



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

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

Emnekode: SYKHB3001

Eksamensform: Prosjektoppgave

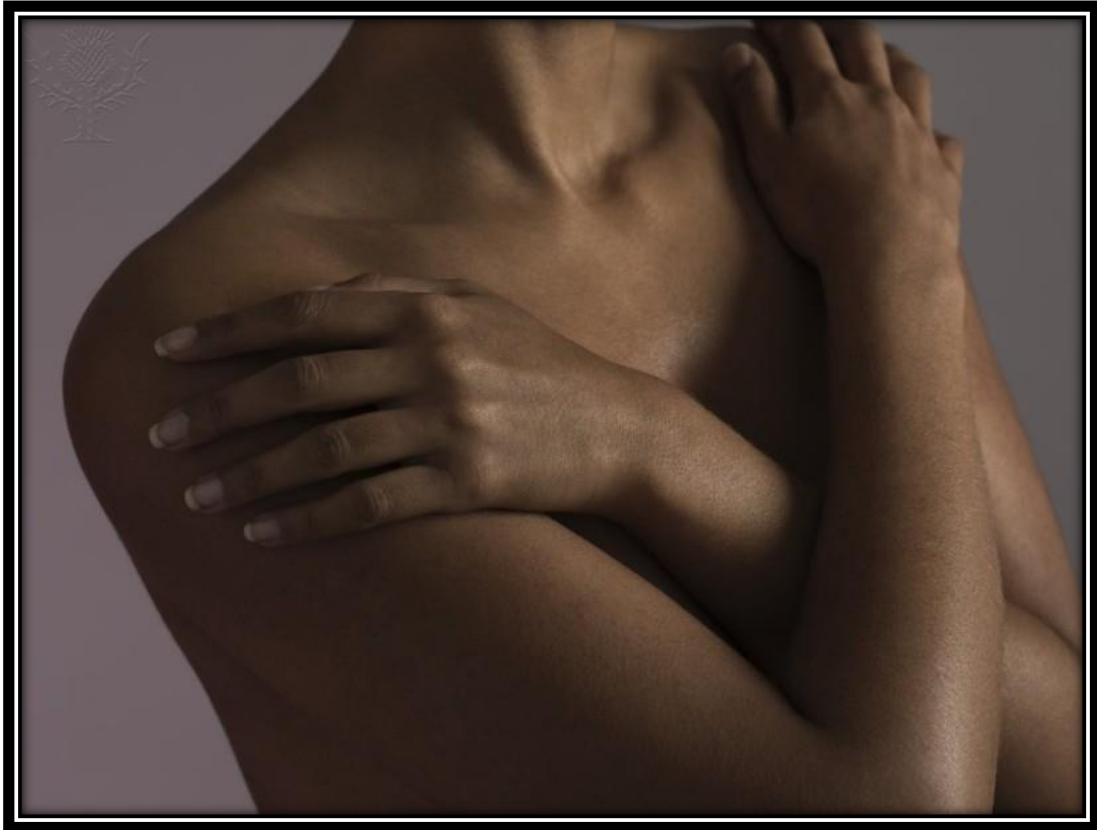
Leveringsfrist: 20.02.15 kl 14.00

Kandidatnr.: 4

Antall ord: 8920

Seksualitet og kroppsbilde hos brystkreftopererte

Naked woman. (Foto: Encyclopædia Britannica ImageQuest). Hentet fra



http://quest.eb.com/#/search/132_1288635/1/132_1288635/cite

*Sykdommen som merker deg snur alt opp ned.
Skaper usikkerhet og tvil,
gjør det trygge fremmed
og det vanlige rart.
Det som før var instinkt, følelser og intuisjon
blir forvrent, forvandlet, fortrent.*

Utdrag fra teksten *Kreft og berøring*, av Arne Berggren

Sammendrag

Tittel: Seksualitet og kroppsbilde hos brystkreftopererte.

Bakgrunn: Hvert år rammes flere tusen kvinner av brystkreft, og fjerning av brystet er i denne sammenheng en hyppig brukt behandlingsform. I denne oppgaven fokuserer jeg på mastektomiens innvirkning på kvinners seksualitet og kroppsbilde, samt hvilket behov de har for hjelp til mestring etter inngrepet.

Problemstilling: Hvordan påvirker en mastektomi kvinners seksualitet og kroppsbilde, og hvilket behov har de for hjelp til mestring etter inngrepet?

Hensikt: Jeg ønsker i denne studien å få mer kunnskap om hvordan kvinner påvirkes av inngrepet, og hvordan vi kan hjelpe de til mestring. Jeg vil også bruke kunnskapen jeg tilegner meg til å opplyse andre sykepleiere om pasientgruppens behov.

Metode: Litteraturstudie, hvor forskning og faglitteratur er benyttet for å belyse problemstillingen.

Funn: I de gjennomgåtte studiene er det mange kvinner som uttrykker misnøye med kropp og seksualitet etter inngrepet. Flere elementer var viktig for kvinnenens mestring av situasjonen: Informasjon, støtte, veiledning, inkludering av partner og viktige personer, brystkreftforeningen og hjelpegrupper, informasjon om brystprotese og bruk av speil i den postoperative fasen.

Konklusjon: For de fleste kvinner har mastektomi en negativ påvirkning på seksualitet og kroppsbilde. For å mestre endringene har kvinnene et behov for hjelp til å forstå, håndtere og finne mening i situasjonen. For at situasjonen skal være forståelig og håndterbar, trenger de informasjon, støtte og veiledning, samt å oppleve tilgjengelige mestringsressurser. Kvinnene trenger også hjelp til å ha fokus på viktige verdier i livet, for å finne mening i situasjonen. En personsentrert tilnærming er i denne sammenheng viktig.

Nøkkelord: Brystkreft, mastektomi, kroppsbilde, seksualitet, mestring.

Abstract

Title: Sexuality and body image after breast cancer surgery.

Background: Each year there are thousands of women diagnosed with breast cancer, and removal of the breast is a frequently used treatment. This thesis focuses on women's sexuality and body image after a mastectomy, as well as how we can help them to cope with the situation after the procedure.

Research question: How does a mastectomy influence on women's sexuality and body image, and which needs will appear for coping after the surgery?

Aim: This study is for me to gain more knowledge about how a mastectomy affects women, and how we can help them cope. I also want to use my new knowledge to inform other nurses about the needs of this patient group.

Method: Literature review, where research and other literature are used to answer the research question.

Findings: In the reviewed studies, many women express dissatisfaction with the body and sexuality after surgery. Several items were important for the woman's coping: information, support, guidance, involving of partner and important people, breast cancer association and help groups, information about breast prosthesis and the use of mirrors in postoperative care.

Conclusion: For most women, mastectomy has a negative impact on sexuality and body image. In order to cope with the changes, the women need help to understand, manage and find meaning in the situation. To make the situation understandable and manageable they need information, support and guidance, as well as the experience of available coping resources. To find meaning in the situation, they need help to focus on the important values in life. In this case, a person centred approach is important.

Keywords: Breast cancer, mastectomy, body image, sexuality, coping.

Forord

Denne bacheloroppgaven er skrevet som en avsluttende eksamen av en sykepleierstudent ved Høgskolen Stord/Haugesund vårsemesteret 2015. Oppgaven utgjør 12 studiepoeng og har vært et tidkrevende, men lærerikt og spennende prosjekt.

Jeg vil gjerne takke min veileder Sølvi Anne Eide Lunde for god oppfølging og veiledning i skriveprosessen.

Høgskolebiblioteket Stord/Haugesund fortjener også en takk, for å være behjelpelig med utlån av litteratur som er brukt i oppgaven.

Haugesund, februar 2015.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
1.1 Valg av tema	1
1.2 Problemstilling	1
1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling	1
1.4 Begrepsavklaring	2
1.5 Formålet med oppgaven	3
1.6 Oppgavens videre disposisjon	3
2.0 Teori	4
2.1 Brystkreft	4
2.1.1 Mastektomi	4
2.2 Seksualitet	5
2.3 Kroppsbilde	6
2.4 Mestring	6
2.4.1 Antonovsky om opplevelse av sammenheng	6
2.5 Sykepleieteori: McCormack og McCance om personsentrert sykepleie	8
3.0 Metode	10
3.1 Litteraturstudie som metode	10
3.2 Kildekritikk og etiske overveielser	10
3.3 Fremgangsmåte	11
4.0 Resultat	12
5.0 Drøfting	15
5.1 Mastektomiens påvirkning på kroppsbilde og seksualitet	15
5.1.1 Seksualitet	15
5.1.2 Endret kroppsbilde	16
5.2 Hvilket behov har kvinnene for hjelp til mestring?	17
5.2.1 Hjelp til forståelse og håndtering av situasjonen	17
5.2.2 Hjelp til å finne mening	24
6.0 Konklusjon	27
Referanseliste	29

Vedlegg I: Eksempel på kildekritikk

Vedlegg II: Søkeprosessen

Vedlegg III: PLISSIT-modellen

1.0 Innledning

1.1 Valg av tema

Brystkreft er den kreftformen som rammer flest kvinner, og ifølge Kreftregisteret (2014) ble 2956 norske kvinner rammet av sykdommen i 2012. Av disse gjennomgår de aller fleste operativ behandling (Normannvik, 2014), hvor ca. 45 % fjerner hele brystet (Schlichting, 2012, s. 327). Da fjerning av brystet er en hyppig brukt behandlingsform, er det dette jeg vil fokusere på i min bacheloroppgave. Jeg vil ha fokus på seksualitet og kroppsbilde, samt hvilket behov kvinner har for hjelp til mestring etter inngrepet. Dette med bakgrunn i at manglende kunnskap, tabuforestillinger og usikkerhet kan bidra til at sykepleiere undervurderer betydningen av pasienters seksualitet i sykepleien som ytes (Laurson, 2011, s. 704). Jeg har også hatt flere møter med denne pasientgruppen gjennom praksis og jobb ved siden av studier, hvor flere av møtene har gjort inntrykk på meg.

1.2 Problemstilling

Hvordan påvirker en mastektomi kvinners seksualitet og kroppsbilde, og hvilket behov har de for hjelp til mestring etter inngrepet?

1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling

I min bacheloroppgave velger jeg å fokusere på kvinner som har fått utført en mastektomi, altså fjernet hele brystet. Fokuset vil være på de kvinnene som ikke har fått utført en rekonstruksjon. Jeg vil kun legge vekt på tiden etter operasjonen og med sykehuset som arena. Dette fordi sykehuset er hvor kvinnene ofte får de første reaksjonene og starter bearbeidingsprosessen etter operasjonen. Også menn kan bli rammet av brystkreft, men i svært sjeldne tilfeller (Kreftregisteret, 2014). Mitt fokus vil derfor dreie seg om kvinner. Jeg velger å ikke avgrense oppgaven til en spesiell aldersgruppe, da seksualitet og kropp kan være like viktig for kvinner i alle aldre. Jeg vil nevne kvinnenens familie og partner i situasjoner hvor jeg mener de spiller en viktig rolle, men kvinnene vil være hovedfokus i min oppgave.

