



# Høgskulen på Vestlandet

## Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKSB3001

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	14-04-2022 09:00	<b>Termin:</b>	2022 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	28-04-2022 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave )		
<b>Flowkode:</b>	203 SYKSB3001 1 PRO-1 2022 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	412
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Tittel *:</b>	Mastektomi - behovet for seksuell veiledning
<b>Antall ord *:</b>	8940

**Egenerklæring \*:**  Ja  Nei  
**Inneholder besvarelsen konfidensielt materiale?:**

Jeg bekrefter at jeg har  Ja  
registrert  
oppgavetittelen på  
norsk og engelsk i  
StudentWeb og vet at  
denne vil stå på  
uitnemålet mitt \*:

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? \*

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? \*

Nei



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGÅVE

Mastektomi – behovet for seksuell veiledning

Mastectomy – the need for sexual guidance

**Kandidatnummer: 412**

SYKSB3001 – Sjukepleie, forskning og fagutvikling

Fakultet for Helse- og sosialfag

Innleveringsdato: 28.04.22

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

*«Courage is not the absence of fear, but rather the judgement that something else is more important than fear»*

*(James Neil Hollingworth, 1991)*

## **SAMANDRAG:**

### Mastektomi – behovet for seksuell veiledning

**Bakgrunn:** Brystkreft er den hyppigaste kreftformen blant norske kvinner, og rammer ca 3000 kvinner årleg. Kirurgi er den vanlegaste behandlingsformen, der mastektomi blir utført dersom bevaring av brystet ikkje er mogleg eller bør fjernast. Etter operasjonen vil kvinna ha eit bryst og eit synlig arr. Å miste eit bryst vil påverke sjølvbilete og kroppsbilete, og vil vere ein stor belastning for kvinna. Som sjukepleiar er det ein nødvendighet å ha kunnskap og forståelse for sjukdommen, for å kunne gi god sjukepleie.

**Problemstilling:** Korleis kan ein som sjukepleiar fremme mestring ved seksuell helse hos kvinner som har fått utført mastektomi som behandling til brystkreft?

**Metode:** Oppgåva er ein systematisk litteraturstudie, som er bygd opp av fire forskningsartiklar, pensum og eigenval av sjukepleiefagleg litteratur.

**Resultat:** Mastektomi påverker kvinners følelse av feminitet, kroppsbilete og seksualitet. Funna i studiene viser at flesteparten av kvinnene hadde ein negativ reaksjon på kroppen etter mastektomi og hadde behov for meir informasjon. Kvinnenes reduserte kroppsbilete førte til endring i den seksuelle helsa og usikkerhet i forhold med eventuell partner, hos nokre kvinner førte det også til isolasjon.

**Konklusjon:** På tross av ulik kultur og land påverkes kroppsbiletet hos dei fleste kvinner etter mastektomi. Eit dårligare kroppsbilete førte til konsekvenser for kvinna og det påverka også dei rundt. Det er viktig for sjukepleiar å behandle kvinnene på ein individuell måte, for å samle kunnskap, og derfor finne utav informasjonsbehovet.

**Nøkkelord:** Brystkreft, mastektomi, seksuell helse, mestring

## **SUMMARY:**

### Mastectomy – the need for sexual guidance

**Background:** Breast cancer is the most common cancer diagnosis among women in Norway, and affects about 3000 women annually. Surgery is the most common form of treatment, where mastectomy is performed if preservation of the breast is not possible or should be removed. After the operation, the woman will have one breast and a visible scar. Losing a breast will affect the self-image and body image, it will also be a great burden for the woman. As a nurse, it is a necessity to have knowledge and understanding of the diagnosis, in order to provide good nursing.

**Research question:** How can a nurse promote mastering the sexual health in women who have had mastectomy performed as a treatment for breast cancer?

**Method:** The thesis is a systematic literature study, built up by four research articles, syllabus and self-chosen nursing literature.

**Results:** Mastectomy affects women's sense of femininity, body image and sexuality. The findings in the studies show that most of the women had a negative reaction on the body after mastectomy and a need for more information. The women's reduced body image led to a change in the sexual health and uncertainty / insecurity in relation to a possible partner, and in some women, it led to isolation from others.

**Conclusion:** Despite different cultures and countries, the body image of most women is affected after mastectomy. A poorer body image led to consequences for the woman, and it also affected those around her. It is important for nurses to treat the women in an individual way, to gather knowledge, and therefore find out the need for information.

**Keywords:** Breast cancer, mastectomy, sexual health, mastering

# Innholdsliste

1.	Innleiing .....	1
1.1	Bakgrunn for val av tema.....	1
1.2	Problemstilling.....	2
1.3	Avgrensing og presisering .....	2
1.4	Definisjon av begrep .....	2
2.	Teori .....	3
2.1	Brystkreft .....	3
2.2	Mastektomi .....	4
2.3	Seksuell helse.....	4
2.4	Mestring .....	6
2.5	Sjuepleieteori .....	6
3.	Metode.....	8
3.1	Val av metode .....	8
3.2	Søk og søkehistorikk.....	8
3.3	Kriterier for inkludering og ekskludering .....	9
3.4	Metodekritikk.....	10
3.5	Kjeldekritikk .....	11
4.	Resultat.....	12
4.1	Artikkel 1 .....	12
4.2	Artikkel 2 .....	12

4.3	Artikkel 3 .....	13
4.4	Artikkel 4 .....	13
4.5	Hovudfunn i forskningsartiklane .....	14
5.	Diskusjon.....	15
5.1	Endring av kroppsbilete hos kvinner etter mastektomi.....	15
5.2	Kva fremmer god seksuell helse etter mastektomi?.....	17
5.3	Sjuepleiarens rolle i samtale om seksualitet etter mastektomi.....	19
6.	Konklusjon .....	22
6.1	Sjuepleie i møte med kvinna.....	23
6.2	Forslag til vidare forskning.....	23
	Referansar.....	24
	Vedlegg .....	28
	Vedlegg 1 – Tabell over inkluderte forskningsartiklar (Litteraturmatrise).....	28
	Vedlegg 2 – Tabell over søkehistorikk .....	30
	Vedlegg 3 – Sjekkliste for vurdering av kvalitativ studie.....	32



# 1. Innleiing

I denne bacheloroppgåva har temaet brystkreft blitt vald. Innleiinga vil presentere bakgrunnen for val av tema, problemstilling, avgrensing og presisering og deretter ein definisjon av begrep.

## 1.1 Bakgrunn for val av tema

Brystkreft er ein kreftform som kan ramme både kvinner og menn. Denne kreftformen oppstår i brystvevet, der cellene i brystet har begynt å vokse på ein unormal måte som skaper svulster (tumor). Desse svulstene kan vere godarta (benign) eller ondarta (malign). Rundt 3500 kvinner i Noreg får årleg påvist denne kreftformen, noko som også gjer den til den hyppigaste kreftformen hos kvinner. I følge kreftforeningen (2021) vil ein av 12 norske kvinner utvikle brystkreft gjennom livet sitt. I 2020 fekk 3455 mennesker brystkreft i Noreg, der 3424 var kvinner og 31 var menn.

Brystkreft er ein sjukdom der overlevelsen har auka. Ein brystkreftdiagnose er skremmande (Kristoffersen, 2016, s. 274). Det er alltid risikoen med å ikkje bli frisk, eller å få tilbakefall. Ein vil alltid ha ein usikkerhet rundt det sjølv om ein er frisk. Brystkreft er ein utbredt sjukdom i Noreg, og sjukepleiarar vil komme i den situasjonen der dei møter kvinner og menn som går gjennom eller har gått gjennom sjukdommen. Som sjukepleiar er det ein nødvendighet å ha kunnskap og forståelse for sjukdommen, for å kunne gi god sjukepleie.

Dette temaet blei vald til bacheloroppgåva ettersom at brystkreft blir opplevd både i jobbsamanheng og i privatsamanheng. Det å møte personar med denne sjukdommen sett eit sterkt inntrykk på eit menneske, noko som gjer at ønsket om informasjon oppstår. Denne bacheloren vil også bli skrevet på grunn av eit ønske om å auke informasjon og kunnskap om temaet blant sjukepleiarar og anna helsepersonell generelt. I sjukepleiarstudiet vil ein ikkje bruke lang tid på brystkreft eller behandling til brystkreft. Ein må sjølv studere pensum for å skaffe informasjon og kunnskap på emnet. Korleis ein skal kunne støtte og vise omsorg for mennesker som har vore gjennom behandlinga er noko som ikkje blir gått særleg innpå, då spesielt innanfor den seksuelle helsa og seksualiteten hos kvinner. Håpet er at denne bacheloren derfor skal kunne bidra til at også sjukepleiarar generelt skal kunne få ei oversikt over dette.

## 1.2 Problemstilling

Sjuepleie ved brystkreft – Korleis kan ein som sjukepleiar fremme mestring ved seksuell helse hos kvinner som har fått utført mastektomi som behandling til brystkreft?

## 1.3 Avgrensing og presisering

I oppgåva har det blitt vald å gjere nokre avgrensingar for å finne reelle svar på problemstillinga. Det første som vil bli presisere er at oppgåva skal fokusere på kvinner. Noko anna som også ønsker å presisere er at pasientane har vore gjennom mastektomi (fjerning av bryst). Denne pasientgruppa har blitt vald ettersom at det å skulle vere intim etter ein gjennomgått brystkreft, kan vere forskjellig for dei som har fjernet bryst(ene) og dei som ikkje har fjernet. Det brystkreft pasientar ofte får eit endra kroppsbilete etter gjennomført mastektomi er eit sentralt tema. Det har også blitt vald å ikkje ta med dei pasientane som har fått utført ein bryst rekonstruksjon.

Ettersom at dette er ein bachelor i sjukepleie, vil oppgåva skrivast ut i frå ein sjukepleiars perspektiv. Sjukepleiar kan ha mange ulike oppgåver, og i denne oppgåva har det derfor blitt vald å fokusera på sjukepleiaren som støttespelar. Dette vil vera relevant i forhold til oppgåva, ved at oppgåva fokusere på kvinner som har gjennomgått brystkreft og har eit ønske om å vere intim med ein partner. Fokuset vil vera på korleis ein skal vere ein støttespelar for pasienten.

