011). I studien til Freysteinson et al. (2012) vises det til misnøye av operasjonsområdet ettersom forventningene til noen av kvinnene ikke stemte overens med det endelige resultatet. Ifølge Cash (2011) kan det tyde på at noen av kvinnene i studien til Freysteinson et al. (2012) opplever høy grad av diskrepans mellom deres subjektive oppfatning av egen kropp, og hvordan de ønsker å se ut. Det vil ikke være mulig for disse kvinnene å oppnå aksept og et positivt kroppsbilde så lenge de to sidene er så motstridende (Cash, 2011). I motsetning til dette kommer det frem i studiene til Grogan & Mechan (2017, s. 1484), Fallbjörk et al. (2012, s. 44) og Freysteinson et al. (2012, s. 364-366) hvordan noen kvinner mestret sitt nye kroppsbilde og nye identitet. Kvinnene har, ifølge Lazarus og Folkman (1984), benyttet seg av problemorientert mestringsstrategi ved å aktivt avvise tradisjonelle ideer om hvordan kvinnekroppen skal se ut. Samtidig endret kvinnene synet på hvordan deres nye ideelle utseende skulle være. De ila også positiv verdi til operasjonsområdet som nå symboliserte overlevelse (Fallbjörk et al., 2012, s. 44; Freysteinson et al., 2012, s. 364-366; Grogan & Mechan, 2017, s. 1485). På denne måten samstemmer de to holdningene som Cash (2011) tar for seg i mye større grad enn hos kvinnene nevnt i starten av avsnittet.

I teorikapittelet nevnte vi Price (1990) sin modell av kroppsbilde. Modellen hevder at mennesket søker balanse mellom de tre komponentene kroppsrealitet, kroppspresentasjon og kroppsideal. Grogan & Mechan (2017) viser til at kvinner kompenserte for tapet av brystet ved å fremheve andre feminine trekk. Matthews et al. (2018, s. 467) sine funn trekker frem at rekonstruksjon ble for noen en mulighet til å føle seg attraktiv igjen. Ifølge Price (1990) sin modell kompenserer disse kvinnene for tapet av kroppsrealiteten ved å øke kroppspresentasjonen.

Kreftsykdom og tilhørende behandling kan føre til brå endring av utseende og dermed påvirke kroppsbildet. I slike tilfeller er kosmetisk kirurgi for noen er eneste løsning (Dahl, 2016 s. 28).

Et sentralt tema i alle studiene er brystrekonstruksjon. Hos flere av kvinnene var rekonstruksjon en måte å forbedre kroppsbildet sitt, og gjenvinne følelsen av seksuell attraktivitet (Fallbjörk et al., 2012, s. 45; Matthews et al., 2018, s. 468; Freysteinson et al., 2012, s. 366). Dahl (2016, s. 221) tar for seg negative opplevelser ved kroppsbilde som kvinner gjennomgår etter mastektomi. Dette omfatter blant annet misnøye med utseende og følelsen av å være mindre seksuelt tiltrekkende. Andre negative faktorer som tap av femininitet, vansker med å se seg selv naken og misnøye med arr kan føre til at kvinner ønsker å gjennomføre rekonstruksjon (Dahl, 2016, s. 221). Matthews et al. (2018, s. 468) hevder at for enkelte kvinner var dette grunnleggende for å kunne gjenvinne normalitet. Etter mastektomi viser funn fra Grogan & Mechan (2017, s. 1484) at kvinnene i stor grad opplevde kroppslig asymmetri. Enkelte oppga at dette var en viktig grunn til hvorfor de valgte å rekonstruere (Freysteinson et al., 2012, s. 366). Bruk av protese ble beskrevet som en uheldig løsning ettersom kvinnene opplevde protesen som ubehagelig og skjemmende (Matthews et al., 2018, s. 464). Hos kvinnene som hadde en positiv opplevelse av rekonstruksjon, vurderte de ikke lenger konsekvensene av mastektomien like belastende. I lys av teorien til Lazarus og Folkman (1984) forstår vi det slik at disse kvinnene har mestret sine utfordringer i forhold til endret utseende. Vi mener ikke nødvendigvis dette vil være konstant. Opplevelsen av eget kroppsbilde og seksualitet vil som nevnt tidligere endres i ulike faser av livet. Dette baseres på hvordan ens egen oppfatning av kropp og seksualitet står i forhold til idealet.

