



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSS9-H-2022-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	13-05-2022 09:00	Termin:	2022 VÅR
Sluttdato:	27-05-2022 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 BSS9 1 H 2022 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	451
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	6457
----------------------	------

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

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	93
Andre medlemmer i gruppen:	396

Jeg godkjenner avtalen 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



BACHELOROPPGAVE

HVORDAN SYKEPLEIERE KAN BIDRA TIL AT KVINNER BEVARER SITT SELVBILDE
ETTER MASTEKTOMI

HOW NURSES CAN CONTRIBUTE TO WOMEN PRESERVING THEIR SELF-IMAGE
AFTER MASTECTOMY

Kandidatnummer: 396 & 451

Antall ord: 6457

Sykepleie

Institutt for helse-og omsorgsvitenskap

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Innleveringsdato:

27/05/2022

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle

kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10

Abstract

Purpose: Breast cancer is the most frequent type of cancer amongst Norwegian women and has a significant impact on their self-image. The aim of this study was to explore the consequences of a mastectomy on women's self-image and how nurses can contribute to women preserving their self-image after the procedure.

Methods: A literature study with an essayistic form of communication. Systematic research has been made to identify research articles in addition to textbooks relevant to the assignment. By introducing findings from research articles and discussing their contents within a fictitious story, the essay becomes a critical testing method.

Results: All studies presented findings that women's self-esteem is being damaged after mastectomy. Most reported femininity and identity as qualities that were perceived as lost as a result due to their association with women's breasts. As a result, these women become anxious based on their appearance and feel limited social settings. Health professionals play an important role not only in providing physical care, but also in providing information, knowledge and attention that strengthens the individual woman's coping skills.

Conclusion: Women's self-image suffers after mastectomy and inhibits social interactions. Nurses can contribute to women's self-image by practicing open communication and by teaching different coping techniques and psychological skills that build self-esteem. However, this requires that the nurse has certain personal and professional skills, such as empathy, sympathy and being conscious of their own thoughts and actions.

«Et bryst er for en kvinne ikke bare et “symbol på kvinneligheten”, ei heller bare et morsorgan. Et bryst er også en meget viktig del av følelseslivet. Skjæres det i det, skjæres det direkte inn i dette følelsesliv, i det mest elementære psykiske og erotiske»

(Anderson, 1983 i Sørensen & Almås, 2010, s. 441).

Innholdsfortegnelse

Møtet med livet etter mastektomi	5
Brystkreft	5
Hva er mastektomi?	6
Sykepleierens terapeutiske funksjon	6
<i>Menneske-til-menneske-forholdet</i>	<i>6</i>
<i>Finne mening i lidelsen</i>	<i>8</i>
Selvbildet	9
<i>Konsekvenser for selvet</i>	<i>9</i>
<i>En sunn kropp kan bli en syk sjel</i>	<i>10</i>
<i>Empowerment</i>	<i>11</i>
<i>Mestring</i>	<i>11</i>
Det seksuelle selvet	12
<i>Konsekvenser for det seksuelle selvet</i>	<i>12</i>
Det sosiale selvet	16
<i>Å verne om pasientens ressurser</i>	<i>16</i>
Avsluttende bemerkninger	19
Litteraturliste	21
Metodedel	25
<i>Vedlegg 1</i>	<i>25</i>
<i>Vedlegg 2</i>	<i>26</i>
<i>Vedlegg 3</i>	<i>28</i>
<i>Vedlegg 4</i>	<i>31</i>
<i>Vedlegg 5</i>	<i>33</i>

Møtet med livet etter mastektomi

Ifølge Folkehelseinstituttet (2022) er brystkreft den diagnosen som stilles hyppigst hos kreftrammede kvinner i Norge. Tiden etter en kreftsykdom kan påvirke den rammede på kort og lang sikt, både fysisk og psykisk. De fleste kvinner anser brystet som en stor del av deres opplevelse som person. Når en kvinne må fjerne et bryst grunnet brystkreft, kan dette påvirke deres selvbilde (Gamnes, 2016, s. 398). Endringer i selvbildet vil også påvirke opplevelsen av seksualitet og velvære, samt forholdet til en eventuell partner (Gamnes, 2016, s. 391). En slik omstilling endrer hverdagen til den rammede kvinnen og hennes sosiale relasjoner. Dette stiller krav til sykepleiere, som har et stort ansvar i møte med brystkreftopererte kvinner. Gjennom en fiktiv pasienthistorie vil vi i dette essayet bli kjent med Kaja; en ung kvinne som har mistet sitt bryst til brystkreft. Historien om Kaja belyser aktuelle utfordringer som unge kvinner kan møte etter en brystkreftoperasjon. Sykepleieutøvelsen spiller en sentral rolle i håndteringen av disse utfordringene. Spørsmålet er; hvordan kan sykepleiere hjelpe kvinner som Kaja til å ivareta sitt selvbilde i den sårbare tiden etter en brystkreftoperasjon?

Brystkreft

Ifølge Kreftregisteret (2021) ble det registrert 3424 nye tilfeller av brystkreft blant norske kvinner i år 2020. Fire av fem kvinner som rammes er over 50 år, men det er likevel den vanligste kreftformen også blant unge kvinner i aldersgruppen 25-49 år (FHI, 2022). Det er i de seneste år gjort store fremskritt i behandlingen av brystkreft. Utviklingen av mammografiprogrammet, som er et organisert screeningprogram, er en av årsakene til dette. Programmet tilbys norske kvinner mellom 50 og 69 år, og bidrar til å avdekke flere krefttilfeller på et tidlig tidspunkt. Dette fører til at utsiktene for å overleve blir stadig bedre (Kreftlex, u.å.). I dag er en femårs overlevelse for norske kvinner som diagnostiseres med brystkreft estimert til 92,2 prosent (Helsedirektoratet, 2021). Med andre ord viser statistikken at mange vil overleve og vender tilbake til hverdagen som brystkreft overlevende.

Hva er mastektomi?

Ved tilfeller av brystkreft er det ofte tilstrekkelig med en brystbevarende operasjon, hvor kirurgen kan fjerne kreftsvulsten og omkringliggende vev uten å operere bort hele brystet. Likevel er det fortsatt mange som må gjennomgå en såkalt radikal operasjon hvor hele brystet fjernes, også kalt for *mastektomi*. For noen vurderes primær rekonstruksjon ved mastektomi. Dette innebærer at man fjerner hele brystet og rekonstruerer i en og samme operasjon (Gamnes, 2016, s. 398). Grunnet høy overlevelsesrate er brystrekonstruksjon et stadig viktigere tema. Brystrekonstruksjon har i som hovedmål å gjenopprette et feminint utseende på brystet ved hjelp av implantater eller ved å transplantere vev fra et annet sted på kroppen. Dette vil også bidra til å forbedre pasientens livskvalitet postoperativt (van de Grift et al., 2020, s. 1273). Det er flere grunner til at kvinner ønsker rekonstruksjon av brystet. Eksempelvis kan det være ønsket om å unngå ekstern protese, behovet for å føle seg hel igjen, gjenvinne feminitet og ha mindre klesbegrensninger (Lundberg & Phoosuwan, 2022, s. 01). Studier viser også at alder kan spille en stor rolle i valget av operasjon, da de som velger rekonstruksjon er betydelig yngre enn de som ikke gjør det (Lundberg & Phoosuwan, 2022, s. 01).

Sykepleierens terapeutiske funksjon

Kaja er en ung kvinne på 27 år. Hun har vært sammen med kjæresten sin, John, i 9 måneder. Kaja har en stund kjent på kuler i brystet, men det var ikke før John ga uttrykk for bekymring at hun oppsøkte lege for å få brystet undersøkt. Nå ligger Kaja på sykehuset, nyoperert i en pasientseng. Kirurgen har fjernet venstre bryst og samtidig satt inn et implantat. Nå skal sykepleieren skal straks observere såret. Kaja er engstelig og usikker på hva operasjonen vil bety for hennes fremtid. Kreften er fjernet, men hvordan vil livet hennes bli nå?

Menneske-til-menneske-forholdet

I historien introduseres Kaja, en ung kvinne som befinner seg i en svært sårbar posisjon. Som brystkreftoperert, vil hun vil være preget av ulike tanker og følelser knyttet til operasjonen, og livet videre. I det innledende møte med pasienter som Kaja, er det viktig at sykepleieren forsøker å danne en god relasjon. Dette vil gjøre det lettere for sykepleieren å komme i

posisjon til å hjelpe, og for Kaja til å ta imot hjelp. En slik gjensidig relasjon omtales av sykepleieteoretiker, Joyce Travelbee, som et menneske-til-menneske-forhold. Et menneske-til-menneske-forhold er et viktig virkemiddel som gjør det lettere for sykepleiere å komme i posisjon til å oppfylle deres mål og hensikt; å hjelpe et individ og dens familie til å forebygge eller mestre sykdom og lidelse og å finne mening i disse erfaringene (Travelbee, 1999, s. 171). Travelbee understreker videre hvordan en sykepleier kan etablere et menneske-til-menneske-forhold ved å bruke seg selv terapeutisk. Når en sykepleier bruker seg selv terapeutisk, anvendes egen personlighet og egne kunnskaper med et sikte om å skape forandring hos den syke. Forandringen skal skape en endring i personen sine plager. Det henger også sammen med fornuft, intelligens, og selvinnsikt (Travelbee, 1999). Kaja vil trenge at sykepleieren opptrer som et menneske overfor henne. Dette kan sykepleieren bidra med ved å være bevisst på sine forestillinger og oppfatninger knyttet til det Kaja har opplevd, og de utfordringer hun vil komme til å møte i tiden etter operasjonen. Av sykepleieren kreves det blant annet selvinnsikt, selvforståelse og innsikt i årsaker bak egen atferd og Kajas atferd. Sykepleieren må også vise Kaja empati og medfølelse der det er naturlig, samtidig som hun opprettholder sin profesjonelle rolle (Travelbee, 1999).

Travelbee belyser hvordan den profesjonelle sykepleieren har som oppgave å etablere et menneske-til-menneske-forhold og forklarer at reell kontakt oppstår først når begge parter i relasjonen opplever den andre som et menneske. Først når fasadene som «sykepleier» og «pasient» overskrives, når man inn til hverandre som individer (Travelbee, 1999). Med andre ord mener Travelbee at ordet pasient kan fungere som en sperre for etableringen av kontakt. Derfor omtales pasienten som individet videre i forklaringen av hvordan et menneske-til-menneskeforhold etableres. Forholdet bygges opp gjennom flere faser. Ved hvert møte må sykepleieren være bevisst på sine handlinger, tanker, følelser og erfaringer. For å oppnå et menneske-til-menneske-forhold må sykepleieren og individet gjennom fire faser;

1. *Det innledende møtet* hvor sykepleieren møter individet for første gang. Gjennom observasjon vil de begge gjøre seg opp meninger og antakelser om hverandre. Visse følelser vil oppstå og det dannes et grunnlag for hvordan de vil opptre overfor hverandre.
2. *Fremvekst av identiteter* er en fase hvor det etableres tilknytning. Begge parter verdsetter den andre som et unikt menneskelig, med en unik identitet og personlighet.