## 1.4 Definisjon av begrep

**Seksuell helse** blir definert som det fysiske, psykiske, emosjonelle og sosiale velværet relatert til seksualitet (Helsedepartementet, 2021). Seksuell helse trenger ein positiv og respektfull tilnærming til seksualitet og seksuelle forhold (WHO, 2006).

**Seksualitet** er ein sentral del av det å vere menneske. Seksualitet omfattar både samleie, kjønnsidentitet og kjønnsroller, seksuell orientering, erotikk, nytelse, intimitet og reproduksjon (WHO, 2006). Det blir erfart og uttrykt i mange ulike dimensjonar, og blir påverka av samspelet av ulike faktorar.

**Mastektomi** er ein operasjon der heile brystkjertelen fjernes (Stubberud et al., 2017, 442).

**Mestring** handlar om korleis individet har evne til å tilpasse seg ein ny situasjon og påverke den oppståtte situasjonen (Helsedepartementet, 2017).

## 2. Teori

Denne delen presenterer det teoretiske perspektivet som blir brukt i oppgåva. Første del handlar om brystkreft og informasjon, andre del tar for seg behandlingsmetoden mastektomi, som leder opp til tredje del som omhandlar seksuell helse og seksualitet. Deretter er det ein del om mestring og siste del viser til relevant sjukepleiarteoretikar.

### 2.1 Brystkreft

Cancer mammae, den latinske betegnelsen på brystkreft, er den kreftformen som er størst utbredt i både Noreg og internasjonalt i verda (Sørensen et al., 2017, s. 437). Brystkreft er ein diagnose der ein ondarta svulst er i brystkjertelen (Sørensen et al., 2017, s. 438). Det er ein kreftform som rammer både kvinner og menn, sjølv om det er svært sjeldan at menn rammes. Brystkreft er kreftformen som blir forska mest på i dagens samfunn – dette har ført til at dei ofte oppdagast tidlig (Sørensen et al., 2017, s. 437). Ved tidligare oppdagelsar vil ein med stor sannsynlighet finne ein mindre svulst, som igjen vil gi betre prognosar.

Den som oftast får denne typen kreftdiagnose er ei «frisk» kvinne, som ofte er utan symptom og ikkje er sjuk (Sørensen et al., 2017, s. 437). Når ein er frisk og ikkje føler seg sjuk kan det vere vanskeleg å sette seg inn i rolla som pasient. Dette kjem ofte av at det føles som ein trussel og ikkje passer inn i livet hennar. Når ein får påvist brystkreft kjem ein inn i eit pakkeforløp, dette pakkeforløpet sørger for at ein får eit effektivt behandlingstilbod som er forutsigbart og som ein føler seg trygg i (Helsedirektoratet, 2016).

Når ein kreftdiagnose blir stilt, vil informasjon og kunnskap vere essensielt for både pasient og pårørande. Ved å få rett type informasjon ut i frå pasientens ønsker og behov som er individuelt tilpassa til den enkelte kan ha mykje å sei for livet under og etter. Dette kan gi pasienten moglegheit til å få kontroll over livet sitt igjen (Sørensen et al., 2017, s. 438).

Brystkreft blir klassifisert i ulike stadier: I, II, III og IV. Klassifiseringa baserer seg på kvar i sjukdommens stadie ein er i. Det går ut i frå størrelse på svulst og om det er spreidd vidare. Klassifisering vil ha vidare betydning for val av behandlingsstrategi (Sørensen et al., 2017, s. 438). Den behandlinga som er viktigast for brystkreft er kirurgi, enten åleine eller saman med cytostatika, stråling eller endokrin behandling (Sørensen et al., 2017, s. 442).

## **2.2 Mastektomi**

Ablatio mammae, den latinske betegnelsen for mastektomi, er ein operasjon der ein fjernar heile brystkjertelen (Sørensen et al., 2017, s. 442). Denne operasjonen blir gjennomført der operasjon for å bevare brystet ikkje er mogleg eller bør gjerast. Mastektomi kjem frå orda mast, som i dette tilfelle viser til brystkjertel, og ektome, som viser til utskjering, - som er gresk (Engstrøm, 2021). Brystet blir fjerna kirurgisk, men muskulaturen mellom toraks og brystkjertelen blir beholdt (Sørensen et al., 2017, s. 442). Etter operasjonen vil kvinna ha eit flatt bryst og eit synleg arr dersom dei ikkje ønsker rekonstruksjon. Det vil gi eit forandra bilete på seg sjølv, og kan føre til at kvinna føler på mindreverd og mista identitet (Sørensen et al., 2017, s. 446). Bryster blir ofte sett på som ein viktig del av kvinnes seksuelle identitet, og å miste eit bryst kan føre til følelsen av å ikkje vere fullverdig.

Når det skal tas eit val om tilleggsbehandling eller etterbehandlingar, vil det baserast på ulike faktorar (Sørensen et al., 2017, s. 443). Dei ulike behandlingane kan føre med seg biverknader som kan påverke kvinna. I følge Helsedepartementet (2017) vil 90% av dei som er operert for brystkreft bli anbefalt ein tilleggsbehandling.

## **2.3 Seksuell helse**

Seksuell helse handlar ikkje bare om det fysiske, det definerast av både det fysiske, psykiske, emosjonelle og sosiale velvære som er knytta til seksualitet (Helsedirektoratet, 2021). God seksuell helse er ein ressurs i livet, som vil bidra til å fremme mestring og livskvalitet hos den individuelle. Det viser til at dysfunksjon, sjukdom eller svakhet ikkje trenger å vere noko hindring for å ha god seksuell helse. Seksualitet er grunnlaget for åtferd og utfall knytt til seksuell helse. Utan seksualitet kan ikkje seksuell helse verken definerast, forstås eller utførast (WHO, 2006).

Seksualitet baserer seg på blant anna kjønnsidentitet. Kjønnsidentitet er den individuelle opplevinga ein har av sitt eige kjønn (Gamnes, 2016, s. 388). Identitet går ut på at observasjonar og vurderingar ein tar av seg sjølv er det som gjer at ein opplever seg som seg sjølv (Solvoll, 2016, s. 107). Den følelsen ein får av å vere unik. Identitet kan gå frå å vere noko positivt og ein god oppleving, til å vere noko trist og sårbart (Solvoll, 2016, s. 108). Kroppen er ein viktig faktor i identitet og eigenverd. Det er den delen som er synligast av kvart enkelt menneske. Når det skjer ein endring i kroppens utsjånad eller korleis den fungerer kan det føre til ein følelse av skam eller negative følelsar (Solvoll, 2016, s. 115). Det kan påverke den totale kjønnsidentiteten og opplevinga av dette, som igjen kan ha påverknad på det seksuelle sjølv. Det seksuelle sjølv handlar om betydinga for kjønnsrelaterte fenomen (Solvoll, 2016, s. 116).

Eit sjølvbilete eller sjølvtilitt basere seg på både det fysiske sjølv og det personlege sjølv. Det er knytt til behovet ein har for psykisk integritet (Kristoffersen, 2016, s. 46). Det å kunne ha og utvikle eit positivt sjølvbilete, er eit behov alle menneske har. Eit positivt sjølvbilete handlar om å vite kven ein er, og det å føle seg hel. Når mennesker rammes av sjukdom, svikt i helse eller ein følelse av tap, vil sjølvbilete bli påverka. Kroppsbilete og kroppsfølelse handlar om mennesket sin opplevelse av sin eigen kropp og kva førestillingar ein har rundt kroppen. Det fysiske sjølv handlar om både kroppsbilete og kroppsfølelse. Kroppsfølelse er dei indre opplevelsane som kroppen gir, medan kroppsbilete består av vurderingar om vår eigen kropp og følelsar knytt til dei vurderingane (Kristoffersen, 2016, s. 46-47). Det personlege sjølv består av det moralske eller etiske sjølv, idealsjølv og sjølvkonsistensen (Kristoffersen, 2016, s. 46). Det moralske eller etiske sjølv viser til verdisystemet og moralen ein har (Kristoffersen, 2016, s. 47). Idealsjølv er det som viser kva idealer og ønsker ein har. Begrepet sjølvkonsistens handlar om opplevinga av å vera i einighet med seg sjølv. At reaksjonar er lik opplevinga i situasjonar som oppstår. Når faktorar i sjølvbilete vert påverka, kan det føre til at sjølvbilete blir meir positivt eller negativt. Når det skjer noko ved kroppen, kan det føre til at kroppsbilete vert negativt, som igjen kan påverke idealsjølv og sjølvkonsistensen. I dette tilfelle kan ein mastektomi føre til ein endring i kroppsbilete, som kan føre til usikkerhet og negative opplevingar, som igjen kan påverke den seksuelle helsa til det enkelt individet.

Eit nyttig kommunikasjonsverktøy i seksuell veiledning er PLISSIT-modellen (Borg, 2013, s. 126). Modellen har fire ulike trinn, som skal hjelpe sjukepleiar med å forhalde seg til seksuelle problemar (Gamnes, 2016, s. 399). Første trinn handlar om å gi pasienten

moglegheit til å snakke om den seksuelle helsa si, medan trinn to handlar om å gi begrensa informasjon og ha samtale rundt seksuell helse (Gamnes, 2016, s. 400). Det er på dette nivået helsepersonell kan hjelpe pasient med å unngå misforståelsar. Tredje trinn handlar om å gi spesifikke forslag, for å kunne hjelpe pasienten med å ha eit godt seksualliv (Borg, 2013, s. 128). Fjerde trinn er intensiv terapi, pasientane blir då henvist vidare til spesialist (Borg, 2013, s. 130).

