

BSYBAC_5

Bacheloroppgave i Sykepleie



Universitetet
i Stavanger

*Kvinnens opplevelse av livskvalitet med
brystkreftbehandling og sykepleiers rolle*

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

Stavanger, 12.05.2021



Vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studien

Forord

That's the worst of it, it takes so long to get back your strength and energy – I've tried everything. I was not aware that it would take nearly a year before I could go back to work.' Weight increase and attacks of sweating were also troublesome side-effects: 'I've put on so much weight, it's awful. It breaks down your selfconfidence, putting on seven kilos. When you get back to work everyone says 'how great you look' – that really hits hard!

(Landmark et al., 2008, s. 195).

Sammendrag

Bakgrunn: Minst én av tolv kvinner vil utvikle brystkreft, ettersom det er den hyppigste kreftformen blant kvinner i Norge. Behandling av brystkreft blir gjennomført med kombinasjon av kirurgi, stråling, cellegift eller hormonbehandling. Sykdommen påvirker fysisk og psykisk helse, derav livskvaliteten. Sykepleiers rolle er å sikre omsorg og behandling for pasientene, hvor økt bevissthet og kunnskap er viktig.

Hensikt: Hensikten med oppgaven var å undersøke hvordan kvinners livskvalitet ble påvirket av brystkreftbehandling. Videre ønsket vi å belyse sykepleiers rolle i møte med pasientene.

Metode: Metoden som ble brukt var en integrativ litteraturoversikt, hvor vi analyserte fire vitenskapelige artikler. Ved samling av tre kvalitative studier og én studie med metodetriangulering, analyserte vi dataene etter Friberg (2017) sin analysemodell.

Resultater: Våre funn viste at kvinnene opplevde at livskvaliteten ble påvirket. Majoriteten av kvinnene oppga psykiske påkjenninger og fysiske forandringer relatert til brystkreft og kreftbehandlingen. Mangel på informasjon fra sykepleier førte til større usikkerhet omkring egen livssituasjon, hvor tilstrekkelig helsetilbud var viktig for ivaretagelse av pasientene.

Nøkkelord: Brystkreft, livskvalitet, sykepleier, behandling, identitet, kunnskap, seksualitet, kroppsbilde, mastektomi, psykisk påkjenning og fysiske forandringer.

Innholdsfortegnelse

FORSIDE

FORORD

SAMMENDAG

INNHOLDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema	6
1.2 Problemformulering	6
1.3 Hensikten	6
1.4 Begrepsavklaringer	7
<i>1.4.1 Livskvalitet</i>	<i>7</i>
<i>1.4.2 Mastektomi</i>	<i>7</i>
<i>1.4.3 Brystrekonstruksjon</i>	<i>7</i>
2.0 TEORI	8
2.1 Brystkreft	8
<i>2.1.1 Kirurgi</i>	<i>8</i>
<i>2.1.2 Andre behandlingsformer</i>	<i>8</i>
<i>2.1.3 Seneffekter</i>	<i>9</i>
2.2 Livskvalitet	9
<i>2.2.1 Seksualitet</i>	<i>9</i>
<i>2.2.2 Identitet</i>	<i>10</i>
<i>2.2.3 Mestring</i>	<i>10</i>
2.3 Sykepleiers rolle	11
3.0 METODE	12
3.1 Integrativ litteraturoversikt	12
3.2 Litteratursøk	12
3.3 Avgrensninger	13
3.4 Valg av artikler	14
3.5 Analyse	15
4.0 RESULTATER	17
4.1 Livskvalitet	17
<i>4.1.1 Psykiske påkjenninger og mestring</i>	<i>17</i>
<i>4.1.2 Fysiske forandringer</i>	<i>18</i>
4.2 Kvinners opplevelser rundt mastektomi	19
<i>4.3.1 Mangel på informasjon</i>	<i>23</i>
5.0 DISKUSJON	25

5.1 Metodediskusjon	25
5.1.1 Land og deltakere	25
5.1.2 Publikasjon og forskernes bakgrunn	26
5.1.3 Integrativ litteraturstudie som metode	26
5.1.4 Kvalitetsvurdering	27
5.2 Resultatdiskusjon	28
5.2.1 Når livskvaliteten påvirkes	28
5.2.2 Mastektomi er mer enn bare kirurgi	30
5.2.3 Sykepleiers rolle og informasjon	31
6.0 ANVENDELSE I PRAKSIS	34
LITTERATURLISTE	35
VEDLEGG 1 – Oversiktstabell over analyserte artikler	

Antall ord: 9931

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Interessen for temaet i bacheloroppgaven, ble vekket både før og underveis i sykepleiestudien. Før studien hadde vi begge sett og møtt kvinnelige pasienter med en brystkreftdiagnose. Vi har også fått erfaring med denne pasientgruppen underveis i praksisperioder. Ettersom kvinner med brystkreft er avhengig av helsevesenet, deriblant sykepleiere, er det sannsynlig at vi vil møte denne pasientgruppen i fremtiden. Vi mener at tilstrekkelig kunnskap og informasjon er viktig for å ivareta kreftpasienter og bedre deres livskvalitet. Det kan bidra til en bedre relasjon og skape tillit mellom sykepleier og pasient underveis i kreftforløpet. Brystkreft er en sykdom vi finner interessant, og et tema vi ønsker å lære mer om. Vi valgte temaet: kvinners opplevelse av livskvalitet med brystkreftbehandling og sykepleiers rolle.

1.2 Problemformulering

Brystkreft er en ondartet svulst i brystkjertelen og den hyppigste kreftformen blant kvinner i Norge (Kreftforeningen, 2021). Minst én av tolv kvinner vil oppleve å få diagnosen i løpet av livet og i 2019 fikk 3726 kvinner brystkreft. De ulike behandlingsformene kan innebære både fysiske forandringer og psykiske påkjenninger, samt seneffekter (Kreftforeningen, 2020). Mange tenker at hårtap og tap av bryst er typiske kjennetegn hos pasienter med brystkreft, men det er bare en liten del av det store bildet. Pasient kan oppleve økt behov for informasjon om sykdommen, komplikasjoner og bivirkninger. I like stor grad har pasient behov for informasjon om oppfølging fra helsevesenet (Almås et al., 2010, s. 446-447). Sykepleiers kunnskap og faglige innsikt vil være viktig i møte med pasientene. Vi ser et behov for å øke bevisstheten rundt brystkreftbehandling, både for pasienten og sykepleier.

1.3 Hensikten

Hensikten med oppgaven er å undersøke hvordan kvinners livskvalitet påvirkes av brystkreftbehandling. Videre ønsker vi å belyse sykepleiers rolle i møte med pasientene.

1.4 Begrepsavklaringer

1.4.1 Livskvalitet

Livskvalitet er lykkefølelse og tilfredshet med livet over lengre tid. Dette kan være fysisk og psykisk helse, sosial støtte og generelle livsstilsvalg (Folkehelseforeningen, 2019).

1.4.2 Mastektomi

Mastektomi er kirurgisk fjerning av bryst og benyttes der svulsten er så stor at brystbevarende operasjon ikke lar seg gjennomføre (Schlichting, 2018).

1.4.3 Brystrekonstruksjon

Brystrekonstruksjon er en operasjon som tilbys etter mastektomi, hvor en protese eller vev fra kroppen brukes til å forme et nytt bryst (Kreftforeningen, 2021).

2.0 TEORI

2.1 Brystkreft

Brystkreft er en ondartet svulst i brystkjertelen. Tidlig diagnostikk er blitt forbedret på grunn av den nasjonale mammografiscreeningen, og rosa sløyfe kampanjen som er med på å øke bevisstheten rundt forandringer i bryst og armhule. Ny forskning på bedre behandlingsmuligheter bidrar til at flere overlever brystkreft enn tidligere. Ved å undersøke brystet jevnlig, kan kvinner redusere risiko for brystkreft. Risikoen øker med alder, hvorav 81 prosent av de som rammes er over 50 år. Årsak til brystkreft er vanligvis ukjent, men mellom fem til ti prosent av brystkrefttilfeller skyldes arvelige genfeil. Faktorer som kan minske risikoen er; å føde sitt første barn før fylte 25 år, føde flere barn, amme, drikke lite alkohol, holde sunn kroppsvekt, fysisk aktivitet, et sunt kosthold og være røykfri. Ved brystkreft kan brystet og armhulen endre seg på ulike måter, hvor noen opplever å få kul eller hevelse. Huden kan få inndragning, utslett, sår, fortykkelse eller bli rød. Sekresjon fra brystvorten kan også være et symptom. Kreftbehandlingen innebærer kombinasjon av kirurgi, stråling, cellegift eller hormonbehandling. Type kreftbehandling vurderes ut fra størrelse på svulsten og kreftcellenes egenskap (Kreftforeningen, 2021).

2.1.1 Kirurgi

Det finnes to typer kirurgisk behandling: brystbevarende kirurgi og mastektomi. Brystbevarende kirurgi fjerner svulsten og omtrent 80 prosent får beholde brystet sitt (Kreftforeningen, 2021). Mastektomi er en operasjon der hele brystkjertelen fjernes og benyttes når svulsten er så stor at brystbevarende kirurgi ikke lar seg gjennomføre (Schlichting, 2018). I etterkant av mastektomi, får alle kvinner tilbud om brystrekonstruksjon. Brystrekonstruksjon er en operasjon hvor en protese eller vev fra kroppen brukes til å forme et nytt bryst. Et alternativ til brystrekonstruksjon er å bruke løse proteser som kan plasseres i bh-en eller festes direkte på huden. Mastektomi og brystrekonstruksjon kan enten gjøres under samme operasjon, eller at brystrekonstruksjon gjennomføres ved et senere tidspunkt enn mastektomi (Kreftforeningen, 2021).

2.1.2 Andre behandlingsformer

Cellegift brukes til å redusere størrelsen på svulsten og forebygge spredning. Pasienter som har svulster som ikke opereres bort, får ofte cellegift. Ofte kan cellegift føre til hårtap, men

dette vokser ut etter endt behandling (Kreftforeningen, 2020). Strålebehandling gis etter brystbevarende kirurgi for å fjerne gjenværende kreftceller, og kan gis ved mastektomi dersom det er gjenværende kreftvev. Hormonbehandling gis dersom svulsten kan stimuleres av østrogen og progesteron, som hindrer deling av kreftceller (Kreftforeningen, 2021).

2.1.3 Seneffekter

Seneffekter etter brystkreft kan komme i både fysisk, psykisk og sosial form. Det kan oppstå rett etter behandling eller flere år senere. De vanligste fysiske seneffektene kan være smerter, vektøkning, seksuelle plager, vaginal tørrhet, lymfødem, lavt stoffskifte og hjerteforstyrrelser. Andre psykiske seneffekter kan være kognitiv dysfunksjon, redsel, utmattelse, depresjon og angst. Kvinner kan oppleve å ha smerter som varer opptil et år etter brystkreftbehandling hvorav noen opplever fantome brystsmerter etter mastektomi. I verste fall kan smertene føre til at pasient blir helt eller delvis uføretrygdet (Bredal, 2018).

