



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

# EKSAMENSINNLEVERING

---

Emnenavn: **Sjukepleie, forskning og fagutvikling -  
Bacheloroppgave**

Emnekode: **SYKHB3001**

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 26.02.16 kl 14.00

Kandidatnr.: 1057

Antall ord: 8909



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

## Tap av bryst og dens innvirkning på selvbilde

---



(Hentet 18. Februar 2016 fra:

[http://quest.eb.com/search/mastectomies/1/132\\_1262815/Artwork-of-a-woman-crying-following-mastectomy](http://quest.eb.com/search/mastectomies/1/132_1262815/Artwork-of-a-woman-crying-following-mastectomy))

**Bacheloroppgave i sykepleie, Haugesund 2016, kull 2013**

**Antall ord: 8909**

## **SAMMENDRAG:**

Brystkreft er den kreftformen som rammer flest kvinner og den mest effektive behandlingen er kirurgi. Et eksempel på dette er mastektomi der hele brystet blir fjernet, samt også lymfeknuter i aksillen. Som følge av denne behandlingen mister kvinnen sitt bryst, noe som kan true kvinnens identitet og føre til et dårlig selvbilde. Denne oppgaven ønsker å sette et søkelys på hva disse kvinnene går igjennom med tanke på selvbildet, men spesielt på hva sykepleier kan gjøre for å hjelpe kvinnen til å opprettholde et godt selvbilde.

Oppgaven er en systematisk litteratur studie hvor 4 forskningsartikler er brukt og senere drøftet med egne forståelser og litteratur. Resultatet viser at kvinner som har gått gjennom en mastektomi har et lav selvbilde og de føler de mister sin feministiske side av seg selv. Hovedfunnene viser at tilstrekkelig tilpasset informasjon og støtte fra sykepleier har en positiv innvirkning på selvbildet. Evnen til å skape gode relasjoner og kommunikasjon med pasienten er noe som er essensielt i arbeid med disse kvinnene.

## **ABSTRACT:**

Breast cancer is the cancer that afflicts mostly women and the most effective treatment is surgery. An example of this is the mastectomy where the entire breast is removed, and also the lymph nodes in the axilla. As a result of this treatment the woman's breast is lost, which can endanger the woman's identity and lead to a poor self-image. This paper is meant to put a spotlight on what these women are going through in terms of self-image and especially on what nurses can do to help them to maintain a good self-image.

The paper is a systematic literature study in which four research papers are used and later discussed with their own understandings and literature. The results show that women who have undergone a mastectomy have low body-esteem and they feel they are losing their feminist side of themselves. The main findings show that adequate customized information and support from the nurse has a positive effect on self-image. The ability to create good relations and communication with the patient is something that is essential in working with these women.

<b>1.0 INNLEDNING.....</b>	<b>5</b>
1.1 PROBLEMSTILLING.....	5
1.2 AVGRENSING OG PRESISERING.....	6
1.3 HENSIKTEN.....	6
<b>2.0 BEGREPSMESSIG RAMMEVERK.....</b>	<b>7</b>
2.1 SYKEPLEIETEORETISK.....	7
2.2 SYKEPLEIEFAGLIG.....	8
2.3 HVA ER BRYSTKREFT?.....	8
2.4 BEHANDLING.....	8
2.5 SELVBILDE.....	9
2.6 SOSIAL STØTTE.....	10
2.7 INFORMASJON.....	11
2.8 KOMMUNIKASJON OG RELASJONER.....	11
2.9 SYKEPLEIERS ROLLE.....	11
<b>3.0 METODE.....</b>	<b>13</b>
3.1 KVALITATIVE OG KVANTITATIVE.....	13
3.2 LITTERATURSTUDIE.....	13
3.3 FREMGANGSMÅTE.....	13
3.4 KILDEKRITIKK.....	15
3.5 FORSKNINGS ETIKK.....	16
<b>4.0 RESULTAT.....</b>	<b>17</b>
4.1 FUNN I VALGT FORSKNING.....	18
<b>5.0 HVORDAN KAN SYKEPLEIER HJELPE UNGE BRYSTKREFT OPERERTE KVINNER MED Å OPPRETTHOLDE ET GODT SELVBILDE?.....</b>	<b>19</b>
5.1 EMOSJONELL STØTTE.....	19
5.2 INFORMASJON.....	23
<b>6.0 AVSLUTNING.....</b>	<b>28</b>
<b>7.0 REFERANSER.....</b>	<b>29</b>
<b>8.0 VEDLEGG.....</b>	<b>32</b>
8.1 TABELL – CINAHL.....	32
8.2 SJEKKLISTE.....	33

## 1.0 innledning.

Cancer mammae (brystkreft) er den hyppigste formen for kreft hos kvinner, både nasjonalt og internasjonalt. Årlig i Norge oppdages det ca. 2800 nye tilfeller av denne sykdommen. 5,6 % av de nye tilfellene, rammer unge kvinner under 40 år (Sørensen og Almås, 2010, s. 439). I følge Sørensen og Almås er en sykepleiers møte med den rammede kvinnen i sykehuset ofte korte, siden behandlingen ofte gjøres dagkirurgisk, eller ved at kvinnen blir inneliggende bare et døgn til noen få dager. Utfordringen til sykepleier blir da å sørge for å vise kvinnen at hun blir sett, og å forberede henne på livet etter behandlingen i løpet av den korte tiden på sykehuset. Å få en kreftdiagnose i seg selv kan være svært traumatiserende og det i tillegg risikere å miste brystet kan ramme kvinnen dobbelt opp. Sørensen og Almås sier at å få en kreftdiagnose representerer et psykisk traume og utløser de samme stressreaksjonene som er beskrevet etter ulykker og katastrofer. Pasienten vil gå gjennom en krisereaksjon med en sjokkfase, en reaksjonsfase og en nyorienteringsfase. Lengden på fasene vil variere, og kvinnen kan gå frem og tilbake mellom fasene. Sørensen og Almås skriver videre at kvinner som rammes av denne kreftformen, rammes dobbelt psykologisk, dels på grunn av usikkerheten om spredning, lidelse og død, og dels ved problematikken rundt utseende og kvinnelighet. Brystkreft påvirker ikke bare kvinnens atferd, men den kan også påvirke ekteskapelige, familiære og sosiale relasjoner, funksjonen hjemme og/eller på arbeid (Sørensen & Almås, 2010, s. 439-440).

Jeg har ingen erfaring med brystkreftrammede kvinner. Som nevnt ovenfor, er brystkreft den kreftformen som rammer flest kvinner og er derfor mye av grunnen til at jeg har lyst å skrive om dette. Spesielt om hvordan dette kan påvirke selvbildet etter en mastektomi. Disse kvinnene mister en kroppsdel som visualiserer mye, blant annet feminitet. Som en ung kvinne selv, kan jeg relatere til det behovet for å føle feminitet og kan forstå hvordan det kan påvirke selvbildet.

## 1.1 Problemstilling.

Hvordan kan sykepleier hjelpe unge brystkreft opererte kvinner med å opprettholde et godt selvbilde?

## 1.2 Avgrensning og presisering.

Jeg valgt å skrive om de 5.6 % av de unge kvinnene som blir rammet av sykdommen og hvordan sykepleier kan hjelpe disse kvinnene i den tøffe perioden. Jeg har valgt å fokusere på kvinner som har fjernet brystet, hvor sykepleiefokuset vil være hvordan sykepleier kan hjelpe dem med å opprettholde selvbildet. Oppgaven avgrenses til unge kvinner i alderen fra 20 til 40 år som har gått gjennom en fullstendig mastektomi og som er innlagt på sykehus ved en kirurgisk avdeling. Jeg vil ha fokus på emosjonell støtte, informasjon, kommunikasjon og relasjoner til kvinnene slik at de kan opprettholde et godt/bedret selvbilde.

Kroppsbildet er et viktig aspekt ved selvbilde og en viktig del av identiteten til et menneske (Renolen, 2008, s. 121-122). Jeg velger å bruke begrepene kroppsbilde og selvbilde om hverandre fordi jeg syns at et godt kroppsbilde vil påvirke selvbildet og motsatt.

## 1.3 Hensikten.

Hensikten med oppgaven er å belyse temaet brystkreft hos unge kvinner og hvilke konsekvenser det har for selvbildet og kroppsbildet når en mister et bryst. Å miste brystet kan bety for mange at de ikke lenger opplever seg selv som en fullverdig kvinne (Sørensen & Almås, 2010, s. 448). På bakgrunn av dette tror jeg denne kunnskapen er viktig ut fra et samfunnsperspektiv med tanke på ulike holdninger i vårt samfunn. Sørensen og Almås skriver at i vår kultur betraktes brystene som en viktig del av kvinnens seksuelle identitet (Sørensen og Almås, 2010, s. 448). Jeg ønsker å belyse hvordan sykepleier har en viktig rolle i møtet med den rammede kvinnen og hva sykepleier kan gjøre for å opprettholde selvbildet.

## 2.0 Begrepsmessig rammeverk.

### 2.1 Sykepleieteoretisk.

Jeg valgte Joyce Travelbee som sykepleieteoretiker med det grunnlag at hun skriver om menneske-til-menneske forhold som et virkemiddel som gjør det mulig å oppfylle sykepleiens mål og hensikt til å hjelpe et individ med å forebygge eller mestre sykdom og Joyce Travelbeelidelse, samt å finne mening. Travelbee skriver også om viktigheten av å fremme identitet til pasienten (Travelbee, 1999, s. 171).