## **2.4 Mestring**

Mestring baserer seg på korleis menneske tar tak i dei livssituasjonane dei møte for å kunne finne meininga i livet igjen (Renolen, 2015, s. 142). Det å bruke dei indre ressursane og handlingsevnene for å kunne kontrollere og møte situasjonen som dei står i. Begrepet mestring består av tankar, følelsar og åtferd ein har. Det å mestre handlar om korleis mennesket møte ein psykologisk stressituasjon. Stress kjem frå korleis den individuelle personen analyserer situasjonen. Helse er avhengig av korleis enkeltpersonen mestrer verden rundt (Renolen, 2015, s. 97-98). Kristoffersen (2016) viser at mestring og mestringstenkning er ein del av fleire sjukepleiarteoriar (s. 19).

Teorien til Aaron Antonovsky om salutogensese tar for seg korleis ein kan identifisere personlege og allmenne motstandsressursar, og bruke desse til å fremme mestring i krevande situasjonar (Renolen, 2015, s. 162). Salutogenese viser til betydinga av «det som produserer helse» (Renolen, 2015, s. 116). Ein salutogen tilnærming viser enkeltmennesket sin evne til å mestre situasjonar, muligheit og ressursar (Renolen, 2015, s. 167). Denne tilnærminga får ein til å fokusere på faktorar som kan bidra til å fremme vegen mot helse.

## **2.5 Sjukepleieteori**

Ein sjukepleieteori er det som utgjer eit rammeverk for utvelgelse og organisering av informasjon ein tillegner seg frå omgivnadane (Kristoffersen, 2016, s. 21). Dette er teoriar som sjukepleiarar gjennom tidene har utvikla for å kunne identifisere og beskrive sentrale sjukepleiarfenomen, slik at sjukepleiarens funksjonsområde blir tydeleg. Teoriane har ei sentral rolle i det å skape og utvikle teoriar innanfor fagområdet.

Joyce Travelbee var ein sjukepleiar frå Amerika som arbeida innanfor psykiatri. Travelbee

publiserte ein sjukepleiarteori i 1966 som retta oppmerksomheita mot dei mellommenneskelege aspekta ved sjukepleie. Ho var ein av dei som meinte at samhandling er viktig i relasjonen mellom pasient og sjukepleiar (Kristoffersen, 2016, s. 22). Det å samhandle er ein forutsetning for å kunne ivareta pasientens behov for sjukepleie, og at kvaliteten på denne avhenger av den kontakten sjukepleiar har med pasienten. Travelbee viser kor viktig det er å ha ein relasjon som baserer seg på at begge parter er likeverd og at det er gjensidighet – som bidrar til å etablere eit mellommenneskeleg forhold (Kristoffersen, 2016, s. 22-23). Det forholdet som baserer seg på menneske-til-menneske er eit såkalla brudd med det den medisinske orienteringa viser og ei dreining på dei humanistiske verdiane (Kristoffersen, 2016, s. 23).

Travelbee sin sjukepleiarteori viser aspektar ved kva sjukepleie er, korleis pasientens situasjon er og sjukepleiarens rolle og metodar (Kristoffersen, 2016, s. 26). Travelbee ville sjølv ikkje brukt desse begrepa ettersom at ho tar avstand frå det å generalisere oppfatningar, og fokuserer på det å behandle mennesker som unike. Det blir framleis brukt for å vise sider ved sjukepleieteorien. Sjukepleie er ein mellommenneskeleg prosess som gir hjelp ved sjukdom og lidelse, samt å ha fokus på aspektet og på pasientens opplevelse av å vere sjuk. For å kunne gi hjelp til pasienten, må ein forstå at pasienten er i ein situasjon der ein opplever ulike grader av lidelse og mangel på mening. Sjukepleiaren vil då ta i bruk ei terapeutisk rolle, som vil vere med på å skape eit forhold og bidra til akseptering av sårbarhet som menneske og å bevare håp.

Joyce Travelbee viste i teorien ho skreiv at god helse ikkje baserer seg på om ein har sjukdom eller er frisk. Mennesket si helse vil basere seg på kor sjuk eller frisk det individet føler seg (Kristoffersen, 2016, s. 29). Kommunikasjon er ein prosess der menneske formidle sine tankar og følelsar til kvarandre, der ein viser seg sjølv og sin personlighet for å fremme ein ønska forandring hos pasienten (Kristoffersen, 2016, s. 35). Sjukepleiaren vil benytte ein målretta intellektuell tilnærming for å kunne hjelpe den sjuke og lidande med å mestre sin situasjon, og muligens finne ei mening med situasjonen. I denne oppgåva er Joyce Travelbee sin sjukepleiarteori ein viktig del av det å kunne bidra til å drøfte og muligvis løyse problemstillinga.

## 3. Metode

I denne delen vil val av metode bli presentert først, deretter søk og søkehistorikk. Deretter presenteres inkluderings- og ekskluderingskriterier, metodekritikk og til slutt kjeldekritikk.

### 3.1 Val av metode

Metode er ein innsamlingsmetode som blir brukt som hjelp til å samle inn ulike data eller informasjon (Dalland, 2021, s. 54). Det finnes ulike metodar, som ofte blir brukt om ein annan. Hovudforskjellen ved metodane kvalitativ og kvantitativ er korleis ein har samla inn data (Dalland, 2021, s. 56). Kvantitativ metode samlar data som er av målbar enhet, medan kvalitativ metode samlar inn data som ikkje er målbare – slik som meningar og opplevingar (Dalland, 2021, s. 54).

Med bakgrunn i retningslinjer for bacheloroppgåva ved studiestad, er val av metode ein litteraturstudie. Ein litteraturstudie er ein studie som har gjennom systematisk metode samla kunnskap frå ulike skriftlege kjelder (Thidemann, 2019, s. 77). Det vil bli samla inn litteratur frå pensum, eigenvald litteratur og fag- og forskningsartiklar. Litteraturstudie samlar data frå eksisterande faglitteratur, forskning og teoriar. Problemstillinga vil vise kva ein ser etter, som igjen vil påverke dataene ein finn (Dalland, 2021, s. 199). Ein studie som er basert på ei litterær tilnærming vil gi eit bredt spekter av opplevingar, ikkje bare frå pasientar, men også frå helsepersonell (s. 203).

Forskningslitteraturen vil bli henta frå databasane Cinahl, Academic Search Elite, Medline og Pubmed. Det vil bli benytta fire forskningsartiklar i oppgåva, og tabell over dei som er inkludert er vedlagt som *vedlegg 1*.

### 3.2 Søk og søkehistorikk

I søkeprosessen har det blitt benytta PICO-skjema. Dette skjemaet gir struktur og vil klargjer problemstillinga for litteratursøk, utvelgelse og ein kritisk vurdering av funna (Helsebiblioteket, 2016). Til slutt blei søkeorda breast cancer, cancer mammae, masectomy, ablatio mammae, breast removal, sexuality, sex, sexual health, og body image vald ut. Søkeorda blei sett saman i ulike kombinasjonar i fleire ulike søk. Etter søket blei det brukt



inkluderings- og ekskluderingskriterier for å ekskludere innan funnet. Tabell over søka ligg som vedlegg 2.

**PICO-skjema:**

<b>P – population/problem</b>	<b>I - Intervention</b>	<b>C - Comparison</b>	<b>O - Outcome</b>
Breast cancer Cancer mammae Breast tumor Women	Mastectomy Ablatio mammae Breast removal		Sexual health Sexuality intimacy Body image Experience

**3.3 Kriterier for inkludering og ekskludering**

For å kunne tydeliggjera søkemetoden i litteraturstudien, vil ein benytte inkluderingskriterier og ekskluderingskriterier. Ved å tydeliggjera søket, vil ein kunne avgrense mengda litteratur ein oppdagar (Thidemann, 2019, s. 83). Dette vil gjer at ein vil finne kunnskap på ein meir hensiktsmessig måte. Inkluderingskriterier er det som viser kva som må vere med for at artiklar skal bli vurdert i søkeprosessen. Ekskluderingskriterier er det som gjer at artiklar ikkje vil bli vurdert i ein søkeprosess.

<b>Inkludering</b>	<b>Ekskludering</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Må ha gjennomgått mastektomi</li> <li>- Erfaring frå kvinner</li> <li>- Pasientperspektiv</li> <li>- Fagfellevurdert vitenskapleg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ikkje gjennomgått mastektomi</li> <li>- Erfaring frå menn</li> <li>- Publisert tidligare enn 2012</li> </ul>

tidsskrift - Artiklar på anten norsk, svensk, dansk eller engelsk - IMRaD - Publisert i løpet av dei siste 10 år	- Artiklar som ikkje er fagfellevurdert
---	---

### 3.4 Metodekritikk

I denne oppgåva er litteraturstudie relevant som metode i forhold til retningslinjene som har vore gitt. Ein kan reflektere rundt om dette er den rette metoden for å samle inn data. Om det er den metoden som har den ideelle framgangsmåten og som er praktisk gjennomførbar (Dalland, 2021, s. 56). Ei litteraturstudie gjer det mogleg for helsepersonell å holde seg oppdatert på dagens forskning – den er basert på forskning som er utført av erfarne helsepersonell og som er fagfellevurdert.

Søkeord som skal brukast i søkeprosessen er det som avgjer kva artiklar ein finner. Søkeorda som har blitt benytta i denne oppgåva kan ha bidratt til at feil type artikkel har dukka opp eller at ein ikkje har gjort funn av ein artikkel som hadde vore essensiell for oppgåva – men det kan også ha bidratt til at resultatet av artiklar var det beste utkomme. Det å velje søkeord er ein omfattande prosess. Det kunne ha blitt vald fleire søkeord, samstundes kan det vere at det er gode søkeord som har blitt vald.

Artiklane som har blitt benytta er skrevet på engelsk. Det kan derfor ha blitt gjort feil i oversetting eller at informasjon har gått tapt. Dette kan igjen ha ført til at noko av innhaldet i artiklane kan ha blitt tolka på ein annan måte enn det som var meint av forskerane.

Bøkene som har blitt tatt i bruk gjennom oppgåva er henta frå tidligare pensum lister ved sjukepleiarstudiet på Høgskulen på Vestlandet (HVL) Stord. Søk i Oria, HVL sitt elektroniske bibliotek, etter relevant litteratur har også blitt gjort. Dei ulike pensum bøkene har blitt gjennomgått for å sjå etter litteratur som var relevant og som kunne belysa problemstillinga.