2.2 Livskvalitet

Livskvalitet er lykkefølelse og tilfredshet med livet over lengre tid. Menneskers livskvalitet kan påvirke flere faktorer, deriblant psykisk og fysisk helse. Trivsel er også knyttet til livskvalitet, hvor høy grad av trivsel henger sammen med mestringsfølelse, vennskap og sosial støtte. Disse faktorene kan bidra til høy livskvalitet, som vil si bedre helse (Folkehelseforeningen, 2019).

2.2.1 Seksualitet

Seksualitet er et tema som angår alle mennesker i alle aldre og livssituasjoner. Seksualiteten omfatter det fysiske, psykiske, sosiale, åndelig og kulturelle sider ved å være menneske. For mange er seksualiteten betraktet som en privatsak, selv om sykdom og behandling kan ha en negativ innvirkning på seksuallivet, derav livskvaliteten til pasienten. Pasientens seksualitet skal belyses på lik linje med andre grunnleggende behov (Kristoffersen et al., 2016, s. 373). Brystene kan ha en viktig rolle i seksuallivet. Brystene er nødvendigvis ikke avhengig av seksuell lyst eller evnen til å ha et seksualliv. For de fleste kvinner gir brystene en opplevelse av å føle seg som et seksuelt vesen. Derfor kan det være en følelsesmessig prosess med mastektomi og brystrekonstruksjon, ettersom det kan påvirke selvbildet til kvinnen. Dette kan gjelde både yngre og eldre kvinner, da behovet for å føle seg tiltrekkende og kvinnelig kan være like stort (NHI, 2014).

2.2.2 Identitet

Identitet defineres som bevisstheten om å være seg selv basert på observasjoner og vurderinger av seg selv. Identitet handler om å oppleve seg selv, i ulike situasjoner og livsfaser, og samtidig være forskjellig fra andre (Kristoffersen et al., 2016, s. 107). Sykdom blir en del av kroppen, og det er ikke uvanlig å få et annerledes syn på kroppen etter kreft. Noen kreftpasienter kan få problemer med selvbildet og opplever en vanskelig tid. Kreften og behandlingen kan sette spor både på fysiske funksjoner og utseende (Kreftforeningen, u.å.). Dekonstruksjon av egen kropp kan erfares som en dyp identitetskrise og gi en følelse av å miste seg selv. Mastektomi har en innvirkning på brystets symbol og er nært knyttet til morskap (Piot-Ziegler et al., 2010). I forbindelse med identitet som mor, er det flere kvinner som ikke kan eller vil amme grunnet brystkreft, og derav vil morsmelkerstatning være et godt alternativ (Ammehjelpen, 2021).

2.2.3 Mestring

Sykehusoppholdet etter operasjon kan være kortvarig for pasienter, ettersom mastektomi gjøres dagkirurgisk. Målet er å gjenvinne kontroll over eget liv slik at pasienten kan mestre tiden etter operasjon på best mulig måte. Pasienten har behov for informasjon om sykdommen, komplikasjoner og bivirkninger som behandlingen medfører. I like stor grad har pasienten behov for informasjon om oppfølging fra helsevesenet. I sykehussituasjonen er pasienten ofte for stresset til å vite hva de skal spørre om og tar ikke til seg informasjonen som blir gitt (Almås et al., 2010, s. 446-447).

Joyce Travelbee er en sykepleieteoretiker som fokuserer på mestring i sitt arbeid med sykepleie og mener at sykepleier har et ansvar med å hjelpe mennesker å finne mening i sykdom, smerte og lidelse (Travelbee, 2007). Kvinner som får brystkreftdiagnose, opplever både usikkerhet rundt lidelse og død, og problemer relatert til kvinnelighet og utseende (Almås et al., 2010, s. 440). Travelbee påpeker hvordan kirurgiske inngrep påvirker et menneske, og at disse reaksjonene kan oppleves forskjellig fra person til person. Mennesker mestrer angst på lik linje som de vil håndtere en krise i livet, hvorav stress og krisereaksjoner kan utløses av en kreftdiagnose (Travelbee, 2007).

Johan Cullberg utviklet en kriseteori som består av fire faser. Første fase er sjokkfasen som er en del av den akutte fase. Her kan verden føles fjern og det som blir fortalt kan oppleves forvridt. Andre fase er reaksjonsfasen som kan vare flere måneder, og kan oppleves som et

kaos av følelser, sinne, depresjon, angst, aggresjon og sorg. Tredje fase er bearbeidelsesfasen og kan vare opptil et år. Her bearbeides det som har skjedd, og pasienten ser situasjonen i øynene og setter ord på den. Siste fase er nyorienteringsfasen hvor pasient aksepterer den nye situasjonen. Å komme seg gjennom disse fasene i kriseforløpet, kan medføre vekst og modning hos pasienten. Hvordan pasienten mestrer situasjonen er avhengig av ressurser og støtte fra omgivelsene. Det er vanlig å veksle mellom fasene og det er imidlertid ikke like reaksjoner for alle (NHI, 2014).

2.3 Sykepleiers rolle

Å ha kunnskap om stress og mestring er viktig i møte med pasientene, ettersom flere opplever store påkjenninger både fysisk og psykisk. God kunnskap kan bidra til å redusere opplevelse av stress og fremme mestring for pasienten (Kristoffersen et al., 2016, s. 238). Sykepleier skal yte hjelp til pasienter og er dermed nødt til å engasjere seg i pasientens situasjon (Kristoffersen et al., 2016, s. 60). Kari Martinsen utviklet en omsorgsfilosofi, hvor omsorg anses som sykepleiers kjerne. Målet med sykepleiers omsorg knyttes til pasientens opplevelse av velvære og helse (Kristoffersen et al., 2016, s. 53). Martinsen beskriver omsorg som en relasjon mellom sykepleier og pasient (Kristoffersen et al., 2016, s. 57-58).

Ifølge de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, skal sykepleier ivareta pasientens integritet og verdighet, samt gi omsorgsfull og forsvarlig hjelp. Sykepleier skal være bevisst sin profesjonelle rolle og utgi tilpasset og tilstrekkelig informasjon til pasienter. Sykepleier skal ha ansvar for å lindre lidelse og bidra til at pasienten blir hørt og sett (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Sykepleier skal utføre arbeid i samsvar med krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter, og situasjonen for øvrig (Helsepersonelloven, 1999, § 4). Når en pasient får en kreftdiagnose, gis det ofte mye informasjon på en gang. Det blir informert om kreftforløpet, diagnosen og ulike behandlingsmetoder. Pasienten har rett til nødvendig informasjon om risikoer og bivirkninger, for å få innsikt i egen helse (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2). I flere studier vises det at pasienter oppfatter omtrent 20 prosent av verbal informasjon som gis etter å ha fått kreftdiagnosen, dette kan skyldes angst (Almås et al., 2010, s. 446). For å forsikre at pasient har forstått hva som har blitt sagt, kan sykepleier spør om pasient selv kan formulere sin forståelse (Eide & Eide, 2018, s. 223).

3.0 METODE

Metode er en fremgangsmåte for å innhente kunnskap eller teste ut om påstander er sanne, gyldige eller holdbare. Dalland påpeker at metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap (Dalland, 2007, s. 81).

3.1 Integrativ litteraturoversikt

Valg av metode er avhengig av hva man ønsker å undersøke. Hovedsakelig benyttes kvantitativ, kvalitativ eller metodetriangulering som er en kombinasjon av metodene i empiriske studier. Friberg påpeker at data om en problemformulering samles inn, hvor resultater fra publiserte forskningsstudier sammenlignes. Dette betegnes som en litteraturstudie, hvor kvantitativ og kvalitativ metode kan inngå i en litteraturoversikt. Metodens fellestrekk er å skape en oversikt og basere det på systematisk utvalg av artikler. Ved å analysere og kvalitetssjekke data fra forskningsartikler, skal vi deretter sammenstille funnene. Dette resulterer i en integrativ litteraturoversikt, hvor vi går i dybden i artiklene. En integrativ litteraturoversikt skiller seg ut fra en allmenn litteraturoversikt ved at man konkluderer med egne resultater (Friberg, 2017, s. 150). Kvantitativ metode gir data i form av målbare enheter, mens kvalitativ metode gir data ved å fange opp deltakernes opplevelser og meninger som ikke lar seg måle eller tallfeste (Dalland, 2007, s. 82). En kvalitativ metode går i dybden på et mindre utvalg, og får frem det som er spesielt eller eventuelt avvikende. Den kvalitative metoden sikter også på å formidle en økt forståelse og går ut på å samle inn data som tar sikte på å få frem sammenheng og helhet (Dalland, 2007, s. 84).

3.2 Litteratursøk

I denne oppgaven har vi valgt ut tre kvalitative studier, og én studie med metodetriangulering. Datainnsamlingen består av vitenskapelige artikler som har gjennomført studier om kvinner med brystkreft. Vi vil anvende oppgaven fra et pasientperspektiv for å undersøke hvordan kvinners livskvalitet påvirkes av brystkreftbehandling, og fra et sykepleieperspektiv hvor vi belyser sykepleiers rolle.

I starten av litteratursøket, valgte vi ut databaser vi benyttet oss av. Vi brukte systematisk litteratursøk ved hjelp av de helsefaglige databasene PubMed, SveMed+, Oria og Cinahl. Vi brukte stort sett databasen Oria, som er en samling av bøker, tidsskrifter, artikler og avhandlinger (Universitetet i Stavanger, 2021). Cinahl ble også brukt, som er en helsefaglig

database, og inneholder artikler innen sykepleie og tilgrensende fag og artikler fra mer enn 3000 tidsskrift (Underdal, 2013).

For å finne relevante forskningsartikler, avgrenset vi med gode søkeord. For å komme frem til søkeordene, undersøkte vi ulike artikler og pensum på forhånd. Vi leste på nøkkelordene som ble brukt i ulike artikler og hadde hensikten og problemformuleringen vår som utgangspunkt. Vi startet med norske søkeord som brystkreft, kvinner, livskvalitet, kroppsbilde, mestring og sykepleie. Etter hvert byttet vi til engelske søkeord som breast cancer, mastectomy, cancer mammae, body image, identity, life quality og sexuality. De engelske søkeordene ga oss et bedre resultat, ettersom de fleste artiklene var skrevet på engelsk.

3.3 Avgrensninger

Grunnet mange søkeresultater, måtte vi i tillegg til søkeordene, bruke avgrensninger i databasene. Da brukte vi avgrensninger som english, peer review, år 2010-2021, newly diagnosed, self-esteem, Norway, norwegian, nursing og female. Dette førte til et mindre søkeresultat, som gjorde utvalget lettere. Vi ønsket nyere forskning og hadde en tidsavgrensning fra år 2010 og valgte fagfelleverderte artikler. Vi ønsket å avgrense geografisk, og valgte studier innenfor Europa. For å unngå mye oversetting, avgrenset vi til språk vi forstår som norsk, engelsk, svensk eller dansk. Vi har oppført kriteriene for søket i tabellen under (Tabell 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier).

Tabell 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Kvinner	Menn
Fagfelleverdert (Peer review)	Metastaser
IMRaD prinsippet	Pårørendes perspektiv
Vitenskapelig forskningsartikkel	Eldre artikler enn 2010
Skrevet på et språk vi forstår	Profylaktisk behandling uten
Innenfor Europa	brystkreft
Pasient og/eller sykepleieperspektiv	
Mastektomi	

3.4 Valg av artikler

Ved hjelp av søkeord, avgrensninger og databasene Oria og Cinahl, kom vi frem til fire vitenskapelige forskningsartikler. Tre av artiklene var skrevet i 2010, 2011 og 2014. Den siste artikkelen er skrevet i 2008, og er utenfor inklusjonskriteriet, men vi har bevisst valgt å ta denne med, da det er norske forfattere som har gjennomført studie i Norge. For å filtrere ut artikler vi ikke ønsket, leste vi abstraktet for å se etter relevans for vår hensikt. For å vurdere artikkelens gyldighet, fulgte vi krav om form og innhold etter IMRaD prinsippet. IMRaD prinsippet er strukturen i vitenskapelige artikler og innebærer introduksjon, metoden, resultatet og diskusjon (Dalland, 2007, s.122). Vi så hvilke tidsskrifter artiklene var publisert i og sjekket opp ISSN-nummeret i publiseringskanalen for å underbygge troverdigheten (NSD, 2021). Videre sjekket vi antall deltakere, og i hvilket geografisk område studiene tok plass. Dette gjorde vi for å skille ut flere artikler som var gjennomført i land som ville vært vanskelig å sammenligne med Norge, eller hadde deltakere som ikke fylte våre kriterier. Hvordan studiene ble gjennomført varierte, hvor to av studiene brukte intervju, en av studiene hadde flere møter og den siste studien brukte et spørreskjema. For å styrke vår empiriske studie, valgte vi tre kvalitative studier og et studie med metodetriangulering. Fordelen med metodetriangulering, er at det øker troverdigheten til resultatene da de understøtter hverandre med både kvantitativ og kvalitativ tilnærming. Vi plasserte artiklene vi valgte inn i tabellen nedenfor (Tabell 2: Oversikt over de utvalgte artiklene).

Tabell 2: Oversikt over de utvalgte artiklene

Tittel, forfatter og land	Hensikt	Søkeord og avgrensninger	Database
Being in suspense: women's experiences awaiting breast cancer surgery. Drageset et al. (2011). Norge	Hensikten med studien var å beskrive kvinners erfaringer etter å ha fått en brystkreftdiagnose og venter på primæroperasjon.	Søkeord: women, breast cancer surgery, Norway. Avgrensninger: peer review, 2010-2021, nursing og breast cancer.	Cinahl
Supporting Patients During Their Breast Cancer Journey : The	Hensikten med denne kvalitative studien var å se pasienters behov for	Søkeord: information, breast cancer, nursing og supporting.	ORIA

Informational Role of Clinical Nurse Specialist. Droog et al. (2014). Irland.	støtte og oppfølging gjennom behandlingen av brystkreften, samt få inn et sykepleieperspektiv	Avgrensninger: peer review, 2010-2021, english, female, breast cancer og nursing.	
Women with newly diagnosed breast cancer and their perceptions of needs in a health-care context. Landmark et al. (2008). Norge	Hensikten med denne studien var å undersøke hvordan kvinner med nylig diagnostisert brystkreft opplever deres behov i helsevesenet	Søkeord: newly diagnosed, breast cancer, Norway. Avgrensninger: peer review, breast cancer, artikkel og engelsk	ORIA
Mastectomy, body deconstruction, and impact on identity: A qualitative study. Piot-Ziegler et al. (2010). Sveits.	Hensikten med denne kvalitative studien var å forstå konsekvensene av kroppsdekonstruksjon gjennom mastektomi på kropp og identitet hos kvinner med brystkreft.	Søkeord: deconstruction, breast cancer, mastectomy. Avgrensninger: peer review, artikkel, 2010-2021 og engelsk.	ORIA

3.5 Analyse

Å analysere er et granskingsarbeid hvor utfordringen er å finne ut hva materialet kan fortelle (Friberg, 2017, s. 87). For å gjøre en vurdering av materialet må en klargjøre hvordan dataen er samlet inn og være kritisk til innholdet (Dalland, 2007, s. 122). Vi startet med å lese gjennom de utvalgte artiklene flere ganger. Friberg (2017) understreker at det er lurt å ha hensikten i tankene for å ikke gå seg vill i analysearbeidet. De fire artiklene vi valgte ut hadde ulike fremgangsmåter i studiene sine. For å finne felles hovedtrekk på tvers av studiene, valgte vi å skrive en kort oppsummering og stikkord fra hver artikkel. Vi så etter likheter og ulikheter, og gjorde en datareduksjon. Oppsummeringen inneholdt ulike tema og viktige funn fra hver resultatdel. De beste resultatene som sammenfalt med hensikten, ble valgt ut. Til slutt kom vi frem til tre hovedfunn og tre underkategorier. Dette ga oss en strukturert oversikt som vist under i tabellen (Tabell 3: Oversikt over hovedfunn og underkategori).

Tabell 3: Oversikt over hovedfunn og underkategori

Hovedfunn	Underkategori
Livskvalitet	Psykiske påkjenninger og mestring Fysiske forandringer
Kvinnens opplevelse rundt mastektomi	
Sykepleiers rolle	Mangel på informasjon

4.0 RESULTATER

Gjennom analysen i metodekapittelet, sorterte vi data etter hovedfunn og underkategori. Videre skal vi utdype resultatene vi kom frem til.

4.1 Livskvalitet

4.1.1 Psykiske påkjenninger og mestring

Studien til Landmark et al. (2008) avdekket emosjonelle reaksjoner ved mottak av brystkreftdiagnosen, hvor kvinnene oppga tanker om fremtiden og døden. De oppga å føle seg alene i prosessen, men mottok støtte fra venner, slektninger, helsepersonell og kollegaer. Noen oppga at de følte seg følelsesmessig uforberedt og opplevde sterke reaksjoner etter kirurgi, mens de som ventet på kirurgi var redde for at kreften hadde spredt seg (Landmark et al., 2008, s. 196). I studien til Piot-Ziegler et al. (2010) forteller kvinnene at humor hjalp dem å møte usikkerheten rundt resultatet etter mastektomi. Det hjalp dem også å stå imot angsten og de fysiske og psykiske lidelsene som kreften medførte (Piot-Ziegler et al., 2010, s. 499). Enkelte innså at de måtte endre måten de så seg selv på og den nye livssituasjonen. Kvinnene fortalte at kreften ga dem muligheten til å oppdage andre måter å leve på, og at de fikk ny forståelse av livet. Smerte og vanskeligheter satte et nytt perspektiv på hva som var viktig i livet for dem (Piot-Ziegler et al., 2010, s. 500). En kvinne fortalte at diagnosen satt ting i perspektiv hvor tankene gikk på å overleve (Piot-Ziegler et al., 2010, s. 497). En kvinne var frustrert over at hun utviklet brystkreft til tross for en sunn livsstil og beskrev det slik:

It infuriated me when I was told I had cancer, because I've been a vegetarian for 15 years. I've never smoked, I don't take contraceptive pills, because I think it's bad for your health. It's a rotten trick, really. How could it [her body] do that to me? I was so nice to it. Hanna (Piot-Ziegler et al., 2010, s. 488).

Flere opplevde deprimerende tanker i etterkant av kreftbehandlingen, som gjorde det skummelt å stå alene. Det viste seg at flere trengte ekstra støtte når behandlingen var over. Studien avdekker kvinners jevnlig møter i støttegrupper ved et brystdiagnostisk senter. De delte egne erfaringer med hverandre og følte tilhørighet og en opplevelse av et fellesskap. De uttrykte positive tilbakemeldinger med bruken av støttegruppen (Landmark et al., 2008, s. 195). Støttegruppene økte kvinnes bevissthet og kunnskap om verdien av støtte og åpenhet rundt kreften, hun ene beskrev det slik:

I don't feel so alone when I can share things in this little group. Whatever I feel can be recognised by you, the others in the group. I can talk about anything in this group, I can be more honest than when I talk at home (Landmark et al., 2008, s. 196).

Fokusering på nåtiden ga kvinnene en lettelse i livet, i tillegg hindret det mye av frykten og angsten. Det kom også frem at god informasjon var viktig for å mestre situasjonen på best mulig måte (Drageset et al., 2011, s. 1946). Flere kvinner slet med å ta inn og akseptere sykdommen. Negative livshendelse førte til en negativ psykologisk tilpasningsreaksjon som bidro til behov for ekstra rådgiving og støtte. Kvinnene oppga at sykepleier ble brukt som en ressurs med hjelp til å forstå sykdomsforløpet og tilpasning av hverdagen (Drageset et al., 2011, s. 1943).

De fleste av deltakerne så på familie og nærmeste venner som deres beste støttespillere gjennom kreften. Likevel ble de også ansett som en stor belastning, grunnet kvinnene stadig følte de måtte informere og oppdatere andre om diagnosen sin. Noen av kvinnene slet med spørsmål om hva de skulle fortelle, og andre var redde for at nyheten ville være for skremmende (Landmark et al., 2008; Drageset et al., 2011). Nesten alle fortalte at de hadde følelsen av å måtte være sterke for familiens skyld. Noen av kvinnene beskrev dette slik: "I feel that I need to cry but I can't break down and not support my children". En annen kvinne sa: "I had to forget myself: my children were the ones who needed support". En av kvinnene følte seg også skyldig ved å fortelle familien om diagnosen: "It was hard to tell my parents. I felt that I was inflicting pain on them, that it was my fault that they were sad and sleepless" (Drageset et al., 2011, s. 1945).

4.1.2 Fysiske forandringer

Kosthold, hormoner, psykisk stress, genetikk og miljøfaktorer ble diskutert som mulige årsaker til utvikling av brystkreft i studien til Landmark et al. (2008). Alle kvinnene i denne studien hadde gjennomgått kirurgisk behandling, og resultatene var synlige. Blant annet opplevde de seneffekter som redusert mobilitet i arm og skulder og lymfødem. Cellegift ga bivirkninger som kvalme, oppkast, tap av hår, hudforandring, utmattelse, økt risiko for infeksjon, svettetøkt, vektøkning og endring i slimhinne. Kvinnene rapporterte at de opplevde kroppsendringer som påvirket aktivitet, seksualitet, selvbilde og hvile. Flere erfarte at seneffektene ville reduseres over tid, mens andre opplevde det motsatte. Tap av hukommelse

kom som et langsiktig resultat etter behandling, hvor flere av kvinnene opplevde en form for kognitiv svikt. En pasient var skolelærer og forklarte at hun ikke husket navn på elevene og måtte jevnlig sjekke listen. Det opplevdes som pinlig hvor hun følte seg forvirret og gammel. Flere kvinner opplevde svettetokter og vektøkning som bivirkninger av kreftbehandling. De fysiske forandringene hadde også en markant effekt på kvinnene som var tilbake i arbeid, hvor hun ene beskrev det slik:

That's the worst of it, it takes so long to get back your strength and energy – I've tried everything. I was not aware that it would take nearly a year before I could go back to work. I've put on so much weight, it's awful. It breaks down your selfconfidence, putting on seven kilos. When you get back to work everyone says 'how great you look' – that really hits hard! (Landmark et al., 2008, s. 195).

4.2 Kvinners opplevelser rundt mastektomi

Hårtap og mastektomi var en utfordring for kroppens integritet, i tillegg til seneffektene og følelsen av overgangsalder. Flere beskrev det som stigmatiserende og at det opplevdes som krenkende for sin egen femininitet (Piot-Ziegler et al., 2010, s. 486). Kvinnene i studien til Drageset et al. (2011) fortalte at de knyttet brystene til egen kvinnelig identitet og at var redde for å føle seg mindre verdt enn kvinner med to bryster. Å beholde brystet var for mange av kvinnene en lettelse, men det ga også en økt usikkerhet om kreften ville bli helt fjernet. Reaksjonene hos deltakerne i studien varierte, hvor noen aksepterte det, mens andre uttrykte stor bekymring over å miste brystet. Å bli kreftfri var det overordnede målet for alle (Drageset et al., 2011, s. 1944). Kvinnene i studien til Piot-Ziegler et al. (2010), fortalte at sykdommen hadde hatt en innvirkning på identiteten ved at utseendet var endret. En kvinne fortalte at det hadde ført til at hun følte hun hadde mistet sitt sanne selv (Piot-Ziegler et al., 2010, s. 494). De fryktet at følelsen av å være kvinne ville endres og at mastektomi ville påvirke kjønnsidentiteten deres. En av kvinnene mente at hun ville føle seg mannlig eller kjønnsløs etter mastektomi og beskrev det slik:

I'm not ready to be like a boy. I was born a girl, I grew up as a girl. It's not that the breast is the centre of all that, but it's a whole, it's my femininity, it's all organized around it' Corinne (Piot-Ziegler et al., 2010, s. 494).

I studien til Drageset et al. (2011) oppga noen av kvinnene at de var forberedt på å gjennomføre mastektomi og utsatt brystrekonstruksjonen til senere. I studien til Piot-Ziegler et al. (2010) nevnte kvinnene at selv om brystrekonstruksjon var en mulighet, ville de aldri

føle seg som før. Selve brystrekonstruksjonen ville være visuelt for det manglende bryst, men det ville ikke føles som deres bryst (Piot-Ziegler et al., 2010, s. 499). Noen av kvinnene ga uttrykk for å ikke være opptatt av utseende etter mastektomi fordi de var eldre og så ikke på det som en bekymring i deres livssituasjon (Piot-Ziegler et al., 2010, s. 488). Samtidig opplevde en ung kvinne at brystrekonstruksjon var viktig for henne i ung alder og beskrev det slik:

I think if I were older I would not undergo reconstruction, but at 36, it's important. Because I still feel young. So I think it's important, but even though I have reconstruction, it won't be the same. I'm so afraid of losing it, my breast. Maria (Piot-Ziegler et al., 2010, s. 492).

Angående mastektomi uttrykte flere av kvinnene bekymringer i forhold til å miste brystvortene. De var redde for at det ville påvirke amming hvis de ble gravide. De fortalte at sykdommen ikke bare var en trussel for dem, men også for døtrene. En av kvinnene oppga at det har forårsaket henne mye angst og det er vondt å tenke på at hun kan videreføre dette genet videre til sine døtre. Hun beskriver dette slik "The gift of life, in giving birth to a child, is suddenly reversed into a potentially deadly gift, and adds extra emotional suffering. This is the reason why I fear for my daughters" (Piot-Ziegler et al., 2010, s. 494-495). I studien til Landmark et al. (2008) uttrykte også kvinnene bekymringer overfor egne barn. På en side ville de bevisstgjøre barnet og være åpen om sykdommen, men på en annen side ville de ikke gjøre de bekymret (Landmark et al., 2008, s. 198).

En kvinne beskrev at hun opplevde press til å utføre mastektomi for sin partner, mens andre ønsket brystrekonstruksjon for deres partners skyld. Hun fortalte om en hendelse da hun var hos legen sammen med sin ektefelle. Legen anbefalte henne å vente med brystkonstruksjonen et år, men mannen hennes ble sint og fortvilet over denne anbefalingen. Kvinnen responderte slik: "If I understand, you prefer me to have a prosthesis than to have a handicapped wife. Well, men are all the same" (Piot-Ziegler et al., 2010, s. 497). Flere kvinner uttrykte vanskeligheter med å være i ektemannens nærvær i etterkant av mastektomi, hvor en kvinne beskrev det slik:

Yes, when in front of you [her husband is present during the interview], not for me. I find that I am not completely human anymore. Yes, this is true. One part of my uneasiness was that I was feeling like a monster, Frankenstein. Hanna (Piot-Ziegler et al., 2010, s. 493).

En gift kvinne påpekte at hun ikke ønsket at mannen skulle se henne naken, og at hun skammet seg over kroppen sin etter mastektomi. En annen kvinne fortalte at når hun så seg selv i speilet, dekket hun seg til med morgenkåpen, slik at mannen ikke skulle se henne i etterkant av mastektomi (Landmark et al., 2008, s. 195). Kvinnene opplevde at de ulike kreftbehandlingene førte til bekymringer om verdien av å være kvinne og en seksuell partner (Landmark et al., 2008, s. 193). Det kom frem at dårlig kommunikasjon med partner kunne føre til misforståelser og mistolkninger av blikk. En kvinne fortalte at hun ikke hadde et seksuelt forhold med ektemannen etter mastektomi og uttrykket at det førte til usikkerhet og et dårlig selvbilde. Hun var overbevist om at ektemannen ikke synes hun var attraktiv eller like viktig lenger. Når hun konfronterte ektemannen, kom det frem at det hele var en stor misforståelse og at han ønsket å være respektfull gjennom prosessen (Piot- Ziegler et al., 2010, s. 496). En kvinne presiserte forskjellen mellom perspektivet hennes og hennes ektemann etter diagnosen. Hun beskrev at over tid førte diagnosen til et nytt tankesett om å overleve, samtidig som ektemannen hennes så situasjonen noe annerledes ettersom han var frisk og hadde seksuelle lyster (Piot- Ziegler et al., 2010, s. 497). Kvinnene i studien til Piot Ziegler et al. (2010) fryktet at intimitet og seksuelle forhold ville bli påvirket etter mastektomi, de var bekymret for at de aldri kom til å få et normalt seksualliv igjen uten brystrekonstruksjon. En av kvinnene fortalte at hvis det ikke hadde vært for brystrekonstruksjon, ville hun nok aldri vært sammen med en mann igjen. To kvinner mente også at mastektomi ville redusere sjansene deres for å starte et nytt forhold, hun beskrev det slik:

You can't help but imagine staying alone the rest of your life, not having a boyfriend. I felt I was disadvantaged compared to other women. It gives me a certain feeling of insecurity for my life in the future. Sybille (Piot-Ziegler et al., 2010, s. 497).

4.3 Sykepleiers rolle

Kvinnene rapporterte 95 prosent tilfredshet med den totale sykepleien de mottok i helsevesenet i studien til Droog et al. (2014). Pasientene vurderte kvaliteten på pleien de mottok og omsorg generelt i løpet av kreftforløpet. Videre ble vurderingen av omsorg reflektert i en samlet positiv vurdering av sykehuset, der deltakerne rapporterte en gjennomsnittsverdi på 9,13 av 10,0. Noen av kvinnene beskrev det slik:

Excellent care and very caring breast care nurses and a very caring surgeon and team. The team was exceptional! They made the journey as easy as possible. In addition, all patients across the 3 breast

cancer teams reported high levels of satisfaction in the 7 remaining dimensions of care (Droog et al., 2014, s. 432).

Emosjonell støtte var den dimensjonen som fikk lavest poengsum når det gjaldt omsorg i studien til Droog et al. (2014). Kvinnene kommenterte at de manglet informasjon om egne følelsesmessige endringer som oppstod, hvorav enkelte opplevde endringer i selvtilliten og selvbildet. Flere oppga at ektefelle eller partner ikke følte seg godt nok ivaretatt og trengte noen å snakke med (Droog et al., 2014, s. 432). I spørreskjemaet som ble brukt i studien, fikk dimensjonen informasjon, kommunikasjon og utdanning, en lavere vurdering på 59 prosent tilfredshet. Kvinnene utdypet videre om manglende informasjon om blant annet ernæring, angst, behandling, vekt og livsstil. En kvinne fortalte at hun måtte lese seg opp på kosthold og matprodukter selv, og fant ut at marshmallow hjalp mot kvalme og at ananas hjalp mot blemmer i munnen. To kvinner beskrev fortvilelsen over manglende informasjon slik:

On one of my chemo visits, I happened to say to the nurse that I was taking soya products. She said to me that she would recommend that I stop taking them as they could affect the chemo. If I had only been made aware of it earlier (Droog et al., 2014, s. 432).

I was at work one day, and a colleague of mine had a cold. I was afraid I would get it being on chemo. I took RUBEX a vitamin C booster for 5 days. I told one of the oncology nurses about this on my next visit just to check to see if it was OK. She said to me to take fresh oranges instead, that RUBEX could nullify the effect of the chemo. I really didn't know what to think after that! (Droog et al., 2014, s. 432).