1.4 Begrepsavklaring

Jeg vil her kort presentere definisjoner av begrepene jeg har brukt i problemstillingen. En mer utdypet forklaring av begrepene vil komme i teorikapittelet.

Mastektomi

Operativt inngrep hvor hele brystkjertelen fjernes. Kalles også ablatio mammae (Schlichting, 2012, s. 437).

Seksualitet

Seksualitet følger mennesket gjennom hele livet. Grünfeld (2009) definerer seksualitet slik:

«Seksualitet, de biologiske formene for atferd som er knyttet til befruktning, samt de psykologiske og sosiale rammene denne atferden utspiller seg innenfor».

Kroppsbilde

Begrepet kroppsbilde forteller noe om hvordan en person oppfatter sin egen kropp. Schilder (sitert i Schjølberg, 2010, s. 132) definerer kroppsbildet som:

«Det bildet av kroppen som vi skaper i vårt indre, det vil si slik kroppen framstår for oss selv».

Mestring

Jeg velger her å ta i bruk Lazarus og Folkman (1984, s. 141, egen oversettelse) sin definisjon på mestring:

«Kontinuerlig skiftende kognitive og atferdsmessige anstrengelser for å klare spesifikke ytre og/eller indre krav som vurderes som krevende, eller som overstiger personens ressurser».

1.5 Formålet med oppgaven

Seksualitet og kroppsbilde hos brystkreftopererte er et spennende og viktig tema, som jeg ønsker å lære mer om. Som sykepleier er det viktig å vite hvordan behandlingen av brystkreft kan påvirke kvinner, og jeg vil gjerne bruke kunnskapen jeg tilegner meg til å informere andre sykepleiere og helsearbeidere om mastektomiens innvirkning på pasientgruppen.

1.6 Oppgavens videre disposisjon

Videre vil jeg presentere den teori som er aktuell for oppgaven. Begrepene brystkreft, mastektomi, seksualitet, kroppsbilde og mestring vil her beskrives nærmere. Jeg har valgt McCormack og McCance sin teori om personsentrert sykepleie som aktuell tilnærming. Videre presenteres resultatet; den forskningen jeg har funnet som er relevant for problemstillingen. I drøftingskapittelet vil jeg drøfte de artiklene jeg har funnet opp mot utvalgt sykepleieteori og litteratur, for å kunne svare på min problemstilling.

2.0 Teori

2.1 Brystkreft

Kreft er en samlebetegnelse på en stor gruppe sykdommer som kan oppstå i alle kroppens organer eller vev (Roald, Sauer og Klepp, 2014). Kreftsvulster, også kalt maligne eller ondartede tumorer, er en samling av celler som kan dele seg uten organismens kontroll, vokse inn i omkringliggende vev og spre seg gjennom blodstrøm, lymfebaner eller kroppshulrom til fjernere organer (Bertelsen, Hornslien og Thoresen, 2011, s. 127).

Brystkreft betegnes som en ondartet svulst i brystkjertelen (Klepp, 2014). Forekomsten er hyppigst etter 50-årsalderen og har vært økende frem til de siste par årene. Årsaker til brystkreft er sammensatte og vanskelig å forstå, med unntak av påviste spesifikke genforandringer (Sørensen og Almås, 2011, s. 440). Man vet derimot litt om forhold som er av betydning for utvikling av brystkreft, som kjønn, arv, kroppshøyde, tidlig menarke, alder for første fødsel eller ingen graviditet, høy fødselsvekt, østrogenbehandling i overgangsalderen, sen overgangsalder, overvekt postmenopausal og alkoholbruk (Schlichting, 2012, s. 435).

Det tidligste symptomet på brystkreft er oftest en mer eller mindre fast kul i brystet eller armhulen. Senere kan andre symptomer forekomme, som sår på huden over brystet, inndragning av huden på brystet eller ved brystvorten og eksemplignende utslett. Andre symptomer kan være blodtilblandet eller klar væske fra brystvorten, appelsinhud eller asymmetri (Sørensen og Almås, 2011, s. 440). Alle kvinner med en nyoppdaget kul eller forandring i brystvevet skal utredes med trippeldiagnostikk. Trippeldiagnostikk innebærer klinisk undersøkelse, bildediagnostikk og nålebiopsi (Schlichting, 2012, s. 436).

2.1.1 Mastektomi

Den primære og viktigste behandlingen av brystkreft er operasjon. Fjerning av hele brystet (mastektomi) utføres på ca. 45 % av alle som opereres for brystkreft. Hvis tumoren er større enn ca. 4 cm eller det er flere tumorer i samme bryst, fjernes hele brystkjertelen. Eldre kvinner velger også i noen tilfeller å fjerne hele brystet, fremfor brystbevarende operasjon, for å slippe

strålebehandling i ettertid. Er det påvist kreft i aksillen, fjernes også lymfeknuter i armhulen for å unngå ny tumorvekst (Schlichting, 2012, s. 437).

I dag har brystbevarende operasjoner fått en større plass enn de hadde før, og utgjør ca. halvparten av brystkreftoperasjonene (Normannvik, 2014). Som støttende behandling ved brystkreft brukes strålebehandling, cytostatikabehandling, antihormonbehandling og antistoffbehandling (Schlichting, 2012, s. 439). Jeg vil ikke gå nærmere inn på disse behandlingsformene, da det ikke er aktuelt for oppgavens vinkling.

2.2 Seksualitet

Mennesker har alltid vært seksuelle, men likevel kom ordet seksualitet, eller sex, først i bruk i løpet av de siste hundre år. Menneskelig seksualitet består av et nettverk av følelser. Det er unikt for hvert enkelt menneske og bygget av individuelle erfaringer og iboende egenskaper (Almås og Benestad, 2006, s. 43). Som en del av Verdens Helseorganisasjons arbeid med å definere seksuell helse, definerte Thore Langfeldt og Mary Porter i 1986 (sitert i Almås og Benestad, 2006, s. 44) seksualitet på følgende måte:

Seksualitet er en integrert del av det å være mann, kvinne eller barn. Den er et grunnleggende behov og et aspekt ved menneskelig væren som ikke kan skilles fra andre deler av livet. Seksualitet er ikke synonymt med samleie, det handler ikke om å ha orgasme eller ikke, og det er ikke summen av våre erotiske liv. Disse kan være deler av vår seksualitet, men trenger ikke være det. Seksualitet er mye mer: Det er en energi som motiverer oss til å søke kjærlighet, kontakt, varme og intimitet. Seksualitet uttrykkes i hvordan vi føler, beveger oss, berører og blir berørt. Det handler om å være sensuell så vel som seksuell. Seksualitet påvirker tanker, følelser, handlinger og samspill, og derigjennom også vår mentale og fysiske helse.

Bryster er både vesentlige for det kvinnelige kjønn og erogene soner. En viktig kilde til seksuell nytelse kan derfor være borte (Almås og Benestad, 2006, s. 116). Det er en økende bevissthet omkring seksualitetens betydning for menneskets helse og velbefinnende, likevel er det fortsatt en del å gjøre på dette området (Almås og Benestad, 2006, s. 134).

2.3 Kroppsbilde

Begrepet kroppsbilde forteller noe om hvordan en person oppfatter sin egen kropp, både når det gjelder kroppsfunksjoner og utseende. I oppgavens innledning tok jeg i bruk Schindlers definisjon på kroppsbilde, som kritiseres for å være en noe enkel definisjon (Schjølberg, 2010, s. 132). Ifølge Prince (1990, s. 587) er kroppsbilde et «byggverk» sammensatt av kroppsrealiteten; måten vi oppfatter og føler kroppen på, kroppspresentasjonen; hvordan kroppen fremvises ved hjelp av klær, sminke og kroppsspråk, og kroppsidealet; en indre standard for bedømmelse som er i stadig forandring og påvirkning. En mastektomi vil føre til kroppslige forandringer. Graden av endret kroppsbilde er avhengig for hvordan kvinner ser på seg selv, og kan også influere forholdet til hennes nærmeste (Schjølberg, 2010, s. 131).

Prince (1995, s. 170) definerer endret kroppsbilde som:

En tilstand av personlig utilfredshet, definert av pasienten selv, som indikerer at kroppen ikke lenger underbygger personens selvfølelse, og som for personen ikke er funksjonell, og som begrenser hans sosiale kontakt med andre. Endret kroppsbilde eksisterer blant annet når mestringsstrategier som vanligvis brukes for å mestre endringer i kroppsrealitet, kroppsideal eller kroppspresentasjon, blir overvældet av en skade, en sykdom et handikap eller et sosialt stigma.

2.4 Mestring

I det daglige brukes ordet mestring synonymt med uttrykk som å klare seg, å greie seg og å få til noe. Selve livet er mestring i den forstand at vi utvikles, tilpasser oss og lærer nye ferdigheter. Men dette er generelle sider ved mestring, i motsetning til de spesielle når mennesker kommer opp i belastende situasjoner. Mestring dreier seg da om hvordan man møter situasjonen, og man kan enten reagere ved å mobilisere ressurser for å møte den, eller skyve unna ubehaget ved hjelp av forsvarsmekanismer (Reitan, 2010, s. 74).

2.4.1 Antonovsky om opplevelse av sammenheng

Antonovskys salutogene tilnærming bygger på hvordan mennesket kan fremme og utvikle god helse, til tross for at man utsettes for sykdom. Han utviklet i 1970 begrepet «sense of coherence», som svaret på denne tilnærmingen. Dette gjorde det mulig å sette de utallige stressfaktorene som vi utsettes for, inn i en meningsfylt sammenheng (Antonovsky, 2012, s.

15-17). Begrepet oversettes til norsk som «opplevelse av sammenheng», og er avgjørende for hvordan mennesker mestrer livets utfordringer. For å oppnå opplevelse av sammenheng i det som skjer, trekker Antonovsky (2012, s. 39-41) frem tre komponenter som er viktig for personers mestring:

1. Begripelighet

Handler om å forstå situasjonen en er i. At det man utsettes for er forståelig, velordnet, sammenhengende, strukturert og klar informasjon, i stedet for støy – kaotisk, tilfeldig, uventet og uforståelig.

2. Håndterbarhet

Handler om i hvilken grad man opplever å ha tilstrekkelig med ressurser til å håndtere situasjonen. Dette kan bety ressurser en har kontroll over, eller ressurser som kontrolleres av andre, som for eksempel en ektefelle, venn eller Gud. Har man en sterk opplevelse av håndterbarhet, føler man seg ikke at livet har behandlet en urettferdig, eller som et offer for omstendighetene. Nå livet går imot en, er en i stand til å takle det, bearbeide sorgen og komme videre. Håndterbarhet kan sees i sammenheng med begrepet empowerment som handler om å ha eller ta mest mulig kontroll over det som påvirker egen helse (Tveiten, 2012, s. 175)

3. Meningsfullhet

At man har livsområder som er viktige for en, som en involverer seg i og som gir mening. Dette er utfordringer som det er ved å engasjere seg følelsesmessig i. De med høy OAS opplever ofte dette, mens de med lav OAS ofte ikke gir uttrykk for at noe er spesielt viktig for en.