I oppgåva har det blitt benytta eksisterande forskingsstudier, som har anonymisert studiedeltakarane. Oppgåva har blitt skrevet i tråd med dei etiske retningslinjene ved fakultetet for helse-og sosialvitenskap ved HVL (Høgskulen på Vestlandet, 2022), og gjeldande lovverk, nasjonale og internasjonale forskningsetiske prinsipp har blitt overhaldd.

Alle artiklane som er benytta har etisk godkjenning – sjå vedlegg 1: litteraturmatrise. Etisk godkjenning vil bety at forskinga dei har utført skjer i henhold til etiske normer (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2018)

### 3.5 Kjeldekritikk

Artiklane som har blitt inkludert er ikkje eldre enn 10 år, ettersom at eldre forskning kan vere utdatert. Grunnen til at det kan vere utdatert er at fagområder som dette stadig er under utvikling (Dalland, 2019, s. 155). Det vil ikkje bety at all eldre forskning er utdatert, mykje forskning kan vere like relevant nå som då dei blei publisert.

Ved å studere artiklane ser ein at kvar enkelt har utforma hensikta med forskinga på forskjellige måtar, samstundes ser ein likheita ved dei. Fokuset handlar om oppfatningar kvinner har etter mastektomi og det å miste eit bryst. Artiklane tar for seg kroppsbilete, livskvalitet og psykososial helse og kva innvendingar mastektomi har hatt på livet deiras.

Ingen av studiane er henta frå Noreg, noko som kan vere med å svekke relevansen for resultatene i norsk kontekst. Kroppsbilete og kultur varierer. Ettersom at artiklane gir eit bredt bilete, kan det vere relevant for Noreg.

For å kunne vurdere om informasjonen som blir gitt er gyldig, må ein kritisk vurdere (Helsebiblioteket, u.å.). For å kritisk vurdere artiklane som er vald, har det blitt sett på fagfelle vurdering og om det er IMRad-struktur. Det er lagd sjekklister som skal gjer den kritiske vurderinga av metode enklare (Helsebiblioteket, u.å.). For å kunne vurdere om artiklar er relatert til oppgåva, vil ein bruke sjekkliste undervegs (Thidemann, 2019, s. 120). Sjekkliste ligg som *vedlegg 3*.

Litteraturen frå bøker som er presentert gjennom oppgåva vurderast som pålitelege og haldbare, ettersom at dette er pensum litteratur som er tatt i bruk i sjukepleiarutdanninga ved HVL Stord. Eit av dei grunnleggjande krava til data ein finn, er at det må vere relevant ovanfor problemstillinga (Dalland, 2021, s. 63). Det vil sei at sjølv om kjeldene er pålitelege og relevante, betyr ikkje det at data som blir henta ut er relevante. Ein må derfor vere alltid vere fokusert på spørsmålet «Blir problemstillinga belyst?» når ein samlar data.

## 4. Resultat

### 4.1 Artikkel 1

#### **From «no big deal» to «losing oneself»: different meanings of mastectomy**

Fallbjörk et al (2012) har skrevet ein studie som har undersøkt kvinners erfaring av mastektomi. Korleis det har påverka dei i ettertid av operasjonen. Hensikta med denne studien var å beskrive korleis kvinner som har mista eit bryst til brystkreft fortell om innvendinga det har hatt på livet deiras. Studiedeltakarane er 16 ulike kvinner frå Sverige – som tidligare har vore deltakarar i ein studie på mastektomi. Kvinnerens alder var mellom 39 – 69 år.

Ved å benytte ulike steg vart deltakarane delt i tre grupper. Dei tre gruppene baserte seg på korleis kvinnene erfarte det å miste eit bryst, og dei vart sett i den enkelte gruppene basert på sine tankar. Den første gruppa fekk namnet «No big deal», og i denne gruppa var medianalderen 60 år. Den andre gruppa fekk namnet «Losing oneself», her var tre kvinner og medianalderen var 57 år. Den tredje og siste gruppa fekk namnet «A wounded femininity» - dette var den gruppa med den yngste medianalderen på 47 år.

Studien til Fallbjörk et al (2012) kom ut for ca 10 år sidan, og blir sett på som ein eldre studie. Denne studien blei vald ettersom at det er ein av dei studiane som har fokusert på korleis blant anna identitet, seksualitet og feminitet har blitt påverka etter utført mastektomi. Det er ein studie som har utforska funn som har vore oppdaga i den første studien dei var deltakarar i.

### 4.2 Artikkel 2

#### **Body Image of Women with Breast Cancer After Mastectomy: A Qualitative Research**

Koçan & Gürsoy (2016) handlar om korleis ein kan få forståing for korleis mastektomi påverkar kroppsbiletet til kvinner som har brystkreft. Det har blitt brukt ein kvalitativ studie – der det har blitt undersøkt korleis kvinners kroppsbilete er to veker etter mastektomi. Studien er utført ved to sjukehus i regionen Austlege Svartehavet i Tyrkia. Det var ulike kriterier for å kunne delta i studien, som til slutt førte til at 20 kvinner blei plukka ut til å delta. Deltakarane sin alder var mellom 32 – 58 år, og samtlige var tyrkiske.

Denne studien treff kvinner tidleg etter ein mastektomi, der dei ofte er svært sårbare. Studien

viser til kvinnes oppfatning av det å miste eit bryst, og kva det inneber i deiras synspunkt. Det viser sitat av det ulike deltakar har tatt opp gjennom intervjuet, som igjen er delt opp i ulike «kategoriar». Gjennom artikkelen blir 'sjukepleiar' trekt inn fleire gonger, for å vise til at det trengs meir kunnskap hos helsepersonell rundt kroppsbilete og erfaringar rundt det.

### 4.3 Artikkel 3

#### **Women's body image following mastectomy: Snap shots of their daily lives**

Artikkelen til Menon & O'Mahony (2019) stammer frå ein autorisert sjukepleiar sin erfaring rundt kvinner som har utført mastektomi. Dei har ved å bruke ein kvalitativ studie utforska kvinners oppfatningar av kroppsbilete etter mastektomi. Studien er utført ved eit sjukehus i Irland, der kvinner over 18 år som utførte mastektomi innan dei siste eit til to åra blei tilnærma. 8 kvinner avtalte å vere med – der 7 av dei vart ansett til å ha bidratt med informasjon. Kvinnene var i alder mellom 41 – 61 år, der seks av deltakarane var irske og ein var engelsk.

Ved å studere det som er skrevet i artikkelen får ein oppfatninga av at kroppsbilete er knytt saman med seksuell helse og identitet. Studien samanlikne andre studiers innhald og resultat for å vise til at sjølv om framgangsmåten kan vere forskjellig, kan resultatet vere likt. Studien viser at på tross av at behandling av brystkreft og støtte til kvinner som er diagnostisert med sjukdommen, vil det emosjonelle rundt det å ha ein «ny kropp» og det å takle dette vera undervurdert.

### 4.4 Artikkel 4

#### **Life situations of Swedish women after mastectomy due to breast cancer: A qualitative study**

Studien til Lundberg & Phoosuwan (2022) er ein kvalitativ studie som hadde som hensikt å utforske og beskrive korleis svenske kvinner sin livssituasjon er etter mastektomi. Studien ville få ein betre forståing for korleis kvinner blir påverka av denne behandlinga i forhold til brystkreft. Studien er utført i Uppsala, Gävle og Falun, som er byar i Midt-Sverige sitt helsevesen. Deltakarane vart henta frå det Regionale Kreftsenteret i Uppsala og Örebro. Ved å

bruke inkluderings- og ekskluderingskriterier blei 70 pasientar kontakta, og 33 av desse godtok å bli med i studien. Deltakarane var kvinner i alder mellom 37-73 år.

I intervjuprosessen har ein stilt ulike spørsmål som har skapt seks kategoriar. Desse kategoriane vises i resultatdelen på studien, og blir vidare brukt for å diskutere rundt. Gjennom studien blir sitat av det som deltakarane har sagt tatt opp – på denne måten får ein eit innblikk av korleis dei uttaler seg og ein får ein betre forståing. Deltakarane har alle gjennomgått mastektomi, og fekk påvist brystkreft i perioden 1-3 år sidan.

#### **4.5 Hovudfunn i forskningsartiklane**

Forskningsartiklane er frå tre forskjellige land, Sverige, Irland og Tyrkia. På tross av at studiane er frå ulike land har dei oppdaga mykje av dei same funna. Gjennom studiane blir ein kjent med kvinner, som alle har vore gjennom mastektomi og blir intervjuet etter ein bestemt periode.

I studiane kjem det ulike funn fram. Hovudfunna er dei som det blir fokusert på meir enn dei andre. Eit av hovudfunna var at kvinnene som vart intervjuet, reagerte ulikt på mastektomi og korleis det har påverka livet deiras. Det viste seg at om dei hadde partner/ektefelle eller var aleine ikkje påverka kvinnene på ein typisk måte. Reaksjonane var basert på kva kvinnene såg på brystet som, og kva det representerte for dei, det baserte seg også på kva det å miste brystet hadde som betyding for den enkelte kvinna. Korleis dei følte om det å miste brystet var også basert på korleis mennesker rundt kvinna reagerte.

Enkelte kvinner følte ikkje at mastektomien og det å miste eit bryst hadde ein særlig betyding for det å føle seg feminin og ha eit godt kroppsbilete. Flesteparten av kvinnene følte derimot det motsette. Nokre følte seg ikkje som kvinner lenger, andre hadde vanskeligheitar med det nye kroppsbilete. Dei følte det påverka det seksuelle forholdet dei hadde til sin eigen kropp.

Eit anna hovudfunn var at kvinnene hadde behov for meir informasjon og kunnskap frå sjukepleiarar og anna helsepersonell. Nokre av dei deltakande kvinnene opplevde at dei fekk god informasjon, men at dei kunne tenkt seg meir oppfølging og informasjon om livet etter ein mastektomi. Det var også dei kvinnene som ikkje følte dei hadde fått nok informasjon og følte seg forbigått av helsepersonellet.

