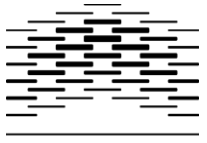


**Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid,
Pilestredet,
Fakultet for helsefag**



HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

Kandidatnummer: 251

Dato: 16/03/2017

Klasse: 3A

Kull: 2014

Antall ord: 9646



Mastektomi og endret kroppsbilde

Betydningen av sykepleierens informerende ferdigheter

16/03/2017

«There are times now when I look in the mirror without one breast and no hair, I think to myself: I'm not exactly the top ten list. It isn't alright at all. Loosing a breast is more arduous than I first thought» (Stang & Mittelmark, 2007).

Antall ord: 9646

Sammendrag bacheloroppgave

Bakgrunn

Temaet belyser endret kroppsbilde ved mastektomi, og hvordan sykepleiers informerende ferdigheter kan bidra til å mestre situasjonen. Temaet ble valgt på bakgrunn av en interessant forelesning om brystkreft og et pasientmøte i praksis. Det fikk meg til å bli nysgjerrig på hvordan dette påvirker unge kvinners kroppsbilde.

Problemstilling

«Hvordan kan sykepleiers informerende ferdigheter bidra til mestring hos unge kvinner med endret kroppsbilde etter mastektomi ved brystkreft?»

Metode

For å svare på problemstillingen er metoden litteraturstudie brukt, hvor jeg har funnet undersøkelser fra forskning som er relevant for problemstillingen, gått kritisk gjennom dem og til slutt sammenfattet resultatene. Drøftingen blir satt i lyset av blant annet salutogenesemodellen (opplevelse av sammenheng) til sosiologen Aaron Antonovsky som er en anerkjent forsker innen stress og mestring.

Resultater/diskusjon/konklusjon

I denne delen av oppgaven fokuseres det på hvordan sykepleiers informerende ferdigheter kan bidra til mestring med tanke på kroppsbildet. Forskingen viser at det finnes et informasjonsbehov angående eksterne brystproteser, speil, selvhjelps-grupper og selve sykdommen. Det kom fram at partner og/eller andre pårørende var en god mestringsressurs. Derfor er det viktig at disse får god informasjon for å være en god støtte for kvinnen. Informasjonsbehovene er individuelle. Det er altså ingen fasit på hva alle vil ha informasjon om, men det tyder på at god informasjon som er pasient-sentrert fører til sterk opplevelse av sammenheng som er en forutsetning for mestring.

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	1
1.1 Hensikt.....	1
1.2 Problemstilling.	1
1.1.1 Avgrensinger og presisering av problemstilling.....	2
1.1.2 Sykepleierrelevans.....	2
1.2 Definisjon av begreper i problemstillingen.	3
1.3 Disposisjon.	3
2.0 TEORI	5
2.1 Brystkreft med mastektomi som behandling.	5
2.2 Tilbud om mestringshjelp.....	6
2.3 Endret kroppsbilde ved mastektomi.	6
2.4 Mestring.....	7
2.4.1 Antonovskys salutogenesemodell.	7
2.5 Hjelpende informasjon.	8
3.0 METODE.....	10
3.1 Litteraturstudie som metode.....	10
3.2 Forberedelse av litteratursøk.	10
3.2.1 Inklusjon og eksklusjonskriterier.	11
3.3 Gjennomføring av søk.	11
3.4 Kildekritikk.	14
3.5 Forskningsetikk.	15
4.0 RESULTATER OG FUNN.....	17
4.1 Opplevelser av kroppsbildet etter mastektomi.	17
4.2 Mestringsbehov og behov for informasjon etter mastektomi.	18
5.0 DRØFTING.....	23
5.1 Informasjonens betydning.	23
5.2 Viktigheten av partner og sosial støtte.	26
5.3 Læring i grupper.....	27
5.4 Brystproteser og bruk av speil.....	28
6.0 KONKLUSJON.....	30
7.0 LITTERATURLISTE.....	32
8.0 VEDLEGG.....	36

1.0 INNLEDNING

Antall kvinner som rammes av brystkreft øker. I 2015 fikk 3415 kvinner brystkreft i Norge. Det er dobbelt så mange norske kvinner som i 1957 (Kreftregisteret, 2016). Brystkreft rammer hyppigst kvinner over 50 år (Schlichting, 2011, s. 434).

Teamet i denne litteraturstudien er mastektomi ved brystkreft og endret kroppsbilde hos unge kvinner. Dette temaet er til dels valgt på bakgrunn av nysgjerrighet ovenfor brystkreft etter en forelesning vi hadde på skolen. Det fikk meg til å tenke på hvordan kroppsbildet til kvinner blir påvirket etter å ha måtte fjerne et bryst/brystene. Jeg tenker at kroppsbilde alltid har vært viktig for mennesket. Det er også et stort tema i samfunnet i dag, særlig hos unge. Jeg husker jeg var i praksis på en helsestasjon på utveksling i Stockholm. Der møtte jeg en pasient som var en eldre mann på rundt 70 år som nylig hadde fått anlagt ileostomi. Jeg spurte ham hvordan han tok dette, og han svarte at han er glad for at dette ikke skjedde da han var yngre. Dette var fordi han syntes kroppsbildet var viktigere for ham i sine yngre dager. I følge Dahl (2016, s. 221) har yngre kvinner et mer sårbart kroppsbilde, som kan føre til at mastektomi går hardere ut over deres kroppsbilde. Dette har bidratt til å vekke en interesse for kroppsbildet, hvordan det påvirkes ved mastektomi hos unge kvinner med brystkreft og hvilken pedagogisk rolle mitt framtidige yrke som sykepleier spiller.

1.1 Hensikt.

Hensikten med studien er å belyse hvordan man i sykepleiepraksis kan bruke informerende ferdigheter for å hjelpe unge kvinner etter mastektomi ved brystkreft til å mestre det psykologiske stresset med en forandret kropp.

1.2 Problemstilling.

«Hvordan kan sykepleiers informerende ferdigheter bidra til mestring hos unge kvinner med endret kroppsbilde etter mastektomi ved brystkreft?».

1.1.1 Avgrensinger og presisering av problemstilling.

Når jeg prater om unge kvinner i problemstillingen, menes kvinner under 50 år. Dette er avgrenset med tanke på at det kan variere hvordan kvinner opplever kroppen i forskjellige aldersgrupper (Dahl, A.A, 2016, s. 221). Det vil altså være et fokus på yngre kvinner (under 50 år) gjennom oppgaven. I denne oppgaven skal jeg fokusere på sykepleiers pedagogiske funksjon som er avgrenset til sykepleiers informerende ferdigheter, altså hjelpende informasjon. Med sykepleierens pedagogiske funksjon menes konkrete handlinger som sykepleieren har et ansvar for med hensikt til å legge rette for oppdagelse, læring, vekst, utvikling og mestring hos andre (Tveiten, 2008, s. 30).

Ettersom at jeg skal fokusere på den psykiske belastningen etter mastektomi, blir det derfor ikke tatt opp noen fysiske plager som kvalme, smerter osv.

1.1.2 Sykepleierrelevans.

Sykepleierrelevansen i denne studien bygger på at brystkreft er den vanligste kreftsykdommen blant kvinner. Prevalensen kommer til å øke hos kvinner under 50 år på grunn av livstil med lite fysisk aktivitet og overvekt (Schlichting, 2011, s. 434). Sykepleiere vil dessuten generelt møte pasienter med kreft i hele helsesektoren. Kreft er en diagnose som kan forbindes med mange fysiske plager men også sterkt psykologisk stress og belastninger (Dahl, 2016, s. 221). Ved brystkreft med mastektomi som behandling må kvinnen forholde seg til både kreftdiagnosen og en endret kropp som kan tenkes være belastende for henne. I følge studien til Remmers, Holtgräwe og Pinkert (2009) led kvinnene mer av psykologiske plager enn fysiske plager relatert til den kirurgiske behandlingen av brystkreft. Disse plagene bygde seg på endret kroppsbilde, frykt for metastaser og død.

Pedagogikk er viktig i sykepleien. Tveiten (2014, s. 7) skriver at sykepleiers informerende ferdigheter er viktigere enn før. På grunn av pasienters rett til informasjon og medvirkning, samt de store mulighetene for informasjon gjennom internett, stiller dette store krav til sykepleieren.

I følge Deccace (2011, sitert i Tveiten, 2014, s. 20) er informasjonsbehovet i helsetjenesten økende. Dette er på grunn av internett og at pasienter i større grad gir uttrykk om sin tilfreds eller utilfredshet i helsetjenester. Mestring er en naturlig egenskap hos mennesker, men i blant kan man havne i situasjoner som er så belastende at man ikke klarer å mestre dem. Da har man behov for mestringshjelp (Reitan, 2010, s. 74). Dette er også en viktig sykepleierrelevans.

1.2 Definisjon av begreper i problemstillingen.

Kroppsbilde: «Kroppsbildet er det psykiske bildet av det fysiske selvet og omfatter holdninger og sansinger om utseende, helsetilstand, kroppslige ferdigheter og seksualitet» (Dahl, A.A, 2016, s. 212).

Informerende ferdigheter/Hjelpende informasjon: «Å gi hjelpende informasjon er å formidle kunnskap som pasienten har behov for og er i stand til å ta imot» (Eide og Eide 2013, s. 292).

Mestring: Jeg synes definisjonen til Lazarus og Folkmans (1987) som er sitert i Reitan (2010, s. 78) er en god forklaring på mestring : «Kontinuerlig skiftende kognitive og atferdsmessige anstrengelser for å klare spesifikke indre og/eller ytre krav som vurderes krevende, eller som overstiger personens ressurser og truer velvære.»

Mastektomi: Når hele brystkjertelen blir fjernet (Schlichting, 2011, s. 437).

1.3 Disposisjon.

Videre i oppgaven skal jeg presentere teorien jeg har valgt på bakgrunn av min problemstilling. Dette skal være mitt teoretiske rammeverk som jeg skal forholde meg til gjennom drøftingen. Her skal jeg gjøre rede for brystkreft med mastektomi som behandling, tilbud om mestringshjelp, endret kroppsbilde, mestring, Antonovskys salutogenesemodell og hjelpende informasjon.