#### *5.2.4 Avslutning*

Vi oppsummerer våre funn til at kvinner har svært ulike opplevelser av egen seksualitet og kroppsbilde etter mastektomi. Hos noen førte tap av brystet til forverret opplevelse av kroppsbilde og seksualitet. Samtidig oppga de å ha mistet følelsen av attraktivitet og store deler av egen femininitet. I tillegg ble flere selvbevisst over arr, asymmetri og vektøkning. Dette førte til at kvinnene i studiene, til en viss grad, unngikk interaksjoner med andre i frykt for å bli dømt. For enkelte av kvinnene var rekonstruksjon av brystet helt nødvendig å for å forbedre kroppsbildet og gjenvinne normalitet. Andre opplevde derimot ikke forverret kroppsbilde og seksualitet etter mastektomi. De vurderte overlevelse som mer viktig enn estetikk eller hadde heller ikke før mastektomien særlig anstrengt forhold til utseende.

## 6. ANVENDELSE I PRAKSIS

Sykepleieren har en viktig funksjon ved å gi informasjon om sykdom, behandling og prognose til pasienten. Sykepleieren har et yrkesetisk ansvar om å være faglig oppdatert og innhente den kunnskapen som er nødvendig for å yte forsvarlig helsehjelp (Norsk sykepleieforbund, 2019). Gjennom funnene i forskningsartiklene vil vi presentere forslag til forbedring som sykepleier kan bruke i praksis hos denne pasientgruppen:

- Vi mener det er viktig at sykepleier bør være bevisst på at seksualitet er et primærbehov hos alle mennesker. Vi foreslår derfor at avdelinger som har hyppig kontakt med denne pasientgruppen arrangerer kurs eller fagutviklingsdager for å øke kunnskapen hos de ansatte.
- Sykepleier bør tilstrebe å gi individuelt tilpasset informasjon ut fra kvinnens egne behov. Vi foreslår dermed at et hjelpemiddel, som kommunikasjonsverktøyet BETTER, blir rutine i praksis ved samtale om kroppsbilde og seksualitet. Ved bruk av et slikt verktøy kan det være enklere for sykepleier å bringe temaet på banen.
- Vi tilrår at det utarbeides rutiner om oppfølging etter utskrivelse. For eksempel kan man avtale en time eller samtale for oppfølging med pasienten når hun skrives ut, om hun ønsker dette. I tillegg foreslår vi rutine for oppringing et visst antall dager eller uker etter utskrivelse. Dette for å undersøke kvinnens eventuelle behov for samtale, ettersom behovet kan endre seg etter hjemreise.
- Sykepleier bør tilstrebe å fremme åpenhet rundt kroppsbilde og seksualitet ettersom disse temaene settes for lite fokus på. Ved åpenhet rundt temaet kan det bli lettere for kvinner å dele sine tanker, og snakke fritt om egen kropp og seksualitet.

## LITTERATURLISTE

- Aars, H. (2021, 11. mars). *Hva er seksuell helse?* Sykepleien.  
<https://sykepleien.no/fag/2021/01/hva-er-seksuell-helse>
- Borg, T. (2017). Seksualitet. I T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie pasient - utfordring - handling* (4. utg., s. 120-131). Cappelen Damm Akademisk.
- Bredal, I. S. (2017). Sykepleieutfordringer ved brystkreft. I T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie pasient - utfordring - handling* (4. utg., s. 477-485). Cappelen Damm Akademisk.
- Brystkreftforeningen. *Behandling av brystkreft*. Hentet 12.04.2021 fra [Brystkreftforeningen - Behandling av brystkreft](#)
- Cash, T. F. & Smolak, L. (2011). *Body Image. A handbook of science, practice, and prevention*. New York: Guilford Press.
- Dahl, A. A. & Sørensen, T. (2016). *Kreftsykdom: Psykologiske og sosiale perspektiver*. Cappelen Damm Akademisk.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal Akademisk.
- 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., W., Linda, & 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>
- Friberg, F. (Red.). (2017). *Dags för uppsats* (3. utg.). Lund: Studentlitteratur AB.
- Gamnes, S. (2015). Nærhet og seksualitet. I E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie:: Pasientfenomener og livsutfordringer* (2. utg., bind 3, s. 71-102). Gyldendal Akademisk.



Grogan, S. & Mehan, 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>

Grünfeld, B. & Almås, E. (2019, 10. desember). *Seksualitet*. Store norske leksikon.