2.5 Sykepleieteori: McCormack og McCance om personsentrert sykepleie

I følge McCormack og McCance (2010, s. 1) handler personsentrert sykepleie om å behandle mennesker som unike individer, bygge gjensidig tillit og forståelse, samt å utvikle terapeutiske relasjoner.

Basert på gjennomgang av litteratur og bruk av Kitwoods definisjon av personsentrert sykepleie kommer McCormack (sitert i McCormack og McCance, 2010, s. 26-31) frem til at det er fire faktorer som er sentrale i konseptet for personsentrering; å være i en relasjon, å være i en sosial kontekst, å være til stede her og nå, samt å være i overenstemmelse med seg selv. Å være i en relasjon handler her om viktigheten av mellommenneskelige forhold, og det å være i en sosial kontekst handler om at alle mennesker er sosiale vesener og har behov for sosial kontakt. Når det kommer til punktet om å være tilstede her og nå, er det viktig å inkludere pasientene i pleien, samt å opprettholde et godt arbeidsmiljø. Å være i overenstemmelse med seg selv handler om å bli sett, respektert og trodd, slik at en kan ha en positiv oppfatning av seg selv.

Personsentrert sykepleie er en tilnærming som er etablert gjennom å danne og ivareta terapeutiske relasjoner mellom helsepersonell, eldre mennesker og andre som har betydning for dem i deres liv (McCormack og McCance, 2010, s. 31). Men selv om tilnærmingen i utgangspunktet har fokus på eldre mennesker, er den like aktuell i min oppgave, da personsentrert sykepleie er viktig uansett hvilken pasient- eller aldersgruppe man jobber med. Som utgangspunkt i å kunne gi personsentrert sykepleie har McCormack og McCance (2010, s. 36-38) utviklet en modell, som de kaller «Person-Centred Nursing Framework». Her har de tatt med 4 hovedelementer som påvirker den personsentrerte sykepleien, disse vil jeg beskrive kort under.

1. Forutsetninger

Handler om sykepleierens egenskaper og inkluderer det å være faglig kompetent, utvikling av mellommenneskelige ferdigheter, være forpliktet til jobben, være i stand til å demonstrere klarhet i holdninger, egenkompetanse og verdier, og å kjenne seg selv som person.

2. Miljøet for omsorg

Fokuserer på miljøet der hvor omsorgen blir utført. Inkluderer ferdigheter blant ansatte, miljø som fremmer brukermedvirkning, gode relasjoner blant ansatte, støttende organisatoriske systemer, jevn fordeling av makt, og tilrettelegging for nyskaping.

3. Personsentrerte prosesser

Det er her fokus på å gi omsorg gjennom en rekke aktiviteter som fremmer individuell sykepleie, og inkluderer arbeid med pasienters holdninger og verdier. En fokuserer også på å vise engasjement, ha sympatisk nærvær, samarbeide ved beslutningsprosesser og sørge for fysiske behov.

4. Utfall

Det utfallet som er ønsket etter personsentrert sykepleie. Dette innebærer tilfredshet med omsorgen, brukermedvirkning, følelse av velvære og et terapeutisk miljø.

3.0 Metode

Metoden er vårt redskap i møtet med det vi ønsker å utforske. Det finnes flere ulike metoder, og en skiller mellom to kategorier; kvalitativ og kvantitativ. De kvantitative metode gir informasjon i form av målbare enheter og gir oss muligheten til å foreta regneoperasjoner. Mens de kvalitative fanger opp opplevelser eller meninger som ikke lar seg tallfeste (Dalland, 2012, s. 112)

3.1 Litteraturstudie som metode

Min bacheloroppgave er basert på skriftlige kilder – en litterær studie. Jeg har med dette tatt utgangspunkt i ønsket tema og formulert en aktuell problemstilling. Denne ønsker jeg å belyse med studier som er gjort på området. En litteraturstudie begynner oftest med en litteraturgjennomgang for å gjøre seg kjent med litteraturen som allerede finnes og i oppgaven er det vurderingene av de skriftlige kildene i form av kildekritikk som er det metodiske redskapet. (Dalland, 2012, s. 223).

De studiene som er valgt ut til å brukes i min oppgave, presenteres i resultatkapittelet. Jeg har tatt i bruk både kvantitativ og kvalitativ forskning. Når valgt litteratur legges frem, må man gjøre rede for dette valget. Dette innebærer å si noe om fremgangsmåte, søkeord, hvilke avgrensninger som er foretatt, hvor artiklene er funnet, hva kildene inneholder og hvorfor kildene er relevant for problemstillingen (Dalland, 2012, s. 228). Når data fra de ulike artiklene er presentert, danner dette grunnlag for videre drøfting. I drøftingsdelen presenterer man hva funnene forteller om problemstillingen og setter de ulike kildene opp mot hverandre. Konklusjonen oppsummerer den nye kunnskapen som er kommet frem og svarer på problemstillingen (Dalland, 2012, s. 231).

3.2 Kildekritikk og etiske overveielser

Når en kilde er funnet, må det vurderes i forhold til kvalitet og relevans til det arbeidet den skal brukes til (Dalland, 2012, s. 63). Kildekritikk viser at man er i stand til å forholde seg kritisk til det materialet man bruker i oppgaven. Kritikken må hele tiden ses i forhold til den aktuelle problemstillingen og det kildene skal belyse (Dalland, 2012, s. 72). For eksempel på kildekritikk, se vedlegg I.

Etikk dreier seg om normene for riktig og god livsførsel. Forskningsetikk er et område av etikken som har med planlegging, gjennomføring og rapportering av forskning å gjøre. Det handler om å ivareta personvernet og sikre troverdigheten av forskningsresultatene (Dalland, 2012, s. 96). I mitt tilfelle skal jeg ikke behandle sensitive opplysninger, da dette allerede er gjort i litteraturen jeg bruker. Jeg vil likevel være kritisk til valg av litteratur for å innhente riktige opplysninger. Jeg vil også være nøye når jeg henviser til litteraturen som er brukt, for å unngå plagiat. Ethiske overveielser handler ikke bare om å følge regler (Dalland, 2012, s. 95), og jeg må huske at pasientgruppen jeg fokuserer på kan være i en sårbar fase.

3.3 Fremgangsmåte

Jeg har brukt databasen CINAHL til søking etter relevante studier. Her benyttet jeg meg av søkeordene mastectomy + post mastectomy + after mastectomy + breast cancer + body image + sexuality + nursing + empowerment + sense of coherence litt om hverandre.

Ved flere av søkene fikk jeg en god del treff, og av artiklene jeg valgte bort var det blant annet studier som omhandlet andre behandlingsformer enn mastektomi eller andre plager enn det jeg ville ha fokus på. I litteraturgjennomgangen hadde jeg krav om at artiklene skulle være på norsk eller engelsk, relevant til problemstillingen, tilsiktet sykepleiere og maks fem år gamle. Likevel har jeg valgt å ta med en studie som er seks år, da jeg vurderte den som like relevant til dags dato. Jeg syns det var vanskelig å finne artikler som gikk direkte på mestring etter en mastektomi, og har brukt en del tid på å finne artikler som sier noe om dette. Det har også vært en tidkrevende prosess å lese igjennom artiklene. Men jeg har funnet fem hovedartikler jeg er fornøyd med å ta med videre i oppgaven, og som kan belyse problemstillingen fra ulike vinkler. For en mer detaljert oversikt over søkehistorikk, se vedlegg II.

I tillegg til å ta utgangspunkt i forskningsartikler, vil jeg i oppgaven ta i bruk pensumlitteratur i fra tidligere studieår, andre bøker som omhandler det aktuelle temaet og ulike nettressurser.

4.0 Resultat

Jeg vil her presentere utvalgt forskning som kan belyse min problemstilling.

Andrzejczak, Markocka-Mczka og Lewandowski, 2013

Partner relationships after mastectomy in women not offered breast reconstruction

Hensikt: Å undersøke hvordan en mastektomi påvirker kvinnene med tanke på det psykiske aspektet. Her med fokus på kroppsbilde, selvtillit, seksualliv og parforhold.

Utvalg og metode: Kvantitativ metode hvor 60 kvinner i mellom 34 – 75 år deltok i en spørreundersøkelse der de skulle evaluere sine egne følelser om kropp og intim kontakt med partner. Alle var gift eller i et fast heteroseksuelt forhold.

Funn: Inngrepet påvirket forholdet negativt i 33 % av tilfellene. Flere rapporterte at de følte seg uvel, mindre attraktive og at partneren oppfattet de som mindre attraktiv. Mange rapporterte også at de dekket kroppen sin ved intim kontakt. 71 % av kvinnene rapporterte at mastektomien påvirket seksuallivet i en negativ retning.

Konklusjon: Mastektomi påvirket oppfatningen av egen kropp og seksuallivet i negativ retning for mesteparten av kvinnene, mens parforholdet var uforandret for 67 % av kvinnene.

Freysteinson, Deutsch, Lewis, Sisk, Wuest og Cesario, 2012

The experience of viewing oneself in the mirror after a mastectomy

Hensikt: Å beskrive opplevelsen kvinner hadde da de så seg i speilet etter utført mastektomi.

Utvalg og metode: Det er brukt kvalitativ metode. I studien deltok 12 kvinner mellom 32 – 76 år, som fikk utført inngrepet 3 – 12 måneder før intervjuene. Antallet kvinner er noe lavt, men jeg mener likevel artikkelen kan være aktuell i forhold til min problemstilling.

Funn: Speilet har en sentral rolle etter inngrepet og at gode forberedelser kan være med på å forebygge urealistiske forventninger, håp og frykt. Mange av kvinnene var redd for at partneren ikke skulle akseptere den opererte siden eller at folk kunne se at de manglet et bryst. Det var årsaker som nysgjerrighet, sårpleie, klær, hår, sminke og viktigheten av symmetri, som fikk kvinnene til å se seg i speilet. Flere distanserte seg fra operasjonsområdet som om

det ikke var en del av kroppen. Speilet gjorde at kvinnene kunne anerkjenne situasjonen, dette brakte frem sorg, tristhet og frustrasjon hos mange, men de kunne også se fremover.

Konklusjon: Speilet spiller en viktig rolle etter operasjonen, både for å kunne se seg selv og pleie operasjonsområdet.

Gallagher, Buckmaster, O'Carroll, Kiernan og Geraghty, 2010

External breast prostheses in post-mastectomy care: women's qualitative accounts

Hensikt: Å undersøke kvinners erfaring med bruk av brystprotese etter en mastektomi.