Studien til Droog et al. (2014) viste at pasientene i stor grad kommenterte kontinuiteten og koordineringen i omsorgen. De bemerket vanskeligheten med å vite hvem de skulle spør når de hadde spørsmål om egne helseproblemer. De fortalte at de hadde en primærsykepleier som kunne ringes under behandlingen, men på grunn av mangel på oppfølging, følte pasientene at de ble glemt. Noen følte seg oversett og ble sittende å gjette seg til hvilke symptomer som oppstod. Andre følte at de ikke kunne gå til primærsykepleier for hjelp, da de trodde det ikke var deres jobb. En kvinne uttrykte seg slik:

After your surgery, you have no backup. No one is ringing you to see how you are doing with the chemo or the radiation. You think at times that you're the only one experiencing such symptoms! I couldn't call my breast care nurse as her job is to look after patients before and after surgery. You're kind of left to learn as you go along (Droog et al., 2014, s. 432-433).

Når sykepleierne svarte på spørreskjemaet i studien til Droog et al. (2014), forsvarte de med manglende hender på jobb. Betydningen av primærsykepleier ble forklart som en sykepleier som er tilgjengelig for pasienter som gjennomgår cellegift. To årsaker ble gitt for mangelen på primærsykepleiere: begrensning i personalet og definisjonen av rollen. Begrensning i personalet relaterte de til budsjettmessige underskudd i helsetjenesten. Dette førte til at primærsykepleierne jobbet hardere for å ta vare på brystkreftpasientene. Flere av sykepleierne kommenterte hvordan deltidsordningen påvirket kontinuiteten med pasientene (Droog et al., 2014, s. 433). Sykepleierne fortalte at store deler av tiden ble brukt på å snakke med pasientene på telefonen. Den ene sykepleieren beskrev det slik: «Ideally it would be nice to offer them all a chemotherapy-nurse, but we don't have the facility to do that» (Droog et al., 2014, s. 434). To av sykepleierne uttrykte seg slik:

When you don't have that first consult and you don't educate them, you are kind of going back and you are gathering. You haven't that same relationship with them. I don't think it breaks down communication but it hinders their care (Droog et al., 2014, s. 433).

The result of this is that, when the patients have their first consultation-visit with the oncologist after their surgery, they are not educated on their specific line of treatment until their first chemotherapy visit in the day ward. It is then when they can talk to the chemotherapy-nurses if they have any queries “ but that's a long time to wait with all those questions” (Droog et al., 2014, s. 433).

4.3.1 Mangel på informasjon

Studien til Landmark et al. (2008) viste at kvinner med brystkreft har et økende behov for informasjon, både ved tidspunktet for diagnosen og i oppfølgingsperioden (Landmark et al., 2008, s. 193). Studien til Drageset et al. (2011) oppga dårlig informasjon fra sykehuset om kreftdiagnosen og dens behandling, som bidrar til økt usikkerhet og bekymring for pasienter. Usikkerhet, angst og stress medførte dårlig tilpasning av brystkreftdiagnosen (Drageset et al., 2011, s. 1942). Kvinnene i studien til Landmark et al. (2008) forventet å bli friske etter behandlingen, og følte seg lite forberedt på utskrivelse fra sykehuset. De følte seg oversett av helsepersonell etter behandling, og var usikre på egen evne til å klare seg selv i tilhelingsperioden. En kvinne uttrykte frustrasjon over at selv om hun var syk, opplevde andre henne som frisk (Landmark et al., 2008, s. 197). Nesten 50 prosent av kvinnene som hadde gjennomgått behandling mot brystkreft, hadde utfordringer med å begynne i arbeid igjen. I tillegg fikk flere økonomiske problemer (Landmark et al., 2008, s. 193).

I forhold til informasjon fra helsevesenet, var fysiske forandringer etter brystkreft noe kvinnene hadde flere ubesvarte spørsmål om. De savnet detaljert informasjon som ble forklart på en måte som kan hjelpe dem å forstå egen situasjon (Landmark et al., 2008, s. 195). Studien påpeker at kvinnene opplevde negative erfaringer i forbindelse med helsevesenet, som igjen økte stressnivået deres. Behov for psykososial støtte og kunnskap økte etter kvinnene var ferdig med den medisinske behandlingen (Landmark et al., 2008, s. 198). En kvinne beskrev det slik:

Results show that when treatment is over, women need extra support: ‘When you are left on your own it’s easy to start getting depressing thoughts. Then it’s good to be able to talk to a doctor or nurse – and to have a check-up – that helps you to feel calmer (Landmark et al., 2008, s. 196).

5.0 DISKUSJON

5.1 Metodediskusjon

I følgende delkapittel skal vi diskutere integrativ litteraturoversikt som metode.

5.1.1 Land og deltakere

Studiene til Landmark et al. (2008) og Drageset et al. (2011) ble gjennomført i Norge. Studien til Piot-Ziegler et al. (2010) ble gjennomført i Sveits, og studien til Droog et al. (2014) ble gjennomført i Irland. På en side kan det være en svakhet at artiklene ikke er innenfor Skandinavia, ettersom det kan være forskjeller innad i helsevesenet. Men på en annen side mener vi at Irland og Sveits er land som er representative for det norske helsevesenet, da de har høyt utdannet helsepersonell, etablerte helsetjenester og avansert medisinsk behandling. En rangering av det beste helsevesenet i verden, viser Sveits på 3. plass, Norge på 5. plass og Irland på 13. plass (Murray, 2017, s. 238), som bekrefter at disse landene er representative for Norge.

Antall deltakere varierte i studiene. De tre kvalitative studiene hadde et færre antall med syv, 19 og 21 deltakere, mens studien med metodetriangulering hadde rundt 300 deltakere. Ved å inkludere studien med metodetriangulering, bidro til å styrke oppgaven vår ettersom den både har kvantitativ og kvalitativ tilnærming. Studien med metodetriangulering gir et høyere antall med 300 deltakere, som igjen styrker resultatene. Vi valgte ut studier som omhandlet kvinners erfaring med brystkreft både før og etter mastektomi. Vi vil påstå at dette er en styrke, da det gir oss en helhetlig oversikt rundt opplevelser og erfaringer med mastektomi. På grunn av oppgavens omfang valgte vi å ekskludere kvinner uten brystkreft som hadde gjennomgått profylaktisk mastektomi. Vi mener at kvinners reaksjoner ville vært ganske forskjellig i forhold til de som tok avgjørelsen selv, fremfor en kvinne med brystkreft der mastektomi var eneste mulighet for å bli frisk. I forhold til alder på deltakere, så vi at kvinnene var mellom 36 år og 73 år. Studien til Drageset et al. (2011) hadde et aldersspenn på 41 år til 73 år. Kvinnene i studien til Landmark et al. (2008) var mellom 39 år og 63 år. Kvinnene var mellom 36 år og 62 år i studien til Piot-Ziegler et al. (2010). Studien til Droog et al. (2014) hadde ikke spesifisert noe aldersgruppe. Det kan være en styrke å ha et bredt utvalg av aldersgruppe, da vi får datasamling fra kvinner med brystkreft generelt, uavhengig av alderen. Likevel vil det være betydelige ulikheter av kvinners opplevelser av brystkreft fra

om de er 36 år eller 73 år. I tillegg valgte vi å ikke inkludere kvinner under 36 år, eller over 73 år, ettersom 81 prosent av kvinnene som rammes av brystkreft er over 50 år (Kreftforeningen, 2020).

5.1.2 Publikasjon og forskernes bakgrunn

Ved valg av artikler foretok vi en datareduksjon, og brukte de mest relevante artiklene som samsvarte med inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Vi sjekket hvilke tidsskrifter artiklene var publisert i for å underbygge troverdigheten til artikkelen. Vi brukte ISSN-nummeret og sjekket opp nivået i registeret over vitenskapelige publiseringskanaler (NSD, 2021). Drageset et al. (2011), Landmark et al. (2008) og Droog et al. (2014) fikk nivå 2 som er høyest. Piot-Ziegler et al. (2010) fikk nivå 1 som er tilfredsstillende poeng. Dette styrker troverdighetene til artiklene da tidsskriftene scorer nivå 1 og 2 som er godkjent i publiseringskanalen for vitenskapelige artikler (NSD, 2021). I tillegg var tidsskriftene medisinfaglige, derav relevante for oppgaven vår. For å vurdere artiklenes kvalitet, undersøkte vi forskernes faglige bakgrunn. Alle forskerne hadde helsefaglig bakgrunn som blant annet sykepleier, spesialsykepleier, lege, psykolog og professor. Samtlige av forskerne hadde enten mastergrad, doktorgrad eller professortittel, og hadde flere publiserte vitenskapelige artikler. Høyere utdanning og tidligere forskning styrker troverdigheten til forskerne i de ulike studiene. Dersom oppgaven hadde blitt skrevet av en journalist eller lignende, ville det vært en svakhet i validiteten i studien.

5.1.3 Integrativ litteraturstudie som metode

Vi mener at en integrativ litteraturstudie som metode, ved bruk av fire forskningsartikler, har vært tilstrekkelig for å besvare oppgaven vår. Dersom hensikten hadde fokusert på breddeforståelse, ville kvantitative studier vært tilstrekkelig. Grunnet vi har valgt å fokusere på både pasientens opplevelser og sykepleiernes rolle, var det mest hensiktsmessig å bruke de tre kvalitative studiene, i tillegg til studien med metodetriangulering. I litteratursøket brukte vi Friberg (2017) sin analysemodell og fant artiklene gjennom de godkjente databasene Cinahl og Oria. Bruken av kvantitativ og kvalitativ tilnærming styrker oppgaven med et helhetlig resultat med breddeforklaring og dybdeforståelse. Eksempelvis handlet studien til Piot-Ziegler et al. (2010) om mastektomi, rekonstruksjon og hvordan det kan ha en innvirkning på identiteten. Landmark et al. (2008) handlet om kvinner som er nylig diagnostisert med brystkreft og deres oppfatning av behov fra helsevesenet. Drageset et al. (2011) handlet om kvinners erfaringer etter å ha fått brystkreft diagnose og som venter på

operasjon. Droog et al. (2014) handlet om både pasientenes opplevelse av brystkreft, og sykepleiers rolle. Artikkene vi valgte hadde ulike hensikter og en faglig bredde som styrker oppgaven. Disse består av både pasientperspektiv og sykepleieperspektiv, som reflekterer hensikten vår ved å belyse begge sider.

Som nevnt i metodekapittelet analyserte vi artiklene og fant tre hovedfunn og tre underkategorier som vi plasserte i tabellen (Tabell 3: Oversikt over hovedfunn og underkategori). Livskvalitet var et hovedfunn vi fant på tvers av alle artiklene. Psykiske påkjenninger og mestring, og fysiske forandringer kom som to underkategorier innenfor livskvalitet. Mastektomi var et hovedfunn vi bemerket oss i alle artiklene, som styrker oppgaven ettersom vi valgte å fokusere på denne type behandlingsform. Det siste hovedfunnet var sykepleiers rolle som ble beskrevet blant annet i Droog et al. (2014). Mangel på informasjon er også et tema som blir nevnt i alle artiklene, som vi valgte som underkategori innenfor sykepleiers rolle (Landmark et al., 2008; Droog et al., 2014; Drageset et al., 2011; Piot-Ziegler et al., 2010).

