



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

BSS9

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	12-05-2020 09:00	<b>Termin:</b>	2020 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	22-05-2020 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave		
<b>SIS-kode:</b>	203 BSS9 1 H 2020 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

**Kandidatnr.:** 401

### Informasjon fra deltaker

**Antall ord \*:** 9052

**Egenerklæring \*:** Ja

**Jeg bekrefter at jeg har registrert**

**oppgavetittelen på**

**norsk og engelsk i**

**StudentWeb og vet at**

**denne vil stå på**

**vitnemålet mitt \*:**

### Gruppe

**Gruppenavn:** (Anonymisert)

**Gruppenummer:** 83

**Andre medlemmer i gruppen:** Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av oppgaven 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

# BACHELOROPPGAVE

Sykepleiers ivaretagelse av kvinner i forbindelse med brystkreftoperasjon

Nursing care for women in connection with breast cancer surgery

**Kandidatnummer 401**

Sykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse- og omsorgvitenskap

Innleveringsdato: 22.05.2020

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, § 12-1.

# Abstract

**Title:** Nursing care for women in connection with breast cancer surgery

**Aim:** This thesis aims to highlight women's experiences in connection with breast cancer surgery, and to investigate the nurses' role in caring for this group of patients. This thesis will also focus on how specific types of nursing care can meet the women's needs. The research question is: How can nurses care for women in connection with breast cancer surgery?

**Method:** The thesis is a literature study. It is based on seven qualitative research articles found in the CINAHL and MEDLINE databases, on rules and regulations together with syllabus literature and nursing literature found at Western Norway University of Applied Sciences' library.

**Results:** Women with breast cancer find that continuity and being valued as a person and not a diagnosis, is important for their well-being. Women wish for nurses to have a person-centric approach to support and sharing of information. Sharing experiences in nurse-led support groups is helpful. Women gain trust in nurses that show their own strengths. Findings also reveal a variety of reactions when confronted with an altered body. The alterations can have an impact on the women's experience of female identity, their relationships with other people, and their sexual health.

**Conclusion:** The findings of this literature study indicate the need for nurses to prepare women for breast cancer surgery so that they can manage their expectations. Nurses must therefore adapt the information, guidance and support according to the needs of each woman. The ability to do so requires the nurse to see each woman as a unique individual. Nurses can also help women to maintain good relationships by including family, spouses or close friends in the pre- and post-surgery care.

**Keywords:** breast cancer surgery, women, experiences, nursing care

# Innholdsfortegnelse

<b>1 Innledning</b> .....	<b>4</b>
<b>1.1 Bakgrunn for valg av tema</b> .....	<b>4</b>
<b>1.2 Problemstilling</b> .....	<b>5</b>
<b>1.3 Avgrensning</b> .....	<b>5</b>
<b>1.4 Oppgavens oppbygning</b> .....	<b>5</b>
<b>2 Teori</b> .....	<b>6</b>
<b>2.1 Brystkreft</b> .....	<b>6</b>
2.1.1 Brystbevarende operasjon .....	6
2.1.2 Fjerning av hele brystet .....	7
<b>2.2 Identitet, kroppsbilde og seksualitet</b> .....	<b>7</b>
<b>2.3 Profesjonell kommunikasjon</b> .....	<b>8</b>
2.3.1 Informasjon og veiledning .....	8
<b>2.4 Pasientansvarlig sykepleier</b> .....	<b>9</b>
<b>2.5 Sosial støtte</b> .....	<b>10</b>
<b>2.6 Joyce Travelbees sykepleieteori</b> .....	<b>11</b>
2.6.1 Etableringen av et menneske-til-menneske-forhold.....	11
<b>3 Metode</b> .....	<b>13</b>
<b>3.1 Litteraturstudie som metode</b> .....	<b>13</b>
<b>3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier</b> .....	<b>13</b>
<b>3.3 Litteratursøk og valg av litteratur</b> .....	<b>13</b>
<b>3.4 Kvalitetsvurdering og kildekritikk</b> .....	<b>15</b>
<b>3.5 Analyse og syntese</b> .....	<b>15</b>
<b>3.6 Ethiske overveielser</b> .....	<b>16</b>
<b>4 Resultat</b> .....	<b>17</b>
<b>4.1 Sykepleiefaglig støtte og oppfølging</b> .....	<b>17</b>
<b>4.2 Å bli konfrontert med en endret kropp</b> .....	<b>18</b>
<b>4.3 Sosiale relasjoner i forbindelse med brystkreftoperasjon</b> .....	<b>19</b>
<b>5 Diskusjon</b> .....	<b>21</b>
<b>5.1 Helhetlig omsorg og kontinuitet er viktig for kvinner</b> .....	<b>21</b>
<b>5.2 Terapeutisk bruk av seg selv og kommunikative ferdigheter i sykepleieutøvelse</b> ...22	<b>22</b>
<b>5.3 Informasjon og veiledning er viktig for forberedelse til en brystkreftoperasjon</b> ....24	<b>24</b>

<b>5.4 Ivaretagelse av sosiale relasjoner .....</b>	<b>27</b>
<b>6 Konklusjon .....</b>	<b>30</b>
<b>Referanseliste.....</b>	<b>31</b>
<b>Vedlegg.....</b>	<b>34</b>
<b>Vedlegg 1: PIO-skjema .....</b>	<b>34</b>
<b>Vedlegg 2: Søkehistorikk .....</b>	<b>35</b>
<b>Vedlegg 3: Flytskjema .....</b>	<b>36</b>
<b>Vedlegg 4: Oversikt over inkluderte artikler.....</b>	<b>37</b>

# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Brystkreft er den kreftformen som er vanligst blant kvinner (Kreftregisteret, 2020). Rundt 75% av tilfellene forekommer hos kvinner over 50 år (Sørensen, Lorvik, Ernsten & Almås, 2017, s. 437). Det anslås at én av tolv norske kvinner vil utvikle brystkreft i løpet av livet (Kreftforeningen, u.å.). De siste tiårene har antall tilfeller økt betydelig, og i 2018 var det 3568 kvinner i Norge som fikk brystkreft (Kreftregisteret, 2020). Overlevelsen ved sykdommen øker (Kreftregisteret, 2020). Det har sammenheng med at metoder for utredning og behandling er forbedret (Kreftforeningen, u.å.). Blant annet har innføringen av mammografiprogrammet for norske kvinner i alderen 50-69 år ført til en betydelig reduksjon i dødelighet av brystkreft (Kreftregisteret, 2019).

Omtrent alle brystkreftsvulster kan opereres bort (Kreftforeningen, 2020). Kirurgi regnes som den viktigste behandlingsmetoden for brystkreft (Sørensen et al., 2017, s. 442). Seneste tall viser at over 90 prosent av de som får brystkreft er i live fem år etter at de fikk diagnosen (Kreftregisteret, 2020). Det trekkes frem i faglitteraturen at kvinner kan oppleve problematikk rundt utseende og identitet etter behandling. Sykdommen kan også påvirke parforhold, familie og sosiale relasjoner (Bredal, 2017, s. 477). I rammeplanen for sykepleierutdanningen understrekes det at ferdigutdannede sykepleiere skal kunne utøve omsorg for den syke ut fra kunnskap om sykdommers årsak, diagnostikk og prognose. Det understrekes også at omsorgen skal baseres på hvordan det erfarer å være syk (Kunnskapsdepartementet, 2008, s. 4). Sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee (2001) legger i sin teori vekt på at konkrete sykepleiehandlinger må planlegges på bakgrunn av den enkeltes sykepleiebehov (s. 179-182).

Med den økende forekomsten er sannsynligheten for at jeg som sykepleier vil komme i kontakt med denne pasientgruppen stor. Det at flere overlever indikerer at flere kvinner vil oppleve den nevnte problematikken. Det vil derfor være viktig å få kunnskap om kvinners erfaringer i forbindelse med brystkreft. Bakgrunn for mitt valg av tema henger også sammen med erfaringer som jeg fikk da jeg hadde sommerjobb på en kreftavdeling. Der så jeg at en kreftdiagnose ikke bare fremkaller fysisk belastning på kroppen, men også en stor psykisk belastning for den som får diagnosen. Dette vekket min interesse for sykepleierens funksjon spesielt knyttet til kvinner som får brystkreft. Jeg vil benytte bacheloroppgaven til å øke min kunnskap om denne pasientgruppen, med et spesifikt fokus på erfaringer i forbindelse med

brystkreftoperasjon. Videre vil jeg finne ut hvordan vi som sykepleiere kan ivareta den enkelte kvinne. Jeg vil også se på hvordan konkrete sykepleiehandlinger kan bli brukt for å ivareta kvinners sykepleiebehov.

## **1.2 Problemstilling**

Hvordan kan sykepleiere ivareta kvinner i forbindelse med brystkreftoperasjon?

## **1.3 Avgrensning**

Oppgaven omhandler kvinner over 18 år som har fått diagnosen brystkreft og som skal gjennom, eller har gjennomgått behandling. Med «behandling» menes kirurgi i form av enten brystbevarende operasjon eller fjerning av hele brystet. Cytostatika, strålebehandling og endokrin behandling vil grunnet oppgavens omfang kun nevnes kort. Senskader etter kreftbehandlingen og palliativ behandling vil ikke bli omtalt i oppgaven. Utgangspunkt for møtet mellom sykepleiere og kvinner er på sengepost og ved poliklinisk oppfølging ettersom pasienter ofte kun er inneliggende et døgn til et par dager (Sørensen et al., 2017, s. 437).

## **1.4 Oppgavens oppbygning**

Videre vil jeg i kapittel to introdusere teori som belyser den valgte problemstillingen. Deretter vil valgt metode og fremgangsmåte for søk presenteres i kapittel tre. Resultat av hovedfunn i inkluderte artikler presenteres i kapittel fire, før jeg i kapittel fem vil diskutere problemstillingen i lys av valgt teori og forskning. Til slutt vil jeg i kapittel seks legge frem konklusjon.



## 2 Teori

### 2.1 Brystkreft

Svulst, eller tumor blir i daglig medisinsk terminologi brukt som synonym for *neoplasme*. Neoplasme er en gruppe celler som vokser ukontrollert, og som fortsetter å vokse selv om den utløsende faktoren er fjernet. Tumorens vekst skjer ved celledeling. Når tumoren invaderer omliggende vev og/eller andre deler av kroppen får den betegnelsen malign. Et annet ord for en malign tumor er kreft eller cancer, og det kan være en livstruende sykdom (Bertelsen, Hornslien & Thoresen, 2016, s. 128). Kreft i brystkjertelens melkegang eller melkekjertler kalles for brystkreft, *cancer mammae*, og er den vanligste kreftformen blant kvinner i Norge. Kreftformen forekommer hyppigst etter 50-årsalderen (Schlichting, 2016, s. 446). Flere faktorer kan påvirke utviklingen av brystkreft. Antageligvis skyldes opptil 10% av alle brystkrefttilfeller en medfødt genetisk mutasjon i brystkreftgenene BRCA1 og BRCA2. Kvinner har økt risiko for å utvikle brystkreft ved høy fødselsvekt, tidlig menstruasjon og sen overgangsalder. Sen eller ingen graviditet, samt alkoholvaner og overvekt øker også risikoen for å få brystkreft (Schlichting, 2016, s. 446).

Brystkreft gir sjelden symptomer før en kul i brystet er kjennbar eller ved spredning til andre organer (Schlichting, 2016, s. 447). Kvinner i voksen alder anbefales å undersøke brystene en gang i måneden (Sørensen et al., 2017, s. 439). Alle kvinner med nyoppdaget kul eller forandring i brystet, skal utredes med trippeldiagnostikk. Diagnostiseringen omfatter klinisk undersøkelse, bildediagnostikk og vevsprøve (Helsedirektoratet, 2014). Den viktigste behandlingsmetoden for brystkreft er kirurgi, enten alene eller i kombinasjon med cytostatika, strålebehandling og endokrin behandling (Sørensen et al., 2017, s. 442).