Utvalg og metode: Er en kvalitativ studie publisert i 2010, hvor 47 kvinner over 18 år deltok. Kvinnene ble delt inn i fem fokusgrupper. Alle fikk diagnosen for minst 1 år siden, har tilpasset brystprotese og er ikke under annen behandling.

Funn: I studien kommer det frem at personen og miljøet hvor protesen prøves, spiller en viktig rolle for opplevelsen av situasjonen. Utvalget av proteser ble også vektlagt, og proteser og badetøy ble sett på som en ekstra utfordring. Deltakerne i studien syntes at proteser og spesiellagede brystholdere og badetøy er for dyrt. De var heller ikke fornøyd med informasjonen som ble gitt, og presiserte at denne måtte gis både skriftlig og muntlig. Mange kvinner var bekymret for å leve med endret kroppsfasong, men ikke alle. Og noen mente at bruken av protese kunne være med på å bevar selvtillit og feminitet.

Konklusjon: Å få tilpasset en protese kan være en sårbar opplevelse for kvinnene og det er viktig at kvinnene blir oppmuntret til å ta kontakt med en seriøs forhandler slik at opplevelsen blir så god som mulig.

Quintard, Constant, Lakdja og Labeyrie-Lagardère, 2014

Factors predicting sexual functioning in patients 3 months after surgical procedures for breast cancer: The role of the Sense of Coherence

Hensikt: Å undersøke seksualfunksjon etter brystkreftoperasjon, samt betydningen av sense of coherence og skjønnhetsbehandlinger som forutsetninger for bedret seksualfunksjon.

Utvalg og metode: Kvantitativ metode er brukt, hvor 100 kvinner deltok i undersøkelsen. Men de uten fast partner ble fjernet fra statistikken og det gjenstår dermed 87 deltakere.

Funn: Mange kvinner hadde betydelige problemer med seksualitet tre måneder etter operasjonen. Halvparten rapporterte at det ikke hadde vært noen seksuell aktivitet siste måneden og 42% hadde ingen interesse for sex. Skjønnhetsbehandlinger har også en positiv innflytelse, men den viktigste faktoren for seksuell funksjon var en yngre alder.

Konklusjon: Studien viser at tilgjengelige mestringsressurser og spesielt opplevelsen av at slike ressurser er tilstede, har en positiv innflytelse på kvinners seksualliv. Intervensjoner som tar sikte på å øke bevissthet på ressurser, kan være med på å bedre seksuell funksjon hos kvinnene.

Stang og Mittelmark, 2009

Learning as an empowerment process in breast cancer self-help groups

Hensikt: Å fremme og undersøke empowermentprosessen hos kvinner som deltar i selvhjelpsgrupper etter fjerning av bryst.

Utvalg og metode: Utvalget i studien består av 18 kvinner i alderen 38 – 58, som deltok i både selvhjelpsdiskusjoner og fokusgrupper. Antallet kvinner er noe lavt, men jeg mener likevel artikkelen er aktuell å ta med i min oppgave.

Funn: Gjennom å delta i selvhjelpsgrupper ble kvinnene mer bevisst på sin indre styrke, og læring viste seg å være et viktig moment. Læringsprosessen bestod av 4 viktige komponenter; bevisstgjøring, innhenting av objektiv kunnskap, læring fra andres erfaringer og oppdagelser av nye perspektiver på livet og en selv. Flere av kvinnene greide å bruke det de hadde lært til å mestre hverdagen bedre.

Konklusjon: Deltakelse i selvhjelpsgruppene ble sett på som et viktig moment for bedring, og ble sterkt anbefalt av kvinnene som deltok.

5.0 Drøfting

I dette kapitlet vil jeg drøfte funnene i de utvalgte forskningsartiklene opp mot relevant litteratur og andre studier som er gjort på området. Dette for å finne svaret på min problemstilling: «*Hvordan påvirker en mastektomi kvinners seksualitet og kroppsbilde, og hvilket behov har de for hjelp til mestring etter inngrepet?*»

5.1 Mastektomiens påvirkning på kroppsbilde og seksualitet

5.1.1 Seksualitet

Behovet for seksualitet varierer, men mange av de som mister sin seksualitet lider sterkt under det. Å elske eller å kjenne seg elsket er en viktig betingelse for å bevare god helse (Borg, 2010, s. 122). I studien gjort av Freysteinson et al. (2012) kommer det frem at mange kvinner hadde tanker om operasjonsområdet, parforhold og seksualliv. Kvinnene uttrykte bekymring for at partneren ikke skulle akseptere den opererte siden og om sexlivet ville bli påvirket. I følge Gjertsen (2010, s. 441) er partners evne til å godta forandringen av stor betydning for pasientens akseptering. Det er dessuten vist at en brystkreftoperasjon kan ha direkte innvirkning på kvinners parforhold (Andrzejczak et al., 2012), men for mesteparten er forholdet uforandret etter operasjonen.

Selv om de fleste rapporterer at parforholdet er uendret, er ikke kvinnenes bekymring uten grunn. I studien utført av Quintard et al. (2014) kommer det frem at kvinner som er operert for brystkreft har problemer med seksualitet etter inngrepet. Halvparten av kvinnene rapporterte ingen seksuell aktivitet siste måneden, mens hele 42 % hadde ingen interesse for samleie. Dette blir også bekreftet i Andrzejczak et al. (2012) sin studie hvor 71 % av kvinnene rapporterte at de var mindre fornøyd med sexlivet nå enn før, og så mange som 77 % rapporterte at de ikke lenger hadde samme evnen til å nyte samleie som før. På en annen side var det også mange som synes den intime kontakten var like god som før inngrepet. I samme studie rapporterte 30 % av kvinnene at partneren ikke synes de var like attraktive som før inngrepet. Men kan det tenkes at dette har noe å gjøre med kvinnenes oppfatning av seg selv? Thaler-DeMers (2001) skriver at dette kan være et resultat av at kvinnenes negative tanker om seg selv, overføres til partner.

Men hva med kvinnene som ikke har en fast partner? Om man lever i et parforhold eller ikke, er det viktig å opprettholde sin seksuelle identitet og sitt seksualliv. De fleste enslige opprettholder et seksualliv basert på sporadiske forhold og onani (Borg, 2010, s. 123). Det kan dermed tenkes at det for enslige kan være en ekstra utfordring å opprettholde et seksualliv, særlig med tanke på å møte nye seksualpartnere. Det kan være vanskelig for kvinnene å tro på at de fortsatt er attraktive seksualpartnere, og de må her overvinne en barriere (Schandorff, Hein og Heldbjerg, 2006, s. 158). De kan lure på hvordan de skal gå frem og finne en mann som synes det er greit at de mangler et bryst, og usikkerhet rundt hvordan de skal fortelle det, eller hvordan han vil reagere er ikke uvanlig (Schandorff et al., 2006, s. 161). Flere studier viser også at en viktig årsak til tilfredsstillende seksualfunksjon, er en ung alder (Quintard et al. 2014; Andrzejczak, et al. 2012). Men kan det tenkes at dette har sammenheng med mer enn bare tapet av brystet? Seksuelle problemer stiger med alderen, og overgangsalderen har negativ innflytelse på seksuallivet (NHI, 2014). Selv om dette bare blir spekulasjoner, ser vi her at seksuelle problemer ikke nødvendigvis er uvanlig hos eldre og kanskje kan problemene bli forverret eller oppstå etter fjerning av et bryst.

5.1.2 Endret kroppsilde

«Jeg føler meg ikke like hel som før, det er noe som mangler, i og med at jeg har mistet interessen for kroppen min» (Lundberg, 2006, s. 15). Sitatet er en kvinnes beskrivelse av egen kropp etter en mastektomi. Hun forteller også at hun ikke lenger føler seg like kvinnelig og flott som hun følte seg før.

I følge Andrzejczak et al. (2012) rapporterte mange av kvinnene at de ikke følte seg vel eller attraktive etter inngrepet. Til sammenligning med Prince (1990) sin definisjon på kroppsilde, kan man se på dette som at kroppsrealiteten er endret. Kvinnene i Gallagher et al. (2010) sin studie, beskrev at det å leve med forandringer som endret kroppsfasong, overflødig hud, hull i brystveggen, arr og nummenhet hvor brystet hadde vært. Flere av kvinnene i studien til Frey Steinson et al (2012) distanserte seg dessuten fra operasjonsområdet som om det ikke var en del av kroppen. Noe som kan sees på som en type fremmedgjøring av kroppen, og tyder på misnøye.

Mens noen kvinner ikke ble påvirket av situasjonen, ble andre mer opptatt av hvordan de så ut, for eksempel ved å ofte sjekke at brystene var symmetrisk. Klær var ofte også nevnt, at de nå måtte være forsiktige når de valgte hva de skulle ha på seg. De skulle ikke lenger bruke utringede eller på noen måte avslørende klær (Gallagher et al., 2010). Dette kan man se i sammenheng med funnene i Freysteinson et al. (2012) sin studie, hvor flertallet av kvinnene var bekymret for om andre ville se at de manglet et bryst, selv når de brukte protese. Dette resulterte i at de så seg ofte i speilet eller var varsom i valget av klær. Det å ta vare på seg selv i form av å stelle håret og ta på seg sminke var også viktig for mange, noe som igjen kan sammenlignes med Prince (1990, s. 587) sin definisjon av kroppsbilde, hvor kroppspresentasjonen og måten kroppen fremvises i er blitt ekstra viktig for kvinnene. Situasjoner som innebærer lite klær på seg fremfor ukjente personer, for eksempel ved offentlige svømmehaller, kan dermed utgjøre en ekstra utfordring for kvinnene (Klaeson, Sandell og Berterö, 2011).

5.2 Hvilket behov har kvinnene for hjelp til mestring?

Jeg vil her drøfte kvinnes behov for hjelp til mestring i lys av Antonovskys teori om opplevelse av sammenheng.

5.2.1 Hjelp til forståelse og håndtering av situasjonen

I følge Antonovsky (2012, s. 40) er pasientens forståelse av situasjonen en forutsetning for mestring av livets utfordringer, mens punktet om håndterbarhet handler om i hvilken grad man opplever å ha tilstrekkelig med ressurser til å håndtere situasjonen. Quintard et al. (2014) skriver at for de kvinnene som hadde oppfatningen av at de hadde nødvendige ressurser, innvirket dette positivt på velværet og den seksuelle funksjonen. Skjønnhetsbehandlinger underveis i prosessen virket også positivt, men den viktigste årsaken til tilfredsstillende seksuallfunksjon, var en ung alder. En kan naturligvis ikke gjøre noe med kvinnes alder, men intervensjoner som går ut på å hjelpe pasienten til å forstå og bli oppmerksom på mestringsressurser blir i denne sammenheng viktig.

