



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGAVE

Mastektomi - Tap av mer enn et bryst

Mastectomy - Loss of more than a breast

**Kandidatnummer 211**

SK152 Bacheloroppgave i sykepleie

Fakultet for Helse- og sosialfag

Innleveringsdato: 14.06.21

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.

## **Sammendrag**

### Mastektomi - Tap av mer enn et bryst

**Bakgrunn:** Brystkreft er den vanligste kreftformen blant kvinner i Norge, og rammer rundt 3000 kvinner årlig. Kirurgi er i dag primærbehandling, og dersom svulsten er over 4 cm gjennomføres mastektomi. Å gjennomgå kirurgisk fjerning av brystet vil være en stor påkjenning for kvinnen, og tap av det symboltunge brystet vil kunne påvirke selvbildet.

**Problemstilling:** Hvordan opplever kreftrammede kvinner selvbildet etter mastektomi, og hva betyr dette for utøvelsen av sykepleie?

**Metode:** Oppgaven er en systematisk litteraturstudie, basert på fire forskningsartikler, pensum og egenvalgt sykepleiefaglig litteratur.

**Resultat:** Mastektomi påvirker den kvinnelige identiteten, kroppsbildet og selvoppfatning. Funnene viser at kvinnene vurderte seg selv på en negativ måte etter mastektomi. Kvinnenes reduserte selvbilde førte til endring i dagliglivet, kamufleringsteknikker, isolasjon og usikkerhet i forhold til partner og pårørende.

**Konklusjon:** Selvbildet påvirkes hos de aller fleste etter mastektomi, uavhengig av land og kultur. Et dårligere selvbilde viste seg å få konsekvenser for kvinnen selv, dagliglivet og forholdet til omgivelsene. Det er viktig for sykepleier å forstå kvinnens reelle erfaring og opplevelse for å kunne utføre god sykepleie.

**Nøkkelord:** Brystkreft, mastektomi, selvbilde, erfaringer og sykepleie

## **Abstract**

### **Mastectomy - Loss of more than a breast**

**Background:** Breast cancer is the most common cancer among women in Norway, and affects around 3000 women annually. Surgery is currently the primary treatment, and if the tumor is over 4 cm, a mastectomy is performed. Undergoing surgical removal of the breast will be a great strain for the woman, and loss of the significant breast could affect the self-image.

**Research question:** How do women with cancer experience their self-image after mastectomy, and what does this mean for the practice of nursing?

**Method:** The thesis is a systematic literature study, based on four research articles, syllabus and chosen nursing literature.

**Results:** Mastectomy affects female identity, body image and self-perception. The results show that the women see themselves in a more negative way after mastectomy. The reduced self-image lead to changes in daily life, camouflage techniques, isolation and insecurity in relation to partners and relatives. It is important for nurses to understand the woman's real experience in order to perform good nursing.

**Conclusion:** The self-image is affected in the vast majority of women after mastectomy, regardless of country and culture. A poorer self-image turns out to have consequences for the woman herself, daily life and the relationship with her surroundings.

**Keywords:** Breast cancer, mastectomy, self-image, experiences and nursing

## Innhold

1	Innledning .....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema .....	1
1.2	Oppgavens relevans og hensikt .....	2
1.3	Problemstilling og avgrensing .....	2
2	Det teoretiske grunnlaget .....	3
2.1	Brystkreft .....	3
2.2	Mastektomi .....	4
2.3	Selvbilde.....	4
2.4	Sykepleie og erfaringenes betydning .....	5
3	Metodebeskrivelse .....	7
3.1	Valg av metode .....	7
3.2	Søkeprosess .....	7
3.3	Kildekritikk .....	8
3.4	Vurdering av artiklene .....	9
3.5	Analysen .....	10
4	Resultat .....	11
4.1	Mastektomi rokket med selvbildet.....	11
4.1.1	Tap av bryst betyr tap av kvinnelig identitet.....	11
4.1.2	Endret selvopfatning.....	12
4.1.3	Forandringer i kroppsbilde .....	12
4.1.4	Det vanskelige møtet med det manglende brystet .....	12
4.2	Mastektomi vekket motstridende følelser.....	13
4.3	Endret samspill med andre .....	13
4.3.1	Bekymring i forhold til partner og pårørende .....	13
4.3.2	Begrenset sosialt liv og kamufleringsteknikker .....	14
4.3.3	Kvinnene påvirkes av samfunnets ideal.....	14
4.3.4	Blandet oppfatning av rekonstruksjon .....	15
4.4	Støtte- og informasjonsbehov .....	15
5	Diskusjon .....	17
5.1	Kvinnens subjektive opplevelse av seg selv .....	17
5.2	De nære pårørende og partner sin betydning .....	21
5.3	Kvinnene speiler seg i samfunnets ideal om kvinnelighet .....	23

6	Konklusjon.....	25
6.1	Forslag til videre forskning .....	26
6.2	Implikasjoner for sykepleie i møte med kvinnen.....	26
	Referanser .....	27
	Vedlegg 1 .....	30
	Vedlegg 2 .....	31
	Vedlegg 3 .....	32
	Vedlegg 4 .....	33
	Vedlegg 5 .....	34

# 1 Innledning

Tema for bacheloroppgaven er fjerning av bryst hos kvinner med brystkreft og konsekvensene det har for *selvbilde*. Brystkreft er den hyppigste formen for kreft hos kvinner på verdensbasis (Sørensen, Lorvik, Erntsen, & Almås, 2017, s. 437). Forekomsten av brystkreft har økt betydelig de siste tiårene, og i 2019 fikk 3726 kvinner brystkreft. Dette er dobbelt så mange som i 1958 (Silva, 2021). Oppgaven søker å øke forståelsen og kunnskapsgrunnlaget vi trenger som sykepleiere for å forstå og hjelpe kvinner som har eller skal gjennomgå mastektomi.

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Ettersom brystkreft er en av de vanligste kreftformene, er brystkreftrammede en pasientgruppe vi sannsynligvis vil møte som sykepleier. Som praksisstudent på en kreft-sengepost og en kirurgisk sengepost har jeg møtt flere kvinner som har fått kirurgisk behandling for brystkreft. Mastektomi gjennomføres både for å behandle og å forebygge kreft. Arvelig kreft, som er mutasjon i BRCA1- eller BRCA2-genet, fører til økt risiko for utvikling av kreft i både bryst og eggstokker, og det er anbefalt at både bryst og eggstokker fjernes profylaktisk (Store medisinske leksikon, 2018). Jeg har også kjennskap til flere kvinner som har gjennomført mastektomi på i utgangspunktet friske bryst. Uansett hva årsaken til mastektomien er, opplever jeg at det har konsekvenser for psyken å gjennomgå inngrepet. Fordi den psykiske helsen er minst like viktig, ønsker jeg å belyse den psykiske belastningen som følger av somatisk sykdom og behandling.

## 1.2 Oppgavens relevans og hensikt

Hensikten med litteraturstudien er å belyse kvinner med brystkreft sine endringer i selvbilde etter mastektomi. *Selvbilde* er valgt fordi det er en viktig del av vår psykiske helse, og det kan få store ringvirkninger når selvbildet slår sprekker. Sykepleiere skal jobbe helsefremmende og forebyggende, for eksempel gjennom undervisning og veiledning (Thidemann, 2015, s. 44). Dette forutsetter at sykepleieren har god kunnskap og innsikten i erfaringer om temaet. Sykepleiere møter denne pasientgruppen i ulike stadier av forløpet. Blant annet ved utredning, på kirurgisk avdeling etter utført mastektomi, på polikliniske timer eller på kreft sengepost. Gjennom denne litteraturstudien vil jeg bidra til økt innsikt i erfaringene og øke kunnskapen om kvinners endringer i selvbilde etter mastektomi. Jeg vil også se om dagens praksis for sykepleie samsvarer med hva funnene i forskningen viser.

## 1.3 Problemstilling og avgrensning

*Hvordan opplever kreftrammede kvinner selvbildet etter mastektomi, og hva betyr dette for utøvelsen av sykepleie?*

Målgruppen i studiene er kvinner som har fjernet brystene på grunn av kreftsykdom, og i utgangspunktet har gjennomgått mastektomi uten rekonstruksjon av brystene. Noen få av deltakerne har gjennomført rekonstruksjon i etterkant av mastektomi. Jeg vil konsentrere meg om kvinnes egne erfaringer og opplevelser i forhold til selvbilde etter mastektomi. For å gi et helhetlig bilde, er erfaringene samlet fra to uker til to år etter mastektomi. Oppgaven inkluderer kvinner i alderen 30-77år. I materialet inngår ikke kvinner som har gjennomgått mastektomi profylaktisk. Konsekvensene av annen kreftbehandling en mastektomi er ikke inkludert.

## 2 Det teoretiske grunnlaget

For å danne et teoretisk grunnlag for oppgaven starter jeg med en kortfattet presentasjon av brystkreft, etterfulgt av mastektomi. Dette er for å få et innblikk i selve diagnosen og prosedyren kvinnene gjennomgår. Deretter redegjør jeg for hva som forstås med begrepet *selvbilde* og de ulike aspektene som virker inn på det totale bildet av selvet. Til slutt vil sykepleierens rolle bli trukket inn med utgangspunkt i Joyce Travelbee's sykepleieteori.

### 2.1 Brystkreft

Brystkreft, cancer mammae, er en ondartet svulst i brystkjertelen (Sørensen et al., 2017, s. 438). Det er den vanligste formen for kreft blant kvinner både i Norge og internasjonalt. Menn kan òg få brystkreft, men dette er svært sjeldent. Brystkreft er den kreftformen som det forskes mest på, og diagnosen påvises tidligere i forløpet enn før (Sørensen et al., 2017, s. 437). Kvinner som får påvist brystkreft, kommer inn under pakkeforløpet for kreft. Pakkeforløpet innebærer koordinering av pasientforløpet, og skal sikre effektivitet, trygghet og forutsigbarhet for både pasient og pårørende (Helsedirektoratet, 2021).

Diagnosen brystkreft representerer en stor belastning for kvinnen. Som regel er kvinnen frisk fra før og har ofte ingen symptomer. Det å føle seg frisk, men få en alvorlig diagnose kan gjøre det vanskelig å identifisere seg med pasientrollen. Kvinnen kan oppleve at diagnosen gjør noe med hennes identitet og verdighet, og kan derfor oppleves som en trussel (Sørensen et al., 2017, s. 437).

Brystkreft deles inn i fire stadier (I-IV) ut ifra størrelse på svulsten og spredning til regionale lymfeknuter og organer. Jo mindre svulsten i brystet er, dess bedre er prognosene (Sørensen et al., 2017, s. 437). Behandlingsstrategi velges ut fra stadielinndelingen (Sørensen et al., 2017, s. 438). Den viktigste behandlingsformen for brystkreft er kirurgi, enten alene eller i kombinasjon med strålebehandling, cytostatika og endokrin behandling (Sørensen et al., 2017, s. 442). Det foregår mye forskning på feltet for å forbedre behandlingen og



behandlingsregimene blir stadig mer skreddersydd (Bertelsen, Hornslien, & Thoresen, 2015, s. 135).

## 2.2 Mastektomi

Mastektomi, eller *ablatio mammae* er en operasjon der hele brystkjertelen fjernes. Omtrent 45% av alle brystkreftopererte får fjernet hele brystet. Denne metoden velges dersom tumoren er større en 4 cm, eller om det er flere tumorer i samme bryst. Mastektomi kommer av gresk, hvor *mastos* betyr kvinnebryst og *ektome* betyr utskjæring (Schlichting, 2015, s. 437). Brystet blir da kirurgisk fjernet under operasjon. Hele brystkjertelen fjernes, mens muskulaturen mellom toraks og brystkjertelen forblir intakt. I tilfeller der det er påvist kreftceller i aksillen fjernes også lymfeknuter i armhulen. Inngrepet kalles da modifisert radikaloperasjon (Sørensen et al., 2017, s. 442). Kvinnene vil bli etterlatt med et flatt bryst dersom det ikke gjennomføres rekonstruksjon. Det vil og bli et synlig arr etter inngrepet. Å fjerne et bryst vil være en stor påkjenning, og mange kvinner opplever å ikke føle seg som en fullverdig kvinne etter å ha mistet brystet (Sørensen et al., 2017, s. 446).

## 2.3 Selvbilde

Forskningen på kvinnenes erfaringer etter mastektomi handler mye om et endret selvbilde, kroppsbilde, selvoppfatning og identitet. I litteraturen ser vi at det er ulik forståelse av disse begrepene. Flere av begrepene blir brukt synonymt, samt at begrepsforklaringene går over i hverandre. Etter å ha studert de ulike forståelsene av begrepene, velger jeg å bruke *selvbilde* som et samlende begrep. Det vil si at jeg i denne oppgaven vil bruke *selvbilde* som det overordnede begrepet av kvinnens selv, som inkluderer kroppsbilde, selvoppfatning, selvfølelse og identitet.

Selvbildet er vår evaluering av oss selv (Renolen, 2014, s. 121). Selvbildet vårt er sammensatt og endres i takt med omgivelsene. Selvet omfatter summen av våre tanker og oppfatninger om oss selv, vår særegenhet og våre evner. Psykologen Carl Rogers skilte mellom idealselvet og det virkelige selvet. Det virkelige selvet representerer den du er, mens idealselvet er slik

du syns du burde være. De to selvoppfatningene burde ideelt sett overlape. Det kan virke truende på personens selvbylde, dersom det er stor avstand mellom selv og idealselv (Renolen, 2014, s. 119). Identitet er på et vis syntesen av alle aspekter ved selvet, med en egen plass i verdenssamfunnet. Identiteten skaper bevissthet rundt seg selv som individ, gjennom selv-vurdering og selv-observasjon (Hummelvoll, 2016, s. 136). Identiteten innebærer både det et fysiske selv og det personlige selv (Hummelvoll, 2016, s. 135).

Et viktig aspekt ved selvbylde er kroppsbylde. Kroppsbylde er den subjektive opplevelsen av egen kropp. Det er en viktig del av en persons identitet (Renolen, 2014, s. 121). Det fysiske selvet kan defineres av de ubevisste og bevisste holdningene vi har ovenfor egen kropp. Kroppen er synlig og dermed den mest håndgripelige delen av selvet. Den er ankerfestet for selvoppfatningen gjennom hele livet. Kroppsbylde innebærer tidligere og aktuelle følelser og oppfatninger den enkelte har ovenfor kroppsstørrelse, hvordan man tar seg ut, hvordan den fungerer og mulighetene den gir til ytelse. Dersom deler av det fysiske selvet berøres av tap, som et bryst, kan det slå alvorlige sprekker i selvbylde. Å akseptere og tilpasse seg til den nye kroppen tar ofte lang tid (Hummelvoll, 2016, s. 136).

## 2.4 Sykepleie og erfaringenes betydning

Joyce Travelbee har hatt og har fremdeles stor innflytelse på norsk sykepleierutdanning (Kirkevold, 1998, s. 113). Travelbee definerer sykepleie slik:

*«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, 1999, s. 29).*

Gjennom hele Travelbees bok om mellommenneskelige forhold fremheves sykepleierens støttende og opprettholdende rolle. Grunnsynet er at det krever langt mer kunnskap, forståelse, ferdigheter og innsikt for å kunne støtte et menneske i krise, enn å utføre en hvilken som helst teknisk komplisert behandling (Travelbee, 1999, s. 22).

Travelbees teori fokuserer på sykdom og lidelse som menneskelige erfaringer. Hun mener det ikke er tilstrekkelig å lære om sykdom ut fra tegn og symptom, behandling, prognose, etiologi og sykepleieromsorg. Travelbee mener at sykepleieren må forstå det intenst reelle, men mindre håndgripelige, begrepet om sykdom som en erfaring. En erfaring hvert enkelt menneske går gjennom. Uten innsikt i erfaringene kan sykepleieren aldri forholde seg til den syke som menneske til menneske, og dermed vil ikke den syke få meningsfull hjelp (Travelbee, 1999, s. 127).

Når sykepleieren utfører selvstendige sykepleierfunksjoner, står hun i en hjelpende prosess. Formålet er å hjelpe den enkelte til å forebygge eller mestre erfaringer med lidelse og sykdom, eller å opprettholde best mulig helsetilstand (Travelbee, 1999, s. 31). Dagens sykepleie tilstreber at syke mennesker får hjelp til å gjenvinne helse eller komme seg etter akutt sykdomsfase. Å hjelpe med å mestre sykdom og lidelse som erfaring er en av måtene sykepleier kan bistå syke mennesker på. Dette gjør sykepleieren ved å etablere en relasjon til den syke. Sykepleieren formidler at den syke ikke er alene, og fremstår som et kunnskapsrikt og forståelsesfullt medmenneske å søke hjelp hos (Travelbee, 1999, s. 35).

Travelbee mener at sykepleierens mål oppnås ved å etablere og opprettholde et menneske-til-menneske-forhold mellom sykepleier og kvinnen. Dette forholdet er en prosess og er det viktigste middelet for å etterkomme den sykes behov for pleie (Kirkevold, 1998, s. 117). Prosessen er gjensidig mellom kvinnen og sykepleier, men sykepleier er ansvarlig for å etablere og opprettholde forholdet. All kontakt mellom sykepleier og kvinnen er med å bygge menneske-til-menneske-forholdet (Travelbee, 1999, s. 178). Forholdet etableres etter flere interaksjonsfaser, og bygges opp i ulikt tempo. Fasene innebærer det innledende møtet, framvekst av identiteter, empati og sympati og medfølelse. Disse fasene er vesentlig for gjensidig forståelse og reel kontakt mellom individene. Sykepleier må bevisst gå inn for å bli kjent med kvinnen, og finne frem til og oppfylle hennes behov (Travelbee, 1999, s. 172)

## 3 Metodebeskrivelse

### 3.1 Valg av metode

Med bakgrunn i retningslinjer fra studieplassen er litteraturstudie valgt som metode. Litteraturstudien gir systematisert kunnskap fra ulike skriftlige kilder. Det er i tillegg samlet inn litteratur fra pensumbøker, egenvalgt litteratur, og fag og forskningslitteratur. Litteraturen er blitt kritisk gjennomgått og deretter sammenfattet (Thidemann, 2015, s. 79). Forskningsartiklene er hentet fra databasen Academic Search Elite, hvor resultater i CINAHL og MEDLINE ble inkludert. Disse databasene indekserer sykepleierrelaterte tidsskrifter. Søkene ble gjort ved å benytte relevante søkeord og ulike avgrensninger. Det er benyttet fire forskningsartikler i oppgaven. Tabell over inkluderte artikler ligger som *vedlegg 1*.

### 3.2 Søkeprosess

For å operasjonalisere problemstillingen til søkeord ble det brukt et PICO-skjema (Helsebiblioteket, 2016). Deretter ble søkeordene jobbet videre med gjennom søk i SveMed+ for å finne MeSH termer. Ettersom begrepet selvbilde er komplekst og ikke entydig definert, ble det valgt ut flere dimensjoner av selvbildet som søkeord. Søkeordene ble til slutt: Mastectomy, ablatio mammae, breast removal, self image, self perception, self esteem, body image, identity og experience. Søkeordene ble satt sammen i ulike kombinasjoner gjennom flere søk. Deretter ble artiklene ekskludert etter inklusjon- og eksklusjonskriterier. Et av søkene inkluderte artikler fra 2010 og til i dag, men etter mange treff ble tidsrammen endret til etter 2015. En artikkel fra søket mellom 2010-2021 ble inkludert på grunn av relevans. Det ble gjort et titalls søk med ulike kombinasjoner. Fire ulike søk resulterte i de inkluderte artiklene. Av de fire inkluderte søkene, ble det lest 116 titler, 19 abstrakt, og 10 leste artikler. Det ble også lest titler og abstrakt utenom de inkluderte søkene, men dette er det ikke tall på. Tabell med oversikt over søkene ligger som *vedlegg 2*.