Travelbees definisjon på sykepleie lyder som følger( Travelbee, 1999, s. 29):

Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene.

I følge Travelbee er menneske-til-menneske-forhold i sykepleiesituasjonen et virkemiddel som gjør det mulig å oppfylle sykepleiens mål og hensikt, altså å hjelpe et individ (eller en familie) med å forebygge eller mestre sykdom og lidelse med å finne mening i disse erfaringene. All kontakt en har for pasienten, kan være et skritt på veien mot dette forholdet. Det gjelder spesielt hvis en ved vært møte går bevisst inn for å lære pasienten å kjenne, og å finne frem til og ivareta behovene hans. Dette forholdet kommet ikke av seg selv, det bygges opp dag for dag mens sykepleier samhandler med pasienten. Dette innebærer at sykepleier må vite hva hun gjør, tenker, føler og erfarer. Sykepleier må strukturere sykepleie tiltak i full bevissthet om hva hun gjør, og utnytte fullt ut all tilgjengelig innsikt og kunnskap (Travelbee, 1999, s. 171-172).

Videre skriver Travelbee om viktigheten av å fremme identitet. Denne fasen karakteriseres som evnen til å verdsette den andre som et unikt individ, sammen med evnen til å etablere tilknytning til hverandre. Dette krever til en viss grad evnen til å overskride selvet for å "se" og oppfatte den andre, samt som en bruker seg selv som et instrument for å få det til. Sykepleier og pasient begynner å knytte seg til hverandre og oppfatter hverandre mer som individer og mindre som kategorier. Sykepleier starter å fange opp hvordan "pasient" som individ føler, tenker og oppfatter situasjonen og pasienten begynner å oppfatte sykepleier som et individ og ikke en personifikasjon av "alle sykepleiere". I neste fase vil forholdet være i en mellomfase som legger grunnlaget for empati, og som utdyper prosessen mot gjensidig forståelse (Travelbee, 1999, s. 188-189).

Travelbee beskriver empati som en erfaring som finner sted mellom to eller flere mennesker. Det er evnen til å leve seg inn i eller ta del i og forstå den andres psykiske tilstand. Dette er en prosess der den enkelte er i stand til å se forbi ytre atferd og fornemme den andres indre opplevelse. Det vil si at en tar del i den andres sinnstilstand, men ikke at en tenker og føler det samme som den andre. Å ha empati for noen er å ”ta del”, men og stå utenfor. Videre skriver Travelbee at å føle empati er å knytte seg til den andre og oppleve nærhet, men uten å gå opp i den andre. Empati er en opplevelse av forståelse. Hver av partene erkjenner at noe er meningsfylt som formidles; de vet at de har en kontakt med hverandre (Travelbee, 1999, s. 193).

## **2.2 Sykepleiefaglig.**

I denne oppgaven skal det sykepleiefaglige perspektivet inneholde teori om brystkreft, behandling og hvordan dette oppleves for de rammede kvinnene. Oppgaven vil også inneholde teori om sykepleiers rolle, informasjon, emosjonell støtte, selvbylde, kommunikasjon og relasjoner.

## **2.3 Hva er brystkreft?.**

Brystkreft (cancer mammae) er kreft i brystkjertelens melkeganger eller melkekjertler. Årsakene til brystkreft er sammensatte, og både genetiske forhold og livsstil kan være en faktor. En stor del av økningen av brystkreft de senere årene kan forklares med livsstil, spesielt med tanke på reproduktive forhold, alkohol og vektøkning. Ved en klinisk undersøkelse kan ny oppstått asymmetri av brystene eller ensidig inndratt brystknopp være et suspekt funn. Andre symptomer er hudforandringer som rødhet, eksem, appelsinhud og hudinndragning. Blodig sekresjon fra brystknoppen kan også være et symptom. Unge kvinner har ofte mer aggressive tumorer enn eldre. Samtidig som de oftere er større og har spredning til lymfeknuter ved diagnostidspunktet og det er ofte kvinnen selv som oppdager kulen (Schlichting, 2011, s. 434-435).

## **2.4 Behandling.**

Det finnes flere behandlingsalternativer for brystkreft, men operasjon er den primære og viktigste behandlingen. Denne operasjonen kalles en mastektomi og vil si at de fjerner hele brystet eller at de fjerner deler av brystet. Ved en brystbevarende operasjon fjerner de selve



tumoren og må eventuelt fortsette med strålebehandling, men kvinnen får beholde brystet. Kvinnen informeres også om at det kosmetiske inngrepet ikke alltid er like godt. Ved fjerning av hele brystet fjernes hele brystkjertelen og operasjonen kalles mastektomi. Ca 45 % av alle kvinner som opereres for brystkreft, fjerner hele brystet. Noen kvinner ønsker også å fjerne brystet for å unngå strålebehandling og redusere angsten for tilbakefall. Hos unge kvinner under 40 anbefales det ofte å fjerne hele brystkjertelen fordi lokale residiv hos denne pasientgruppen oftere er forbundet med samtidige fjernmetastaser (Schlichting, 2011, s. 436-437).

Etterbehandling kreves ofte ved brystkreft, og hvilken behandling som er aktuell for pasientene avhenger av ulike faktorer (Sørensen & Almås, 2010, s. 446).

De aktuelle behandlingsmetodene er strålebehandling, cytostatika behandling, endokrin behandling og antistoffbehandling. *Strålebehandling* har som mål å få kontroll over kreften, med økt overlevelse og gis til alle som har utført en brystbevarende operasjon og de som har spredning. *Cytostatika behandling* gis uavhengig av operasjonsmetode til de fleste kvinner med brystkreft under 55 år. Vurdering av hvem som skal få behandlingen, gjøres på bakgrunn av karakteristika ved tumoren. *Endokrin behandling* kan gi en antitumoral virkning på grunn av at vekst av tumorceller styres av mange hormoner. De fleste pasientene med brystkreft har tumorer med varierende grad innhold av reseptorer for østrogen. Antistoffbehandling skal gis til alle kvinner som får påvist mye tumormarkøren her-2 i tumoren med antistoffet trastuzumab. Dette antistoffet binder seg til spesielle reseptorer på kreftcellens overflate (Schlichting, 2011, s. 438-439).

I den postoperative fasen er målet for sykepleien å hjelpe pasientene å gjenvinne kontroll over eget liv, slik at hun kan mestre tiden etter operasjon på best mulig måte ( Sørensen & Almås, 2010, s. 446-447).

## 2.5 Selvbilde.

Selvbilde er en evaluering av oss selv og kan være overveiende negativt eller positivt. Kroppsbilde er også et viktig aspekt ved selvbilde og en viktig del av identiteten til et menneske (Renolen, 2008, s. 121-122).

Renolen sier at i forbindelse med sykdom opplever mange pasienter at det skjer noe med kroppen, både med hensyn til utseende og funksjon. Et eksempel på dette kan være

brystkreft, som ved kirurgisk behandling medfører helt eller delvis fjerning av brystet. Brystene er en betydningsfull og synlig del av kvinnekroppen, og de symboliserer kvinnelighet, seksualitet og moderlighet. De fleste opplever det vanskelig å vise seg naken offentlig f. eks i svømmehaller, og flere syns også det er vanskelig overfor den nærmeste i familien. Renolen henviser til Price (1990) som sier at kroppsbildet blir forstyrret når en kvinne fjerner ett eller begge bryst på grunn av kreft (Renolen, 2008, s. 126).

Andre faktorer som kan påvirke kvinnens selvbylde og kroppsbilde er hårtapet som følge av etterbehandling med cytostatika. Lorentzen og Grov skriver at på grunn av at hårceller er i en hurtig celledeling, og fordi at cytostatika behandlingen virker systemisk, mister pasienten alt kroppshår, inklusiv håret på hode, kjønnsår, øyenbryn og øyenvipper. For mange pasienter er det ubehagelig at håret faller av i store doser. Tap av øyenvipper og øyenbryn vil gi pasienten endring i utseende. Dette kan virke negativt inn på kroppsbilde og selvbylde. Hårtapet kan også oppleves som en påminning av sykdommen, samt også en trussel. Det kan være av stor betydning at en forstår verdien av den tapte kroppsdelen og hvilken verdi den har hver enkelt. Det er viktig at sykepleier kommunisere både verbalt og nonverbalt. For å hindre at pasientens selvbylde blir krenket er det viktig at sykepleier signaliserer en aksept av kroppsförändringen etter operasjonen (Lorentzen & Grov, 2010, s. 406, 415).

## **2.6 Sosial støtte.**

Renolen skriver at sosial støtte har to innfallsvinkler, den objektive tilgjengelige støtten som f. eks familie, venner eller andre gir, og personens opplevelse av støtten. Gjennom hele livet trengte vi andre å støtte oss til, kanskje enda mer når vi blir syke eller utsettes for store påkjenninger. For den som er i en vanskelig situasjon vil sosial støtte være viktigst.