Støtte og informasjon etter inngrepet

Mange av de som rammes av brystkreft opplever at kroppsbilde og seksualitet blir endret etter en mastektomi (Andrzejczak, 2013; Freysteinson, 2012; Quintard 2014), men utfordringen er å innse at den syke ikke nødvendigvis har mistet verken seksuelle behov eller seksuell evne (Almås og Benestad, 2006, s. 116). Likevel er det mange blant helsepersonell som unngår å snakke med kvinnene og hennes eventuelle partner om dette (Sheppard og Ely, 2008). I det profesjonelle møtet med kvinnene, er det viktig å lytte etter den forståelse pasienten selv har av sine problemer. En profesjonell holdning innebærer ifølge Almås og Benestad (2006, s. 60) kyndighet, respekt for pasientens grenser, klaret i forhold til egne grenser og fordomsfrihet. Mange har på en annen side så stor respekt for disse grensene at en havner i den motsatte fellen; at en ikke snakker om det i det hele tatt. Når man unngår å snakke om seksuelle problemer med pasienter, kan dette bidra til at man styrker fordommene om at seksualitet er et avsluttet kapittel for den aktuelle pasientgruppen (Borg, 2010, s. 126).

I motsetning til holdningen over, bør man som sykepleier være åpen og nysgjerrig i samtaler om seksualitet. Det er viktig å ta finne tilstrekkelig tid til å snakke, svare på spørsmål, gi råd og støtte til pasientene (Sørensen og Almås, 2011, s. 448), da tid har vist seg å være en barriere for gode samtaler (Sheppard og Ely (2008). Personsentrert sykepleie forutsetter ifølge McCormack og McCance (2010, s. 36) at sykepleieren er faglig kompetent og har mellommenneskelige ferdigheter. Men selv om en kan føle at kunnskapene ikke strekker til, er det å være medmenneske vårt beste redskap, og en kan med dette bevege seg på trygg grunn i de fleste menneskelige problemstillinger (Almås og Benestad, 2006, s.58- 61). En god mellommenneskelig relasjon kan dessuten ha terapeutisk nytte og er et viktig element i personsentrert sykepleie (McCormack og McCance, 2010, s. 27). I studien av Freysteinson et al (2012, s. 365) kommenterer en av kvinnene at de ønsker ikke den vanlige «hvordan har du det i dag?», for da sier de fleste bare «bra» uansett. Det er ønsket at sykepleierne skal gå mer i dybden og spør hvordan de *egentlig* har det eller føler seg. Kvinnene i studien til Gallagher et al. (2010) ser på sykepleieren som den personen du spør om du lurer på noe, og at uansett hva du spør om så er hun der for deg. Det er da viktig at vi lever opp til dette.

Under Antonovskys (2012, s. 40) punkt om begripelighet, er det viktig å gi strukturert og klar informasjon. Og ifølge Kreftforeningen (2014) skal en pasient kunne forvente å få informasjon om hvordan sykdommen, behandlingen, bivirkninger og senkomplikasjoner kan påvirke seksuell helse. Men informasjonen kan være vanskelig å få med seg i en situasjon som oppleves kaotisk, og ifølge Gallagher et al. (2010) ble informasjonen ofte glemt dersom den ble gitt for raskt etter operasjonen. Kvinnene i denne studien hadde flere meninger om hvordan informasjonen burde gis; for det første måtte den ikke bli gitt for raskt etter operasjonen, da ble den bare glemt igjen. For det andre måtte den repeteres flere ganger og for det tredje måtte den gis skriftlig i tillegg til muntlig. Utdeling av informasjonsbrosjyrer i tillegg til muntlig informasjon er derfor viktig. Kreftforeningen har dessuten gode brosjyrer om brystkreft og seksualitet i forbindelse med kreft (Kreftforeningen, u.å)

Seksuell veiledning

En viktig kilde til seksuell nytelse kan være borte, og dette er en problemstilling som er viktig å snakke om (Almås og Benestad, 2006, s. 116). Selv om mastektomien kan påvirke seksuallivet i en negativ retning, er det viktig å vite at i rommet mellom et tilfredsstillende samleie og ingenting, befinner det seg en rekke erotiske og sensuelle muligheter for nytelse. Her kan paret møtes til begges tilfredsstillelse (Almås og Benestad, 2006, s. 116). De fleste av kvinnene i Klaeson et al. (2011) sin studie så ut til å være tilfreds med sine parforhold og uttrykte at de følte seg verdsatt og elsket. Dette til tross for at de var inne i en fase hvor de bare lå tett omslynget med partneren, fremfor å ha samleie. I følge Langfeldt og Porter (sitert i Almås og Benestad, 2006, s. 44), handler seksualitet om mye mer enn samleie; seksualitet er også den energien som får oss til å søke kjærlighet, kontakt, varme og intimitet. Dette kan være et viktig poeng å ta med i samtale med kvinnene og en eventuell partner.

I seksuell veiledning må man ifølge Borg (2010, s. 127) bruke ord og begreper tilpasset den enkelte person og situasjon, og Almås og Benestad (2006, s.67) fremhever viktigheten av å bruke enkle ord, uten å virke sjenert eller ubekvem. Tilstrekkelig med kunnskaper og emosjonelt engasjement er også ifølge Borg (2010, s. 127) viktig. På en annen side er det ikke høye krav om sexologikunnskaper hos sykepleiere, men en må vite hvor pasienten kan få videre hjelp dersom ens egne kunnskaper ikke strekker til (Laursen, 2011, s. 714). Som hjelp i den seksuelle rådgivningen, har psykologen Jack Annon utviklet PLISSIT-modellen som

beskriver ulike nivåer en kan forholde seg til og behandle seksuelle problemer på. Modellen består av fire ulike trinn; å gi *tillatelse* til å være seksuell og snakke om seksualitet, å gi *opplysning* om seksualitet, å komme med *spesifikke råd* og å gi *spesialisert behandling* for de problemene som ikke er løst på de første tre nivåene. Modellens verdi bekreftes i en studie av Mercer (2007) hvor det kommer frem helsepersonell kan føle seg tryggere i seksuell rådgivning ved bruk av modellen. For en tydeligere oversikt over modellen, se vedlegg III.

I den seksuelle veiledningen er målet for dem som lever alene at de kan få hjelp til å leve godt med sin seksualitet. Mens for de med partnere kan man ha som mål at pasienten og hennes partner skal snakke åpent om seksualiteten (Borg, 2010). Å være åpen med partneren om problemene, uttrykke ønsker og behov, vil gjøre det lettere å finne andre sider ved seksuallivet som er givende i disse periodene (Brystkreftforeningen, 2014). Første forutsetning for å kunne gjenoppta seksuallivet er ifølge (Simonsen, u.å.) å våge å forsøke, men for mange er dette derimot det vanskeligste. For single kvinner kan tanken på å fortelle om brystkreften til en ny partner være skremmende. Det finnes dessuten ingen fasitsvar på hvordan dette skal fortelles. Like vel poengterer Simonsen (u.å) det å være åpen og villig til å snakke om det, og at dersom man møter en partner som er glad i en, skal en ikke være redd for å si det som det er.

Inkludering av partner eller andre viktige personer

Freysteinson et al. (2012, s. 364) skriver at personer i livet til kvinnene kan enten være støttende eller ikke. Alle kvinnene i studien hadde familie eller venner som de så på som støttende, og for mange var dette en ektefelle. Studien til Gallagher et al. (2010) støtter også dette, og en fant her at personene rundt, samt sosiale interaksjoner spiller en viktig rolle for mestring. På en annen side kan personer som står en nært også være de som sårer en mest om de ikke er støttende. Kvinnene i Freysteinson et al. (201) sin studie fortalte at mange av vennene ikke kunne hjelpe på grunn av egne problemer, men også at de kunne være frekk eller ikke brydde seg, noe som virket sårende. Likevel er det ifølge McCormack og McCance (2010, s. 28) viktig å være i en sosial kontekst, noe som er et av hovedelementene i personsentrering og bygger på at alle mennesker er sosiale vesener. Inkludering av eventuell partner kan være spesielt viktig i forbindelse med endret seksualitet og kroppsbilde. Dette fremheves i studien til Andrezejczak et al. (2012) som sier at tilfredshet med parforholdet, samt støtte og forståelse i fra partner, spiller en viktig rolle for kvinnenens anerkjennelse og

mestring i situasjonen. Partners evne til å godta forandringen er også ifølge Gjertsen (2010, s. 441) av stor betydning for pasientens akseptering. Vi ser i denne sammenheng at sykepleier bør oppmuntre kvinnene til å inkludere personer som står dem nært, da disse kan være en viktig ressurs i mestringen av situasjonen.

Brystkreftforeningen og hjelpegrupper

Før brystkreftopererte reiser hjem i fra sykehuset skal pasienten ha fått informasjon om og brosjyremateriell fra Brystkreftforeningen, samt tilbud om kontakt med en representant (Sørensen og Almås, 2011, s. 450). Av erfaring fra praksis vet jeg at en god del kvinner velger å benytte seg av tilbudet Brystkreftforeningen, men langt i fra alle. Det er da viktig at sykepleieren har kompetanse til å svare på eventuelle spørsmål fra kvinnene. På en annen side fremhever kvinnene i studien til Gallagher et al. (2010) viktigheten av å møte noen i samme situasjon etter inngrepet. Kvinnene i besøkstjenesten til Brystkreftforeningen har selv hatt brystkreft og bearbeidet vanskelighetene i etterkant (Brystkreftforeningen, u.å.), og kan dermed være en god støtte for pasienten og gi mange gode råd. En bør derfor uansett motivere kvinnene til å ta imot tilbudet. Ønsker de ikke denne kontakten kan en likevel dele ut brosjyremateriell og informasjon, dersom kontakt med foreningen skulle være ønskelig ved en senere anledning (Sørensen og Almås, 2011, s. 450). Kreftforeningens nettsider kan også være til stor hjelp og sykepleier bør informere om de ulike tilbudene som fins, blant annet muligheten for kontakt med sexologiske rådgivere (Simonsen, u.å.).

I følge Stang og Mittelmark (2009) ble det å delta i selvhjelpsgrupper sett på som en viktig kilde til informasjon. Kvinnene i selvhjelpsgruppene ble rollemodeller for hverandre, og ved å være ulike som mennesker kunne de lære av hverandre. Via nettsidene til brystkreftforeningen kan man finne frem til selvhjelpsgrupper og lokale foreninger. Brystkreftforeningen i Haugaland har for eksempel egne nettsider hvor man kan finne program over ulike aktiviteter frem til sommeren (Brystkreftforeningen Haugaland, u.å.). Når det kommer til selvhjelpsgruppene er det egne igangsettere som hjelper til med å starte opp gruppene (Brystkreftforeningen, u.å.), og en kan motivere pasientene til å komme i kontakt med disse. Kvinnene i studien til Stang og Mittelmark (2009) opplevde at de hadde økt bevissthet på deres egen styrke, evne og ressurser etter deltakelse i selvhjelpsgruppene. I følge kvinnene som deltok var selvhjelpsgruppene til stor hjelp i bedringsprosessen og de anbefalte kvinner i

samme situasjon til å delta i slike grupper, noe som kan være aktuelt å viderefremme til pasienter i samme situasjon.