#### 2.1.1 Brystbevarende operasjon

Ved brystbevarende operasjon blir selve tumoren fjernet med god margin til alle kanter. Operasjonsmetoden innebærer at pasienten får beholde brystet (Sørensen et al., 2017, s. 442). For tumorer som er større enn fire cm i diameter anbefales ikke brystbevarende operasjon, fordi risikoen for tilbakefall er større. Det aktuelle vevet fjernes og undersøkes av en patolog. Dersom det ikke er frie reseksjonsrender kan et nytt kirurgisk inngrep være nødvendig. Pasienten skal være informert om at risikoen for tilbakefall er ca. 5% i løpet av 10 år. Det er også viktig å informere pasienter som får brystbevarende operasjon om at det kosmetiske resultatet ikke alltid er godt (Schlichting, 2016, s. 448-449). For å redusere risiko for

tilbakefall i det opererte brystet må pasienter som får brystbevarende operasjon ha postoperativ strålebehandling (Sørensen et al., 2017, s. 442).

### **2.1.2 Fjerning av hele brystet**

Eldre kvinner velger oftere å fjerne hele brystet for å slippe etterbehandling etter brystbevarende operasjon. Ca. 30% av alle som opereres for brystkreft får fjernet hele brystet. Dersom tumoren er større enn fire cm i diameter og dersom det er flere tumorer i samme bryst, fjernes hele brystkjertelen (Schlichting, 2016, s. 449). Denne operasjonsmetoden kalles *mastektomi*, eller *ablatio mammae*. Ved en slik operasjon fjernes ikke muskulaturen mellom brystkjertelen og toraks (Sørensen et al., 2017, s. 442). Mastektomi blir også benyttet som et forebyggende inngrep hos kvinner med påvist mutasjon i et brystkreftgen, BRCA1 eller BRCA2 (Schlichting, 2019). Alle pasienter som fjerner hele brystet får tilbud om rekonstruksjon av brystet. Dette gjøres enklest med en silikonprotese som plasseres under brystmuskelen. Det er også mulig å lage et nytt bryst av pasientens eget vev fra mage og rygg (Schlichting, 2016, s. 450).

## **2.2 Identitet, kroppsbilde og seksualitet**

Stuart referert i Solvoll (2016) hevder at menneskets identitet springer ut av oppmerksomheten på seg selv som person, og vurderinger vedkommende gjør av seg selv (s. 107). Identitet handler om å oppleve seg som den samme over tid, i ulike situasjoner og forskjellige livsfaser (Solvoll, 2016, s. 107). Kroppsbildet er en viktig del av en persons identitet (Renolen, 2015, s. 144). Kroppsbildet inkluderer alle oppfatninger mennesker har om seg selv når det gjelder kroppsfunksjoner og utseende (Schjølberg, 2017, s. 132). Å bli syk kan påvirke menneskers opplevelse av seg selv og hvor betydningsfull en er. Det er ikke bare skadelidende organer som rammes av sykdom, men hele mennesket (Solvoll, 2016, s. 106).

Forholdet til egen kropp og kroppsbildet kan få varige forandringer av en kreftdiagnose (Schjølberg, 2017, s. 135). Det å fjerne et bryst hevdes å være det som har størst betydning for endringen i kroppsbildet blant kvinner. Dette henger sammen med at bryster i vår kultur er et viktig symbol for feminitet og seksualitet (Schjølberg, 2017, s. 136). Når utseendet endres

som et resultat av behandling kan man føle seg fremmedgjort i egen kropp (Sæteren, referert i Lorentsen & Grov, 2016, s. 405).

De fleste kreftbehandlinger vil få konsekvenser for pasientens seksuelle helse, selv om kreften ikke er lokalisert i urogenitalregionen. Det å miste et bryst vil ofte føre til at kvinner føler seg mindre verdt som seksualpartner enn før (Borg, 2017, s. 125). En eventuell partners evne til å godta kroppsforandringene kan ha stor betydning for at pasienten aksepterer seg selv (Bredal, 2017, s. 483). Ved å unngå å snakke om seksualitet og seksuelle problemer styrkes fordommene om at seksualitet er et avsluttet kapittel for denne pasientgruppen (Borg, 2017, s. 126).

### **2.3 Profesjonell kommunikasjon**

Kommunikasjon kommer av det latinske *communicare* og betyr å gjøre felles, delaktiggjøre en annen i, ha forbindelse med (Eide & Eide, 2017, s. 17). Ifølge Solvoll (2016, s. 130) inngår kommunikasjon i alt en sykepleier foretar seg. Når sykepleiere skal samhandle med kreftpasienter og pårørende har kommunikative ferdigheter stor betydning (Reitan, 2017, s. 104).

Profesjonell kommunikasjon er ifølge Eide og Eide (2017) den kommunikasjonen som hører ens yrke til. Den har et helsefaglig formål og er alltid hjelpende i den forstand at den er både til hjelp for andre og faglig velbegrunnet (s. 32). God profesjonell kommunikasjonen er personorientert og faglig fundert (Eide & Eide, 2017, s. 16). Personorientert kommunikasjon innebærer å forholde seg til den andre som en unik person. Dette forutsetter at man er oppmerksomt til stede, og lytter godt til hva den andre sier og uttrykker nonverbalt. Essensen er å være aktivt lyttende til stede på en slik måte at den andre opplever å bli sett, hørt og forstått (Eide & Eide, 2017, s. 17).

#### **2.3.1 Informasjon og veiledning**

Å gi informasjon og veiledning er en av sykepleierens viktigste kommunikative oppgaver i profesjonell kommunikasjon (Eide & Eide, 2017, s. 218). Pasienters rett til informasjon er forankret i § 3-2 *Pasienten og brukerens rett til informasjon* i Lov om pasient- og brukerrettigheter og § 10. *Informasjon til pasienter m.v.* i Lov om helsepersonell (Helsepersonelloven, 1999; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). I henhold til Yrkesetiske

retningslinjer for sykepleiere skal sykepleiere «fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått» (Norsk sykepleierforbund, u.å.).

Behovet for informasjon og kunnskap kan være stort når man blir syk. Pasientinformasjon handler om å formidle kunnskap. Formidlingen må skje i dialog og på pasientens premisser for at den skal være god. Å gi informasjon på en god måte sikrer at pasienten er i stand til å ta imot og nyttiggjøre seg informasjonen (Eide & Eide, 2017, s. 217-218).

Tveiten referert i Tveiten (2016) definerer veiledning av pasienter som «en formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess som har til hensikt at mestringskompetansen styrkes gjennom dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier» (s. 89). At det er en istandsettingsprosess betyr at pasienter blir i stand til å ta kontroll over faktorer som berører egen helse gjennom veiledning. Sykepleiere kan formidle kunnskap og legge til rette for refleksjon, men det er pasienten selv som har ansvar for å bruke kunnskapen som blir formidlet (Tveiten, 2016, s. 90). Hovedformen i veiledning er dialog. Dialogen tar utgangspunkt i pasientens behov, opplevelser og erfaringer. Hensikten med dialogen er å hjelpe pasienter til å mestre egen situasjon (Tveiten, 2016, s. 93). Dialogen kan kombineres med fasiliterende metoder som letter forståelse, oppdagelse og bevisstgjøring (Tveiten, 2016, s. 121).

## **2.4 Pasientansvarlig sykepleier**

I NOU 1997: 2 (1997) presenteres tiltak innenfor områdene ledelse og organisering som skal bedre driften i norske sykehus. Tiltakene baseres på *Pasienten først-retningslinjene* som sier noe om at pasienter bør ha en person å forholde seg til for å unngå stadige gjentakelser. Retningslinjene spesifiserer også viktigheten av å se pasienten som mer enn et kasus. Utvalget foreslår å innføre en ordning med pasientansvarlig sykepleier. Intensjonen er at pasienten i størst mulig grad skal ha en bestemt sykepleier å forholde seg til som sitt faste kontaktpunkt. Pasientansvarlig sykepleier vil fungere som en koordinator med tanke på de tjenestene pasienten får ved et opphold på en sengepost. Utvalget trekker frem at flere sengeposter har

ordninger som oppnår intensjonen med pasientansvarlig sykepleier, blant annet sengeposter med prinsipper for primærsykepleie (NOU 1997: 2, 1997).

Primærsykepleie karakteriseres ved at en fast sykepleier har det helhetlige ansvaret for sykepleien til en bestemt pasient eller en gruppe pasienter fra innkomst til utskrivelse og eventuelt død (Digernes, Botnen & Areklett, 1986, s. 15). Noen av de viktigste trekkene ved primærsykepleiesystemet er helhetlig omsorg og kontinuitet. Prinsippet om helhetlig omsorg baserer seg på at man som sykepleier skal se mennesket i en helhetssammenheng. Prinsippet om kontinuitet vil si at man følges opp av den samme sykepleieren hele tiden (Digernes et al., 1986, s. 17). Primærsykepleie gir større mulighet til et terapeutisk sykepleier-pasient-forhold (Digernes et al., 1986, s. 28). Den økte kjennskapet til pasientens situasjon vil gi bedre tillit til helsevesenet og et større grunnlag for veiledning (Digernes et al., 1986, s. 17). Ifølge Cappelletti et al. referert i Nordtvedt & Grønseth (2016, s. 25-26) gir primærsykepleie muligheten til å etablere en omsorgsfull relasjon, og bli godt kjent med pasienten slik at sykepleieren får en helhetlig forståelse av pasientens situasjon.

## **2.5 Sosial støtte**

Det å kunne regne med sosial støtte fra andre når en har behov for det kan gi en trygghetsfølelse (Helgesen, 2016, s. 142). Ifølge Finfgeld-Connett referert i Helgesen (2016, s. 144) gis sosial støtte i konkrete situasjoner, og består av både emosjonell og instrumentell støtte. Emosjonell støtte innebærer å hjelpe og trøste for å lindre blant annet usikkerhet og håpløshet, mens den instrumentelle støtten innebærer praktisk hjelp. Dette kan for eksempel være å bestille hjelpemidler (Helgesen, 2016, s. 144).

Bufferteorien går ut på at sosial støtte fungerer som en buffer mot belastninger og virkningene av belastningene. Et sosialt støttende nettverk vil kunne ha en dempende effekt på stressopplevelsen som gjør at en situasjon ikke oppleves som så belastende, fordi man vet at støtten er der når det er nødvendig. Når personer får hjelp, hinder det at belastninger utvikler seg videre til psykiske problemer eller redusert mestringsevne (Cohen, referert i Helgesen, 2016, s. 145).

## 2.6 Joyce Travelbees sykepleieteori

Joyce Travelbees sykepleieteori presenteres som en interaksjonsprosess med fokus på utvikling av relasjoner mellom sykepleier og pasient (Travelbee, 2001, s. 5). Travelbee (2001) definerer sykepleie med følgende: «Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene» (Travelbee, 2001, s. 29). Sykepleie dreier seg alltid, direkte eller indirekte om mennesker, og er derfor en mellommenneskelig prosess (Travelbee, 2001, s. 29-30). Travelbees (2001) menneskesyn baserer seg på at hvert enkelt individ er unikt og uerstattelig. Ifølge henne fins det ikke to mennesker som er identiske, og selv om de står overfor samme erfaringer, vil de reagere på sin egen unike måte (s. 54-57). I sin teori unngår Travelbee (2001) bevisst å bruke termen «pasient». Hun ser på det som en barriere når en skal bygge et forhold til andre. Det er sykepleierens oppgave å forholde seg til mennesket i «pasienten» og hjelpe det syke mennesket til å forholde seg til mennesket i «sykepleieren» (s. 69-70).

### 2.6.1 Etableringen av et menneske-til-menneske-forhold

Travelbee (2001) hevder at sykepleiens mål og hensikt kan oppnås gjennom etableringen av et menneske-til-menneske-forhold. Dette menneske-til-menneske-forholdet forklares som en eller flere opplevelser og erfaringer som deles av sykepleieren og den som har behov for sykepleie. Opplevelsene og erfaringene som deles kjennetegnes ved at individets, familiens eller samfunnets sykepleiebehov blir ivaretatt (s. 41). Travelbee (2001) mener at menneske-til-menneske-forholdet ikke kommer av seg selv, men må bygges opp dag for dag samtidig som sykepleieren samhandler med den syke og med andre (s. 171). All kontakt sykepleieren har med det syke mennesket kan ifølge Travelbee (2001) være et steg mot menneske-til-menneske-forholdet (s. 171). Menneske-til-menneske-forholdet etableres etter at sykepleieren og den som har behov for sykepleie har vært gjennom fire forutgående og sammenhengende faser som leder til gjensidig forståelse og kontakt. De fire fasene er: det innledende møtet, framvekst av identiteter, empati, og sympati og medfølelse (Travelbee, 2001, s. 172).