Vi synes det var vanskelig å skille mellom alle funnene, da flere av disse gikk inn i hverandre. Det kan være en svakhet for vår oppgave, da hovedfunnene og underkategoriene gikk inn i hverandre, men vi valgte likevel å skille flere av disse. Dette gjorde vi for å få en mer strukturert oversikt. For eksempel går mastektomi under fysiske forandringer, samtidig som det gjentas i psykiske påkjenninger innenfor identitet, livskvalitet og mestring. Vi bemerket at begrepet livskvalitet er et hovedfunn som inngår i både fysisk og psykisk helse, derav mesteparten av resultatene i studiene (Landmark et al., 2008; Droog et al., 2014; Drageset et al., 2011; Piot-Ziegler et al., 2010).

5.1.4 Kvalitetsvurdering

Vi jobbet tett sammen under hele søkeprosessen for å finne gode artikler, som for øvrig gjorde at prosessen ble grundigere. Resultater som den ene syntes var relevant, var nødvendigvis ikke det for den andre. Vi brukte samme sjekkliste og kriterier for å finne gode artikler av kvalitativt og kvantitativt design. Vi startet med å lese igjennom og vurdere kvaliteten hver for oss, deretter tok vi en felles beslutning og ble enige om resultatene var av god nok kvalitet. Ved å jobbe både sammen og individuelt styrker oppgaven, da vi kan tolke artiklene forskjellig, men også finne like funn. Alle artiklene vi valgte til slutt var skrevet på engelsk. Det må derfor tas i betraktning at noe kan bli feiltolket med oversetting da

betydningen av et engelsk ord kan forstås annerledes på norsk. To av studiene tok i bruk intervju som metode (Drageset et al., 2011; Piot-Ziegler et al., 2010). Det kan ses på som en styrke at intervjuene ble transkribert ordrett og analysert, ettersom resultatene blir av bedre kvalitet. Møtene som ble gjennomført i studien til Landmark et al. (2008), ble spilt inn og analysert i ettertid, som gjør at forskerne kan skrive direkte sitat og unngå feiltolkning. Droog et al. (2014) gjennomførte studien med et spørreskjema og oppfølgingsintervju, som gir oss en dypere forståelse fra deltakerne. Med tanke på troverdigheten til deltakerne, kan det være en svakhet ettersom vi ikke kan vite om de har svart ærlig, eller om de har brukt hjelpemidler som oppslagsverk eller snakket med hverandre underveis. Relevant data og informasjon kan ha blitt oversett til tross for ulike søkestrategier og databaser og kan være en svakhet med oppgaven vår. Dersom andre hadde brukt samme artikler og metode, er det usikkert om resultatene ville vært like som våre.

5.2 Resultatdiskusjon

I dette delkapittelet skal vi diskutere funn fra resultatkapittelet, og trekke inn teori og egen refleksjon.

5.2.1 Når livskvaliteten påvirkes

Angående begrepet livskvalitet, kan dette knyttes til mestringsfølelse, fysisk og psykisk helse (Folkehelseforeningen, 2019). Livskvalitet stod sentralt i hensikten vår og kvinnene på tvers i studiene bekreftet hvordan livskvaliteten ble påvirket av brystkreftdiagnosen og brystkreftbehandling (Landmark et al., 2008; Drageset et al., 2011; Piot-Ziegler et al., 2010; Droog et al., 2014). Bivirkninger som kvalme, hudforandringer, svettetøkt, vektøkning og slimhinne endring ble rapportert fra kvinnene. I tillegg opplevde de seneffekter med endringer i aktivitet, selvbilde og seksualitet (Landmark et al., 2008, s. 195). Seneffektene kan oppleves forskjellig og oppstå rett etter behandling og flere år senere (Bredal, 2018). Resultater fra studien til Landmark et al. (2008) viste at majoriteten av kvinnene opplevde en form for kognitiv svikt etter behandling. Kvinnene i studien til Piot-Ziegler et al. (2010) oppga smerter som seneffekter, samtidig som hårtap ble sett på som en utfordring for integriteten og femininitet. Dette er for øvrig vanlige bivirkninger som forventes etter kreftbehandling, da hårtap kommer av cellegiftbehandling (Kreftforeningen, 2020).

Psykiske seneffekter kan være kognitiv dysfunksjon, utmattelse, depresjon og angst (Bredal, 2018), hvor flere studier viste at kvinnene opplevde psykiske påkjenninger av slik form. De

psykiske påkjenningene som kvinnen opplevde, bidro til en negativ innflytelse i hverdagen derav dårligere livskvalitet. Flere oppga at de hadde mindre følelse av glede og håp for fremtiden (Landmark et al., 2008; Drageset et al., 2011; Piot-Ziegler et al. 2010). Det kom fram i alle artiklene at kvinnene opplevde forandringer av kroppsbilde etter kreftbehandling, og at flertallet opplevde disse forandringene som negative (Piot-Ziegler et al., 2010; Landmark et al., 2008; Droog et al., 2014; Drageset et al., 2011). I studien til Landmark et al. (2008) var et resultat at kvinnene som fikk brystkreftdiagnose, opplevde både usikkerhet rundt lidelse og død, og problemer relatert til kvinnelighet og utseende (Almås et al., 2010, s. 440).

Resultatene viste at livskvaliteten ble påvirket forskjellig, ettersom kvinnene var på forskjellige stadier i brystkreft forløpet. Seksualitet, partner, identitet, morsrollen og selvbildet var sentrale resultater som kvinnene knyttet til mastektomi. Kvinnene var frustrert over å ha utviklet brystkreft, til tross for å ha hatt en sunn livsstil (Piot-Ziegler et al., 2010; Landmark et al., 2018). Flere opplevde kreften som urettferdig, ettersom de mente at de hadde gjort alt riktig i forhold til trening, kosthold, røyk og alkohol, som kan bidra til økt risiko for brystkreft (Kreftforeningen, 2021). Vi valgte å fokusere på kirurgi som kreftbehandling for å begrense omfanget i oppgaven.

Det å få en kreftdiagnose kan utløse både stress og krisereaksjoner (Travelbee, 2007). Johan Cullberg sin kriseteori går dypere inn i fire faser som pasient kan oppleve i en krise (NHI, 2014). Sjokkfasen kan sammenlignes som tidspunktet for kreftdiagnosen og kan påvirke om pasient er mottakelig for informasjonen som blir gitt (NHI, 2014). Flere studier viser at pasient bare oppfatter 20 prosent av informasjon som blir gitt (Almås et al., 2010, s. 446). Studien til Drageset et al., (2011) og Landmark et al. (2008) bekreftet at flere kvinner slet med å ta inn og akseptere det som hadde skjedd. Videre beskrev Cullberg reaksjonsfasen hvor kaos av følelser kan oppstå (NHI, 2014), depresjon, angst og redsel er følelser som kvinnene beskrev i studiene (Landmark et al., 2008; Drageset et al., 2011; Piot-Ziegler et al., 2010). Tredje fase er bearbeidelsesfasen hvor den nye livssituasjonen bearbeides og flere mestringsstrategier ble brukt (NHI, 2014). Eksempelvis er støttegrupper, pårørende og foreninger ulike mestringsstrategier som ble brukt for å bearbeide den nye livssituasjonen i studiene (Landmark et al., 2008; Droog et al., 2014; Drageset et al., 2011). Til slutt beskrev Cullberg nyorienteringsfasen, hvor pasienter aksepterte den nye livssituasjonen, og som varer

livet ut. Pasientene kan veksle mellom de ulike fasene, og er nødvendigvis ikke lik for alle (NHI, 2014).

5.2.2 Mastektomi er mer enn bare kirurgi

Et kirurgisk inngrep kan påvirke mennesker ulikt (Travelbee, 2007), og flere oppga å få deprimerende tanker og hadde behov for ekstra støtte etter kreftbehandlingen i studien til Landmark et al. (2008). Alle som hadde gjennomgått mastektomi, fikk tilbud om brystrekonstruksjon (Kreftforeningen, 2021). Å beholde brystet var for mange en lettelse. Samtidig ga det en usikkerhet om kreften ville bli helt fjernet (Drageset et al., 2011, s. 1944), med tanke på gjenværende kreftceller (Kreftforeningen, 2021). Imidlertid var noen kvinner forberedt på å gjennomføre mastektomi, mens fokuset var ikke rettet like mye mot brystrekonstruksjonen i studien til Drageset et al. (2011). Selve brystrekonstruksjonen med protese var visuelt for det manglende brystet, men det følte ikke ut som et eget bryst (Kreftforeningen, 2021). Majoriteten av kvinnene så på brystene som en del av identiteten sin og hadde vansker med å gjennomgå mastektomi. I studien til Drageset et al. (2011) fortalte en kvinne at å miste brystet ikke var så viktig, da hun ikke knyttet følelser og identitet til brystene sine. Identitet omhandler å oppleve seg selv, i ulike situasjoner og livsfaser, og samtidig være forskjellig fra andre (Kristoffersen et al., 2016, s. 107). På en side mente mange at brystrekonstruksjonen var avgjørende for å opprettholde femininiteten og seksualiteten, mens på en annen side gjaldt ikke dette alle i studiene (Landmark et al., 2008; Drageset et al., 2011; Piot-Ziegler et al., 2010). Grunnen til dette kan være at oppfatning av feminitet og identitet er ulikt fra kvinne til kvinne, ettersom aldersforskjellen varierte fra 36 år til 73 år på tvers i studiene.

Mastektomi har innvirkning på brystenes symbolikk hvor brystene er nært knyttet til fødsel, morskap og fruktbarhet. Å amme sin nyfødte er med å skape et helt spesielt bånd mellom mor og det nyfødte barnet (Piot-Ziegler et al., 2010, s 494). Noen av kvinnene uttrykte bekymring i forhold til å miste brystvortene med tanke på amming. Ammehjelp og morsmelkerstatninger kan være alternative løsninger dersom kvinnen ikke vil eller kan amme (Ammehjelpen, 2021), som kan føles betryggende i en sårbar situasjon. For noen kunne brystkreft og mastektomi være en grunn til at de ikke ønsket barn i fremtiden. Kvinnene fortalte at sykdommen ikke bare var en trussel for dem, men også for døtrene sine (Piot-Ziegler et al., 2010), ettersom brystkreft kan være genetisk og arvelig (Kreftforeningen, 2021).

Brystene har en viktig rolle for seksuallivet både fysisk og psykisk (NHI, 2014). For de fleste kvinner er det brystene som gir en opplevelse av å føle seg som et seksuelt vesen. Derfor kan det være en følelsesmessig prosess med mastektomi og brystrekonstruksjon, ettersom det kan påvirke selvbildet til kvinnen. Dette gjaldt både for yngre og eldre kvinner, da behovet for å føle seg tiltrekkende og kvinnelig kan være like stort (NHI, 2014). Tre av studiene bekreftet at mastektomi påvirket seksualiteten negativt, hvor det kom frem at partner var viktig for å føle seg verdsatt og elsket (Landmark et al., 2008; Drageset et al., 2011; Piot-Ziegler et al., 2010). Et felles resultat var at kvinnene følte ubehag ved å vise seg naken foran ektemannen, og skammet seg over kroppen sin etter mastektomi. Flere dekket seg til og synes det var utfordrende med et mindre bryst. I tillegg oppga kvinnene utfordringer relatert til ektemannen som var frisk, og hadde seksuelle lyster. Flere følte det var vanskelig å føle seg attraktiv foran partner og fryktet intimitet og seksuelle forhold (Landmark et al., 2008; Piot-Ziegler et al., 2010; Drageset et al., 2011). Angående seksualitet, ble det presentert resultater hvor kvinnene utdypet redsel om at de aldri ville vært med en mann igjen hvis ikke det hadde vært for brystrekonstruksjon. De mente at mastektomi ville redusere sjansene for å starte nye forhold (Piot-Ziegler et al., 2010, s. 497). Seksualitet betraktes som en privatsak for mange, og kan derfor være et sårbart tema. Seksuelle behov er et viktig tema å ta opp og skal bli satt på lik linje som de andre grunnleggende behov (Kristoffersen et al., 2016, s. 373). Vi tenker at det kan være bra for kvinnen å inkludere sin partner i prosessen og at god kommunikasjon er viktig for å unngå misforståelser. Det er også lurt at partneren får tilbud om støtte, da det kan være en vanskelig situasjon for dem å (Piot-Ziegler et al., 2010, s. 496).

5.2.3 Sykepleiers rolle og informasjon

I studien til Landmark et al. (2008), bekrefter kvinnene at de opplevde emosjonelle reaksjoner da de fikk vite om brystkreftdiagnosen. Opplevelse av usikkerhet kan knyttes til lidelse og død (Almås et al., 2010, s. 440). Teorien til Kari Martinsen fremhever sykepleie og omsorg som sykepleiens tradisjonelle grunnlag (Kristoffersen et al., 2016, s. 61-62).

Kvinnene i studien til Droog et al. (2014) rapporterte høy tilfredshet med pleien de mottok gjennom kreftforløpet, men var ikke like fornøyd med emosjonell støtte. Sykepleierne i studien til Droog et al. (2014) forsvarte med at de ikke hadde nok hender på jobb og at deltidsordninger påvirket kontinuiteten med pasientene, som også pasientene bemerket seg. Av egne erfaringer mener vi at kontinuitet er viktig i pasientkontakten, ettersom kreftpasienter er en sårbar gruppe. Kari Martinsen beskriver omsorg som en relasjon mellom

sykepleier og pasient (Kristoffersen et al., 2016, s. 57-58), og bruken av primærsykepleier kan bidra til et bedre pasient-sykepleier-forhold. God kunnskap om brystkreft kan bidra til å redusere opplevelse av stress, og fremme mestring hos pasient (Kristoffersen et al., 2016, s. 238), hvor alle studiene har bemerket seg mangel på kunnskap som et felles hovedfunn (Landmark et al., 2008; Drageset et al., 2011; Piot-Ziegler et al., 2010; Droog et al., 2014). I de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, står det at sykepleier skal gi omsorgsfull og forsvarlig hjelp. Sykepleier skal lindre lidelse og bidra til at pasienten blir hørt og sett (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Kunnskap om kvinners behov og utfordringer relatert til brystkreft blir beskrevet i studien til Landmark et al. (2008) som kan gi sykepleiere en klarere forståelse. Vi tenker at det er viktig at sykepleier har faglig innsikt og tilstrekkelig kunnskap om hva pasientgruppen vil erfare. Dette kan bidra til at pasienten takler livssituasjonen bedre.

Forskning viste at kvinner med nyoppdaget brystkreft generelt er fornøyd med tjenester i primærbehandlingen (Landmark et al., 2008, s. 195). Likevel er det lite kjent om tiden etter kreften, da pasienten er kreftfri, men ikke føler seg frisk. Mesteparten av kvinnene opplevde omsorg fra sykepleier, mens andre følte de ikke ble sett eller hørt. Sykepleierne ønsket flere folk på jobb og unngå deltidsordninger for å opprettholde kontinuiteten med kreftpasientene (Droog et al., 2014, s. 433). Funnene fra studien antydte at helsepersonell bør utgi informasjon om pasientrettigheter og ulike helsetjenester (Droog et al., 2014). For å yte god helsehjelp som sykepleier, er det viktig å tenke på at pasienten etter loven har rett til informasjon (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2), samtidig som helsepersonell har plikt til å informere pasienten (Helsepersonelloven, 1999, § 4).

Majoriteten følte seg oversett av helsepersonell etter endt behandling, og var usikre på seg selv i tilhelingsperioden (Droog et al., 2014; Drageset et al., 2011). En forutsetning for å utføre god sykepleie, er å kjenne til de ulike behandlingsformene. Eksempelvis hadde kvinnene i studien til Piot-Ziegler et al. (2010) valgt ut hvilken type protese de ønsket i rekonstrueringen av brystet, mens andre ikke hadde. Det er viktig for sykepleier å vite at pasienter har ulike ønsker og synspunkt relatert til egne bryst, og begrepet feminitet kan oppleves forskjellig fra kvinne til kvinne. Hvis man ser på de yrkesetiske retningslinjene, skal sykepleier være bevisst sin profesjonelle rolle og gi tilpasset og tilstrekkelig informasjon til pasient (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Et felles resultat fra studiene til Landmark et al. (2008) og Drageset et al. (2011) var at kvinnene uttrykte misnøye rundt mangel på detaljert informasjon og informasjon om de fysiske forandringene som de opplevde. Kvinnene i

studien til Droog et al., (2014) opplevde mangel på informasjon om blant annet ernæring, vekt, livsstil, angst og behandling. Det kan hende at flere pasienter er i sjokk ved diagnosetidspunktet og er ikke mottakende for informasjonen som blir gitt. I flere studier viser det at pasient oppfatter lite av informasjonen som utgis etter de har fått kreftdiagnose (Almås et al., 2010, s. 446). Det kan mulig være en av grunnen til at kvinnene opplevde mangel på informasjon rundt kreften og behandlingene. For å sikre at pasientene har forstått eller fått med seg informasjonen som er gitt, kan sykepleier spør om pasient kan formulere sin forståelse, eller ha pårørende til stede (Eide & Eide, 2018, s. 223).

Kvinnene kommenterte at begrepet primærsykepleier ble glemt, hvor flere uttrykte frustrasjon over å vite hvem de skulle kontakte (Droog et al., 2014; Drageset et al., 2011). Dårlig informasjon fra sykehuset og redusert kontakt med sykepleierne, er med på å øke pasientens usikkerhet og bekymring. Usikkerhet, angst og stress medførte dårlig tilpasning av brystkreftdiagnosen, og var et felles resultat fra studiene (Drageset et al., 2011; Droog et al., 2014; Piot-Ziegler et al., 2010; Landmark et al., 2008). Det er derfor viktig for sykepleier å forstå sykdomsopplevelser som individuelle og hjelpe pasientene med tilpasning av ny livssituasjon. På samme måte burde kvinner med brystkreft bli mer forberedt på forandringene kroppen kan oppleve. Brystkreftsenter, diagnostisk senter, Kreftforeningen og ulike støttegrupper er enkle helsetjenester som sykepleier kan henvise til eller informere pasient om. Bruken av støttegruppe hadde en god effekt på kvinnene i studien til Landmark et al. (2008) til å mestre den nye livssituasjonen. Dette kan være med på å styrke kvinnenes hverdag som lever med brystkreft eller seneffekter. Vi mener at dersom sykepleierne hadde hatt økt bemanning på jobb, vært bevisst rollen som primærsykepleier og hatt økt kunnskap om brystkreftbehandling, ville det vært til stor hjelp i pasientkontakt.

6.0 ANVENDELSE I PRAKSIS

Denne oppgaven har sett nærmere på hvordan kvinners livskvalitet påvirkes av brystkreftbehandling, samt sykepleiers rolle i møte med pasientene. Å få en brystkreftdiagnose og gjennomgå behandling kan være svært krevende og sårbart. Møtet mellom kreftpasienten og sykepleier kan være kortvarig, da flere gjennomfører mastektomi dagkirurgisk. Det kan være utfordrende for sykepleier å sette seg inn i pasientens situasjon på kort tid og samtidig opprettholde kontinuiteten. Det kan sees på som en grunn til hvorfor flere kvinner ikke følte seg sett eller hørt. Selv om pasient er kreftfri, er det flere som opplever seneffekter etter endt behandling og har behov for oppfølging og støtte. Viktigheten med oppfølgingstimer med lege og kontakt med sykehuset og primærsykepleier kan bidra til at pasienten føler seg ivaretatt og ikke overlatt til å klare seg selv i etterkant av behandlingen.

Resultatene fra vår studie kan føre til bedre praksis for sykepleiere da det belyses om pasientenes erfaringer med brystkreft og møte med helsevesenet. For å mestre tiden før og etter kirurgi, er det viktig at sykepleier hjelper kvinnen å gjenvinne kontroll over sykdommen. Når det gjelder resultatene hvor pasienter opplevde mangel på informasjon, er det viktig å informere om det helhetlige kreftforløpet. Sykepleier kan bruke en sjekkliste som verktøy i møte med denne pasientgruppen. Støttesamtale med pasient og tilbud om informasjon, veiledning og undervisning er enkle tiltak som kan iverksettes. I tillegg kan brosjyrer med nødvendig informasjon gis, dersom pasient ønsker. Pasient bør informeres eller henvises til Kreftforening, støttegrupper og brystdiagnostisk senter som kan hjelpe pasient til å mestre situasjonen. Sykepleier kan basere sin tilnærming i møte med pasienter på bakgrunn av funnene gjort i oppgaven vår. Samtidig kan oppgaven vår gi kvinner med brystkreft økt kunnskap om hvordan kreftbehandling kan påvirke livskvaliteten. Fremtidig forskning bør rettes mot oppfølgingsstudier om potensiell innvirkning av kirurgiske erfaringer og senere erfaringer med å ha gjennomgått brystkreftbehandling relatert til fysisk og psykisk helse.