Informasjon om bruk av brystprotese

Bruken av brystprotese varierer og i studien av Gallagher et al. (2010) beskriver noen av kvinnene at de bruker brystprotesen hele tiden, mens andre er mer komfortable uten. Av disse var de flere som følte at protesen var en påminnelse om det de hadde mistet, mens i en annen studie, av Glaus og Carlson (2009) skrives det derimot at bruken av protese kan hjelpe kvinnene til å glemme mastektomien og føre til et bedre kroppsbilde.

Kvinnene i Gallagher et al. (2010) sin studie hentydet at informasjonen etter operasjonen hadde vært mangelfull når det gjaldt mastektomiprodukter. Heller ikke deltakerne i Glaus og Carlson (2009) var tilfreds med informasjonen, og bare 59 % av kvinnene i studien hadde fått anbefalt en protesehandler på sykehuset. En representant fra brystkreftforeningen kan komme med informasjon og råd angående bruk av protese (Brystkreftforeningen, u.å.), men det er også sykepleiers oppgave å vite hvordan pasienten skal gå fram for å skaffe seg gode hjelpemidler (Gjertsen, 2010 s. 442). I Gallagher et al. (2010) sin studie kom det dessuten frem at servicen, utvalget og den som hjelper med prøving av protese, har mye å si for kvinnenens opplevelse av situasjonen. En må derfor kjenne til kompetente og seriøse forhandlere. På brystkreftforeningen sine nettsider kan man finne oversikt over slike forhandlere (Brystkreftforeningen, 2014).

Det er ingen hast med å skaffe en permanent brystprotese, dette med tanke på at postoperative hevelser vil reduseres og at såret skal få gro. Det kan dessuten være vanskelig for kvinnene å prøve proteser for tidlig etter operasjonen. Det er viktig at sykepleier informerer om at de har god tid til å skaffe seg protese, og at det ikke bør skje før minst fire til seks uker etter operasjonen (Sørensen og Almås, 2011, s. 448-449). På en annen side er det mange kvinner som føler seg ukomfortable eller er redde for at andre skal se at de mangler et bryst (Freysteinson et al., 2012), og en må derfor sørge for at kvinnene får med seg en midlertidig protese hjem fra sykehuset. Denne kan legges inn i bh eller festes til undertøy og kan brukes

til operasjonssåret er grodd og kvinnen føler seg klar for å skaffe en permanent protese. (Sørensen og Almås, 2011, s. 448).

Bruk av speil i den postoperative fasen

Det kan være vanskelig å akseptere at brystet er borte og erstattet med et stort arr. Mange kvinner vil ifølge Sørensen og Almås (2011, s. 449) slippe å se operasjonssåret første gang bandasjen blir skiftet og kvinnene må få venne seg til forandringene i sitt eget tempo (Gjertsen, 2010, s. 442). Det er på en annen side viktig at kvinnen har kommet over denne terskelen før hun forlater sykehuset, og en bør oppmuntre og motivere henne til dette (Gjertsen, 2010, s. 442). På denne måten kan sykepleier kan svare på spørsmål og være til støtte (Sørensen og Almås, 2011, s.449). I studien gjort av Freysteinson et al. (2012) kommer det også frem at noen av kvinnene unngikk å se seg selv i speilet flere dager etter operasjonen, enten på grunn av mangel på speil i sykehuset eller på grunn av frykt for det speilet ville vise. Som sykepleier kan man forberede kvinnene på det de kommer til å se i speilet slik at de får en bedre forståelse for hvordan operasjonsområdet vil se ut. Dette vil kunne hindre urealistiske forventninger, håp og frykt. Og selv om det å se seg selv i speilet er forbundet med vonde følelser, er det også en viktig ressurs for å hjelpe kvinnene til å se fremover og tenke at de er nødt til å like denne siden ved seg selv igjen (Freysteinson et al., 2012).

Flere kvinner forteller at de ofte ser ned mot brystpartiet eller kjenner på brystholderen, fordi de er usikre på om «alt er på plass» (Gallagher et al., 2010), speilet kan i denne sammenheng være et godt hjelpemiddel. Men det er ifølge Freysteinson et al. (2012) flere grunner til at kvinner velger å se på seg selv i speilet; på grunn av nysgjerrighet, nødvendighet med tanke på sårpleie eller det at man ønsker å se bra ut. Speilet blir i denne sammenheng brukt til å ha på sminke, fikse håret og sørge for at alt er symmetrisk. Klær og sminke kan spille en stor rolle for hvordan kvinner føler seg, og en av kvinnene i Freysteinson et al. (2012, s. 365) sin studie uttrykte det slik; «If i put my face on, I feel like a million dollars». I denne sammenheng kan man som sykepleier oppmuntre kvinnene til å bruke speilet til å gjøre ting som får dem til å føle seg bra, da dette kan være viktig for å håndtere endret seksualitet og kroppsbilde.

5.2.2 Hjelp til å finne mening

«Jeg har lært meg å finne andre verdier i livet og fokusere på andre ting» (Lundberg, 2006, s.55).

Det er en innbyrdes dynamikk mellom de tre komponentene; begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Meningsfullhet er gjerne det som har aller størst betydning, for uten mening kan man verken forstå eller håndtere de utfordringene en står ovenfor (Ilkjær, 2011, s. 728). Antonovskys (2012, s. 41) punkt om meningsfullhet dreier seg om å finne livsområder som er viktige for en, som en involverer seg i. De med høy opplevelse av sammenheng kan med dette se på situasjonen som en utfordring det er verdt å engasjere seg følelsesmessig i – en er villig til å ta utfordringen.

I stedet for å fokusere på brystet som er borte, kan en hjelpe kvinnen til å fokusere på det hun liker og er stolt over med kroppen sin. Dessuten kan tanker som setter ens liv i perspektiv, tanker om å hjelpe andre og det å tro på noe er positive tanker og kan hjelpe individer til å gå videre i livet (Freysteinson et al., 2012). Mange kvinner kan mestre situasjoner ved å sette livet i perspektiv, og kampen mot kreft er et av momentene de trekker frem. For eksempel forteller en av kvinnene i Freysteinson et al. (2012, s. 364) sin studie at hun syns operasjonsområdet ser stygt ut, og at det vil det alltid være. Men på en annen side sier hun at dette ikke plager hun, for hun var glad for å få bort kreften – «det var verdt hvert eneste sting». Vi ser her at denne kvinnen, til tross for at hun ble rammet av en alvorlig sykdom, opplevde mening i situasjonen. På en annen side uttrykte en av kvinnene i Stang og Mittelmark (2009) sin studie at hun også var glad for å være kvitt kreften i starten, men at tankene om tapet av brystet kunne komme tilbake, noe en kan gjøre kvinnene oppmerksom på.

I studien til Quintard et al. (2014) kommer det frem at kvinnene ikke var i tvil om at deres sykdom kunne forklares og utgjorde en utfordring som var vært å investere i. Det er i denne sammenheng sykepleiers oppgave å danne seg et bilde av hva som er viktig i kvinnenens liv og hvordan de kan finne mening i sin situasjon. Eksempler på meningsfulle aktiviteter kan være fysisk aktivitet eller sosialt samvær (Langeland, 2012, s. 207). For eksempel fortalte en av

kvinnene i Stang og Mittelmark (2009) sin studie at det å reise til fjellet og andre steder alene, hjalp hun til å samle krefter. Også nærhet til barna, venner, eventuell partner og kvinner i støttegrupper, kan øke følelsen av å bli bekreftet som en kvinne. Disse forholdene kan på en måte kompensere for det som er tapt (Klaeson et al., 2011). Det gjelder å hjelpe pasienten til å sette seg oppnåelige mål for kropp og seksualitet, gjerne med et annet fokus enn de tidligere har hatt; kvinnenes idealkropp trenger nødvendigvis ikke innebære to bryster, og seksualiteten trenger ikke omhandle hyppige samleier.

Med den enkelte kvinne i sentrum

Med den sykepleien som gis er det ønskelig at kvinnene skal ha det best mulig med sin kropp og seksualitet etter operasjonen, i denne sammenheng er det viktig å kjenne pasienten og hennes opplevelse av situasjonen (Kirkevold, 2011, s. 182). Som nevnt tidligere forutsetter personsentrert sykepleie blant annet at sykepleieren innehar mellommenneskelige kunnskaper, kjenner seg selv, er forpliktet til jobben og har kompetanse i situasjonen (McCromack og McCance, 2010, s. 36). Sykepleie med fokus på den enkelte kvinne krever at omsorgen som gis er original, i motsetning til å være standardisert. Og selv om avdelingen har faste rutiner for hvordan brystkreftopererte skal behandles postoperativt, er det kvinnenes egne historie som skal forme sykepleien (Kirkevold, 2011, s. 183). Miljøet hvor omsorgen gis spiller i denne sammenheng en viktig rolle (McCormack og McCance 2010, s.37). Et slikt miljø skal fremme brukermedvirkning og ta hensyn både til pasientens, organisatoriske og profesjonelle verdier. Et personale med ferdigheter som utfyller hverandre kan bidra til positive resultater hos pasientene, og i tillegg til sykepleier, lege og fysioterapeut kan for eksempel kontakt med en psykolog eller sexolog være aktuelt (Schjølberg, 2010, s.137). Et godt arbeidsmiljø kan dessuten være med på å øke pasientenes følelse av å være tilstede her og nå, som er et av hovedmomentene i konseptet for personsentrering (McCormack og McCance, 2010, s. 29). En må samtale med pasienten for å skape et klart bilde av hvilke verdier som er viktig i hennes liv og som gir mening for henne, og det er dette den personsentrerte prosessen handler om (McCormack og McCance, 2010, s. 37).

Som et resultat av den personsentrerte sykepleien vil man at kvinnene skal føle seg ivaretatt og sett som et enkelt individ. Med dette ønsker man en god relasjon mellom sykepleier og pasienten, men også at kvinnene føler en sosial tilhørighet eller relasjon, for eksempel med

hennes partner og familie. Slike relasjoner kan oppleves som god støtte og er en viktig ressurs for mestring. Gjennom å ha et godt arbeidsmiljø som legger vekt på å fremme mestringsressurser og kvinnenens muligheter til å takle kroppslige og seksuelle problemer, vil hun kunne få en følelse av være tilstede her og nå, og bli respektert for sine holdninger. Kvinnene vil gjennom personsentrert sykepleie kunne føle at de er i overensstemmelse med seg selv, til tross for de kroppslige og seksuelle utfordringene de møter. Og ved å hjelpe dem til å finne mening i det som skjer kan de lettere mestre situasjonen og nå målene de setter seg (McCromack og McCance, 2010, s. 30).