3. *Empatifasen* finner sted mellom to eller flere individer og handler om evnen til å leve seg inn i og forstå den andres psykiske tilstanden i et gitt øyeblikk. Å ha empati vil si at en tar del i opplevelsen, men står likevel utenfor objektet for empatien.
4. *Sympati og medfølelse* er en forlengelse av empatifasen. I denne fasen foreligger det en grunnleggende trang om å lindre plager hos den andre.
(Travelbee, 1999).

I den første fasen må sykepleieren være i stand til å se Kaja for den hun er. Hun er mer enn bare en pasient, hun er en kvinne som er ulik andre kvinner. I den andre fasen vil sykepleieren få et innblikk i hvordan Kaja tenker og føler, samt hvordan hun oppfatter situasjoner. I fase tre er sykepleieren i stand til å forstå betydningen av hva Kaja tenker og føler, samt tar en del i hennes sinnstilstand i gitte situasjoner, nesten umiddelbart. Når siste fase er nådd vil gjensidig forståelse og kontakt være opprettet mellom sykepleieren og Kaja. Sykepleieren vil føle Kaja sine plager, og ha et oppriktig ønske om å hjelpe. Dersom sykepleieren er bevisst på hva hun selv gjør, tenker og føler i hvert møte med Kaja, vil det bidra til at menneske-til-menneske-forholdet opprettholdes og sykepleieren kan oppfylle sin terapeutiske funksjon. På sykehuset er pasienter ofte usikker i sin rolle som pasient. Noen kan vegre seg for stille spørsmål og ønsker å ikke forstyrre sykepleierne. Men som Travelbee også vektlegger, er det sykepleieren sitt ansvar å forutse hjelpen pasienter kan trenge, selv om de ikke alltid ber om det. Hjelp og støtte fra helsevesenet er av stor betydning, og god veiledning vil kunne skape en trygghet for pasienten.

Finne mening i lidelsen

Sykepleieintervensjoner sitt mål er å oppfylle sykepleiers mål og hensikt (Travelbee, s. 219). Videre er ønske å hjelpe enkeltindividet, familien eller samfunnet til å forebygge eller mestre sykdom og lidelse og klare å finne mening i situasjonen (Travelbee, 1999). Vi mennesker har en tendens til å søke mening i livet. Dette kan også impliseres i sykdomssituasjoner. Klarer en å danne en mening i en slik situasjon, vil en lettere kunne bruke sykdomserfaringen som noe positivt. Et eksempel på dette er at en klarer å oppnå selvaktualisering, og gi mening med lidelsen (Travelbee, 1999). Å gi mening med lidelsen kan være med på å mestre problemer som er knyttet til lidelsen. Som tidligere nevnt, er det den profesjonelle sykepleieren sitt ansvar å hjelpe individet og dens nære å finne håp og mening i sykdom og lidelse (Travelbee, 1999). For å utøve dette, må sykepleieren ha nødvendige forutsetninger. En slik forutsetning

kan blant annet være at sykepleieren selv må kunne gi sykdommen en dypere mening, for å så implisere dette den den rammede. Sykepleieren må forstå at sykdom og lidelse kan være dypt meningsfulle livserfaringer ved at sykepleieren bidrar til å finne en mening i situasjonen.

Sykepleiere kan hjelpe Kaja med å hjelpe henne å mestre sin erfaring med sykdom og lidelse. (Travelbee, 1999). Dette kan utøves ved å etablere en tilknytning til henne. Hun trenger å bli forstått, og få en følelse over at hun ikke er alene om utfordringene hun møter på. Å forstå Kaja er ikke enkelt, men ved å prøve å sette seg inn i hvordan hun selv oppfatter sin sykdom, det dette bli enklere. Sykepleieren kan også vise til hvordan Kaja sin situasjon kan ses som en selvaktualiserende erfaring. Sykepleiere kan danne et helhetlig bilde av Kaja sine tanker, følelser, meninger og holdninger til brystkreftsykdommen ved å starte en dialog, og stille hun åpne spørsmål. Spørsmålene Kaja sitter igjen med, er: Hvorfor skjedde dette meg? Sykepleieren kan hjelpe Kaja besvare slike spørsmål ved å undersøke hennes holdninger til sykdommen, og aktivt hjelpe Kaja med å få innsikt i tilstanden (Travelbee, 1999). Sykepleieren må også reflektere over egne åndelige verdier/livssyn, menneskesyn og syn på sykdom og lidelse i møte med kvinner som Kaja for å kunne være i stand til å finne mening i deres situasjoner.

Selvbildet

Det er gått to dager siden operasjonen. Kaja skal få rene bandasjer før hun drar hjem. "Er du klar?" spør sykepleieren. Kaja lukker øynene i det kirurgen fjerner bandasjene. Sykepleieren legger en hånd på skulderen hennes og Kaja åpner øynene. I speilet ser hun et bryst og en "ruglete ballong" som henger litt høyere enn der det andre brystet hennes pleide å være. Kaja kjenner seg ikke igjen i speilbildet, og føler en stor trang til å dekke over brystet.

Konsekvenser for selvet

For mange kvinner er det vanskelig å akseptere situasjonen med å ikke ha begge sine naturlige bryst (Lundberg & Phoosuwan, 2022, s. 03). Historien illustrerer Kaja sin fortvilelse over det hun ser i speilet. Kan det være at brystet var en større del av Kaja sitt selvbilde enn hun var klar over? Med selvbildet eller selvet menes den oppfatningen en person har av seg selv (Solvoll, 109). Det blir også beskrevet av sykepleieteoretiker, Hildegard Peplau (i Hummelvoll, 2012, s. 134), som et system med flere funksjoner. Selvet omfatter både det abstrakte bildet

mennesker har av seg selv, og den ytre, fysiske kroppen som er i kontakt med omverden (Hummelvoll, 2012, s. 136). Når en av selvets funksjoner forstyrres vil det påvirke hele systemet. Den ytre, fysiske delen av selvet er den mest synlige og håndfaste delen av et menneske. Når deler av det fysiske selvet blir berørt, som ved tap av en kroppsdel, vil det få konsekvenser for hele systemet (Hummelvoll, 2012, s. 137). Med andre ord er det ikke bare ulike deler av kroppens organer eller vev som blir påvirket etter en mastektomi, men hele mennesket som individ.

En sunn kropp kan bli en syk sjel

En mastektomi kan endre kvinners opplevelse av å være seg selv, noe mange omtaler som et stort tap (Rogers & Turner, 2011, s. 311; Herring et al., 2020, s. 2079). Brystet til en kvinne symboliserer både identitet og feminitet (Herring et al., 2020, s. 2080; Sørensen & Almås, 2010, s. 448; Gamnes, 2016, s. 397). Selv om Kaja kanskje er fri for sykdommen, opplever hun en følelse av tap knyttet til iboende kvaliteter som feminitet og identitet. Å tilpasse seg og akseptere et endret utseende krever ofte lang tid. Noen kan gå inn i en sorgprosess hvor følelser knyttet til den tapte kroppsdel må bearbeides inntil minnet om tapet ikke lenger oppleves like smertefull (Hummelvoll 2012, s. 194-195). I følge Travelbee (1999) kan lidelse og sykdom bringe frem reaksjoner hos den rammede i form av blant annet selvbebreidelse, selvmedlidenhet og forvirring. Sykepleieren som bistår Kaja i sorgprosessen, må skape rom for at Kaja kan bearbeide sine følelser. Dette innebærer å møte Kaja der hun er nå. Det vil da være hensiktsmessig å spørre «hvordan har du det?» fremfor «har du det bra?», da sistnevnte antyder en viss forventning om et positivt svar. Ved å spørre «hvordan har du det?» viser sykepleieren interesse for en utdypende tilbakemelding, og det skapes rom for dialog. Når pasienter deler sine følelser og opplevelser, er det viktig at sykepleieren lytter og anerkjenner disse følelsene, i tillegg til å vise aksept og forståelse (Hummelvoll, 2012, s. 208-209). Det er også viktig at sykepleieren observerer om Kaja viser tegn til redsel ovenfor sykdommen. Sykepleieren kan merke at det ikke alltid er lite lett å vite hva Kaja tenker og føler. Det er i noen gyldne øyeblikk, ved indirekte antydninger eller kroppsspråk, at det kan tolkes som hun har noe mer på hjerte enn hun gir uttrykk for. Selv om kommunikasjon ofte tolkes gjennom det verbale språket, forstås det også gjennom nonverbale tegn. Slike nonverbale tegn vises gjennom kroppsspråket, blant annet gjennom rynkede panner, bråe bevegelser eller gjennom mer indirekte signaler slik som tung pust eller ved hjelp av blikket (Eide & Eide, 2017). Det er

viktig å være bevisst over disse nonverbale omgivelsene, der slike signaler sammen i likhet med ord og direkte uttrykk krever en fortolkning (Eide & Eide, 2017). Sykepleieren må forsøke å forstå hva som gjør at Kaja kjenner på utrygghet eller ubehag, for å deretter starte en samtale. På den andre siden er det ikke alltid en ønsker å snakke om følelsene sine, eller at ord ikke strekker til. Det kan være nok at sykepleieren møter Kaja sine følelser med et anerkjennende smil eller en hånd på skulderen kan være gode gester for å imøtekommende Kaja sine følelser, og dermed viser anerkjennelse og forståelse. Dette er også en del av det Travelbee mener med å bruke seg selv terapeutisk, som tidligere beskrevet.

Empowerment

Etter hvert som Kaja bearbeider sorgen over det tapte, vil hun komme i bedre posisjon til å akseptere situasjonen og kroppen sin, slik den er nå. Å ikke være fornøyd med egen kropp påvirker menneskers opplevelse av egenverd (Solvoll, s. 120), også omtalt av Hummelvoll (2012, s. 138) som selvaktelse. Selvaktelse er en integrert del av selvet som handler om menneskers oppfatning av egenverdi og egen aksept. Mennesker med god selvaktelse trenger mindre bekræftelser fra andre fordi de har en høy indre verdi og kan bekræfte seg selv gjennom egne vurderinger (Hummelvoll, 2012, s. 138). Sykepleieren kan hjelpe Kaja til å styrke sin selvaktelse ved å motivere henne til å fokusere på sine styrker fremfor sine svakheter. Sykepleieren kan for eksempel spørre Kaja hvilke aktiviteter som tidligere har gjort at hun føler seg bra, for så å motivere Kaja i å finne tilbake til den type aktivitet. Dette kan være aktiviteter som trening, dans, kunst og liknende. På denne måten støtter sykepleieren Kaja i å styrke og mobilisere egne ressurser. Som resultat vil Kaja lettere finne troen på seg selv og styrke sine evner til å gjenvinne kontrollen. Kristoffersen (2016, s. 351-352) beskriver denne prosessen som *Empowerment*. Når en arbeider med menneskers empowerment er det vanlig at sykepleieren inntar en rolle som fasilitator (Kristoffersen, 2016, s. 351; Travelbee, 1999). Det vil si at sykepleieren kan sette i gang prosesser hos Kaja, men Kaja har selv ansvar for gjennomføring og vedlikeholdelse av endringene i sitt eget liv.