En kan ha mange personer i sitt sosiale nettverk, men det er ikke alle som oppfattes som sosial støtte. Det er kjent at en kan oppleve at deler av nettverket trekker seg unna ved motgang. Den sosiale støtten må oppleves som riktig der og da. Støtten kan være godt ment, men personen kan oppfatte den som lite relevant. Vurderingsstøtte er støtte som bidrar til å se situasjonen fra en annen synsvinkel. Det kan være av egen atferd eller at en får hjelp til å løse problem. Emosjonell støtte er det å motta sympati, aksept og verdsettelse noe som gjør at en styrker følelsen av å være elsket eller opplevelsen av å tilhøre. Noen kan slite med å be om hjelp og å ta i mot hjelp (Renolen, 2008, s. 154-155).

## 2.7 Informasjon.

I følge Nortvedt er det å informere om sykdom, behandling og pleie er en viktig og utfordrende oppgave for sykepleie og leger. En kan ikke snakke om pasientautonomi om pasienten ikke er tilstrekkelig informert, eller ikke har bearbeidet og forstått den informasjonen pasienten har mottatt. På grunn av dette er informasjon en rettighet som står nedfelt i pasientrettighetsloven, en rettighet som samtidig medfører til tilsvarende forpliktelse for helsearbeideren til å gi en tilpasset og god informasjon. Informasjon reiser utfordringer til pasientmedvirkning og kommunikasjon, og krever erfaring, og faglig innsikt, kommunikative og empatiske egenskaper samt gode rutiner. Nortvedt henviser til Almås et al. (2010) som sier at informasjon er viktig for styrke tilfredsstillelse hos pasienten, redusere stress i sammenheng med kirurgi, og det er også en forutsetning for at pasienten kan medvirke i behandling og sykepleier (Nortvedt, 2012, s. 136).

## 2.8 Kommunikasjon og relasjoner.

I følge Eide og Eide kan kommunikasjon defineres som utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter. I det dagligdagse språket brukes begrepet om en rekke fenomener, fra personlige fenomener, fra personlige samtaler med en eller flere personer til chatting på internett. Relasjon er et begrep som egentlig betegner det at én gjenstand står i forbindelse med en annen. I det daglige brukes begrepet relasjon om forhold, kontakt eller forbindelse mellom personer. Her brukes dette begrepet om den enkeltes hjelpers forholdt til pårørende, kolleger, pasienter og samfunnet (Eide & Eide, 2007, s. 17).

Hildegard Peplau var den første sykepleieren som beskrev det psykodynamiske aspektet ved sykepleier-pasient-forholdet fra et sykepleieperspektiv, inspirert av psykoanalytisk tenking. Peplau ser på sykepleie som en terapeutisk, mellommenneskelig prosess. Målet med prosessen er å fremme helse og utvikling av personligheten i retning av et konstruktivt, kreativt og produktivt liv, både sosialt og personlighet. Hovedpoenget til Peplau er at utviklingen av relasjonen mellom pasient og sykepleier er sentralt for det terapeutiske utbyttet av sykepleien (Eide & Eide, 2007, s. 130).

## 2.9 Sykepleiers rolle.

Det er sykepleierens rolle å møte kvinnenes behov og samtidig ivareta disse på en omsorgsfull måte. Alvsvåg (2010, s. 418) skriver at omsorg dreier seg både om de konkrete

handlingene som blir utført, og måten de blir utført på. Pasientene er avhengige av personell i helsevesenet som kan utføre de riktige handlingene på en rett og god måte.

En sykepleiers rolle til den krefttrammede er å støtte pasienten. Lorentzen og Grov skriver at en sykepleier må forsøke å gjøre situasjonen så lett som mulig å bære akkurat der og da. Dette kan gjøres i stor grad gjennom blick, håndtrykk, stemmens varhet og oppmerksomhet. Sykepleiers nærvær vil vise pasienten at en er tilgjengelig, noe som kan føre til at pasienten føler seg både sett og bekreftet som et individ (Lorentsen & Grov, 2010, s. 410). Sørensen og Almås skriver at målet i den post-operative pleien er å hjelpe pasienten til å gjenvinne kontroll over sitt eget liv. Kvinnen trenger konkret informasjon om sykdommen, evt. komplikasjoner og bivirkninger til behandlingen, og om den videre oppfølgingen (Sørensen og Almås, 2010, s. 446).

### **3.0 Metode.**

Metoden som blir lagt vekt på i denne oppgaven er litteraturstudie. Dalland skriver at metoden forteller noe om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Dalland henviser til Vilhelm Aubert som beskriver metode som en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Videre skriver Dalland at metode er et redskap en bruker for å undersøker noe, altså det hjelper oss til å samle inn data, det vil si den informasjonen vi trenger til undersøkelsen vår (Dalland, 2012, s. 111-112).

### **3.1 Kvalitative og kvantitative**

Kvantitative og kvalitative metoder er de vanligste metodene som blir brukt. De kvantitative metodene gir data i form av målbare enheter. De kvalitative metodene brukes for å fange opp opplevelse og meninger som ikke lar seg måle eller tallfeste (Dalland, 2012, s. 112).

### **3.2 Litteraturstudie.**

Forsberg og Wengström beskriver litteraturstudie med at den har et klart formulert spørsmål som besvares systematisk gjennom relevant forskning. Litteraturstudien fokuserer på aktuell forskning innen det aktuelle temaet og skal deretter skrive hvordan funnene kan få følger for praksis. En systematisk litteraturstudie blir brukt for danne et godt grunnlag for å vurdere en problemstilling. Det innebærer å søke systematisk etter studier, granske forskning på en kritisk måte og deretter sammensette litteraturen innen det valgte temaet (Forsberg & Wengström, 2013, s. 27, 28, 34).

### **3.3 Fremgangsmåte.**

Tema var bestemt på forhånd før jeg begynte på søkeprosessen. Problemstillingen var ikke helt bestemt, men begynte å ta form etter hvert som søkeprosessen fortsatte. Jeg brukte relevante søkeord i forskjellige databaser for å finne forskning som var relevant for besvarelse av min problemstilling. En del artikler inneholdt forskning på selvbilde til kvinner som har gått gjennom en brystoperasjon og de artiklene jeg har valgt belyser temaet og sykepleie til rammede kvinner. På de samme søkeordene jeg brukte fant jeg også forskning som ikke var like relevant som omhandlet mer om brystkonstruksjon, håp og livskvalitet. Dette er ikke like relevant for min problemstilling siden min oppgave handler mer om tapet av brystet og dens innvirkning på selvbildet.

Kriteriene for artiklene jeg har valgt er at innholdet skal være om omsorgsfull sykepleie, følelsene rundt selvbilde og kroppsbilde og om hva de rammede kvinnene ønsker i møte med sykepleier. Jeg har ikke brukt avgrensinger med tanke på årstall og geografi, på bakgrunn av at oppgaven omhandler kvinners følelser rundt det å ha brystkreft. Tap av bryst og dens innvirkning på selvet vil jeg tro er det samme uansett og jeg vil også tro at det ikke har noe å si om hvor kvinnene befinner seg.

Opgavens forskningsartikler er funnet i databasene CINAHL og er hentet fra biblioteket sine sider. Denne databasen er enkel og oversiktlig å bruke, samt også er å foretrekke. Har også brukt andre databaser for å søke etter litteratur, men CINAHL er den databasen jeg har funnet mest relevant forskning for min problemstilling. I det første søket mitt brukte jeg ordene *breast cancer*, *hospital*, *nursing* og *radical mastectomy* jeg fant min første artikkel: ”effectiveness of informational and emotional consultation on the psychological impact on women with breast cancer who underwent modified radical mastectomy”. Hovedfunnene i denne artikkelen viser til at kvinnene i studien har et behov for tilstrekkelig og tilpasset informasjon, samt også emosjonell støtte. Fant ikke teksten i full Pdf-fil, men bestilte den via oria. Artikkelen er veldig relevant for min problemstilling.

Videre brukte jeg søkeordene *breast cancer*, *younger women* og *impact on life*. I dette søket fant jeg min andre artikkel: ”Holding it all together: breast cancer and its impact on life for younger women”. Funnene i denne artikkelen viser at kvinnene følte selvbildet ble bedre med god støtte og deltakelse fra familien.

Jeg endret søkeordene mine til *Nurses perception*, *patients* og *breast surgery*. Hvor jeg fant: ”Nurses’ perceptions of patients’ feelings about breast surgery”. Hvor funnene viste at sykepleierne følte de måtte være talspersonen for kvinnene da de hadde lite kunnskap på området og at sykepleierne selv syntes de hadde for lite kunnskap til å gi god informasjon.

Jeg endret søkeordene min igjen og valgte da å bruke *Nursing*, *stress*, *women*, *primary treatment* og *breast cancer*. Jeg fant enda en god relevant artikkel: ”Stress and nursing care needs of women with breast cancer during primary treatment, a qualitative study”. Hvor resultatene viser at sykepleierne må være bevisst på pasientens opplevelse og behov for å kunne gi god omsorg og støtte.

### 3.4 Kildekritikk.

I følge Dalland er kildekritikk de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann. Det innebærer å vurdere og karakterisere de kildene som er brukt. Ved kildekritikk er det to sider. Den første handler om hjelp til å finne frem til den litteraturen som på best mulig måte belyser problemstillingen, det vil si det vi kaller for kildesøking eller litteratursøking. Den andre siden handler om å gjøre rede for den litteraturen en har valgt å bruke i oppgaven (Dalland, 2012, s. 67-68).