6.0 Konklusjon

Den foreliggende litteraturstudien viser at en mastektomi påvirker seksualitet og kroppsbilde i en negativ retning for flertallet av kvinnene. Tanker om operasjonsområdet, parforhold og seksualliv er ikke uvanlig etter inngrepet, og mange kvinner bekymrer seg for om partneren vil godta endringene. Likevel kommer det frem at de fleste parforhold er uendret etter fjerning av brystet. For de kvinnene som er uten fast partner, var det vanlig med usikkerhet rundt seksualitet etter inngrepet. Det viste seg også at de med en ung alder, hadde lettere for å gjenoppta seksuallivet etter operasjonen. Når det gjelder problemer relatert til endret kroppsbilde beskriver kvinnene det å leve med endret kroppsfasong, overflødig hud, hull i brystveggen, arr og nummenhet. Det var ikke uvanlig at kvinner distanserte seg fra operasjonsområdet, som et tegn på misnøye med denne delen av kroppen. Ikke alle var like påvirket av situasjonen, men mange ble opptatt av kroppspresentasjonen med tanke på sminke, klær og symmetri i brystområdet. Bekymringer for om andre kunne se at de manglet et bryst var i denne sammenheng dominerende.

Behovet for hjelp til mestring kan variere, men i lys av Antonovskys salutogene tilnærming, har kvinnene blant annet behov for hjelp til å forstå situasjonen og oppleve at hun har tilstrekkelig med mestringsressurser til å håndtere de kroppslige endringene. Kvinnene trenger støtte og informasjon etter inngrepet, og det er viktig at sykepleiere åpner for samtaler om kropp og seksualitet, og ikke lar fordommer eller frykt for manglende kunnskaper være i veien. Informasjonen som gis postoperativt må være i både muntlig og skriftlig form. I den seksuelle veiledningen er det viktig å huske på at seksualitet er mer enn samleie, og det finnes mange muligheter for sensuell og erotisk nytelse. Ved hjelp av PLISSIT-modellen kan sykepleiere føle seg tryggere i veiledningen. Støtte i fra en eventuell partner eller noen som står kvinnen nært kan være en viktig ressurs og av betydning for kvinnens akseptering. Om det er ønskelig, må en hjelpe kvinnene til å komme i kontakt med brystkreftforeningen eller andre hjelpegrupper, da det å møte andre i samme situasjon viste seg å være til stor hjelp. Informasjon om bruk av brystprotese er også viktig postoperativt, da denne kan være et viktig hjelpemiddel for å mestre endret kroppsbilde og føle seg mer kvinnelig. Også speilet viste seg å være et godt hjelpemiddel for mestring, da det ble brukt både til bytting av bandasje og til å pynte seg. Det å pynte seg og føle seg vel, viste seg å være viktig for mange.

Å finne mening og livsområder som er viktige for en, var også en viktig forutsetning for mestring. En må i denne sammenheng hjelpe kvinnene til å fokusere på det positive med egen kropp og seksualitet, eller å komme frem til tanker som kan sette livet i perspektiv. Det er viktig å finne frem til verdier som er viktig i kvinnenens liv, hvor sosialt samvær og nærhet med partner var eksempler på meningsfulle områder. Sykepleien som gis må være med den enkelte kvinne i sentrum, og dette innebærer at både sykepleieren og miljøet legger til rette for mestring. Med dette kan man oppnå at kvinnene ser på den endrede seksualiteten og kroppsbildet, som en utfordring det er vert å engasjere seg i, og dermed mestre situasjonen.

Referanseliste

Almås, E., & Benestad, E. E. P. (2006). *Sexologi i praksis* (2. Utg). Oslo: Universitetsforlaget.

Andrzejczak, E., Markocka-Mczka, K., & Lewandowski, A. (2013). Partner relationships after mastectomy in women not offered breast reconstruction. *Psycho-Oncology*, 22(7), 1653-1657. doi:10.1002/pon.3197

Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium: den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal akademisk

Bertelsen, B., Hornslien, K., & Thoresen, L. (2011). Svulster. I S. Ørn, J. Mjell & E. Bach-Gansmo (Red.). *Sykdom og behandling* (s. 123-145). Oslo: Gyldendal akademisk.

Borg, T. (2010). Seksualitet. I A. M. Reitan & Tore. Kr. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient – utfordring – handling* (3. utg., s. 121-130). Oslo: Akribe.

Brystkreftforeningen. (2014, februar). *Brystproteser*. Hentet 18. januar 2015 fra <http://brystkreftforeningen.no/om-brystkreft/brystproteser>

Brystkreftforeningen. (2014, mai). *Senskader*. Hentet 28. januar 2015 fra <http://www.brystkreftforeningen.no/om-brystkreft/senskader>

Brystkreftforeningen. (u.å.). *Besøktjenesten*. Hentet 29. januar 2015 fra <http://www.brystkreftforeningen.no/tjenester/likemannsarbeid/besokstjenesten>

Brystkreftforeningen. (u.å.). *Proteseforhandlere*. Hentet 14. februar 2015 fra <http://brystkreftforeningen.no/nyttig/proteseforhandlere>.

Brystkreftforeningen Haugaland. (u.å.). *Medlemssiden for Haugaland lokalforening*. Hentet 10. februar 2015 fra <http://ffbhaugaland.blogspot.no/>

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Freysteinson, W. M., Deutsch, A. S., Lewis, C., Sisk, A., Wuest, L., & Cesario, S. K. (2012). The Experience of Viewing Oneself in the Mirror After a Mastectomy. *Oncology Nursing Forum*, 39(4), 361-369.

Gallagher, P., Buckmaster, A., O'Carroll, S., Kiernan, G., & Geraghty, J. (2010). External breast prostheses in post-mastectomy care: women's qualitative accounts. *European Journal Of Cancer Care*, 19(1), 61-71. doi:10.1111/j.1365-2354.2008.00942.x

Gjertsen, T. (2010). Sykepleieutfordringer ved brystkreft. I A. M. Reitan og T. Kr. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient – utfordring – handling* (3. utg., s. 440-447). Oslo: Akribe.

Glaus, S., & Carlson, G. (2009). Long-term role of external breast prostheses after total mastectomy. *Breast Journal*, 15(4), 385-393. doi:10.1111/j.1524-4741.2009.00742.x

Grünfeld, Berthold. (2009, 13. februar). Seksualitet. I *Store medisinske leksikon*. Hentet 19. februar 2015 fra <https://sml.snl.no/seksualitet>.

Ilkjær, I. (2011). Livssyn, verdier og behov for åndelig omsorg. I I. M. Holter & T. E. Mekki (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: sykepleieboken 1* (4. utg., s.721-741). Oslo: Akribe.

Kirkevold, M. (2011). Karakteristika ved sykepleiepraksis – sykepleierens møte med ulike typer situasjoner. I I.M. Holter & T. E. Mekki (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: sykepleieboken 1* (4. utg, s. 175-189). Oslo: Akribe.

Klaeson, K., Sandell, K., & BerterÖ, C. (2011). To feel like an outsider: focus group discussions regarding the influence on sexuality caused by breast cancer treatment. *European Journal Of Cancer Care*, 20(6), 728-737. doi:10.1111/j.1365-2354.2011.01239.x

Klepp, O. (2014, 21. august). *Brystkreft*. I Store medisinske leksikon. Hentet 12. januar 2015 fra <https://sml.snl.no/brystkreft>.

Kreftforeningen. (u.å). *Bestill eller last ned brosjyrer*. Hentet 13. februar 2015 fra <https://kreftforeningen.no/vare-tilbud/bestill-brosjyrer/>

Kreftforeningen. (2014). *Kreft og seksualitet* [Brosjyre]. Oslo: Kreftforeningen.

Kreftregisteret. (2014). *Kreftstatistikk: Tabell 6*. Hentet fra <http://kreftregisteret.no/no/Registrene/Kreftstatistikk/>

Kunnskapssenteret. (2014). *Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning*. Hentet 16. februar fra [file:///C:/Users/Anette/Downloads/Sjekkliste%20Kvalitativ%202014%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Anette/Downloads/Sjekkliste%20Kvalitativ%202014%20(3).pdf)

- Langeland, E. (2012). Salutogenese som forståelsesramme i psykisk helsearbeid. I Å. Gammersvik & T. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie: i teori og praksis* (s. 195-216). Bergen: Fagbokforlaget.
- Laursen, B. S. (2011). Seksualitet. I I. M. Holter & T. E. Mekki (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: sykepleieboken 1* (4. utg., s. 704-720). Oslo: Akribe.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer publishing company.
- Lundberg, B. (2006). *Elsk meg! – 34 kvinner forteller om seksuallivet etter kreftoperasjonen*. Saeculum Forlag.
- McCormack, B., & McCance, T. (2010). *Person-Centred Nursing: theory and practice*. United Kingdom: Wiley-Blackwell.
- Mercer, B. (2008). Interviewing people with chronic illness about sexuality: an adaptation of the PLISSIT model. *Journal Of Nursing & Healthcare Of Chronic Illnesses*, 17(11C), 341-351.
- NHI. (2014). *Seksuell dysfunksjon i overgangsalderen*. Hentet 20. januar fra <http://nhi.no/foreldre-og-barn/foreldre/sex/seksuell-dysfunksjon-i-overgangsalderen-16989.html>
- Normannvik, E. (2014). *Brystkreft*. Hentet 10. februar 2015 fra <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/brystkreft/>

- Price, B. (1990). A model for body-image care. *Journal Of Advanced Nursing*, 15(5), 585-593. doi:10.1111/j.1365-2648.1990.tb01858.x
- Price, B. (1995). Assessing altered body image. *Journal Of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 2(3), 169-175. doi:10.1111/j.1365-2850.1995.tb00052.x
- Quintard, B., Constant, A., Lakdja, F., & Labeyrie-Lagardère, H. (2014). Factors predicting sexual functioning in patients 3 months after surgical procedures for breast cancer: The role of the Sense of Coherence. *European Journal Of Oncology Nursing*, 18(1), 41-45. doi:10.1016/j.ejon.2013.09.008
- Reitan, A. M. (2010). Mestring. I U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 2* (3. Utg., s. 74-107). Oslo: Akribe.
- Roald, B., Sauer, T., & Klepp, O. (2014, 22. oktober). Kreft. I Store medisinske leksikon. Hentet 2. februar 2015 fra <https://sml.snø.no/kreft>
- Schendorff, T., Hein, S. & Heldbjerg, K. (2006). *Bogen om brystkræft*. Viborg: Jepsen & Co.
- Schjølberg, Tore Kr. (2010). Endret kroppsbilde. I A. M. Reitan og T. Kr. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient – utfordring – handling* (3. utg., s. 131-141). Oslo: Akribe.
- Schlichting, Ellen. (2012). Sykdommer i brystene. I S. Ørn, J. Mjell & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (s. 431-442). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Sheppard, L., & Ely, S. (2008). Breast cancer and sexuality. *Breast Journal*, 14(2), 176-181

Simonsen, V. J. (u.å.). *Seksualitet*. Hentet 28. januar 2015 fra <https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/mestre-livet-med-kreft/seksualitet/>

Stang, I., & Mittelmark, M. (2009). Learning as an empowerment process in breast cancer self-help groups. *Journal Of Clinical Nursing*, 18(14), 2049-2057. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02320.x

Sørensen, E., M., & Almås, H. (2011). Sykepleie ved brystkreft. I H. Almås, D-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (4. utg., s. 439-453). Oslo: Gyldendal akademisk.

Thaler-DeMers, D. (2001). Intimacy issues: sexuality, fertility, and relationships. *Seminars In Oncology Nursing*, 17(4), 255-262.

Tveiten, Sidsel. (2012). Empowerment og veiledning: sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid. I Å. Gammersvik & T. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie: i teori og praksis* (s. 173-193). Bergen: Fagbokforlaget.

Vedlegg I: Eksempel på kildekritikk

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

Som eksempel på kildekritikk har jeg valgt å ta i bruk en sjekkliste hentet fra Kunnskapssenteret (2014). Se oppgavens referanseliste for link til nettsiden.

Som eksempel har jeg i dette vedlegget kritisk vurdert studien av Stang og Mittelmark (2009).

INNLEDENDE SPØRSMÅL

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

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?

<p>3. Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Er utvalg, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet og begrunnet? 	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Nei</p> <p><input type="radio"/></p>
<p>4. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?</p> <p>TIPS:</p> <p><i>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.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Er det gjort rede for hvem/hva som ble valgt ut og hvorfor? Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (rekrutteringsstrategi)? Er det gjort rede for hvorfor noen valgte ikke å delta? Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, osv.)? 	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Nei</p> <p><input type="radio"/></p>
<p>5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?</p> <p>TIPS:</p> <p><i>Datainnsamlingen må være omfattende nok både i bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Er metoden som ble valgt god for å belyse 	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Nei</p> <p><input type="radio"/></p>

<p>problemstillingen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. • Er måten data ble samlet inn på beskrevet (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)? • Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet? 	<p>Metoden som er valgt beskrives i studien; deltagende observasjon og fokusgruppe-intervjuer.</p> <p>Datasamling beskrives i eget avsnitt. Settingen for datasamling blir også begrunnet i studien.</p>
--	--

<p>6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</p> <p><i>TIPS:</i> 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"> • Er det redegjort for hvilken type analyse som er brukt (for eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.). • Er det tydelig redegjort for hvordan analysen ble gjennomført (f. eks. de ulike trinnene i analysen)? • Er motstridende data tatt med i analysen? • Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskeren har kommet fram til? 	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Ja</th> <th>Uklart</th> <th>Nei</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>Kommentar: I studien kommer det tydelig fram hvordan analysen ble gjennomført. Det er også en klar sammenheng mellom de data som er samlet inn og det som forskerne har kommet fram til.</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>7. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</p> <p><i>TIPS:</i> 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"> • Har forskeren gjort rede for konteksten som datainnsamlingen foregikk innenfor? • Har forskeren gjort rede for sitt teoretiske ståsted og sin faglige bakgrunn? 	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Ja</th> <th>Uklart</th> <th>Nei</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>Kommentar: Et eget avsnitt om studiens begrensninger kommer fram. Det er gjort rede for forskernes bakgrunn, teoretisk ståsted er ikke fullt så tydelig.</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>8. Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?</p> <p><i>TIPS:</i> 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 kilder gir helt likt uttrykk. Imidlertid bør slike forskjeller forklares</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Ja</th> <th>Uklart</th> <th>Nei</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>Kommentar: Hovedmomentene som er funnet i analysen, diskuteres opp mot tidligere forskning.</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>tilfredsstillende.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene? 							
<p>9. Er etiske forhold vurdert?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ble studien forklart for deltagerne (f.eks. gjennom informert samtykke)? • Dersom relevant, ble studien forelagt Etisk komite? 	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Ja</th> <th>Uklart</th> <th>Nei</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ø</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table> <p>Kommentar: Deltakerne har signert informert samtykke og studien er godkjent av etisk komité.</p>	Ja	Uklart	Nei	Ø	0	0
Ja	Uklart	Nei					
Ø	0	0					

HVA ER RESULTATENE?

<p>8. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kan du oppsummere hovedfunnene? • Ble funnene diskutert i lys av det opprinnelige formålet med studien? 	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Ja</th> <th>Uklart</th> <th>Nei</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ø</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table> <p>Kommentar: Hovedfunnene kommer klart fram og diskuteres i lys av det som er formålet med studien.</p>	Ja	Uklart	Nei	Ø	0	0
Ja	Uklart	Nei					
Ø	0	0					

KAN RESULTATENE BRUKES I MIN PRAKSIS?

<p>Hvor nyttige er funnene fra denne studien?</p> <p>TIPS: 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"> • Kan resultatene hjelpe meg til bedre å forstå sammenhengen jeg arbeider i? • Drøft hvordan funnene kan utvide eksisterende kunnskap og forståelse? 	<p>Kommentar: Studien er aktuell for min bacheloroppgave da den tar for seg viktigheten av selvhjelpsgrupper og det å snakke med noen i samme situasjon. Dette vil også være et viktig poeng i min oppgave.</p>
--	--

Vedlegg II: Søkeprosessen

Tema for søking: Seksualitet, kroppsbilde og mestring etter mastektomi.

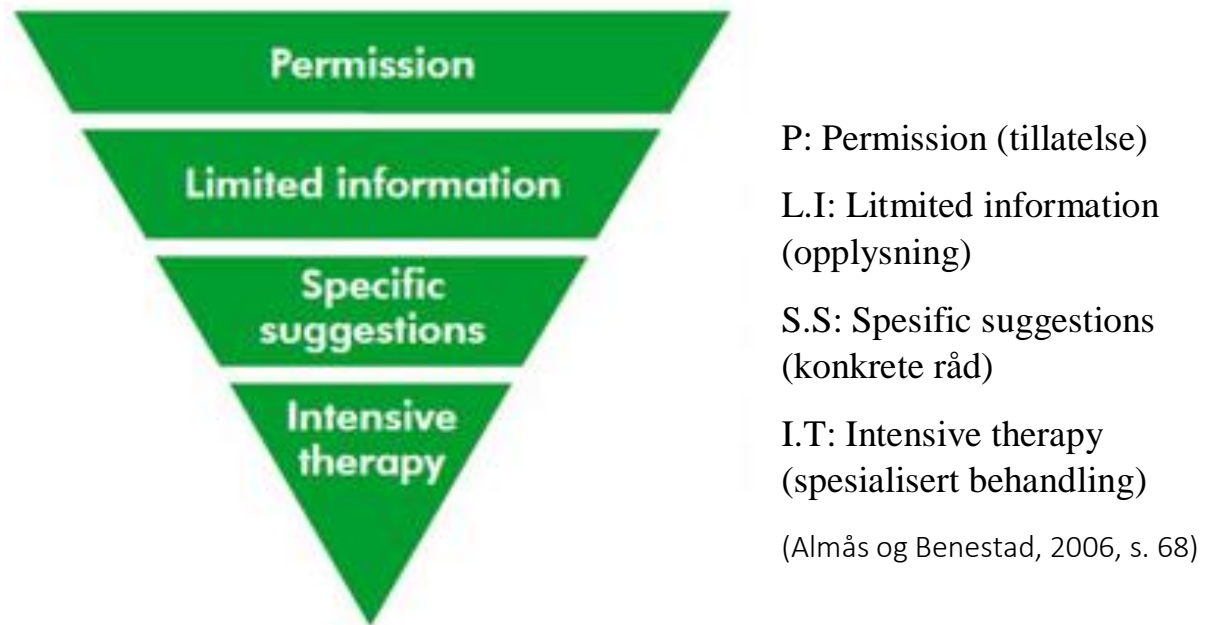
Database for søk: CINAHL. For å utvide søket har jeg tatt i bruk engelske søkeord.

Søk	Søkeord	Avgrensing	Antall treff	Leste artikler	Artikler inkludert som hovedartikler i oppgaven	Relevans for oppgaven
1	Mastectomy		3093			
2	Mastectomy + nursing + body image	Full text	16	1		
3	Post mastectomy	2010 – 2014	89	2	<i>External breast prostheses in post mastectomy care: women's qualitative accounts</i>	Aktuell å ta med da den omhandler bruken av protese etter inngrepet.
4	Mastectomy + sexuality	Full text 2008 – 2014	11	2	<i>Partner relationships after mastectomy in women not offered breast reconstruction</i>	Studien utforsker forholdet med partner etter inngrepet.
5	Sexuality + Breast cancer	2010 – 2014 English	88	2		
6	Mastectomy + Body image	2010 – 2014 English	47	1		
7	After mastectomy	Full text English	86	2	<i>The experience of viewing oneself in the mirror after a mastectomy</i>	Studien tar for seg møtet med, og bruken av speilet etter en mastektomi.
8	Empowerment + Mastectomy		2	1	<i>Learning as an empowerment process in breast cancer self-help groups</i>	Aktuell å ta med da den tar for seg viktigheten av å møte andre i samme situasjon.
9	Sense of coherence + breast cancer		22	1	<i>Factors predicting sexual functioning in patients 3 months after surgical procedures for breast cancer: The role of the Sense of Coherence</i>	Tar for seg seksuallivet til kvinner etter inngrepet, I tillegg til å ta for seg betydningen av opplevelse av sammenheng.

Vedlegg III: PLISSIT-modellen

Av Jack Annon 1976.

Modellen er formet som en trakt, med hensikt å sortere problemer fra toppen mot bunnen (Almås og Benestad, 2006, s. 67).



Figur: PLISSIT-modellen hentet fra Macmillan:

<http://www.macmillan.org.uk/Images/AboutUs/HealthProfessionals/Newsandupdates/MacVoice/PLISSITModel.jpg>

Tillatelse: Gi pasienten tillatelse til å snakke om sin seksualitet gjennom å anerkjenne pasientens seksuelle behov og problemer (Laursen, 2011, s. 716).

Opplysning: En gir her begrenset informasjon til pasientene på bakgrunn av egne kunnskaper. Informasjonen kan være skriftlig eller muntlig (Laursen, 2011 s. 716).

Konkrete råd: Sykepleier går her mer i dybden på situasjonen og snakker med pasienten om situasjonen (Laursen, 2011, s. 716). Nivået omfatter å komme med konkrete forslag til hva som kan hjelpe på situasjonen (Almås og Benestad, 2006, s. 69).

Spesialisert behandling: Problemer som krever mer spesialisert behandling enn de tre første nivåene i modellen (Almås og Benestad, 2006, s. 69). Dette nivået involverer spesialister og sexologer (Laursen, 2011, s. 716).