Deretter presenteres metodekapittelet der metoden som er brukt beskrives generelt. Jeg skal gjøre rede for hvordan jeg har gått fram i litteratursøk i jakten på forskningsartikler. Det vil si

en redegjørelse for mine forberedelser til litteratursøket, gjennomførelse av litteratursøk, og kildekritikk, der skal jeg begrunne valg av kilder og vurdere kvaliteten på kildene jeg har brukt.

I et eget kapittel skal funn og resultater fra forskningsartiklene presenteres i temaer som jeg har identifisert under granskingen av innholdet. Deretter presenteres drøftkapittelet der jeg skal ta med meg funnene og resultatene fra forskningsartiklene og drøfte dette opp mot min problemstilling. Drøftingen skal belyse problemstillingen i lyset av Antonovksys salutogenesemodell samt de andre komponentene fra teorikapittelet. Til slutt kommer jeg med en konklusjon og et endelig svar på problemstillingen.

2.0 TEORI

2.1 Brystkreft med mastektomi som behandling.

Brystkreft er en ondartet svulst som har utgangspunkt i brystkjertelens melkeganger eller melkekjertler. Faktorer som påvirker utviklingen av brystkreft er sammensatt av genetikk, livstil og forhold i fosterlivet (Schlichting, 2011, s. 434).

Kirurgi er den viktigste behandlingen. Dette kan gjennomføres enten alene eller i kombinasjon med cellegift, strålebehandling og hormonbehandling (Sørensen og Almås, 2010, s. 444). Behandlingsmetode avhenger av svulstens størrelse, egenskaper, om det er spredning til lokale lymfeknuter og alder (Oslo universitetssykehus, u.å).

Er svulsten mindre enn fire cm. og det ikke er andre svulster i brystet kan det antas at brystbevarende kirurgi er trygt å gjennomføre. Da fjerner de bare selve svulsten og kvinnen får beholde brystet (Sørensen og Almås, 2010, s. 444). Dersom svulsten er større enn fire cm eller om det er flere svulster i brystet, blir hele brystkjertelen fjernet (mastektomi). Noen kvinner ønsker å fjerne hele brystet i frykt for å få tilbakefall. Kvinner under 35 år anbefales også til å fjerne hele brystet på grunn av at tilbakefall hos unge kvinner er forbundet med fjernmetastaser (Schlichting, 2011, s. 437).

Oslo universitetssykehus (u.å) skriver på sin hjemmeside at fra da kvinnen er diagnostisert til hun blir operert skal det ta maks 13 dager. De fleste blir operert på dagkirurgisk avdeling, som vil si at kvinnen drar hjem etter inngrepet. Dagkirurgiske pasienter får tilbud om time på poliklinikken dagen etter operasjonen for samtale med sykepleier og fysioterapeut.

I retningslinjer for pakkeforløp ved brystkreft har helsedirektoratet skrevet at pasientene og eventuelle pårørende skal informeres om hva hun/han kan forvente seg etter utskriving. Det skal også gis informasjon om eventuelle psykiske plager som følger behandlingen, samt hvor de kan henvende seg med problemer. Pasientens og pårørendes problemer skal vurderes individuelt, og tiltak skal rettes mot deres individuelle behov (Helsedirektoratet, 2016).

2.2 Tilbud om mestringshjelp

I følge Sørensen og Almås (2010, s. 448) trenger pasienten mye støtte tiden etter inngrepet, spesielt fra sine nærmeste og eventuelle partner. Det kan være vanskelig for kvinnens pårørende at hun er operert for brystkreft, og for at de skal være en god støtte trenger de også mestringshjelp. I følge Walker (referert i Almås og Sørensen, 2010, s. 448) skal pasienten og partneren ses på som en enhet, ettersom at de påvirker hverandre. Kreftforeningen samarbeider med montebellosenteret som holder kurs og samlinger for pasienter og pårørende (Kreftforeningen, u.å).

Brystkreftforeningen har dessuten en egen gruppe for yngre kvinner (under 45) som er operert for brystkreft der det finnes årlige foredrag og sosiale samlinger. Der kan man komme i kontakt med andre yngre kvinner som er i samme situasjon. Brystkreftforeningen kan også tilby en representant som kan ta kontakt, som selv har vært operert for brystkreft (Brystkreftforeningen, u.å).

Dersom pasienten ønsker det får pasienten en midlertidig brystprotese når hun drar hjem fra sykehuset. Det finnes mange ulike typer brystproteser som kvinnen kan bruke. Noen er laget av vatt eller skumgummi som kan legges inn i en BH eller festes til undertøyet. Det finnes også proteser med lim på baksiden som kan festes på huden. Det finnes et stort utvalg av undertøy og badetøy som kan brukes til protesen (Almås og Sørensen, 2010, s. 448-449).

Kvinnen skal få informasjon om permanent brystprotese og ulike forhandlere (Almås og Sørensen, 2010, s. 450). Flere kvinner får rekonstruksjon i samme operasjon der kreften fjernes. I følge Fonn (2013, 25.10) får tre kvinner i uken i Oslo, innlagt protese under samme operasjon. Selv om ventetiden for rekonstruksjon har blitt redusert, er det fortsatt ventetid for kvinnene som har gjennomgått mastektomi. Det varierer fra ulike steder i landet. Ventetiden på rekonstruksjon med eget vev er alt fra 24 til 52 uker. Ventetiden på rekonstruksjon med protese er alt fra 8-52 uker (Helsenorge, u.å).

2.3 Endret kroppsbilde ved mastektomi.

Kroppen betyr mye for selvpplevelsen vår. Hvordan en person forholder seg til kroppen sin kan gjenspeile viktige sider ved identiteten. Å føle at kroppen ikke er bra nok kan fortelle noe om hvordan personen opplever seg selv som person (Solvoll, 2011, s. 17-18).

Kroppsbildet i klinisk medisin har først og fremst vært knyttet til spiseforstyrrelser. Det blir i økende grad også knyttet til kreftpasienter. Dette gjelder særlig brystkreftpasienter som gjennomgår mastektomi. Misnøye med eget kroppsbilde er knyttet til dårlig selvfølelse, sosial angst, depressive symptomer og redusert livskvalitet. Dette er vanlig å se hos kreftpasienter (Dahl, 2016, s. 221).

Det å miste et eller begge brystene kan bli en stor psykologisk belastning for mange kvinner. Det kan skape opplevelser av tapt feminitet, vanskeligheter med å se seg selv naken, misnøye med utseende, følelse av å være mindre seksuelt tiltrekkende. Undersøkelser som er referert i Dahl (2016, s. 221) viser at kroppsbildet hos kvinner med brystkreft er dårligere etter mastektomi enn ved brystbevarende operasjon. Når det gjelder yngre kvinner har de et mer sårbart kroppsbildet, som fører til at mastektomi kan gå hardere inn på dem psykologisk (Dahl, 2016, s. 221).

2.4 Mestring.

Mestring kan forstås som å få til noe, eller greie seg. Livet mestrer vi i den forstand at vi tilpasser oss, utvikler oss og lærer nye ferdigheter. Det er den generelle siden ved mestring. Spesiell mestring kan man kalle det når et menneske har kommet i en så belastende situasjon at det blir vanskelig å mestre dem (Reitan, 2010, s. 74). Det finnes mange teoretikere som skriver om mestring, men i denne oppgaven er det et fokus på Antonovskys salutogenesemodell, som skal gjøre rede for under.

2.4.1 Antonovskys salutogenesemodell.

Sykdom er veldig vanlig blant mennesker. Fra et patologisk syn prøver man å forklare hvorfor man blir syk. Men når man ser det fra et salutogenetisk syn fokuserer man på hva det er som gjør oss friske. Derfor kan man si at salutogenese er det motsatte av patogenese (Antonovsky, 1991, s. 12).

I følge Antonovsky (1991, s. 12) er menneskelivet fullt av stressfaktorer men at de aller fleste klarer å mestre hverdagen bra til tross for stressende situasjoner. Han mener at såkalte generelle motstandsressurser er avgjørende for hvordan man skal mestre en stressende situasjon. Dette kan være ressurser som inntekt, viljestyrke, kulturell stabilitet, sosial støtte,

tidligere erfaringer med stressende situasjoner o.l. Det deles inn i indre og ytre ressurser. Indre ressurser er for eksempel viljestyrke, kunnskap og positivitet, og ytre ressurser kan være sosial støtte (Reitan, 2010, s. 83-84). Generelle motstandsressurser er alt det som gir oss kraft til å bekjempe ulike stressfaktorer (Antonovsky, 1991, s. 12).

Helse blir sett på som en utviklingsprosess, hvordan helsen kan påvirkes av den enkelte eller av andre som for eksempel sykepleier (Reitan, 2010, s. 83). Antonovsky (1991, s. 13) ville ha en regel på hva som er generelle motstandsressurser. Han ville kunne identifisere en generell motstandsressurs uten å behøve å se om det fungerer. For å besvare dette utviklet han et begrep som kalles opplevelse av sammenheng (sense of coherence).

Opplevelse av sammenheng har tre sentrale komponenter som forholder seg til hverandre: Begriplighet, håndterbarhet og meningsfullhet (Antonovsky, 1991, s. 38). Det betyr at for å oppnå en sterk opplevelse av sammenheng må vi kunne forstå situasjonen, ha tro på at vi kan finne løsninger og finne mening i å forsøke å finne en løsning (Reitan, 2010, s. 82).

Opplevelse av sammenheng utvikler seg gjennom livet da man tilegner seg mer livserfaringer når man blir eldre. Men det betyr ikke at alle utvikler seg likt. Antonovsky illustrerer dette med en elv. Elven representerer livets gang. Deler av elven er forgiftet, det finnes forgreninger som fører til roligere vann og andre som leder til usikre og farlige strømmer. Det han mener med elven er at mennesker klarer seg forskjellig selv om elven er den samme (Antonovsky, 1991, s. 118).

2.5 Hjelpende informasjon.

I følge pasient og brukerrettighetsloven har pasienter rett på å få informasjon som er nødvendig i forhold til sykdommen og eventuelle risikoer og bivirkninger. De har også rett på å få informasjon om tjenestetilbud (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999).