Når jeg har valgt forsknings artikler har jeg brukt sjekklister som er hentet fra kunnskapssenteret.no (se vedlegg), for sjekke om artikkelen er god. Det blir brukt forskjellige sjekklister etter hvilke metode som er brukt. Sjekklisten danner grunnlaget for den kritiske vurderingen som blir foretatt av artiklene, men vil ikke bli fylt ut direkte i oppgaven.

Den kvalitative studien skrevet av Coyne og Borbasi (2006-2007) blir sett på som en artikkel av god kvalitet da den oppfyller sjekklstens kriterier. Følelser og meninger til kvinnene i denne studien kommer godt frem, og den har et tydelig mål. Studien er også relevant for sykepleiefaget da den tar opp viktige faktorer som sykepleier bør ha med seg i møte med brystkreftammede kvinner. Studien er godkjent av *University of Southern Queensland Human Research Etichs Commite*

Studien skrevet av Hsu, Wang, Chu og Yen (2010) er en god artikkel med et tydelig mål. Resultatene og tiltakene var tydelige og klare. Artikkelen er en kvantitativ studie. Det står ingenting om at den er etisk godkjent, men har blitt godkjent av *institutional review board of the Kaohsiung Medical University*.

Studien skrevet av Remmers, Holtgräwe og Pinkert (2010) fyller sjekklstens kriterier. Etter har gått gjennom artikkelen tolker jeg den som en god og relevant artikkel for min problemstilling. Studien tar opp viktige tema som f. eks at sykepleiere kan støtte kvinner ved å lytte, akseptere deres følelser og informere dem i detalj. Artikkelen er en kvalitativ studie. Etikk komiteen ved *University of Osnabrûck* undersøkte og godkjente prosjektet.

Studien skrevet av Crockford, Holloway og Walker (1993) er en gammel artikkel, men god av kvalitet. Syns dette er en god artikkel som også er relevant for min problemstilling.

Studiens funn viser til at sykepleierne følte de måtte være tals- personer for kvinnene i studien fordi de hadde lite kunnskap på området og sykepleierne syntes selv de hadde for lite kunnskap på området. Dette er en kvalitativ studie.

### **3.5 Forsknings etikk.**

Dalland (2012, s. 96) sier at etikken handler om normer for riktig og god oppførsel. Når en står ovenfor vanskelige valg i livet, skal etikken gi oss veiledning og grunnlag for vurderinger før vi handler. I min bacheloroppgave skal jeg ikke behandle sensitive data, siden dette er allerede gjort i litteraturen jeg bruker. Jeg skal allikevel være kritisk til valg av litteratur, innhente riktige opplysninger og henviser riktig for å unngå plagiat.



## 4.0 Resultat.

Coyne og Borbasi (2006-2007): "Holding it all together: breast cancer and its impact on life for younger women". Dette er en kvalitativ studie med dybdeintervjuer som har gitt verdifull innsikt i de levde erfaringer av seks unge Queensland kvinner som lever med brystkreft.

Denne studien presenterer data med et særlig fokus på unge kvinner og effekten det har på deres sosiale situasjon og deres familie. De unge kvinnene i denne studien opplevde en diagnose av brystkreft traumatisk, og dette ble forsterket da de forsøkte å forstå hvorfor de i så ung alder fikk kreft. Kvinnene i denne studien følte at det var urettferdig at brystkreftbehandlingen skulle ta fra dem valg i livet, og mange følte de mistet den feministiske siden av seg selv, da de ikke hadde to bryst og ikke var fertile ettersom de kom i overgangsalderen. Frykt og bekymring rundt sin familie er uttalt hos yngre kvinner. En økt tilgjengelighet av spesialist sykepleiere vil tillate ytterlig kvalitetstid med kvinnene. Å fortsette med individuell støtte for den unge kvinnen er av stor betydning for å sikre at de tilpasser seg denne endringen i livet.

Hsu, Wang, Chu og Yen (2010): "Effectivness of informational and emotional consultation on the psychological impact on women with breast cancer who underwent modified radical mastectomy". Hensikten med studien var å finne ut om hvordan god informasjon og emosjonell støtte fra sykepleiere kan hjelpe kvinner som må gå gjennom en mastektomi. Denne studien handler om å redusere engstelse, emosjonelt stress og negativt selvbilde gjennom tilstrekkelig informasjon og emosjonell støtte hos de rammede kvinnene som gjennomgår en mastektomi. Metoden som blir brukt i denne studien er kvantitativ hvor 63 kvinner deltar. Studien viser at kvinner som gjennomfører denne operasjonen lider av mer emosjonelle forstyrrelser, grunnet at selvbildet er verre etter operasjonen. Funnene viser at kvinner som går gjennom operasjonen har et behov for tilstrekkelig og tilpasset informasjon og emosjonell støtte og at det er sykepleiers ansvar å være oppmerksom på hver enkeltes behov for å redusere engstelsen og fremme et godt selvbilde.

Remmers, Holtgräwe og Pinkert (2010): "Stress and nursing care need of women with breast cancer during primary treatment: A qualitative study". Hensikten med studien var å finne ut hvilke spesifikke faktorer som påvirker kvinner under primær behandlingen. Hvilke behov og forventninger kvinnene hadde til sykepleierne. Dette er en kvalitativ forskningsstudie hvor det ble brukt dybdeintervjuer som metode. 42 kvinner deltok i studien. Noen hadde tatt brystbevarende operasjon og andre hadde fjernet hele brystet. Funnene viser at sykepleiere må være bevisst på kvinnenenes opplevelse og behov for å kunne gi god omsorg og støtte. De

ønsket å bli behandlet individuelt og bli akseptert slik de velger å håndtere situasjonen sin. Det kommer tydelig frem at sykepleiere må skape en god relasjon og kommunikasjon.

Crockford, Holloway og Walker (1993): "Nurses' perception of patients' feelings about breast cancer surgery". Hensikten med denne studien var å få innsikt i sykepleieres opplevelse i møtet med brystkreft rammede kvinner og hvilke behov disse kvinnene hadde i sammenheng med kirurgi. Dette er en kvalitativ studie hvor det ble lagt vekt på perspektivet fra deltakerne for å samla data gjennom intervju. 8 kvinnelige sykepleiere på en kirurgisk avdeling deltok. De ble intervjuet av dybde og ustrukturert intervju. Bakgrunnen for dette var for å få en bedre forståelse for hvordan sykepleierne faktisk tenkte og følte. Funnene viste at sykepleierne opplevde brystoperasjon som svært stressende og traumatisk for kvinnene. Sykepleierne følte også at de måtte være talspersoner for pasientene da de hadde lite kunnskap på området og følte selv at de hadde for lite kunnskap til å gi god informasjon. Det kommer tydelig frem at sykepleierne savnet et nærvær av spesialsykepleiere.

#### **4.1 Funn i valgt forskning.**

Hovedfunnene i artiklene kommer frem til at de rammede kvinnene lider av frykt og stress. De føler de mister den feminine siden av seg selv når de har mistet brystet og at selvbildet er tydelig forverret. Sykepleierne opplever at tap av brystet har den konsekvens at selvbildet til kvinnene blir truet. Studiene viser også til at det er viktig at sykepleier ser kvinnen, skaper gode relasjoner og er bevist på hver enkeltes behov. Å gi tilstrekkelig informasjon og støtte kan gi en bedring i selvbildet. Tilstrekkelig informasjon var blant annet noe som kunne redusere lavt selvbilde. I en annen studie uttrykker sykepleiere et savn av spesialsykepleiers tilstedeværelse og at det var kunnskaps mangel hos både sykepleiere og pasienter.

## 5.0 Hvordan kan sykepleier hjelpe unge brystkreft opererte kvinner med å opprettholde et godt selvbylde?

I innledningen ble det fortalt at det oppdages ca. 2800 nye tilfeller av brystkreft årlig i Norge og at 5,6 % av disse kvinnene er under 40 år (Sørensen & Almås, 2010, s. 439). Tap av bryst oppleves forskjellig og er avhengig av hvor mye som er fjernet, hvor stor betydning brystet har for kvinnen og hvordan hun selv tolker sykdommen. (Renolen, 2008, s. 126). Disse kvinnene har mistet en kroppsdel som forteller mye og som blant annet visualiserer feminitet. I denne delen av oppgaven vil jeg komme frem til hva sykepleier kan gjøre for å opprettholde selvbylde hos unge kvinner som har gjennomført mastektomi på en kirurgisk avdeling.

### 5.1 Emosjonell støtte.

Resultatet i studien til Remmers, Holgräwe og Pinkert (2010) viser at sykepleiere må være bevisst på opplevelsene og behovene til pasientene for å kunne gi god omsorg og støtte. Kvinnene i studien ønsket å bli behandlet individuelt og bli akseptert slik de håndterte situasjonen. Det kommer frem i studien at sykepleiere må skape en god relasjon og kommunikasjon med kvinnen for å kunne gi god omsorg og støtte.