Under det innledende møtet vil sykepleieren og den syke basere førsteinntrykket på stereotypier, og i liten grad se hverandre som unike individer (Travelbee, 2001, s. 186). Når partene begynner å oppleve hverandre som unike individer, trer begges identiteter frem. Denne fasen karakteriseres ved evnen til å etablere tilknytning til den andre (Travelbee, 2001,

s. 188). I empatifasen utvikles en bevisst evne til å forstå og ta del i den andres psykiske tilstand i øyeblikket, uten å komme for nært slik at man tenker og føler som den andre. Målet er evnen til å forutsi atferd hos den man har empati for (Travelbee, 2001, s. 193-194). Ut av empatiprosessen springer evnen til sympati og medfølelse ut. Dette representerer et steg videre ved at det foreligger et grunnleggende ønske om å lindre plager (Travelbee, 2001, s. 200). Sykepleierens oppgave i denne fasen er å realisere medfølelsen til konstruktive sykepleiehandlinger (Travelbee, 2001, s. 210).

Travelbee (2001) trekker frem kommunikasjon som en prosess som gir sykepleiere anledning til å etablere menneske-til-menneske-forholdet og dermed oppfylle sykepleiens mål og hensikt. Det foregår kommunikasjon mellom sykepleieren og den syke både når de samtaler, og når de er tause. Det er en viktig sykepleieroppgave å forstå hva den syke kommuniserer, for å så bruke denne informasjonen i planleggingen av sykepleietiltak (s. 135-136). Travelbee (2001) poengterer også at kommunikasjonen mellom sykepleieren og den syke kan være effektiv uten at det etableres et menneske-til-menneske-forhold. Evnen til å etablere dette forholdet er avhengig av at sykepleieren klarer å anvende en intellektuell tilnæringsmåte til problemer i kombinasjon med å bruke seg selv terapeutisk (s. 136). Det å bruke seg selv terapeutisk mener Travelbee (2001, s. 44-45) er en bevisst og målrettet bruk av egen personlighet i forsøk på å etablere et forhold til den syke.

## 3 Metode

### 3.1 Litteraturstudie som metode

I denne oppgaven benyttes litteraturstudie som metode. Hensikten med en litteraturstudie er å gi leseren en god forståelse av kunnskapen som problemstillingen etterspør, samt en forståelse av hvordan en har kommet frem til kunnskapen (Thidemann, 2015, s. 80). Ved en litteraturstudie henter man data fra eksisterende fagkunnskap, forskning og teori (Dalland, 2017, s. 207). I denne oppgaven har jeg benyttet meg av skriftlige kilder fra vitenskapelige tidsskrifter, fagbøker, pensumlitteratur, offentlige publikasjoner og fagleksikon.

Ved kvalitative datainnsamlingsmetoder er hensikten å innhente kunnskap om menneskelige egenskaper som opplevelser, erfaringer og forventninger (Thidemann, 2015, s. 78). Ifølge Dalland (2017, s. 52) tar de kvalitative metodene sikte på å samle inn data som ikke lar seg tallfeste eller måle. For å kunne svare på problemstillingen vil det være nødvendig å undersøke kvinners erfaringer i forbindelse med brystkreftoperasjon for å vite hva som vil være viktig for sykepleieutøvelsen. Litteraturstudien vil derfor ta utgangspunkt i kvalitative forskningsartikler.

### 3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjons- og eksklusjonskriterier defineres for å tydeliggjøre litteratursøket og avgrense mengden litteratur (Thidemann, 2015, s. 84). For å finne relevante forskningsartikler som belyser problemstillingen valgte jeg følgende inklusjonskriterier; artikler med engelsk eller skandinavisk språk, publisert i tidsrommet 2009-2020, studiene må være overførbare til norske forhold, studiene må omhandle kvinner som skal ha eller har hatt en brystoperasjon i forbindelse med brystkreft, artiklene skal være fagfellevurdert. Artikler ble ekskludert dersom de omhandlet palliativ behandling, menn som har hatt brystkreft og hadde kulturelle forhold som er ulike til norske.

### 3.3 Litteratursøk og valg av litteratur

Litteraturstudien startet opp ved å søke opp pensumbøker fra tidligere emner for å finne teori som kunne belyse problemstillingen. Oria, som er bibliotekets database ble også benyttet for å søke opp relevante fagbøker. Etter inklusjonskriteriene ble definert bestemte jeg meg for å orientere meg i sentrale databaser anbefalt for sykepleie. Jeg bestemte meg for å søke i



CINAHL, MEDLINE og SveMed+ fordi jeg hadde erfaring med å søke i noen av databasene fra tidligere emner, og fordi jeg tenkte at eventuelle funn i SveMed+ kunne være overførbare til norske forhold.

For å gjøre studiens problemstilling søkbar og presis ble rammeverket PICO benyttet. P beskriver pasientgruppen, I beskriver tiltak, C blir brukt dersom man skal sammenligne et tiltak med et annet, mens O beskriver utfall<sup>1</sup> (Thidemann, 2015, s. 86). Studiens problemstilling inneholder ikke et tiltak som skal sammenlignes med et annet, og derfor blir det benyttet PIO-skjema i oppgaven som presenteres i Vedlegg 1.

Flere databaser har egne standardiserte emneordsystemer som MeSH og Cinahl Headings. Ifølge Thidemann (2015, s. 87) beskriver emneordene innholdet i artiklene og blir brukt som søkeord i databasene. Søkeordene jeg brukte var: «Breast cancer», «Breast Neoplasms», «Mastectomy», «Nursing Care», «Body Image», «Experience», «Quality of Life». Søkeordene er kombinert ved hjelp av de boolske operatorene «AND» og «OR». Etter anbefaling fra bibliotekar ved Høgskulen på Vestlandet tok jeg også i bruk trunkering i søkeordet «nurs\*» for å søke på ordstammen og dermed inkludere flere emneord som dreier seg om sykepleie inn i søket. Alle søk ble gjennomført på engelsk. Søkehistorikk med emneord, kombinasjoner og avgrensinger presenteres i Vedlegg 2.

Under søkeprosessen ble artikler ekskludert basert på tittel og sammendrag. De gjenværende artiklene ble deretter lest i fulltekst for å vurdere deres relevans til oppgaven basert på mine valgte inklusjonskriterier. Åtte artikler ble vurdert som relevante for å belyse min problemstilling. To av artiklene var fra Asia og Sør-Amerika. Helsesystemene i disse verdensdelene kan være ulike norske helsesystem, og overføringsverdien kan derfor være usikker. Jeg valgte å likevel inkludere den systematiske oversiktsartikkelen fra Asia. Ifølge Thidemann (2015, s. 71) er systematiske oversiktsartikler den beste typen sekundærlitteratur, fordi den oppsummerer og sammenstiller resultater fra alle relevante studier innenfor et område. En slik sammenstilling av resultater gir sikrere grunnlag for å trekke konklusjoner. De syv artiklene som jeg satt igjen med ble kvalitetsvurdert før analysearbeidet ble startet opp. Flytskjema er presentert i Vedlegg 3.

---

<sup>1</sup> O ble brukt som en hjelp til å finne artikler ettersom jeg søkte etter kvalitative studier hvor erfaringer kan være forskjellige. Hensikten var ikke å begrense søkene til å kun inkludere utfall som beskrev for eksempel livskvalitet.

### 3.4 Kvalitetsvurdering og kildekritikk

Forskningsartiklene som er benyttet i litteraturstudien er fagfellevurdert. Dette er en kvalitetssikring som blir gjort ved at eksperter innenfor faget kritisk vurderer artikkelen før publisering (Svartdal, 2018). Forskningsartiklene er også publisert i anerkjente vitenskapelige tidsskrifter. De vitenskapelige tidsskriftene har redaksjoner som vurderer og sikrer kvaliteten på det som publiseres (Dalland, 2017, s. 154). De inkluderte artiklene ble i tillegg kritisk vurdert ved hjelp av sjekkliste for kvalitativ forskning på helsebiblioteket (Helsebiblioteket, 2016). Sjekklisten består av tre deler som bør kunne besvares med «Ja» for at artikkelen skal inkluderes i litteraturstudien. Alle de inkluderte artiklene hadde et klart formål med studien som var relevante for min problemstilling. Målet med de inkluderte studiene var blant annet å utforske, beskrive, belyse og forstå kvinners erfaringer og opplevelser i forbindelse med brystkreftoperasjon. I de inkluderte artiklene kommer det tydelig frem hvordan de har gått frem for å samle inn data og hvordan dataen blir analysert.

Kvantitativ metode kan for eksempel gi kunnskap om effekten en konkret sykepleierintervensjon har på livskvaliteten til kvinner med brystkreft. Jeg ville imidlertid få frem det særegne med den situasjonen kvinner er i både før og etter brystkreftoperasjon, og vurderer derfor kvalitativ metode som hensiktsmessig. Kvalitativ forskningsmetode kjennetegnes ved mange opplysninger fra få undersøkelsesenheter (Thidemann, 2015, s. 78). Det er kvinnene som har deltatt i de forskjellige studiene sine erfaringer, opplevelser og behov som kommer frem i forskningen.

De syv inkluderte artiklene er skrevet på engelsk. Det ble tatt i bruk oversettelsesverktøy for å forstå avansert fagspråk. Det må derfor tas i betraktning at oversettelsen kan ha påvirket resultatene. Som hovedregel har jeg prøvd å benytte meg av primærkilder, men flere av bøkene som er benyttet i oppgaven for å presentere relevant teori inneholder sekundærkilder. Dette kan være en svakhet i oppgaven da sekundærkilden kan være en oversatt utgave av den primære kilden (Dalland, 2017, s. 162).

### 3.5 Analyse og syntese

For å få en oversikt over de inkluderte artiklene i litteraturstudien ble det lagt en litteraturmatrise som inkluderer hensikt, metode, resultat, relevans og etiske overveielser.

Hovedelementene fra artiklene kommer tydelig frem, og litteraturmatriksen er et nyttig hjelpemiddel når innholdet i artiklene skal sammenfattes (Thidemann, 2015, s. 89). Oversikt over inkluderte artikler presenteres i Vedlegg 4.

Resultatdelen i hver artikkel ble lest på nytt, og hovedfunn ble notert ned. Disse hovedfunnene ble deretter satt sammen til kategorier som ble identifisert i artiklene ved å bruke fargekoder. Funnsom omhandlet identitet og kropp ble farget rosa. Funnsom omhandlet sykepleiebehov og den erfarne sykepleiefaglige oppfølgingen ble farget grønn, og til slutt ble funnsom omhandlet sosiale relasjoner farget gul. Relevante funnsom fra hver kategori ble samlet i tre temaer og satt sammen som en sammenhengende tekst. De sammenfattede resultatene fra forskningsartiklene blir presentert i kapittel 4.

### **3.6 Etiske overveielser**

Ifølge de Yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere punkt 2.7 skal sykepleieren ivareta pasienters rett til vern om fortrolige opplysninger (Norsk sykepleierforbund, u.å.). Seks av de inkluderte artiklene i litteraturstudien har blitt godkjent av en etisk komité. I disse artiklene kommer det også tydelig frem at deltakerne var anonymisert og at de samtykket til å delta i de aktuelle studiene. I den syvende artikkelen blir det ikke oppgitt at studien har fått etisk godkjenning. Jeg har likevel valgt å inkludere artikkelen da det er en systematisk oversiktsartikkel som ifølge Dalland (2017, s. 163) har strenge kvalitets- og utvalgs-kriterier.

I denne litteraturstudien benyttes eksisterende teori og forskning. Jeg vil derfor forholde meg til de akademiske normene for kildehenvisning ved å gjengi kilder korrekt etter APA 6th-stilen. Jeg vil også gjengi funnsom etter beste evne for å ikke endre innholdet i forskningen.