Informasjon er en del av sykepleierens pedagogiske funksjon. Sykepleierens pedagogiske funksjon er en sentral rolle i sykepleien og har som hensikt å legge til rette for oppdagelse, vekst, læring, utvikling og mestring (Tveiten, 2014, s. 31). Sykepleiers tradisjonelle behandlerrolle flyttes til en pedagogisk rolle.

Hjelpende informasjon er å formidle kunnskap som pasienten har behov for og er i stand til å ta imot. Økt kunnskap gir en følelse av kontroll og opplevelse av mestring. Det er ikke alltid lett å vite hva pasienten trenger informasjon om. Da er det viktig som sykepleier å identifisere

hvilke behov pasienten har for informasjon. Man kan spørre pasienten om det er noe spesielt man lurer på. Som regel har sykepleier en anelse om det viktigste pasienten lurer på, men i blant har pasienten informasjonsbehov hun/han ikke vet eksisterer. Skjulte behov kan identifiseres ved å bruke en fortellende tilnærming; man spør pasienten hvordan det går og identifiserer behov ut i fra det som blir sagt (Eide og Eide, 2013, s. 292-293). Dette kan også føre til at pasienten oppdager nye ting om seg selv. Det har seg slik at dersom man gir pasientene et svar vil dette føre til avhengighet, men når sykepleier stiller spørsmål tvinges pasienten til å reflektere over sin situasjon på egenhånd. Det fører til en opplevelse av kontroll og selvstendighet som kan være en forutsetning for mestring (Kristoffersen, 2011, s. 345).

På sykehus er det flere og flere som behandles poliklinisk og liggetiden reduseres. Dette fører til at under selve sykehusoppholdet er det sjeldent rom for muntlig informasjon. For å kompensere opp for dette finnes det nettsider, poliklinikker og læring og- mestringssentre over hele landet for å ta for seg informasjon, støtte og undervisning. Helsepersonell med fagkunnskap, tidligere pasienter og pasienter selv kan delta i gruppene. Dette fører til at pasienter kan møte andre i samme situasjon (Kristoffersen, 2011, s. 344).

Ettersom at det finnes så mye informasjon på internettet kan man møte pasienter med mye kunnskap. Men all informasjon på nettet har ikke like mye kvalitet, som kan føre til at kunnskapen dem har er feilaktig (Tveiten, 2014, s. 20).

3.0 METODE

Metode er det som forteller oss hvordan man skal gå fram for å innhente eller prøve kunnskap. Sosiologen Vilhelm Auberts definisjon av metode som er sitert i Dalland (2012, s. 111) beskriver hva en metode er: «En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med arsenalet av metoder»

Vi har fått tildelt metoden litteraturstudie fra skolen. Derfor blir ikke begrunnelse for valg av metoden nevnt her. Det blir heller et innblikk i hva litteraturstudie som metode går ut på.

3.1 Litteraturstudie som metode.

Litteraturstudie som metode innebærer en studie som systematiserer kunnskap fra kilder som er skriftlige. Det vil si at man samler inn litteratur, går kritisk gjennom den og til slutt sammenfatter det hele i en konklusjon. Hensikten med en litteraturstudie er at den skal gi leseren en oppdatert forståelse av kunnskap i det området studiet fokuserer på og det problemstillingen spør etter samt hvordan forfatteren har kommet frem til kunnskapen. Da skal man vise hvordan man har forberedt litteratursøkene, hvordan man har gjennomført litteratursøkene, vurdere kvalitet på artiklene, analysere og tolke funn fra artiklene og til slutt sammenfatte resultatene (Thidemann, 2015, s. 79-80).

3.2 Forberedelse av litteratursøk.

Etter jeg hadde laget en presis og avgrenset problemstilling begynte jeg med å forberede litteratursøk til forskning som skulle inkluderes i oppgaven. For å operasjonalisere problemstillingen lagde jeg et såkalt PICO-skjema (se tabell 1) der hver av bokstavene utgjør ulike elementer. Skjemaet var til hjelp da jeg skulle finne søkeord. Jeg brukte Swemed+ til å finne gode søkeord på engelsk. Bokstavene i PICO-skjemaet står for Patient/Problem, Intervention, Comparison og Outcome (Thidemann, 2015, s. 86).

Tabell 1: Pico-skjema

P	I	C	O
Mastektomerte kvinner ved brystkreft, Endret kroppsbilde	Sykepleierens pedagogiske ferdigheter		Mestring

3.2.1 Inklusjon og eksklusjonskriterier.

Jeg inkluderte kvalitative studier. Det er studier som undersøker menneskers opplevelser og erfaringer (Kunnskapsbasert praksis, u.å). Grunnen til dette valget er at jeg behøvde å vite hvordan pasientenes opplevelser og behov for mestringshjelp var etter mastektomi for at jeg skulle vite hvordan sykepleiers informerende ferdigheter spiller inn i situasjonen.

Artiklene skulle inneholde en forskningsetisk overveielse.

Jeg inkluderte artikler uavhengig av alder, da det finnes lite forskning med fokus på pasienter under 50 år. De fleste artiklene har en bred aldersgruppe. Aldersmessig har jeg inkludert de delene av artiklene som er relevant for problemstillingen.

Artiklene skulle være fagfellesvurdert (peer reviewed) og ikke være eldre enn 10 år for at jeg skulle få så gyldig og ny forskning som mulig.

Alle artikler som ikke var engelske og skandinaviske ble ekskludert for å sile ut artikler jeg ikke kunne lese på grunn av språkkunnskaper.

Jeg ekskluderte alle fysiske belastninger som smerter, kvalme osv. da jeg skulle ha den psykologiske delen av mastektomi ved brystkreft i fokus. Mange av artiklene jeg inkluderte hadde deler som omhandler fysiske belastninger. Jeg valgte å inkludere disse artiklene, men da har jeg bare brukt de delene av artikkelen som er relevant for problemstillingen.

3.3 Gjennomføring av søk.

Jeg har valgt å vise min søkestrategi i tabeller som er inspirert av Thidemann (2015, s. 89). De viser hvilke søkeord som ble kombinert, hvor mange treff jeg fikk på søkene, hvor mange

abstrakte jeg leste, hvor mange artikler som ble lest og hvor mange artikler som ble inkludert. En artikkel fant jeg ved enkeltsøk i Google Scholar. De leste artiklene som ble ekskludert i oppgaven var på grunn av liten relevans til problemstillingen, ingen etiske vurderinger eller så var de eldre enn 10 år. Til sammen fant jeg 6 forskningsartikler som var relevante til problemstillingen. Jeg har presentert artiklene i en litteratormatrise som er vedlagt, der artiklenes relevans og gyldighet blir vurdert. Metode og hovedfunn blir også presentert (se vedlegg 1).

Søkeord: Mastectomy, Body image, Nurse education, Nursing, Breast neoplasms, Coping, Adaptation psychological, Breast cancer

Databasene som ble brukt er: PsycINFO (Tabell 2), Chinal (Tabell 3), Medline OVID (Tabell 4)

Tabell 2: Database PsycINFO

Søkedato	Søk nr	Søkeord/kombinasjoner	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Artikler inkludert
15/1	1	Mastectomy	459			
	2	Body image	11093			
	3	Mastectomy AND Body image	67	5	1	
16/1	1	Nurse education	5007			
	2	Mastectomy AND Nurse education	6	4	2	
18/1	1	Breast neoplasms	3416			
	2	Nursing	17984			
	3	Breast neoplasms AND Nursing	48	5	1	1

Til tross for at jeg fikk avgrenset treffene, var det vanskelig å finne relevante artikler som gikk inn på mestring hos unge kvinner. De jeg fant var 20 år gamle. Jeg leste gjennom samtlige overskrifter og noen «abstrakte» der jeg så det var noen overskrifter som virket relevant. Dersom innholdet i «abstrakt» var relevant, leste jeg artikkelen. Det var i dette tidspunktet jeg valgte om artikkelen skulle inkluderes eller ekskluderes. En artikkel ble inkludert i PsycINFO

Tabell 3: Database Chinal

Søkedato	Søk nr	Søkeord/kombinasjon	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Artikler inkludert
16/1	1	Adaptation, psychological	121562			
	2	Mastectomy	28550			
	3	Adaptation, psychological AND Mastectomy	375	8	1	1
18/1	1	Coping	22581			
	2	Adaptation, Psychological	16318			
	3	Mastectomy	3504			
	4	Coping OR Adaptation, psychological	36486			
	5	Coping OR Adaptation, psychological AND Mastectomy	126	6	2	1

På søkene i Chinal var det mange treff. Min strategi her gikk ut på å lese overskrifter, da jeg synes dette var en effektiv måte å ekskludere artikler på. Man kunne fort se hva artiklene handlet om. To artikler ble inkludert her. De som ble ekskludert hadde ingen relevans til problemstillingen, fordi det var kvantitative metoder i forskningen samt at problemstillingene ikke var relevante til min oppgave.

Tabell 4: Database Medline OVID

Søkedato	Søk nr	Søkeord/kombinasjoner	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Artikler inkludert
25/1	1	Mastectomy	28550			
	2	Young adult	633735			
	3	Body image	15820			
	4	Mastectomy AND Young adult AND Body image	19	4	3	
	5	Mastectomy AND Body image – Avgrenset med år (2006-2017)	449	3	3	2

På søk nr. 5 kan man se at det ble mange treff. Her gjorde jeg utvalg ved å lese gjennom alle overskriftene til jeg fant en overskrift som så relevant ut. Fant to relevante artikler. Søk nr. 4 fikk jeg 19 artikler. Selv om søket var veldig avgrenset med tanke på inklusjon og eksklusjonskriteriene var ikke artiklene relevante for å svare på problemstillingen. Dette var

på grunn av at det var flest kvantitative studier som kom opp, samtidig at dem hadde hovedfokus på fysiske plager.

3.4 Kildekritikk.

Når jeg har lett etter kilder til oppgaven har jeg forsøkt så langt det går å ha et kildekritisk syn. Dette innebærer å finne stoff som er gyldig og relevant for det man skal skrive om. Når det kommer til kildene jeg har funnet har jeg tenkt over hvilken relevans innholdet i stoffet har til oppgaven og hvem som har skrevet innholdet (Dalland, 2012, s. 74).