## PICO-skjema

<b>P – Population/ problem</b>	<b>I - Intervention</b>	<b>C</b>	<b>O – Outcome</b>	
Breast cancer	Mastectomy		Self image	Self esteem
Breast neoplasm	Ablatio mammae		Self perception	Identity
Breast tumor	Breast removal		Experience	Body image
Women				

## Inklusjon- og eksklusjonskriterier

<b>Inklusjonskriterier</b>	<b>Eksklusjonskriterier</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Gjennomgått mastektomi</li><li>• Kvinners erfaringer</li><li>• Pasientperspektiv</li><li>• Artikler på engelsk, norsk, dansk eller svensk</li><li>• Fagfelleverderte vitenskapelige tidsskrift</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ikke gjennomgått mastektomi</li><li>• Menns erfaringer</li><li>• Artikler eldre enn 2015 (2010)</li><li>• Artikler som ikke er fagfelleverdert</li><li>• Profylaktisk mastektomi</li></ul>

### 3.3 Kildekritikk

Alle inkluderte artikler er fagfelleverdert. Dette styrker studienes pålitelighet, fordi de er kvalitetssikret av eksperter på metoden eller fagfeltet (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim, & Reinár, 2012). Artikkene er også vurdert etter sjekklister for kvalitative studier, systematiske oversikter og kasus-kontrollstudier hentet fra folkehelseinstituttets sider. Der er de vurdert etter blant annet metode, utførelse, analyse og etikk (Kunnskapscenteret, 2011). Sjekklister ligger i vedlegg 3-5. Etersom alle studiene er skrevet på engelsk, kan det likevel ikke utelukkes mistolkninger av resultatene.

Pensumlitteraturen som er brukt er fagbøker fra høyskolens sortiment. Jeg vurderer derfor denne litteraturen som pålitelig. Styrken ved denne litteraturen er at det er forfattere og teoretikere som er anerkjente for sitt fag. Denne litteraturen velges også på bakgrunn av hvilke perspektiv som er interessante for å belyse problemstillingen. En svakhet er at noe av litteraturen refererer til sekundærkilder i teksten. Dette kan føre til at teksten kan være fortolket, og jeg har derfor gått til primærkilden der det har være mulig.

### 3.4 Vurdering av artiklene

De fire inkluderte studiene vurderte jeg som gode nok til å inkluderes i oppgaven. Det er inkludert to kvalitative, en kvantitativ og en metasyntese. Det som kan bemerkes er at kasus-kontrollstudien kun har 50 deltagere, noe som kan oppfattes som lite for å være en kvantitativ studie. Studien er likevel inkludert ettersom resultatene er svært relevante for oppgaven og samsvarer med funnene i annen forskning og litteratur. De kvalitative studiene er derimot løst på en hensiktsmessig måte. Metasyntesen som er inkludert tar for seg 12 kvalitative forskningsartikler. Denne omhandler effekten av å miste brystet. Artikkelen er tatt med for å støtte opp om selvbildets relevans. De to inkluderte kvalitative studiene er ikke inkludert i denne metasyntesen. Samlet sett vil dette gi et bredt bilde. Studien bruker noe ulike begreper, men materien handler om det samme fenomenet, *selvbilde*. De setter søkelys på ulike aspekter ved selvbildet, og kommer frem til noenlunde de samme hovedfunnene.

Ingen av studiene er hentet fra Norge. Dette kan selvfølgelig svekke relevansen for resultatene i en norsk kontekst, ettersom kropp speiles av kultur og kulturen varierer. Likevel vil felles erfaringer på tvers av kultur si noe om brystets betydning. Metasyntesen inneholder derimot to studier fra Sverige. Totalt sett er 11 av studiene fra vestlige og europeiske land og 4 fra asiatiske. Ettersom artiklene samlet sett gir et bredt bilde, kan resultatene likevel tenkes å være relevante for Norge.

### 3.5 Analysen

For å analysere artiklernes innhold leste jeg først gjennom alle de inkluderte artiklene på nytt og skrev ned hovedpunkter fra funnene i hver artikkel. Deretter jobbet jeg meg frem til ti ulike temaer. Etter analyse og tolking rundt hva som er essensen i funnene kom jeg frem til fire overordnede tema. Disse er brukt i resultat-kapittelet. I drøftingen ble det igjen gjennomført analyse og tolkning rundt hva som egentlig er essensen i funnene. Til slutt kom jeg frem til tre overordnede temaer som kvinnene i studiene trakk frem som vesentlige i forhold til selvbilde. Sykepleiers rolle drøftes rundt disse.

## 4 Resultat

### 4.1 Mastektomi rokket med selvbildet

Kvinnenes opplevelser og utfordringer utdypes i flere aspekter ved selvbildet.

Underkapitlene deles derfor inn i identitet, selvoppfatning og kroppsbilde, som sammen vil belyse kvinnens selvbilde.

#### 4.1.1 Tap av bryst betyr tap av kvinnelig identitet

I flere av artiklene kommer det frem at brystet ikke bare er et organ, men et symbol med stor betydning. De fleste av deltakerne i studiene mente at brystet betydde både kvinnelighet/femininitet, skjønnhet, selvtillit, sex, attraktivitet og moderskap (Koçan & Gürsoy, 2016, s. 147; Sun, Ang, Ang, & Lopez, 2018, s. 382). Med den betydelige statusen som brystet har i å representere femininitet, opplevde kvinnene at kjønnsidentiteten endret seg (Sun et al., 2018, s. 382).

*“First you lost your breast. Then you lost your womanhood ...”* (Sun et al., 2018, s. 382)

Å miste brystet truet både kvinnenens sosiale, kroppslige og kvinnelige identitet (Koçan & Gürsoy, 2016, s. 147; Sun et al., 2018, s. 387). Mastektomi førte til tap av referansepunkter å identifisere seg med som kvinne, kone eller mor (Sun et al., 2018, s. 382). Etter mastektomi kan en kvinne som ikke klarer å utføre sine roller og ansvarsoppgaver føle seg ubrukelig og mindreverdig. De fleste av deltakerne uttalte at de følte seg redusert som kvinne, halv, unormal og deprimert (Koçan & Gürsoy, 2016, s. 147). Med et manglende bryst følte kvinnene seg lemlestet, fremmedgjort, flate og merket for livet, og anså brystet som et uønsket syn (Sun et al., 2018, s. 378).



#### 4.1.2 Endret selvoppfatning

Det kommer frem i flere av studiene at kvinner etter mastektomi vurderer seg selv mer negativt, og bruker negative uttalelser om seg selv (Koçan & Gürsoy, 2016, s. 145; Mączik, Ziólkowska, & Kowalska, 2012, s. 186). Tallene viser tydelig forskjeller i hvordan mastektomiopererte kvinner og friske kvinner vurderer seg selv og sin kvinnelighet. Funnene viser blant annet at mastektomiopererte kvinner har en lavere skår i skalaen for kvinnelighet sammenlignet med de friske kvinnene i kontrollgruppen. Funnene viser også at kvinner etter mastektomi har lavere nivå av selvtillit, redusert behov for presentasjon og dominans, mindre behov for å forstå seg selv og betydelig lavere lederegenskaper (Mączik et al., 2012, s. 187).

#### 4.1.3 Forandringer i kroppsbilde

Resultatene viser at mange kvinner lider av et dårligere kroppsbilde etter mastektomi. Den mest brukte beskrivelsen av utseendet deres var at de så ufullstendige ut, som om de manglet halvparten av dem selv. En av deltakerne påpekte at hun skammet seg på grunn av utseendet (Koçan & Gürsoy, 2016, s. 147). Flere av kvinnene så på kroppen sin som stygg, skjev og kollapset i form. Gjennom flere uttalelser er det tydelig at kroppsbildeforandringer på grunn av brysttap forårsaket underliggende tristhet og opprørthet hos kvinnen (Koçan & Gürsoy, 2016, s. 147; Menon & O'Mahony, 2019, s. 6). Det kommer frem at den følelsesmessige lidelsen ved å takle forstyrrelser i kroppsbildet vedvarer. En kvinne beskrev livet etter operasjonen som en "akseptreise" (Menon & O'Mahony, 2019, s. 6).

#### 4.1.4 Det vanskelige møtet med det manglende brystet

Det første møtet med brystet og arret etter operasjon opplevdes vanskelig og skremmende, ettersom de ble minnet på at brystet ikke lenger var der. Noen ønsket å se arret tidlig, andre ville vente lenger. Mange av deltakerne i studien fortalte at de følte seg dårlige, redde, rare, og annerledes ved første syn av operasjonsområdet (Koçan & Gürsoy, 2016, s. 147; Menon & O'Mahony, 2019, s. 6). Noen kvinner beskrev å se på seg selv som forstyrrende, opprørende og ble bevisst på eget utseende. De fleste konkluderte med at en viktig del av kroppen manglet (Menon & O'Mahony, 2019, s. 6).

## 4.2 Mastektomi vekket motstridende følelser

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

Erfaringene etter mastektomi førte til emosjonell konflikt. Opplevelsen av å miste brystet var fylt med motsetninger, spenninger og usikkerheter (Koçan & Gürsoy, 2016, s. 147; Sun et al., 2018, s. 376). Betydningen av mastektomi varierer mellom individer. For noen var det en stor sorg å miste brystet, med mye negative tanker og følelser involvert. Andre så på tapet som en akseptabel avveining for overlevelse og kjente på håp, lettelse og takknemlighet for livet (Koçan & Gürsoy, 2016, s. 147; Sun et al., 2018, s. 382).

## 4.3 Endret samspill med andre

I sammenheng med det endrede selvbildet, belyste kvinnene hvordan det påvirket hverdagen, forholdet til partner og pårørende og samfunnet ellers.

### 4.3.1 Bekymring i forhold til partner og pårørende

Kvinnene uttrykte å være fornøyd med støtten fra partnerne. Imidlertid var de engstelige for hva partneren følte ovenfor kroppsendringene etter mastektomi. Selvfølelse og identitet påvirket intime forhold til ektefelle/partner. Kvinnene følte seg usikre på forholdet deres, noe som resulterte i en endring i deres seksualliv og atferd. Endringene førte til avholdenhet og mindre interesse for å engasjere seg i seksuell handling og intimitet mellom par. Det førte også til at en av kvinnene dekket over operasjonsstedet under intimitet (Koçan & Gürsoy, 2016, s. 145; Menon & O'Mahony, 2019, s. 7; Sun et al., 2018, s. 382). Derimot fremhevet en kvinne at partnerens positive synspunkter og støtte gjorde det lettere for henne etter operasjonen:

*“My husband said very early on, it doesn't bother me what you look like as long as you are here, and I took him at face value, and that has been the case, so that made it much easier”* (Menon & O'Mahony, 2019, s. 7)

Kvinnene bekymrer seg også for hvordan egen familie og andre oppfattet kroppen etter en slik operasjon (Koçan & Gürsoy, 2016, s. 147).

#### 4.3.2 Begrenset sosialt liv og kamufleringsteknikker

Fjerning av en kvinnes bryst kan i stor grad påvirke hennes forhold til omgivelsene. Kvinnene følte at de trengte å skjule tapet av brystet, noe som resulterer i et begrenset sosialt liv og en tendens til å unngå sosiale situasjoner (Koçan & Gürsoy, 2016, s. 148; Sun et al., 2018, s. 382). Mastektomi blir også beskrevet som en ulempe som påvirker kvinners daglige funksjon. Å være ute av stand til å gjøre daglige aktiviteter overrasket noen kvinner (Koçan & Gürsoy, 2016, s. 147).

Kvinner som opplevde et negativt kroppsbilde etter mastektomi, foretrakk å tilpasse seg ved påkledning for å håndtere sin nye virkelighet. Kamufleringsteknikker førte til følelse av kontroll over deres utseende og beskyttelse mot sosial dømming og stigma. Kvinner refererte til endringene de gjorde i klær som en bevisst beslutning om å se normal ut (Koçan & Gürsoy, 2016, s. 147; Sun et al., 2018, s. 383).

*“I am ashamed so I try to cover my breast with my arm. I use fabric instead of brassiere”* (Koçan & Gürsoy, 2016, s. 147)

#### 4.3.3 Kvinnene påvirkes av samfunnets ideal

Å miste brystet ble ansett som vansiring som resulterte i et avvik mellom selv- og samfunnsbilde av kvinnen. Det ble da uoverensstemmelse mellom “selvet og kroppen” og de samfunnsmessige forventningene til kvinnelighet (Sun et al., 2018, s. 376). Det var ingen tvil om at andres oppfatninger påvirket hvordan kvinnene oppfattet kroppsbildet sitt.

*“society has a lot of influence in the way we think in relation to body image”* (Menon & O'Mahony, 2019, s. 6)

Ved å leve mot de samfunnsmessige standardene for skjønnhet og femininitet, definerte noen brystkreftoverlevende sin egen standard for helhet ved å akseptere deres endrede kroppsutseende (Sun et al., 2018, s. 382). Kvinnene var i stand til å takle endringen når de begynte å akseptere uoverensstemmelsene mellom deres selvoppfatning og samfunnsmessige oppfatning av kvinnelighet og femininitet (Sun et al., 2018, s. 378).

En kvinne nevnte bruk av hensyn til andre:

*“I wear it at school because of work, I am nearly doing it to comfort other people than to comfort to myself”* (Menon & O'Mahony, 2019, s. 6)

#### 4.3.4 Blandet oppfatning av rekonstruksjon

Synet på rekonstruksjon varierte. En kvinne som hadde gjennomført rekonstruksjon, oppfattet at det gjorde en enorm forskjell. Imidlertid ønsket de fleste kvinner ikke rekonstruksjon. En kvinne nevnte at den eneste grunnen til at hun ville vurdere rekonstruksjon, ville være for kjærlighetslivet og partner (Menon & O'Mahony, 2019, s. 7). En kvinne som først var usikker, så til slutt på rekonstruksjon som et middel for å føle seg tiltrekkende uttalte:

*“(...) I want to feel attractive and we all like to look our best when we go out. So, I think that's what made me change my mind in the end”* (Menon & O'Mahony, 2019, s. 7)

#### 4.4 Støtte- og informasjonsbehov

Studien til Menon og O'Mahony gjennomført i Irland tar for seg støtte og informasjonsbehovet. Kvinnene var takknemlige for god støtte fra familie, helsepersonell og sykehuspersonell fra diagnostidspunktet til behandling. Kvinnene anerkjente pleiepersonellets støttende rolle gjennom hele restitusjonsfasen og hvordan de hjalp dem å håndtere den postoperative perioden. Noen kvinner sa imidlertid at de ville hatt nytte av mer informasjon. (Menon & O'Mahony, 2019, s. 7). Behovet for at partnere ble støttet og aktivt involvert i informasjon og undervisning knyttet til kirurgi, ble fremhevet:

*“I think they could do with a support group for all of them, they could be told what to expect or what it might look like, maybe some pictures to say this is what it's going to look like. To let them know, don't be shocked and be supportive. Your partner may not want to have sex for a while and may not feel like a sexual being, she might want to keep her top on for the next year” (Menon & O'Mahony, 2019, s. 7)*

## 5 Diskusjon

Selvbildets kompleksitet kommer tydelig frem i funnene. Likevel trekker informantene i studiene stort sett frem de samme aspektene ved selvbildet som viktige. Kvinnene trekker frem den subjektive opplevelsen av selvbildet, som identitet, selvpoppfatning og kroppsbildet. Samtidig belyser kvinnene hvordan dette påvirker hennes forhold til pårørende og partner, og hvordan kvinnens selvbilde påvirkes av samfunnets kvinnelige ideal. Selv om pårørendes betydning og samfunnets rolle ikke sier noe direkte om kvinnens eget selvbilde, ønsker jeg å belyse dette, fordi funnene viser at det har en betydelig rolle i hvordan kvinnen oppfatter seg selv. Det kommer frem at et endret selvbildet påvirker forholdet til omgivelsene og pårørende, men også hvordan omgivelsene og pårørende spiller en rolle for hvorfor selvbildet endres. For at vi som sykepleiere skal kunne jobbe med selvbildet tenker jeg dermed at kunnskap og tiltak i forhold til disse faktorene også er viktige. Sykepleierens rolle og praksis drøftes opp mot funnene fra forskning, med utgangspunkt i møtet med kvinnen på sykehus.

### 5.1 Kvinnens subjektive opplevelse av seg selv

Sykepleier skal hjelpe den enkelte med å akseptere en endret kropp etter mastektomi. Funnene viser at det tapte brystet påvirker selvbildet og førte til tap av kvinnelig identitet (Koçan & Gürsoy, 2016, s. 147; Sun et al., 2018, s. 382). Lorentsen og Grov (2017, s. 405) skriver at når utseendet endres av behandling kan pasienten føle seg fremmedgjort i egen kropp. Som om noe av identiteten er blitt frarøvet dem. Dette bekreftes i funnene. Sykepleier skal hjelpe pasienter med å finne seg til rette med kroppslige endringer relatert til sykdom. Bjørk og Breievne (2014, s. 376) skriver at pasientens subjektive opplevelse og erfaring av egen kropp er viktig for en vellykket behandling. Dette samsvarer også med Travelbee's fokus på forståelse av sykdom og behandling som menneskelig erfaring (Travelbee, 1999, s. 127). Sykepleier må altså legge vekt på kvinnens subjektive opplevelse av egen kropp for at hun skal kunne forsones seg med tapet av brystet (Bjørk & Breievne, 2014, s. 376). Hummelvoll (2016, s. 141) skriver at problemer knytt til selvbilde har en tendens til å forsterke seg selv. Det blir en sirkel av skyld, angst og manglende selvrespekt

(Hummelvoll, 2016, s. 141). Dette viser at det er viktig for sykepleier å jobbe forebyggende på dette feltet.

Det første møtet med operasjonssåret etter mastektomi opplevdes vanskelig og skremmende. Dette kan derfor være et viktig øyeblikk for sykepleier å være til stede. Informantene fortalte at de følte seg redde, rare, annerledes, opprørte og forstyrret (Koçan & Gürsoy, 2016, s. 147; Menon & O'Mahony, 2019, s. 6). Møtet med brystet etter mastektomi var altså fylt med vonde følelser og tanker. Teorien sier at kvinnen bør oppfordres til å se operasjonssåret før hun forlater sykehuset. Sykepleier bør være til stede under den første konfrontasjonen med arret, slik at hen kan svare på spørsmål og kommentarer, og gi støtte. Det kan også være et stort steg å la partner få se arret. Dersom kvinnen ønsker det, kan sykepleier foreslå å la partner få være med å se arret før hjemreise (Sørensen et al., 2017, s. 446). Funnene i forskning og teorien støtter opp om hverandre. De bekrefter at det kan være behov for støtte under det første møtet med brystet. Likeså kaster erfaringene lys på en rekke reaksjoner som sykepleierne har nytte av å være forberedt på og ha kunnskap om. Mange kvinner føler seg frastøtende etter operasjon, og blir ekstra sårbare og følsomme for det de tolker som tegn fra omgivelsene. I møte med kvinnen må sykepleier være oppmerksom på hva hen kommuniserer. Gjennom blikk, stemme, nærvær, stillhet og berøring kommuniserer sykepleieren hvordan hen ser på kvinnen. Sykepleier må tilstrebe å ikke medvirke til ytterligere krenkelse av selvbildet, og være bevisst på egen væremåte. Kvinnene ønsker bekræftelse, og som sykepleiere må vi vise at de er mer enn en kropp (Lorentsen & Grov, 2017, s. 418).

Kvinnene er naturligvis ulike, og sykepleier må kunne identifisere den enkeltes behov for støtte. Funnene viser at det var store motsetninger i og mellom individene. Noen uttrykker at de er lykkelig for å være kreftfri og i live. Noen kjenner på stor sorg rundt tapet av brystet og det endrede utseende. Og noen tenker på begge deler og kjenner på emosjonell konflikt (Koçan & Gürsoy, 2016, s. 147; Sun et al., 2018, s. 376). For de fleste er det derimot langt viktigere å bli frisk enn tapet av et bryst (Sørensen et al., 2017, s. 446). Som sykepleier skal man hjelpe å mestre forandret kropps- og selvbilde. Endringene i utseende oppleves svært

forskjellig. Derfor er det av stor nytte i å forstå hvilken verdi det tapte brystet har for hver enkelt kvinne. Gjennom et menneske-til-menneske-forhold kan sykepleieren identifisere hva kvinnen trenger. Menneske-til-menneske-forholdet er likevel en prosess, og kan dermed ta tid å etablere (Travelbee, 1999, s. 171). Fordi behandlingen ofte er dagkirurgisk, eller at kvinnen kun er ett døgn til noen få dager inneliggende kan møtene mellom sykepleier og kvinnen være få og kortvarige (Sørensen et al., 2017, s. 437). Dette kan gjøre det vanskeligere å etablere en gjensidig forståelse og kontakt mellom sykepleier og kvinnen. Det kan dermed være utfordrende å etablere menneske-til-menneske-forholdet i løpet av kort tid (Travelbee, 1999, s. 172). Samtidig viser egen erfaring at fasilitetene på sykehuset kan påvirke terskelen for å åpne seg for kvinnen. Firemannsrom er ikke uvanlig, der det bare er gardiner eller tynne skillevegger mellom sengene. Dette kan gjøre det vanskelig å komme inn på dype og personlige temaer som selvbilde.

Helsedirektoratet skriver at kvinnene bør informeres om vanlige fysiske og eventuelle psykiske reaksjoner etter kreftbehandling (Helsedirektoratet, 2016). Funnene viser at også noen kunne hatt nytte av mer informasjon (Menon & O'Mahony, 2019, s. 7). I følge Travelbee's teori er sykepleierens rolle å gi kyndig og god omsorg, og streve etter å ivareta behovet for sikkerhet og informasjon før, under og etter det kirurgiske inngrepet (Travelbee, 1999, s. 263). Informasjon er viktig for å ikke gripe til fantasier, og behovet for sikkerhet baseres på at kvinnen skal føle seg trygg, får god pleie og ikke blir overlatt til seg selv i en sårbar situasjon. Som sykepleier må man gi følelsesmessig støtte og berolige kvinnen. Det er likevel viktig å vite at informasjon ikke fikser alt. Den som får vite at hun skal fjerne brystet blir ikke nødvendigvis beroliget av informasjon, men det kan likevel bidra til det første skrittet mot å akseptere virkeligheten (Travelbee, 1999, s. 262). Sykepleieren må møte kvinnen på hennes egne premisser og tilpasse informasjonen etter individets behov. Det kan likevel være vanskelig å vite hvor stort behovet for informasjon er under sykehusoppholdet. Dette fordi kvinnen er i en stressende situasjon med mye å tenke på. Gjennom hele behandlingsforløpet, også etter at pasienten er utskrevet, har sykepleier en viktig rolle i å informere (Sørensen et al., 2017, s. 438).



Funnene viser at kvinnene totalt sett vurderer seg selv mer negativ etter mastektomi. Flere av kvinnene slet med dårlige tanker om seg selv, egen kropp og presentasjon (Koçan & Gürsoy, 2016, s. 147; Maçik et al., 2012, s. 186; Menon & O'Mahony, 2019, s. 6; Sun et al., 2018, s. 378). Oppfatninger av egen kropp som stygg, skjev, lemlestet og flat kom frem. Det ble tydelig at kroppsbildeforandringer førte til en underliggende tristhet og opprørthet hos kvinnene (Koçan & Gürsoy, 2016, s. 147; Menon & O'Mahony, 2019, s. 6; Sun et al., 2018, s. 378). For mange betyr tapet av bryst at de ikke lenger opplever seg som en fullverdig kvinne. Betydningen av brystet vil naturligvis variere, og avhenger av flere forhold, både mellommenneskelige og personlighetsmessige. Det å miste et bryst er likevel et stort traume, og vil være et stort tap for selv de tryggeste. For noen kan det også være vanskelig å dele følelsene sine med andre når det kjennes så personlig (Sørensen et al., 2017, s. 446). Sykepleier bør være obs på signaler på at kvinnen behøver å prate om vanskelige følelser i forbindelse med det opererte brystet. Prosessen med å akseptere at brystet er borte er vanskelig og psykisk støtte oppleves viktig for mange av disse kvinnene. Sykepleier må vise kvinnen at hen har tid til å snakke, støtte, svare på spørsmål og gi råd (Sørensen et al., 2017, s. 446).

Riksrevisjonens undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene viser likevel at flere av sykepleiers oppgaver kan være utfordrende å gjennomføre i praksis. Funnene viser at bemanningsutfordringer og tidspress går ut over sykepleierens oppgaver. Like under halvparten av sykepleierne svarte at de ikke hadde nok tid til den enkelte pasient på sist vakt. Over en tredel svarte at de ikke hadde nok tid til opplæring av pasienter og/eller pårørende. Likevel opplevde de fleste sykepleiere at de fikk nok tid til kjerneoppgavene, som å gi pasientene behandling, gi medisiner og gjennomføre prosedyrer (Riksrevisjonen, 2019). Også egne erfaringer fra praksis underbygger dette. Dette kan også gi et bilde på hvordan det somatiske ivaretas fremfor det psykiske. At det psykiske ikke blir prioritert på grunn av tidspress. Dette strider mot sykepleierens yrkesetiske retningslinjer, som sier at sykepleieren skal ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg (Norsk Sykepleierforbund, 2019). For hvordan kan vi sørge for helhetlig sykepleie dersom nesten halvparten av sykepleierne føler at de ikke har tid til hver enkelt pasient? Enten må vi ta oss tid, eller så må vi gi oppgaven videre til andre. Sykepleier har derfor også en viktig rolle i å hjelpe kvinnen til

å knytte kontakt med andre som kan gi hjelp og støtte. Som å informere om brystkreftforeningens arbeid, hvor kvinnen kan få hjelp, råd og veiledning av kvinner som har gjennomgått samme prosess (Sørensen et al., 2017, s. 447). Eller støtte fra andre i helseteamet som psykolog, prest eller pasientstøttegrupper (Lorentsen & Grov, 2017, s. 419). Flere kan nok tenke at det blir å frasi seg ansvaret. Men når systemet kan være mangelfullt, er dette kanskje det som sikrer best ivaretagelse av de psykiske behovene dersom sykepleier på avdeling ikke har tid.

## 5.2 De nære pårørende og partner sin betydning

Ved å støtte pårørende, støtter sykepleier indirekte kvinnen. Etersom pårørende også utsettes for stort press, er en viktig sykepleieoppgave å ivareta pårørende slik at de kan være en ressurs for kvinnen (Lorentsen & Grov, 2017, s. 419). Travelbee (1999, s. 259) skriver at det som skjer med kvinnen vil påvirke de nære pårørende, samt at pårørendes reaksjoner uvegerlig kommuniseres til den syke. Funnene viser at kvinnene bekymret seg for hvordan familie og nære relasjoner oppfatter kroppen etter operasjonen (Koçan & Gürsoy, 2016, s. 147). Pårørende skal selvsagt involveres i den grad kvinnen ønsker det, men familien er ofte den viktigste kilden til livskvalitet og sosial støtte. Kvinnene kan derimot ønske å skjerme familien og tenke at det er bedre å holde lidelsen for seg selv. Noen kan også oppleve at familien har vanskeligheter med å forstå kvinnen etter hun er ferdig med behandling. Da det forventes at kvinnen skal fylle rollen hun hadde før sykdommen (Lorentsen & Grov, 2017, s. 419). Informasjon er viktig for å hindre slike misoppfatninger. Et av målene i det norske pakkeforløpet er å sikre at pasient og pårørende opplever god informasjon, medvirkning, dialog og involvering gjennom hele forløpet (Helsedirektoratet, 2016). Dette er en av sykepleierens viktigste oppgaver (Sørensen et al., 2017, s. 438). Informasjon skal bidra til at pasient og pårørende får en bedre forståelse av sykdommens innvirkning på funksjonsnivå og behandlingens innvirkning på blant annet seksualitet og kroppsbilde (Helsedirektoratet, 2016). Informasjon om interessegrupper, kurs og arrangementer for pasient og pårørende kan også være nyttig. Samt oppfordre kvinnene til å ta med seg noen til rutinemessige konsultasjoner på sykehuset. (Sørensen et al., 2017, s. 446).

Vi vet at kvinnen trenger støtte fra sine nærmeste pårørende, spesielt fra eventuell partner. Sykepleier bør se kvinnen og hennes partner som en enhet, ettersom de har stor innvirkning på hverandre. Sørensen et al. (2017, s.446) skriver at aksepteringen av kroppsforandringen og tapet kan bli lettere ved åpenhet ovenfor en eventuell partner. Partneren kan derimot trenge hjelp for å være den støtten kvinnen trenger. Forholdet til partner viser seg som en viktig faktor i funnene. Det er behov for støtte og aktiv involvering i informasjon og undervisning knyttet til mastektomi for partnere. Det var ønskelig at partneren fikk informasjon om hva som kunne forventes og hvordan brystet kunne se ut etter operasjon. Ønsket var å gi partner kunnskap slik at hen ikke ble overrasket, men støttende. Spesielt informasjon om at det er normalt å ikke føle seg som et seksuelt vesen i etterkant ser ut til å være viktig. Samt at kvinnen kanskje ønsker å dekke til brystet i lengre tid (Menon & O'Mahony, 2019, s. 7).

Åpenhet rundt seksuell helse kommer frem som en viktig sykepleieroppgave. Flere kvinner opplevde engstelse over partnerens følelser ovenfor kroppsendingene. Informantene fortalte at selvfølelsen og identiteten påvirket det intime forholdet. Og usikkerhet førte til mindre interesse og engasjement i deres seksualliv og intimitet (Koçan & Gürsoy, 2016, s. 145; Menon & O'Mahony, 2019, s. 7; Sun et al., 2018, s. 382). Funnene bekrefter teorien vi har i dag. Sørensen et al. (2017, s. 446) skriver at selvbildeforandringer etter mastektomi kan føre til seksuell dysfunksjon. Kvinnens seksuelle interesse avhenger av om hun opplever partner som støttende under sykdom og behandling. Det er derfor behov for informasjon og oppfølging for kvinnen og hennes partner i forbindelse med eventuell forandring i seksuell funksjon (Sørensen et al., 2017, s. 442). Av egen erfaring er dette et tema som pasient og pårørende ofte ønsker at sykepleier skal ta initiativ til. Ifølge regjeringens strategi for seksuell helse, er ett av målene å sikre kunnskap om og ivaretagelse av seksuell helse i helsetjenesten (Regjeringen, 2016). Dette understreker viktigheten av at sykepleier tar opp temaet.

### 5.3 Kvinnene speiler seg i samfunnets ideal om kvinnelighet

Brystene betraktes som en viktig del av kvinnens seksuelle identitet i vår kultur (Sørensen et al., 2017, s. 446). Vi lever i et utpreget visuelt samfunn, hvor det estetiske uttrykket er svært viktig. En globalisert verden med ny teknologi har ført til en enorm flyt av bilder og daglig innflytelse fra andre. Opplevelse av identitet, mening, samt oppfatning av normer og verdier formes og påvirkes gjennom det visuelle mangfoldet (Bjørk & Breievne, 2014, s. 379). Etter mastektomi opplevde kvinnene et avvik mellom seg selv og samfunnsbildet av kvinnen. Det kommer tydelig frem at andres oppfatninger påvirker hvordan kvinnene oppfatter kroppsbildet sitt (Menon & O'Mahony, 2019, s. 6). På bakgrunn av dette kan det likevel være vanskelig å tenke at man som sykepleier kan endre samfunnets kroppsideal, eller hvordan andre tenker. Travelbee (1999, s. 31) skriver at alt som kan påvirke samfunnsmedlemmenes helse og velvære, faller innenfor sykepleierens interesseområde. Som sykepleiere har vi dermed en viktig rolle i å fremme et sunt og inkluderende kroppsideal. Sykepleier har tross alt et ansvar i å fremme helse, og et godt forhold til kropp er viktig for vår psykiske helse. Funnene viser at forståelse for hvordan samfunnet påvirker oss som individer er vesentlig for å forstå kvinnens erfaringer og kunne gi helhetlig sykepleie.

Sykepleier må være bevisst på hva hun kommuniserer til kvinnen. Kroppsidealet er den enkeltes idealstandard for utseende og funksjon. Idealkroppen inneholder normer for blant annet utseende, størrelse, funksjoner og proporsjoner. Sosiale medier, reklame og film er sentrale i hva som oppfattes som idealkroppen (Bjørk & Breievne, 2014, s. 377). I hvilken grad kvinnen er eksponert for slike impulser kan tenkes å påvirke hvilken betydning mastektomi vil ha. Sykepleieforsker Bob Price påpeker at eget kroppsideal mer eller mindre kan overføres til personer i ens nærhet (Bjørk & Breievne, 2014, s. 377). Sykepleiere jobber nært kropp som på grunn av sykdom og kirurgiske inngrep, som mastektomi, avviker fra idealbildet. Dette vil være sårbare kvinner, og det er dermed spesielt viktig å ikke ubevisst overføre egne eller kulturens idealer på kvinnene. Som sykepleier må man derfor være bevisst på hvilke verdier man selv har ovenfor kroppen (Bjørk & Breievne, 2014, s. 377). Hummelvoll (2016, s.141) skriver at å arbeide med andres selvbilde forutsettes at sykepleier opplever seg tilstrekkelig kompetent og selv har et rimelig avklart selvbilde. Ut ifra dette

burde en sykepleier være trygg på både seg selv og faget for å kunne gi best støtte. Dette viser at personlige egenskaper hos sykepleier vil spille en betydelig rolle.

Mastektomi resulterte i et begrenset sosialt liv og unngåelse av sosiale situasjoner. Dette gjorde de for å skjule tapet av brystet (Koçan & Gürsoy, 2016, s. 148; Sun et al., 2018, s. 382). Dette bekreftes i teorien. Ettersom mastektomi kan være synlig for omverdenen, blir isolasjon en form for mestringsstrategi. Som mennesker er vi grunnleggende avhengige av hverandre, men på grunn av endret utseende og tap av fysiske ferdigheter lever mange kvinner isolert. Det gir en følelse av kontroll over følelser og beskyttelse fra sårende utsagn fra familie, venner eller helsepersonell (Lorentsen & Grov, 2017, s. 406). Det kan bli vanskelig å bryte ut av sirkelen dersom kvinnen isolerer seg over lenger tid. Dermed kan det være viktig at sykepleier hjelper kvinnen til å ta kontakt med venner, familie og nærmiljøet. Sykepleier kan også veilede kvinnen i hvordan det kan være lurt å legge opp dagen (Lorentsen & Grov, 2017, s. 419).

Det negative kroppsbildet og ønsket om å skjule den nye virkeligheten, fører også til tilpasning av bekledning (Koçan & Gürsoy, 2016, s. 147; Sun et al., 2018, s. 383). Vi presenterer oss gjennom kroppen, og kroppslige uttrykk kan understreke sosiale verdier og sosial status (Bjørk & Breievne, 2014, s. 376). Dette viser et behov for å passe inn. På samme måte kan det virke som samfunnets kopsideal har innvirkning på bruk av proteser og rekonstruksjon. Det kom frem i funnene at rekonstruksjon kunne være et middel for å føle seg tiltrekkende igjen (Menon & O'Mahony, 2019, s. 7). I Norge regnes rekonstruksjon for å være en viktig del av brystkreftbehandlingen. Sørensen et al. (2017, s. 444) skriver at en del kvinner ønsker rekonstruksjon for å slippe løse proteser resten av livet. Sett i sammenheng, kan rekonstruksjon og proteser være et middel for å tilfredsstille samfunnets syn på hvordan en kvinne skal se ut, og dermed redusere følelser og reaksjoner knyttet til et flatt bryst. Det ser ut til at jo likere kvinnen er kroppsidealet, dess mindre konfliktfyllt er eget selvbilde. Dette samsvarer også med Carl Rogers teori om idealselvet og det virkelige selvet (Renolen, 2014, s. 119).

## 6 Konklusjon

Hensikten med litteraturstudien var å belyse kvinnenes opplevelse av selvbilde etter mastektomi, samt hva dette betyr for utførelsen av sykepleie ovenfor disse kvinnene. Funnene tyder på at de fleste kvinner opplever endringer i selvbilde etter mastektomi. Kvinnene er ulike med ulikt utgangspunkt og reaksjonene vil naturligvis variere. Hovedfunnene tilsier likevel at de fleste kvinnene opplever å miste sin kvinnelige identitet etter å ha mistet brystet. Brystet blir assosiert med blant annet femininitet, skjønnhet og attraktivitet. Tapet av brystet fører dermed til en oppfatning av seg selv som lemlestet, flat og usymmetrisk. Kvinnene beskriver en følelse av å miste halvparten av seg selv. Det endrede utseende fører til et ønske om å skjule det tapte brystet, noe som påvirker deres dagligliv og forhold til andre.

Kvinnene påpeker endringer forholdet til partner og pårørende i sammenheng med selvbildet. De ønsker i stor grad å skjule endringene og opplever ubehag i samspill med andre. Kvinnenes endringer i selvbilde fører også til endringer i forhold til partner. Usikkerhet påvirker den seksuelle atferden og intimiteten med partner. Viktigheten av at parter er støttende og viser forståelse i en slik situasjon understrekes.

Samfunnets kroppsideal viser seg å være en viktig faktor for det endrede opplevelsen av selvbildet. Vi er alle offer for samfunnets normer og idealer, og dette merkes når vi føler at vi avviker fra normalen. Dette kan være grunnen til at flere kvinner kjenner på behov for kamuflering ved hjelp av klær, proteser eller rekonstruksjon, noe som kan være midler for å tilfredsstillende samfunnets syn på hvordan en kvinne skal se ut. Dermed reduserer også negative følelser og reaksjoner knyttet til et flatt bryst. Det ser ut til at jo likere kvinnen er kroppsidealet, dess mindre konfliktfylt er eget selvbilde.

## 6.1 Forslag til videre forskning

Gjennom litteratursøk og datainnsamling kom det frem at det var lite forskning på kvinner i spesifikke aldersgrupper. Studiene hadde ofte en høy snitt alder, og stort aldersspenn. Til videre forskning ville det vært interessant å få mer forskning fra ulike aldersgrupper. Selv om brystkreft ikke oppstår like hyppig hos yngre kvinner, ville dette vært en interessant målgruppe. Dette fordi det trolig vil være variasjon i opplevelsene ut ifra livssituasjon og andre faktorer som påvirkes av alder.

## 6.2 Implikasjoner for sykepleie i møte med kvinnen

Kvinnens selvbylde etter mastektomi er til en viss grad inkludert i sykepleiens pensum. Oppgaven gir likevel en langt dypere forståelse av kvinnenes egne erfaringer og opplevelser, sammenlignet med pensumbøkene. Som sykepleier er det sannsynlig å møte kvinner som har, eller skal gjennomgå, mastektomi. Oppgaven fokuserer på konsekvensene for selvbyldet i etterkant av mastektomi. Denne kunnskapen vil likevel være relevant i møtet med kvinnen før, under og etter operasjon. En slik innsikten er nødvendig for at sykepleiere skal kunne tilstrekkelig informere, forberede, veilede, støtte og gi råd. Som sykepleiere vet vi at samfunnets ideal ikke alltid gjenspeiles i virkeligheten. Dette må vi vise gjennom bevisste holdninger og verdier i møtet med kvinnen. Kvinnen må føle aksept i en sårbar situasjon.

Tematikkene som kvinnene tar opp er viktige og stikker dypt inn i egne følelser, og krever rom og tid for å bearbeides. Sykepleiere kan ikke forholde seg til disse erfaringene på generelt grunnlag, det må skje gjennom kommunikasjon. Dermed blir menneske-til-menneske-forholdet et viktig mål. Vi vet også at helsetjenesten er preget av effektivitet, høyt tidspress og lite ressurser. Det kan dermed være vanskelig å finne tid og rom til den enkelte pasient. For at det ikke skal gå ut over kvinnens behov for helhetlig omsorg, er det viktig å hjelpe kvinnen til å knytte kontakt med andre hjelpeorganisasjoner eller tjenester fra helsevesenet.

## Referanser

- Bertelsen, B., Hornslien, K., & Thoresen, L. (2015). Svulster. I S. Ørn, J. Mjell, & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (1. utg., s. 123-143). Gyldendal Akademisk.
- Bjørk, I. T., & Breivne, G. (2014). Kropp og velvære. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, & E. - A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie 2* (2. utg., 2. bind, s. 371-396). Gyldendal Akademisk.
- Helsebiblioteket*. (2016, 03. juni). *PICO*. Helsebiblioteket.no:  
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>
- Helsedirektoratet*. (2016, 22. juli). *Behandling av brystkreft*. Helsedirektoratet.no:  
<https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/brystkreft/behandling-av-brystkreft#de-hyppigst-oppstatte-komplikasjoner>
- Helsedirektoratet*. (2016, 1. september). *Introduksjon til pakkeforløp*. Helsedirektoratet.no:  
<https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/brystkreft/introduksjon-til-pakkeforlop-for-brystkreft>
- Helsedirektoratet*. (2016, 01. august). *Oppfølging og kontroll av brystkreft*. Helsedirektoratet.no:  
<https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/brystkreft/oppfolging-og-kontroll-av-brystkreft#informasjon-og-dialog-med-pasienten>
- Helsedirektoratet*. (2021, Mars). *Nasjonalt hanslingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter med brystkreft*. Helsedirektoratet.no: [https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/brystkreft-handlingsprogram/Brustkreft%20E2%80%93%20Nasjonalt%20handlingsprogram%20med%20retningslinjer%20for%20diagnostikk,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging.pdf/\\_attachment/inline/54aa081b-9a76-409b-850f-abf657174663:51d8dc251082211d0a3eb4838486564e7378e26b/Nasjonalt%20handlingsprogram%20for%20pasienter%20med%20brystkreft.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/brystkreft-handlingsprogram/Brustkreft%20E2%80%93%20Nasjonalt%20handlingsprogram%20med%20retningslinjer%20for%20diagnostikk,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging.pdf/_attachment/inline/54aa081b-9a76-409b-850f-abf657174663:51d8dc251082211d0a3eb4838486564e7378e26b/Nasjonalt%20handlingsprogram%20for%20pasienter%20med%20brystkreft.pdf)
- Hummelvoll, J. K. (2016). *Helt - ikke stykkevis og delt* (7. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Kirkevold, M. (1998). *Sykepleierteorier - analyse og evaluering* (2. utg.). (Gyldendal Akademisk.
- Koçan, S., & Gürsoy, A. (2016). Body Image of Women with Breast Cancer After Mastectomy: A Qualitativ Research. *The Journal of Breast Health*, 12(4), 145-150.  
doi:10.5152/tjbh.2016.2913
- Kunnskapscenteret. (2011, 3. oktober). *Sjekklistor*. FHI.no:  
[https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/skjema/bruker erfaring/k-handbok\\_11\\_vedlegg2\\_sjekklistor.pdf](https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/skjema/bruker erfaring/k-handbok_11_vedlegg2_sjekklistor.pdf)



- Lorentsen, V. B., & Grov, E. K. (2017). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (2. utg., s. 397-430). Gyldendal Akademisk.
- Mącik, D., Ziółkowska, P., & Kowalska, M. (2012). Self-perception of women after mastectomy as an ego defence mechanism. Comparison with a group of healthy women. *Contemporary Oncology/Współczesna Onkologia*, *16*(2), 184-190. doi:<https://doi.org/10.5114/wo.2012.28802>
- Menon, A. S., & O'Mahony, M. (2019). Women's body image following mastectomy: Snap shots of their daily lives. *Applied Nursing Research*, *47*, 4-9. doi:<https://doi.org/10.1016/j.apnr.2019.03.002>
- Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet 1. juni, 2021 fra Nsf.no: <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. M. (2. utg., 2012). *Jobb kunnskapsbasert! Cappelen Damm Akademisk*.
- Regjeringen . (2016, 06. desember). Sankt om det! Strategi for seksuell helse. Regjeringen.no: [https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/sstrategi\\_seksuell\\_helse.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/sstrategi_seksuell_helse.pdf)
- Renolen, Å. (2014). *Forståelse av mennesker: innføring av psykologi for helsefag* (1. utg.) Fagbokforlaget.
- Riksrevisjonen. (2019, 29. november). *Riksrevisjonens undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene*. Riksrevisjonen.no: <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2019-2020/bemanningsutfordringerhelseforetakene.pdf>
- Schlichting, E. (2015). *Sykdommer i brystene*. I S. Ørn, J. Mjell, & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (1.utg., s. 431-441). Gyldendal Akademisk.
- Schlichting, E. (2018, 26. mai). *Mastektomi*. Store medisinske leksikon. <https://sml.snl.no/mastektomi>
- Silva, M. (2021, 21. januar). *Brystkreft*. Kreftregisteret.no: <https://www.kreftregisteret.no/Temasider/kreftformer/Brystkreft/>
- 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-Onkology*, *27*(2), 376-385. doi: <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1002/pon.4460>
- Sørensen, E. M., Lørvik, M. K., Erntsen, N. G., & Almås, H. (2017). Sykepleie ved brystkreft. I H. Almås, R. Grønseth, & D.-G. Stubberud (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (s. 437-450). Gyldendal Akademisk.

Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter* (1.utg.).  
Universitetsforlaget .

Travelbee, J. (1999). *Mallommenneskelige forhold i sykepleie* (1.utg.). (K. M. Thorbjørnsen,  
Overs.) Gyldendal Akademisk.

## Vedlegg 1

Tabell over inkluderte artikler:

Forfatter/ år	Setting	Metode	Deltagere	Mål for studien	Hovedtema / resultat
Koçan & Gürsoy (2016)	Deltakere fra to ulike bysentre i den østlige svartehavsregionen i Tyrkia.  2 uker etter mastektomi.	Semi-strukturerte intervjuer	20 kvinner (n=20)  (32-58år)	Å få en helhetlig og dyp forståelse av hvordan mastektomi påvirker kroppsbildet hos kvinner som har brystkreft.	1: Betydningen av brystet  2: Mastektomi og meg  3: Kroppsbildet  4: Endret kroppsbilde og sosialt liv.
Menon & O'Mahony (2019)	Deltakerne fikk tilgang gjennom brystklinikken til et universitetssykehus i Republikken Irland. Hovedsakelig irske kvinner og en engelsk.  1-2 år etter mastektomi.	Semi-strukturert ansikt til ansikt lydopptaks-intervjuer	7 Kvinner (n=7)  (41-61år)	Studien undersøkte kvinners oppfatninger av kroppsbilde etter mastektomi i irske omgivelser, i et forsøk på å identifisere hvordan man best kan støtte kvinner i denne forbindelse.	1: Kroppsbilde endres etter mastektomi og påvirker kvinnene på daglig basis.  2: Andres oppfatninger påvirker hvordan kvinner oppfatter kroppsbildet sitt.  3: Fortsatt støtte til kvinner og deres partnere / ektefeller er nødvendig.  5: Den følelsesmessige lidelsen ved å takle forstyrrelser i kroppsbildet, vedvarer.
Maçik, Ziółkowska & Kowalska (2012)	Målgruppen var kvinner fra Warszawa og Częstochowa som tilhørte Amazons Club (25 kvinner).  Minst 1 år etter mastektomi.	ACL-testen (Adjective Check List), som identifiserte 37 dimensjoner av selvbilde	50 kvinner (n=50)  Kvinner etter mastektomi  (n = 25). Snittalder: M=60,88.  Friske kvinner  (n = 25) Snittalder: M=55,12	Analyse av endringer i selvpoppfatning hos pasienter etter mastektomi og sammenligning med selvpoppfatning av friske kvinner.	Retrospektivt selvbilde og det nåværende i Amazonas kvinnegruppe var svært konvergerende. Amazon-kvinnene vurderer seg på en mer negativ måte. Kvinnene har redusert behov for prestasjon og dominans. Lavere nivå av selvtillit.
Sun, Ang, Ang & Lopez (2017)	12 kvalitative studier fra 2000 til 2015. Basert på studier fra 3 asiatiske og 9 vestlige land. Blant annet to studier fra Sverige.	Metasynthese av kvalitative forskningsstudier.	12 artikler  (30-77år)	Å oppsummere kvalitative studier som utforsker effekten av å miste brystet hos kvinner brystkreft overlevende.	1: endringer i identitet  2: mestring av identitetsendringene.

## Vedlegg 2

Tabell over søkehistorikk:

Database	Dato	Søkeord	Antall treff	Lest abstrakt	Leste artikler	Inkluderte artikler
Academic Search Elite: Funn i MEDLINE	25.04.21	S1: mastectomy OR ablatio mammae OR breast removal  S2: Experience  S3: self image OR Self-image  S4: S1 AND S2 AND S3 + <b>Limiters:</b> Scholarly (Peer Reviewed) Journals. Date of Publication: 2010-2021	70,720  2,576,193  23,655  27	   4	   1	Artikkel 16:  Self-perception of women after mastectomy as an ego defence mechanism. Comparison with a group of healthy women.
Academic Search Elite: Funn i CIHNAL with full text	25.04.21	S1: mastectomy OR breast removal OR ablatio mammae  S2: self esteem OR self image OR body image  S3: experience  S4: S1 AND S2 AND S3  S5: S4 + <b>Limiters:</b> Scholarly (Peer Reviewed) Journals. Date of Publication: 2015-2021. Gender: female	70,720  212,945  2,576,193  439  36	   7	   4	Artikkel 2:  Women's body image following mastectomy: Snap shots of their daily lives.
Academic Search Elite	25.04.21	S1: mastectomy OR ablatio mammae OR breast removal  S2: Experience  S3: self image  S4: S1 AND S2 AND S3 + <b>Limiters</b> - Scholarly (Peer Reviewed) Journals. Date of Publication: 2015-2021.	70,720  2,576,193  15,841  15	   3	   2	Artikkel 9:  Body Image of Women with Breast Cancer After Mastectomy: A Qualitative Research.
Academic Search Elite: Funn i CIHNAL	26.04.21	S1: mastectomy OR breast removal OR ablatio mammae  S2: self esteem OR Self-esteem OR self image  S3: S1 + S2  S4: S3 + <b>Limiters</b> - Scholarly (Peer Reviewed) Journals. Date of Publication: 2015-2021. Gender: female	70,725  151,786  491  38	   5	   3	Artikkel 22:  Losing the breast: A meta-synthesis of the impact in women breast cancer survivors.

## Vedlegg 3

### SJEKKLISTE FOR KVALITATIVE STUDIER

Sjekkliste for kvalitative studier*		Ja	Uklart	Nei
<b>1</b>	<b>Var spørsmålet/formålet godt beskrevet?</b>			
<i>Kommentar:</i>				
<b>2</b>	<b>Var det et tydelig og korrekt valgt studiedesign?</b>			
<i>Kommentar:</i>				
<b>3</b>	<b>Var studiens kontekst (miljø, bakgrunn, sammenheng) klar?</b>			
<i>Kommentar:</i>				
<b>4</b>	<b>Var studien knyttet opp mot et teoretisk rammeverk/større kunnskapsgrunnlag?</b>			
<i>Kommentar:</i>				
<b>5</b>	<b>Er valg av populasjon beskrevet, relevant og begrunnet?</b>			
<i>Kommentar:</i>				
<b>6</b>	<b>Er datainnsamlingen klart beskrevet og systematisk?</b>			
<i>Kommentar:</i>				
<b>7</b>	<b>Er dataanalysen klart beskrevet og systematisk?</b>			
<i>Kommentar:</i>				
<b>8</b>	<b>Er det gjort forsøk på å underbygge resultatene med andre informasjonskilder/ metoder?</b>			
<i>Kommentar:</i>				
<b>9</b>	<b>Er det samsvar mellom konklusjoner og resultater?</b>			
<i>Kommentar:</i>				
<b>10</b>	<b>Er relasjonen/rollen mellom forskers ståsted og studiens design og resultater diskutert?</b>			
<i>Kommentar:</i>				

\*Basert på User's Guides for an article reporting the results of qualitative research in health care. Guyatt G, Rennie D, Mead MO, Cook DJ. User's guides to the medical literature, a manual for evidence-based clinical practice. Sec ed. 2008 American Medical Association. The McGraw-Hill Companies, Inc.

\* Standard quality assessment criteria for evaluating primary research papers from a variety of fields. HTA Initiative#13 – February 2004. <http://www.ahfmr.ab.ca/creba/forms/submission.pdf>

Figur 1. Kunnskapssenteret (2011, s. 28). Håndbok for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

## Vedlegg 4

### SJEKKLISTE FOR KASUS-KONTROLLSTUDIER

Sjekkliste for kasus-kontrollstudier*		Ja	Uklart	Nei
<b>1</b>	<b>Var kasus- og kontrollpersoner hentet fra sammenliknbare befolkningsgrupper?</b>			
<i>Kommentar:</i>				
<b>2</b>	<b>Er gruppene (kasus og kontroll) sammenliknbare i forhold til viktige forvekslingsfaktorer (konfoundere)?</b>			
<i>Kommentar:</i>				
<b>3</b>	<b>Er kasusgruppens tilstand tilstrekkelig beskrevet og/eller diagnosen validert?</b>			
<i>Kommentar:</i>				
<b>4</b>	<b>Er det tydelig at kontrollgruppen var fri for den aktuelle tilstanden?</b>			
<i>Kommentar:</i>				
<b>5</b>	<b>Har forfatterne tatt hensyn til viktige forvekslingsfaktorer i studiens design og/eller analyse?</b>			
<i>Kommentar:</i>				
<b>6</b>	<b>Er eksponering for fare/skade/tiltak målt og gradert på samme måte i kasus- og kontrollgruppen?</b>			
<i>Kommentar:</i>				
<b>7</b>	<b>Var den som målte eksposisjonen blindet mht. hvem som var kasus eller kontroll (og spiller det ev. noen rolle om forskeren var blindet eller ikke)?</b>			
<i>Kommentar:</i>				
<b>8</b>	<b>Var responsraten (svarprosenten) tilstrekkelig i begge grupper?</b>			
<i>Kommentar:</i>				

\*Basert på User's Guides for an article about harm. Guyatt G, Rennie D, Mead MO, Cook DJ. User's guides to the medical literature, a manual for evidence-based clinical practice. Sec ed. 2008 American Medical Association. The McGraw-Hill Companies, Inc.

Figur 2. Kunnskapssenteret (2011, s. 22). Håndbok for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

## Vedlegg 5

### Sjekkliste for systematiske oversikter

Sjekkliste for systematiske oversikter*		Ja	Uklart	Nei
<b>1</b>	Beskriver forfatterne klart hvilke metoder de brukte for å finne primærstudiene?			
<i>Kommentar</i>				
<b>2</b>	Ble det utført et tilfredsstillende litteratursøk? (bruk hjelpespørsmål på neste side for å besvare dette spørsmålet)			
<i>Kommentar</i>				
<b>3</b>	Beskriver forfatterne hvilke kriterier som ble brukt for å bestemme hvilke studier som skulle inkluderes (studiedesign, deltakere, tiltak, ev. endepunkter)?			
<i>Kommentar</i>				
<b>4</b>	Ble det sikret mot systematiske skjevheter (bias) ved seleksjon av studier (eksplisitte seleksjonskriterier brukt, vurdering gjort av flere personer uavhengig av hverandre)?			
<i>Kommentar</i>				
<b>5</b>	Er det klart beskrevet et sett av kriterier for å vurdere intern validitet?			
<i>Kommentar</i>				
<b>6</b>	Er validiteten til studiene vurdert (enten ved inklusjon av primærstudier eller i analysen av primærstudier) ved bruk av relevante kriterier?			
<i>Kommentar</i>				
<b>7</b>	Er metodene som ble brukt da resultatene ble sammenfattet, klart beskrevet?			
<i>Kommentar</i>				
<b>8</b>	Ble resultatene fra studiene sammenfattet på forsvarlig måte?			
<i>Kommentar</i>				
<b>9</b>	Er forfatternes konklusjoner støttet av data og/eller analysen som er rapportert i oversikten?			
<i>Kommentar</i>				
<b>10</b>	Hvordan vil du rangere den vitenskapelige kvaliteten i denne oversikten?			
<i>Kommentar</i>				

\*Basert på EPOC Checklist for Refereeing Protocols for Reviews. EPOC, Effective Practice and Organisation of Care group, Guide for review authors. [www.epoc.cochrane.org](http://www.epoc.cochrane.org)

Figur 3. Kunnskapssenteret (2011, s. 4). Håndbok for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave i sykepleie

SK152

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	10-06-2021 12:30	<b>Termin:</b>	2021 VÅR
<b>Slutt dato:</b>	14-06-2021 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave i sjukepleie		
<b>Flowkode:</b>	203 SK152 1 O 2021 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	Hanne Marie Heggdal		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	211
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	7826
----------------------	------

Egenerklæring \*: Ja

Inneholder besvarelsen  
konfidensielt  
materiale? Nei

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

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja

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

Nei



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

Nei