## 4 Resultat

### 4.1 Sykepleiefaglig støtte og oppfølging

Noen kvinner fortalte at de fikk utmerket profesjonell støtte, blant annet ved at en sykepleier oppmuntret dem til å se på brystet sitt og var tilstede når de skulle se på brystet. For noen opplevdes det som støttende at sykepleieren viste forståelse for at de kunne være motvillige til å se på brystet sitt (Herring, Paraskeva, Tollow & Harcourt, 2019, s. 2079). Deltakere i Remmers, Holtgräwe og Pinkert (2010) ønsket at støtten fra helsepersonell ble individuelt tilpasset. Det var viktig for dem at deres behov og ønsker ble respektert og tatt på alvor (s. 13). Å utvikle individuelle pleieplaner blir trukket frem som et viktig tiltak for å kunne gi god støtte og for å unngå negative følelser rundt det å miste brystet (Sun, Ang, Ang & Lopez, 2018, s. 384). Å bli ansett som en person, fremfor kun en diagnose var svært viktig, og det ble satt pris på når noen i helseteamet fortalte at de hadde vært gjennom lignende situasjoner (Drageset, Lindstrøm, Giske & Underlid, 2016, s. 343).

I Davies et al. (2017) beskrev kvinner helsepersonell som støttende og gode til å gi informasjon og svare på spørsmål (s. 365). Dette ble også påpekt av mesteparten av kvinnene i Drageset et al. (2016) hvor de rapporterte om adekvat informasjon og forklaring fra helsepersonell (s. 343). Det var viktig for kvinner at sykepleiere tok i bruk en personsentrert tilnærming når de fikk informasjon og hadde samtaler. At deres livssituasjon ble tatt med i vurderingen var essensielt. De som erfarte god kommunikasjon med helsepersonell hadde færre opplevelser av mistillit og motgang. Kvinnene rapporterte om hvor viktig det var for dem å kunne kjenne personene de snakket med, samt at de slapp å repetere ting. En beskrev også hvor mye det betydde for henne at helsepersonell kunne være klar over behovene hennes uten at hun var nødt til å uttrykke dem (Jorgensen, Garne, Sogaard & Laursen, 2015, s. 614-616). Å få relevant litteratur i forkant av operasjonen gjorde at deltakerne kunne forberede seg på tiden etterpå og hjalp dem med å styre forventningene sine. Kvinner som ikke fikk slik litteratur rapporterte at de henvendte seg til internett for å søke etter informasjon. Bildene kunne være urovekkende, og gjøre prosessen enda vanskeligere (Herring et al., 2019, s. 2079). På slutten av intervjuet fikk deltakerne i Davies et al. (2017) muligheten til å si hva som kunne ha hjulpet dem til å være bedre forberedt på brystkreftoperasjonen og ettervirkningene som fulgte med. Forslagene som kom inn fra kvinnene inkluderte blant annet å se bilder av andre sine arr, få hjelp til å finne et godt støtteapparat og å få tilbud om rådgivning (s. 365). I Davies et al. (2017) fremheves det at helsepersonell bør bruke ulike medier som passer den

enkelte kvinne når de skal snakke om arrets utseende preoperativt (s. 367). For en av deltakerne var det også viktig å få muligheten til å inkludere familien i disse forberedelsene (Davies et al., 2017, s. 365-366). Ut fra deltakernes beskrivelser ser Herring et al. (2019) et tydelig behov for å forberede pasienter på resultatene av en brystkreftoperasjon, samt å skreddersy støtte og informasjon til hver enkelt kvinne for å tilstrekkelig dekke behovene deres (s. 2080-2081).

Tillit var en viktig faktor for velvære. Flere fikk tillit til sykepleieren gjennom tilstedeværelse og at sykepleieren viste frem sine styrker. Det at sykepleieren hadde evnen til å distrahere deltakerne fra sykdommen og beslektede sorger gjennom samtale og bruk av humor styrket forholdet mellom dem og sykepleieren. For kvinnene var kvaliteten på omsorgen høyere dersom de unngikk motsigende informasjon og slapp å repetere ting. Under intervjuene snakket kvinnene mindre om deres forventninger til sykepleierens faglige kompetanse. De nevnte forventningene dreide seg om ferdigheter i å skape en relasjon og å ha god kommunikasjon. På tross av deltakernes reservasjoner for å snakke med sykepleier om deres bekymringer og vanskeligheter, verdsatte de å ha en kontaktperson (Remmers et al., 2010, s. 14).

Å ha kontinuitet i omsorgen var viktig for flere av deltakerne. En kvinne fortalte at hun ble glad når hun fikk den samme sykepleieren som hun hadde hatt tidligere, og at hun sparte mye energi ved å forholde seg til færre personer (Jorgensen et al., 2015, s. 614). Det å ha kontinuitet og bli møtt av de samme behandlerne i løpet av behandlingen på sykehuset, styrket opplevelsen av sosial støtte. Kontinuitet skapte også følelser av tilfredshet med helsevesenet for noen av kvinnene. Dette står i kontrast til de som ikke opplevde kontinuitet, og rapporterte om mistillit til helsevesenet. Det å vite at helsepersonell fortsatt var tilgjengelige for dem etter behandling var essensielt. Noen av deltakerne rapporterte at de kjente på usikkerhet og tap av støtte når de ble etterlatt til seg selv etter behandling (Drageset et al., 2016, s. 343).

## **4.2 Å bli konfrontert med en endret kropp**

Noen kvinner så på det å fjerne brystet som et nødvendig element i behandlingen, og så på sin overlevelse som mer viktig enn det estetiske resultatet. Andre beskrev en følelsesladet opplevelse, hvor de ble forskrekket av eget utseende (Herring et al., 2019, s. 2079). I studien til Sun et al. (2018) rapporterte flere kvinner at de aksepterte det å miste brystet når det

innebar at de overlevde og kunne gjenvinne helsen (s. 382). Flere kvinner tenkte ikke i starten så mye over de fysiske og psykiske konsekvensene av operasjonen, men det endret seg når de ble konfrontert med den endrede kroppen (Piot-Ziegler, Sassi, Raffoul & Delaloye, 2010, s. 491-493). En opplevelse av å være amputert og asymmetrisk syntes å være vanlig hos flere kvinner, og forsterket tapsfølelsen av den kvinnelige identiteten (Herring et al., 2019, s. 2079-2080; Jorgensen et al., 2015, s. 616; Piot-Ziegler et al., 2010, s. 491; Sun et al., 2018, s. 378-382).

Funnene i Remmers et al. (2010) viser at opplevelsen av kvinnelighet og attraktivitet ble kombinert med usikkerhet og sorg når kvinnene ble konfrontert med den endrede kroppen. Den første gangen de skulle skifte bandasje ble beskrevet som en belastning. Konfrontasjonen med et deformert bryst eller bortfall av hele brystet var en rystende opplevelse. Synet av sårets felt kunne være så traumatisk at de ikke ville se på det (s. 13). I Davies et. al (2017) ble kvinner intervjuet mellom 6-12 måneder etter operasjon. Noen rapporterte at de fortsatt var traumatisert fra utseendet til arrene sine, og at de ikke hadde klart å tilpasse seg. Disse kvinnene brukte ord som sjokk og forskrekkelse når de beskrev følelsen av å se brystet for første gang. Andre kvinner var i fornektelse, og ønsket ikke å ta på brystet eller arret (s. 364).

For mange kvinner var brystet en integrert del av den feminine seksualiteten, og fjerning av brystet reflekterte for dem tapet av den kvinnelige identiteten (Herring et al., 2019, s. 2079; Piot-Ziegler et al., 2010, s. 492). Flere fryktet at de ikke lenger ville føle seg som en kvinne etter å ha fjernet brystet. utfordringer knyttet til samfunnets forventninger av hvordan en kvinne skal se ut, og deres egen realitet syntes å være en negativ faktor for opplevelsen av kvinnelighet (Piot-Ziegler et al., 2010, s. 495; Sun et al., 2018, s. 382). Flere fortalte om en konstant bevissthet over endringene på kroppen, og at det hadde gjort at de var blitt mer tilbakeholdne. Det manglende brystet gjorde at de følte seg unormale (Sun et al., 2018, s. 378).

### **4.3 Sosiale relasjoner i forbindelse med brystkreftoperasjon**

I Herring et al. (2019) snakket deltakere om å være tapper for familien sin, som inkluderte foreldre, ektemann og barn (s. 2080). Flere i Remmers et al. (2010) rapporterte om bekymring rundt det å overbelaste familien med informasjon om deres potensielt dødelige sykdom. Deltakerne var også bekymret for å være en byrde for familien på grunn av sykdommens

virksomheter. Noen innrømmet å være mer bekymret for familien enn seg selv. Det ble også rapportert om belastninger i forbindelse med å måtte tilby trøst til andre på grunn av sin egen kreftdiagnose (s. 13). Kroppsforandringene ble i Davies et al. (2017) sett på som et problem som varte langt utover operasjonen, og som påvirket familieforhold på en negativ måte (s. 364). I engstelse for å bli dømt av andre forklarte flere at de håndterte situasjonen med å skjule seg ved hjelp av klær (Davies et al., 2017, s. 365; Herring et al., 2019, s. 2080; Piot-Ziegler et al., 2010, s. 488).

Bekymring angående hvordan ektefellen ville reagere på deres utseende etter operasjon, og hvordan det kunne virke inn på deres intime forhold ble nevnt av flere. Kvinner var redde for at ektefellene ikke lenger hadde lyst på dem. Dette ble også rapportert fra kvinner som ikke var i et forhold (Herring et al., 2019, s. 2080). To kvinner trodde at operasjonen ville redusere deres sjanser for å innlede et nytt forhold (Piot-Ziegler et al., 2010, s. 496). I Sun et al. (2018) rapporterte deltakere at det intime forholdet til ektefellen ble påvirket av brystkreften. Usikkerhet i forholdet kunne resultere i en endring i seksuallivet, i form av avholdenhet og mindre interesse for å delta i seksuelle handlinger (s. 382). Flere kvinner rapporterte at ektefellen også var påvirket av situasjonen, noe som resulterte negativt på den seksuelle intimiteten mellom dem. En kvinne fortalte at selv om mannen var svært støttende så var fysisk kontakt vanskelig for henne (Davies et al., 2017, s. 364-365).

Det å dele erfaringer i støttegrupper ledet av sykepleiere var nyttig. Å dele erfaringer med andre og være åpne om brystkreften var viktig for de fleste. Det fikk dem til å innse at de ikke var alene i å ha brystkreft, og det var gunstig å få inn andres perspektiver. Dette innebar å dele erfaringer med andre som hadde vært gjennom det samme, eller med familiemedlemmer. Støtte og forståelse fra nære venner og familie ble rapportert som viktig. For en av kvinnene var det ikke nødvendig å snakke så mye. Hun opplevde å få støtte og forståelse av å få en arm rundt skulderen eller en klem. I kontrast til dette, følte andre kvinner at familie og venner viste for mye bekymring, som kunne føre til en ekstra belastning for dem (Drageset et al., 2016, s. 342).

## 5 Diskusjon

### 5.1 Helhetlig omsorg og kontinuitet er viktig for kvinner

I Norge ble primærsykepleiesystemet introdusert for første gang i 1975. Fundamentet i denne organisasjonsmodellen er prinsippet om helhetlig omsorg og kontinuitet (Digernes et al., 1986, s. 16-17). Dette prinsippet har også betydning for ordningen med pasientansvarlig sykepleier som utvalget i NOU 1997: 2 (1997) presenterer som et tiltak for å bedre driften i norske sykehus. Flere studier trekker frem at helhetlig omsorg og kontinuitet er sterkt ønsket av kvinner. Å bli sett som en person fremfor kun en diagnose fremheves som et viktig poeng i Drageset et al. (2016, s. 343). Kvinner verdsetter å ha en kontaktperson, og kvaliteten på omsorgen oppleves som høyere når de unngår å repetere ting (Remmers et al., 2010, s. 14). Det er viktig for kvinner å oppleve kontinuitet i omsorgen. En fortalte at hun sparte mye energi ved å forholde seg til færre personer og at hun ble glad når hun fikk den samme sykepleieren om igjen (Jorgensen et al., 2015, s. 616). Kontinuitet i omsorgen skaper også følelsen av tilfredshet med helsevesenet. I kontrast til dette rapporterer de kvinnene som ikke opplever kontinuitet om mistillit til helsevesenet (Drageset et al., 2016, s. 343).

Både primærsykepleiesystemet og ordningen med pasientansvarlig sykepleier vil sikre at kvinnene får en fast sykepleier å forholde seg til (Digernes et al., 1986, s. 15; NOU 1997: 2, 1997). Organisasjonsmodellene vil dermed også bidra til at kvinnene unngår stadige gjentakelser. Primærsykepleie gir dessuten også større mulighet til et terapeutisk sykepleier-pasient-forhold (Digernes et al., 1986, s. 28). Videre påpeker Cappelletti et al. referert i Nordtvedt og Grønseth (2016, s. 25-26) at sykepleiere får en helhetlig forståelse av pasientens situasjon som et resultat av primærsykepleie. Begge organisasjonsmodeller tar sikte på å sikre prinsippet om helhetlig omsorg og kontinuitet. Likevel tilsier egen erfaring fra praksis at det ikke alltid er praktisk mulig å gi pasienter en fast sykepleier fra innkomst til utskrivelse som Digernes et al. (1986, s. 15) peker ut som karakteristisk ved primærsykepleie. Det kan dermed tenkes at ordningen med pasientansvarlig sykepleier vil være mer gjennomførbar, ettersom utvalget spesifiserer at sykepleier fungerer som en koordinator med hensyn til tjenestene kvinnene får ved et opphold på en sengepost (NOU 1997: 2, 1997).

Som konsekvens av brystkreftoperasjon kan det oppstå situasjoner som er belastende for kvinner. Det nevnes blant annet at kvinner kan oppleve problematikk rundt utseende og identitet etter behandling (Bredal, 2017, s. 477). Når kvinner har behov for å få støtte, kan det



å vite at en sykepleier er tilgjengelig for å gi dem emosjonell støtte ha en dempende effekt på stressopplevelsen som fører til at deres situasjon ikke oppleves som like belastende (Cohen, referert i Helgesen, 2016, s. 145). Det kan hevdes at også kontinuitet kan bidra til å dempe opplevelsen av belastninger, ettersom det viser seg i Drageset et al. (2016, s. 343) at å ha kontinuitet og bli møtt av de samme behandlerne i løpet av sykehusoppholdet styrker opplevelsen av sosial støtte.

I likhet med primærsykepleiesystemet og ordningen med pasientansvarlig sykepleier sikrer også Travelbee på et vis prinsippet om helhetlig omsorg og kontinuitet i sin sykepleietenkning. På samme måte som prinsippet om helhetlig omsorg baserer også Travelbee (2001) seg på at sykepleieren skal forholde seg til mennesket i «pasienten». Dessuten unngår hun bevisst å bruke termen «pasient», og mener at det er en barriere for etableringen av relasjoner til andre (s. 70). For øvrig hevder Travelbee (2001) at sykepleiere vil oppnå sykepleiens mål og hensikt gjennom å dele erfaringer og opplevelser med den som har behov for sykepleie, som i denne oppgaven er kvinner (s. 41). Dette kaller Travelbee (2001) for et menneske-til-menneske-forhold. Ettersom dette forholdet ifølge henne ikke er noe som kommer av seg selv, men noe som må bygges opp dag for dag, kan etableringen av et menneske-til-menneske-forhold mellom sykepleier og den enkelte kvinne sikre at hun opplever kontinuitet i behandlingen (s. 171).

## **5.2 Terapeutisk bruk av seg selv og kommunikative ferdigheter i sykepleieutøvelse**

Sosial støtte, og prinsippet om helhetlig omsorg og kontinuitet, er viktig. Likevel peker inkluderte studier på at dette alene ikke vil være tilstrekkelig for å kunne ivareta kvinner i forbindelse med brystkreftoperasjon. Blant annet trekker Remmers et al. (2010, s. 14) i sin studie frem at kvinner har forventninger til at sykepleiere har evnen til å skape en relasjon til dem. Det er viktig for kvinner å kjenne personene de snakker med (Jorgensen et al., 2015, s. 616). Kvinner rapporterer også at de får tillit til sykepleiere gjennom tilstedeværelse og at sykepleieren viser frem sine styrker. Even til å distrahere kvinner fra sykdom og beslektede sorger gjennom samtale og bruk av humor synes dessuten også å styrke forholdet mellom kvinner og sykepleiere (Remmers et al., 2010, s. 14). Videre setter kvinner pris på at noen i helseteamet forteller at de har vært gjennom lignende situasjoner (Drageset et al., 2016, s. 343). Dette kan forklares som det Travelbee mener er å bruke seg selv terapeutisk. Ifølge

Travelbee (2001, s. 44-45) er dette en bevisst og målrettet bruk av egen personlighet, i forsøk på å etablere et forhold til den syke, som i denne oppgaven er kvinner. For øvrig avhenger også etableringen av et menneske-til-menneske-forhold blant annet av sykepleiers evne til å bruke seg selv terapeutisk. I sin teori trekker Travelbee videre frem kommunikasjon som et verktøy som kan bidra til at sykepleiere oppfyller sykepleiens mål og hensikt (Travelbee, 2001, s. 135-136). Evnen til å kommunisere godt trekkes dessuten frem som en forventning kvinner har til sykepleiere i Remmers et al. (2010, s. 14).

Kommunikasjon inngår i alt sykepleiere foretar seg (Solvoll, 2016, s. 130). Å gi informasjon og veiledning er en av sykepleierens viktigste kommunikative oppgaver (Eide & Eide, 2017, s. 218). Likevel understreker Reitan (2017, s. 104) at kommunikasjon først og fremst er et middel for å bli kjent med pasienter. Når sykepleiere kommuniserer som yrkesutøvere har kommunikasjonen ifølge Eide og Eide (2017) et helsefaglig formål. Den skal både være til hjelp for andre og være faglig velbegrunnet. God profesjonell kommunikasjon er personorientert (s. 32). Dette innebærer i likhet med prinsippet om helhetlig omsorg og Travelbees sykepleietenkning, at sykepleiere må forholde seg til kvinner som unike personer (Eide & Eide, 2017, s. 16-17). Videre hevder Travelbee (2001) at det vil foregå kommunikasjon mellom sykepleiere og kvinner ved ethvert møte, både når de samtaler og når de er tause. I dette legger hun at kvinner og sykepleiere også kommuniserer gjennom atferd, holdning, manerer, gester og ansiktsuttrykk (s. 135-136). Dette vises i Drageset et al. (2016), hvor en kvinne rapporterer at hun opplever å få støtte og forståelse av å få en arm rundt skulderen eller en klem. For henne var det ikke nødvendig å snakke så mye (s. 342). Å oppfatte og forstå betydningen av nonverbal kommunikasjon er for øvrig en forutsetning for at kommunikasjonen mellom kvinner og sykepleiere er personorientert (Eide & Eide, 2017, s. 17). Det at helsepersonell kan være klar over kvinners behov uten at de må uttrykke dem trekkes dessuten også frem som betydningsfullt for en av deltakerne i Jørgensen et al. (2015, s. 616). Sykepleiere kan oppdage behov gjennom det Eide og Eide (2017, s. 17) kaller aktiv lytting. Slike kommunikative ferdigheter har stor betydning når sykepleiere skal samhandle med kreftpasienter og pårørende (Reitan, 2017, s. 104). Det er en viktig sykepleieroppgave å kunne forstå hva kvinner kommuniserer, for så å bruke denne informasjonen i planleggingen av sykepleietiltak (Travelbee, 2001, s. 135). Kommunikasjonsferdigheter læres ifølge Travelbee (2001, s. 150) når man lærer seg en intellektuell tilnæringsmåte til problemer sammen med en terapeutisk bruk av seg selv. Jørgensen et al. (2015, s. 614) trekker også på et vis frem verdien av god kommunikasjon, ettersom det gir færre opplevelser av mistillit og

motgang.

### **5.3 Informasjon og veiledning er viktig for forberedelse til en brystkreftoperasjon**

Ifølge Solvoll (2016, s. 106) rammes ikke bare skadelidende organer av sykdom, men hele mennesket. Dette forklarer hun med følgende: «Å måtte amputere et bein kan i samme operasjon gi opplevelsen av å få amputert sin identitet» (Solvoll, 2016, s. 106). I likhet hevder også Renolen (2015, s. 144) at kroppsbildet er en viktig del av en persons identitet. Det trekkes for øvrig frem at forholdet til egen kropp og kroppsbildet kan få varige forandringer som følge av en kreftdiagnose (Schjølberg, 2017, s. 135). Videre hevdes det at å fjerne et bryst er det som har størst betydning for endringer i kroppsbildet blant kvinner. Dette henger sammen med at bryster er et viktig symbol for femininitet og seksualitet i vår kultur (Schjølberg, 2017, s. 136). Inkluderte studier underbygger dette, hvor kvinner også ser på brystet som en integrert del av den feminine seksualiteten (Herring et al., 2019, s. 2079; Piot-Ziegler et al., 2010, s. 492).

Travelbee (2001) hevder at det ikke fins to identiske mennesker. Ifølge henne vil vi derfor reagere på unike måter, selv om vi står overfor samme erfaringer (s. 54-57). For øvrig ser noen kvinner på det å fjerne brystet som et nødvendig element i behandlingen, og aksepterer det når det innebærer at de overlever og kan gjenvinne helsen (Herring et al., 2019, s. 2079; Sun et al., 2018, s. 382). Flere av de inkluderte studiene peker imidlertid på at brystkreftoperasjonen kan ha en negativ innvirkning på kroppsbildet, og følelsen av kvinnelig identitet, femininitet og attraktivitet. Funnene i Piot-Ziegler et al. (2010, s. 491-493) viser at flere kvinner i starten ikke tenker over de fysiske og psykiske konsekvensene av operasjonen, men at dette endrer seg når de blir konfrontert med en endret kropp. Som tidligere nevnt kan kvinner oppleve problematikk rundt utseende og identitet etter behandling (Bredal, 2017, s. 477). Funn viser blant annet at opplevelsen av kvinnelighet og attraktivitet blir kombinert med usikkerhet og sorg når kvinner blir konfrontert med en endret kropp (Remmers et al., 2010, s. 13). Videre trekkes det frem at kvinner frykter at de ikke lenger vil føle seg som en kvinne etter å ha fjernet brystet (Piot-Ziegler et al., 2010, s. 495; Sun et al., 2018, s. 382), og at fjerningen reflekterer tapet av den kvinnelige identiteten (Herring et al., 2019, s. 2079; Piot-Ziegler et al., 2010, s. 492). Opplevelsen av å være amputert og asymmetrisk synes å forsterke

denne tapsfølelsen for kvinner (Herring et al., 2019, s. 2079-2080; Jorgensen et al., 2015, s. 616; Piot-Ziegler et al., 2010, s. 491; Sun et al., 2018, s. 378-382).

Flere forteller om en konstant bevissthet over endringene på kroppen etter operasjonen. Det manglende brystet gjør at mange kvinner føler seg unormale (Sun et al., 2018, s. 378). I Davies et al. (2017, s. 364) rapporterte kvinner at de fortsatt ikke etter 6-12 måneder hadde klart å tilpasse seg den endrede kroppen. Arbeidet med å akseptere seg selv på nytt etter operasjon kan ta tid. I tillegg er arret en konstant påminnelse på kreftsykdommen (Sørensen et al., 2017, s. 441). Den første gangen kvinner skulle skifte bandasje blir trukket frem som en belastning (Davies et al., 2017, s. 364; Remmers et al., 2010, s. 13). Synet av sårets felt kunne dessuten være så traumatisk at de ikke ville se på det (Remmers et al., 2010, s. 13). Ifølge Renolen (2015) vil de følelsmessige reaksjonene som kommer av endringer i kroppens utseende være forskjellig fra person til person. Videre hevder hun at dette avhenger av hvor mye kroppens utseende betyr for en, og hvor mye opplevd støtte en får fra blant annet helsepersonell (s. 146). Kvinner ønsker at støtten fra sykepleiere skal være individuelt tilpasset (Remmers et al., 2010, s. 13). Å utvikle individuelle pleieplaner blir i Sun et al. (2018, s. 384) trukket frem som et viktig tiltak for å kunne gi god støtte. Det å skreddersy støtte til hver enkelt kvinne viser seg dessuten som en nødvendighet i Herring et al. (2019, s. 2080). Noen kvinner opplever støtte ved at sykepleiere oppmuntrer dem til å se på brystet sitt. Andre opplever derimot støtte når sykepleiere viser forståelse for at de kan være motvillige til dette (Herring et al., 2019, s. 2079). De nevnte erfaringene indikerer at individuelt tilpasset støtte vil være viktig for ivaretakelsen av kvinner i forbindelse med brystkreftoperasjon. Med hensyn til bufferteorien (Cohen, referert i Helgesen, 2016, s. 145) kan det videre tenkes at en slik form for støtte kan dempe belastninger som oppstår av endringer i kvinners kroppsbilde.