På nettet kan det finnes mye ugyldig fakta. Derfor har jeg vært ekstra forsiktig når jeg har funnet stoff på nettet. Jeg har bare brukt anerkjente nettsider for å finne informasjon. Jeg har blant annet brukt Oslo universitetssykehus sine nettsider for å undersøke prosessen til behandlingen ved brystkreft og kreftregisteret for å finne forekomsten av brystkreft. Jeg har også brukt kunnskapsbasert praksis, brystkreftforeningen og kreftforeningen sine hjemmesider.

Forskningsartikler jeg har funnet er fagfellesvurdert (peer reviewed). Dette betyr at artikkelen er vurdert og godkjent av eksperter (Dalland, 2012, s. 78). For vurdering om artiklene jeg har funnet er gode har jeg som nevnt laget en litteraturmatrikse (se vedlegg 1), men jeg har også brukt kunnskapsbasert praksis sin hjemmesides sjekklister for kritisk vurdering av artikler med kvalitativ metode. Denne sjekklisten har dekket disse områdene: en klar og presis problemformulering, en metode som er hensiktsmessig for å svare på problemet, resultater man kan stole på, resultater som kan brukes i min oppgave.

Det er også viktig at forfatterne har diskutert styrker og svakheter ved metoden og forskningen (Kunnskapsbasert praksis, u.å.). To av artiklene var fra Norden (Norge og Danmark), som gjorde at forskningen lett kunne relateres til norsk praksis. De andre artiklene var fra USA, Irland, Tyskland og Iran. Med tanke på en økende globaliserende verden vil man som sykepleier møte mennesker med ulike livssyn og religioner. Derfor synes jeg det var relevant å inkludere disse i min studie. Da får jeg et variert perspektiv; både globalt og lokalt. Alle artiklene var skrevet på engelsk. Ettersom at det er jeg som har oversatt artiklene selv, kan det ha påvirket hvordan resultatene tolkes.

I teorikapitlet hadde jeg først tenkt å finne en sykepleierteori som mitt teoretiske rammeverk da jeg syntes det var relevant for problemstillingen, siden oppgaven handler om sykepleie. Etter litt undersøkning om mestring, kom jeg over Antonovskys salutogenesemodell og hans begrep «Sense of Coherence» som jeg syntes virket spennende og ikke minst relevant for oppgaven. Dette er ingen sykepleierteori, men da jeg undersøkte sykepleieteorien til sykepleieteoretikerne Benner og Wrubel, har de basert teorien på noen komponenter i Antonovskys syn på helse (Kristoffersen, 2011, s. 262).

Jeg hadde bestemt meg at der det gikk skulle jeg forsøke å bruke primærkilder ettersom at disse kildene veier tyngst (Dalland, 2012, s. 77). Men jeg har brukt en del faglitteratur fra pensum i teorien som refererer videre til primærlitteratur. Alle bøker utenom Dahl (2016) er fra pensum. Jeg vil tenke meg at dette var relevante kilder ettersom at det er kilder som er brukt gjennom hele utdanningen samtidig som at det blir satt i et sykepleieperspektiv. Alv A Dahl er forskningsrådgiver i psykososial onkologi. Han er en anerkjent forsker i psykososiale problemer hos kreftoverlevende (gyldendal, u.å).

I kapittel 2.1.2 som omhandler mestringstilbud fant jeg først informasjonen i Almås og Sørensen (2010). Der skrev forfatterne at det fantes tilbud for bryskreframmede kvinner på sykehus, kreftforeningen og brystkreftforeningen. Da gikk jeg inn på nettsidene for å kontrollere informasjonen. Siden det er sju år siden år 2010 var det en risiko for at informasjonen var oppdatert eller tatt bort.

Når jeg har gjort rede for sykepleiers pedagogiske funksjon i kapittel 2.5 har jeg brukt Sidsel Tveitens bok, *Pedagogikk i sykepleierpraksis* (2008). Tveiten er sykepleier og har mange års erfaring med veiledning og har undervist lenge om temaet (Tveiten, 2008, s. 6).

Når jeg har gjort rede for Antonovskys salutogenesemodell har jeg brukt primærkilde. Jeg har brukt den svenske oversatte versjonen av «Unraveling the Mystery of Health» (1987), «Hälsans Mysterium» (1991). Selv om boken er oversatt vil jeg fortsatt se på kilden som primærkilde.

3.5 Forskningsetikk.

Forskningsetikk er viktig å være bevisst på. Den er viktig for at den faglige kvaliteten skal være god og for at informanter skal føle seg trygge. Dette innebærer for eksempel at det skal

være frivillig informert samtykke og informantene har krav på at opplysninger om dem blir holdt konfidensielt (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2016).

Selv om mitt empiriske materiale ikke har krevd intervjuer o.l. vil jeg fortsatt vise at jeg har hatt forskningsetikk i tankene når jeg har funnet artikler. Alle artiklene jeg har valgt har hatt en form for forskningsetisk overveielse samt at de er fagfellesvurdert.

4.0 RESULTATER OG FUNN

Her skal resultatene og funnene i de seks forskningsartiklene presenteres. Resultatene sammenfattes i temaer som er identifisert når jeg har lest artiklene. Funnene styrkes opp med sitater fra forskningen. For å svare på min problemstilling har jeg kommet fram til at jeg trenger informasjon om kvinners opplevelser av kroppsbilde etter mastektomi, samt hvilke behov de har for mestring og informasjon. Temaene i resultatdelen er derfor: Opplevelser av kroppsbilde etter mastektomi og mestringsbehov- og behov for informasjon etter mastektomi. Under mestringsbehov- og behov for informasjon har jeg laget underkategorier for å lage en lettleselig struktur.

4.1 Opplevelser av kroppsbildet etter mastektomi.

Det var individuelle forskjeller for hvordan kvinnene opplevde kroppen sin etter mastektomi. Noen kunne ikke fordra sitt eget utseende og følte at de hadde mistet sin feminine side, mens andre hadde en mer positiv holdning til de kroppslige endringene. I følge Fouladi et al. (2013), som studerte mestringsprosessene etter mastektomi, varierte reaksjonene etter mastektomi. De varierte ut i fra fysiske og mentale forhold, samt hvor stort støtteapparat de hadde rundt seg.

«To tell the truth I hate myself. It is two years I've had surgery but still whenever I look at myself I get sad. I'm thinking about it all the time. My breast has become malformed. It seems I'm not a woman» (Fouladi et al., 2013).

Artiklene viser på at noen kvinner ikke tenkte like mye over det å miste brystene da de tenkte mer over at svulsten var borte. Men det var også slik at noen ikke brydde seg om de kroppslige endringene den første tiden, men at reaksjonen kom senere da frykten for sykdommen tok mindre plass.

«Also, the relationships to men and sexuality have become more relevant as I recovered. When having chemo or radiation therapy there's no energy for such contemplations and when you're feeling down and afraid of death, the need for security is dominant. But as we recover and return to ordinary life, the currency of

issues changes and the need to socialise and function normally, to behave and look like others, are the most relevant» (Stang og Mittelmark, 2008, s. 2053).

Fouldadi et al. (2013) skriver at livskvaliteten til kvinner mellom 33 og 43 år var dårligere enn eldre. Dette gjaldt spesielt single kvinner som var redde for fremtiden og om det skulle bli vanskeligere med å finne en partner. Eldre og gifte kvinner hadde i motsetning til de yngre kvinnene en mer tilfredsstillende reaksjon på kreften og mastektomien.

Remmers, Holtgräwe og Pinkert (2009) undersøkelse av stress og forventinger til sykepleier etter mastektomi, viser på at det første bandasjeskiftet var en traumatisk opplevelse. Kvinnene syntes det var belastende, siden det var da de innså at brystene/brystet var borte. Mange turte ikke å se på såret og unngikk situasjonen. Lignende følelser var knyttet til prøving av ekstern brystprotese. De kvinnene som hadde fjernet hele brystet viste et mer traumatisk nivå av å se seg selv en de som bare hadde fjernet en del av brystet.

Noen kvinner i studien til Frey Steinson et al. (2012), hvor det skulle undersøkes om hvordan kvinner opplevde å se seg selv i speilet etter mastektomi, unngikk speil mange dager etter inngrepet. En grunn til dette var frykt for hva speilet ville vise. Samtidig kom det fram at når man først hadde kommet seg over frykten første gang, så ble det lettere og lettere for hver gang å se seg selv i speilet. Speilet ble for mange en viktig ressurs for mange for å tilpasse seg sin nye kropp.

4.2 Mestringsbehov og behov for informasjon etter mastektomi.

Her blir de identifiserte mestringsbehovene og informasjonsbehovene ved endret kroppsbilde etter mastektomi presentert.

Lære av andre

Å kunne møte noen som har vært gjennom det samme, var en viktig mestringsressurs for mange av kvinnene. 7 av 12 kvinner som deltok i studien til Frey Steinson et al. (2012) uttrykte at støttegrupper var hjelpsomt.

I intervensjonsstudien til Stang og Mittelmark (2008) der de undersøkte mestringsprosesser i selvhjelpsgrupper kom det fram at kvinnene opplevde at de utviklet en økt bevissthet av deres indre styrker og forbedret personlig kontroll. «I think I always have had this strength of mine,

but I really realised it when getting feedback from the others in the group» (Stang og Mittelmark, 2008, s. 2052).

Kvinner som får snakke med andre i samme situasjon blir rollemodeller for hverandre. En kvinnes positive tanke kan smittes over til en annen.

«Basically, I'm rather pessimistic and I think it has been good to experience the other's more optimistic way of being. It has truly been instructive and helped me see the future in a more optimistic way. So I tried to adopt their way of thinking» (Stang og Mittelmark, 2008, s. 2052).

Forventninger til sykepleier

Det ble lagt vekt på at sykepleieren skulle være en emosjonell støtte, en informasjonsressurs og en psykologisk veileder. Det er viktig for pasientene å føle seg trygg i relasjonen med sykepleier og at sykepleier ser på kvinnen som et enkelt individ. I følge Remmers et al. (2009) var pasientenes ønsker i forhold til sykepleier var at de skulle handle etter deres individuelle behov.

De ønsket at sykepleier skulle være ved deres side i vanskelige situasjoner som for eksempel ved motiverende og veiledende samtaler. De følte at det i blant holdt med en hånd å holde i. I studien til Jørgensen, Jørgensen, Garne, Søgaard og Laursen (2015) der de undersøkte opplevelsen av psykologisk stress etter mastektomi, blir det også lagt vekt på at kvinnene forventet person-sentrert pleie. «It is essential that you know who to talk to, that there are some persons, who know you and know YOUR story.....and who know what has happened to me» (Jørgensen et al., 2015, s. 8)

Kvinnene i studien til Remmers et al. (2009) syntes det var viktig at sykepleier visste hvordan de kunne distrahere dem fra sykdommen og relatert stress. Dette virket gjennom humor og godt humør, men også ved å prate om det normale dagligdagse livet. Kvinnene sa at det førte til at de følte at livet gikk videre og at ikke hele livet handlet om sykdommen. Kvinnene ønsket å ha sykepleieren som kontaktperson for informasjon og spørsmål om for eksempel brystproteser, om deltagelse i grupper samt psykologisk veiledning og støtte. De forventet at sykepleier skulle hjelpe dem å finne sin indre styrke.

Kvinnene ga uttrykk for at de ikke bare forventet profesjonell og teknisk atferd, men at sykepleier burde ta med sine personlige sider og følelser inn i relasjoner. De satt pris på å bli

oppmuntret til å stille spørsmål å få en følelse at ingen av spørsmålene var dumme. Under intervjuene snakket kvinnene mindre om forventingene til de profesjonelle ferdighetene til sykepleieren. Ønskene gjaldt mer om å kunne stole på sykepleier og den emosjonelle støtten. Jørgensen et al. (2015) skriver at helsepersonell ikke bare må kommunisere rundt sykdommen, men også fokusere på andre ting i livet.

«We were talking about my thoughts – also regarding my daughter and things like that. And she just was there to talk with me for a while. I just felt they had time to talk to me, that is wasn't JUST about the disease, but also regarding concerns of other things» (Jørgensen et al., 2015, s. 7-8).

Informasjonsbehov

Det som gikk igjen i artiklene var at kvinnene hadde behov for informasjon angående proteser, deltagelse i grupper og selve sykdommen.

Gallagher et al. (2009) skriver at kvinnene savnet informasjon om brystproteser og ulike typer som finnes. De identifiserte mangel på informasjon i den forstand at det var informasjon tilgjengelig, bare at det ikke nådde ut til dem. Kvinnene kom med forslag om hvordan de burde få informasjon om proteser. De mente at informasjon ikke burde bli gitt for tidlig post-operativt da dette temaet var et mindre fokus rett etter inngrepet, at det burde bli gjentatt flere ganger samt motta skriftlig og verbal informasjon. Skriftlig informasjon var viktig da muntlig informasjon lett kunne bli glemt. Dette mente de kunne være i form av en brosjyre som jevnlig blir oppdatert eller på nettet. «And also afterwards I think. You get all the information before when you're in complete traumatic state and there's things said and it just goes in one ear and out of the other» (Gallagher et al., 2009, s. 66).

I studien til Jørgensen et al. (2015) var et nøkkeltema «å være en del av systemet». Noen av kvinnene følte at de bare var en del av et system og at de ikke ble sett på som et enkeltindivid. Det var en kvinne som satt ord på hvordan hun følte det var å være en del av systemet.

«I got so many papers, books, brochures, questionnaires and all that stuff.....groups for this and groups for that, I thought oh my god this is really serious» (Jørgensen et al., 2015, s. 9).

I studien til Freysteinson et al. (2012) opplevde noen kvinner at noen av sykepleierne var frekke, manglet kommunikasjonsferdigheter og ga dårlig pleie. Vitkigheten av informasjon om speilet var viktig. Dette innebar informasjon om hvordan det postoperative område ville se ut og diskusjon av følelser rundt speilet. Det var en kvinne som foreslo følgende:

I think you nurses should let women talk about (the mirror). Not that how you doing today stuff, cause we are just going to say, fine thank you... You know, you should say to women, how you really doing, how you really feeling? And then give folks a chance to say what really on their minds (Freysteinson et al., 2012, s. 365).

Behov for sosial støtte

God støtte og sympati fra partneren var en gjenganger i alle seks artikler. Det ble belyst viktigheten av partnerens støtte og hva det gjorde med selvtilliten og håpet for fremtiden. I følge kvinnene i studien til Fouladi et. al. (2013) var emosjonell støtte fra mennene deres en effektiv faktor i å få en tilstrekkelig mental tilfredstillelse. «My husband supported me that well that I could find myself sooner that you can imagine. He said to me I and the children need you. You, yourself, are important to me, not your breast» (Fouladi et. al. 2013 s. 2083).

I undersøkelsen til Freysteinson et al. (2012) uttrykte alle 12 kvinner i studien at familie og venner var viktig. My husband helps me all the time now. I'll stand in the mirror and see if I'm crooked. I'll ask him if I'm straight and he'll tell me, Yeah, you gotta straighten it, you know» (Freysteinson et al., 2012, s. 364).

Brystproteser og bruk av speil

Angående eksterne brystproteser, så ble dette nevnt i de fleste av artiklene. Dette ble sett på som en mestringsressurs. Det var likevel delte meninger om eksterne brystproteser. I artikkelen til Gallagher et al. (2009) var det noen kvinner som var fornøyde med proteser og andre som hadde bekymringer angående komfort, vekt, form osv. Det var også noen som opplevde et sjokk når de fikk protesen.

«When I saw it I said I will never, ever even look at it. I felt because it was so life-like that each time I touched it I feel it would remind me thar it was a foreign body replacing my breast» (Gallagher et al. 2009, s. 68).

Noen kvinner forlot aldri huset uten, mens andre syntes det ikke var så viktig å ha dem på. En annen ting som kom fram i undersøkelsen til Gallagher et al. (2009) var at kvinnene ikke visste om hvor stort utvalg av type undertøy og proteser som eksisterte. De uttrykte et ønske om å få mer tilgang til denne informasjonen.

Hvordan personen som hjalp kvinnene i undersøkelsen til Gallagher et al. (2009) var mot dem spilte en stor rolle for hvordan de opplevde situasjonen. De forventet at sykepleieren skulle ha mye kunnskap om brystproteser og kunne vise emosjonell støtte. «That makes such a difference to how you perceive yourself» (Gallagher et al., 2009, s. 63)

I følge Frey Steinson et al. (2012) var inspirasjonen til studien deres en kvinne som fortalte hvordan hun opplevde å se seg selv alene i speilet etter operasjonen. «I felt like running out on the road and screaming. That's what I felt like doing when i first came home and saw myself in the mirror» (Frey Steinson et al., 2012 s. 361).

Alle utenom en kvinne i studien viste seg selv i speilet hjemme. Mange kvinner var alene og noen var sammen med en pårørende. De som var med partneren, andre i familien, helsepersonell eller venner taklet opplevelsen bedre (Frey Steinson, et al., 2012). «My doctor and the nurse... They said, are you ready to see yourself? And my husband was with me... I was happy for met hat it was actually going to be in front of other people» (Frey Steinson et al., 2012 s. 354).

Når kvinnene fortsatte å trosse frykten ved å se seg i speilet, gjorde det lettere og lettere. 5 av 12 kvinner sa at de begynte å speile seg oftere (Frey Steinson et al., 2012).

5.0 DRØFTING

I resultatkapittelet har jeg fått informasjon om hvordan kvinner opplever kroppen sin etter mastektomi, samt hvilke behov de har for mestring og informasjon. Ut i fra funnene og resultatene skal jeg i dette kapittelet drøfte hvordan sykepleiers informerende ferdigheter kan bidra til mestring ved en endret kropp etter mastektomi. Jeg vil sette drøftingen i lyset av Antonovskys salutogenesemodell, men jeg vil også bruke annen teorien fra teorikapittelet og mine tanker som en ekstra støtte.

Problemstilling: *«Hvordan kan sykepleiers informerende ferdigheter bidra til mestring hos unge kvinner med endret kroppsbilde grunnet mastektomi ved brystkreft?»*

5.1 Informasjonens betydning.

Ut i fra forskningen jeg har funnet ble informasjon uttrykket som et behov for mestring. I studien til Remmers et. al. (2009) ble det sagt at forventinger til sykepleieren innebar god informasjon og spørsmål rundt brystproteser, deltakelse i grupper og selve sykdommen. Jeg vil tydeliggjøre viktigheten av informasjon i sykepleiefaget ved å skrive at retten til informasjon er lovpålagt. I følge pasientrettighetsloven er det sykepleiers plikt å informere om pasientens tilstand og rettigheter (Pasientrettighetsloven, 2001).

Informasjon fører til økt kunnskap. Kunnskap er en generell motstandsressurs som vil legge til rette for at man kan forstå situasjonen bedre, tro på at det finnes en løsning samt finne mening i å finne en løsning (begriplighet, håndterbarhet og meningsfullhet). Det vil igjen føre til sterkere opplevelse av sammenheng (Antonovsky, 1991).

Kvinnene som deltok i studien til Gallagher et. al (2009) sa at informasjon om brystproteser og andre ressurser for å mestre et endret kroppsbilde ikke burde komme for tidlig i forløpet. Dette på grunn av at de var i en sjokktilstand rett etter operasjonen, som gjorde at de ikke tok til seg den typen informasjon så godt. For mange var det tanken på selve sykdommen som tok all oppmerksomhet den første tiden etter inngrepet. Man må likevel ha i bakhodet at det ikke nødvendigvis gjelder alle kvinner, fordi alle har individuelle behov. I studien til både Remmers et al. (2009) og Jørgensen et al. (2015) uttrykte kvinnene at det var viktig for dem å bli sett på som et enkelt individ med individuelle behov. Dette kan også støttes opp med

Helsedirektoratets (2016) retningslinjer i pakkeforløp for brystkreftpasienter. Der står det også at informasjonen til pasient og pårørende skal tilpasses den enkeltes behov.