<https://sml.snl.no/seksualitet>

Gynkreftforeningen. (2017, 15. desember). *Ny rapport om seksuell helse*.

<https://www.gynkreftforeningen.no/2017/12/rapport-seksuell-helse/>

Herring, B., Paraskeva, N., Tollow, P., & Harcourt, D. (2019). Women's initial experiences of their appearance after mastectomy and/or breast reconstruction: A qualitative study. *Psycho-Oncology (Chichester, England)*, 28(10), 2076–2082. <https://doi.org/10.1002/pon.5196>

Harbin, E. (2020). Retningslinjer for oppgaveskriving. Upublisert hefte for sykepleierstudenter. Stavanger: Universitetet i Stavanger.

Helsedirektoratet. (2020, 10 desember). *Behandling av brystkreft*. Helsedirektoratet.no.

[Behandling av brystkreft - Helsedirektoratet](#)

Identitet. (2020, 14 juli). I Store norske leksikon. [identitet – Store norske leksikon \(snl.no\)](#)

Kreftforeningen. (2021, 7 januar). *Brystkreft*. Kreftforeningen.no. [Brystkreft -](#)

[Kreftforeningen](#)

Kreftregisteret. (2018, 13. november). *Ulik praksis ved gjenoppbygging av nytt bryst*. [Ulik praksis ved gjenoppbygging av nytt bryst \(kreftregisteret.no\)](#)

Kreftregisteret. (23.09.2020). *Årsrapport 2019 med resultater og forbedringstiltak fra Nasjonalt kvalitetsregister for brystkreft*. [arsrapport-2019-nasjonalt-kvalitetsregister-for-brystkreft.pdf \(kreftregisteret.no\)](#)

Kristoffersen, N. J. (2015). Stress og mestring. I E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener og livsutfordringer* (2.utg., bind 3, s.133-196). Gyldendal Akademisk.

Lazarus, R.S. (1999). *Stress and emotion. A new synthesis*. Springer.

- Lazarus, R.S & Folkman, S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21(9), 219-239.
- Lazarus, R.S & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Springer.
- Malt, U. (2020, 14 august). *Kroppsbilde*. Store norske leksikon. <https://snl.no/kroppsbilde>
- Matthews, H., Turner, A., Williamson, I., & Clyne, W. (2018). 'It's a silver lining': A template analysis of satisfaction and quality of life following post-mastectomy breast reconstruction. *British Journal of Health Psychology*, 23(2), 455–475.  
<https://doi.org/10.1111/bjhp.12299>
- Norsk Helseinstitutt. (2020, 2. juli). *Behandling av brystkreft*. NHI.no. [Brystkreft, behandling - NHI.no](https://www.nhi.no/brystkreft-behandling)
- Norsk sykepleierforbund. (2019). Yrkesetiske retningslinjer. NSF.no  
<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Price, C. (1990). *Body Image: nursing concepts and care*. New York: Prentice Hall.
- Schjølberg, T. K. (2017). Endret kroppsbilde. I T. K. Schjølberg (Red.). *Kreftsykepleie pasient – utfordring – handling* (4 utg., s. 132-143). Cappelen Damm Akademisk.
- Schlichting, E. (2017). Sykdommer i brystene: Brystkreft. I E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg., s. 443-453). Cappelen Damm Akademisk.
- Silva, M. (2021, 21. januar). *Brystkreft*. Krefregisteret.no.  
<https://www.krefregisteret.no/Temasider/kreftformer/Brystkreft/>
- Sørensen, E. M. (2017). Sykepleie ved brystkreft. I H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie* (5. utg., bind 2, s. 437-451). Gyldendal Akademisk.
- Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter* (2. utg.). Universitetsforlaget.

**VEDLEGG 1. OVERSIKTSTABELL OVER ANALYSERTE ARTIKLER.**

Artikkel 1	
Tittel	Body image after mastectomy: A thematic analysis of younger women´s written accounts
Tidsskrift/årstall	Journal of Health Psychology (2017)
Forfattere	Grogan, S & Mechan, S.
Perspektiv	Pasient
Problem	Mastektomi påvirker kroppsbilde hos kvinner
Hensikt	Utforske både positive og negative innvirkninger på kroppsbildet hos yngre kvinner.
Metode	Kvalitativ metode. Totalt 49 deltakere som alle var under 45 år da de fikk brystkreftdiagnosen. Data ble innsamlet ved en rekke åpne spørsmål gjennom et anonymt spørreskjema på nett. Gjennom åpne spørsmål besvarte og utdypet kvinner om deres opplevelse av kroppsbilde etter mastektomi. Dataene ble gjennomgått, oppsummert og tolket i forhold til bredere implikasjoner.
Resultater	Resultatene viste at utseende var mindre viktig enn overlevelse mellom diagnose og mastektomi. Etter mastektomi opplevde kvinnene å måtte håndtere ny identitet i forhold til egen kropp. Effekter av tilleggsbehandling som vektøkning medførte spesielt misnøye. Innvirkningen av kroppsbilde var derimot varierende, og noen deltakere avviste de vanlige ideene om kroppsbilde og oppga å være stolte av arrene sine.

Artikkel 2	
Tittel	'It's a silver lining': A template analysis of satisfaction and quality of life following post-mastectomy breast reconstruction
Tidsskrift/årstall	British Journal of Health Psychology (2018)
Forfattere	Matthews, H., Turner, A., Williamson, I & Clyde, W.
Perspektiv	Pasient
Problem	I Storbritannia er andelen kvinner som gjennomfører rekonstruksjon etter mastektomi økende. Dermed har viktighetsgraden av å undersøke rapporterte utfall også økt.
Hensikt	Å undersøke tilfredshet og livskvalitet etter brystrekonstruksjon grunnet mastektomi
Metode	Kvalitativ tilnærming. Data innsamlet gjennom semistrukturerte telefonintervju på mellom 30 til 80 minutter med 25 kvinner. Dataene ble analysert gjennom tematisk analyse.
Resultater	Etter rekonstruksjon ble det rapportert forbedret emosjonell funksjon, selv om dette ofte var etterfulgt av reduksjon i fysisk, seksuell og/eller sosial funksjon. Kvinnene vurderte de nye brystene sine på en positiv måte, men noen oppga redusert tilfredshet over tid. Mange kvinner aksepterte arrene sine, og flesteparten så på arrene som noe som representerte reisen deres. Generelt var kvinnene tilfreds med rekonstruksjonen. Etter mastektomien opplevde kvinnene økt frykt for tilbakefall ettersom mammografi ikke lenger var mulig.

Artikkel 3	
Tittel	Women's initial experiences of their appearance after mastectomy and/or breast reconstruction: A qualitative study
Tidsskrift/årstall	Psycho-Oncology (2019)
Forfattere	Herring B., Paraskeva, N., Tollow, P., & Harcourt, D.
Perspektiv	Pasientperspektiv
Problem	Kirurgiske prosedyrer er ment å behandle eller redusere risiko for å utvikle brystkreft. Typiske resultater er endret utseende og arr i brystområdet samt fra andre donorsteder. Innvirkningen på lang sikt er godt dokumentert, men det finnes lite studier på kvinners opplevelse av eget utseende rett etter mastektomi.
Hensikt	Å få bedre innsikt og bedre forstå opplevelsene til kvinner rett etter mastektomi.
Metode	Kvalitativ tilnærming. 128 kvinner som hadde gjennomgått mastektomi og/eller rekonstruksjon gjennomførte et online spørreskjema. Det ble gjennom åpne spørsmål spurt om opplevelsene de hadde da de først så operasjonsområdet etter operasjonen og hvilken støtte de hadde tilgjengelig. Dataene ble analysert ved bruk av tematisk analyse.
Resultater	Det var uttalt variasjon i kvinnenes opplevelser. 4 hovedtemaer gikk igjen: forberedelse og støtte, første tanker og følelser, tap og sorg og reaksjonen fra andre. Noen følte seg forberedt og fikk emosjonell støtte, mens andre opplevde at dette elementet i pleien manglet. Flere opplevde det først møtet som brutalt og negativt. Frykten for andres reaksjon til deres endrede utseende, blant annet partner, gikk igjen hos flere av kvinnene. Opplevelse av tap og sorg var sentralt hvor noen opplevde stor sorg, mens andre ikke opplevde dette i så stor grad.