De inkluderte studiene indikerer på mange måter at kvinner blir overasket over at de konfronteres med en endret kropp. Det presiseres i Herring et al. (2019, s. 2081) at det er nødvendig å forberede kvinner på resultatene av en brystkreftoperasjon, slik at de i større grad vet hva de kan forvente seg. Et viktig element i ivaretakelsen av kvinner i forbindelse med brystkreftoperasjon vil av den grunn også være informasjon og veiledning. Informasjon er en lovfestet rettighet. Sykepleiere er pålagt å gi kvinner informasjon med hensyn til helsepersonelloven og pasient- og brukerrettighetsloven (Helsepersonelloven, 1999; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Pasientinformasjon handler om å formidle kunnskap. Denne formidlingen må skje i dialog, og på kvinnens premisser for at den skal være god (Eide &

Eide, 2017, s. 218). For øvrig er Tveitens (2016) definisjon av veiledning ifølge henne selv et paraplybegrep. Med dette mener hun at andre pedagogiske metoder, som informasjon, kan inngå i veiledningsprosessen (s. 90). I likhet med Eide og Eide (2017, s. 218) hevder Tveiten (2016, s. 93) at veiledning bør foregå i dialog. At det foregår på kvinnens premisser vil med hensyn til Travelbees sykepleieteori (2001) avhenge av at sykepleiere kan bryte ned stereotype oppfatninger som de får under det innledende møtet (s. 186-187).

Inkluderte studier viser at flere kvinner syns at helsepersonell er gode til å svare på spørsmål, og at de gir adekvat informasjon og forklaring (Davies et al., 2017, s. 365; Drageset et al., 2016, s. 343). Likevel er det essensielt for kvinner at deres livssituasjon blir tatt med i vurderingen, og at sykepleiere bruker en personsentrert tilnærming både ved samtale og informasjonsgiving (Jorgensen et al., 2015, s. 614-616). Tilpasset informasjon fremheves for øvrig også i Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk sykepleierforbund, u.å.). Når sykepleiere skal forberede kvinner på operasjonsresultater forutsetter det at de er aktivt lyttende tilstede på en slik måte at kvinnene opplever å bli sett, hørt og forstått (Eide & Eide, 2017, s. 17). Tveiten (2016) understreker at dialogen skal ta utgangspunkt i kvinners behov, opplevelser og erfaringer. Videre hevder hun at dialogen skal ta sikte på å hjelpe kvinner til å mestre egen situasjon (s. 93). Travelbee (2001, s. 29) argumenterer på et vis for det samme i sin definisjon av hva sykepleie er. Travelbee (2001, s. 70) var opptatt av sykepleierens og pasientens evne til å se hverandre som unike mennesker. Ifølge henne vil begge identiteter tre frem gjennom etableringen av menneske-til-menneske-forholdet som bygger på gjensidig forståelse og kontakt (Travelbee, 2001, s. 188). Tveiten (2016, s. 78) komplementerer denne tenkningen ved å hevde at dialogen kan føre til en felles forståelse mellom sykepleier og den enkelte kvinne dersom de ser hverandre som likeverdige parter.

Davies et al. (2017) fremhever at helsepersonell bør ta i bruk ulike medier som passer den enkelte kvinne når de i forkant av operasjonen skal snakke om arrets utseende (s. 367). Ifølge Tveiten (2016, s. 128) kan ulike former for bildemateriell gi assosiasjoner og hjelp til å sette ord på opplevelser og erfaringer. I Davies et al. (2017, s. 365) foreslår kvinner at det å se bilder av andre sine arr kan hjelpe dem til å bli bedre forberedt på brystkreftoperasjonen og ettervirkningene som følger med. For øvrig viser Herring et al. (2019, s. 2079) at det å få relevant litteratur i forkant av brystkreftoperasjon fører til at kvinner er bedre forberedt på tiden etterpå, og at de lettere kan styre forventningene sine. På en annen side viser resultatene i samme studie at kvinner som ikke får slik litteratur må henvende seg til internett. Bildene

som da kommer opp kan være urovekkende, og gjøre prosessen enda vanskeligere (Herring et al., 2019, s. 2079). Ved å kombinere dialogen med fasiliterende metoder som å vise bilder vil det ifølge Tveiten (2016, s. 121) lette forståelse, oppdagelse og bevisstgjøring for begge parter. Det er likevel viktig å presisere at det først og fremst er kvinnen selv som har ansvar for å ta i bruk det som blir formidlet (Tveiten, 2016, s. 90). Det vil være lettere for kvinner å være i stand til å nyttiggjøre seg av informasjonen når den formidles på en god måte (Eide & Eide, 2017, s. 217).

#### **5.4 Ivaretagelse av sosiale relasjoner**

Sæteren referert i Lorentsen og Grov (2016, s. 405) hevder at følelsen av å være fremmedgjort i egen kropp kan oppstå når utseendet endres som et resultat av behandling. utfordringer knyttet til samfunnets forventninger av hvordan en kvinne skal se ut, og kvinners egen realitet synes å være en negativ faktor for opplevelsen av kvinnelighet i inkluderte studier (Piot-Ziegler et al., 2010, s. 495; Sun et al., 2018, s. 382). Kreftsykdommen kan i tillegg påvirke parforhold, familie og sosiale relasjoner (Bredal, 2017, s. 477). Travelbee (2001) presiserer at sykepleie ikke bare består av å hjelpe enkeltindivider med å mestre og finne mening i erfaringer med sykdom og lidelse, men også familier og samfunn (s. 29). Ivaretakelsen av kvinner i forbindelse med brystkreftoperasjon vil derfor også inkludere de pårørende og andre sosiale relasjoner som kvinner har.

Flere kvinner rapporterer at de må være tapre for familien sin (Herring et al., 2019, s. 2080). Ifølge Bredal (2017, s. 484) ønsker kvinner å beskytte sine nærmeste, og de holder derfor ofte følelsene sine for seg selv. Inkluderte studier viser også at kvinner har bekymringer rundt det å overbelaste familien med informasjon om deres potensielt dødelige sykdom. De ønsker ikke å være en byrde for familien, og flere innrømmer at de er mer bekymret for familien enn seg selv (Remmers et al., 2010, s. 13). For øvrig hevder Bredal (2017, s. 484) at sykepleiers utfordring i slike situasjoner er å finne løsninger på problemer som oppstår så langt det lar seg gjøre. Som Davies et al. (2017, s. 365-366) trekker frem kan dette innebære å inkludere kvinnens familie i forberedelsene til brystkreftoperasjonen. Støtte og forståelse fra nære venner og familie fremheves dessuten i Drageset et al. (2016, s. 342) som viktig. Da kan et alternativ være å bistå kvinner med å informere om diagnosen og operasjonsresultater til barn og partner. Dette vil imidlertid legge mye av de pårørendes reaksjoner over på kvinnene, ettersom Tveiten (2016, s. 90) understreker at det er de som har ansvar for å bruke den

kunnskapen som sykepleieren formidler. Dessuten rapporterer kvinner i Drageset et al. (2016) at det kan føre til en ekstra belastning for dem at familie og venner viser for mye bekymring (s. 342). Likevel vil sykepleiere ifølge Travelbee (2001, s. 259) indirekte være til hjelp for pårørende ved å gi kvinner god og kompetent sykepleie.

Det å dele erfaringer med andre og være åpen om brystkreften er viktig for de fleste kvinner i Drageset et al. (2016, s. 342). Imidlertid viser resultater fra samme studie at kvinner kjenner på usikkerhet og tap av støtte når de blir etterlatt til seg selv etter behandling (Drageset et al., 2016, s. 343). Kroppsforandringer blir dessuten sett på som et problem som varer langt utover operasjonen, og som påvirker familieforhold på en negativ måte (Davies et al., 2017, s. 364). Bredal (2017) hevder at konsekvenser av kreftsykdommen kan oppleves både under og etter behandling. Videre påpeker hun at mange kvinner velger å isolere seg fordi de har vanskeligheter med at utseendet har endret seg (s. 484). Inkluderte studier viser for øvrig at mange kvinner velger å skjule seg ved hjelp av klær i engstelse for å bli dømt av andre (Davies et al., 2017, s. 365; Herring et al., 2019, s. 2080; Piot-Ziegler et al., 2010, s. 488). De nevnte erfaringene indikerer at behovet for støtte varer langt utover innleggelsen på sengeposten. Å få hjelp til å finne et godt støtteapparat og å få tilbud om rådgivning viser seg i Davies et al. (2017) å være tiltak som kvinner tror vil redusere ettervirkninger av en brystkreftoperasjon (s. 365). Slike tiltak innebærer praktisk hjelp og kan forklares som den instrumentelle delen av den sosiale støtten som sykepleiere gir til kvinner og pårørende (Helgesen, 2016, s. 144). Før øvrig trekkes det å dele erfaringer i støttegrupper ledet av sykepleiere frem i Drageset et al. (2016) som nyttig. Dette innebærer å dele erfaringer med andre som har vært gjennom det samme, eller med familiemedlemmer (s. 342). Det gir dermed grunn til å anta at også støttegrupper for pårørende kan være nyttig. I slike støttegrupper vil det være essensielt at sykepleiere tar i bruk en personorientert kommunikasjon, slik at også pårørende opplever å bli sett, hørt og forstått (Eide & Eide, 2017, s. 17). Ved å stille spørsmål vil sykepleiere signalisere at de bryr seg (Lorentsen & Grov, 2016, s. 418). En slik form for emosjonell støtte vil ifølge Helgesen (2016, s. 142) kunne gi en trygghetsfølelse.

Ifølge Borg (2017) vil de fleste kreftbehandlinger få konsekvenser for pasienters seksuelle helse uavhengig av kreftens lokalisering. Videre hevder hun at det å miste et bryst ofte fører til at kvinner føler seg mindre verdt som seksualpartner (s. 125). Før øvrig indikerer de inkluderte studiene at kvinner kan ha vansker med intime forhold etter brystkreftoperasjonen.

Blant annet forteller en kvinne i Davies et al. (2017) at selv om ektemannen er svært støttende så er fysisk kontakt vanskelig for henne (s. 365). Videre rapporterer kvinner at ektefellen også påvirkes av situasjonen, noe som resulterer negativt på den seksuelle intimiteten mellom dem (Davies et al., 2017, s. 365; Sun et al., 2018, s. 382). Usikkerhet i forholdet kan resultere i avholdenhet og mindre interesse for å delta i seksuelle handlinger (Sun et al., 2018, s. 382). Ved å unngå å snakke om seksualitet og seksuelle problemer styrkes fordommene om at seksualitet er et avsluttet kapittel for denne pasientgruppen (Borg, 2017, s. 126). Likevel understreker Borg (2017) at seksualitet er et tema som mange unngår å snakke om med pasienter og pårørende (s. 126). I likhet med Travelbee (2001, s. 203) ser også Borg (2017) på medfølelse som en bevisst handling, og hun mener at kvinner kan få den tryggheten de trenger til å snakke om sin seksualitet gjennom den medfølelsen som sykepleiere viser dem (s. 126). Videre trekker Lorentsen og Grov (2016) frem at sykepleiere kan bruke blikket for å signalisere at de godkjenner kvinner uavhengig av deres utseende (s. 418). Slike handlinger må sykepleiere også formidle til partneren ettersom kvinner i Herring et al. (2019) rapporterer at de er redde for at ektefellen ikke lenger har lyst på dem (s. 2080). Bredal (2017) hevder at partners evne til å godta kroppsforandringene kan ha stor betydning for at kvinner aksepterer seg selv (s. 483). To kvinner forteller at de tror at operasjonen vil redusere deres sjanser til å innlede nye forhold (Piot-Ziegler et al., 2010, s. 496). Ifølge Borg (2017) skal veiledningens hovedmål være å hjelpe kvinner til å bevare sin seksuelle helse uavhengig av årsak og livssituasjon. Sykepleiers veiledning må derfor være strukturert og bære preg av nærhet og respekt (s. 126-127).