I følge forskningen til Jørgensen et al. (2015) der forventninger til sykepleier ble studert, uttrykte kvinnene at det var viktig at kommunikasjonen og informasjonen ikke bare skulle kretse rundt sykdommen, men også fokusere på andre ting i livet. Dette mener jeg kan settes i sammenheng med Antonovskys salutogenetiske syn; ikke fokus på hva som gjør oss syke, men heller et fokus på hva som gjør oss friske (Antonovsky, 1991). Når sykepleierne gjorde dette, fikk kvinnene en følelse av at livet ikke bare handlet om sykdommen (Jørgensen et al., 2015).

Det tyder på at det er evidens for at yngre kvinner blir rammet hardere med tanke på kroppsbilde etter mastektomi. I følge Dahl (2016, s. 221) er yngre kvinners kroppsbilde mer sårbart enn hos eldre. Alder kan ifølge Antonovsky (1991) påvirke opplevelsen av sammenheng. Her kan man igjen trekke inn argumentasjonen om at det tyder på at unge kvinner får en mer traumatisk opplevelse av å miste brystet/brystene. Antonovsky (1991) mener at opplevelse av sammenheng utvikler seg med alderen ettersom at vi anskaffer oss mer livserfaringer. Det kan være en forklaring på hvorfor yngre kvinner takler mastektomi dårligere når det kommer til kroppsbilde. Dette kan være et utgangspunkt i at yngre kvinner kan ha behov for mer informasjon for å mestre situasjonen. På en annen side mener Antonovsky (1991) også at man kan utvikle seg ulikt uavhengig alder. Fra denne teorien forstår jeg at selv om det er tendenser til at yngre kvinner mestrer situasjonen dårligere, så betyr det ikke at alle kvinner på samme alder mestrer en situasjon likt. Derfor må informasjonen tilpasses kvinnens individuelle behov.

På Oslo universitetssykehus (u.å.) hjemmeside står det at pasientene får komme innom poliklinikken dagen etter inngrepet for å prate med sykepleier. På bakgrunn av funn i forskningen som tyder på at kroppsbilde ikke tar så mye plass i bekymringene til kvinner rett etter inngrepet bør sykepleier være klar over på denne samtalen at kvinnene muligens ikke er mottagelig for informasjon om brystproteser og kroppsbildeproblematikk (Gallagher et al., 2009). Det kan være hensiktsmessig for noen å få den informasjonen senere i forløpet. Men kvinnene får ifølge Almås og Sørensen (2010, s. 450) uansett med seg skriftlig informasjon hjem, slik at de har den tilgjengelig.

Behandling dagkirurgisk blir mer og mer vanlig. Det er positivt på en side, ettersom at liggetiden i sykehuset blir mindre, som videre kan forebygge komplikasjoner samt at

sykehusene sparer penger. Men da blir det mindre rom for samtaler med pasienten. Det blir også kortere tid mellom diagnosetidspunkt og behandling. I følge Oslo universitetssykehus (u.å) skal det ta maks 13 dager fra da kvinnen er diagnostisert til hun blir operert. Jeg tenker at dette kan påvirke opplevelsen av å miste brystet/brystene, når kvinnen får kortere tid på å forberede seg. Kanskje dette fører til mer stress? Noen kvinner i studien til Freysteinson et al. (2012) opplevde at de bare var en del av et system, som gjorde at de ikke følte at det ble en pasientsentrert pleie.

Til tross for at det er liten tid på sykehuset finnes det mange ressurser brystkreftopererte kvinner kan ta bruk av. Men det er avgjørende at denne informasjonen når ut til kvinnene. Gallagher et al. (2009) viser i sin undersøkelse at selv om det eksisterte informasjon, så følte kvinnene at det ikke nådde ut til dem. I Norge har vi mye nettbasert informasjon. Da jeg skulle undersøke hvilke tilbud som finnes kom jeg over nettsidene til Kreftforeningen (u.å) og brystkreftforeningen (u.å), som har mye informasjon om sykdom, behandling og ressurser man kan ta bruk av.

Nettbasert informasjon og tjenester har tatt en stor del i samfunnet. Når det kommer til de yngre kvinnene så kan man ta i utgangspunkt at de fleste mestrer internett bra. Men jeg tenker at det alltid finnes unntak. Her kommer vi igjen tilbake til viktigheten av at sykepleier handler etter individuelle behov. Sykepleier må ha i bakhodet at det finnes kvinner som ikke mestrer internett eller kvinner som kanskje ikke har internett. Disse kvinnene burde få informasjon på en annen måte. Kvinnene i studien til Gallagher et al. (2009) sa at de hadde foretrukket brosjyrer som jevnlig blir oppdatert.

Jeg ser på skriftlig informasjon som en bra mestringsressurs. Dette er informasjon som er lett å forholde seg til, man kan lese informasjonen flere ganger og man har den lett tilgjengelig. Men et spørsmål jeg vil stille, er om skriftlig informasjon har en tendens til å bli for generell og ikke pasient-sentrert? Dette spørsmålet dukket opp ettersom at det har vært fokus i forskningen som er brukt i oppgaven på at pasientene skal bli sett på som et enkelt individ. Kan dette bidra til å svekke opplevelsen av sammenheng?

I følge Eide og Eide (2013, s. 292) kan pasienten ha informasjonsbehov de ikke er klar over. Det kan i blant være vanskelig for pasienten og uttrykke sine behov. Sykepleier kan identifisere disse behovene med en fortellende tilnærming. Jeg tenker at man skaper en bedre relasjon med pasienten om man snakker med pasienten ansikt til ansikt. Sykepleier bør ta

utgangspunkt i disse behovene når hun/han skal informere. Dette er ifølge Eide og Eide (2013, s. 296) et av kjennetegnene på en god informasjonssamtale.

En godt informert pasient vil bli en pasient med følelse av kontroll over sin egen situasjon, som igjen fører til mestring (Antonovsky, 1991). Jeg tenker at det er bra at sykepleier gjennom informasjonen utfordrer pasienten til å reflektere over sin egen situasjon. Det vil ikke bare være at man er mer opplyst om mestringsressurser, men at man også blir mer opplyst om seg selv. Dette kan gjøre at pasienten føler en selvstendighet. Dette er en forutsetning for mestring (Kristoffersen (2011, s. 345). I følge Kristoffersen (2011, s. 345) vil det å bare gi svar til pasientene føre til avhengighet, men når sykepleier stiller spørsmål tvinges pasienten til å reflektere over sin situasjon på egenhånd.

5.2 Viktigheten av partner og sosial støtte.

Etter mastektomi trenger kvinnen stor hjelp og støtte fra sin partner. I følge Walker (referert i Almås og Sørensen, 2010, s. 448) skal pasienten og partneren ses på som en enhet. Dette virker logisk ettersom at dette er to parter som påvirker hverandre. Det må være utfordrende for kvinnens pårørende å ha et familiemedlem med kreft. De har sikkert minst like mange bekymringer som kvinnen. I samtlige forskningsartikler som er inkludert i denne oppgaven, belyses det at partner er en stor mestringsressurs. Almås og Sørensen (2010, s. 448) skriver at for at partneren skal være en god støtte for kvinnen, er det viktig at de også får mestringshjelp.

På grunn av den korte behandlingstiden kan det være vanskelig å nå ut til pårørende. På en annen side finnes det mange ressurser til pårørende. Kreftforeningen (u.å) i samarbeid med montebellosenteret holder kurs for pasienter og pårørende. Disse kursene kan bidra til mestring både hos kvinnen og partneren. Her er det mulighet for pårørende til å møte andre pårørende i grupper, der de kan dele erfaringer og kunnskap. Det finnes også informasjon på nettsidene til brystkreftforeningen (u.å) og kreftforeningen (u.å) med råd om hvordan man kan forholde seg til et familiemedlem som har fått brystkreft.

Personlig kan jeg tenke meg at det er vanskeligere å nå ut med informasjon til pårørende enn pasienten, ettersom at det er pasienten sykepleier er mest i kontakt med. Da tenker jeg at det er viktig at sykepleier oppmuntrer pasienten til å ta med seg pårørende ved ulike anledninger på sykehuset. Sykepleier burde ha et ansvar for at informasjon når ut til pårørende slik at de videre kan være en støtte for kvinnen.

Dersom partneren er godt informert om kvinnens tilstand og mestringsbehov, er det lettere for partneren å være en støtte for kvinnen. Dette er viktig da forskningen viser at god støtte fra partner gjør at man mestrer kroppsproblemtikk bedre. For eksempel sa en kvinne i studien til Fouladi et al. (2013) at hun fant seg selv raskere enn hun trodde hun skulle, på grunn av god støtte fra mannen sin. Da kan man tenke seg at mannen hennes mestret situasjonen bra og var godt informert. Fouladi et al. (2013) skriver også at kvinner mestrer endret kroppsbylde forskjellig ut i fra hvor stort støtteapparat man har. Dette kan ses i sammenheng med Antonovskys salutogenesemodell.

Ettersom at sosial støtte er en generell motstandsressurs ifølge Antonovsky (1991), vil man av teorien gå ut i fra at de som får mye sosial støtte fra partneren vil lettere oppnå begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet, altså sterkere opplevelse av sammenheng.

Fouladi et al. (2013) viser i sin undersøkelse at eldre og gifte kvinner hadde en mer tilfreds reaksjon etter mastektomi enn single yngre kvinner. Livskvaliteten blant kvinner mellom 33 og 43 år var dårligere enn hos eldre. Dette understreker at god støtte fra partner er god mestringsressurs. Men det er viktig å tenke på at det ikke er alle kvinner som har en partner. Det behøver ikke være at kvinnene mestrer situasjonen dårligere på grunn av det, men da er det viktig at kvinnen får støtte fra andre. Et støtteapparat kan bestå av venner, familie, helsepersonell, kollegaer osv.

5.3 Læring i grupper.

Det å kunne snakke med andre å dele erfaringer og kunnskap ble uttrykket som en mestringsressurs for mange. I studien til Freysteinson et al. (2012) syntes 7 av 12 deltakere at selvhjelpsgrupper var hjelpsomt. Stang og Mittelmarks (2008) intervensjonsstudie der deltakelse i selvhjelpsgrupper for brystkreftopererte kvinner ble undersøkt uttrykte kvinnene at det bidro til økt bevissthet av deres indre styrker og bedre personlig kontroll.

Det ble også sagt at andres positive tanker om mastektomien ble smittet over til andre. Disse erfaringene kvinnene meddeler til hverandre ser jeg på som generelle motstandsressurser som kan bidra til at kvinnene oppnår begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet, altså de som er i samme situasjon kan hjelpe hverandre til å få sterkere opplevelse av sammenheng (Antonovsky, 1991).

Ettersom at læring i grupper en bra mestringsressurs er det viktig at sykepleier informerer om tilgangen til slike grupper. Sykepleier burde informere om nettsidene til brystkreftforeningen og kreftforeningen. De kan tilby ulike gruppemøter der kvinner som har gått gjennom mastektomi kan møte andre i samme situasjon (Kreftforeningen, u.å). Det finnes dessuten en egen gruppe for yngre kvinner som heter Under 45. Jeg tenker dette er et bra opplegg når for eksempel en 45 åring aldersmessig er i et annet stadiet i livet enn en 80 åring. Det finnes sikkert ulike bekymringer avhengig av hvor du er i livet. Man kan også ifølge Brystkreftforeningen (u.å) bli kontaktet av en representant som har vært gjennom mastektomi ved brystkreft. Kvinnene har sikkert mange spørsmål som representanten kan svare på.

5.4 Brystproteser og bruk av speil.

Brystproteser er en integrert del av det post-operativet forløpet ved mastektomi. I følge Gallagher et al (2009) undersøkelse var prøving av brystprotese og første bandasjeskiftet en belastende situasjon for kvinnene. Det var nettopp da de skjønnte at brystet/brystene var borte. Jeg synes at sykepleier skal være en informasjonsressurs når det kommer til prøving av brystprotese. Informasjon om forventinger vil være gunstig slik at kvinnen får en forutsigbarhet. Dette kan føre til mestring. I teorien til Antonovsky (1991) er det mye fokus på generelle motsatsressurser. Kunnskap er en av dem. Dersom kvinnene har bygget opp et kunnskapsgrunnlag før en belastende situasjon som proteseprøving og visning i speil kan det bli lettere å gjennomføre.

Kvinnene som deltok i studien til Gallagher et al. (2009) understrekte viktigheten av sykepleierens kunnskapsnivå ved prøving av brystprotese. Viste de emosjonell støtte og mye kunnskap gjorde dette opplevelsen mye bedre. Igjen vil jeg understreke viktigheten av individuelle behov. Forskningen viste at det var ulike holdninger til brystproteser. For noen var ikke dette viktig, og for andre var dette avgjørende for å gå ut av døren (Gallagher et al., 2009). Det kan være vanskelig for sykepleier å vite dette på forhånd. Derfor kan det være gunstig å ha en informasjonssamtale først slik at sykepleier kan identifisere behovene.

Å se seg i speilet første gangen etter mastektomi kan være en belastende opplevelse. I følge forskning burde ikke kvinner være alene første gangen de ser seg selv i speilet. Dersom speilet brukes på en riktig måte kan det være en god mestringsressurs ved kroppsbildeproblematikk etter mastektomi (Freysteinson et al., 2012).

Freysteinson et al. (2012) foreslår i sin forskning at sykepleier må være flink til å prate om speilet med kvinner som har gjennomgått mastektomi. Dette var viktig for kvinnene som deltok i forskningen. Informasjon om hvordan det postoperative området vil se ut før kvinnen ser det, kan være hensiktsmessig. Det kan gjøre at kvinnen er mer forberedt på hva som venter. Det foreslås også at man skal oppmuntre til å diskutere tankene kvinnene har angående speilet. Jeg tenker at det kan være hensiktsmessig ettersom at hvis pasienten åpner seg om sine tanker om situasjonen, vil sykepleier kunne identifisere hva pasienten eventuelt behøver informasjon om. Da bruker sykepleier en fortellende tilnærming for å identifisere behov som er diskutert tidligere (Eide og Eide, 2013, s. 292).

Kvinnene i studien til Remmers et al. (2009) uttrykte at en forventning til sykepleier var at det skulle være rom for å stille spørsmål og at de ikke skulle få følelsen av at spørsmålene var dumme. Da mener jeg at sykepleier har et ansvar for å oppmuntre til å stille spørsmål angående speilet. Noen av kvinnene i undersøkelsen til Freysteinson et al. (2012) sa at de syntes det ble lettere og lettere å se seg i speilet for hver gang. Dette kan være med å forbedre kroppsbildet og kan bidra til å få en økt opplevelse av sammenheng. Dette kan forklares i lys av Antonovskys (1991) modell. Kvinnene innhenter seg nye erfaringer etter hver gang de ser seg i speilet. Dette kan føre til at de får en sterkere opplevelse av sammenheng. Jeg kan tenke meg at dette kan være med å styrke kroppsbilde til kvinnene. I følge Antonovsky (1991) er kroppsbilde faktisk en generell motstandsressurs. Så et bra kroppsbilde er med på å forsterke opplevelse av sammenheng, altså mestringskapasiteten.

6.0 KONKLUSJON

I denne oppgaven har jeg undersøkt hvordan sykepleiers informerende ferdigheter kan hjelpe kvinner med et forstyrret kroppsbilde etter mastektomi ved brystkreft. Jeg har også satt diskusjonen i lyset av Antonovskys salutogenesemodell. Jeg har lært at og jo sterkere opplevelse av sammenheng man har, desto bedre mestrer man en belastende situasjon. Sykepleiers hjelpende informasjon om mestringsressurser kan derfor være med å styrke opplevelsen av sammenheng ved en forandret kropp etter mastektomi. Dette på grunn av at de får mer kunnskap og kjenner at de har større kontroll over situasjonen.

Opplevelsen av kroppen etter mastektomi er subjektiv og varierer fra kvinne til kvinne. Det kan tyde på at yngre kvinner har et større informasjonsbehov ettersom at de kan ha færre motstandsressurser. Men det finnes ingen fasit på hvordan pasienten mestrer situasjonen på bakgrunn av alder. Dette gjelder også informasjonsbehov. I lyset av Antonovskys teori kan mestringskapasiteten være ulik uavhengig alder. Dette gjør at det stilles større krav til sykepleier når informasjon skal gis.

Det har kommet fram under oppgavens gang at når sykepleier skal informere er det viktig at sykepleier informerer etter pasientens individuelle behov. I blant kan behovene for informasjon være skjulte, og da er det sykepleiers jobb å identifisere disse behovene. I denne oppgaven har jeg identifisert noen informasjonsbehov når det kommer til de kroppslige endringene ved mastektomi. Dette innebærer informasjon om brystproteser og bruk av speil, selvhjelpsgrupper og informasjon til partner og andre pårørende.

Resultatene viser også at alt mer informasjon gis til pasientene utenfor sykehuset etter mastektomi. Grunnen til dette er at liggetiden stadig reduseres i sykehusene og at majoriteten av kirurgisk behandling av brystkreft gjennomføres dagkirurgisk.

Et eksempel på denne type informasjon er at pasientene får den skriftlig med hjem. Dette kan påvirke den pasientsentrerte pleien ettersom at informasjonen kan bli for generell. Det blir derimot kompensert med læring- og mestringscenter, selvhjelpsgrupper og andre informasjonsressurser utenfor sykehusene. Her informasjonen rettes mer mot pasientens individuelle behov.

Foruten de overstående punktene viser også resultatene at noen kvinner hadde vanskeligheter med å ta inn informasjon om kroppsbildeproblemtikk rett etter operasjonen. Det er derfor viktig at sykepleier tar hensyn til dette.

7.0 LITTERATURLISTE

Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur

Brystkreforeningen. (u.å). Under 45. Hentet den 02.02.2017 fra:

<http://www.brystkreftforeningen.no/under-45>

Dahl, A.A. (2016). *Kreftsykdom: Psykologiske og sosiale perspektiver*. Oslo: Cappelen Damm AS

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademisk

De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2016, 31.05). Generelle forskningsetiske prinsipper. Hentet den 09.03.2017 fra: <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Generelle-forskningsetiske-retningslinjer/>

Eide, H. Eide, T. (2013). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, Løsning, Etikk*. Oslo. Gyldendal Akademiske

Fonn, M. (2013, 25.10). Flere får pupp med en gang. Hentet den 08.02.2017 fra:

<https://sykepleien.no/2013/10/flere-far-ny-pupp-med-en-gang>

Fouladi, N., Pourfarzi, F., Ali-Mohammadi, H., Masumi, A., Agamohammadi, M. & Mazaheri, E. (2013). Process of Coping with Mastectomy: A Qualitative Study in Iran. *Asian Pasific Journal of Cancer Prevention*, 2013(14), 2079-2084. Doi: <http://dx.doi.org/10.7314/APJCP.2013.14.3.2079>

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. *Ocology nursing forum*, 2010(4), 361-369.

Gallagher, P., Buckmaster, A. & O'Carrol, S. (2010). External breast prosthesis in post-mastectomy care: women's qualitative accounts. *European Journal of Cancer Care*, 2009(19), 61-71. doi: 10.1111/j.1365-2354.2008.00942.