Mestring

Videre kan sykepleieren hjelpe Kaja til å finne strategier som gjør situasjonen håndterbar for henne, også kalt *mestringsstrategier* (Vifladt & Hopen, 2004, s. 61, referert i Kristoffersen,

2016, s. 356). Mestringsstrategier innebærer å se forskjellen hva en må leve med, og hva en kan være med på å endre. Evnen til å selv gjøre en endring vil gjøre Kaja stand til å tilpasse seg den nye hverdagen som brystkreftoverlevende. Opplevelsen av å ha krefter til å møte utfordringer og følelsen av å ha kontroll over sitt eget liv, vil ifølge Vifladt & Hopen (2004, s. 61, referert i Kristoffersen, 2016, s. 356) gi personer opplevelsen av mestring. Det er også et viktig sykepleiemål; «*Mestring og egenomsorg ligger implisitt som mål, både i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (2011) og i folkehelseloven (2011)*» (referert i Kristoffersen, 2016, s. 18). Mestring og styrking av ressurser er med andre ord en viktig del av helsefremmende sykepleie, da det gjør pasienter i stand til å hjelpe seg selv.

Det seksuelle selvet

Det har nå gått seks måneder siden operasjonen, og Kaja er på første oppfølgingskontroll i poliklinikken. John sitter utenfor og venter. På kontoret møter hun den samme sykepleieren som fulgte henne opp i dagene etter inngrepet. "Hvordan har du det?", spør sykepleieren. Hun observerer at Kaja er nedstemt. Kaja nøler litt, men forteller etter hvert at hun og John har det vanskelig i forholdet. Hun er redd for at han ikke skal like kroppen hennes, og vil ikke at han skal ta på henne. Det kommer frem at de ikke har vært intim på flere måneder.

Konsekvenser for det seksuelle selvet

Tiden etter kreft medfører ofte langvarige og slitsomme plager som kan virke nedbrytende både fysisk og psykisk (Gamnes, 2016, s. 395). Kvinner som har gjennomgått en mastektomi har rapportert opplevelsen av ukjenthet med sin nye kropp. De beskriver hvordan dette har påvirket deres seksualitet og seksuelle funksjon. Forskning viser til referanser fra kvinner som opplever negative følelser knyttet til arr etter operasjonen, redusert følelse av attraktivitet, frykt for avvisning fra partneren og tap av femininitet som viktige faktorer (Fang et al., 2013; Klaeson et al., 2011, referert til i Lundberg & Phoosuwan, 2022, s. 01). Tilsvarende funn er gjort i studier der kvinner som var i parforhold rapporterte at de var spesielt bekymret for ektemannens reaksjon, og hvordan deres nye utseende kan påvirke deres intime forhold negativt. Også enslige kvinner rapporterte bekymring, men da knyttet til negative reaksjoner fra eventuelle partnere i fremtiden (Herring et al. 2020, s. 2080). Opplevelsen av å føle seg mindre attraktiv på både kort og lang sikt var tydelig gjennom hele studie. Disse funnene kan

forklare hvorfor Kaja oppfører seg annerledes i intime situasjoner med John. Opplevelsen av å måtte dekke seg til, kombinert med frykt for at partner skal føle seg mindre tiltrukket, er en del av de psykiske påkjenningene som kan ha størst innvirkning på seksuallivet (Gamnes, 2016, s. 395). Frykten for å mislykkes eller for å ikke tilfredsstille partneren omtales av Gamnes (2016, s. 386) som prestasjonsangst, og er en vanlig årsak for psykisk betingede dysfunksjoner. Disse er nært tilknyttet seksuelle dysfunksjoner som er fysisk betinget. Dette kan forklares med at prestasjonsangst kan medføre nedsatt lyst, vaginal tørrhet og redusert evne til å oppnå orgasme (Gamnes, 2016, s. 391; Bredal, 2017, s. 163). Redusert evne til å oppnå orgasme henger sammen med at en orgasme er en subjektiv opplevelse. For å oppnå en orgasme må man personen gi seg hen og slippe kontrollen. Dette krever ikke bare visse tekniske ferdigheter, men også egnede psykiske forhold (Gamnes, 2016, s. 393). Vaginal tørrhet kan også forårsake sårhet og smerte for begge parter under penetrering, som igjen vil påvirke evnen til å oppnå orgasme (van de Grift et al., 2020, s. 1278; Bredal, 2017, s. 163). Med andre ord er det en rekke faktorer som kan ha negativ innvirkning på Kaja sitt seksuelle selvbilde. I tillegg kan den psykiske belastningen resultere i manglende overskudd, som igjen kan føre til nedsatt lyst og gleden av nærhet med partneren forsvinner (Gamnes, 2016, s. 386). Dette vil ikke bare være utfordrende for Kaja, men også for kjæresten John.

Sykepleieren sin rolle i møte med pasienter som Kaja og John innebærer først og fremst informasjonsplikt. Seksuelle problemer som oppstår i forbindelse med sykdom kan reduseres betraktelig dersom den syke og en eventuell partner får informasjon om hvilken innvirkning deres situasjon har på seksuallivet (Gamnes, 2016, s. 395). I henhold til pasient- og brukerrettighetsloven (2001, § 3-2), skal pasienten informeres om mulige bivirkninger og risikoer knyttet til sin behandling. Informasjon om konsekvenser som er av betydning for seksuallivet er selvsagt også gjeldende, selv om pasienten ikke tar initiativ til samtale (Gamnes, 2016, s. 401). Pasienten kan også ha behov for å vite hva som er normalt og unormalt, samt råd om hva hun kan gjøre for å bedre sin seksuelle funksjon. Å avdekke eventuelle seksuelle dysfunksjoner som Kaja og Johns måtte oppleve vil være viktig for deres parforhold. Gjennom datainnsamling kan sykepleiere identifisere behov og tilpasse informasjon og veiledning etter den enkeltes behov (Gamnes, 2016, s. 401). Dette vil indikere hvilken type veiledning og informasjon de trenger. Det vil være nødvendig å vite hvilke tanker og forestillinger Kaja og John har til deres seksualitet og seksuelle funksjon. Som tidligere nevnt, understreker

Travelbee (1999) hvor viktig det er at den profesjonelle sykepleiere ser det unike i hvert individ og tilrettelegger hjelp og veiledning deretter. Dette vil også være gjeldende i her.

Personer som opplever seksuelle problemer eller har bekymringer knyttet til dette tema, er ofte svært selektive med hvem de deler sine tanker med. En sykepleier er ofte en person pasienten har mye kontakt med, og kan derfor føles naturlig å snakke med sykepleieren om sine problemer (Gamnes, 2016, s. 401). Dersom sykepleieren har tilstrekkelig kunnskap om seksuelle behov vil det også være lettere å tørre og ta opp dialogen med Kaja, i forhold til at seksualitet ofte forbindes som et tabubelagt og følsomt tema. Det har tidligere vært nevnt at et godt etablert tillitsforhold mellom sykepleieren og Kaja er en forutsetning for god dialog. Når en tillitsfull relasjon er etablert skapes det også rom for samtale rundt tema som kan føles personlig og intimt. Spørsmål som; «Hvilken betydning har plagene for forholdet deres?», er med på å invitere til en åpen samtale. Når sykepleiere snakker med pasienter om tema knyttet til seksualitet, er det viktig å opptre profesjonelt og i henhold til yrkesetiske retningslinjer. I alle helseprofesjoner er det utarbeidet generelle etiske regler for sykepleiefaget for hva som er rett og galt (Gamnes, 2016, s. 395). Dette innebærer at en sykepleier må være lydhør og utforskende, men også ha respekt til sin egen profesjonalitet. Dette innebærer å vite hva en kan og ikke kan gjøre (Gamnes, 2016, s. 398). Sykepleieren må også ha forståelse for at seksualitet er et sensitivt tema, særlig seksuelle bekymringer og problemer. Dette betyr at sykepleieren må være bevisst på å holde samtalen innenfor et område hvor alle er komfortable. Det krever også at sykepleieren har tilegnet kunnskap om sine egne og andres holdninger til seksualitet og hvordan forhold som religion, miljø og gruppetilhørighet er med på å forme både sin egen og andre sine holdninger til dette. Det er også viktig å anerkjenne hvordan seksualitet har aspekter av skam, skyld, fornedring og aggressivitet, i tillegg til at det er det mest private området hos et menneske. Samtidig må sykepleieren respektere parets opplevelse av sin seksualitet. Dette omfatter også deres utsagn om problemer, grenser og måter å leve ut sin seksualitet på (Gamnes, 2016, s. 398-399).

Dersom Kaja og John velger å snakke om problemer de har i samlivet, kan sykepleieren gi tilpassede råd og veiledning. *PLISSIT*-modellen er nyttig verktøy når det kommer til tema seksualitet. Modellen illustrerer hvordan de fleste som trenger informasjon om eller hjelp med seksuelle problemer befinner seg på det første og laveste nivået «P» (permission / tillatelse).

Dette er et nivå som ikke krever spesiell kompetanse, bare trygghet med hensyn til å snakke om seksualitet. Neste nivå, «LI» (limited information / begrenset informasjon), representerer de som har behov for enkel og saklig informasjon om for eksempel kondombruk og seksuelt overførbare sykdommer. Informasjon av denne typen finner en for eksempel i institusjoner, på legekontor og hos helsesøster. Mange mennesker har hjelpebehov på dette nivået, men ikke fullt like mange som på nivå «P». Nivå «SS» (specific suggestions / spesifikke forslag) er et nivå for de som trenger hjelp til spesifikke problemer, som for eksempel hjelp å finne hensiktsmessige samleiestillinger etter sykdom eller skade. Dette nivået krever mer kompetanse og finnes blant annet hos allmennpraktiserende leger, psykologer og i sykehus. Siste nivå, «IT» (intensive therapy / intensiv terapi) er for de få som trenger hjelp fra terapeuter med spesialkompetanse innen psykoterapi og sexologi. Det kan for eksempel gjelde personer med kjønnsidentitetsproblematikk eller spesielle seksuelle dysfunksjoner (Gamnes, 2016, s. 400). Som det fremkommer i PLISSIT-modellen er det få som trenger eksperthjelp. De fleste personer som trenger råd og veiledning i henhold til seksuelle problemer, er innenfor sykepleiere sitt kompetansenivå. Dette betyr at sykepleiere vil i de fleste tilfeller være kompetent nok til å gi råd og veiledning til pasienter som har problemer med sitt seksualliv. Dersom det kreves tjenester utover sykepleiere sitt kompetansenivå, er det mulig å gi informasjon om hvor de kan henvender seg videre. I hjelpen til par som opplever problemer med samlivet vil det for eksempel være aktuelt for sykepleieren å foreslå en samlivsterapeut eller et samlivskurs (Gamnes, 2016, s. 395).