## 6 Konklusjon

Hensikten med denne litteraturstudien var å undersøke hvordan sykepleiere kan ivareta kvinner i forbindelse med brystkreftoperasjon. Funn i inkluderte artikler viser at kontinuitet og helhetlig omsorg er av stor betydning for kvinner. Ved sengeposter og poliklinikker som tar i bruk primærsykepleie eller pasientansvarlig sykepleier vil prinsippet om helhetlig omsorg og kontinuitet i sikres all hovedsak. Likevel vil det avhenge av at den enkelte sykepleieren klarer å se kvinner som unike personer. Gjennom etableringen av Travelbees menneske-til-menneske-forhold kan sykepleiere ivareta dette behovet hos kvinner. Ved å bruke seg selv terapeutisk vil sykepleiere kunne styrke forholdet sitt til kvinner, og studien viser at dette kan bidra til at sykepleiere får en relasjon til den enkelte kvinne. Personorientert kommunikasjon og kommunikative ferdigheter er viktig når sykepleiere skal bli kjent med kvinner. Det vil dessuten gi sykepleiere mulighet til å identifisere behov slik at sykepleietiltak kan bli individuelt tilpasset.

Studien viser at det er nødvendig å forberede kvinner på brystkreftoperasjon. Dette for at de skal bli i stand til å styre forventningene sine, ettersom brystkreftoperasjonen kan ha en negativ innvirkning på kroppsbildet og opplevelsen av blant annet kvinnelig identitet og seksualitet. Sykepleiere må derfor tilpasse informasjon, veiledning og støtte slik at hver enkelt kvinnes behov ivaretas. Evnen til å tilpasse informasjon og veiledning vil dessuten føre til at kvinner lettere kan nyttiggjøre seg av det som formidles. Sykepleiere kan for øvrig hjelpe kvinner til å ivareta sine sosiale relasjoner ved å bistå under informasjonsgiving, og også ved å inkludere familie, ektefelle eller nære venner når kvinner får tilbud om støttegrupper og rådgivning. Mer forskning rettet mot erfaringer i forbindelse med brystkreftoperasjon vil ytterligere bedre sykepleiers ivaretagelse av kvinner.

## Referanseliste

- Bertelsen, B., Hornslien, K. & Thoresen, L. (2016). Svulster. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg., s. 127-149). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Borg, T. (2017). Seksualitet. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient, utfordring, handling* (4. utg., s. 120-131). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Bredal, I. S. (2017). Sykepleieutfordringer ved brystkreft. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient, utfordring, handling* (4. utg., s. 477-487). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Davies, C. C., Brockopp, C. D., Moe, C. K., Wheeler, C. P., Abner, C. J. & Lengerich, C. A. (2017). Exploring the Lived Experience of Women Immediately Following Mastectomy: A Phenomenological Study. *Cancer Nursing*, 40(5), 361-368. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000413>
- Digernes, A. S., Botnen, A. & Areklett, E. (1986). *Primærsykepleie i praksis: Fra idé til virkelighet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Drageset, S., Lindstrøm, T. C., Giske, T. & Underlid, K. (2016). Women's experiences of social support during the first year following primary breast cancer surgery. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(2), 340-348. <https://doi.org/10.1111/scs.12250>
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: Personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helgesen, A. K. (2016). Sosial kontakt. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s. 141-167). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helsebiblioteket. (2016, 3. juni). Sjekkliste. Hentet 18. mars 2020 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekkliste>
- Helsedirektoratet. (2014, 16. desember). Utredning av brystkreft. Hentet 19. februar 2020 fra <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/brystkreft/utredning-av-brystkreft-utredning>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- 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>
- Jorgensen, L., Garne, J. P., Sogaard, M. & Laursen, B. S. (2015). The experience of distress in relation to surgical treatment and care for breast cancer: An interview study. *European Journal of Oncology Nursing*, 19(6), 612-618.

<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2015.03.009>

Kreftforeningen. (2020, 19. mars). Brystkreft. Hentet 19. mai 2020 fra <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/brystkreft/>

Kreftforeningen. (u.å.). Om brystkreft. Hentet 10. mai 2020 fra <https://kreftforeningen.no/rosasloyfe/om-brystkreft/>

Kreftregisteret. (2019, 18. desember). Screening har ført til færre dødsfall som følge av brystkreft. Hentet 19. mai 2020 fra <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Nyheter/2020/2019/brystkreftdodeligheten-reduisert/>

Kreftregisteret. (2020, 3. mars). Brystkreft. Hentet 10. mai 2020 fra <https://www.kreftregisteret.no/Temasider/kreftformer/Brystkreft/>

Kunnskapsdepartementet. (2008). Rammeplan for sykepleierutdanning. Hentet 10. mai 2020 fra [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan\\_sykepleierutdanning\\_08.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf)

Lorensen, V. B. & Grov, E. K. (2016). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5. utg., s. 397-436). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Nordtvedt, P. & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie - funksjon, ansvar og kompetanse. I D. G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., s. 17-37). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Norsk sykepleierforbund. (u.å.). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet 19. mars 2020 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>

NOU 1997: 2. (1997). *Pasienten først! - Ledelse og organisering i sykehus*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1997-2/id140689/?ch=1>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Piot-Ziegler, C., Sassi, M. L., Raffoul, W. & Delaloye, J. F. (2010). Mastectomy, body deconstruction, and impact on identity: A qualitative study. *British Journal of Health Psychology*, 15(3), 479-510. <https://doi.org/10.1348/135910709X472174>

Reitan, A. M. (2017). Klinisk kommunikasjon. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient, utfordring, handling* (4. utg., s. 104-119). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Remmers, H., Holtgräwe, M. & Pinkert, C. (2010). Stress and nursing care needs of women with breast cancer during primary treatment: A qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing*, 14(1), 11-16. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2009.07.002>

Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker - innføring i psykologi for helsefag* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

- Schjølberg, T. K. (2017). Endret kroppsbilde. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient, utfordring, handling* (4. utg., s. 132-143). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Schlichting, E. (2016). Sykdommer i brystene. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg., s. 443-453). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Schlichting, E. (2019). Mastektomi. I *Store medisinske leksikon*. Hentet 25. februar 2020 fra <https://sml.snl.no/mastektomi>
- Solvoll, B.-A. (2016). Identitet og egenverd. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s. 105-140). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sun, L., Ang, E., Ang, W. H. D. & Lopez, V. (2018). Losing the breast: A meta- synthesis of the impact in women breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 27, 376-385. <https://doi.org/10.1002/pon.4460>
- Svartdal, F. (2018, 22. september). Fagfelle vurdering. Hentet 19. mars 2020 fra <https://snl.no/fagfelle vurdering>
- Sørensen, E. M., Lorvik, M. K., Ernsten, 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). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk: pasient- og pårørendeopplæring*. Bergen: Fagbokforlaget.

## Vedlegg

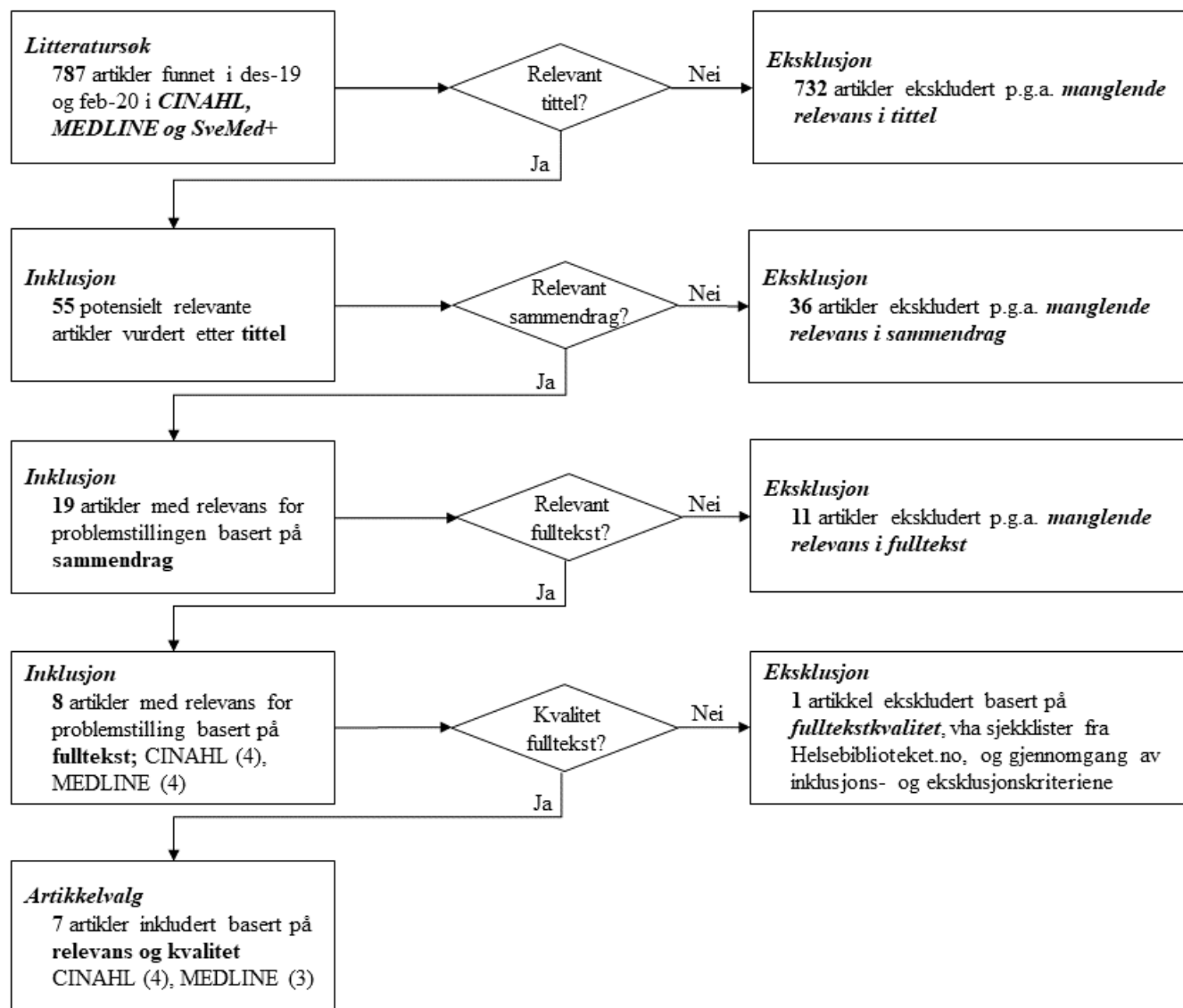
### Vedlegg 1: PIO-skjema

P= Patient/Problem	I= Intervention	O= Outcome
Brystkreft Mastektomi	Sykepleie	Kroppsbilde Livskvalitet Erfaringer
Breast Neoplasms Breast cancer Mastectomy	nurs* Nursing Care	Body Image "Quality of Life" Experience

**Vedlegg 2: Søkehistorikk**

Kilde	Dato	Søk	Søkeord/ordkombinasjoner	Avgrensning	Treff
<b>MEDLINE</b>	06/12-19	1	Breast Neoplasms AND Mastectomy AND "Quality of Life"	2015-2019, English language	224
	09/12-19	2	Nursing Care AND Mastectomy		8
	09/12-19	3	Mastectomy AND Breast Neoplasms AND nurs*	2009-2019, English language, female	99
	13/02-20	4	Breast Neoplasms AND experience AND nurs*	English language, 2009-2020	239
<b>SveMed+</b>	12/12-19	1	Breast Neoplasms AND nurs*	Peer reviewed	15
<b>CINAHL</b>	03/12-19	1	Breast Neoplasms AND Mastectomy AND Body Image	2009-2019, English language, Peer reviewed, Female	59
	09/12-19	2	Mastectomy AND Body Image AND nurs* OR Nursing Care	2009-2019, English language, Peer reviewed, Female	16
	10/12-19	3	Breast Neoplasms OR breast cancer AND Mastectomy OR mastectomy AND nurs*	English language, Peer reviewed, Qualitative – High specificity	37
	10/12-19	4	Breast Neoplasms OR breast cancer AND Mastectomy OR mastectomy	English language, Peer reviewed, Qualitative – High specificity	90

## Vedlegg 3: Flytskjema



**Vedlegg 4: Oversikt over inkluderte artikler**

<b>Exploring the lived experience of women immediately following mastectomy: A phenomenological study</b>	
<b>Forfattere</b>	Davies, C. C.; Brockopp, D.; Moe, K.; Wheeler, P.; Abner, J.; Lengerich, A.
<b>Publiseringsår</b>	2017
<b>Tidsskrift</b>	Cancer Nursing
<b>Land</b>	USA
<b>Hensikt med studien</b>	Å utforske kvinners erfaringer etter mastektomi, og å identifisere bekymringer angående utseendet etter operasjon som kvinnene kan ha. Dette skal kunne hjelpe helsepersonell til å kunne forberede kvinner når de skal se på arrene sine.
<b>Metode</b>	I denne kvalitative studien ble fenomenologisk tilnærming brukt. Dybdeintervju med åpne spørsmål av 10 kvinner i alderen 35-78 år som har hatt brystkreft og gjennomført mastektomi de siste 6-12 måneder. Deltakerne ble valgt ut for å inkludere ulike sivilstatus, alders- og karrierespenn. Deltakere ble ekskludert dersom de hadde hatt brystrekonstruksjon.
<b>Resultat</b>	Analyse av intervju genererte i 8 tema. Varig innvirkning, personlig innvirkning, innvirkning på relasjoner, takknemlighet, støttesystemer, mestringsstrategi, timing og ubehag. Kvinnene i studien møter utfordringer etter mastektomi, som ikke blir tilstrekkelig adressert av helsepersonell.
<b>Relevans</b>	Artikkelen er relevant for oppgaven, da den belyser erfaringer kvinner sitter igjen med etter mastektomi. Kvinnene i studien fikk spørsmål om hva som kunne ha hjulpet dem til å være godt forberedt på operasjonen og synet de møtte i etterkant. Disse erfaringene vil være nyttige for å få en forståelse av hva kvinnene har behov for av informasjon og støtte.
<b>Redegjort for etiske overveielser</b>	Forfatterne fikk godkjenning av instituttet på Baptist Health Lexington i forkant av studien. Alle deltakerne ble informert om frivillig deltakelse. Svarene deres ble anonymisert.



<b>Women's experiences of social support during the first year following primary breast cancer surgery</b>	
<b>Forfattere</b>	Drageset, S.; Lindstrøm, T. C.; Giske, T.; Underlid, K.
<b>Publiseringsår</b>	2016
<b>Tidsskrift</b>	Scandinavian Journal of Caring Sciences
<b>Land</b>	Norge
<b>Hensikt med studien</b>	Å beskrive kvinners individuelle opplevelse av sosial støtte i løpet av det første året etter kirurgisk behandling av brystkreft.
<b>Metode</b>	Kvalitativ studiedesign med semistrukturerte intervju med 10 kvinner i alderen 48-68 år, som alle hadde vært gjennom en brystkreftoperasjon i løpet av det siste året. Etter intervjuene ble non-verbale kommunikasjon og intervjuatmosfære notert. Forfatterne har tatt i bruk Kvale og Brinkman (2015) sin metode for å analysere intervjuene.
<b>Resultat</b>	Resultatet av studien viser at det som var viktig for at kvinnene opplevde sosial støtte var å dele erfaringer, å bli ansett som et individ, kontinuitet, informasjon og forklaring. Kvinner opplever usikkerhet når støtte fra helsepersonell reduseres. Å dele erfaringer med andre økte kunnskapen angående kreft, og ga en økt opplevelse av støtte.
<b>Relevans</b>	Artikkelen er relevant da den trekker frem erfaringer kvinner har etter kirurgisk behandling av brystkreft. Flere av erfaringene dreier seg om opplevelse av støtte fra helsepersonell. Artikkelen vurderes også som relevant for oppgaven da den kommer med konkrete forslag som kan implementeres i praksis.
<b>Redegjort for etiske overveielser</b>	Studien er godkjent av den regionale komiteen for medisinsk forskningsetikk. Deltakerne signerte samtykkeskjema og var informert om anonymisering. Deltakerne fikk tilbud om poliklinisk oppfølgingssamtale i etterkant av intervjuet.

<b>Women's initial experiences of their appearance after mastectomy and/or breast reconstruction: A qualitative study</b>	
<b>Forfattere</b>	Herring, B.; Paraskeva, N.; Tollow, P.; Harcourt, D.
<b>Publiseringsår</b>	2019
<b>Tidsskrift</b>	Psycho-Oncology
<b>Land</b>	Storbritannia
<b>Hensikt med studien</b>	Å få innsikt i kvinners første opplevelse av å se sitt utseende etter mastektomi og/eller brystrekonstruksjon.
<b>Metode</b>	Kvalitativt studiedesign. 128 kvinner svarte på en online spørreundersøkelse med åpne spørsmål. Deltakerne var mellom 31-74 år og hadde hatt mastektomi med eller uten brystrekonstruksjon for minst 6 måneder siden som følge av brystkreft.
<b>Resultat</b>	Analyse av spørreundersøkelsen genererte i 4 tema. Forberedthet og støtte, første tanker og følelser, tap og sorg, og reaksjoner fra andre. Det rapporteres om ulik grad av forberedthet og støtte fra helsepersonell i etterkant av operasjon. Resultatene fra studien tyder på at det er behov for å se kvinnene som individer og justere informasjonen og støtten etter hva den enkelte har behov for.
<b>Relevans</b>	Artikkelen er relevant for oppgaven da den trekker frem hva kvinner kan oppleve når de ser utseendet sitt etter operasjon. Dette anser jeg som et interessant punkt å ta med i min oppgave.
<b>Redegjort for etiske overveielser</b>	Forfatterne fikk etisk godkjenning fra University of the West of England. Deltakerne fikk informasjon om studien i forkant av undersøkelsen og svarene ble anonymisert. Alle deltakerne samtykket til å delta i studien i forkant av undersøkelsen.

<b>The experience of distress in relation to surgical treatment and care for breast cancer: An interview study</b>	
<b>Forfattere</b>	Jørgensen, L.; Garne, J. P.; Søgaard, M.; Laursen, B.S.
<b>Publiseringsår</b>	2015
<b>Tidsskrift</b>	European Journal of Oncology Nursing
<b>Land</b>	Danmark
<b>Hensikt med studien</b>	Å få en større forståelse av kvinners opplevelse av motgang i forbindelse med brystkreft, kirurgisk behandling og kontinuitet i omsorg.
<b>Metode</b>	I denne kvalitative studien ble en fenomenologisk hermeneutisk tilnærming brukt. Semistrukturerte intervju av 12 kvinner i alderen 37-87 år som alle nylig hadde vært gjennom operasjon for behandling av brystkreft. Analysen bestod av enkel tolkning, strukturert analyse og kritisk analyse med diskusjon.
<b>Resultat</b>	4 tema ble generert ut fra den strukturerte analysen. Situasjoner preget av angst, tap av identiteter, å bli sett som en person, og å være en del av et system. Kvinnene i studien er i en kompleks livssituasjon hvor opplevelse av motgang preges av angst og tap av identitet. Det er viktig for kvinnene at deres livssituasjon blir inkludert i behandlingen.
<b>Relevans</b>	Artikkelen ses på som relevant da den trekker frem ulike aspekter av hva kvinner kan møte av motgang i forbindelse med brystkreft og kirurgisk behandling. Artikkelen belyser også behov i møtet med helsepersonell, som jeg vurderer som relevant for min problemstilling.
<b>Redegjort for etiske overveielser</b>	Studien ble godkjent av Data Protection Agency. Alle deltakerne fikk skriftlig og muntlig informasjon om studien og anonymisering i forkant av intervjuet.

<b>Mastectomy, body deconstruction, and impact in identity: A qualitative study</b>	
<b>Forfattere</b>	Piot-Ziegler, C.; Sassi, M. L.; Raffoul, W.; Delaloye, J. F.
<b>Publiseringsår</b>	2010
<b>Tidsskrift</b>	British Journal og Health Psychology
<b>Land</b>	Sveits
<b>Hensikt med studien</b>	Å undersøke hvordan kvinner opplever mastektomi, samt å utforske hvordan mastektomi påvirker eksistens og identitet.
<b>Metode</b>	I studien ble kvalitativ refleksiv metode brukt. Tre longitudinelle semistrukturerte intervjuer av 19 kvinner i alderen 37-62 år med brystkreft. Ni av kvinnene hadde fått tilbud om brystrekonstruksjon i forkant av studien, mens de resterende deltakerne ikke hadde planlagt brystrekonstruksjon. Analysen av det første intervjuet med hver kvinne blir presentert i studien.
<b>Resultat</b>	Resultat i studien viser at mastektomi kan være en traumatiserende opplevelse som kan skape utfordringer for kvinnen med tanke på identitet, eksistens og intimitet. Disse utfordringene kan kvinnene også møte i forkant av operasjon.
<b>Relevans</b>	Artikkelen er relevant for oppgaven da den trekker frem flere aspekter av hvordan identiteten blir påvirket av mastektomi og brystkreft.
<b>Redegjort for etiske overveielser</b>	Kvinnene i studien er anonymisert. Deltakerne har skrevet under på samtykkeskjema. Studien ble godkjent av University Hospital Ethical Board.

<b>Stress and nursing care needs of women with breast cancer during primary treatment: A qualitative study</b>	
<b>Forfattere</b>	Remmers, H.; Holtgräve, M.; Pinkert, C.
<b>Publiseringsår</b>	2010
<b>Tidsskrift</b>	European Journal of Oncology Nursing
<b>Land</b>	Tyskland
<b>Hensikt med studien</b>	Å finne ut de spesifikke belastningene som påvirker kvinner under primærbehandling for brystkreft, samt å finne ut hvilke behov og forventninger til har til sykepleiere.
<b>Metode</b>	I studien ble kvalitativ metode tatt i bruk. Semistrukturerte intervju av 42 kvinner med en gjennomsnittsalder på 55 år. Studien inkluderer både kvinner som har hatt brystbevarende kirurgi (59,5%) og mastektomi (40,5%). Kvinnene ble kontaktet av sykepleiere ved to sentre for brystpleie i Tyskland.
<b>Resultat</b>	Belastningene omhandlet bekymringer rundt selve operasjonen, det å være uvitende på resultatet av operasjonen, endring i selvoppfatning og belastninger som følge av det sosiale miljøet de var en del av. Kvinnene var opptatt av at sykepleierne behandlet dem som individer. Kommunikative og sosiale ferdigheter var essensielle for kvinnene.
<b>Relevans</b>	Artikkelen ses på som relevant fordi den påpeker spesifikke belastninger som påvirker kvinner under primærbehandlingen. Artikkelen trekker også frem hvilke behov og forventninger kvinner kan ha til sykepleiere eller helsepersonell som en gruppe.
<b>Redegjort for etiske overveielser</b>	Studien fikk godkjenning fra den etiske komiteen ved Universitetet i Osnabrück. Alle deltakere ga skriftlig samtykke etter å ha fått detaljert informasjon om studien fra intervjuerne.

<b>Losing the breast: A meta-synthesis of the impact in women breast cancer survivors</b>	
<b>Forfattere</b>	Sun, L.; Ang, E.; Ang, W. H. D.; Lopez, V.
<b>Publiseringsår</b>	2018
<b>Tidsskrift</b>	Psycho-Oncology
<b>Land</b>	Singapore
<b>Hensikt med studien</b>	Å oppsummere kvalitative studier som utforsker hvilken innvirkning det å miste ett bryst har på kvinner som har overlevd brystkreft.
<b>Metode</b>	I denne systematiske oversikten er metasyntese brukt for å sammenstille 12 kvalitative studier fra 2000-2013. Teknikker som ble brukt for å søke; fotnote, siterings søk, søk i referanser fra artikler, forfattersøk og emnesøk i elektroniske databaser. Det totale utvalget i de 12 inkluderte studiene var 181 kvinner med brystkreft i alderen 33-77 år.
<b>Resultat</b>	Å miste brystet påvirket både kvinnenens selvidentitet og deres sosiale relasjoner. Noen av kvinnene klarte å takle dette når de begynte å akseptere avvikene mellom selvoppfatning og samfunnets perspektiv på kvinnelighet og feminitet.
<b>Relevans</b>	Artikkelen er relevant for oppgaven fordi den samler kvalitative data som trekker frem hvordan kvinnene å takle endringene som skjer med kroppen etter mastektomi. Artikkelen er relevant fordi den konkluderer med behovet for individuelle pleieplaner for disse kvinnene, for å unngå at negative tanker rundt det å miste brystet skal oppstå.
<b>Redegjort for etiske overveielser</b>	Artikkelen er fagfelleurdert.