LITTERATURLISTE

Almås, H., Stubberud, D-G. & Grønseth, R. (2010). *Klinisk sykepleie 2* (4. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Ammehjelpen. (2021, 21. April). *Delamming*. <https://ammehjelpen.no/delamming/>

Bredal, I. S. (2018, 11. november). Smerter etter brystkreftbehandling kan vare i årevis. *Sykepleien*, 2018, 106(72737). <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.72737>

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Drageset, S., Lindstrøm, T. C., Giske, T. & Underlid, K. (2011). Being in suspense: women's experiences awaiting breast cancer surgery. *Leading Global Nursing Research*, 2011, 67(9), s. 1941-1951. <https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.1111/j.1365-2648.2011.05638.x>

Droog, E., Armstrong, C, & MacCurtein, S. (2014). Supporting Patients During Their Breast Cancer Journey: The informational Role of Clinical Nurse Specialists. *Cancer Nursing*, 2014, 37(6), s 429- 435. <http://dx.doi.org.ezproxy.uis.no/10.1097/NCC.000000000000109>

Eide, H. & Eide, T. (2018). *Kommunikasjon i relasjoner* (3. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Folkehelseforeningen. (2019, 11. september). *Hva er livskvalitet?*
<https://folkehelseforeningen.no/hva-er-livskvalitet/>

Friberg, F. (2017). *Dags för uppsats* (3. utg.). Studentlitteratur AB.

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>

Kreftforeningen. (2021, 7. januar). *Brystkreft cancer mammae*.

<https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/brystkreft/>

Kreftforeningen. (2020, 22. oktober). *Om brystkreft*.

<https://kreftforeningen.no/rosasloyfe/om-brystkreft/>

Kreftforeningen. (2020, 5. november). *Cellegift*.

<https://kreftforeningen.no/om-kreft/behandling/cellegift/>

Kreftforeningen. (u.å.). *Seksualitet, kropp og selvbilde*. Hentet 28. april 2021 fra:

<https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/kreft-og-seksualitet/seksualitet-kropp-og-selvbilde/>

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E-A. & Grimsbø, G. H. (Red). (2016).

Grunnleggende sykepleie bind 2, grunnleggende behov. Gyldendal akademisk

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E-A. & Grimsbø, G. H. (Red). (2016).

Grunnleggende sykepleie bind 3, pasientfenomener, samfunn og mestring. Gyldendal akademisk

Landmark, B. T., Bøhler, A., Loberg, K. & Wahl, A. K. (2008). Women with newly diagnosed breast cancer and their perceptions of needs in a health-care context. *Journal of Clinical Nursing*, 2008, 17(7b), s. 192-200.

<https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.1111/j.1365-2702.2008.02340.x>

Murray, C. J. L. (2017). Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet Regional Health*, 390(10091), s. 231-266. [https://www.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30818-8](https://www.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30818-8)

NHI. (2014, 14. mai). *Kreft og sex- fysiske problemer for kvinnen*.

<https://nhi.no/sykdommer/kreft/diverse/kreft-og-sex-fysiske-problemer-for-kvinnen/?page=8>

NHI. (2014, 14. mai). *Å dele en krise i livet - Kriser.*

<https://nhi.no/sykdommer/kreft/a-dele-en-krise-i-livet/kriser/>

Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer.* Norsk Sykepleierforbund.

<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

NSD. (2021). *Register over vitenskapelige publiseringskanaler.*

<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63).* Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1997-07-02-63>

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*, 2010, 15(3), s. 479-510.

<https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.1348/135910709X472174>

Schlichting, E. (2018, 26. mars). *Mastektomi.* Store medisinske leksikon.

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

Travelbee, J. (2007). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie.* Gyldendal Akademisk.

Underdal, H. (2013, 14. februar). *Cinahl.* Helsebiblioteket.

<https://www.helsebiblioteket.no/om-oss/artikkelarkiv/cinahl-tilgjengelig-i-helsebiblioteket>

Universitetet i Stavanger. (2021, 4. mai). *Søk etter faglitteratur.*

<https://www.uis.no/nb/bibliotek/faglitteratur>

VEDLEGG 1 - Oversiktstabell over analyserte artikler

Artikkel 1	
Tittel	Being in suspense: women's experiences awaiting breast cancer surgery. https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.1111/j.1365-2648.2011.05638.x
Tidsskrift/år Land	Leading Global Nursing Research/2011 Norge
Forfattere	Drageset, S., Lindstrøm, T. C., Giske, T. & Underlid, K.
Perspektiv	Pasientperspektiv
Hensikt	Denne artikkelen er en rapport om en kvalitativ studie av kvinners erfaringer etter å ha fått en brystkreftdiagnose og avventer operasjon.
Metode	Kvalitativ tilnærming. 21 kvinner ble intervjuet dagen før operasjon. Intervjuene ble analysert ved hjelp av kvalitativ betydningen kondensasjons metoden
Resultater	Følelse av sunnhet, men å måtte tilpasse seg sykdom, venting, usikkerhet, å måtte fortelle og eksistensiell bevissthet var temaer som ble identifisert. Å måtte vente ble opplevd som skremmende, smertefullt, langt og vanskelig - men også nødvendig. Noen uttrykket frykt fordi de ikke kunne gjøre noe med situasjonen. Andre la vekt på at det var bra å ha litt tid mellom diagnose og kirurgi for å bli personlig forberedt og tilbringe tid med familie. Å sette dato for operasjon vil lindre angst. Å informere andre om diagnosen var en stor byrde for de fleste av dem. Sosiale nettverk kan både gi og kreve støtte.
Konklusjon	Studien konkluderer med at helsepersonell må være følsomme for individuelle erfaringer fra kvinner som venter på brystkreftoperasjon, og støtte for å lette situasjonen. Oppfølgingsstudier om potensiell innvirkning av kirurgiske erfaringer på senere erfaringer med å leve med brystkreft og intervensjonsstudier er nødvendig.

Artikkel 2	
Tittel	Supporting Patients During Their Breast Cancer Journey http://dx.doi.org.ezproxy.uis.no/10.1097/NCC.0000000000000109
Tidsskrift/år Land	The Informational Role of Clinical Nurse Specialists/2014 Irland
Forfattere	Droog, Elsa PhD; Armstrong, Claire PhD; MacCurtain, Sarah PhD
Perspektiv	Sykepleie- og pasientperspektiv
Hensikt	Hensikten med undersøkelsen var å undersøke pasienter med brystkreft og deres informasjonsbehov for å forstå hvordan det påvirket deres omsorg.
Metode	Kvalitativ tilnærming. Tre team gjennomførte et spørreskjema. Spørsmålene fokuserte på reisen fra diagnose til ferdigbehandlet. Det ble også gjort oppfølgingsintervju med teamenes CNS for å oppnå en dypere forståelse av omsorgen de fikk.
Resultater	Pasientene rapporterte et generelt positivt inntrykk av omsorgen de fikk, men var minst fornøyd med mengden informasjon og følelsesmessig støtte under cellegift. Kliniske sykepleie spesialister ga uttrykk for at det ikke er nok bemanning i medisinsk onkologi for å imøtekomme dette behovet.
Konklusjon	Informasjonen til CNS er utilstrekkelig og er foreløpig ikke i stand til å møte pasientens fullstendige omsorgsbehov.

Artikkel 3	
Tittel	Women with newly diagnosed breast cancer and their perceptions of needs in a health-care context. https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.1111/j.1365-2702.2008.02340.x
Tidsskrift/år	Journal of Clinical Nursing/2008
Land	Norge
Forfattere	Landmark, B. T., Bøhler, A., Loberg, K. & Wahl, A. K.
Perspektiv	Pasientperspektiv
Hensikt	Hensikten med studien var å undersøke hvordan kvinner med nydiagnostisert brystkreft opplevde at deres behov ble ivaretatt av helsevesenet.
Metode	Kvalitativ tilnærming. En gruppe på syv kvinner møttes seks ganger i en periode på 10 uker i 2004. Møtene ble lyd innspilt og innsamlet data ble kodet og analysert ved hjelp av Kvaales metoden.
Resultater	Kvinnerens behov til å takle deres endrede livssituasjon. Behovet for kunnskap og psykososial støtte gjennom hele behandlingsforløpet. De var fornøyde med medisinsk behandling, men manglet informasjon som var tilpasset individuelt. Kvinnene i studie forventet å bli helt friske etter behandlingen var avsluttet. De følte seg uforberedte på hva som skjedde etter utskrivelse. de følte seg etterlatt av helsepersonell etter den intense behandlingsperioden. De var usikre på bedring og evnen til å klare seg på egenhånd. Kvinnene syntes støttegrupper var med å takle livssituasjon bedre
Konklusjon	Resultatene gir en økt innsikt i kvinners oppfatning av behov i helsevesenet. I tillegg til medisinsk behandling bør kvinners behov for kunnskap og psykososial og de emosjonelle behov bør prioriteres under og etter behandling. Studien kan gi sykepleier en bedre forståelse av kvinners krav i møter med utfordringer knyttet til brystkreft.

Artikkel 4	
Tittel Referanse	Mastectomy, body deconstruction, and impact on identity: A qualitative study. https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.1348/135910709X472174
Tidsskrift/år Land	British Journal of Health Psychology/2010 Sveits
Forfattere	Piot-Ziegler, C., Sassi, M. L., Raffoul, W. & Delaloye, J. F.
Perspektiv	Pasientperspektiv
Hensikt	Hensikten med studien er å forstå konsekvensene av kroppsdekonstruksjon gjennom mastektomi på kropp og identitet hos kvinner med brystkreft.
Metode	Kvalitativ tilnærming. Tematisk analyse 19 kvinner deltok, alle måtte gjennomgå mastektomi Tre semistrukturerte intervjuer, kort tid før eller etter mastektomi
Resultater	Mastektomi provoserer en smertefull opplevelse av kroppsdekonstruksjon. Selv når umiddelbar rekonstruksjon er foreslått, uttrykkes kontrasterte følelser og dissonans når man sammenligner den tidligere sunne kroppen med den nåværende utfordrende kroppsenheten. Kroppstransformasjoner blir ledsaget av opplevelser av lemlestelse, fremmedhet og modifierer de fysiske, emosjonelle sosiale, symbolske og relasjonelle dimensjonene til kvinnens kjønnsidentitet. Selv om muligheten for brystrekonstruksjon blir sett på som en mulig gjenoppretting av en tapt fysisk symmetri og kroppsintegritet, fører sorg av den tidligere kroppen og integrering av et nytt selskap til en smertefull identitetskrise.
Konklusjon	Med mastektomi utfordres røttene til kvinnens identitet, noe som fører til en revurdering av hennes eksistensielle verdier. Konsekvensene av mastektomi forvandler kvinnens kropp og legemliggjørelse, og stiller spørsmål ved identiteten hennes. Psykologisk støtte blir diskutert i perspektivet på resultatene våre.