Artikkel 4	
Tittel	From “No Big Deal” to “Losing Oneself”: Different Meanings of Mastectomy
Tidsskrift/årstall	Cancer Nursing (2012)
Forfattere	Fallbjörk, U., Salander, P., & Rasmussen, B. H.
Perspektiv	Pasientperspektiv
Problem	På grunn av tidlig påvisning og avanserte behandlingsalternativer har overlevelsen hos brystkreftrammede kvinner økt. Avanserte behandlingsalternativer har gjort det mulig å rekonstruere bryst, men kvinnene må dermed møte valget om å leve med et rekonstruert bryst eller la være.
Hensikt	Å nærmere undersøke innvirkningen mastektomi har hatt på livet til ulike kvinner, samt tankene til kvinnene om brystrekonstruksjon.
Metode	Kvalitativ metode. Et strategisk utvalg av deltakere ble gjort basert på alder, utdanningsnivå, yrke, siviltilstand og om de hadde gjennomført rekonstruksjon. Utvalget ble 15 kvinner fra en tidligere populasjonsbasert studie om mastektomi. Kvinnene ble kontaktet for videre utforskning i fortellingsinspirerte intervju 4,5 år etter mastektomi. En tematisk intervjuguide ble laget basert på funn fra en spørreundersøkelse. En tematisk analyse ble anvendt for å forstå kvinnenes erfaring med det å miste et bryst og tankene de hadde rundt rekonstruksjon.
Resultater	Tre forskjellige typer kategorier ble identifisert. Kvinnene i den første kategorien beskrev mastektomi som uproblematisk, men kvinnene i den andre kategorien opplevde at operasjonen ødela identiteten deres. Å miste et bryst antydte å miste seg selv som kvinne og person. Kategori tre beskrev opplevelser som falt mellom de andre to. De følte på en såret femininitet, men ikke i den grad at de følte seg fortapt. Funnene viste at opplevelsene var individuelle og avhengig av ulike faktorer i livet til den enkelte. Å miste et bryst kunne være av liten betydning eller i stor grad påvirke livene til kvinnene.

Artikkel 5	
Tittel	The experience of viewing oneself in the mirror after a mastectomy
Tidsskrift/årstall	Oncology Nursing Forum (2012)
Forfattere	Freysteinson, W. M., Deutsch, A. S., Lewis, C., Sisk, A., W., Linda, & Cesario, S. K.
Perspektiv	Pasientperspektiv
Problem	Mastektomi er en viktig behandlingsform, men er forbundet med negative følelser om kroppsbilde. Kvinner kan oppleve endring som påvirker deres følelse av kvinnelighet og seksualitet.
Hensikt	Hensikten med denne studien var å beskrive erfaringene som kvinner hadde ved å se seg selv i speilet etter mastektomi.
Metode	Kvalitativ metode. Det ble gjennomført 12 intervju som ble tatt opp. Kvinnene i studien hadde gjennomført mastektomi tre til tolv måneder tidligere. Kvinnene var over 18 år og måtte snakke engelsk. I tillegg måtte de ha gjennomgått mastektomi med eller uten brystrekonstruksjon. Dataene ble analysert, strukturert og tolket fenomenologisk.
Resultater	Den fenomenologiske tolkningen ga fire ulike tema. Kvinnene opplevde utfordringer med å se på sitt eget operasjonsområde etter mastektomi. Flere kvinner unngikk speilet lenge i frykt for å ikke like hva de så, og flere kvinner hadde bekymringer rundt partners reaksjon. Sykepleiere kan bruke speil som hjelpemiddel ved kvinnens første møte etter med kroppen sin etter mastektomi. Studien legger vekt på at sykepleier bør forberede kvinnen på speiling, og forberede kvinnen på hva hun kan forvente å se.

## **VEDLEGG 2. FRIBERGS GRANSKNINGSSPØRSMÅL**

Febe Friberg (2017, s. 187) granskningsspørsmål for kvalitative studier:

- Finnes det et tydelig problem formulert? Hvordan er dette formulert og avgrenset?
- Finnes det en beskrivelse av det teoretiske utgangspunktet? Hvordan er disse formulert?
- Finnes det beskrevet noe om sykepleieteori? Hvordan er det i så fall beskrevet?
- Hva er formålet og er det tydelig formulert?
- Hvordan er metoden beskrevet?
- Hvordan beskrives studiens deltakere?
- Hvordan har data blitt analysert?
- Er det sammenheng mellom metoden og det teoretiske grunnlaget?
- Hva viser resultatene?
- Hvordan har forfatterne av studien tolket resultatene?
- Hvilke argumenter blir brukt?
- Finnes det noen etiske resonnementer?
- Finnes det en metodediskusjon? Hvordan diskuteres metoden i så fall?
- Finnes det en tilbakemelding på de teoretiske forutsetningene? For eksempel helsefaglige forutsetninger?