Ifølge Gamnes (2016, s. 386) ligger det store utfordringer i å holde et parforhold vedlike, og vektlegger åpenhet og fellesskap som essensielle kvaliteter i et forhold. Sykepleieren som møter Kaja på kontrolltime, kan gjerne ta initiativ til en samtale der John også får muligheten til å være delaktig med sine tanker og følelser om samlivet. Dette tiltaket støttes av en nederlandsk studie som fant at partners involvering og felles beslutningstaking i den kirurgiske prosessen spiller en viktig rolle i intimitet, tilpasningsevnen og kommunikasjonsferdigheter til par postoperativt. Studien viser også til at eldre par kan ha bedre ferdigheter i åpen kommunikasjon, sammenlignet med yngre par (van de Grift et al. 2020). Selv om studie peker på preoperativ involvering av partner, er det også grunn til å tro at det vil være nyttig etter operasjonen. Det kan også tenkes at Kaja og John ikke kommuniserer på en god måte og at det kan forverre deres samlivsproblematikk. Derfor kan sykepleieren godt foreslå at de for

eksempel oppsøker en samlivsterapeut. Samtidig må sykepleieren huske at Kaja selv bestemmer om hun vil ta imot hjelpen hun blir tilbudt. En slik medvirkning er nedfelt i pasient- og brukerrettighetsloven; «pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester» (2001, § 3-1). Dette betyr at sykepleieren kan godt foreslå samlivsterapeut for Kaja og John, men de står helt fritt til å velge selv hvorvidt dette er noe de ønsker å benytte.

Det sosiale selvet

Kaja møter stadig nye utfordringer. I dag er hun på besøk hos venninnen, Emilie. Hun har nettopp født et barn og deler sine tanker om hvorvidt hun skal amme barnet eller ikke. «Det er jo veldig praktisk med flaskebarn og jeg vil jo ikke at brystene skal henge», sier Emilie. sagt. I sitt stille sinn blir Kaja irritert over venninnen. Hun syntes Emilie burde være takknemlig for at hun i det hele tatt kan amme, og selv hvis brystene begynner å henge er de i det minste symmetrisk. Venninnen tenker jo ikke på Kaja, som har to asymmetriske bryster og som unngår offentlige steder som svømmehaller i frykt for at noen skal stirre. Noen dager senere bestemmer Kaja seg for å ringe avdelingen. Hun forteller sykepleieren i andre hun synes det er vanskelig å se at venner lever sine bekymringsløse liv og merker selv at hun skyver de fra seg.

Å verne om pasientens ressurser

En del av sorgprosessen, som tidligere har vært nevnt, er å møte på minner og assosiasjoner knyttet til tapet (Hummelvoll, 2012, s. 194-195). Det å oppleve at andre får muligheter som en selv ikke har, kan være vanskelig å akseptere og gjøre at en blir irritert og avvisende overfor andre mennesker (Gamnes, 2016, s. 395). Endring i sosial atferd kan medføre endring i nære relasjoner som familie, venner og ektefelle eller samboer, samt fungering sosialt, på jobb og i hjemmet. Dette kan også være mennesker en er avhengig av for å motta hjelp (Gamnes, 2016, s. 395). Frustrasjonen vi ser hos Kaja har røtter i en indre sorg, men kommer til uttrykk ved at Kaja blir irritabel. Selv om vennene til Kaja bryr seg om henne, blir situasjonen belastende også for dem og de kan komme til å ta avstand fra henne. Det er ikke sikkert Kaja forstår selv hvorfor dette skjer, det kan oppleves veldig sårt. Det å miste deler av sitt sosiale nettverk kan være veldig uheldig for Kaja. Alle mennesker har behov for sosial kontakt. Det å være knyttet til andre mennesker gir en følelse av fellesskap og tilhørighet. Ifølge Helgesen (2016, s. 142), har

sosial kontakt både helsefremmende, primærforebyggende og behandlende egenskaper. Gjennom gode relasjoner kan man oppleve å bli verdsatt og få bekreftelser som er av betydning for opplevelsen av blant annet identitet, anerkjennelse og selvfølelse. I tillegg er det trygghet i å vite at venner og bekjente vil stille opp og være støttende i vanskelige tider.

Det er med andre ord grunnleggende for Kaja at hun opprettholder en god relasjon til sine venner. Ikke bare vil det fremme hennes opplevelse av tilhørighet, men også redusere følelsen av ensomhet. Videre vil Kaja sine nære relasjoner, som kjæresten John, og venninnen Emilie, være viktig for hennes velvære. Hvorvidt hennes psykososiale behov blir tilfredsstilt i sosiale relasjoner vil bidra til å forme Kaja sitt selvbilde og selvaktelse. Dette kan være behov som tilhørighet, fellesskap, anerkjennelse og trygghet. Derfor må sykepleieren være bevisst på det grunnleggende behovet alle mennesker har for sosial kontakt, og tilegne seg kunnskap om hvorfor dette er essensielt i ivaretagelsen av Kaja sitt selvbilde. Kunnskap om den gunstige effekten på helse, mestring og livskvalitet ved god sosial støtte og deltakelse, gjør at sykepleieren lettere kan reflektere over hvor viktig det er å ivaretagelsen av slike relasjoner. Sykepleieren må være bevisst på hvordan Kaja og andre kvinner i tilsvarende situasjon, kan møte utfordringer i nære relasjoner. Gjennom sykepleierens observasjoner og samtale med Kaja, kan sykepleieren kartlegge hennes sosiale nettverk. Historien presenterer en utfordring i Kaja sin relasjon til venninnen Emilie. Hva er det som skaper et gap mellom dem? Kan det være Kaja har forestillinger og holdninger til Emilie og/eller andre venner, som er nødvendig for henne å bearbeide? Sykepleieren kan hjelpe Kaja med å overkomme slike kognitive hindringer, slik som tanker, oppfatninger eller vurderinger. Dette gjør sykepleieren ved å stille åpne spørsmål til de kognitive hindringene (Helgesen, 2016, s. 157). Det være bevisst på etableringen av et menneske-til-mennesket-forhold, som tidligere har vært nevnt, vil være viktig også i dette møtet med Kaja. Videre er det viktig at sykepleieren bruker sin støttende funksjon til å oppmuntre Kaja til å ta sosiale initiativer, men Kaja velger selv om hun ønsker å gjøre dette. Kaja har en forestilling om at Emilie ikke bryr seg om henne, og ikke tar hensyn til situasjonen hennes. Sykepleieren kan ikke vite om relasjonen mellom Kaja og Emilie er en god relasjon, men Kaja kan rådes til å reflektere over sine egne tanker og holdninger overfor venninnen. Dette vil bidra til at Kaja blir bevisst i sitt tankemønster og sin atferd. Kanskje har Kaja misforstått signaler som venninnen har gitt henne. Helgesen (2016, s. 159) kaller denne

prosessen *redefinering* kan understreke hvordan den kan gjøre relasjoner mer velfungerende.

I historien kommer det også frem at Kaja møter utfordringer i det offentlige rom. Utfordringene Kaja møter nå er knyttet til hennes sosiale selvbilde. Hun opplever å være selvbevisst i møte med omgivelsene og føler på frykt for at noen skal se at hun er «*annerledes*». Flere studier viser at bekymringene kvinner bærer etter en mastektomi ikke er begrenset til bare familie og venner, men at de også føler seg nervøs på offentlige steder (Lundberg & Phoosuwan, 2022, s. 03; Herring et al., 2020, s. 2080). De er engstelige for at deres endrede utseende vill bli merkbart for andre og beskriver frykt for å bli dømt. En frykte som bidrar til opplevelsen av skam og forlegenhet. Noen kvinner forteller om hvordan de vil håndtere situasjonen ved å skjule utseendet sitt med klær (Herring et al., 2020, s. 2080). Kaja sin opplevelse gjenspeiler denne problematikken. De asymmetriske brystene begrenser hvilke klær hun kan gå med og hun er redd for andres reaksjon i svømmehallen. Denne bevisstheten om å være seg selv basert på observasjoner og vurderinger en selv gjør har vi tidligere definert som identitet (Solvoll, 2016, s. 107; Hummelvoll, 2012, s. 136). Opplevelsen av å være forskjellig fra andre er også knyttet til identitet og kan være svært smertefull. Smerten kommer fra et sted personens indre hvor de føler seg ensom og adskilt (Solvoll, 2016, s. 107-108).

I Norge har vi en uvanlig homogen befolkning (Gamnes, 2016, s. 376). Med dette menes at der har vært stor enighet blant beholdningen om hva som er akseptabelt og hva som ikke er akseptabelt. Det kan tenkes at den homogene tendensen kan bidra til at norske kvinner føler større behov for å passe inn i samfunnet, sammenlignet med andre land. Kanskje det er dette presset Kaja føler nå og som gir opphav til frykt for å ikke vil bli akseptert, frykt for å bli holdt utenfor eller ikke passe inn? Dette kan forklares med at brystene iboende assosiasjoner med feminitet og kvinnelighet henger sammen med samfunnsmessige forventninger (Herring, et al., 2020, s. 2080). Hummelvoll (2012, s. 137) beskriver det som et kroppsideal med opphav i en idealistisk fremstilling gjennom media og sosialt samvær. Et samfunnsideal for en kvinne er med andre ord en idealistisk fremstilling av hvem en hun skal være, basert på en felles forståelse i samfunnet. Men vi har også et *idealselv*, er den versjonen en selv ønsker å være (Solvoll, 2016, s. 124). Idealselve skiller seg fra samfunnet fordi det er personen selv som setter forventningene, ikke samfunnet. Samtidig setter samfunnet en standard for hvem Kaja

bør være, noe kan påvirke hvem hun *ønsker* å være, altså idealselvet. I perioder hvor forhold som sykdom og svikt dominerer, krever det mye innsats for en person å leve opp til sitt eget idealbildet (Solvoll, 2016., s. 124). Kaja er engstelig for hvilke blikk hun vil få i svømmehallen. Kanskje vil hun bli konfrontert med spørsmål om hvorfor brystet seg sånn ut. Å få negative kommentarer på utseende gjør noe med oss mennesker, men en sunn personlighet tåler mer enn en syk personlighet (Solvoll, 2016, s. 120 & 124). Vi har tidligere sett på hvordan Kaja kan finne tilbake til selv selg og finne trygghet i hvem hun er gjennom Empowerment og mestring. Sykepleieren har gitt henne redskapene hun trenger for å styrke sin indre verdi og sitt selvbilde. Kaja skal leve hele sitt liv med merker på kroppen som vil minne henne om sykdommen og hun vil stadig møte nye utfordringer. Det er ikke sikkert Kaja noen gang vil føle seg uhemmet og fri fra kreften, men det vil forhåpentligvis bli lettere å stå i det og være seg selv.