I det første møtet med kvinnen er hun kanskje sårbar og det er derfor viktig at sykepleier ser pasienten bak diagnosen, lytter og prater med henne. Brystopererte kvinner påvirker ikke bare det fysiske, det har også en negativ innvirkning på det følelsesmessige, psykologiske og det sosiale (Heidari & Ghodusi, 2015). Dette kan være av stor betydning for kvinnen og hun vil få en følelse av å bli ivaretatt. Kvinnene i Remmers et al. (2010) sin studie hadde et ønske om å bli behandlet med respekt som et menneske og individ, og at de da ville føle seg adressert personlig med deres behov og ønsker ivaretatt. Med dette ville en sykepleiers støtte bli tilpasset deres individuelle behov. Altså, sykepleiere bør ikke bare være lydhøre for psykologiske krav, men også være klar over psykologiske og følelsesmessige belastninger (Remmers et al., 2010). Som også Hsu, Wang, Chu og Yen (2010) skriver i sin studie at sykepleiere må være oppmerksom på kvinnens emosjonelle status for å hindre angst og redsel.

En sykepleier kan også ha en del informasjon om pasienten som f. Eks alder, diagnose og region, men dette er ikke det samme som å kjenne pasienten. Ved å bli kjent med pasienten

kan det bli lettere å sørge for at pasientens individuelle behov blir ivaretatt. Travelbee (1999, s. 141) skriver at om sykepleier skal kunne hjelpe hver enkelt av de syke til å mestre lidelse og sykdom, må hun oppleve og respondere på det unike ved hver enkelt. Remmers et al. (2010) sier at kilden til god emosjonell støtte av sykepleiere er å vite pasientens spesifikke situasjon og behov. Sykepleiere er bare i stand til å gi denne støtten om de har tilstrekkelig informasjon om belastninger og behov for pasientene. Travelbee (1999, s. 141) skriver at sykepleiere som kjenner pasientene som individer, vil mye lettere oppdage ikke bare innlysende forandringer i den enkeltes tilstand, men også subtile forandringer som kan oppstå. Lorentzen og Grov (2010, s. 410) skriver at om sykepleier lytter til pasientens livshistorie, får den syke muligheten til å uttrykke tanker og følelser og på den måten bearbeide den krisen han er i. Det er en sykepleiers ansvar er å se hver enkelt kvinne, og ivareta de individuelle behovene (Sørensen & Almås, 2010, s. 446-448). På en annen side er brystkreft den kreftformen som rammer mest kvinner og sykepleier vil møte på mange av disse kvinnene (Schlichting, 2011, s. 434-435). På en kirurgisk avdeling er det ofte til tider veldig travelt, noe som kan gjøre det vanskelig for sykepleier å ta seg tid til hver enkelt, noe som kan gjøre det enda vanskeligere i det å bli kjent med hver enkelt og ivareta de individuelle behov. I en hektisk hverdag på en kirurgisk avdeling hvor det er stor trafikk av pasienter kan det være vanskelig å møte alle behov og noen pasienter vil kanskje ikke få den oppmerksomheten behovene tilsier. Dette trenger ikke å bety at kvinnene har det verre enn andre kvinner som får mer oppmerksomhet, men at de som får mer oppmerksomhet kan få et bedre behandlingsforløp også i tiden etter med tanke på å opprettholde et godt selvbilde. Lorentzen og Grov (2010, s. 410) sier at sykepleiere i en travel hverdag setter seg ned i noen minutter og spør hvordan de har det, uttrykker pasientene som betydningsfull. På en annen side, om sykepleier vet det er travelt, kan en allikevel vise at kvinnen blir sett. Det handler om å bruke den tiden en har til rådighet godt. En trenger heller ikke å "henge" over pasienten. Det kan hende at kvinnen kanskje trenger litt tid alene for å ta innover seg sin situasjon.

I henhold til Remmers et al. (2010) skal sykepleier, i møte med pasient, ha evnen til å forstå hvordan pasienten har det der og da. Vite om man burde gjøre noe, eller la være å ikke "plage/bry" pasienten med masse spørsmål og tilbud. Allikevel vil det å skape en god relasjon og kommunikasjon med pasienten være av stor betydning for å kunne støtte kvinnen videre. I studien til Hsu et al. (2010) kom det frem at god relasjon mellom pasienten og sykepleier var en faktor som var av stor betydning med tanke på selvbilde. På sikt hadde de det bedre emosjonelt samt også et bedre selvbilde enn de som fikk

rutinemessig sykepleie. Rutinemessig sykepleie vil si å ivareta grunnleggende behov, informasjon og rehabilitering av arm og skulderledd (Sørensen & Almås, 2010, s. 446-448). I følge studien Remmers et al. (2010) er ferdigheter i å skape god relasjon og kommunikasjon er fremfor alt avgjørende. Sykepleier må sørge for at kvinnen blir ivaretatt for å få en god start og skape en god relasjon. Om disse kvinnene får en god relasjon til sykepleier som videre fører til en mer individualisert omsorg og støtte, vil kanskje kvinnen være mer ”klar” for å seg selv for første gang etter operasjonen.

Kvinnen kan ha mange tanker rundt liv og død, fremtiden, evt. tap av bryst osv. Alt vil være uvisst og kvinnen er i en krise og i en sjokktilstand. Reitan beskriver krisen som den psykiske reaksjonen som mennesker opplever når vanlige mestringsstrategier ikke er tilstrekkelig for å finne løsninger i en vanskelig situasjon. De som befinner seg i en krise er preget av sterke følelser som kan få voldsomme uttrykk, enten direkte eller indirekte (Reitan, 2010, s. 72). I tillegg vil kvinnen kanskje oppleve sykdommen som truende med tanke på identitet som igjen kan påvirke selvbildet i en negativ retning. Hsu et al. (2010) sier at kvinner som har gått gjennom en mastektomi har et sterkt behov for emosjonell støtte for å redusere engstelse, lavt selvbilde og emosjonell nød som de slet med etter operasjonen. Emosjonell støtte trenger ikke nødvendigvis formidles gjennom flere ord eller ikke noen ord i det hele tatt. Det kan også formidles gjennom berøring, som f. eks å holde en hånd, noe som også kan skape en trygghet for pasienten. Eide og Eide sier at kroppsberøring kan være en sterkt ladet form for nonverbal kontakt. Undersøkelser blant pasienter viser at enkelte setter stor pris på å bli holdt i og tatt på. Berøring kan føre pasient og sykepleier nærmere hverandre på kortere tid (Eide & Eide, 2007, s. 210). Noe som også kommer frem i studien til Remmers et al. (2010), emosjonell nærhet som å holde en hånd eller en omfavnelse kan formidle en følelse av trygghet. En kan også distrahere pasienten ved å snakke om andre ting. En kan snakke om hverdagslige ting eller bruke humor. Remmers et al. (2010) mener også det er viktig å vite når de tidvis skal distrahere pasienten fra sykdom og relaterte sorger, gjerne gjennom humor og munterhet. Å snakke om det normale dagliglivet kan gjøre at pasienten føler at livet går videre og at deres situasjon ikke skal påvirke hele deres eksistens.

Crockford, holloway og Walker (1993) beskriver brystopererte kvinner som svært sårbare. I følge Reitan (2010, s. 118) vil det i relasjoner mellom pasient og sykepleier alltid være elementer av avhengighet og makt. Den sårbarheten kvinnene opplever kan føre til at hun vil bli avhengig av sykepleier, noe som kan skape makt overfor pasienten. Martinsen (2014, s.

227-228) skriver at som sykepleier har man en maktposisjon ovenfor pasienten fordi pasienten befinner seg i en sårbar situasjon. Videre skriver Martinsen at det er viktig at sykepleier er oppmerksom på denne maktposisjonen og sårbarheten som kan skape en avhengighet av sykepleier skal være en forutsetning for deltakelsen i pasientens lidelse. Som sykepleier kan det forstås som at sårbarheten oppfordrer sykepleier til å ivareta pasienten, altså å gi den emosjonelle støtten kvinnen har behov for. På en annen side skriver også Martinsen at en kan unngå å møte kvinnens sårbarhet (Martinsen, 2014, s. 227-228). Det kan forstås som at sykepleier ikke bruker ”makten” sin på en god måte ved å la vær å møte kvinnenes sårbarhet. Dette kan få konsekvenser for kvinnen og kan gå utover selvbildet. Som Martinsen (2014, s. 227-228) sier kan sykepleier unngå å møte sårbarheten kvinnene opplever, men ut fra studien til Crockford et al. (1993) påpeker de noe annet. Sykepleierne i denne studien ønsket å styrke kvinnen på grunn av denne sårbarheten og vil med dette se kvinnen bak lidelsen. Om kvinnene har mer kunnskap om sin egen situasjon, vil de kanskje oppleve mer kontroll over sitt liv og sykdommen, med dette vil de kunne ta egne valg som kan påvirke selvbildet til det positive. Det handler altså om å være trygg på sine egne meninger og beslutninger. I denne sårbare fasen er det viktig at sykepleier bidrar til å styrke kvinnen, samt også hennes beslutning og meninger, for å opprettholde et sunt og godt selvbilde. Coyne og Borbasi (2006-2007) skriver at å fortsette med den individuelle støtten til den unge kvinnen i denne fasen er viktig for henne etter utskrivning for å sikre at de tilpasser seg denne endringen i livet.