## 5. Diskusjon

I denne delen vil litteraturen i form av teori og forskning som har blitt funnen ved arbeid av oppgåva bli drøfta opp mot problemstillinga. Seksuell helse er knytt saman med mange ulike ord og begrep, og dette kjem fram i dei ulike funna. For å kunne diskutere funna opp mot kvarandre, vil det bli presentert i fleire delar. Diskusjonsdelen vil bli presentert i tre hovuddeler, første del tar for seg diagnose og behandling si påverknad på kvinner, andre del tar for seg kva som kan gi god seksuell helse hos pasientane og tredje del handlar om sjukepleiarar sin rolle i samtale om seksualitet etter mastektomi.

### 5.1 Endring av kroppsbilete hos kvinner etter mastektomi

*«On a personal level, one part of my brain says, «you are lucky to be alive» «live with it» get over it and move on... and the second part is I have given up on my sexual confidence and body and the positive way I felt about my body» (Menon & O'Mahony, 2019, s. 6).*

Ei kvinne som får brystkreft, er ofte ei «frisk» kvinne. Ei kvinne som ikkje har hatt symptomar på sjukdommen før ho får diagnosen. Ei kvinne som tenker at alt er fint og føler at ho har god helse, vil ha ei god helse. Det å ha ei god eller dårlig helse, baserer seg på kor frisk eller sjuk eit individ føler seg (Kristoffersen, 2016, s. 29). Frå ein får avslutta utredning og til ein starte behandling er det bare 13 kalenderdagar ifølgje retningslinjene til Helsedirektoratet (2017). At kvinnene får behandling så raskt etter ein diagnose er i mange tilfelle bra, ettersom at pasientane føler at sjukdommen blir kjempa mot. Ein kan derfor tenke seg om kvinner får nok tid til å få informasjon eller bearbeide prosessen. Vil den korte ventetida føre til at kvinner er mindre forberedt på det som skjer vidare? I preoperativfase er pasientar ofte opptatt om operasjonen blir vellykka eller om dei kjem til å oppleve smerter. Tankar om kva som kjem til å skje psykisk og fysisk etter operasjonen blir ikkje vurdert på same vis som at det å bli frisk og ha ei god helse. Resultata frå Fallbjörk et al (2012) viser til at hovudfokuset var helse og overlevelse (s. 46). På grunn av det korte tidsintervallet mellom ferdig diagnostisering og behandling vil muligens ikkje kvinnene vere forberedt på at følelsar og tankar som møter dei etterpå kan påverke den seksuelle helsa. Utne & Ryel (2018) fortell at det å ha eit dårligare forhold til kroppen sin, samt tanken om å ikkje vera seg sjølv, er ein av dei vanlege reaksjonane etter ein brystkreftdiagnose. Studien til Lundberg & Phoosuwan

(2022) styrker opp om dette då deltakarane såg på brystet som feminint, og hadde eit ønske om å fortsatt føle seg som kvinner. Når saknet oppstår, vil ein sjå betydinga av brystet ettersom at brystet er ein naturleg del av den seksuelle identiteten til kvinner (Sørensen et al, 2016, s. 441-446). Brystene er ein del av kroppsbiletet, som igjen er kobla saman med seksuell identitet og seksuell helse. Å miste eit bryst vil derfor påverke den seksuelle helsa, og dette kan føre til følelse av sorg eller skam som kan føre til at kvinnenes seksuelle helse blir påverka.

Schjølberg (2013) viser til at det å kunne hjelpe pasienten til å forstå og akseptere det nye kroppsbilete er ei av sjukepleiarens sentrale oppgåver (s. 142-143). Resultatet i studien til Fallbjörk et al (2012) viste at forandringar som oppstår i kroppsbilete til kvinna kan påverke følelsen av feminitet og kroppsidentitet. I store deler av verda blir brystet sett på som ein viktig del av ei kvinnes identitet (Sørensen et al, 2016, s. 441), spesielt i den vestlige delen der utsjånad er viktig. Resultata frå Koçan & Gürsoy (2016), Menon & O'Mahony (2019) og Lundberg og Phoosuwan (2022) støtter dette der det vises at brystene ofte er knytt til feminitet og seksualitet (s. 147; s. 8; s. 3). Resultata frå studiane viser at nedsett feminitet og seksualitet er ein utbredt følelse. Schjølberg (2013) viser til at seksualitet er ein stor del av identiteten til eit menneske, som gjer at det å føle seg attraktiv eller verdt å elske kan vere vanskelig (s. 140-141). Gjessing et al(2013) bygger opp om dette ved å vise at det å føle seg attraktiv og tiltrekkande er viktig (s. 94). Brystet er også sett på som eit symbol på det å vere mor. Dei deltakande kvinnene i studiane styrker opp om dette, då dei ser på brystet som ein viktig del av det å amme eit barn. Det å ha følelsen av feminitet og seksualitet, samt morskap, er det som fører til at dei fleste deltakarane i studiane føler seg som kvinner.

Seksuell helse er, ifølge Helsedirektoratet (2017), ein ressurs og beskyttelse for mestringsferdigheitar og livskvalitet. Ein mastektomi kan medbringe ulike følelsar og tankar. Under ein mastektomi blir brystvevet fjerna og alt som er igjen er hud og eit arr (Fallbjörk et al, 2012, s. 42). Det å miste eit bryst kan ha mange ulike betydingar for kvinner, og det kan vere vanskeleg for kvinna å akseptere sin nye tilværelse. I studiane kom det fram at kvinnene følte eit behov for å endre klesstil, og dekke til kroppen på ein annleis måte partner (Lundberg & Phoosuwan, 2022, s. 3; Koçan & Gürsoy, 2016, s. 148; Menon & O'Mahony, 2019, s. 6; Fallbjörk et al, 2012, s. 44). Dei hadde vanskeligheter for å gå på stader som førte til at dei måtte vise kroppen sin. Som sjukepleiar skal ein hjelpe og støtte kvinner med å kunne akseptere kroppen sin etter mastektomi. Kirkevold (1998) viser til Travelbee, og at



sjukepleiaren må kunne identifisere og oppfylle det behovet pasienten har (s. 120). Det gjeld også behov innanfor den seksuelle helsa. Schjølberg (2013) viser til korleis WHO har definert seksualitet (s. 140), som er ein del av seksuell helse. Når den generelle helsestatusen er ein av dei grunnleggjande menneskerettane – så må den seksuelle helsa, som er del av menneskets helse, også vere ein menneskerett.

## **5.2 Kva fremmer god seksuell helse etter mastektomi?**

I tilfelle der kvinner møter følelsen av ein mangel - vil det, ifølge Borg (2014), å mestre sin nye identitet vere vanskelegare i forhold til å distansere seg og gå i fysisk og emosjonell isolasjon (s. 126). Mestring handlar om det å vende fokuset og få ein situasjon til å gå i sin favør. Mennesker handterer situasjonar ulikt, og mestring og mestringsfølelse vil derfor vere personlig. Schjølberg (2013) viser til komponentane mestringsstrategiar, årsaker til forandring og synlige endringar (s. 143). Mestring er avhengig av desse komponentane. For at kvinnene skal kunne få mestring må dei vera motiverte, og det å vera motivert for å få ei betre seksuell helse kan føles vanskelig. Korleis skal kvinnene klare å fremme mestring dersom dei ikkje er klar over kva som gir mestring?

I studien til Menon & O'Mahony (2019) opplevde kvinnene vanskeligheitar med å sjå arret etter brystet for første gong (s. 6). Gjertsen (2014) støtter opp om dette med å fortelle om problema med å sjå seg i speilet og å ta på arret (s. 441). Borg (2014) fortell at synlege forandringar kan opplevast som særst vanskelig (s. 126). Resultat frå studien til Koçan & Gürsoy (2016) viser at kvinnene opplever at arret minner om ein vanskelig situasjon (s. 147). Gjertsen (2014) fortell at møtet med den nye kroppen og det å ha eit bryst må kvinnen få bestemme i sitt tempo (s. 441-442). Kvinna skal ikkje føle seg pressa til å sjå det på sjukehuset. Sørensen et al (2017) støtter opp om dette, med å vise at dei bør bli oppfordra til å sjå arret før dei forlate sjukehuset (s. 446). Funna frå forskning og frå teori bygger opp om kvarandre. Kvinnene kan ha eit behov for støtte under første møtet med arret. Det å ha ein sjukepleiar med første gang kvinna ser det, kan bidra til at kvinna kan få ein betre opplevelse enn å oppleve det åleine. Når kvinna ser arret, kan det hende at den opplevelsen fører til ein mestringsfølelse for kvinna. Sjukepleiaren kan vere der som støtte, svare på spørsmål kvinna har eller kommentarar som kjem fram. På denne måten kan sjukepleiaren sjå etter teikn om behov for samtale rundt følelsar som oppstår. Dersom kvinna opplever at ho får støtte og respons kan dette bidra til at kvinna føler motivasjon. Det å føle seg motivert til å få eit betre

sjølvbilete og kroppsbilete, kan føre til at enkelte kvinner vil føle at dei får mestringsfølelse og ei betre seksuell helse. Travelbee (2001) fortell at sjukepleiaren må finne det unike ved kvar enkelt kvinne, for å kunne hjelpe den enkelte med å fremme mestring (s. 141).

Gjertsen (2014) viser at når kvinna føler seg lite attraktiv etter ein mastektomi kan seksuelle problem oppstå (s. 441). Eit forandra sjølvbilete, kan ifølge Sørensen et al (2017), føre til vanskilgheit rundt den seksuelle helsa (s. 442). Borg (2014) hevder at det å miste eit bryst, kan føre til at kvinna kan føle at ho ikkje er i god nok stand til å ha eit seksuelt forhold (s. 126). Korleis kvinna opplever at partneren reagerer på både sjukdommen og behandlinga vil ha ein påverknad. For å kunne ha ei god seksuell helse, kan det derfor vere avgjerande at partneren har ein god reaksjon på situasjonen. Resultata frå studiane viste at flesteparten av kvinnene hadde ein partner (Lundberg & Phoosuwan, 2022, s. 3; Koçan & Gürsoy, 2016, s. 146; Menon & O'Mahony, 2019, s. 6; Fallbjörk et al, 2012, s. 43). I studien til Fallbjörk et al (2012) opplevde to av kvinnene at partneren gjekk frå dei grunna den nye tilværelsen (s. 45). Når kvinna opplever ein dårlig reaksjon, kan det føre til mangel på motivasjon og mestring. Gjertsen (2014) fortell at evnen partneren har til å godta forandringane, vil vera av betydning for at pasienten skal kunne akseptera seg sjølv (s. 441). Resultatet frå studien til Menon & O'Mahony (2019) viste at kvinnene var fornøgd med støtte frå partneren, men at nokre av deltakarane opplevde flauhet og mangel på sjølvtilitt ovanfor partneren (s. 7). Gjessing et al (2013) viser til at seksuelle problemer kan få negative følelsar, samt prestasjonsangst, som kan føre til at paret minske den seksuelle kontakten (s. 99). Forhold og kommunikasjon med partner, og særskilt kunnskap rundt seksuelle problemer, kan vera av betydning for å fremme seksuelle helse og dermed skape mestring. Borg (2014) viser til at målet er å leve godt med seksualiteten sin for dei som er åleine (s. 127).

Støtte er ein viktig del for å fremme mestring. Renolen (2015) viset til at kvaliteten på dei intime og emosjonelle tilknytningane er særdeles viktig (s. 162). Gjertsen (2014) støtter opp under dette med å vise at det å lytte, vere til stades og støtte følelsar, samt informere på ein tydelig måte, er den viktigaste sjukepleien i øyeblikket (s. 441). Støtte er ein vesentlig del av det å mestre utfordringar. Renolen (2015) viser at i eit salutogent perspektiv vil mestringsressursane til den enkelte var i fokus (s. 97). Etersom at mestring handlar om tankar, følelsar og åtferd, vil kommunikasjon var eit middel for å kunne gi eit nytt perspektiv. Dette er også knytt saman med støtte frå andre. Støtte kan nås frå ulike stader. Gjennom Brystkreftforeningen kan kvinner få ulike følelsmessige og praktiske erfaringar frå andre som har vore gjennom det same. Sørensen et al (2017) viser til sjukepleiar også bør vise at det

er mogleg at kvinna møter ein representant (s. 447). Kristoffersen (2016) støtter opp om tanken, ved å fortelle at menneske i stor grad er avhengig av andre på tross av sjølvstendighet og uavhengighet (s. 30). Sjukepleiar må hjelpe kvinna til å fokusere på kva som gir god seksuell helse, og korleis ein kan bruke mestringsressursane sine. Seksuell helse er for mange ein privat del av livet, og som det kan vere vanskeleg å snakke med andre om. Det kan derimot føles godt å lufte tankar og følelsar med andre, slik at dei ikkje føler seg åleine. For mange sjukepleiarar er ordlegging ein vanskeleg del. Gamnes (2016) viser til at det å finne ord som ikkje misforstås er viktig, ettersom at faglege ord kan bli vanskelege og folkelige kan bli for intimt (s. 401). Ved kommunikasjon kan ein gi eit nytt perspektiv på situasjonen, samt gi kvinnene ein måte å få lufta tankar og følelsar rundt seksualiteten

### **5.3 Sjukepleiarens rolle i samtale om seksualitet etter mastektomi**

Gamnes (2016) viser til den lovfesta retten pasientar har til informasjon (s. 401). Denne lova står i både *Helsepersonellova §10* (1999) og *Pasient- og brukarrettighetslova §3-2 til 3-4* (1999). Det viser til at pasientane har rett på nødvendig informasjon, samt konsekvensar av sjukdom og behandling. Dette vil også gjelde konsekvensar pasientane vil få innanfor den seksuelle helsa deiras. Ein sjukepleiar skal informere pasientane, utan at pasientane må ta initiativet. Kirkevold (1998) viser til Travelbee sin tanke om kva sjukepleie er og bør vera (s. 113). For å kunne ha ein tanke om dette, må ein ha forståelse av det som foregår i pasient-sjukepleiar-relasjon, korleis den opplevast og konsekvensar pasienten får. Travelbee (2001) viser til korleis ein som sjukepleiar skal kunne hjelpe den enkelte med å mestre (s. 141). Det handlar om å reagere og erfare det unike med kvar enkelt kvinne, då menneske er forskjellige og har individuelle reaksjonar og opplevingar. Sjukepleiaren må tilpasse informasjon og veiledning til den individuelle kvinna, for å ha eit grunnlag for å fremme den seksuelle helsa.

Resultat frå studien til Menon & O'Mahony (2019) viste nødvendigheita for at partner også fekk støtte og veiledning (s. 7). Resultata frå studiane viste at partneren sin reaksjon på kvinna sin situasjon er individuell (Lundberg & Phoosuwana, 2022, s. 3; Koçan & Gürsoy, 2016, s. 148; Menon & O'Mahony, 2019, s. 7; Fallbjörk et al, 2012, s. 48). Johansen & Gamnes (2017) viser at problema innanfor seksualitet ofte kjem fram i parforhold (s. 229). Dersom pasienten ønsker det, er det mogleg å trekke partner inn i den seksuelle veiledninga. Samleie kan vere eit tabubelagt emne, som ifølge Utne & Ryel (2018), kan vere vanskeleg å ta opp. Derfor er det viktig å finne løysinga som fremmer den seksuelle helsa. Borg (2014) hevder

dette vil føre til at sosiale og emosjonelle sider kan trekkes fram (s. 128). Resultata i studien til Fallbjörk et al (2012) viste kvinner som hadde blitt forlatt av partneren som følge av kvinns sjukdom og behandling (s. 46). Gjessing et al (2013) hevder at kreftsjukdommen kan få negative følger på seksualiteten i eit forhold (s. 94). Dette viser til at partner også trenger informasjon og støtte, på ein slik måte at partneren får vist sine følelsar til kvinns nye realitet. Dette støttes opp av studien til Fallbjörk et al (2012) der det vises til problem i parforhold (s. 47). Hos kvinner som ikkje har ein partner, kan det opplevast einsamheit. Dette kjem fram i Lundberg & Phoosuwan (2022), hos enkelte kvinner. Det er sjukepleiarens ansvar å tilpasse den seksuelle veiledninga i forsøk på å få kvinnene til å akseptere seg sjølv, og gjer dei klar for framtida. Det å finne ein ny partner i seinare tid, kan vere ein vanskelig ting. Gjessing et al (2013) viser til ein usikker periode der det å fortelle om at dei har bare eit bryst (s. 94). For kvinnene kan det å få god seksuell veiledning, både aleine og med partner, bidra til å fremme den seksuelle helsa. Dersom kvinnene er klar for nærhet og intimitet, kan dei oppleve å føle på mestring og mestringsfølelse.

Som sjukepleiar samlar ein inn kunnskap om diagnosar, behandlingar og ulike måtar å støtte pasientar på. Gamnes (2016) viser til at sjukepleiarar har liten kunnskap til å samle inn informasjon angående den seksuelle helsa til pasientane (s. 401). Den seksuelle helsa blir ikkje ofte tatt opp som eit problem, ettersom at pasientane kanskje ikkje uttrykker sine bekymringar eller sjukepleiaren bringer dei opp. Ved at sjukepleiar stiller spørsmål til kvinna, kan det hindre at følelsen av at problema er tabu. I følge Travelbee er kommunikasjon eit av dei viktigaste reiskapane ein sjukepleiar har (Kristoffersen, 2016, s. 34). Men Travelbee (2001) presiserer også at kommunikasjon er eit middel for å nå eit mål (s. 140). I studien til Koçan & Gürsoy (2016) kjem det fram at behovet for medisinsk, sosial og psykologisk støtte er der også etter behandlinga (s. 149). Rosenberg et al (2020) viser til korleis det å samle kunnskap og skape forståelse for at utfallet av ein mastektomi variere og forandrast over tid, kan vere den informative og støttande delen ei kvinne treng (s. 1041). Dersom sjukepleiar viser støtte til pasienten, og pasienten føler seg vel til å stille spørsmål, kan også sjukepleiaren utvikle erfaring, som igjen kan brukes til å få nye ferdigheter. Situasjonar der ein får mest læring og mestring, er ofte dei situasjonane ein er usikker og redd.

Schjølberg (2013) viser til at helsepersonell unngår samtaleemne om seksuell helse (s. 141). Johansen & Gamnes (2017) viser til at det å snakke om seksualitet kan vere vanskelig grunna møte med eigne følelsar (s. 228). I studien til Lundberg & Phoosuwan (2022) uttrykte deltakarane at dei trengte informasjon om heile forløpet, inkludert konsekvensar etter

behandling (s. 4). Disse konsekvensane inkludere også den seksuelle helsa. Gjessing et al (2013) viser til undersøkelser der det kjem fram at helsepersonell sjeldan fokuserer på pasientens seksualitet (s. 94). Kristoffersen (2016) fortell at ein som sjukepleiar må bruke seg sjølv på ein fornuftig og gjennomtenkt måte (s. 35). Borg (2014) viser at når sjukepleiaren unngår temaet seksualitet i samtale med pasientane, vil pasientane føle på at det er eit avslutta kapittel for i deiras liv (s. 126). Eit menneske treng ofte hjelp av helsepersonell til å finne ei slags mening. Sjukepleiens viktigaste hensikt er å bidra til å hjelpe, og Kirkevold (1998) viser til at eit menneske-til-menneske-forhold blir etablert (s. 117). I den relasjonen vil empati stå sterkt, der sjukepleiar får ein forståelse over følelsane til pasienten. Dette fører til at sjukepleiaren ønsker å hjelpe kvinna til å få ein forandring i korleis ho har det, og problema ho har. Sjukepleiaren vil då bruke ein terapeutisk tilnærming, ettersom at ein bruker seg sjølv for å fremme forandring hos kvinna (Kristoffersen, 2016, s. 35). Som sjukepleiar har vald eit yrke der både hjarte og hjerne brukes (NSF, 2022). Resultata frå studiane viser at informasjonsbehovet til kvinnene er sterkt (Menon & O'Mahony, 2019, s. 7; Koçan & Gürsoy, 2016, s. 149; Lundberg & Phoosuwan, 2022, s. 4). Enkelte kvinner hadde opplevd at helsepersonellet ikkje hadde tid til dei. Helsepersonell får ikkje mykje læring om korleis dei skal støtte og veilede innanfor seksualitet, og Gjessing et al (2013) fortell temaet derfor ofte vil følge med blanda følelsar hos helsepersonalet (s. 94). Som sjukepleiar vil ein møte kvinner som har eit behov for å snakke om seksualiteten sin, om dei er klar over det sjølv eller ikkje. Som sjukepleiar må ein då gi pasientane moglegheita til å kunne få informasjonen dei har behov for, på denne måten vil målet om mestring vera eit skritt nærmare.

Schjølberg (2013) viser til PLISSIT-modellen som er ein av kommunikasjonsmodellene som brukes til å veilede pasienten rundt seksuelle spørsmål (s. 141). Sjukepleiarar som er usikre i situasjonen, og som treng hjelp til å vite kvar ein starter, kan få bruk for denne modellen. PLISSIT-modellen er delt inn i fire trinn – det målet med det første trinnet, er ifølge Borg (2014), at pasientane skal få muligheita til å snakke om deiras seksualitet. På dette trinnet vil sjukepleiaren vise pasienten at det er rom for å ta opp tankar om det er ønska. Dersom sjukepleiaren er usikker og opplev at pasienten er usikker på å stille spørsmål, vil ein gå vidare til trinn to. Borg (2014) viser då til at sjukepleiaren vil ta initiativ til samtale om seksuell helse (s. 128). Nokre pasientar ønsker ikkje å snakke om den seksuelle helsa si, men ved å gå fram på denne måten kan pasientane føle at det å stille spørsmål kan bli lettare. Trinn to handlar om å få forklaring og unngå misforståelsar, samt at sjukepleiar vil lytte på tankane til pasientane. Dersom pasienten opplever at dei føler seg sett, ved å uttrykke interesse, kan

det føre til fremming av den seksuelle helsa og at pasienten opplever motivasjon. Saman vil pasient og sjukepleiar prøve å finne løysningar til dette. Dette vil føre til tredje trinn, som ifølge Schjølberg (2013), vil vere det trinnet der pasienten får konkrete forslag som kan føre til mestring i situasjonar (s. 142). Det vil då bli funnen forslag for korleis pasienten kan ha ei god seksuell helse. Det fjerde og siste trinnet handlar hovudsakleg om å henvise pasienten vidare til spesialist.

## 6. Konklusjon

Hensikta med denne litteraturstudien var å belyse problemstillinga «Korleis kan ein som sjukepleiar fremme mestring ved seksuell helse hos kvinner som har fått utført mastektomi som behandling til brystkreft?». Funna tyder på at kvinner flest har fått dårlegare seksuell helse etter mastektomi. Ettersom at alle kvinner er ulike, vil kvinnene ha ulike utgangspunkt for reaksjonen på operasjonen og utfallet etter.

Hovudfunna i diskusjonen tyder på at dei fleste kvinner har problemer med feminitet og den kvinnelege identiteten sin. Brystet er i store deler av verden eit symbol på feminitet, skjønnhet og det å vere kvinne. Når kvinnene mister eit bryst, har mange av dei følelsen av å miste ein del av seg sjølv. Dei blir redd for korleis folk rundt dei vil reagere, og mange reagerer derfor med å gjøemme seg og trekke seg unna andre menneske. Enkelte av studiedeltakarane opplevde at dei var redde for kva partneren eller framtidige partnerar vil ha som reaksjon. To av deltakarane erfarte at partneren forlot dei på grunn av at dei ikkje takla forandringa til kvinnene. Den seksuelle helsa til kvinnene blir påverka av korleis kvinna ser på seg sjølv. Dette innebere kroppsbilete og sjølvbilete til kvinna, samt ha god seksualitet.

Bacheloroppgåva viser at kvinner som har gjennomgått mastektomi har ulike individuelle behov i forhold til å fremme seksuell helse. Kommunikasjon er ein vesentleg del for å kunne veilede pasienten, og eventuelt partner. Partner kan også vere ein viktig del av sjansen til å fremme mestring. Dersom pasienten får moglegheit til samtale og veiledning om seksuell helse, kan det å fremme mestring ved den seksuelle helsa vere mogleg.

## 6.1 Sjukepleie i møte med kvinna

Mastektomi og informasjon om livet etter er i liten grad inkludert i pensum i sjukepleiarstudiet. Denne oppgåva skal bidra til å gi informasjon rundt kvinners erfaring og opplevingar etter mastektomi behandling. Denne informasjonen skal forhåpentlegvis vidare bidra til kunnskap om korleis ein sjukepleiar kan støtte kvinnene etter mastektomi og på denne måten bidra til å hjelpe å fremme mestring i den seksuelle helsa deiras.

For å fremme mestring hos kvinner, må ein som sjukepleiar kunne bruke seg sjølv i møte med desse kvinnene. Det skillett med å vere pasient og sjukepleiar må byttes ut med eit menneske-til-menneske-forhold der tillit og relasjon kan byggast opp. Den informasjonen som kjem fram i møte med kvinnene, med både verbalt og non-verbalt, vil benyttast i den unike tilnærminga til den individuelle kvinna. Det å ha i tankane at kvinner har individuelle opplevingar av mastektomien, og ikkje sette alle kvinner i ein «bås» er ein viktig del av å var sjukepleiar. Som sjukepleiar kan ein ofte oppleve tidspress og eit høgt arbeidstempo – ein må derfor ikkje gløyme kvinns heilhetlige omsorg. Det er derfor viktig som sjukepleiar å tilby seg å hjelpe kvinnene å få kontakt med andre helsetenester eller hjelpeorganisasjonar som Brystkreftforeningen.

## 6.2 Forslag til vidare forskning

Ved å gå gjennom litteratursøk og forskning kom det fram at det var lite forskning på kvinner i Noreg. Ved å ha fleire studier på kvinner i Noreg, vil ein kunne få meir forståelse og kunnskap rundt korleis kultur og miljø påverkar kvinner i landet også. Det vil bidra til at ein kan bruke studiane og samanlikne med studiar gjort i andre land, for å få ein forståelse over kva som er likheit og forskjellar hos kvinnene. Å ha studiar for visse aldersgrupper, i staden for eit stort aldersspenn, vil ein kunne finne ut av korleis det påverkar kvinner i ulike alderar. Ved å bruke store aldersspenn kan informasjon bli mista i den ferdige studien.

Vidare kan ein bruke studiane saman med litteratur og skape kunnskap og informasjon som kan vidareformidlast. Ein kan då ha kurs for vanlege sjukepleiar på kreftavdeling og andre avdelingar slik at kvinner kan få god behandling og støtte. Ved fremma kunnskap hos sjukepleiarar generelt, kan ein dermed auka evne hos sjukepleiarar til å fremme mestring ved seksuelle helse hos kvinner som har gjennomgått mastektomi.

## Referansar

- Borg, T. (2014). Seksualitet. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient-utfordring-handling* (3. utg., s. 121-130). Akribe.
- Dalland, O. (2019). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg). Gyldendal Akademisk.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene (2018, 29. oktober). *Hvem er vi og hva gjør vi?*  
<https://www.forskningsetikk.no/om-oss/hvem-er-vi/>
- Engstrøm, M. J. (2021, 23 august). Mastektomi. I *Store medisinske leksikon*.  
<https://sml.snl.no/mastektomi>
- Fallbjørk, U., Salander, P., & Rasmussen, B. H. (2012). From "no big deal" to "losing oneself": different meanings of mastectomy. *Cancer nursing*, 35(5), E41–E48.  
<https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e31823528fb>
- Gamnes, S. (2016). Seksualitet og helse. I N J Kristoffersen, F Nortvedt, E-A Skaug & G H Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 2: Grunnleggende behov* (3 utg., s. 373-407). Gyldendal Akademisk.
- Gjertsen, T. (2014). Sykepleie ved brystkreft. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient-utfordring-handling* (3. utg., s. 440-446). Akribe.
- Gjessing, R., Borg, T. & Dahl, A. A. (2013). Problemer med seksualitet. I J. H. Loge, A. A. Dahl, S. D. Fosså & C. E. Kiserud (Red.), *Kreftoverlevende: Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv* (2. utg, s. 87-108). Gyldendal Akademisk.
- Helsebiblioteket. (2016, 3 juni). *PICO*. Helsebiblioteket.no:  
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>
- Helsebiblioteket. (2022). *4. Kritisk vurdering*. Helsebiblioteket.no:  
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering>
- Helsebiblioteket. (2016). *Sjekklistor*. Helsebiblioteket.no:  
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Helsedirektoratet. (2016, 1 september). *Brystkreft: 1. Introduksjon til pakkeforløp for*



*brystkreft*. Helsedirektoratet.no:

<https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/brystkreft/introduksjon-til-pakkeforlop-for-brystkreft>

Helsedirektoratet. (2017, 28. februar). *Brystkreft: 4. Behandling av brystkreft*.

Helsedirektoratet.no:

<https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/brystkreft/behandling-av-brystkreft#forlopstid>

Helsedirektoratet. (2021, 20. oktober). *Sektorrapport om folkehelse 2021: 4.6 Seksuell helse*.

Helsedirektoratet.no: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/sektorrapport-om-folkehelse/sunne-valg/seksuell-helse>

Helsedirektoratet. (2017, august). *Stress og mestring*. Helsedirektoratet.no:

[https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/stress-og-mestring/Stress%20og%20mestring.pdf/\\_/attachment/inline/11df8af9-831e-4535-aaef-43178fa9b389:faf7b30a63b6004ff91eb7d4bbf2c6a89c4d4718/Stress%20og%20mestring.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/stress-og-mestring/Stress%20og%20mestring.pdf/_/attachment/inline/11df8af9-831e-4535-aaef-43178fa9b389:faf7b30a63b6004ff91eb7d4bbf2c6a89c4d4718/Stress%20og%20mestring.pdf)

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.