Avsluttende bemerkninger

Når kvinner operer bort et bryst på grunn av brystkreft, vil det påvirke deres selvbilde og forholdet de har til omverden. Gjennom historien til Kaja, har vi sett på kvinners egne erfaringer og opplevelser etter en slik operasjon. Vi har sett hvordan inngrepet ikke bare endrer det fysiske selvet, men også det indre selvbilde og hvordan selvtilliten til kvinner kan svekkes. Påkjenningen disse kvinnene opplever strekker seg ut behandlingstiden. Over tid påvirkes ikke bare kvinnen som individ, men også hennes nære relasjoner som partner, venner og familie. I Kaja sitt tilfelle fikk det konsekvenser for hennes fysiske selvbilde ved at hun mistet opplevelsen av å være seg selv. Brystene hennes symboliserte femininitet og kvinnelighet. Etter å ha fjernet et bryst følte hun seg mindre kvinnelig og hennes seksuelle selvbilde ble svekket. Dette påvirket hennes forhold til kjæresten, John, da hun var redd for at han ikke lenger ville finne henne attraktiv. Også hennes sosiale selvbilde tapte verdi da hun møtte begrensninger i sosiale aktiviteter, grunnet frykt for at noen skulle legge merke til de asymmetriske brystene. I tillegg var det vondt for Kaja å se at andre hadde muligheter som hun selv hadde opplevelsen av å ikke få. Dette skapte grobunn for misunnelse og Kaja ble irritabilitet og avvisende helt til vennene begynte å trekke seg unna.

Det er viktig å huske på at historien til Kaja er fiktiv, og at problemene hun erfarer ikke er gjeldende for alle brystkreftopererte, men en kan likevel ta lærdom av hennes reise. Som

sykepleier er det stor sannsynlighet for at en møter kvinner som Kaja. Det vil derfor være nyttig for yrkesutøvelsen at sykepleiere vet hvilke utfordringer som kan oppstå når en kvinne må fjerne et bryst. I hvor stor grad den fysiske endringen vil ha innvirkning på kvinnen sitt selvbilde vil variere. Likevel er innsikt nødvendig, da forskningen viser at det er mange som kan ha behov for hjelp, også etter de er fri for kreft. God innsikt og tilegnet kunnskap gjør at sykepleiere kan gi tilstrekkelig informasjon og forberede kvinnene på eventuelle utfordringer som kan møte de etter operasjonen. Videre vil en sykepleier kunne veilede, støtte og gi råd når problemer oppstår. Sykepleiere kan oppnå bedre forståelse for pasienter ved å åpne opp for samtale, lytte og aktivt sette seg inn i deres egen opplevelse av situasjonen.

Når det er sagt, er det viktig å bemerke seg at en slik ideell situasjon ikke alltid kan utspilles i virkeligheten. Sykepleieteoretiker, Travelbee, understreker at etablering og opprettholdelse av et menneske-til-menneskeforhold er et viktig sykepleiemål. For å alltid klare dette, må sykepleieren ikke bare ha tilegnede kunnskaper og kvaliteter, men også være i stand til å nå frem hos pasienten der de er når de måtte trenger det. I en verden full av poliklinisk behandling, er ikke den muligheten alltid til stedet. Derfor er det viktig å være bevisst på de mulighetene en har som sykepleier, og gripe de sjansene som byr seg!

Litteraturliste

Bech-Karlsen, J. (2003). *Essay skriving for begynnere*. Universitetsforlaget.

Bredal, I. S. (2007). Psykososiale forhold ved brystkreft, og livskvalitet hos brystkreftererte. I I. Guldvog, E. Schlichting. (Red.), *Brystkreft- diagnostisk og behandling: Novartisserien, Faghefte nr. 12*. (s. 158-164). Novartis Oncology

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Drageset, S. (2021, 05. februar). *Mestring før kreftoperasjon*.

<https://sykepleien.no/forskning/2014/01/mestring-kreftoperasjon>

Eide, H & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner* (3. utg.). Gyldendal akademisk

Folkehelseinstituttet. (2022, 19. januar). *Kreft i Norge*.

<https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/kreft/>

Gamnes, S. (2017). Seksualitet og helse. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug & G. H. Grimsbø. (Red.), *Grunnleggende Sykepleie Bind 2: Grunnleggende behov* (s. 376-398). Gyldendal akademisk

Glasse, R., Hardcastle, S. J., O'Connor, M., Ives, A., kConFab Investigators, & Saunders, C. (2018). Perceived influence of psychological consultation on psychological well-being, body image, and intimacy following bilateral prophylactic mastectomy: A qualitative analysis. *Psycho-oncology*, 27(2), 633–639. <https://doi.org/10.1002/pon.4558>

Glasse, R., O'Connor, M., Ives, A., Saunders, C., Hardcastle, S. J., & kConFab Investigators (2018). Influences on Satisfaction with Reconstructed Breasts and Intimacy in Younger Women Following Bilateral Prophylactic Mastectomy: a Qualitative Analysis. *International journal of behavioral medicine*, 25(4), 390–398. <https://doi.org/10.1007/s12529-018-9722-3>

Helgesen, A. K. (2016). Sosial kontakt. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug & G. H. Grimsbø. (Red.), *Grunnleggende Sykepleie Bind 2: Grunnleggende behov* (s. 142-159). Gyldendal akademisk

Helsebiblioteket. (u.å.). *CINAHL*.

<https://www.helsebiblioteket.no/databaser/alle-databaser/cinahl?lenkedetaljer=vis>

Helsebiblioteket. (u. å.). *Medline*.

<https://www.helsebiblioteket.no/databaser/alle-databaser/medline>

Helsebiblioteket. (u.å.). *SveMed+*.

<https://www.helsebiblioteket.no/databaser/alle-databaser/svemed-karolinska-institutet>

Helsebiblioteket. (2016, 03. juni). *PICO*.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>

Helsebiblioteket. (2016, 07. juni). *Kildevalg*.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/kildevalg>

Helsedirektoratet. (2021, 02. desember). *Brystkreft - fem års relativ overlevelse*.

<https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kreft-behandling-og-overlevelse/fem-%C3%A5rs-relativ-overlevelse-etter-brystkreft>

Herring, B., Paraskeva, N., Tollow, P., & Harcourt, D. (2019). Women's initial experiences of their appearance after mastectomy and/or breast reconstruction: A qualitative study. *Psycho-Oncology*, 28(10), 2076-2082.

<https://doi.org/10.1002/pon.5196>

Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt - Ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg.). Gyldendal Akademisk

Karlsen-Bech, J. (2003). *Gode fagtekster: Essayskriving for begynnere*. Universitetsforlaget

Kreftlex. (u.å). *Brystkreft*. Institutt for kreftgenetikk og informatikk.

https://kreftlex.no/Bryst?fbclid=IwAR00GWnyBHPB3dsK_72qKEGbED8I9eGUJXGxDN2q7JqECuoEToYi_U8hqjc

Kreftregisteret. (2021, 27. oktober). *Brystkreft*.

<https://www.kreftregisteret.no/Temasider/kreftformer/Brystkreft/>

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E-A. & Grimsbø, G. H. (2016). *Grunnleggende Sykepleie Bind 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg.). 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 Ocology Nursing*, 57, N.PAG. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2022.102116>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*.

(LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Rogers, J. & Turner. M. (2011). Psychological Issues for the Patient with Breast Cancer. I V. 'Harmer. (Red.), *Breast cancer nursing: Care and management* (2. utg.) (s. 311). Blackwell publishing Ltd

Stubberud, D-G., Grønseth, R. & Almås, H. (2020). *Klinisk Sykepleie Bind 1* (5. utg.). Gyldendal Akademisk

Sørensen, E. M. & Almås, H. (2010). Sykepleie ved brystkreft. I H. Almås, D-G. & Stubberud. R. Grønseth. (Red.), *Klinisk sykepleie Bind 2* (s. 440-442) (4. utg.). Gyldendal Akademisk

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

van de Grift, T. C., Mureau, M. A. M., Negenborn, V. N., Dikmans, R. E. G., Bouman, M-B., & Mullender, M. G. (2020). Predictors of women's sexual outcomes after implant-based breast reconstruction. *Psycho-oncology*, 29(8), 1272-1279.
<https://doi.org/10.1002/pon.5415>

Metodedel

Vedlegg 1

Skjema med beskrivelse av metode, vedlegg 1, side 1 av 1

Metode forteller oss noe om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap (Dalland, 2012, s. 111). For å fremskaffe kunnskap har vi brukt litteraturstudie som metode. Litteratur er et viktig grunnlag for alle studentoppgaver (Dalland, 2012, s. 67). Relevante lærebøker og fagbøker er benyttet som kilder i arbeidet med å besvare oppgaven. I tillegg er det gjort systematiske søk for å identifisere forskningsartikler med relevans for oppgavens problemstilling. For å svare på problemstillingen har vi valgt essay som litterær formidlingsform. Et essay er også en del av metoden fordi den som skriver bruker innsikt og erkjennelse om egne yrkeskunnskaper. Essayet blir derfor en kritisk utprøvende metode (Karlsen, 2003, s. 58). Essay beskrives av Karlsen (2003, s. 19) som «en sammensatt og personlig prosaform, der refleksjon bærer teksten». En essayistisk skriveform kan gjøre innholdet i teksten og de forskningsbaserte funnene mer spennende å lese. Essay har ofte en dialogisk struktur som er forankret i virkelighet og erfaring (Karlsen, 2003, s. 20). En fiktiv pasienthistorie er derfor lagt til i besvarelsen av oppgaven. Historien gjenspeiler litterære funn og trekkes inn i refleksjonene for å skape dybde og perspektiv. Med dette vil innholdet i teksten lettere relateres til mer konkrete eksempler og gi en bedre leseropplevelse.

For å systematisere problemstillingen har vi benyttet PICO (se vedlegg 1). Ved hjelp av et PICO-skjema overføres problemstillingen til relevante søkeord som deretter kan benyttes i litteratursøk. Helsebiblioteket (2016) understreker hvordan PICO bidrar til et adekvat litteratursøk, hvor en kritisk kan selektere relevant data som en enten inkluderer eller ekskluderer i oppgaven. Søkeordene blir systematisert i henhold til problem/populasjon (P), intervensjon/tiltak som er iverksatt (I), sammenligning av to type tiltak, oversatt fra “comparison” (C) og utfallet en er interessert i, oversatt fra “outcome” (O). Under vedlegg 1 finner en PICO relatert til vår problemstilling.