Gyldendal norsk forlag. (u.å). Alv A Dahl. Hentet den 23.2.2017 fra:

<http://www.gyldendal.no/Forfattere/Dahl-Alv-A>

Helsedirektoratet. (2016). Pakkeforløp for brystkreft. Hentet den 07.02.2017 fra:

<https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Pakkeforl%C3%B8p%20for%20brystkreft.pdf>

Helsenorge. (u.å). Brystrekonstruksjon med brystprotese, kreft. Hentet den 07.02.2017 fra:

<https://helsenorge.no/velg-behandlingssted/ventetider-for-behandling?bid=156>

Helsenorge. (u.å). Brystrekonstruksjon med eget vev, kreft. Hentet den 07.02.2017 fra:

<https://helsenorge.no/velg-behandlingssted/ventetider-for-behandling?bid=157>

Jørgensen, L., Garne, J.P., Sjøgaard, M. & Laursen, M.B. (2015). The experience of distress in relation to surgical treatment and care for breast cancer: An interview study. *European Journal of Oncology Nursing*, 2015(19), 612-618. Doi:

<http://dx.doi.org.ezproxy.hioa.no/10.1016/j.ejon.2015.03.009>

Kreftforeningen. (u.å). Kurs for kreftrammende på Montebellosenteret. Hentet den 02.02.2017

fra: [https://kreftforeningen.no/vare-tilbud/moteplasser-kurs-og-](https://kreftforeningen.no/vare-tilbud/moteplasser-kurs-og-grupper/fylker/oppland/arrangementer/kurs-for-kreftrammede-pa-montebellosenteret/)

[grupper/fylker/oppland/arrangementer/kurs-for-kreftrammede-pa-montebellosenteret/](https://kreftforeningen.no/vare-tilbud/moteplasser-kurs-og-grupper/fylker/oppland/arrangementer/kurs-for-kreftrammede-pa-montebellosenteret/)

Kreftregisteret (2016). Brystkreft. Hentet den 13.01.2017 fra:

<https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Fakta-om-kreft/Brystkreft-Alt2/>

Kristoffersen, N.J. (2011). Den myndige pasienten. I Kristoffersen N.J., Nordtvedt. & F., Skaug, E.A (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 3* (s. 337-381). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kristoffersen, N.J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I Kristoffersen N.J., Nordtvedt. & F., Skaug, E.A (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 1* (s. 207-270). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kunnskapsbasert praksis. (u.å). Kvalitativ metode. Hentet den 2017, 27.01 fra: <http://kunnskapsbasertpraksis.no/kritisk-vurdering/kvalitativ-metode/>

Oslo universitetssykehus. (u.å). Brystkreft. Hentet den 2017, 24.01 fra: <https://oslo-universitetssykehus.no/behandlinger/brystkreft>

Oslo universitetssykehus. (u.å) Seksjon for bryst- og endokrinkirurgi. Hentet den 2017, 24.01 fra: <https://oslo-universitetssykehus.no/avdelinger/kreftklinikken/avdeling-for-kreftbehandling/seksjon-for-bryst-og-endokrinkirurgi>

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

Remmers, H., Holtgräwe, M. & Pinkert, C. (2009). Stress and nursing care needs of women with breast cancer during primary treatment: A qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing*, 2010(14), 11-16. Hentet fra: <http://dx.doi.org.ezproxy.hioa.no/10.1016/j.ejon.2009.07.002>

Reitan, A.M. (2010) Mestring. I Knutstad, U (Red.), *Sentrale begreper i klinisk sykepleie, sykepleieboken 2* (s. 74-107). Oslo: Akribe AS

Schlichting, E. (2011). Sykdommer i brystene. I S. Ørn, J. Mjell, & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (Kap. 21, s. 431-441). Oslo: Gyldendal akademisk.

Solvoll, B.A. (2011). Identitet og egenverd. I Kristoffersen N.J., Nordtvedt. & F., Skaug, E.A (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 3* (s. 15-36). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Stang, I. & Mittelmark, M.B. (2007). Learning as an empowerment process in breast cancer self-help groups. *Journal of Clinical Nursing*, 2008(18), 2049–2057. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02320.x

Sørensen, E.M. & Almås, H. (2010). Sykepleie ved brystkreft. I H. Almås, D.-G. Stubberud, & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie* (Bind 1, Kap 33, s. 439-455.) Oslo: Gyldendal akademisk.

Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* . Oslo: Universitetsforlaget

Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleierpraksis*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

8.0 VEDLEGG

1. Litteraturmatrise

Artikkel 1: Stress and nursing care needs of women with breast cancer during primary treatment: A qualitative study

Ble funnet på **PsykINFO** med søkeordene Breast neoplasms **AND** Nursing

Forfatter Publisering sår Tidsskrift Land	Hensikt	Metode	Utvalg	Hovedfunn/resultater	Kvalitetsvurdering	Etiske overveielser?
Remmers, H., Holtgräwe, M. & Pinkert, C., 2009, European Journal of Oncology, Nursing, Tyskland	Undersøke hvordan kvinner som har gjennomgått mastektomi påvirkes og hvilke behov og forventninger de hadde til sykepleierne	Kvalitativ metode	42 tyske Kvinner	Kvinnene ble mer påvirket psykologisk enn fysiologisk og trengte først og fremst emosjonell støtte, bli sett på som et enkelt individ, ønsker å få info om muligheter til psykologisk veiledning og grupper. Bandasjeskiftet var en traumatisk belastning med tanke på kroppsbilde	Fagfellesvurdert Diskusjon om styrker og svakheter er gjort	Etikk er diskutert. Etiske komiteen på universitetet i Osnabrück godkjente prosjektet

Artikkel 2: External breast prostheses in post-mastectomy care: women's qualitative accounts

Funnet på **Chinal** med søkeordene Coping **OR** Adaptation, psychological **AND** Mastectomy

Forfatter Publiserings år Tidsskrift Land	Hensikt	Metode	Utvalg	Hovedfunn/resultater	Kvalitetsvurdering	Etiske overveielser?
GALLAGHER P., BUCKMASTER A., O'CARROLL S., KIERNAN G. & GERAGHTY J. 2010 European Journal of Cancer Care Irland	Hensikten var å undersøke kvinners opplevelser angående ekstern brystprotese etter mastektomi.	Kvalitativ metode	47 kvinner i 5 fokusgrupper Minst 1 år etter diagnosen	Reaksjoner på ekstern brystprotese er individuell. Derfor vanskelig å vite på forhånd om det er noe for henne. De opplevde for lite informasjon om forskjellige typer. Sykepleieren hadde en stor rolle ved mestringen Sosial støtte er viktig samt møte andre i samme situasjon	Svakheter og styrker er diskutert Fagfellesvurdert	Ja

Artikkel 3: Learning as an empowerment process in breast cancer self-help groups
 Funnet på **Google Scholar** med søkeord: «**Empowement and breast cancer**»

Forfatter Publisering sår Tidsskrift Land	Hensikt	Metode	Utval g	Hovedfunn/resulta ter	Kvalitetsvurde ring	Etisk e overv ei elser?
Stang, I. & Mittelmark, M.B. 2009 Journal of clinical nursing Norge	Promotere og studere myndiggjøringss-prosessen hos kvinner med brystkreft og deltagelse i selvhjelps-grupper	Kvalitativ metode intervensjons-studie	18 norske kvinner i sør-Oslo I grupper med 5-7 stk. i hver gruppe	Selvhjelps-gruppene bidro til at kvinnene følte at de gjenvant kontrollen over livet sitt. Det å kunne dele sine opplevelser og innhente informasjon av andre i samme situasjon var en god mestringshjelp. En av deltagerne uttrykte at hun savnet å prate mer om kroppsbildeproblematikk	Svakheter og styrker er diskutert Fagfellesvurdert	Ja

Artikkel 4: Process of Coping with Mastectomy: a Qualitative Study in IranFant artikkelen på **Chinal** med søkeord Adaptation, psychological **AND** mastectomy

Forfatter Publisering år Tidsskrift Land	Hensikt	Metode	Utvalg	Hovedfunn/resul tater	Kvalitetsvurde ring	Etisk e overv ei elser ?
Nasrin Fouladi 2003 Asian Pacific Journal of Cancer Prevention Iran	Hensikten var å utdype mestringsprose ssen hos mastektomerte kvinner	Kvalitat iv metode Med åpne semistr ukt -urerte intervju er	20 kvinner fra Iran som hadde gjennom -gått mastekto mi. Mellom 33-71 år	Yngre pasienter (33-43) hadde dårligere livskvalitet enn eldre kvinner. Særlig single kvinner. Sterke og effektive støttesystemer som familie, partner, leger, sykepleiere, andre kvinner som har opplevd det samme var hjelpsomt. Studien indikerer på at kvinnene prøvde å tilpasse seg veg bruk av spesialbrystholder e, proteser o.l.	Fagfellesvurder t	Ja

Artikkel 5: The experience of distress in relation to surgical treatment and care for breast cancer: An interview study

Funnet på **Medline OVID** med søkeordene Mastectomy **AND** Body image.

Forfatter Publisering sår Tidsskrift Land	Hensikt	Metode	Utvalg	Hovedfunn/resul tater	Kvalitetsvurde ring	Etisk e overv ei elser?
L, Jørgensen JP, Jørgensen M, Garne BS, Søgaard Laursen European Journal of Oncology Nursing Danmark 2015	Undersø ke stress hos kvinner som er operert for brystkre ft	Kvalitativ metode, semistruktur erte intervjuer	12 kvinner som nylig Hadde gjennomg ått Operasjo n Mellom 37-87 år.	Artiklen konkluderer med at kvinnene trenger mer enn bare objektive vurderinger, de må bli sett på som personer og som et enkelt individ.	Fagfellesvurdert , Styrker og svakheter diskutert	Ja

Artikkel 6: The experience of viewing oneself in the mirror after a mastectomy
 Funnet på **Medline OVID** med søkeordene Mastectomy **AND** Body image.

Forfatter Publiserings år Tidsskrift Land	Hensikt	Metode	Utvalg	Hovedfunn/resultater	Kvalitetsvurdering	Etiske overveielser?
Freysteinson, W., Deutsch, A., Lewis, C., Sisk, A., Wuest, L. & Cesario, S. 2012 Oncology Nursing Forum USA	Å belyse opplevelsen av å se seg selv i speilet etter mastektomi.	Kvalitativ metode	12 kvinner mellom 32-76 år	Viktig med støtte fra partner, familie og venner. Tro var også viktig for å vise seg selv i speilet. Mange hadde nytte av grupper, skriftlig informasjon og nettsider. Noen kvinner unngikk speilet lenge i frykt eller liten tilgang på speil på sykehus. De ville at sykepleierne skulle være åpne med speilet. Speilet var en viktig del av å bli vant til å se seg selv etter inngrepet.	Fagfellesvurdert Svakheter og styrker diskutert	Ja