<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

Hollingworth, J. N. (1991). *No Peaceful Warriors!. Gnosis: A journal of the Western Inner Traditions* (Vol. 21). Hentet frå: [entersection.com/posts/1158-ambrose-hollingworth-redmoon-on-courage](https://www.terrypratt.org/posts/1158-ambrose-hollingworth-redmoon-on-courage)

Høgskulen på Vestlandet (2020, 17. april). *Bachelor- og masteroppgåver: Rettleiar for bacheloroppgåva ved fakultet for helse- og sosialvitskap (FHS)*.

<https://www.hvl.no/student/eksamen/bachelor--og-masteroppgaver/>

Johansen, M. & Gamnes, S. (Red.). (2017). Sexologi. I *Metodebok for seksuell helse* (8. utg., s. 225-250). Sex og samfunn.

Kirkevold, M. (1998). Sykepleieteorier – analyse og evaluering (2. utg.). Ad Notam Gyldendal.

Koçan, S., & Gürsoy, A. (2016). Body Image of Women with Breast Cancer After

- Mastectomy: A Qualitative Research. *The journal of breast health*, 12(4), 145–150.  
<https://doi.org/10.5152/tjbh.2016.2913>
- Kreftforeningen. (2021). *Brystkreft*. Henta 25.10.2021 frå: <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/brystkreft/#utbredelse-og-overlevelse>
- Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling – en historisk reise. I N J Kristoffersen, F Nortvedt, E-A Skaug & G H Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3 utg., s. 15-80). Gyldendal Akademisk.
- Lundberg, P. C. & Phoosuwan, N. (2022). Life situations of Swedish women after mastectomy due to breast cancer: A qualitative study. *European journal of oncology nursing: the official journal of European Oncology Nursing Society*, 57, 102116.  
<https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1016/j.ejon.2022.102116>
- Menon, A. S., & O'Mahony, M. (2019). Women's body image following mastectomy: Snap shots of their daily lives. *Applied nursing research : ANR*, 47, 4–9.  
<https://doi.org/10.1016/j.apnr.2019.03.002>
- Norsk Sykepleierforbund. (2022). *Hva gjør en sykepleier?*. Norsk Sykepleierforbund.  
<https://www.nsf.no/nsf-student/hva-gjor-en-sykepleier>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker: innføring i psykologi for helsefag* (2. utg). Vigmostad & Bjørke AS.
- Rosenberg, S. M., Dominici, L. S., Gelber, S., Poorvu, P. D., Ruddy, K. J., Wong, J. S., Tamimi, R. M., Schapira, L., Come, S., Peppercorn, J. M., Borges, V. F., & Partridge, A. H. (2020). Association of Breast Cancer Surgery With Quality of Life and Psychosocial Well-being in Young Breast Cancer Survivors. *JAMA surgery*, 155(11), 1035–1042. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2020.3325>
- Schjølberg, T. K. (2013). Sykepleie til pasienter med kreft. I U. Knutstad (Red.), *Utøvelse av klinisk sykepleie: Sykepleieboken 3* (2. utg., s. 104-158). Cappelen Damm Akademisk.

- Solvoll, B-A. (2016). Identitet og egenverd. I N J Kristoffersen, F Nortvedt, E-A Skaug & G H Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3 utg., s. 105-139). Gyldendal Akademisk.
- Sørensen, E. M., Lorvik, M. K., Erntsen, N. G. & Almås, H. (2017). Sykepleie ved brystkreft. I D-G Stubberud, R Grønseth & H Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5 utg., s. 437-451). Gyldendal Akademisk.
- Thidemann, I-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2 utg.). Universitetsforlaget.
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (1 utg.). Gyldendal Akademiske.
- Utne, E. H. & Ryel, A. L. (2018, 17. oktober). For sent for sex? Kreftforening og Brystkreftforeningen. <https://kreftforeningen.no/rosasloyfe/for-sent-for-sex/>
- World Health Organization (WHO). (u.å.). Sexual Health. Hentet 11. mars 2022 frå: [https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab\\_2](https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_2)

# Vedlegg

## Vedlegg 1 – Tabell over inkluderte forskningsartiklar (Litteraturmatrise)

Forfatter/år	Setting	Metode	Deltakarar	Mål for studien	Hovudtema/ resultat
Koçan & Gürsoy (2016)	Deltakarar frå to sentrale sjukehus i øst delen av Svartehavet i Tyrkia  2 veker etter mastektomi.	Kvalitativ studie.  Semi-strukturert intervju  Godkjennelse av: Medical Faculty Clinical Studies Ethics Committee	20 deltakande kvinner.  Alder: 18-60 år	For å få ein holistisk og djup forståelse for korleis mastektomi påvirke kroppsbilete hos kvinner som har brystkreft.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meaning of Breast</li> <li>2. Mastectomy and Me</li> <li>3. My Body Image</li> <li>4. Body Image Change and Social Life</li> </ol>
Menon & O'Mahony (2019)	Deltakerar ved eit sjukehus i Irland. Kvinnene var hovudsakleg irske, men ei var engelsk.  1-2 år etter mastektomi.	Kvalitativ studie.  Semi-strukturert ansikt til ansikt lydopptaksintervju  Godkjennelse av: det lokale Research Ethics Committee	7 deltakande kvinner.  Alder: 41-61 år.	Utforske kvinners oppfatningar av kroppsbilete etter mastektomi i irske omgivnader, som eit forsøk på å undersøke korleis ein kan støtte kvinner på best mogleg måte i denne forbindelsen.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Daily life</li> <li>2. Body image</li> <li>3. Relationship with spouse/partner</li> <li>4. Information and support needs</li> </ol>
Fallbjörk, Salander & Rasmussen (2012)	16 kvinner frå Sverige som tidligare har deltatt i ein studie på mastektomi.  4.5 år etter mastektomi.	Semi-strukturert intervju med lydopptak.  Godkjennelse av: Faculty of Medicine, Umea <sup>o</sup> University	16 kvinner frå Sverige.  Alder: 39-69 år	Å undersøke kvinners erfaring av mastektomi og tankar om brystrekonstruksjon.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Losing a Breast Is No Big Deal: No Motives for Reconstructive Surgery</li> <li>2. Losing a Breast Means Losing Oneself: Reconstructive Surgery Is a Necessity for Being Restored as a Person</li> <li>3. Losing a Breast Means a Wounded Femininity: Reconstructive Surgery Will Make It Easier to Look and Feel Like a Woman</li> </ol>
Lundberg & Phoosuwan (2022)	33 deltakande kvinner frå Uppsala og Örebro i Sverige.  1-3 år etter diagnostisert brystkreft.	Kvalitativ studie.  Godkjennelse av: Ethics Committee of Uppsala University	33 kvinner frå Uppsala og Örebro.  Alder: 37-73 år.	Å utforske og beskrive korleis svenske kvinner sin livssituasjon er etter mastektomi.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Embarrassment with body image and loss of feminity</li> <li>2. Feelings of fear, worry and anxiety</li> <li>3. Better appreciation of life</li> <li>4. Support from different sources</li> </ol>

					5. Experiences of care from healthcare professionals 6. Need of information and follow-up care
--	--	--	--	--	---

## Vedlegg 2 – Tabell over søkehistorikk

Database	Dato	Søkeord	Antall treff	Avgrensing (Limiters)	Lest abstrakt	Leste artiklar	Inkludert artikkel
Academic Search Elite	17.03.22	S2: experience S1: breast cancer OR cancer mammae OR breast tumor	12.091	Published 2012 – 2022  Language: English  Peer Reviewe	7	2	Artikkel 13:  Body Image of Women with Breast Cancer After Mastectomy: A Qualitative Research
		S2: experience	1.029.064				
		S3: Sexuality OR sexual health OR body image	81.209				
		S4: S1 AND S2 AND S3	46				
		S5: S4 + Limiters	37				
Medline	17.03.22	S2: mastectomy OR ablatio mammae OR breast removal	410.396	Published: 2012-2019  Language: English	3	1	Artikkel 4:  From “no big deal” to “losing oneself”: different meanings of mastectomy
		S3: sexual health OR sexuality OR intimacy	45.480				
		S4: S1 + S2 + S3	56.627				
		S5: female OR woman OR women	214				
		S6: S4 + S5	54.207				
		S7: S6 + Limiters	23				
		S1: Breast neoplasms	7				
Cinahl	18.03.22	S2: Mastectomy	90.761	Published: 2012-2020	3	1	Artikkel 2:  Women's body image following mastectomy: Snap
		S3: Body image	6.297				
		S4: Quality of life	12.326				

		S5: Support, Psychsocial	128.660				shots of their daily lives
		S6: S1+S2+S3	89.930				
		S7: S4+S5	209				
		S8: S6+S7	6.746				
		S9: S8 + Limiters	10				
		S1: mastectomy OR ablatio mammae OR breast removal	6				
PubMed	13.04.22	S2: experience	54.145	Female	3	2	Artikkel 13:  Life situations of Swedish women after mastectomy due to breast cancer: A qualitative study
		S3: sexuality OR sex OR intimacy for sexual health	936.456	Siste 10 år			
		S4: S1 AND S2 AND S3	410.898	Language: english, norwegian, swedish, danish			
		S5: S4 + limiters	260	Abstract			
			24	Full text			

## Del A: Innledende vurdering

### 1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

Kommentar:

### 2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips:

- Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Kommentar:

### 3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips:

- Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?

Kommentar:

### 4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips: Når man bruker for eksempel 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.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?



- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

**Kommentar:**

## 5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

**Kommentar:**

## 6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
  - a. utforming av problemstilling
  - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
  - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

**Kommentar:**

## 7. Er etiske forhold vurdert?

Ja –  Nei –  Uklart

### Tips:

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

### Kommentar:

## 8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

### Kommentar:

## Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

Ja –  Nei –  Uklart

## Del B: Hva er resultatene?

### 9. Er funnene klart presentert?

Ja –  Nei –  Uklart

**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 få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

**Kommentar:**

## Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

### 10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

**Tips:** Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de for eksempel funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

**Kommentar:**