Vedlegg 2

PICO-skjema, vedlegg 2, side 1 av 2

	P:	I:	C:	O:
Norsk formulering hentet fra din problemstilling	Kvinner som har gjennomgått brystkreftoperasjon Postoperative brystkreftpasienter Brystkreftpasienter postoperativt	Sykepleieintervensjon Sykepleie Sykepleietiltak	Ikke relevant	Opplevelsen av bedret livskvalitet og økt velvære Opplevelsen av økt mestring
Engelsk formulering hentet fra din problemstilling	Woman who has been through cancer mammae Postoperative cancer mammae patients Breast cancer postoperative	Nursing Nursing intervention Nursing measures	Not relevant	Enhanced life- quality and the feeling of well- being Mastery Cope Coping Empowerment Coping strategies

MeSH ord	Brystkreft overlevende* Brystkreft* Overlevende* Breast cancer* Breast neoplasm* Brystkreftpasient* Breast cancer patient* Breast cancer survivor*	Mastektomi* Mastectomy* Sykepleietiltak* Poliklinikk* Klinik* Nursing intervention* Nursing measures* Polyclinic* Clinic* Cancer mammary*	Livskvalitet* Velvære* Mestring* Verdighet* Lifequality* Quality of life* Wellbeing* Sexual health* Mastery* Life satisfaction* Counseling Oncologic nursing* Psychological wellbeing* Body image*
-----------------	--	--	--

Vedlegg 3

Søkestrategi, vedlegg 3, side 1 av 3

For å kvalitetssikre søkene våre bruker vi Medical Subject Headings (MeSH) som et ledd i utarbeidelsen av PICO-skjemaet. MeSH er et verktøy som finner relevante og søkeord i form av synonymer på autorisert fagspråk, slik at de kan brukes direkte i internasjonale databaser (Helsebiblioteket, 2018). En god søkestrategi er å starte prosessen med søke etter oppsummert forskning, før en jobber seg nedover mot primærstudier og systematiske oversikter. Til dette benyttes kunnskapspyramiden som illustrerer hvilke databaser som vil gi deg den litteraturen du ser etter. Til de endelige søkene er det blitt brukt databaser som befinner seg nederst i kunnskapspyramiden, altså databaser som inneholder referanser til primærstudier (Helsebiblioteket, 2016). Vi har valgt å bruke databaser som også oppgis på nettsidene til Høgskulen på Vestlandet sitt bibliotek under *fagressurser* for å sikre at søkene gjøres i relevante og troverdige databaser. Her søker vi etter kunnskap bygget på erfaring, *empiri*. Empiriske artikler bidrar til å danne et bilde av hvordan noe er i virkeligheten og til god validitet (Dalland, 2012, s. 115).

Databasene vi har brukt er CINAHL, PubMed og SveMed+. Videre har vi valgt inklusjons og eksklusjonskriterier som bidrar til å fjerne «støy» i form av utdatert forskning og eventuelle andre forhold som gjør litteraturen lite overførbar til dette studiet. Vi ønsket at forskningen skulle være fra europeiske industriland, men ønsket ikke å utelukke land utenfor Europa helt. Databasene er presentert nedenfor;

CINAHL inneholder referanser til engelskspråklig litteratur og er særlig relevant for ulike helsefag. Her finner vi mest tidsskriftartikler, noen bøker og bokkapitler, avhandlinger, konferanserapporter og standarder for praksis, samt en del kvalitativ forskning og pasienterfaringer (Helsebiblioteket. u.å). Inklusjons- og eksklusjonskriter vi har brukt i denne databasen er; *Peer Reviewed, Publication date; 2017-2022, Language; English, Sex; Female, Age; Adult: 19-44 years.*

SveMed+ er en nordisk database som inneholder referanser til artikler og nordiske tidsskrifter innen helsefag og medisin. SveMed+ er noe mindre enn CINAHL, og oppdateres jevnlig (Helsebiblioteket. u.å). Inklusjons og eksklusjonskriter vi har brukt i denne databasen er; *Peer Reviewed, Publication date; 2017-2022.*

PubMed inneholder referanser til litteratur innen psykologi. Databasen oppdateres ukentlig (Helsebiblioteket. u.å). Inklusjons og eksklusjonskriter vi har brukt i denne databasen er; *Publication date; 2017-2022.*

Vi oppdaget fort at størrelsen på databasen hadde noe å si for resultatene. I CINAHL, som er en stor database, kunne vi bruke mange søkeord og flere inklusjons- og eksklusjonskriterier. Vi startet søkeprosessen med denne databasen for å få et oversiktsbilde og kom frem til artikler fra hele verden. Mange var relevant til vår studie, men geografisk var det mange som ikke var overførbart til den norske populasjon. Vi gjorde et nytt søk nærmere innlevering for å se etter ny og oppdatert litteratur. Denne gangen brukte vi SveMed+, som tillot mindre inklusjons- og eksklusjonskriterier, samtidig resulterte det ofte i få eller ingen treff hvis vi brukte mange søkeord. Fordelen med denne databasen er at mesteparten av litteraturen kan relateres til Norsk populasjon, i motsetning til treff fra CINAHL som resulterte i mer «støy». I SveMed+ kom vi raskt frem til relevant litteratur. Siste søk gjorde vi i PubMed som også ga tilsvarende resultater. I søkeprosessen oppdaget vi at enkelte artikler dukket opp i samtlige databaser. Dette gjelder i særlig de europeiske artiklene som også dukket opp i CINAHL. Vi ser på dette som en bekreftelse på at søkeordene vi har valgt er relevant og dekkene, samt at det støtter vårt valg av artikler. I søkehistorikken har vi derfor valgt å legge de aktuelle artiklene til det søket som ble gjort i den minste databasen.

I vår studie ønsket vi å se nærmere på sykepleietiltak knyttet til å bevare kvinners selvbilde etter en mastektomi. Litteraturen som ble funnet i databaser ga mest informasjon om pasienters opplevelse av seg selv etter operasjonen. Noen tok for seg faktorer som påvirker tilfredshet og andre undersøkte effekten av enkelte sykepleietiltak. Sykepleietiltakene som ble presentert i artiklene var ikke tilstrekkelig i vår studie. Derfor har vi også støttet oss på relevante fagbøker, lovverk og sykepleieteoretikere i denne delen av vår besvarelse.

Vedlegg 4

Søkehistorikk, vedlegg 4, side 1 av 2

Database	Dato	Søkeord	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Inkluderte artikler
CINAHL	15.11.21	S1: MH Breast neoplasms	91606			
		S2: Cancer mammary	8			
		S3: MH Mastectomy	6342			
		S4: Mastectomy	8604			
		S5: S1 or S2 og S3 or S4	93897			
		S6: MH Sexual counseling	16396			
		S7: MH Counseling	32620			
		S8: MH Oncologic nursing	819			
		S9: S6 or S7 or S8	49622			
		S10: Psychological well being	30556			
		S11: MH Quality of life	130299			
		S12: Quality of life	218233			
		S13: Sexual health	7903			
		S14: S10 or S11 or S12 or S13	251511			
		S15: S5 and S9 and S14	263			
		S16: S5 and S9 and S14 + inklusjons- og eksklusjonskriterier	45	18		1) Women's initial experiences of their appearance after mastectomy and/or breast reconstruction: A qualitative study.
CINAHL	29.04.22	S1: Mastectomy	8604			
		S2: Body Image	12395			
		S3: S1 and S2	71			
		S4: S3 + inklusjons- og eksklusjonskriterier	32	1	1	2) Life situations of Swedish women after mastectomy due to breast cancer: A qualitative study.
SveMed+	29.04.22	S1: Breast cancer	1152			
		S2: Body image	429			
		S3: S1 + S2	12			
		S4: S1 + S2 + inklusjons- og eksklusjonskriterier	5	1	1	0
PubMed	03.05.22	S4: S1 and S2 and S3 + filters: Full text, in the last 5 years	6	2	2	3) Perceived influence of psychological consultation on psychological well-being, body image, and intimacy following bilateral

						prophylactic mastectomy: A qualitative analysis 4) Influences on Satisfaction with Reconstructed Breasts and Intimacy in Younger Women Following Bilateral Prophylactic Mastectomy: a Qualitative Analysis
		S5: Breast neoplasms	80288			
		S6: Oncology	801936			
		S7: Sexual outcome	14772			
		S8: Social support	156812			
		S9: Cancer	1051165			
		S10: S5 AND S6 AND S7 AND S8 AND S9 + filters: Full text, in the last 5 years	34	4	1	5) Predictors of women's sexual outcomes after implant-based breast reconstruction

Vedlegg 4, side 2 av 2

Vedlegg 5

Samleskjema, side 1 av 8

III kunnskapssenteret

Fagprosedyrer

Samleskjema for artikler

Metode					Resultater			
Artikkel nr.	Årstall	Studiedesign	Utvalg/størrelse	Intervensjon	Kommentarer	Funn	Konklusjon	Relevans/overføringsverdi
Glasse, R., Hardcastle, S. J., O'Connor, M., Ives, A., & Saunders, C. (2018). Perceived influence of psychological consultation on psychological well-being, body image, and intimacy following bilateral prophylactic mastectomy: A qualitative analysis. <i>Psycho-</i>	2017	Retrospektiv kvalitativt design ved hjelp av semistrukturerte intervjuer	Til sammen 26 kvinner under 35 år, som hadde gjennomgått bilateral profylaktisk mastektomi (BPM). Deltakerne ble rekruttert ved hjelp av genetiske klinikk, registeret og ved hjelp av internettressurs er slik som applikasjonen "Facebook". Kravet til deltakerne var om de har gått gjennom en BPM tidligere før fylte 35 år.	Studiet undersøker om psykologisk konsultasjon tilbydd til kvinner som har gjennomgått BPM er med på å gi psykososiale fordeler til yngre kvinner (<35 år gamle) som er ved høy risiko til å utvikle brystkreft grunnet mutasjon eller familiehistorie	Artikkelen er fra Australia, hvor deltakerne ble rekruttert fra New Zealand og Australia. Spørsmål om dette kan impliseres til den norske befolkningen. Å implisere rutinemessig psykologisk konsultasjon kan være en økonomisk utfordring, men samtidig vil det redusere kravet til kirurger ved å spare tiden deres under konsultasjonen og redusere psykologiske	Resultatene viser til at deltakerne som hadde vært hos en psykolog rapporterte å være mer forberedt på en BPM i tillegg til å håndtere den post-operative fasen etter operasjonen bedre. Det blir vist til bedre grad av psykologisk velvære, tilfredsstillhet med intimitet og et mer positivt kroppsbilde ved bruk av psykologisk konsultasjon sammenlignet med de som ikke hadde fått psykologisk hjelp.	Funnene viser at kvinner som gjennomgår psykologisk konsultasjon før BPM ser ut til å kunne tilpasse seg positivt postoperativt i forskjell til de som ikke gjennomgår psykologisk konsultasjon. Psykologiske konsultasjoner vil gi kvinner en bedre mulighet til å kunne fortelle om bekymringene sine i forhold til operasjonen, og forbedre dem på hva som kommer.	Artikkelen tar for seg ulike tema, som bedre psykologisk velvære, bedre tilfredsset med intimitet og bedre kroppsbilde post-operativt dersom en benytter seg av psykologisk konsultasjon pre-operativt for yngre kvinner (<35 år). I tillegg har artikkelen relevans da den bidrar til forståelsen av sykepleiers rolle og effekten sykepleietiltak i den pre- og postoperative fasen, for å styrke kvinners opplevelse i slike situasjoner.

Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer

Fagprosedyrer

<p><i>oncology</i>, 27 (2), 633– 639. https://doi.org/10.1002/pon.4558 (Art. Nr. 3)</p>					<p>plager hos kvinner i ettertid</p> <p>Intervjuene ble gjennomført via telefonsamtaler, noe som kan være en svakhet.</p> <p>Det trengs mer forskning for å kunne si om artikkelen kan impliseres til dagens praksis.</p> <p>Artikkels studie har et retrospektivt design, noe som føre til bias. De selvvalgte deltakerne presenterte sine egne tolkninger, noe som kan føre til unøyaktighet eller forvrengninger.</p> <p>Deltakerne var alle under 35 år, dermed kan ikke resultatene</p>			
---	--	--	--	--	--	--	--	--

Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer

Fagprosedyrer

					<p>impliseres til eldre kvinner.</p>			
--	--	--	--	--	--------------------------------------	--	--	--

Fagprosedyrer

Glasse, R., O'Connor, M., Ives, A., Saunders, C., Hardcastle, S. J., & ConFab Investigators (2018). Influences on Satisfaction with Reconstructed Breasts and Intimacy in Younger Women Following Bilateral Prophylactic Mastectomy: a Qualitative Analysis. <i>International journal of behavioral medicine</i> , 25(4), 390–398. https://doi.org/10.1007/s	2018	Kvalitativt design med bruk av semistrukturerte intervju	26 kvinner mellom 1 og 6 år etter operasjonen deltok. Kvinnene var fra 23-38 år gamle, hvor gjennomsnittsalderen var på 31 år. Fire kvinner var enslige, mens resterende antall hadde ektefelle. Alle som deltok, gikk gjennom en rekonstruksjon. 23 var BRCA mutasjonsbærere og tre hadde ingen kjente mutasjoner.	Målet med studien var å utforske påvirkningene på tilfredshet med rekonstruerte bryster og intimitet bilateral profylaktisk mastektomi (BPM) hos yngre kvinner (<35 år) med sterk familiehistorie knyttet til brystkreft.	Begrensinger i studien da det tillater bias i form av mulighet for tilbakekalling eller prøvetakings skjvhet da dette er et retrospektivt design og selvalgt utvalg av kvinner. Tar kun for seg kvinner under 35 år, kan dermed ikke si noe om eldre kvinner. Demografisk begrensning da det kun tar for seg New Zealand og Australia.	Funnene foreslår at rutinemessig henvisning til en psykolog eller kirurg der en <u>fokuserer</u> på å kommunisere realistiske resultater av brystets utseende kan øke tilfredsheten hos kvinner. Funnene gir spesifikke retningslinjer for klinisk praksis når det gjelder kvinner under 35 år. Funnene viser til hvor viktig det er at kirurger formidler realistiske forventninger, i tillegg til konsekvens og presis informasjon av ulike mastektomi og rekonstruksjonstyper. Også informasjon og diskusjon om ulike risikofaktorer er av betydning. Rutinemessig henvisning til	Realistiske forventninger og kommunikasjon er nøkkelen til tilfredshet med rekonstruerte bryster og intimitet for kvinner under 35 år etter BPM. En åpen kommunikasjon sammen med livspartner er viktig og spiller en sentral rolle hos tilfredsheten hos kvinner. Også kommunikasjon med psykologiske tjenester eller med kirurg viser seg å skape tilfredshet hos kvinner.	Artikkelen er relevant for oppgaven da det tar opp hvordan en kan øke tilfredshet hos yngre kvinner (<35 år) som har rekonstruerte bryster. Det tar opp hvor viktig det er at kirurger formidler realistiske forventninger, i tillegg til konsekvens og presis informasjon av ulike mastektomi og rekonstruksjonstyper. Det støtter også et sentralt poeng i oppgaven om hvor viktig støtten til en livspartner er, og at dette også kan skape tilfredshet hos kvinner.
--	------	--	--	---	--	---	--	---

Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer

Fagprosedyrer

12529-018-9722-3 (Art. Nr. 4)			inkluderte spørsmål om kroppsbilde, intimitet, rekonstrukturerende kirurgi, forventninger til resultat og psykologisk velvære. Intervjuene ble tatt opp digitalt med lydopptak og transkribert ordrett. Deltakerne ble valgt i forhold til genetisk status ved hjelp av egenrapporterin g hentet fra nettbaserte spørreundersøkelser.		gjennomfør BPM.	psykologkonsultasjon før en BPM vil kunne gi kvinner mulighet til å diskutere sine bekymringer rundt rekonstruerte bryster. I tillegg kan problemstillinger som kvinnene ikke har tidligere kjennskap til, bli tatt opp og diskutert. Artikkelen viser også til at partners involvering i psykologiske konsultasjoner bør utforskes for å oppmuntre til bedre kommunikasjon vedrørende BPM, i tillegg til intimitet.		
Herring, B., Paraskeva, N., Tollow, P., &	2019	Mixed <u>method</u> design, kombinert med samling	128 kvinner ble rekruttert fra England. De fleste var hvite,	Artikkelen tar for seg kvinners umiddelbare	Eneste artikkelen som utforsker kvinners umiddelbare, føre	Dataene samlet i forskningen viser til komplekse følelser knyttet til	Resultatene til artikkelen understreker individuelle	Artikkelen har relevans da første møte med resultatene etter en operasjon er noe vi ønsker

Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer

Fagprosedyrer

<p>Harcourt, D. (2019). Women's initial experiences of their appearance after mastectomy and/or breast reconstruction: A qualitative study. <i>Psych. & Oncology</i>, 28 (10), 2076–2082. https://doi.org/10.1002/pon.5196</p> <p>(Art. nr. 1)</p>		<p>og integrering av både kvalitative og kvantitative data</p> <p>Det ble brukt spørreskjemaet for å avdekke resultatene, som avdekket spørsmål om deres følelser og forventninger og støtten de trengte og/eller fikk. Dataene ble analysert kvalitativt ved brukt av induktiv TA. Metaanalyse fremhevet rollen til pasientens forventninger når det kom til utfallet.</p>	<p>med alder fra 31-74 år. Gjennomsnittet var på 51 år.</p> <p>Inklusjonskravet var på kvinner som er 18 år eller eldre, snakker flytende engelsk og som har gjennomgått en mastektomi med/uten rekonstruksjon av brystet. Det må ha gått minst 6 måneder siden operasjonen.</p> <p>Deltakerne ble funnet gjennom spørreundersøkelser på nettet, i tillegg til kreftorganisasjoner og gjennom ulike nettsider.</p>	<p>opplevelse av utseende etter en mastektomi. Videre ønsker artikkel å skape bedre forståelse av opplevelsen til kvinner på dette tidspunktet.</p>	<p>opplevelser av utseende deres rett etter brystkreftoperasjonen.</p> <p>Gjennomsnittsalderen på kvinnen brukt i dette studiet var relativt høy (51), og kan ha noe å si for funnene og resultatene. Det er også et halvt år siden de gjennomgikk operasjon, noe som gjør det vanskeligere å huske informasjon i retrospektiv.</p>	<p>resultatene kvinnene møter rett etter operasjonen. Analysen understrekte fire temaer på tvers av deltakergruppen; de første tanker og følelser, tap og sorg og andres reaksjoner.</p> <p>Dataene tar for seg mangel på beredskap og støtte, noe som kan forsterke misnøye hos kvinnene. Kvinner som rapporterte at de følte seg bedre rustet på forhånd, la vekt på at de ikke ble forhatet til å se på utseende sitt for første gang. De verdsatte tilstedeværelsen og støtten til de som var sammen med dem. Noen av kvinnene informerte om at de var fornøyde med</p>	<p>forskjeller i hvordan kvinnene opplever å se resultatene av brystkreftoperasjonen for første gang. Det blir lagt vekt på den emosjonelle og psykososiale påvirkningen dette kan ha.</p> <p>Videre viser artikkelen til at kvinner i en slik situasjon trenger støtte og å bli sett, noe som kan bidra til bedre pasientresultater.</p> <p>Videre viser resultatene til at det trengs forbedring på informasjon, økt forberedelse og støtte, både pre- og postoperativt. Dette kan føre til en bedre opplevelse for kvinnene.</p>	<p>å legge til i oppgaven vår. Det er viktig å understreke hvor viktig god informasjon er for å forberede kvinnene, i tillegg til at artikkelen støtter hvor viktig støtten til nære relasjoner er. Den sier også noe om både den pre- post-operative fasen, noe som vi ønsker å inkludere i oppgaven. Videre tar artikkelen for seg ulike følelser som settes i sving ved første møte ved et annerledes bryst, og avdekker individuelle følelser på dette. Det er av høy relevans at artikkelen forteller om at tapet av brystet kan føles som tap av identitet, noe vi tenker er av svær betydning for oppgaven.</p>
---	--	---	--	---	---	---	---	--

Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer

Fagprosedyrer

						<p>informasjonsnivået og støtten de fikk, mens andre mente at dette elementet manglet. Funnene avdekker et behov for å vurdere individuelle forskjeller og skreddersy støtte.</p> <p>Det fysiske tapet av brystet representerte et tap av identitet og feminitet for noen kvinner, og de rapporterte følelser av tap og sorg.</p> <p>Funnene viser også at det er behov for å sikre at alle kvinner er informert og får nødvendig støtte når de skal se på resultatene etter operasjonen for første gang.</p> <p>Artikkelen viser til at det er en tydelig forskjell i kvinners</p>		
--	--	--	--	--	--	---	--	--

Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer

Fagprosedyrer

						erfaringer. Noen av kvinnene følte seg forberedt på det som kom, i tillegg til at de følte at de hadde emosjonell støtte fra sine nærmeste. Andre følte at disse aspektene manglet.		
Lundberg, P. C., & Phoosuwan, N. (2022). Life situations of Swedish women after mastectomy due to breast cancer: A qualitative study. <i>European Journal of Oncology Nursing</i> , 57, N.PAG. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2022.102116	2022	Kvalitativ analyse hvor det ble benyttet semi-strukturert intervju.	33 svenske kvinner som har gjennomgått mastektomi deltok. Aldersgruppen var fra 37-73 år, hvor gjennomsnittsalderen var 33. Studien ble utført i tre byer i Sverige. De fleste av dem var i stadium to av brystkreft ved diagnosen. 21 hadde fått kjemoterapi, 12 hadde fått strålebehandling.	Artikkelen utforsker og beskriver livssituasjonen til svenske kvinner med brystkreft etter en mastektomi.	En god styrke at artikkelen tar for seg livssituasjonen til svenske kvinner etter mastektomi med eller uten brystkonstruksjon, ta dette er nabolandet. Bruk av kvalitative metoder er en styrke da det gir god og grundig informasjon for forståelsen av kvinner i en slik situasjon. Gir en økt forståelse for kvinners livssituasjon gjennom deres	Funnene ble avdekket i seks ulike kategorier; forlegenhet med kroppsbilde og tap av feminitet; følelser av frykt, bekymring og angst; bedre verdsettelse av livet; støtte fra forskjellige kilder; erfaringer med omsorg fra helsepersonell; behov for informasjon og oppfølging. Videre viser funnene til hvordan kroppsbilde begrenser deres daglige liv. Støtte fra familie og helsepersonell og	Artikkelen viser til hvordan kroppsbilde endrer seg hos kvinner som gjennomgår en mastektomi, og hvordan dette implanterer seg i deres daglige liv. Resultatene til artikkelen viser til hvordan psykisk stress og tap av selvtillit kan oppstå hos kvinner som går gjennom en mastektomi. Videre blir det lagt vekt på at aksept er viktig for den positive tenkningen. Å snakke og lytte til	Vi ønsker å implisere resultatene av dette studiet til oppgaven vår, for å fange opp de psykiske aspektene kvinner går gjennom etter en mastektomi. Videre ønsker vi å implisere viktigheten av familie og ikke minst helsepersonell. Vi ønsker å videreføre funnene om hvor viktig adekvat informasjon og oppfølging er fra helsepersonell, og hvordan sykepleiere kan bidra til en bedre opplevelse for disse kvinnene ved å møte deres følelser og behov.

Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer

Fagprosedyrer

(Art. nr. 2)			g og 27 hadde fått hormonell behandling. Åtte hadde blitt behandlet av Herceptin. Fjorten hadde gått gjennom brystrekonstruksjon, mens åtte hadde en plan for dette. 11 takket nei til brystrekonstruksjon.		egne ord Da studiet kun tok for seg tre byer i Sverige, kan det begrense overførbareheten til andre omgivelser, i tillegg til en liten utvalgsstørrelse.	oppfatningen av et positivt liv er av betydning. God informasjon, veiledning og oppfølging fra helsepersonell blir sett på som svært viktig, hvor det ønskes at denne yrkesgruppen må være spesiell bevisst på kvinnenes følelser og behov.	ulike personer kan være med på å hjelpe, da sosial støtte har en positiv effekt på kvinners mestring. Også informasjon og oppfølging fra samme lege og sykepleiere ønskes, da det er lettere å forholde seg til kjente mennesker enn ukjente. Adekvat oppfølging fra helsepersonell er viktig, i tillegg til deres støtte på kvinners følelser og behov for oppfølging etter behandling.	
van de Griff, T. C., Mureau, M., Negenborn, V. N., Dikmans, R., Bouman, M. B., & Mullender, M. G. (2020).	2020	Ble brukt kvantitative metoder. Dataene kommer fra et biopskososialt rammeverk av seksuelle utfallsprediktorer etter	Deltakerne bestod av 88 kvinner, alder 24-71 år (gjennomsnittsalder på 45 år) som gjennomgikk mastektomi og implantatbasert brystrekonstruksjon.	Målet med studie er å se på biopskososiale predatorene for postoperative seksuelle utfall etter implantatbasert	Studien var begrenset av prøvestørrelsen, som kanskje ikke tillot å oppdage mindre effekter og teste alle mulige prediktorer i regresjonsanalyse n. Ikke alle	Funnene understreker viktigheten av å vurdere seksuelle utfall etter IBBR, i form av en helhetlig tilnærming som inkluderer mental helse og partnere i behandlinger.	Resultatene til artikkelen viser til hvor viktig støttende omsorg fra partnere og psykososial funksjon er for å optimalisere seksuelle utfall etter IBBR.	God relevans i artikkelen på hvordan det tar opp at brystrekonstruksjon påvirker kvinners seksualitet. Oppgaven vår setter, i tillegg til artikkelen, lys på hvordan yngre kvinner kan ha dårligere seksuelle utfall etter en brystrekonstruksjon. I

Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer

Fagprosedyrer

<p>Predictors of women's sexual outcomes after implant-based breast reconstruction. <i>Psychology</i>, 29 (8), 1272–1279. https://doi.org/10.1002/pon.5415</p> <p>(Art. nr. 5)</p>		<p>IBBR, basert på tilgjengelig litteratur og klinisk ekspertise. Datainnsamlingen var en del av BRIOS-studien, et multisenter med randomisert kontrollerte studier.</p>	<p>on (IBBR). Inklusjonskriterier var bekreftet brystkreft eller genetisk disposisjon, minst 18 år gamle og hadde til hensikt å gjennomgå en hudbesparende mastektomi.</p> <p>En prediktiv modell ble testet som inkluderte medisinske, bakgrunns- og psykologiske prediktorer, faktorer i partnerskap og fysisk seksuell funksjon. Datainnsamlingen inkluderte kliniske data og spørreskjema (preoperativt og 1 år etter rekonstruksjon) ved bruk av</p>	<p>brystrekonstruksjon.</p> <p>deltakere fylte ut preoperative tiltak, som kan si en seleksjonsskjevhet. Det er kun blitt brukt implantatbaserte grupper for sammenligning, dermed ble ingen sammenlignet med andre kirurgiske teknikker. I tillegg er studien utført i et lang med delvis finansiert seksuell rådgivning, dermed er tilgangen geografisk begrenset.</p> <p>Styrken til studien inkluderer der prospektive designet og tilnærmingen, noe som gjorde det mulig å se på prediktorene og sammenligne dette.</p>	<p>Selv om moderate positive seksuelle utfall ble rapportert etter IBBR, rapporterte noen kvinner seksuelle dysfunksjoner. Seksuelle dysfunksjoner var sterkt relatert til manglende evne til orgasme, problemer med vaginal smøring og brystfølelse. De testende modellene spådde 37-46% av de seksuelle utfallene; seksuelle utfall ble for det meste spådd av psykososialt velvære, fysisk seksuell funksjon og partnerstøtte. Preoperativt seksuell og psykososialt velvære var positivt assosiert med postoperativt seksuelt velvære.</p> <p>Funnene undersøker den prediktive effekten av en rekke biopsykososiale</p>	<p>Artikkelen går i dybden på hvordan brystkreft kan føre til en betydelig belastning for kvinners psykososiale velvære og feminitet. Understreker hvordan brystrekonstruktiv kirurgi er med å gjenopprette et feminint brystutseende ved å bruke implantater, og dermed forbedrer pasientens livskvalitet. Resultatene viser til en biopsykososial analyse av prediktorer for seksuelle utfall etter brystrekonstruksjon, og viser til hvordan ulike aspekter relaterer til hverandre. Etter brystkreftbehandling</p>	<p>tilligg ønsker vi å si hvor viktig det er med partnerstøtte.</p> <p>Artikkelen har relevans for oss da det har en større utvalgspopulasjon, og sier noe om postoperative seksuelle utfall etter implantatbasert brystrekonstruksjon. Det er overføringsverdi i artikkelens funn om positive seksuelle utfall etter IBBR, men også informasjon om seksuelle dysfunksjoner. Kan være av relevans å si noe om hvordan preoperativt seksuell og psykososialt velvære blir positivt assosiert med postoperativt seksuelt velvære.</p>
---	--	--	---	--	--	--	---

Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer

Fagprosedyrer

		<p>BREAST-Q seksuell velværeskala (BQS), og spørsmål angående seksuell dysfunksjon og seksuell tilfredsstillelse (Female Sexual Function Index).</p> <p>Postoperative seksuelle utfall inkluderte tre parametre; seksuelt velvære (BREAST-Q); seksuell dysfunksjon (FSFI), og seksuell tilfredsstillelse (FSFI). Statistisk analyse ble brukt for å sammenligne og måle effekten av variablene. Andre metoder brukt var spørreskjemaer,</p>			<p>faktorer på seksuelle utfall etter mastektomi med IBBR. Sentrale funn inkluderer en reduksjon i seksuelt velvære etter IBBR. De prediktive faktorene viste ulik betydning for hvert seksuelt utfall. Seksuelle dysfunksjoner ble assosiert med yngre alder og vaginal smøring, mens seksuelt velvære og tilfredshet ble mindre påvirket av blant annet behandlinger og fysisk funksjon. De seksuelle utfallene ble sterkest spådd av partnerforhold og psykososialt velvære. Preoperativt rapporterte studiedeltakerne et relativt høyt gjennomsnittlig seksuelt velvære (BQS), i forskjell til postoperativt. De</p>	<p>ng kan tørr skjede vise til negative utfall, som mindre seksuell tilfredsstillelse. Det er dermed viktig for helsevesenet å ta hensyn til fysiske seksuelle dysfunksjoner og tilby riktige behandlinger, som for eksempel seksuell rådgivning eller smøremidler til de som trenger det. Videre bekrefter funnene hvor viktig det er å ha en forståelsesfull partner både for postoperativt seksuelt velvære og tilfredshet. Artikkelen anbefaler dermed involvering av partnere under kirurgisk beslutningstaking og postoperativ oppfølging. En slik partilpasning og</p>	
--	--	---	--	--	--	---	--

Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer

Fagprosedyrer

			og kliniske datarapporter.			<p>postoperative BQ5-skårene er litt høyere enn de publiserte BQ5-referanseverdiene. Forklaringer på dette kan være at seksuell rehabilitering tar sin tid, og at andre faktorer påvirker prosessen slik som endokrine behandlinger. Den høye terskelen til å oppsøke seksuell rådgivning fører også til dårligere seksuelle utfall.</p> <p>Vaginale smøreproblemer og pasientens alder var de viktigste prediktorene for postoperativ seksuell dysfunksjon. Utilstrekkelig vaginal smøring kan føre til smerter under samleie, og gjør det vanskeligere å oppnå en orgasme. Andre faktorer kan være kroppsbilde og</p>	<p>kommunikasjon kan støtte kvinner i å utvikle et bedre postoperativt seksuelt utfall, og dermed føre til bedre velvære hos disse.</p>
--	--	--	----------------------------	--	--	---	---

Fagprosedyrer

					<p>forholds faktorer. Økende alder førte til mer positive assosiasjoner når det kom til seksuelle utfall, muligens grunnet eldre kvinner er mer modne. Det argumenteres for at eldre par kan ha mer åpne kommunikasjonsvevner, eller lavere betydning av fysiske idealer i høyere alder.</p> <p>Det ble funnet en liten positiv effekt av brystvortesparende kirurgi, muligens grunnet den besvarer det feminine utseende og den feminine følelsen. Videre rapporterer kvinner som har gått gjennom mastektomi og kvinner som fikk kjemoterapi verre seksuell funksjon.</p>		
--	--	--	--	--	---	--	--

Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer

Fagprosedyrer

					<p>Dette kan forklares med at kvinner som mottar kjemoterapi og onkologisk kirurgi er i faresonen for langvarige seksuelle funksjonsproblemer, grunnet tørr skjede, problemer med kroppsbilde og andre psykiske problemer.</p> <p>Funnene viser til at vaginal tørrhet og medisinske behandler spådde seksuelle dysfunksjoner. Kontekstuelle og psykososiale faktorer derimot spådde seksuelt velvære og tilfredshet. I tillegg spådde vaginal smøring også seksuell tilfredsstillelse.</p>		
--	--	--	--	--	---	--	--

Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer