



Opplevelsen av å miste et bryst

Hvordan kan sykepleier bistå kvinner til å mestre kroppsendringer i forbindelse med mastektomi?

Kandidatnummer: 2126

VID vitenskapelige høgskole

Oslo

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: BASYK19

Antall ord: 10571

17.03.2022 (17.03.2022)

Sammendrag

Hensikt: Belyse kvinners syn på kroppsendringer etter fjerning av bryster (mastektomi), og hvordan sykepleier kan bidra til mestring av endret kroppsbilde

Problemstilling: Hvordan kan sykepleier bistå kvinner til å mestre kroppsendringer i forbindelse med mastektomi?

Metode: Oppgaven bygger på allerede eksisterende litteratur, altså en litteraturstudie.

Funn: Etter en mastektomi kan kvinner føle på tap av feminitet, negativt kroppsbilde og identitetsproblematikk. En gruppe kvinner opplevde mastektomien som «no big deal». Betydningen av rekonstruksjon av brystet har ulik betydning. Funnene viser at det er store individuelle forskjeller i opplevelsen av mastektomi og rekonstruksjon. Kvinner som ikke valgte å rekonstruere brystene følte helsepersonell ikke aksepterte deres beslutning.

Drøfting/Konklusjon: Opplevelsen av å miste et bryst kan ha en liten eller stor betydning og det er kun pasienten selv som har denne fasiten. For at sykepleier skal bidra til mestring av endret kroppsbilde står informasjon, forberedelse og støtte sentralt. Oppsummert burde sykepleier se kvinnen og kvinnens perspektiv der hun er

Nøkkelord: Kroppsbilde, Mastektomi, Mestring, Sykepleier, Kvinner, Kvinnehelse

Summary

Purpose: To highlight women's perspectives on body changes after breast removal (mastectomy) and how a nurse can contribute to coping with altered body image.

Presentation of problem: How can a nurse assist women in coping with body changes associated with mastectomy?

Method: This is a literature review, the thesis is based on already existing literature.

Findings: After a mastectomy women can experience a loss of femininity and a negative body image leading to challenges with one's own identity. A group of women experienced the mastectomy as "no big deal". Breast reconstruction has different meanings for different women. The findings show that it exists large individual differences in the experience of mastectomy and reconstruction. Women who did not choose a reconstruction of their breasts felt that health professionals did not accept their decision.

Discussion/Conclusion: The experience of losing a breast may have a small or significant meaning to patients. It is only the patient who holds this truth. In order for a nurse to contribute to coping with a altered body image, information, preparation and support are central key points. To summarize, a nurse should acknowledge the women and the women's own perspectives.

Key word: Body image, Mastectomy, Coping, Nurse, Women, Women's Health

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	5
1.1	<i>Bakgrunn for tema</i>	6
1.2	<i>Problemstilling</i>	6
1.3	<i>Avgrensning</i>	7
1.4	<i>Definisjon av sentrale begreper</i>	7
1.4.1	<i>Kroppsilde</i>	7
1.4.2	<i>Mestring</i>	8
1.4.3	<i>Mastektomi</i>	8
1.4.4	<i>Rekonstruksjon</i>	8
1.5	<i>Disposisjon</i>	9
2	Teori	10
2.1	<i>Brystkreft</i>	10
2.2	<i>Kroppsildet og kroppsendring ved mastektomi</i>	11
2.3	<i>Patricia Benner og Judith Wrubels mestringsteori</i>	12
2.4	<i>Sykepleierens rolle og ansvarsområde</i>	13
2.4.1	<i>Sykepleierens utforskende kommunikasjonsferdigheter</i>	14
2.4.2	<i>Veiledning og personsentrert sykepleie</i>	15
3	Metode	16
3.1	<i>Valg av metode</i>	16
3.2	<i>Søkeprosess</i>	16
3.2.1	<i>Litteratur</i>	17
3.2.2	<i>Søk i databaser</i>	18
3.2.3	<i>Forskningsartiklene</i>	20
3.2.4	<i>Inklusjon og eksklusjon</i>	21
3.3	<i>Kildekritikk</i>	21
3.4	<i>Etiske vurderinger</i>	22
4	Funn og resultater	24
4.1	<i>Artikkel 1</i>	24
4.2	<i>Artikkel 2</i>	25
4.3	<i>Artikkel 3</i>	26
4.4	<i>Artikkel 4</i>	27
4.5	<i>Artikkel 5</i>	28
5	Drøfting	29
5.1	<i>Hvordan kan kroppsbildet endres ved mastektomi og brystkreft</i>	29
5.1.1	<i>Hvordan påvirker rekonstruksjon kroppsbildet?</i>	31
5.2	<i>Hvordan påvirker mastektomi kvinners helse?</i>	33
5.3	<i>Hvordan kan sykepleier bidra?</i>	34
6	Konklusjon	39

Litteraturliste 40

1 Innledning

Kvinner lever lengre og opplever mer sykdom enn menn (Rødland, 2018). Samtidig har det vært en tendens til lite fokus på kvinner og kvinnehelse i forskning, og studier tar ofte utgangspunkt i medisinsk data fra menn (Kristoffersen, 2016 s.41). Denne tendensen har nylig fått sterk kritikk fra flere hold. Det oppfordres blant annet til at kvinner må spille en tydeligere rolle i å definere hva det forske på, samt som aktive deltakere i selve forskningsprosessen (Dietrichon, 2018). Til tross for denne utviklingen er det fremdeles mangelfull kunnskap om sykdommer som er mer typiske for kvinner enn menn (Rødland, 2018).

I Norge har det vært en kontinuerlig økning i antall brystkreftrammede de siste årene, og 22 prosent av alle krefttilfeller hos kvinner er brystkreftrelatert (Helsedirektoratet, 2021, s. 11-12; Thune, 2017, s.463). Dette vil si at en sykepleier kan møte brystkreftrammede på ulike avdelinger på et sykehus. En av behandlingsmetodene er nemlig å fjerne brystet kirurgisk, også kalt mastektomi (Kreftlex, 2022). Mennesker blir hyppig eksponert for «idealkroppen», ofte sammen med råd om hvordan både de kan oppnå denne kroppen. Kroppspress blir gjerne ansett som en trussel mot folkehelsen (Borgen, 2021). Å bli rammet av en alvorlig sykdom som eksempelvis kreft kan føre med seg en rekke forandringer på kroppen, som blant annet hårtap, svekket energi, kvalme og følelsen av at hodet ikke fungerer som det skal. Dette kan virke utfordrende på selvfølelsen og kroppsbildet for mange (Dahl, & Sørensen, 2016, s. 28-29). Jeg ønsker å bidra til å sette søkelys på kvinners helse og kroppsendringer ved brystkreft.

I oppgaven vektlegges kvinner som har opplevd å fjerne ett eller begge brystene i forbindelse med brystkreft, samt sykepleiers mulighet til å bistå i prosessen med å mestre disse kroppsendringene. Jeg ønsker å bidra til å sette søkelys på kvinners helse og kroppsendringer ved kreft, og dermed utføre en litteraturstudie om kroppsendringer etter mastektomi.

1.1 Bakgrunn for tema

Syv måneder etter diagnosen oppgir mellom 17 og 33 prosent av kvinner med brystkreft problemer med kroppsbildet, og omtrent samme andel opplever dette som et langtidsproblem (Dahl, & Sørensen, 2016, s.219). Brystkreft er den viktigste årsaken til tapt leveår hos kvinner under 65 år (Helsedirektoratet, 2021, s. 11-12). Dette vil si at brystkreftrammede som har gjennomgått mastektomi er en pasientgruppe som sykepleiere sannsynligvis kommer til å møte ved ulike avdelinger og institusjoner. Prevalensen av brystkreft og mastektomi som behandlingsform gjør det til et viktig tema å belyse sykdommens- og behandlingens inngripende konsekvenser i pasientens liv gjør kvinnens forhold til kroppsbilde til et viktig fokus.

Brystoperasjon i forbindelse med brystkreft og forhold til egen kropp er et tema jeg har fattet stor interesse for gjennom sykepleierutdanningen. Jeg har selv erfaring med å være pårørende til en kvinne med kreftdiagnose, og det å bli rammet av kreft i ung alder er både en eksistensiell og livsendrende opplevelse. Etersom jeg nå er på vei inn i et yrke som sykepleier og synes kvinnehelse er noe som burde forskes mer på, ønsker jeg å bidra til å sette søkelys på kvinners helse og kroppsendringer ved sykdom. På bakgrunn av dette er det interessant å se på hvordan kvinner med sykdom som har ført til varige kroppsendringer tenker om egen kropp. Det er særlig interessant å studere hvilken rolle sykepleier kan spille i en prosess der kroppsendring er en nødvendig del av behandling, eksempelvis brystkreft. Bryster blir ofte forbundet med feminitet (Bredal, 2017, s. 482-483). Hvilket syn får kvinnen på seg selv om dette symbolet blir fjernet? Blir kroppsbildet dårligere og hvordan kan eventuelt sykepleieren bidra til at kroppsbildet normaliseres? Ved å utføre en litteraturstudie skal jeg i denne oppgaven undersøke kvinners syn på kroppsendringer etter gjennomført mastektomi.

1.2 Problemstilling

I denne oppgaven ønsker jeg å belyse hvordan sykepleier kan bidra til at kvinner som har fått fjernet ett bryst eller begge brystene kan akseptere denne kroppsendringen, med fokus på mestring. Problemstillingen min består av to aspekter. Det første er brystopererte kvinners syn på egne kroppsendringer. Det andre er hvordan sykepleier kan bidra i prosessen med

opplevelse av mestring i forbindelse med kroppsendringer. På bakgrunn av dette er problemstillingen: *Hvordan kan sykepleier bistå kvinner til å mestre kroppsendringer i forbindelse med mastektomi?*

1.3 Avgrensning

Problemstillingen tar utgangspunkt i kvinner som har fått diagnosen brystkreft, og deres syn på kroppen og seg selv etter de har fjernet ett bryst eller begge brystene. Utvalget for oppgaven er kvinner under 76 år som har gjennomført mastektomi på bakgrunn av brystkreft. Det viser seg at kvinner med høyere alder oftere avstår fra en rekonstruksjon etter mastektomi, sammenlignet med yngre kvinner. Dette kan være forankret i medisinske begrunnelser og/eller mindre søkelys på «attraktivitet» blant kvinner i en høyere alder (Fallbjörk et al., 2012, s. 42). Om kvinnen velger rekonstruksjon eller ikke, er uansett noe som kan tenkes vil påvirke kroppsbilde i etterkant av en mastektomi, og bakgrunnen for at jeg har valgt å avgrense oppgaven til kvinner under 76 år. Jeg er klar over at endringer av kroppsbilde kan være en utfordring for kvinner over 76 år, men dette blir ikke belyst i oppgave. Pasientgruppen kan befinne seg på legekontor, sykehjem eller i sitt eget hjem med tjenester fra kommunen, men jeg tar utgangspunkt i en sykehuskontekst. Pasientene i oppgaven befinner seg på eller er i kontakt med en medisinske og/eller kirurgiske avdeling. Oppgaven fokuserer ikke på selve krisesituasjonen som eksempelvis det å miste en kroppsdelt er, men setter heller søkelys på sykepleierens rolle for å ivareta mestring av kroppsendringer hos kvinner. Jeg vil ikke vektlegge psykiske faktorer som angst og depresjon annet enn en enkel forklaring av en eventuell sammenheng. I min oppgave tar jeg utgangspunkt i at kvinner har hatt brystkreft og må fjerne brystet på grunnlag av dette, og ikke forebyggende brystfjerning på bakgrunn av genfeilene BRCA1 og BRCA2 som gir høy risiko for å få kreft (Sørensen, et al., 2016, s. 439). Jeg vil ikke se på forebygging og utredningen av brystkreft annet enn at det blir enkelt beskrevet og forklart.

1.4 Definisjon av sentrale begreper

1.4.1 Kroppsbilde

Kroppsbilde er forestillinger om egen kropp basert på hvordan kroppen fremstår for oss.

Dette er sterkt tilknyttet identitet, som kan defineres som «bevisstheten om å være seg selv

basert på observasjoner og vurderinger av seg selv» (Solvoll, 2016, s. 107). Dette omhandler opplevelsen av seg selv over tid, i ulike situasjoner, gjennom forskjellige livsfaser, samt det å være forskjellig fra andre. Kjønn og kropp er faktorer som har betydning for opplevelse og utvikling av identitet, hvor kroppsbildet er sentralt. Hvilket kjønn en definerer seg som kan påvirker identiteten, hvor samtlige legger vekt på kjønn som genetiske forhold (Solvoll, 2016, s. 107-108). Hvor stor grad individet opplever seg selv som kvinne omhandler kjønnsidentifisering, og hvilke egenskaper som regnes å være kvinnelig handler om feminitet (Svartdal, 2020). I vestlige samfunn har også media en påvirkning på hvordan kroppen skal fremstå og spesielt kvinnekroppen samt brystene (Fallbjörk et al., 2012).

1.4.2 Mestring

Opplevelse av mestring ved brystkreft kan gi en positiv effekt. Benner og Wrubel (2001) definerer mestring som «Hvad folk gør når deres personlige meninger og betydninger forstyrres, og den ubesværende funktion bryder sammen.». Selve målet med mestring er gjennomopprettelse av meninger og betydninger (Benner & Wrubel, 2001, s. 442). Dette kan eksempelvis være å finne håp etter at en har blitt rammet av brystkreft.

1.4.3 Mastektomi

Mastektomi er en behandlingsmetode hvor hele brystet fjernes kirurgisk (Engstrøm,2021). Mastektomi blir utført ved brystkreft eller for å redusere risikoen for å få brystkreft ved en spesiell genmutasjon som er kartlagt på forhånd. Ofte blir deler eller alle lymfeknuter under armen fjernet i forbindelse med mastektomi, dette fordi det kan foreligge spredning av kreftsykdommen (Engstrøm,2021).

1.4.4 Rekonstruksjon

Etter en gjennomført mastektomi skal pasienten få et tilbud om rekonstruksjon av brystene, på bakgrunn av at det kan være en psykisk påkjenning å miste et eller begge brystene (Engstrøm,2021). Rekonstruksjon av brystene kan være en kosmetisk tilfredsstillende for pasienten, men vil kreve mer av pasienten. Noen velger å avstå fra en rekonstruksjon på grunnlag av at belastningen en kreftdiagnose gir allerede oppleves for stor. Andre velger å avstå fra rekonstruksjon etter medisinsk anbefaling fra legen. Resultatet vil ikke bli som

brystene kvinnen opprinnelig hadde, men målsetningen er at rekonstruksjonen skal være en erstatning som gir tilfredsstillende visuelt resultat (Oslo universitetssykehus, 2020).

1.5 Disposisjon

Oppgaven er delt inn i seks deler: innledning, teori, metode, funn og resultater, drøfting og konklusjon. I innledningen har jeg begrunnet valg av tema, presentert problemstillingen for oppgaven, og forklart sentrale begreper. I teoridelen presenteres teori som legger grunnlag for forståelse av oppgaven, og det som er vesentlig for drøftingen. Denne delen inneholder blant annet generell teori om brystkreft, sykepleieres rolle i møte med pasient som har gjennomført mastektomi og mestring. Videre kommer metodekapittelet som forklarer hvordan jeg har hentet inn relevant forskning og blant annet inklusjonskriterier for forskningsartiklene. Deretter presenteres funnene fra de valgte forskningsartiklene, før jeg drøfter problemstillingen min i lys av relevant teori, forskning og egne synspunkter. Helt til slutt samles trådene til en konklusjon.

2 Teori

I dette kapittelet presenterer jeg teori som ansees å være relevant for å drøfte kroppsbilde, sykepleiers rolle hos pasienter som har gjennomført mastektomi samt kvinners helse. Jeg vil også vektlegge brystkreft som sykdom siden det er utgangspunktet for studien.

2.1 Brystkreft

Kroppen består av celler som deler seg, men under denne celledelingen kan det skje en feil som fører til at celler deler seg ukontrollert og ikke utfører oppgaver som en frisk celle ville utført. Flere slike ukontrollerte delinger kan føre til kreftceller som etter hvert blir til en svulst (Lorentsen & Grov, 2016, s. 399). Kreftsvulster utvikles over tid og det kan ta flere år før det blir utvikles til kreftsykdom, derav brystkreft (Lorentsen & Grov, 2016, s.399; Piot-Ziegler et al., 2010, s.502).

Kreftforeningen (2021) anbefaler kvinner å sjekke brystene etter forandringer jevnlig, og oppsøke lege hvis noe er unormalt. Risikofaktorer for å få brystkreft er blant annet alder, arv, bruk av hormoner, overvekt og sen alder ved første barn (Thune, 2017, s. 463, 465). Ved mistanke om brystkreft blir det satt i gang en trippeldiagnostikk, som innebærer klinisk undersøkelse, mammografi eller bildediagnostikk og biopsi. Valg og sammensetning av behandling tar utgangspunkt i svulstens størrelse og egenskaper, eventuell spredning til lymfeknutene og pasientens alder. Behandlingen består gjerne av en kombinasjon av ulike metoder som kjemoterapi, antihormonell terapi og kirurgi. Ved kirurgisk behandling utføres en mastektomi eller en brystbevarende kirurgi (Kreftlex, 2022). Brystbevarende kirurgi og en eventuell kirurgisk fjerning av spredning til armhuler er den mest vanlige kirurgiske behandlingen, og dette blir utført om svulsten er mindre enn 5 cm (Thune, 2017, s. 468; Sørensen, et al., 2016, s. 442). I slike tilfeller fjernes kun svulsten. Mastektomi blir kun utført hvis brystbevarende behandling ikke er gjennomførbart eller tilstrekkelig grunnet en stor tumor (Thune, 2017, s.468). Det kan gjennomføres en bilateral mastektomi, altså fjerning av begge brystene. Denne radikale kirurgien blir sjeldent utført, men er assosiert med lav alder hos pasienten og tidligere kreftdiagnose (Gjersvik, 2007). Bilateral mastektomi kan også

assosieres med frykt for nye tilfeller av brystkreft, selv om sjansen er relativt lav (Rosenberg et. al, 2020).

Pasienter som har gjennomført en mastektomi får tilbud om rekonstruksjon av hele eller deler av brystet. Dette foregår enten i forbindelse med mastektomien, altså som ett samlet inngrep, eller i en etterfølgende operasjon (Oslo universitetssykehus, 2020) Rekonstruksjon kan videre gjøres på flere måter, men ofte blir det lagt inne en type protese som vurderes som best egnet av kirurgen og etter pasientens ønske (Kreftlex, 2022). Pasienten har rett til medvirkning, og de velger selv om de vil gjennomføre en rekonstruksjon eller ikke (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1)

2.2 Kroppsbildet og kroppsendring ved mastektomi

Kroppsbilde har sterk virkning på mange faktorer i livet. Kroppsbilde omhandler både sansemessige og verdimessige elementer. *Sansemessige elementer* handler om inntrykk og følelser når en ser på seg selv direkte eller i et speil. *Verdimessige elementer* handler om det indre bildet en har av seg selv, dette kan for eksempel være størrelse. Denne delen danner seg gjerne i ungdomsårene og blir deretter et stabilt personlighetstrekk som det kan være vanskelig å endre på. Kreftbehandling har en ødeleggende virkning på kroppen, og iblant utseende. Denne ødeleggende virkningen kan være tap av kroppsdeler, arrdannelse, endring i hud og sanseorganer. Selv om kreftbehandling kan føre til fysiske forandringer kan problemene være mer psykiske og seksuelt rettet. Misnøye med kroppsbilde er ofte forbundet med lav selvtillit, sosial angst, redusert livskvalitet og blant annet depressive symptomer (Dahl, & Sørensen, 2016, s. 210-212).

Kreftsykdom og behandlingen kan både ødelegge et positivt kroppsbilde eller forverre et kroppsbilde som i utgangspunktet var allerede var negativt (Dahl, & Sørensen, 2016, s. 212). Kvinner som har utført mastektomi kan kjenne på negativitet tilknyttet eget utseende, opplevelse av tapt feminitet og kroppintegritet. De kan eksempelvis oppleve vansker med å se seg selv naken, føler seg mindre seksuelt tiltrekkende, utvikle lymfeødem og også ha vansker med arr etter operasjon (Dahl, & Sørensen, 2016, s. 224-227). For mange kvinner er brystene tilknyttet femininitet, identitet og selvbildet. For noen kan derfor det å fjerne et eller begge bryst utfordre deres syn på seg selv som kvinner (Bredal, 2017, s. 482-483).

Synligheten av kroppsforandringer, tiden som har gått siden diagnosen ble stilt og om endringene på kroppsbilde er varige er momenter som kan bidra til negativ utvikling av kroppsbildet (Dahl & Sjørgensen, 2016, s. 220). Majoriteten av kvinner kan føle engstelse og tunge tanker etter operasjonen, uansett om de får rekonstruert brystet eller ikke (Oslo universitetssykehus, 2020).

Kroppsbildeproblemer hos kreftpasienter er ikke uvanlig og det er nødvendig å ta tak i (Dahl & Sjørgensen, 2016, s.220). Tegn på kroppsbildeproblemer kan være dysfunksjonelle tanker, negative følelser, vansker med å se seg selv i speilet og blant annet misnøye med eget utseende (Dahl & Sjørgensen, 2016, s.220). På bakgrunn av eksisterende kunnskap om kroppsbilde og kroppsendring ved kreftsykdom er det utarbeidet en huskeregel for helsepersonell som er i kontakt med kreftpasienter:

1. Common - Vansker med kroppsbildet er vanlig
2. Concerns - Hvilke spesifikke bekymringer har pasienten med tanke på kroppsbildet
3. Consequences - Hvilke følger har vanskene med kroppsbildet

Disse følges opp med fire anbefalinger:

1. Instruer pasienten i hva som kan forventes med tanke på utseende og funksjon
2. Sett pasienten i kontakt med lokale resurser (lærings og mestringssenter ved sykehusene, kreftforeningens avdelinger)
3. Henvist til psykoterapeut for kort og intensiv terapi
4. Følg opp kroppsbildeproblematikken ved hver ny kontroll

(Fingeret et al, 2014, sitert i Dahl & Sjørgensen, 2016, s.221).

2.3 Patricia Benner og Judith Wrubels mestringsteori

Benner og Wrubels sykepleierteori bygger på omsorg, og hevder at det er primært i alt menneskelig liv (Kirkevold, 1998). De skriver at en kreftdiagnose og behandling kan få pasienter til å miste troen på egen kropp og dens evne til å bli frisk. Videre understreker de at tillit til egen kropp er vesentlig for at pasienten skal bli frisk. Håp om bedring samt opplevelse av helhet i kroppen er også en viktig faktor (Benner & Wrubel, 2001, s. 160). Det kan antas at dette også vil være viktig for kvinner med brystkreft.

Benner og Wrubel hevder at det ikke finnes noen fasit på hvordan man mestrer ulike hendelser i livet. De mener at folk mestrer stress på forskjellige måter ut fra deres tidligere erfaringer, kroppslige ferdigheter og nåværende situasjon. Det er viktig at omsorgsgiveren forstår hvordan disse faktorene påvirker mestringsmuligheter. For å mestre stress kan pasienten både involvere og engasjere seg, eller velge å distansere seg, men fortsatt ha kontroll (Konsmo, 1995, s. 84-86). En viktig oppgave sykepleieren har er å hjelpe pasienten til å finne mestring (Konsmo, 1995, s.92).

Stress kan defineres som forstyrrelser av meninger, forståelse og normal funksjon. Da med en opplevelse av skade, utfordring eller tap som følger (Benner & Wrubel, 2001, s. 83). Flere pasienter som har vært gjennom kreftbehandling vil slite med kroniske sykdommer eller arr som kan være en belastnings og stress faktor (Reitan, 2017, s. 87). Sykepleieren skal ikke fjerne stresset, men de kan hjelpe pasienten med å overleve den. Sykepleieren har en god mulighet til å forstå både sykdomsopplevelsen og hva som er viktig for pasienten, og ut ifra dette kan sykepleieren forme sykdomsopplevelsen ved hjelp av veiledning, fortolkning og trening (Benner & Wrubel, 2001, s. 86). Tidligere erfaringer vil påvirke pasientens opplevelse av sykdom. Videre vil situasjonen pasienten befinner seg i ha en avgjørende rolle for hvilke mestringsmuligheter som finnes, som blant annet alder og familie. De ulike følelsene som kommer frem når en pasient er livstruende syk kan variere. Benner og Wrubel understreker at sykepleieren ikke indirekte skal anklage pasienten for de følelser de har, men heller respektere de og bruke de som et utgangspunkt for å hjelpe (Konsmo, 1995, s.163-164). I behandlingsfasen ved kreft kan det oppleves en del bivirkninger av medisiner, og det kan være en usikkerhet når pasienten burde søke hjelp. Eksempelvis kvalme ved behandling eller problematikk rundt kroppsbildet. Sykepleieren bør sørge for at det blir gitt informasjon som gjør denne fasen minst mulig stressende. Benner og Wrubel understreker videre at det er viktig at sykepleieren sørger for mye støtte og omsorg til pasienten da behandlingen påvirker hele personen (Konsmo, 1995, s.165-166).

2.4 Sykepleierens rolle og ansvarsområde

Sykepleier har flere oppgaver som kan være viktige for hvordan kvinner opplever kroppsförändringene etter mastektomi. For eksempel kan sykepleier bistå med hjelp med tilpasning av brystprotese, med at kvinnen får se arrene sine før hun eventuelt reiser hjem

eller å snakke om de kroppslige forandringene (Sørensen, et al., 2016, s. 446). Sørensen et al. (2016) fremmer at målet er at kvinnen skal mestre å gjenvinne kontroll over eget liv. Om pasienten har behov for å snakke om følelser, trenger støtte eller har spørsmål så skal sykepleieren bistå. I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere står det at «sykepleieren ivaretar den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg» (NSF,2019). Sykepleieren har et viktig ansvar i å informere pasienten om sykdommen, eventuelle komplikasjoner, bivirkninger av behandling og videre oppfølging i helsevesenet (Sørensen, et al., 2016, s. 446). Dette belyser Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-2) ved at pasienten har rett til tilpasset informasjon.

Sykepleierens utfordringer er å gi pasienten emosjonell støtte og bistand til å opprettholde et godt selvbilde med en ny eller forandret kropp. Etter at tilhelingen i operasjonsområdet er i gang kan silikonproteser tas i bruk. Det er sykepleierens oppgave å informere om ulike proteser, legge inn rekvisisjon for delproteser og kartlegge hva som er pasientens behov. Videre kan ytre faktorer som en partners holdninger påvirke en kvinnes syn på egen kropp og seksualitet. Det er dermed viktig at sykepleier tilrettelegger for samtale om seksualitet og en eventuell partners holdninger til kroppsendringer, spesielt hos yngre pasienter (Bredal, 2017, s. 482-483).

2.4.1 Sykepleierens utforskende kommunikasjonsferdigheter

God kommunikasjon kan være helsefremmende og bidra til mestring, bedring og en større forståelse. Ved profesjonell kommunikasjon, som blir anvendt av sykepleier, er personorientering og faglig vurderinger vektlagt. For at kommunikasjon kan bidra til helsefremming er det forutsatt at vedkommende blir sett på som et helt menneske, med sine kvaliteter og ressurser, og ikke som en pasient, sykdom eller diagnose. Mål og ønsker som kvinnen har er individuelle med tanke på deres livssituasjon og helse. Det er viktig at sykepleier vektlegger å se og lytte til vedkommende som et menneske (Eide & Eide, 2017, s.16,17,18).

Utforskende ferdigheter er en type kommunikasjonsteknikk hvor man kombinerer spesifikke ferdigheter med å stille utfordrende spørsmål. Det er spørsmål som stimulerer til utforskning og refleksjon, som burde kombineres med ferdigheter som å lytte aktivt og å bekrefte. Hensikten er å finne de rette spørsmålene, samt følge opp med nonverbal og verbal

kommunikasjon. Dette kan skape trygghet og utfordrer til å formulere seg som kan være vanskelig, men veldig nyttig (Eide & Eide, 2017, S 191-192). Å utforske følelser kan gjøres ved å spille åpne spørsmål som inviterer til utdypende svar, eksempelvis «hva har hendt siden sist?».

Følelser spiller en stor rolle for hvordan vi oppfatter en situasjon, hvilke relasjoner vi har til andre, samt hvordan vi som mennesker velger å innrette eget liv. På bakgrunn av dette er det sentralt å utforske følelser i situasjoner hvor pasienten berører personlige refleksjons- og endringsprosesser (Eide & Eide, 2017, 208).

2.4.2 Veiledning og personsentrert sykepleie

Veiledning er en viktig metode som er mye anvendt som sykepleier. Hensikten med veiledning er læring hvor det blir skapt en personlig utvikling og vekst hos mottakeren. Altså settes det i gang en utviklingsprosess, som omhandler å bli bevisst på ens egne verdier og bearbeiding av ny kunnskap. Veiledning handler om å styrke personens ressurser og bidra til at han/hun mestrer sitt eget liv. Ved veiledning er relasjonen i veiledningen avgjørende, hvor sykepleieren må jobbe med å skape en trygg og anerkjennende relasjon (Kristoffersen, 2016, s. 383-384, 386). I kombinasjon med veiledning gis gjerne støtte som innebærer at sykepleieren engasjerer seg i pasientens anstrengelser eller bekymringer for å nå et mål. Sykepleieren kan gi støtte ved for eksempel blick eller verbal oppmuntring. Formålet med støtte er å gi pasienten en trygghet og motivasjon slik at pasienten kan kontrollere og gjennomføre handlinger eller valg (Kristoffersen, 2016, s. 383-384, 386).

Personsentrert sykepleie innebærer at helsehjelp til mennesker eller hjelpetrequende skal ha personen i sentrum. Dette innebærer å rette pleie og omsorg mot individets særegne behov (Thorsen, 2014, s. 69). Pasienter vektlegger at sykepleieren anerkjenner at pasienten er en særegen person med individuelle ønsker, behov og mål. Det burde være forståelse for at dette har blitt formet gjennom oppvekst og livserfaringer (Kirkevold, 2014, s.107)

3 Metode

I dette kapitlet blir metoden for oppgaven presentert. En metode gjengir hvordan forfatteren har gått til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap (Dalland, 2020, s.51). Her beskrives det hvordan jeg har gått frem for å finne data og begrunne valgene mine som skal besvarer problemstillingen. Det vil være både kvalitative og kvantitative data for å få en bedre forståelse av samfunnet vi lever i, og hvordan grupper og enkeltindivider handler og samhandler (Dalland, 2020, s. 52-53).

3.1 Valg av metode

En litteraturstudie besvarer en problemstilling ved å ta utgangspunkt i allerede eksisterende forskningslitteratur. Dette blir gjort ved å søke systematisk etter litteratur i databaser, samt vurdere funnene kritisk (Grønseth & Jerpseth, 2019, s. 80).

Forskningsartiklene jeg har fordypet meg i representerer både kvalitativ og kvantitativ forskning. Dette for å på best mulig vis gjenspeile det samfunnet vi lever i og hvordan individer eller grupper handler og samhandler. En kvalitativ metode går ut på å fange opp meninger og opplevelser som er vanskelig å tallfeste eller måle (Dalland, 2020, s.54). En kvantitativ metode gir data i form av målbare enheter, og henter da et lite antall opplysninger om flere mennesker. Denne metoden bruker ofte spørreskjema, og har ikke direkte kontakt med feltet (Dalland, 2020, s.54). Det er naturlig at majoriteten av artiklene er av kvalitativ forskning. Dette på bakgrunn av at kvalitativ forskning får frem det særegne, altså det som er spesielt, og blant annet helheten i dataen som samles inn for å få en sammenheng (Dalland, 2020, s. 52-53). Likevel ser jeg det også som viktig å belyse det som i større grad er representert for samfunnet og har på bakgrunn av dette også med en artikkel med kvantitativ forskning (Dalland, 2020, s.55).

3.2 Søkeprosess

For å finne studier som kunne bidra til å besvare problemstillingen måtte problemstillingen spisses i forkant av et systematisk søk. Dette ble gjort med å anvende et PICO-skjema, et verktøy for å gi struktur og å klargjøre en problemstilling for et litteratursøk

(Helsebiblioteket, 2016). PICO-skjemaet hjalp meg med å finne søkeord eller nøkkelord som var rettet mot besvarelse av problemstillingen. Samtlige relevante søkeord ble funnet ved å lese tilfeldige artikler på diverse databaser som omhandlet samme tema. Dette var databaser som Google Scholar eller Oria. For å vise hvordan søkene ble gjennomført er PICO-skjemaet presentert i tabell 1, og søkeordene samt fremgangsmetode er presentert i tabell 2, 3 og 4.

Tabell 1: Pico-skjema

P	Problem/ pasient/ populasjon	Pasienter som har gjennomført en mastektomi Brystkreftrammede
I	Intervention	Interessert i å se hvordan de ser på egen kropp etter at de har mistet en del av «kroppen». Hvordan kan sykepleieren veilede til mestring av pasientens kroppsbilde
C	Comparison	Sammenligne synet på egen kropp før og etter mastektomi
O	Outcome	Hvordan sykepleier kan hjelpe pasienten med mestring av eget kroppsbilde eller

3.2.1 Litteratur

For å finne relevant litteratur til oppgaven har jeg søkt i databaser som Oria og Google Scholar. På denne måten har jeg funnet flere interessante bøker som har blitt anvendt under teoridelen. Videre har jeg brukt det som kalles manuelle søk. Dette vil si at jeg har funnet allerede kjent litteratur som relevante artikler og bøker som henviser til andre bøker og artikler (Thidemann, 2019, s. 81). Manuelle søk ble gjort ved å undersøke referanselistene til relevant teori eller oppgaver, og slå opp dette for å lese mer. Samtlige bøker ble funnet ved at jeg «vandret» eller «browset» i biblioteket. «Kreftsykdom: psykologiske og sosiale perspektiver» (Dahl & Sørensen, 2016) og «Kreftsykepleie: pasient, utfordring og handling» (Reitan & Schjølberg, 2017) er bøker som blir anvendt mye i oppgaven. Bakgrunnen for dette er at de belyser viktige aspekter som jeg anser som nødvendig å ha med.

3.2.2 Søk i databaser

Det ble foretatt et systematisk søk i ulike databaser for å finne data som kunne besvare problemstillingen fra ulike aspekter. Cindahl, Pubmed og Svemed er databaser som ble anvendt. Søkeord som var relevant var noe vanskelig å finne, men jeg brukte MeSH-terms i de databasene hvor dette var mulig. MeSH er et emneordsystem for biomedisin og helserelatert litteratur som gjør det enklere å søke og finne relevante artikler for ditt søk (Helsebiblioteket, 2018). For å finne frem til søkeordene ble det anvendt et sett med relevante artikler, hvor jeg undersøkte hvilke søkeord disse artiklene kunne identifiseres med. På et søk på Cinahl brukte jeg OR mellom MeSH og søkeordet for å oppnå treff, som tilsynelatende ikke ble et problem. Når det ble foretatt et søk på Pubmed måtte søket innsnevres ved å finne flere relevante ord. Dette på grunnlag av at Pubmed er en stor database som førte til at jeg fikk flere treff på søkeord som ble brukt i andre databaser. Søkene er presentert i tabell 2, 3 og 4.

Tabell 2: Cinahl. Søket ble foretatt 25. januar 2022 og 4. mars 2022

Søke- nummer	Søkeord/søkekombinasjon og dato på søk	Antall treff	Search Options	Relevante artikler
S1	(MH «Mastectomy+») OR «mastectomy»		Språk: Engelsk Fagfelleverdert Publisert: 2010- dags dato	
S2	(MH «Body Image+») OR “body image		Språk: Engelsk Fagfelleverdert Publisert: 2010- dags dato	
S3	(MH “Gender identity+”) OR (MH “social identity+”) OR (MH “sexual identity”+)		Språk: Engelsk Fagfelleverdert Publisert: 2010- dags dato	
S4	“Breast neoplasms”		Språk: Engelsk Fagfelleverdert	

			Publisert: 2012- dags dato	
S5	“Experience” OR “Life Experience”		Språk: Engelsk Fagfelleverdert Publisert: 2012- dags dato	
S1 AND S2 AND S3		8	Språk: Engelsk Fagfelleverdert Publisert: 2010- dags dato	1: Mastectomy, body deconstruction, and impact on identity: a qualitative study 2: From «no big deal» to «losing oneself”: different meanings of mastectomy
Søket er gjennomført 25. Januar 2022				
S1 AND S2 AND S4 AND S5	Søket er gjennomført 4. Mars 2022	18	Språk: Engelsk Fagfelleverdert Publisert: 2012- dags dato	3: The Experience of viewing oneself in the mirror after a mastectomy

Tabell 3: SveMed+. Søket ble foretatt 8. februar 2022

Søkenummer	Søkeord/søkekombinasjon	Antall treff	Relevante artikler
S1	Breast neoplasms		
S1	Body image		

S1 AND S2	5	Fagfelleverdert Publisert: 2012- dags dato	4: At leva med et nyt bryst av
-----------	---	--	-----------------------------------

Tabell 4: PubMed øket ble gjennomført 8. februar 2022

Søkenummer	Søkeord/ søkekombinasjon	Antall treff		Relevante artikler
S1	Breast Cancer			
S2	Body image			
S3	sexuality			
S4	Quality of life			
S5	mastectomy			
S6	Age factors			
S1 AND S2 AND S3 AND S4 AND S5 AND S6	Søket ble gjennomført 8 februar 2022	8	Språk: Engelsk Fagfelleverdert Publisert: de siste 5 årene	5: Association of breast cancer surgery with quality of life and psychosocial well- being in young breast cancer survivors

3.2.3 Forskningsartiklene

Det første søket på Cinahl resulterte i åtte treff, hvor halvparten av artiklene traff inklusjonskriteriene mine. Av disse åtte ble fire lest abstrakt. På dette søket valgte jeg å sette publiseringskriteriet på 2010. Dette på grunnlag av at jeg trodde det skulle være færre treff. Derav er en av forskningsartiklene som ble valgt ble publisert i 2010, noe som kan anses å være av eldre årgang. Likevel belyste denne artikkelen problemstillingen min godt og konkluderte med en relevant vinkling. Det andre søket på Cinahl ble gjort på et senere tidspunkt på grunnlag av at jeg ønsket en annen vinkling. Jeg anså artikkelen som svært relevant og derfor måtte den øvre alderen på avgrensingen justeres. Fem av artiklene på

dette søket ble lest abstrakt. Svemed er en mindre søkebase som resulterte i et lavt antall treff. Majoriteten artiklene på søket var av eldre dato derav var urelevant å anvende. På grunnlag av dette ble kun én lest abstrakt fra denne databasen. Søket på Pubmed resulterte i åtte treff, hvor jeg ikke hadde tilgang til alle artiklene og samtlige ikke ble ansett som relevant, derav ble 5 av 8 lest abstrakt. Her ble kun 1 artikkel hentet. Artiklene som ble valgt på grunnlag av eksklusjon og inklusjonskriteriene som er presentert i funn og resultater.

3.2.4 Inklusjon og eksklusjon

For å ekskludere artikler jeg anså som ikke relevante hadde jeg noen kriterier. Artiklene skulle være forskningsartikler og «peer reviewed», altså fagfellevurdert. Videre hadde jeg et ønske om at de skulle være på norsk, annet skandinavisk språk, eller engelsk. Et tredje inklusjonskriterie var at landet hvor studien ble foretatt skulle være sammenlignbart med Norge. Dette er for at studiene skulle være mest mulige overførbare til norske kvinner under 76 år. Det viktigste kriteriet var at artikkelen var relevant for besvarelse av problemstilling. Basert på disse kriteriene ble mange artikler ekskludert på bakgrunn av at de var ikke tilstrekkelig relevant eller at de omhandlet en uønsket aldersgruppe eller kjønn.

3.3 Kildekritikk

Dalland (2020) beskriver kildekritikk som oppgavens troverdighet og faglighet, altså om kildene som brukes er sanne (s. 143-144). Kildens relevans til besvarelse av problemstilling, samt sjekk av opphavet til kilden har blitt utført under hele oppgaven. For å besvare problemstillingen i denne oppgaven har jeg brukt en forskningsartikler som er publisert i 2010, og to som er publisert i 2012. Lang tid siden publikasjonsår er en faktor som kan gi opphav til kildekritikk. Hva som defineres som lang tid kan variere med ulike problemstillinger og ulike tema. Tema som mastektomi og kroppsbilde kan bli sett på som universelt og foresatt gjeldene, derfor ble artikler som er 10 år eller eldre tatt med i oppgaven. En annen grunn er at det finnes svært mye forskning om brystkreft og kroppsbilde rundt 2010-tallet, noe som gjorde det mer krevende å finne nyere forskning som var like aktuell for problemstillingen min.

En primærkilde er førstehåndskilden, altså den opprinnelige utgaven av teksten, mens en sekundærkilde kan være en oversatt utgave eller en endret utgave av den (Dalland, 2020, s. 156). I oppgaven har jeg anvendt både primær- og sekundærkilder, men i hovedsak primær. I tolkningen av teorien til Benner og Wrubel valgte jeg å bruke en oversatt utgave av deres teori på grunnlag av at det skulle være mindre sannsynlig for at jeg mistolket budskapet, som er et eksempel på sekundærkilde. Det ble også bakt «En hatt med slør» som er en tolkning av deres teori, altså en sekundær kilde. Dette på bakgrunn av at jeg fikk verdifulle synspunkter av andres tolkning. Det ble samt anvendt sekundærkilde i presentasjonen av huskeregel og anbefalinger ved kroppsbildeproblemer. Dette på grunnlag av at mistolkning av budskap var mindre sannsynlig (Dalland, 2020, s.156).

Studiene som jeg baserer oppgaven på er gjort i andre land enn Norge, de er gjort i kontekstene Sveits, USA, Sverige og Danmark. Et av mine inklusjonskriterier var at landene studien fant sted skulle være overførbart til norske sykehus, selv om disse landene har fellestrekk med Norge kan det være en usikkerhet hvor overførbart funnene. Jeg mener at dette er land som har tilstrekkelig med fellestrekk og store likheter med Norge, og at artiklene belyser problemstillingen min da dette ikke er et problem i bare Norge. På bakgrunn av levevilkår er USA det landet i oppgaven som har størst forskjeller sammenlignet med Norge. Det må tas i betraktning at majoriteten av artiklene var skrevet på engelsk, og at noe av litteraturen var skrevet på svensk. Det vil derfor være rom for at originalteksten mistolkes i min oversettelse. I og med at jeg er engasjert i temaet i oppgaven kan en svakhet være subjektivitet.

Jeg har gjort et begrenset utvalg av litteratur på feltet, hvor det kan være forskning som er relevant, men som jeg har oversett. Eksempelvis kan det finnes mer forskning på kvinners helse, men som har blitt oversett. Jeg er bevist på at det er andre aspekter jeg ikke har vektlagt, blant annet kulturelle forskjeller som kan ha en påvirkning på drøftingen.

3.4 Ethiske vurderinger

Opgaven er en litteraturstudie som dermed er basert på eksisterende forskning og litteratur. Derfor har det vært viktig å være presis med å henvise på en korrekt måte og vise transparens. Kildene har blitt referert til etter APA 7th-stilen slik at forfatterne blir kreditert

for arbeidet sitt. Videre har jeg brukt skolens retningslinjer for akademisk oppgaveskriving for bacheloroppgave (VID, 2020). Alle forskningsartiklene som er brukt fremstår som at de har fulgt forskningsetiske prinsipper, og det er stort søkelys på at pasienten er i en sårbar posisjon, samt at kvinnene i studiene har blitt anonymisert.

4 Funn og resultater

4.1 Artikkel 1

Tittel: Mastectomy, body deconstruction, and impact on identity: a qualitative study

Forfatter: Piot-Ziegler, C., Sassi, M.-L., Raffoul, W. and Delaloye J. -F.

Tidsskrift: British journal of health psychology

Publisert: 2010

Hensikt: Målet med studien er en bedre forståelse av kvinners opplevelse av behandlingen for brystkreft. Den tar for seg konsekvensene av kroppsendring gjennom mastektomi, og hvordan dette påvirker identitet og kropp.

Metode: Kvalitativ studie med semistrukturerte intervju. Intervjuet finner sted like før utført mastektomien, eller like etter. Dette på bakgrunn av kort tid mellom diagnostisering og operasjon. Videre blir det intervjuet under brystrekonstruksjon og etter fullført rekonstruksjon. Alderen på kvinnene er mellom 37-62 år. Studien finner sted i Sveits

Hovedfunn: Resultatet av forskningen understreker hvordan små deler av kroppen, som et bryst, påvirker en rekke aspekter som er sentrale for følelsen av å tilhøre menneskeheten og det å være kvinne. Mastektomi kan sette et spørsmålstegn ved det å være menneske og åpner dørene til negative følelser. I studien opplever kvinnene før operasjonen et gap og en distanse mellom deres nåværende kroppsutseende og deres identitet som ikke var på bølgelengde.

Relevans: Denne artikkelen anses å være et relevant bidrag fordi den gir et godt bilde på hvordan fasen mellom diagnostisering og gjennomført mastektomi. Den viser at mastektomi og rekonstruksjon endrer oppfatningen av kvinners egen kropp på et.

4.2 Artikkel 2

Tittel: From «no big deal» to «losing oneself”: different meanings of mastectomy

Forfattere: Fallbjörk, U., Salander, P., & Rasmussen, B. H.

Publisert: 2012

Tidsskrift: Cancer Nursing

Hensikt: Flere kvinner oppdager brystkreft tidligere og dermed overlever flere, som fører til at flere gjennomfører en mastektomi etterfulgt av en mulig rekonstruksjon. Hensikten er å utforske kvinners opplevelse av mastektomi og hvilken påvirkning en mastektomi har på livskvaliteten.

Metode: Kvalitativ studie med 15 kvinner som ble strategisk valgt fra en tidligere populasjonsstudie på mastektomi i Sverige. Det ble gjort et narrativt intervju 4.5 år etter gjennomført mastektomi.

Hovedfunn: For noen oppleves det å gjennomføre en mastektomi som «no big deal», og at det å miste et bryst forstyrrer ikke kvinnens syn på feminitet, mens andre opplever det som å miste deler av identiteten sin. Det tredje synet innebar at feminiteten ble såret, men ikke i den grad at kvinnen følte seg forapt. Konklusjonen er at det er store individuelle og kontekstbaserte forskjeller på opplevelsen av mastektomi.

Relevans: Artikkelen belyser ulike perspektiv av opplevelsen av mastektomi og rekonstruksjon. Videre tar den opp at helsepersonell bør være oppmerksomme på hvordan kvinnen selv opplever det å miste et bryst, og ikke gi uttrykk for at intakte bryster har en betydning for feminitet, seksualitet og trivsel. Kontekstuelle faktorer er avgjørende, og helsepersonell må være oppmerksomme på hvordan kvinnen selv forteller om sin personlige betydning av å miste et bryst, i stedet for å stole på forutinntatte meninger om hva hun trenger.

4.3 Artikkel 3

Tittel: The Experience of viewing oneself in the mirror after a mastectomy

Forfatter: Freysteinson, W. M., Deutsch, A. S., Lewis, C., Sisk, A., Wuest, L., & Cesario, S. K.

Publisert: 2012

Tidsskrift: Oncology Nursing forum

Hensikt: Målet og hensikten er å beskrive opplevelsen av å se seg selv i speilet etter en mastektomi.

Metode: Kvalitativ studie hvor 12 kvinner blir intervjuet gjennom en samtale som blir tatt opp. Dette finner sted 3- 12 måneder etter mastektomien. Studien blir utført på ulike sykehus sørvest i USA.

Hovedfunn: I studien forklarer kvinner hvordan de opplevde å se seg selv i speilet etter mastektomien og hvilke tanker de hadde rundt dette, samt hvem som var rundt kvinnen første gang hun så seg i speilet. Studien prøver å se hvordan kvinnen ser på seg selv i speilet etter å ha gjennomgått en mastektomi, eventuelt ikke ser på seg selv i speilet. Dette ga fire tema: jeg er, jeg bestemmer, jeg ser og jeg samtykker. Den gir en forståelse over mangfoldet av hvordan kvinner opplever mastektomi. Speil ser ut til å være avgjørende for å se og ta vare på arret etter mastektomien.

Relevans: Denne artikkelen er relevant på bakgrunn av at den kan belyse sykepleierens rolle i møte med brystkreftpasienter. Den forklarer hvilket forhold kvinner har til arret som har blitt dannet. Videre belyser den bruken av speil etter mastektomi, og at dette kan ha en positiv virkning. Studien påpeker mangfoldet i opplevelsen av mastektomi.

4.4 Artikkel 4

Tittel: At leve med et nyt bryst

Forfatter: Simmelsgaard, S. og Konradsen, H.

Publisert: 2017

Tidsskrift: Nordisk sykeplejeforskning

Hensikt Flere og flere blir diagnostisert med brystkreft og får derav helt eller delvis kirurgisk fjernet et bryst. Halvparten av kvinner som har gjennomført en mastektomi velger å få rekonstruert et nytt bryst, men tidligere forskning gir et uklart bilde på kvinners opplevelse av dette.

Metode: Er en kvalitativ studie med semistrukturerte intervju hvor 108 kvinner ble identifisert med brystkreft og 10 randomiserte kvinner fikk forespørsel om å være med i studien. 6 kvinner ble med og ble intervjuet hvor alderen var mellom 41-51 år. Det ble utarbeidet en intervjuguide om kroppsbilde.

Hovedfunn: Det ble funnet tre sentrale temaer som illustrerer et vidt felt for opplevelsen av å få rekonstruert bryst: estetiske forandringer, kroppslige forandringer og relasjon til omgivelsene. Oppsummert var det å overleve sykdommen første prioritet, og det som fulgte med kom i andre rekke. Å få et nytt bryst og oppleve at det hadde en tilhørighet til kroppen hadde stor betydning, noe som ikke skjedde. Det var viktig for kvinnen at relasjonen til ektemannen og opplevelsen av kvinnelighet ble akseptert. Kvinnene i studien har opplevd et langvarig sykdomsforløp og kan derav påvirke deres syn på deres kropp og deres normalitet.

Relevans: Studien viser at det å få et rekonstruert et nytt bryst var betydningsfullt hvis det sees i sammenheng med å være i offentlig rom. I tillegg kommer det frem at et nytt bryst ikke trenger å føles ut som resten av kroppen. Artikkelen er relevant fordi den belyser det å føle seg «normal» før sykdomsforløpet og akseptere en ny kropp. Dermed er kroppsbilde etter en rekonstruksjon et sentralt funn i artikkelen.

4.5 Artikkel 5

Tittel: Association of breast cancer surgery with quality of life and psychosocial well-being in young breast cancer survivors

Forfattere: Rosenberg, S. M., Dominici, L. S., Gelber, S., Poorvu, P. D., Ruddy, K. J., Wong, J. S., Tamimi, R. M., Schapira, L., Come, S., Peppercorn, J. M., Borges, V. F., & Partridge, A. H.

Publisert: 2020

Tidsskrift: JAMA surgery

Hensikt: Undersøke om det er forskjeller i livskvalitet og psykososial helse hos unge brystkreft pasienter i 1 til 5 år etter primæroperasjonen.

Metode: Kvantitativ studie hvor det ble gjennomført en kohortstudie med spørreskjema. Av 826 kvinner var gjennomsnittsalderen 36.1 år. Studien finner sted i Nord-Amerika, nærmere bestemt USA.

Hovedfunn: Kvinner med bilateral mastektomi opplevde større utfordringer knyttet til seksualitet sammenlignet med kvinner som hadde gjennomgått unilateral mastektomi og brystbevarende kirurgi ved alle år (år 1-5). Særlig de som ikke hadde gjennomført en rekonstruksjon. For kroppsbilde opplevde kvinner med bilateral mastektomi større utfordringer enn kvinner med brystbevarende kirurgi ved alle år (år 1-5), mens de opplevde større utfordringer knyttet til kroppsbilde sammenlignet med unilateral mastektomi i år 3, 4 og 5.

Relevans: Fokuserer på yngre kvinner nærmere bestemt 40 år eller yngre, og deres livskvalitet 1 til 5 år etter diagnosen. Kvinner med bilateral mastektomi opplevde større utfordringer knyttet til seksualitet og kroppsbilde. Resultatene varierer fra person til person, men det er viktig at med informasjon fra helsepersonell under en eventuell beslutningsprosess.

5 Drøfting

I dette kapitlet drøfter jeg problemstillingen i lys av funnene i forskningsartiklene. Drøftingen setter søkelys på de to delene: 1) kvinners syn på kroppsendringer etter mastektomi og rekonstruksjon og 2) hvordan sykepleieren kan bistå til mestring av endret kroppsbilde, og hvilke behov kvinner har når de går igjennom denne prosessen. Disse funnene blir drøftet med utgangspunkt i allerede presentert teori.

5.1 Hvordan kan kroppsbildet endres ved mastektomi og brystkreft

Å bli diagnostisert med en kreftsykdom, som brystkreft, kan by på en rekke utfordringer for pasienten. Før kreftsykdommen beskriver majoriteten at de ikke har bekymringer knyttet til kroppsbildet (Piot-Ziegler et al., 2010, s.489). Det viser seg at i den første perioden etter at kvinner får diagnosen brystkreft er det å overleve førsteprioritert, mens utseende kommer i andre rekke (Simmelsgaard & Konradsen, 2017, s. 257). Selv om kvinner kan kjenne på en misnøye rundt utseende uttrykker noen at helsen kommer først (Fallbjörk et al., 2012, s. 44). Det finnes ulike kirurgiske behandlinger av brystkreft, og den vanligste behandlingsformen er brystbevarende kirurgi (Oslo universitetssykehus, 2020). Det ser ut til at brystbevarende kirurgi fører til et mer positivt kroppsbilde sammenlignet med kvinner som gjennomfører mastektomi (Rosenberg et al., 2020). Dette kan være en medvirkende faktor til at mastektomi er mindre vanlig i dag. Kvinner som har fått gjennomført mastektomi kan kjenne på misnøye med eget kroppsbilde som omfatter utseende og kroppsintegritet (Dahl, & Sørensen, 2016, s. 218-221). Dette tilsier at kvinner som får diagnosen brystkreft hvor mastektomi er den anbefalte behandlingsformen, i realiteten blir introdusert for et veiskille: å ivareta helse på bekostning av eget kroppsbilde, eller å ivareta kroppsbilde på bekostning av egen helse. Det kan fra et forskningsperspektiv fremstå som et tilsynelatende ukomplisert valg noe Fallbjörk et al. (2012), sin forskning underbygger, men utfordringer og misnøye rundt eget kroppsbilde i etterkant av mastektomi kan tilsa at det i kvinnens indre følelsesliv ikke nødvendigvis er så enkelt. Frykten for tilbakefall blir brukt som en motivasjon for å gjennomføre mastektomi (Piot-Ziegler et al., 2010). Noen kvinner frykter tilbakefall i en så stor grad at de velger å utføre en bilateral mastektomi, selv om risikoen for tilbakefall er lav (Rosenberg et al., 2020).

I en studie kommer det frem at bryster kan bli et symbol på selve sykdommen (Piot-Ziegler et al., 2010, s.489). Dette kan lette ønsket om å fjerne brystet fordi det blir sett på som den syke delen av kroppen. Fallbjörk et al (2012) underbygger dette med en gruppe kvinner som ser på mastektomi som "no big deal". Denne gruppen hadde en gjennomsnittsalder på 60 år hvor noen valgte å ikke gjennomføre en rekonstruksjon. Grunnlaget for dette valget var at det å ha ett bryst ikke ble sett på som et problem, i tillegg til synet på bryster som en kjønnsnøytral kroppsdel (Fallbjörk et al., 2012, s. 43-44). Kan dette tyde på at forholdet til brystene er aldersbetinget? Som følger av økende alder kan kvinner bli rådet til å ikke gjennomføre en rekonstruksjon, på bakgrunn av ulike risikofaktorer og farer ved kirurgiske inngrep (Fallbjörk et al., 2012, s. 43; Kreftlex, 2022). Med andre ord, dersom kvinner med en høyere alder ønsker rekonstruksjon er det ikke sikkert det er medisinsk forsvarlig. Det kan virke som denne gruppen aksepterer sykdommen og slår seg mer til ro med et endret kroppsilde. Årsaken til dette kan være at kroppsildet blir endret når man blir eldre, hvor utseende ikke nødvendigvis har like stor betydning (Dahl, & Sørensen, 2016, s. 218). I tillegg er det tendenser til at stabilisering av kroppsildet hos yngre pasienter tar lengre tid (Dahl & Sørensen, 2016, s. 221). Dette formidler ikke at kroppsildet til eldre kvinner er av mindre betydning sammenlignet med yngre kvinner, men underbygger at kroppsilde påvirkes av forholdet til sin egen kropp både før, under og etter sykdomsprosessen. Med andre ord kan det være ulike aspekter i aldersgruppene som spiller inn på hvor viktig brystene er. Dette betyr at å miste et bryst kan ha en stor eller liten betydning, uavhengig av alder (Fallbjörk et al., 2012).

Mastektomi kan være et livreddende kirurgisk inngrep, men konsekvensene kan påvirke kvinners kroppsilde, intimitet og identitet (Piot-Ziegler et al., 2010, s.480, 500). På den ene siden belyser Fallbjörk et al (2012, s. 44) en gruppe kvinner som gir uttrykk for at det er «no big deal» å miste et bryst. På den andre siden opplever noen kvinner mastektomi som en lemlestelse, samt at det blir skapt en avstand mellom kvinnen og kroppen (Piot-Ziegler et al., 2010, s. 491-492). Dette kan sees i likhet med Fallbjörk et al. (2012) sin studie hvor en annen gruppe kvinner så på mastektomi som en trussel. På den ene siden har kvinnen et avslappet forhold til å miste et bryst samt sitt eget kroppsildet, demonstrert gjennom gruppen som uttrykker at det er "no big deal" å miste et bryst. Dette kan tenkes er fordi

kvinnen er i en alder hvor brystet blant annet er av mindre fysiologisk betydning, ettersom amming ikke lenger er aktuelt. På en annen side demonstrerer den andre gruppen kvinner i Fallbjörk et al. (2012) sin studie at det å miste et bryst oppleves som en frykt, og særlig en frykt for å miste seg selv.

I studien til Piot-Ziegler et al. (2010) fremheves det at mastektomi kan provosere til et negativt kroppsbilde. Dette underbygges av Dahl og Sørensen (2016) som påpeker at mastektomi fører til synlige kroppsforandringer som kan utvikle et mer negativt bilde av kroppen (s.220). Om kroppsbildet var negativt før kvinnen ble rammet av brystkreft støtter kroppsbilde på et allerede etablert negativt bilde av egen kropp. Dette kan medføre en forverring av kroppsbilde (Dahl & Sørensen, 2016, s. 212). Dette kan tilsa at hvis kvinnen i utgangspunktet har et positivt kroppsbilde før mastektomi vil hun være bedre rustet til å håndtere kroppsendingene som kan forekomme. Kvinnene som ga uttrykk for at det var «no big deal» å miste et bryst hadde et bedre utgangspunkt i sitt eget kroppsbilde før de ble syke. Det er på ingen måte slik at det bare finnes to nyanser, negativt eller positivt kroppsbilde. Oppfattelsen av egen kropp er veldig individuell og det kan finnes ulike nyanser. Med andre ord, det er store individuelle forskjeller i hvilket utgangspunkt kvinner har med tanke på eget kroppsbildet før sykdom.

5.1.1 Hvordan påvirker rekonstruksjon kroppsbildet?

En andel kvinner følte rekonstruksjon var helt nødvendig for å være kvinne (Fallbjörket al., 2012, s. 43). I studien til Simmelsgaard og Konradsen (2017) viste det seg at det å få rekonstruert bryster var betydningsfullt for velvære i ulike sosiale miljø. Dette med tanke på utseende (s. 259). Det er vist at en vellykket rekonstruksjon har en sammenheng med god selvfølelse, godt kroppsbilde og mindre angst og depresjon (Dahl, & Sørensen, 2016, s. 224-227). På en annen side var det en andel kvinner som ikke ønsket eller ikke ble anbefalt en rekonstruksjon. Bakgrunnen for dette var varierende, men belastningen ved å gjennomgå en ny operasjon, og at det nye brystet kunne oppleves som en fremmed var sentralt (Fallbjörk et al., 2012, s. 44). Dette kan tyde på at kvinnen ser på et rekonstruert bryst som et fremmedlegeme som alltid vil minne henne på sykdomsperioden. Det viser seg at dette er

tilfelle også hos kvinner som velger å gjennomføre en rekonstruksjon, altså at det nye brystet ikke er en del av kroppen, selv om det er et betydningsfullt element (Simmelsgaard & Konradsen, 2017). Flere kvinner fremhever at det kan være en tilvenningsprosess å ha «nye» bryster. Dette kan ha en sammenheng med at kvinner sammenligner det nye rekonstruerte brystet med det «normale» før de ble syke (Simmelsgaard & Konradsen, 2017, s. 255, 257).

Rekonstruerte bryster har som mål at det skal være estetisk fint (Oslo universitetssykehus, 2020). Det kan være en utfordring å godta at de «hører» til egen kropp. Kvinner kan dermed føle et gap mellom seg selv og det nye brystet (Piot-Ziegler et al., 2010). Det kan tyde på at kvinner sammenligner den friske og syke versjonen av seg selv fordi de ikke har godtatt den «nye kroppen sin». Selv om de fleste kvinner har et stort ønske om et nytt bryst blir det glemt at dette kan være en påminnelse om sykdommen (Simmelsgaard & Konradsen, 2017, s. 254). Dette tilsier at et rekonstruert bryst kan representere en stressfaktor grunnet opplevelsen av et tapt bryst og utfordringen med å anerkjenne det nye brystet. For at kvinnen skal mestre stresset, eller den nye kroppen sin, er det gunstig at hun er involvert og engasjerer seg om velbehag i egen kropp og eget selvbilde (Konsmo, 1995, s. 84-86). Hvordan kvinner kan mestre dette stresset er veldig individuelt ut fra tidligere hendelser i livet, men det er gunstig å finne mestringsmuligheter, som opplevelse av kontroll (Benner & Wrubel, 2001, s. 83).

Rekonstruksjon kan likevel gjøre det enklere å føle seg som kvinne (Fallbjörk et al., 2012). Dette fremhever viktigheten med at kvinner får tilbud om rekonstruksjon (Oslo universitetssykehus, 2020). I Fjallbjörk et al. (2012) sin studie valgte en gruppe kvinner å motsi normen om at bryster har betydning for kvinners identitet. De valgte å ikke gjennomføre rekonstruksjon, men opplevde motstand blant helsepersonell (Fallbjörk et al., 2012, s. 47). Selv om kvinner får tilbud om rekonstruksjon, er det opp til henne selv om hun velger å utføre inngrepet, eller ikke. Dette lovgives i pasient- og brukerrettighetsloven (§ 3-1, 1999) ved at pasienten har rett til medvirkning ved valg. Selv om sykepleieren er imot valget til kvinnen burde hun utforske hvorfor kvinnen eventuelt ikke vil utføre en rekonstruksjon. Dette kan blant annet gjøres ved å stille utforskende spørsmål (Eide & Eide, 2017, s. 191-192). Som nevnt tidligere kan rekonstruksjon oppleves som en ekstra belastning. Frykten for et nytt inngrep kan føre til at kvinner velger å avstå fra en rekonstruksjon. Dette

understreker viktighetene av at sykepleier ikke indirekte skal anklage pasienten, men heller respektere og hjelpe pasienten gjennom å vise omsorg og støtte (Konsmo, 1995, s.163-166).

Opplevelsen av et nytt bryst innebærer ulike aspekter, blant annet relasjon til omgivelsene (Simmelsgaard & Konradsen, 2017). Kvinner kan kjenne på misnøye med kroppsbildet og ha vansker med å se seg selv naken (Dahl, & Sørensen, 2016, s. 218-221). Situasjoner hvor nakenhet er naturlig, som i en offentlig svømmehall eller garderobe, blir dermed oppfattet som ubehagelig (Simmelsgaard & Konradsen, 2017). Spesielt dersom kvinnen ikke føler seg vel i egen kropp. Ulike studier belyser at kvinner i etterkant av rekonstruksjon føler på sjenanse og sårbarhet (Piot-Ziegler et al., 2010; Simmelsgaard & Konradsen, 2017).

Bekymringer for hva andre tenker om de, og derav spesielt ektefelle, er gjentakende (Freysteinson et al., 2012). Hos kvinner med partnere kan det derfor være aktuelt å utforske hvilke holdninger kvinnen har til seg selv ovenfor partneren (Bredal, 2017, s. 482-483). Dette kan igjen gjøres ved å stille åpne spørsmål på en profesjonell og faglig måte, som kan ses i lys av kommunikasjonsferdigheten Eide og Eide (2017, s. 16, 218) presenterer.

5.2 Hvordan påvirker mastektomi kvinners helse?

Studier viser at kvinner opplever mastektomi som utfordrende for deres femininitet (Piot-Ziegler et al., 2010, s. 486; Fallbjörk et al., 2012). Bryster kan oppleves som nært tilknyttet femininitet og identitet, og å fjerne disse kan utfordre synet på seg selv som kvinne (Bredal, 2017, s. 482-483). Dermed kan det å fjerne et bryst være en påkjennelse og by på identitetsproblemer (Dahl, & Sørensen, 2016, s. 211). På en annen side finner studien til Fallbjörk et al. (2012) en gruppe kvinner som ikke mener femininitet blir identifisert med bryster, men heller klær og personlige egenskaper. Flere studier oppgir at klær og fysisk fremtoning er viktig for kvinners velvære (Freysteinson et al., 2012; Simmelsgaard & Konradsen, 2017). Likevel tyder funn på at opplevelsen av femininitet uten bryster blir fortrent inntil kvinnen får rekonstruert sine bryster (Simmelsgaard & Konradsen, 2017). Dette kan sees i sammenheng med Fallbjörk et al (2012) sin studie som påpeker at opplevelsen uten bryst, altså tiden etter mastektomi og før en eventuell rekonstruksjon, fikk kvinnen til å innse hvor viktig brystet er for nettopp femininitet. Dette kan bety at opplevelsen

av tapt femininitet har en sammenheng med kjønnsidentitet, som må sees fra et individuelt perspektiv da betydningen av kjønn i stor grad er subjektiv.

I studien til Rosenberg et al (2020) kommer det frem at kroppsbildet til yngre kvinner har tendens til å bli dårligere jo mer radikal kirurgien er. Dette vil si at kroppsbildet etter gjennomført bilateral mastektomi ofte er dårligere sammenlignet med unilateral mastektomi og brystbevarende kirurgi. Slike funn kan tyde på at brystene er nært knyttet til identitet og kroppsbilde, samt at kvinnen kan bli påvirket av samfunnets kroppspress (Dahl & Sørensen, 2016, s. 211-212; Dietrichon, 2018). I studien til Rosenberg et al. (2020) kommer det frem at fysisk og psykisk helse bedres over tid etter inngrepet. Det kan ta opptil 2 år før kroppsbildet har stabilisert seg, og enda lengre tid hos yngre pasienter (Dahl & Sørensen, 2016, s. 221). På den andre siden har studien til Rosenberg et al. (2020) en svakhet ved at deltakernes kroppsbilde bare ble undersøkt etter inngrepet. Dette fører til at det ikke eksisterer materiale for sammenligning av kroppsbildet før og etter inngrepet (Rosenberg et al., 2020). Som tidligere drøftet kan kroppsbilde før sykdom påvirke hvor godt rustet en kvinne er til å håndtere kroppsendringer i etterkant av behandling. Selv om inngrepet utgjør fysiske forandringer, kan problemet være mer psykisk rettet. For å oppsummere ser det uansett ut til at fysisk og psykisk helse bedres over tid etter en gjennomført mastektomi (Rosenberg et al., 2020).

Brystkreftens effekt på kroppsbildet har blitt mer utforsket, men konsekvenser av mastektomi for kvinnens opplevelse av egen kropp og identitet har blitt mindre forsket på (Piot-Ziegler et al., 2010, s. 486). Det finnes relativt mer forskning på temaet rundt år 2010 sammenlignet med nyere tid. En årsak til eldre dato på forskningen kan være at mastektomi ikke er et like vanlig kirurgisk inngrep i dagens tid. På en annen side kan lite forskning om kroppsideitet og opplevelse av egen kropp hos kvinner sees i sammenheng med at kvinners helse spesifikt har blitt forsket lite på (Rødland, 2018).

5.3 Hvordan kan sykepleier bidra?

I studien til Rosenberg et al. (2020) kommer det frem at rådgiving og informasjon i en post-kirurgisk fase er gunstig, og spesielt rundt psykisk helse. Ifølge pasient og brukerrettighetsloven har sykepleieren i oppgave å informere pasienten (Pasient- og

brukerrettighetsloven, 1999, §3-2). Denne informasjonen skal være tilpasset til kvinnen og sykepleieren skal forsikre seg om at kvinnen har forstått informasjonen. På en kirurgisk sengepost kan slik informasjonen eksempelvis være at funksjonen til brystet er endret, eller at kvinnen kan komme til å føle på et endret utseende. God kommunikasjon med kvinnen bidrar til bedring og forståelse (Eide & Eide, 2017, s.16). I en annen studie ble det belyst hvordan kunnskap rundt den postoperative fasen kan dempe urealistiske forventninger, forhåpninger og frykt hos kvinner (Freysteinson et al., 2012). Som nevnt er informasjon viktig, og det er vist at det kan være gunstig å forberede kvinnen på opplevelsen av eget speilbilde (Freysteinson et al., 2012; Dahl & Sørensen, 2016, s.220). Dette viser viktigheten av informasjon og rådgivning i en postoperativ fase. På en annen side må sykepleieren sørge for at pasienten ikke blir skremt eller frykter mastektomien. Sykepleier burde derfor tilpasse seg etter pasienten, altså pasientsentrert sykepleie (Thorsen, 2014, s. 69). Sykepleieren skal ivareta pasientens helhet ifølge de yrkesetiske retningslinjene (NSF,2019). Jeg ser på pasientens helhet som både psykiske og fysiske plager. Sykepleier må altså se helheten i pasienten og bistå med psykisk støtte i etterkant av mastektomi, som Fallbjörk et al. (2012) viser at det er et behov for. Støtte kan sykepleieren gi ved å anerkjenne at det å gjennomgå mastektomi kan være både en psykisk og fysisk påkjennelse (Fallbjörk et al., 2012; Kristoffersen, 2016; Rosenberg et al., 2020). En annen mulighet er å henvise pasienten til psykoterapeut (Dahl, & Sørensen, 2016, s.220). Det er likevel viktig at en slik eventuell henvisning ikke skygger over fokuset på pasientsentrert sykepleie.

Som tidligere nevnt kan kvinner føle på en distanse mellom det nye brystet og seg selv (Piot-Ziegler et al., 2010). Når en ser på kvinnens helhet kan sykepleier bidra med å skape håp om opplevelse av en helhetlig følelse i kroppen (Benner & Wrubel, 2001, s. 160). Dette kan sykepleier gjøre ved å bidra til mestring, eksempelvis å mestre kroppsendringene ved å bruke speil og se sine egne arr (Freysteinson et al., 2012). For samtlige kvinner kan det hjelpe å snakke med andre som har vært i samme situasjon. Sykepleier kan utforske dette behovet i en dypere eller utforskende samtale med kvinnen, for så å eventuelt sette kvinnen i kontakt med relevante foreninger, eksempelvis kreftforeningen (Dahl, & Sørensen, 2016, s.220). Dette kan hjelpe kvinnen til å finne mestring som er en viktig oppgave sykepleieren har (Konsmo, 1995, s.92).

Arrene etter en mastektomi, eller en rekonstruksjon, blir beskrevet som en konstant påminnelse om kreften (Piot-Ziegler et al., 2010). Opplevelsen med slike arr kan bli en belastning og stressfaktor. Sykepleieren kan da bistå med mestring av dette stresset (Reitan, 2017, s. 87). Der det før var et bryst, finner kvinnen nå et arr. Arret er plassert på en måte som gjør det vanskelig for kvinnen å se på uten å måtte bruke speil. I studien til Freysteinson et al. (2012) kommer det frem at majoriteten av kvinnene i undersøkelsen så på arret sitt for første gang i speil uten helsepersonell til stede. Dette kan ha en sammenheng med lite tilgang til speil på sykehus og andre institusjoner, eller at kvinnen bevisst unngår speil (Freysteinson et al. 2012). Tid kan også videre tenkes er en medvirkende faktor til dette. På den andre siden bør pasienten oppfordres til å se arret før avreise fra sykehuset (Sørensen, et al., 2016, s. 446). De fleste kvinner i studien til Freysteinson et al. (2012) syntes det var fint å ha andre til stede, som eksempelvis ektefelle. Andre kvinner syntes det var fint å ikke ha noen til stede i og med at det første speilbildet av arret kan oppleves som en privat sorg (Freysteinson et al., 2012). Opplevelse av brystkreft er individuell, og ut fra dette kan behovet for støtte og hvordan kvinnene håndterer arrene være individuelle (Fallbjørk et al., 2012). Dette tilsier at det kan være gunstig at sykepleier diskuterer opplevelsen av kvinnens eget speilbilde med kvinnen selv i forkant av en mastektomi (Freysteinson et al., 2012). På denne måten kan sykepleier på best mulig måte støtte kvinnen i etterkant av mastektomi. Om kvinnen opplever problematikk rundt kroppsbildet og arr er det videre viktig at dette blir fulgt opp på hver kontroll på en poliklinikk (Dahl, & Sørensen, 2016, s. 220).

Kvinner opplever utfordringer knyttet til sin egen feminiteten etter mastektomi (Simmelsgaard & Konradsen, 2017; Piot-Ziegler et al., 2010, s. 486; Fallbjørk et al., 2012). Sykepleier kan prøve å veilede til å finne mestring ved å gjenvinne feminiteten eller akseptere forandringene. Dette kan gjøres ved at sykepleieren bidrar og veileder med utprøving av ulike proteser samt viser kunnskap om hva som finnes av delproteser og proteser. Informasjon om rekvisisjon for eventuelle proteser burde kan også være aktuelt (Bredal, 2017, s. 482-483). Selv om løse proteser er mindre vanlig i dag, fordi flere velger å gjennomgå en rekonstruksjon, trengs det god veiledning fra sykepleier til pasient. Det er viktig at sykepleieren utfører personsentrert omsorg og tilpasser seg individet (Kirkevold, 2014, s.107). Noen kvinner bruker eksempelvis ikke brystholder og trenger annen tilpasning (Sørensen, et al., 2016, s. 446). Andre kvinner ønsker ikke noe form for tildekking av

mastektomistedet. Dette betyr at sykepleieren må være åpen for at det er ulikheter mellom pasienter og derav vise personsentrert omsorg (Kirkevold, 2014, s.107).

Sykepleier kan tilby kvinnen å delta under første bandasjeskift, gjerne med speil sånn at hun blir mer deltagende, engasjert og får mer eierskap til egen kropp (Freysteinson et al., 2012; Konsmo, 1995, s. 84-86). Dette kan på sikt føre til mestringsfølelse hos pasienter (Konsmo, 1995, s. 84-86). Det blir oppfordret til at kvinner ser arret i speilet før avreise fra sykehuset (Sørensen, et al., 2016, s. 446). Om sykepleieren er bevisst på hvordan kvinner anvender språket under sårskift kan dette bidra til vurdering om kvinnens opplevelse av distansering mellom seg selv og brystet (Freysteinson et al. 2012, s. 368). På bakgrunn av dette kan det være gunstig å anvende utforskende ferdigheter, som å stille åpne spørsmål, for at pasienten skal reflektere over sin situasjon (Eide & Eide, 2017, 208). Refleksjon kan bidra til at kvinnen får et mer helhetlig syn som kan unngå fragmentering av egen kropp (Eide & Eide, 2017, 208; Freysteinson et al., 2012). Dette kan være refleksjoner kvinnen har angående hvordan omgivelsene møter kroppsendringene, eller synet på egne kroppsendringer. Et annet element som kan være gunstig å utforske ved kommunikasjon er hvilke spesifikke bekymringer pasienten har rundt kroppsendringene som kan forekomme etter en mastektomi, samt hvilke følger disse endringene har (Eide & Eide, 2017; Dahl & Sørensen, 2016, s.221).

I studien til Freysteinson et al. (2012) kommer det frem at helsepersonell blir oppfattet som omsorgsfulle. Likevel ønsker en kvinne at sykepleieren direkte skal spørre «hvordan hun egentlig har det?» og deretter gi kvinnen en sjanse til å svare på et dypere nivå (Freysteinson et al. 2012, s. 364-365). Dette kan tyde på at det er et savn at sykepleieren inviterer til dypere samtaler om vanskelig tema. Med andre ord burde sykepleier være observant med tanke på tegn fra kvinnen som illustrerer behov for å snakke om følelser (Sørensen, et al., 2016, s. 446). På en annen siden kan det se ut som sykepleieren ikke tørr å stille utfordrende spørsmål, men venter på at kvinnen skal ta kontakt om de ønsker å snakke (Eide & Eide, 2017, S 191-192). Dette kan føre til passivitet og misnøye blant pasientene. Likevel opplever flere kvinner at sykepleieren er støttende (Freysteinson et al. 2012). Noen studier vektlegger at kvinnen trenger støtte i en postoperativ fase (Simmelsgaard & Konradsen, 2017; Rosenberg et al., 2020; Piot-Ziegler et al., 2010). Dette kan sees i sammenheng med Piot-

Ziegler et al., (2010) som belyser at fragmentering av kvinnekroppen kan få henne til å føle på en frykt for sin egen identiteten, og for avvising. På bakgrunn av dette er kjærlighet og støtte gunstig (Piot-Ziegler et al., 2010). At en sykepleier er lyttende og stiller riktige spørsmål skaper en trygghet som er gunstig for at kvinnen skal føle seg komfortable med dypere samtaler (Eide & Eide, 2017, s. 191-192). Sykepleier burde se på kvinnen som en helhet, og hjelpe kvinnen til å avstå fra å se på egen kropp som fragmentert. På den andre siden er det store individuelle forskjeller, hvor det kan se ut til at kvinner har ulikt behov for støtte fra sykepleieren. På bakgrunn av dette er personsentrert omsorg og de yrkesetiske retningslinjene for å ivareta pasientens helhetlige omsorg vesentlig (NSF, 2019; Thorsen, 2014, s. 69). Dette vil si at sykepleier burde tilpasse seg etter pasientens behov og utforske om pasienten trenger støtte (Konsmo, 1995, s.165-166; Kristoffersen, 2016, s. 383). I studien til Freysteinson et al. (2012) fant flere kvinner ektefelle og venner som hjelpsomme og støttende. Dette kan tyde på at de ikke ønsket mer støtte og omsorg fra sykepleier, fordi de har pårørende som ivaretar dette behovet. Et viktig aspekt er at det er individuelle forskjeller. Det er altså viktig at sykepleieren er åpen for at kvinner kan ha behov for å snakke dypere og trenge støtte, men at det er kvinner som finner støtte i andre hvor grunnlaget er en mer langvarig relasjon.

6 Konklusjon

I oppgaven kommer det frem at kvinnens viktigste prioritet ved en brystkreftdiagnose er å overleve, selv om det kan gå på bekostning av kroppsbildet. Det å miste ett bryst kan ha en sammenheng med alderen kvinnen befinner seg i, men dette er ikke bestemt. Det er derimot vist at mastektomi kan provosere til et negativt kroppsbilde. Hvis det i utgangspunktet er et dårlig kroppsbilde før mastektomien kan dette føre til et enda mer negativt kroppsbilde. Det er store individuelle forskjeller i hvilken grad kroppsbildet til kvinnen blir påvirket. For de fleste kvinnene var rekonstruksjon helt nødvendig eller ble sett på som en bonus. Mastektomien kan utfordre kvinnens feminitet og derav by på identitetsproblemer. Opplevelsen av tapt feminitet er individuelt. Oppsummert gir mastektomi et dårligere kroppsbilde, men dette er veldig individuelt og det er store ulikheter i hvordan kvinner håndterer disse kroppsendringene.

For at kvinnen skal oppleve mestring av eget kroppsbilde burde sykepleier først og fremst informere, forberede og støtte pasienten. Det er ingen fasit på hvordan pasienten kan mestre kroppsendringer, men at pasienten er engasjert og tar kontroll kan være en begynnelse. Det er viktig at sykepleieren ser helheten i pasienten, og ut fra dette kan sykepleier invitere til en samtale på et dypere nivå. I samtalen kan sykepleieren kartlegge hvordan pasienten ser på seg selv og skape trygge rammer som bidrar til mestring. Sykepleier skal ikke anklage pasienter for valgene de tar, samt ikke anta at det å miste et bryst går utover feminitet eller er en «no big deal». Opplevelsen av å miste et bryst kan ha en liten eller stor betydning og det er kun pasienten selv som har denne fasiten. Oppsummert burde sykepleier se kvinnen og kvinnens perspektiv der hun er.

I funnene til samtlige artikler sees det en likhet i konklusjonen, eller deler av den: det er store individuelle forskjeller i opplevelsen av mastektomi. På den ene siden vil det alltid være individuelle forskjeller når det forskes på mennesker. På den andre siden undrer jeg hvorfor det er sånn. Det kan ha en sammenheng med at det tradisjonelt sett er forsket lite på kvinnehelse og tilsynelatende ser det ut som det er mer behov for forskning innenfor kvinnehelse og deres kroppsbilde.

Litteraturliste

Benner, P. & Wrubel, J. (2001). *Omsorgens betydning i sygepleje: stress og mestring ved sundhed og sygdom* (p. 448). Munksgaard.

Borgen, C. S. (2021, 24. april.) *Den farlige idealkroppen*. NRK.

<https://www.nrk.no/ytring/den-farlige-idealkroppen-1.15464794>

Bredal, I. B. (2017). Kapittel 27: Sykepleieutfordringer ved brystkreft. I A. M. Reitan, & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient, utfordring, handling* (4. utg., s. 477-487). Cappelen Damm akademisk.

Dahl, A. A., & Sørensen, T. (2016). *Kreftsykdom: psykologiske og sosiale perspektiver* (p. 385). Cappelen Damm akademisk.

Dalland. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg., p. 272). Gyldendal akademisk.

Dietrichson, S. (2018, 24. mai). *Vi vet for lite om kvinners helse*. Kilden.

<https://kjonnsforskning.no/nb/2018/05/vi-vet-lite-om-kvinnens-helse>

Engstrøm, M. J. (2021, 19. januar). Mastektomi. *Store norske leksikon*.

<https://sml.snl.no/mastektomi>

Fallbjörk, U., Salander, P. & Rasmussen, B. H. (2012). From "no big deal" to "losing oneself": different meanings of mastectomy. *Cancer nursing*, 35(5), 41–E48.

<https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e31823528fb>

Freysteinson, W. M., Deutsch, A. S., Lewis, C., Sisk, A., Wuest, L. & Cesario, S. K. (2012). The experience of viewing oneself in the mirror after a mastectomy. *Oncology nursing forum*, 39(4), 361–369. <https://doi.org/10.1188/12.ONF.361-369>

Gjersvik, P. (2007). *Økt bruk av bilateral mastektomi ved brystkreft*. Tidsskriftet den norske legeförening. <https://tidsskriftet.no/2007/11/verdens-helse/okt-bruk-av-bilateral-mastektomi-ved-brystkreft>

Grønseth, R. & Jerpseth, H. (2019). *Bacheloroppgaven i sykepleie: praktiske råd i skriveprosessen* (1. utgave.). Fagbokforlaget

Helsebiblioteket. (2016, 03. juni). *PICO*. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>

Helsebiblioteket. (2018, 19. februar). *MeSH på norsk» i helsebiblioteket – verktøy for gode søkeord og treffsikre artikkelsøk*. <https://www.helsebiblioteket.no/legemidler/aktuelt/mesh-pa-norsk-i-helsebiblioteket-verktoy-for-gode-sokeord-og-treffsikre-artikkelsok>

Helsedirektoratet. (2021). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter med brystkreft*. Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/brystkreft-handlingsprogram/Brystkreft%20-%20Nasjonalt%20handlingsprogram%20med%20retningslinjer%20for%20diagnostikk,%20behandling%20og%20oppfolging.pdf/_attachment/inline/54aa081b-9a76-409b-850f-abf657174663:0beff4651fbb5d23f5fc392a92f2f57cc07e2cab/Nasjonalt%20handlingsprogram%20for%20pasienter%20med%20brystkreft.pdf

Jacobsen, A. M. L. (2017). Kapittel 38: Sykepleieutfordringer ved kreft i kvinnelig kjønnsorgan. I A. M. Reitan, & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient, utfordring, handling* (4. utg., s. 604-613). Cappelen Damm akademisk.

Kirkevold, M. (2014). Kapittel 9: Personsentrert og individualisert sykepleie I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 106-119). Gyldendal akademisk

Kirkevold. (1998). *Sykepleieteorier: analyse og evaluering* (2. utg., p. 254). Gyldendal.

Konsmo, T. (1995). *En hatt med slør: om omsorgens forhold til sykepleie: en presentasjon av Benner og Wrubels teori* (p. 221). TANO.

Kreftforeningen. (2021, 7. desember). *Slik undersøker du brystene dine*. <https://kreftforeningen.no/forebygging/oppdag-kreft-tidlig/slik-undersoker-du-brystene-dine/>

Kreftlex. (2022). *Brystkreft*. Hentet 3. februar 2020 fra <https://kreftlex.no/Brystkreft>

Kristoffersen, N. J. (2016). Å stryke pasientens ressurser – sykepleierens helsefremmende og pedagogiske funksjon I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: B. 3: Sykepleie - fag og funksjon* (3. utg., bind 3, s. 29-84). Gyldendal akademisk.

Rødland, A. W. (2018 april). *Hva vet vi om kvinners helse?* Kilden Kjønnforskning.no og Norske Kvinners Sanitetsforening.

https://kjonnsforskning.no/sites/default/files/rapporter/kvinnehelserapport_final_150518_med_isbn.pdf

Lorentsen, V. B. & Grov, E. K., (2016). Kapittel 28: Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I H. Almås, D.-G. Stubberud, R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie* (5. utg., bind 2, 397-436). Gyldendal.

NSF Norsk Sykepleier Forbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. NSF.

<https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

Oslo Universitetssykehus. (2020, 20. September). *Avdelingen for plastikk- og rekonstruktiv kirurgi: Brystrekonstruksjon etter brystkreft ved Rikshospitalet*. <https://oslo-universitetssykehus.no/behandlinger/brystrekonstruksjon-etter-brystkreft?sted=rikshospitalet>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettighetsloven* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata

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

Reitan, A. M. (2017). Kapittel 4: Psykologisk krise og mestringsmuligheter. I A. M. Reitan, & T. K. Schjøllberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient, utfordring, handling* (4. utg., s. 604-613). Cappelen Damm akademisk.

Rosenberg, S. M., Dominici, L. S., Gelber, S., Poorvu, P. D., Ruddy, K. J., Wong, J. S., Tamimi, R. M., Schapira, L., Come, S., Peppercorn, J. M., Borges, V. F., & Partridge, A. H. (2020). Association of Breast Cancer Surgery With Quality of Life and Psychosocial Well-being in Young Breast Cancer Survivors. *JAMA surgery*, *155*(11), 1035–1042.

<https://doi.org/10.1001/jamasurg.2020.3325>

Schjølberg, T. K. (2017). Kapittel 7: Endret kroppsilde. I A. M. Reitan, & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient, utfordring, handling* (4. utg., s. 133-143). Cappelen Damm akademisk.

Simmelsgaard, S. K. & Konradsen, H. (2017). At leve med et nyt bryst. *Nordisk sykeplejeforskning*, *7* (3-2017). S. 250-261. 10.18261/ISSN.1892-2686-2017-03-07

Solvoll, B. -A. (2016). Identitet og egenverd I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: B. 2: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., bind 3, s. 105- 139). Gyldendal akademisk.

Svartdal, F. (2020 6. desember). Femininitet. *Store norske leksikon*. <https://snl.no/femininitet>

Sørensen, E. M., Lorvik, M. K., Erntsen, N. G. & Almås, H., (2016). Kapittel 29: Sykepleie ved brystkreft. I H. Almås, D.-G. Stubberud, R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie* (5. utg., bind 2, 437-451). Gyldendal.

Thidemann, I. -J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utgave.). Universitetsforlaget.

Thorsen, K. (2014). Kapittel 5: Aldringsteorier I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 58-70). Gyldendal akademisk

VID vitenskapelig høyskole. (2020, august). *Retningslinjer for akademisk oppgaveskriving på bachelor-, videreutdanning- og masternivå – APA 7*.

<https://www.vid.no/site/assets/files/7525/retningslinjer-for-oppgaveskriving-apa-norsk-vid-1.pdf?339g5q>