Det første bandasje skiftet kan være veldig tøft for kvinnen og noen vil velger kanskje å ikke se såret første gang bandasjen skiftes på. Kvinnene i studien til Remmers et al. (2010) beskrev det første skiftet som belastende. Konfrontasjonen ble beskrevet som en forferdelig opplevelse. Chen, Liao, Chen, Chan og Chen (2012) påpeker at det er en sammenheng mellom et dårlig selvbilde, alder og mastektomi. Det vektlegges at sykepleier må ha forståelse for hvilken verdi brystet betyr for kvinnen. Brystene visualiserer mye, blant annet feminitet, noe som kan føre til at de ikke lenger føler seg ”hel”. Det kan også hende at hun ikke føler velvære med seg selv. Lorentzen og Grov skriver at det er viktig at sykepleier er bevist på sin egen væremåte og opptrer på en måte som ikke understøttet pasientens følelse av å være frastøtende. Sykepleier må kommunisere med blikket og se kvinnen og med dette signalisere at kroppsendringen er akseptert (Lorentzen & Grov, 2010, s. 415). Ved det første bandasje skiftet er det av stor betydning at sykepleier er med å støtter kvinnen gjennom denne tøffe konfrontasjonen. Det er viktig at sykepleier viser overfor kvinnen at en aksepterer de nye kroppsendringene. Travelbee (1999, s. 199) sier at når vi aksepterer en

annen, gir vi ham lov til å skille seg ut fra oss selv og andre vi har kjent tidligere. Å signalisere denne aksepten kan være av stor betydning og det kan gjøres gjennom kroppsholdning, verbal og- nonverbal kommunikasjon. Ved å ikke se den delen av kvinnen som har gått tapt kan gjøre til at kvinnene opplever mindreverd og bli enda mer sårbare, som videre kan påvirke selvbildet i en negativ retning. På en annen side kan det hende at kvinnen velger å bebreide og fordømme sykepleier. Kvinnen kan klandre sykepleier for tapet av brystet. Om disse følelsene oppstår hos kvinnen er det allikevel viktig at sykepleier velger å støtte kvinnen. Ikke gå fra henne og heller la hun klandre deg.

Ut fra funnene fra studiene kommer det frem hvor stor betydning det har for kvinnene med tilstedeværelse av sykepleieren og hvor viktig det er med gode relasjoner. Noen sykepleiere kan relatere seg til de bekymringene kvinnene har, med dette kan en forstå situasjonen og hjelpe kvinnen til å opprettholde/fremme et godt selvbilde. Crockford et al. (1993) belyser i sin studie at sykepleiere opplevde at en brystoperasjon var svært stressende og traumatisk for kvinnene og at de hadde medfølelse for kvinnene da de relaterte seg til det feministiske problemet de stod ovenfor. Grunnen til dette kan være at både sykepleier og pasient deler en felles forståelse av hva et bryst betyr og dens innvirkning på selvbildet. Med dette kan sykepleier oppleve en dypere forståelse som kanskje kan gjøre det lettere å skape gode relasjoner til kvinnen. Med gode egenskaper i å skape gode relasjoner og kommunikasjon med pasienten, vil en lettere kunne gi den emosjonelle støtten kvinnen trenger som kan fremme et godt selvbildet.

## **5.2 Informasjon.**

I følge Crockford, Holloway og Walker (1993) hadde sykepleierne i studien uttrykt et behov for å informere, råde og støtte brystkreftammede. Sykepleierne opplevde de travle kirurgiske avdelingene som lite tilrettelagt for å kunne ha gode samtaler med kvinner som er i en livsendrende situasjon.

I studien til Hsu et al. (2010) var tilstrekkelig informasjon noe som kunne redusere engstelse, lavt selvbilde og emosjonell nød som de slet med i tiden etter en mastektomi. Reitan (2010, s. 117) sier at for å møte informasjonsbehovet til kvinnene må en ha faktakunnskaper om pasientens sykdom og behandling, samt også teoretiske kunnskaper om kommunikasjon. I studien til Crockford et al. (1993) viser funnene at sykepleierne følte de måtte være talspersonen for kvinnene da de hadde lite kunnskap på området. Sykepleierne

syntes også selv at de hadde for lite kunnskap til å gi god informasjon. Holter og Mekki henviser til kunnskapssenterets definisjon av kunnskapsbasert praksis (Holter & Mekki, 2011, s. 36):

Kunnskapsbasert praksis (KBP) er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov.

Kveseth og Mikkelsen sier at sykepleiehandlinger krever et teoretisk fundament som også er bekreftet av forskning. Tradisjoner og erfaringer er ikke lenger bra nok eller akseptert som grunnlag for beslutninger (Kveseth & Mikkelsen, 2010, s. 338). Sykepleierne i studien til Crockford et al. (1993) var bevisst på sin egen mangel på spesial kunnskap og rådgivningsferdigheter. Det kommer også frem i studien at sykepleierne savnet en tilstedeværelse av spesial sykepleiere. Noe som Coyne og Borbasi (2006-2007) henviser til, en økt tilgjengelighet av spesialsykepleiere vil tillate ekstra kvalitetstid med de yngre kvinnene og gi dem mer tid til å prate om hvordan de skal mestre behandlingen. Crockford et al. (1993) skriver videre at sykepleierne i studien følte også at pasientene burde ha tilgang på spesial sykepleiere som er kunnskapsrike og faglig oppdatert på området. På en annen side vil en tro at med enorme kunnskaper om sykdom og pasient, må en også ha evnen til å sette seg inn i pasientens situasjon. Som også Reitan (2010, s. 117) skriver, for å kunne hjelpe pasienten må en sykepleier ha kunnskaper, men først og fremst evnen til å sette seg inn i situasjonen til pasienten.

De første post-operative dagene til pasienten kan være tøffe. Kvinnene har mistet en kroppsdel som visualiserer så mye. Sørensen og Almås (2010, s. 446-448) skriver at hvis sykepleier forbereder kvinnen med å informere om tiden etter operasjonen, om kroppsendringer og hvilke følelser kvinnen kan oppleve, kan en unngå noe psykisk belastning i tiden etter på. På en annen side skriver Sørensen og Almås at kvinner som får en brystkreftdiagnose føler seg som regel "frisk" og har ingen symptomer før diagnosen stilles. Kvinnen føler seg ikke syk, samtidig som en har fått en kreftdiagnose, kan dette gjøre det vanskelig for kvinnen å identifisere seg med pasientrollen (Sørensen & Almås, 2010, s. 439). I tillegg til dette og for å så legges inn på sykehus for en mastektomi når kvinnen egentlig ikke føler seg så "syk", kan det oppleves som et sjokk å våkne opp med et mindre bryst og det kan være først da hun ser på seg selv som syk. Altså, på tross av all informasjon og forberedelser kvinnen har fått på forhånd vil det kanskje likevel oppleves som en



belastning og en opplevelse av sjokk. Det er derfor viktig at sykepleier gjentar informasjon for å sørge for og være trygg på at den er forstått.

Eide og Eide skriver at det kan være vanskelig å se om en person er i sjokk, de som er i sjokk eller opplever kriser kan ofte virke helt rolig. I denne sjokk fasen har man dårlig kontakt med sine følelser og vurderings- og tankeevnen er redusert (Eide & Eide, 2007, s. 176). Det kan da være viktig at sykepleier kanskje venter med informasjon, la kvinnen få tid for seg selv og vente til sjokket flater litt ut. Det kan være vanskelig å ta innover seg informasjon når en er i denne fasen. Som Renolen sier, etter at en person opplever krise, vil de oppleve et følelsesmessig kaos. Mange vil få problemer med å konsentrere seg og ta inn ny informasjon (Renolen, 2008, s. 164). Eide og Eide (2007, s. 292-293) skriver at å tilpasse informasjonen til pasientens behov kan være vanskelig, informasjonen skal frem, og pasienten skal forstå, høre og huske det som er nødvendig. Som Hsu et al. (2010) skriver, har kvinnene et behov for tilstrekkelig og individualisert behov for informasjon. Noe som også kan redusere engstelse og bedre selvbildet. Sørensen og Almås (2010, s. 440) sier at gjennom informasjon og kunnskap om sykdommen, behandlingen og prognosen får kvinnen muligheten til å gjenvinne kontroll over sitt eget liv, som videre kan fremme selvbildet. Det er også viktig at sykepleier har den kunnskapen som trengs for å videre formidle informasjon og at hun forstår omfanget av sykdommen. Som Crockford et al. (1993) sier, hadde sykepleierne lite kunnskap på området, de var bevisst på sin egen kunnskapsmangel og de følte de måtte være talsperson for kvinnene. Som nevnt tidligere, kommer det også frem i studien at de savnet en tilstedeværelse av spesial sykepleiere. På en annen side, er det en sykepleiers ansvar å tilegne seg den kunnskapen som er nødvendig for å ivareta pasienten og formidler den kunnskapen videre til pasienten. En vil tro at en pasient vil føle seg tryggere i en sykepleiers hender om sykepleier viser mye kunnskap og forståelse. Men som Coyne og Borbasi (2006-2007) vil en tilstedeværelse av spesial sykepleiere være av stor betydning og kan være nyttig for både personal og pasienter.

I praksis kan det være vanskelig å vite om informasjonen en formidler blir forstått av pasienten. Det kan være nødvendig å be pasienten gjenta informasjon eller gi litt og litt informasjon slik at det ikke blir for mye på en gang. Noen pasienter vil kanskje ikke ha noe informasjon om evt. brystprotese eller andre tilbud. Det kan hende det blir for "mye" for kvinnen. Kanskje noen kvinner unngår å snakke om det, for å vike unna/møte realiteten av deres situasjon. Sørensen og Almås (2010, s. 440) sier at det er viktig å møte pasienten på hennes egne premisser og gi individuelt tilpasset informasjon ut fra hennes behov.

Helsepersonell må respektere pasientens autonomi og selvbestemmelse. Det kan også være utfordrende å vite om pasienten ikke har lyst på spesifikk informasjon eller om hun ikke vet om hun har behov for det, altså et skjult informasjonsbehov. For å finne ut om pasienten har et skjult informasjonsbehov kan en anvende en fortellende tilnærming. Gjennom kvinnens egen fortelling kan det komme frem skjulte behov og informasjon og hva som er uklart og hva hun eventuelt trenger mer kunnskap om. Det kan være vanskelig å vite hva disse kvinnene har behov for å vite, og ofte vet de kanskje ikke det selv heller.

Informasjonsbehovet endrer seg hele veien (Eide & Eide, 2007, s. 292-294). Dette er viktig at sykepleier tenker på, at informasjonen som pasienten kanskje ikke ønsket eller som var aktuell tidligere, kan være det på et senere tidspunkt. Sykepleier må sørge for god oppfølging og samtaler for å utforske dette informasjonsbehovet. Det er også viktig at sykepleiere gir samme informasjon og har god kommunikasjon med andre sykepleiere og evt. leger, så pasienten slipper å svare på de samme spørsmålene. Noe som også Remmers et al. (2010) påpeker, kvaliteten på omsorgen pasientene øker hvis de unngår motstridende informasjon og de slipper å svare på de samme spørsmålene flere ganger til alle yrkesgrupper. God kommunikasjon mellom yrkesgruppene gjorde at kvinnene fikk en følelse av at de fikk den beste mulige omsorgen.

Det kan være vanskelig for kvinnen å se arret sitt for første gang og begynne å tenke på hva en skal gjøre videre. Når pasienten er klar for å snakke om dette, er det viktig at sykepleier trør varsomt. Ikke for mye informasjon på en gang og heller ta det litt etter litt. Bare det å se operasjonssåret for første gang kan være vanskelig for kvinnen. Noen kvinner vil kanskje ikke se såret første gang bandasjen skiftes. Som nevnt tidligere beskrev de intervjuede kvinnene i studien til Remmers, et al. (2010) det første bandasje skiftet som en belastning og som en forferdelig opplevelse. Sørensen og Almås skriver at mange kvinner vil helst slippe å se operasjonssåret første gang bandasjen skiftes, og det må en respektere. Den første konfrontasjonen med arret bør gjøres i lag med sykepleier slik at hun kan svare på spørsmål og kommentarer, samt også være til støtte (Sørensen & Almås 2010, s. 449).

Som nevnt tidligere i følge Hsu et al. (2010) var tilstrekkelig informasjon noe som kunne redusere blant annet lavt selvbilde. Sykepleierne i studien til Crockford et al. (1993) følte et sterkt behov for å informere, men de opplevde de travle kirurgiske avdelingen som lite tilrettelagt for å kunne ha gode samtaler med pasientene.

Remmers et al. (2010) påpeker i sin studie at mangel på tid var en faktor som gjorde til at sykepleierne ikke alltid har muligheten til ha disse samtaler. På en annen side er det en

sykepleiers ansvar å ta opp viktige og vanskelige tema med pasienter før de eventuelt blir utskrevet fra avdelingen. Kvåle skriver at utskrivningssamtalen kan være nyttig for å ta opp de følelsene pasienten har rundt det å få en kreftsykdom og spesielt fjerning av brystet. Som nevnt tidligere kan kvinner ikke lenger oppleve seg selv som ”hel”/fullverdig kvinne. Noe som kan føre til at hun blir redd for at hennes partner/ektefelle ikke lenger ser på henne som tiltrekkende. Dette er noe sykepleier må tenke på før en evt. utskrivelse og informere om. Kvåle sier at sykepleier må spørre disse spørsmålene, men på en forsiktig måte og samtaler om dette ikke bør være en plikt, men et tilbud. Sykepleier kan eventuelt utdele en brosjyre om kreft og seksualitet som er utgitt av Den Norske Kreftforening (Kvåle, 2002, s. 77-78). Nortvedt henviser til yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere som sier følgende om pasientens selvbestemmelse (Nortvedt, 2012, s. 135):

§ 1.2 Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått.

Som nevnt tidligere er det allikevel viktig, på tross av tids mangel, at sykepleier ser kvinnen. Ved mangel på tid kan en også benytte seg av informasjonshefter fra kreftforeningen og eventuelt også gi informasjon om ulike pasientforeninger. I følge Kvåle finnes det i de fleste storbyer en besøkstjeneste for brystkreftopererte tilknyttet Den Norske Kreftforening som gir tilbud om besøk til alle brystkreftopererte. Dette er ofte til stor hjelp for en kvinne å snakke med andre i samme situasjon eller som har opplevd det samme (Kvåle, 2002, s. 78). Noe som også Lorentzen og Grov (2010, s. 414) skriver, i disse pasientforeningene møter pasienten likesinnede. Å høre hvordan andre har det, og hvilke utfordringer de møter, og hvordan de møter dem, kan være lærerikt. Sørensen og Almås sier at et av det viktigste ansvaret sykepleier har er å informere, undervise og veilede pasienten slik at hun føler seg trygg i situasjonen. Med dette kan kvinnen oppleve kontroll over sitt eget liv og situasjon, som videre kan være med på å fremme et godt selvbilde (Sørensen og Almås, 2010, s. 440)

Gode egenskaper i å skape gode relasjoner og kommunikasjon med pasienten, samt også evnen til å formidle informasjon, vil en lettere kunne gi god informasjon som også er forståelig for pasienten. Får pasienten god informasjon og kunnskap om sin sykdom og situasjon, vil kvinnen føle mer kontroll over sitt eget liv, som igjen kan fremme et godt selvbilde.

## 6.0 Avslutning.

Det kommer tydelig frem at disse kvinnene har et stort behov for tilstrekkelig informasjon, støtte og at de blir individuelt ivaretatt og respektert. Om sykepleier velger å møte sårbarheten de opplever og deres bekymringer kan en lettere forberede dem på tiden etterpå samt også å hjelpe dem med å opprettholde selvbildet. Gode relasjoner og kommunikasjon med kvinnene er essensielt for å kunne gi emosjonell støtte, samt også å informere. En sykepleiers tilstedeværelse ved konfrontasjon med den nye endringen er også av stor betydning for kvinnen. Som nevnt, er tid en faktor som kan påvirke sykehus oppholdet til kvinnen og sykepleier får kanskje ikke tid til hver enkelt, det er derfor viktig å bruke den tiden man har til rådighet godt og signalisere til kvinnen at hun blir sett. En felles forståelse av brystet og dens innvirkning på selvbildet, vil kanskje bidra til at sykepleier kan lettere skape en god relasjon til pasienten.

Oppgaven har økt mitt kunnskapsnivå om hva disse kvinnene opplever etter en mastektomi. Jeg føler jeg har satt søkelyset på hvordan tapet av brystet påvirker selvbildet til kvinner og hvor viktig det er med tilstrekkelig informasjon og tilpasset støtte. Det er kommunikasjon, relasjon og kunnskap som er spesielt viktig i møte med disse kvinnene for å kunne hjelpe og å opprettholde et godt selvbilde. Med dette vil en lettere å kunne støtte og informere kvinnen. Jeg tror at oppgaven kan bidra til å hjelpe andre sykepleiere som møter på denne problemstillingen, men kanskje også samfunnet.

## 7.0 Referanser.

- Alvsvåg, H. (2010). Omsorg: med utgangspunkt i Kari Martinsen omsorgstenkning. I U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper i klinisk sykepleie: sykepleieboken 2*. (3. Utg., s 417-450). Oslo: Akribe AS.
- Chen, C. L., Liao, M. N., Chen, S. C., Chan, P. L., & Chen, S. C. (2012). Body image and its predictors in breast cancer patients receiving surgery. *Cancer nursing*, 35 (5):10-16. Doi: 10.1097/NCC.0b013e3182336f8b
- Coyne, E. & Borbasi, S. (2006-2007). Holding it all together: Breast cancer and its impact on life for younger women. *Contemporary Nurse*, 23 (2): 157 – 169. Doi: 10.5172/conu.2006.23.2.157
- Crockford, E. A., Holloway, I. M., & Walker, J. M. (1993). Nurses perception of patients feelings about breast surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 18(11): 1710-1718. Doi: 10.1046/j.1365-2648.1993.18111710.x
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, H & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013) *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentasjon av omvårdnadsforskning*. Stockholm: författarna och bokförlaget Natur & Kultur.
- Heidari, M. & Ghodusi, M. (2015). The Relationship between Body Esteem and Hope and Mental Health in Breast Cancer Patients after Mastectomy. *Indian Journal of care*, 21(2): 198-202. Doi: 10.4103/0973-1075.156500
- Hsu, S.C., Wang, H.H., Chu, S.Y., & Yen, H.F. (2010). Effectiveness of Informational and Emotinal Consultation on the Psychological Impact on Women with Breast Cancer Who Underwent Modified Radical Mastectomy. *Journal of Nursing Research*, 18 (3): 215-226. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/JNR.0b013e3181ed57d0>

- Kveseth, B., & Mikkelsen, J. (2010). Sykepleierens rolle i kvalitetsarbeid. I U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 2*. (3. Utg, s. 309-346). Oslo: Akribe AS.
- Kunnskapssenteret. (2015, 24. November). *Sjekklister for vurdering av forskningsartikler*. Hentet 1. Februar 2016 fra <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklister-for-vurdering-av-forskningsartikler>
- Kvåle, K. (2002). *Sykepleie til mennesker med kreft*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lorentsen, V. B., & Grov, E. K. (2010). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I H. Almås, D. G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (4.utg., s. 401 - 431). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Mekki, E. T., & Holter, M. I. (2011). Hvem er pasientene, og hvor befinner de seg?. I I. M. Holter & T. E. Mekki (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1*. (4. Utg., s. 27-38). Oslo: Akribe AS.
- Martinsen, K. (2014). ”Vil du meg noe?” om sårbarheten og travelhet i helsevesenets rom. I H. Alvsvåg, O. Førland & F. F. Jacobsen (Red.), *Rom for omsorg?* (1. Utg., s. 225-244). Bergen: Fagbokforlaget.
- Nortvedt, P. (2012). *Omtanke: en innføring i sykepleiens etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Reitan, A. M. (2010). Kommunikasjon. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient-utfordring-handling* (3.utg., s.102-120). Oslo: Akribe.
- Remmers, H., Holtgräwe, M., & Pinkert, C. (2010). Stress and nursing care needs of women with breast cancer during primary treatment: A qualitativ study. *European Journal of Oncology Nursing*, 14 (2010) 11-16. Doi: 10.1016/j.ejon. 2009.07.002.
- Renolen, A (2008). Forståelse av mennesker: innføring i psykologi for helsefag. Bergen: Fagbokforlaget
- Schlicting, E. (2011). Sykdommer i brystene. I S. Ørn, J. Mjell & E. Bach-Gasmo. (Red.), *Sykdom og behandling* (1. Utg., s- 431-441). Oslo: Gyldendal akademisk.

Sørensen, E.M., & Almås, H. (2010). Sykepleie ved brystkreft. I H. Almås, D. G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (4.utg., s. 439-452). Oslo: Gyldendal akademisk.

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

## 8.0 Vedlegg.

### 8.1 Tabell – CINAHL.

<b>Nr:</b>	<b>Søkeord/term</b>	<b>Avgrensing/limit</b>	<b>Resultat (antall)</b>
<b>S1</b>	Breast cancer		49,241
<b>S2</b>	Radical mastectomy		291
<b>S3</b>	Hospital		275,657
<b>S4</b>	Nursing		565, 768
<b>S5</b>	S1 AND S2 AND S3 AND S4		10
<b>S6</b>	Women		230,567
<b>S7</b>	Primary treatment		53,591
<b>S8</b>	Stress		123,332
<b>S9</b>	S1 AND S4 AND S6 AND S7 AND S8		13
<b>S10</b>	Younger women		6090
<b>S11</b>	Impact on life		27,089
<b>S12</b>	S1 AND AND S10 AND S11		47
<b>S13</b>	Body esteem		1428
<b>S14</b>	mastectomy		4757
<b>S15</b>	S1 AND S12 AND S14		17
<b>S16</b>	Nurses perception		13,199
<b>S17</b>	Breast surgery		9,957
<b>S18</b>	S16 AND S17		26



## 8.2 Sjekkliste.

Artikkel: "stress and nursing care needs of women with breast cancer during primary treatment: a qualitative study!"  
Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk

Forfatter: H. Penner, M. Holtgräwe & C. Pinkert (2010)

### SJEKKLISTE FOR Å VURDERE KVALITATIV FORSKNING

Målgruppe: studenter og helsepersonell

Hensikt: øvelse i kritisk vurdering

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

*Kan vi stole på resultatene?*

*Hva forteller resultatene?*

*Kan resultatene være til hjelp i min praksis?*

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på de ulike punktene.

Referanse:

1. Critical Appraisal Skills Programme. [www.casp-uk.net](http://www.casp-uk.net)

## INNLEDENDE SPØRSMÅL

<p><b>1. Er formålet med studien klart formulert?</b></p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Er det oppgitt en problemstilling for studien?</li> </ul>	<p>Ja <input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart 0</p>	<p>Nei 0</p>
<p><b>2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</b></p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?</li> </ul>	<p>Ja <input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart 0</p>	<p>Nei 0</p>

## KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?

<p><b>3. Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</b></p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Er utvalg, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet og begrunnet?</li> </ul>	<p>Ja <input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart 0</p>	<p>Nei 0</p>
<p><b>4. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?</b></p> <p>TIPS:</p> <p>I strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Er det gjort rede for hvem/hva som ble valgt ut og hvorfor? Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (rekrutteringsstrategi)?</li> <li>Er det gjort rede for hvorfor noen valgte ikke å delta?</li> <li>Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, osv.)?</li> </ul>	<p>Ja <input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart 0</p>	<p>Nei 0</p>
<p><b>5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?</b></p> <p>TIPS:</p> <p>Datainnsamlingen må være omfattende nok både i bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Er metoden som ble valgt god for å belyse</li> </ul>	<p>Ja <input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart 0</p>	<p>Nei 0</p>

<p>problemstillingen?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Går det klart fram hvilke metoder som ble valgt for å samle data? For eksempel feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), dokumentanalyse.</li> <li>• Er måten data ble samlet inn på beskrevet (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)?</li> <li>• Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?</li> </ul>	<p>Metoden er begrunnet med å få en subjektiv opplevelse fra kvinnene og dekke gjæres kvalitativt for å få tilate en åpen tilnærming som er mindre påvirket av normative begreper, som lettere kan forekomme i en kvantitativ studie</p>
---	--

<p><b>6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</b></p> <p>TIPS: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er det redegjort for hvilken type analyse som er brukt (for eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.).</li> <li>• Er det tydelig redegjort for hvordan analysen ble gjennomført (f. eks. de ulike trinnene i analysen)?</li> <li>• Er motstridende data tatt med i analysen?</li> <li>• Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskeren har kommet fram til?</li> </ul>	<table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p><b>Kommentar:</b> dataenes analyseresultater fra en oppsummering innholdsanalyse. Denne innholdsanalysen er en systematisk, regelguidet kvalitativ tekst analyse. Data materialet - redusert med parafraiser og generalisering,</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
<p><b>7. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</b></p> <p>TIPS: Forskningsresultatene blir nødvendigvis påvirket av perspektivet til forskeren. I tillegg vil konteksten som datainnsamlingen foregår innenfor påvirke resultatene.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Har forskeren gjort rede for konteksten som datainnsamlingen foregikk innenfor?</li> <li>• Har forskeren gjort rede for sitt teoretiske ståsted og sin faglige bakgrunn?</li> </ul>	<table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p><b>Kommentar:</b></p>	Ja	Uklart	Nei	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja	Uklart	Nei					
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>					
<p><b>8. Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?</b></p> <p>TIPS: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller å få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilde gir helt likt uttrykk. Imidlertid bør slike forskjeller forklares</p>	<table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p><b>Kommentar:</b></p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk

<p>tilfredsstillende.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?</li> </ul>			
<p><b>9. Er etiske forhold vurdert?</b></p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ble studien forklart for deltagerne (f.eks. gjennom informert samtykke)?</li> <li>Dersom relevant, ble studien forelagt Etisk komite?</li> </ul>	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p>0</p>	<p>Nei</p> <p>0</p>
	<p><b>Kommentar:</b> godkjent av Etisk komiteen ved universitetet i Osnabrück. Informantene ga skriftlig samtykke etter å ha fått detaljert informasjon fra Intervjueren.</p>		

HVA ER RESULTATENE?

<p><b>8. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kan du oppsummere hovedfunnene?</li> <li>Ble funnene diskutert i lys av det opprinnelige formålet med studien?</li> </ul>	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p>0</p>	<p>Nei</p> <p>0</p>
	<p><b>Kommentar:</b> Sykepleiere må være bevisst på pasientens opplevelse før de gir omsorg og støtte. Kvinner ønsket å bli behandlet individuelt og akseptert. Sykepleiere må skape en relasjon og kommunikasjon med kvinnen for å gi god støtte!</p>		

KAN RESULTATENE BRUKES I MIN PRAKSIS?

<p><b>Hvor nyttige er funnene fra denne studien?</b></p> <p>TIPS:</p> <p>Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kan resultatene hjelpe meg til bedre å forstå sammenhengen jeg arbeider i?</li> <li>Droft hvordan funnene kan utvide eksisterende kunnskap og forståelse?</li> </ul>	<p><b>Kommentar:</b></p> <p>Resultatene betyr hvor viktig det er å skape gode relasjoner og kommunikasjon for å hjelpe kvinner. Uten god kommunikasjon og relasjoner kan gjøre det vanskelig. Syns dette er grunnsteinene i god sykepleie!</p>
---	--