



# Bacheloroppgave

**SAE00 Sykepleie**

**Brystkreft, mastektomi og selvbilde/**

**Breast cancer, mastectomy and self-image**

Lene M. Bjørlykhaug og May-Kristin Bjørnerem

Totalt antall sider inkludert forsiden: 63

Molde, 10.04.15



## Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og <a href="#">Forskrift om eksamen</a> §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se <a href="#">Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens <a href="#">retningslinjer for behandling av saker om fusk</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av <a href="#">kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</a>	<input checked="" type="checkbox"/>

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Ragnhild Sættem

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja  nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja  nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja  nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja  nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 17.03.15

**Antall ord: 12074**

## **Forord**

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

Anderson (1983, sitert i Sørensen og Almås 2011, 441)

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Brystkreft er den hyppigste kreftformen hos kvinner. Det oppdages rundt 2800 nye tilfeller i Norge hvert år. Den viktigste behandlingen ved brystkreft er kirurgi. En operasjon der hele brystkjertelen fjernes, kalles *ablatio mammae* eller *mastektomi*. Når kvinnen må operere bort et bryst, vil selvbildet, selvtiliten og forholdet til omverdenen påvirkes.

**Hensikt:** Hensikten med litteraturstudien var å belyse kvinner med brystkreft sine erfaringer etter mastektomi.

**Metode:** Dette er en systematisk litteraturstudie, basert på syv kvalitative og tre kvantitative forskningsartikler.

**Resultat:** Mastektomi påvirket kvinners identitet, femininitet og morskap. Å leve med endret kropp, og usikkerheten rundt hvilke klær en kunne ha på seg, påvirket mange kvinner. Mastektomi kunne også ha innvirkning på samlivet og seksualiteten. Ikke alle var interessert i rekonstruksjon, men likevel synes mange dette var nødvendig for å bli seg selv igjen.

**Konklusjon:** Hos de aller fleste kvinner, uavhengig av land, kultur, seksualitet og livssituasjon blir selvbildet på en eller annen måte påvirket etter å ha gjennomgått mastektomi.

**Nøkkelord:** brystkreft, mastektomi, selvbilde, erfaringer, kvinner

## **Abstract**

**Background:** Breast cancer is the most common cancer with women. It detected approximately 2800 new cases in Norway every year. The main treatment in breast cancer is surgery. An operation where the entire breast is removed, called *ablation mammae* or *mastectomy*. When a woman have to remove the entire breast, the self-image, self-esteem and relationship to the outside world can be affected.

**Aim:** The aim of this literature study was to elucidate women's experience after mastectomy due to breast cancer.

**Method:** This is a systematic literature study, based on seven qualitative and three quantitative research articles.

**Results:** Mastectomy affects women's identity, femininity and motherhood. To live with a changed body, and insecure about how to dress, affects many women. Mastectomy may also have impact on relationships and sexuality. Not everybody were interested in reconstruction, but many women thought this were necessary to become oneself again.

**Conclusion:** After mastectomy, the self-image may be affected, independent to country, culture, sexuality and life situation.

**Keywords:** breast cancer, mastectomy, self-image, experience, women

## Innhold

<b>1.0</b>	<b>Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1	Bakgrunn for valg av tema .....	1
1.2	Hensikt.....	1
1.3	Problemstilling .....	1
<b>2.0</b>	<b>Teoribakgrunn</b> .....	<b>2</b>
2.1	Brystkreft.....	2
2.1.1	Symptomer .....	2
2.1.2	Behandling .....	2
2.2	Mastektomi .....	3
2.3	Selvbilde .....	3
<b>3.0</b>	<b>Metodebeskrivelse</b> .....	<b>5</b>
3.1	Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	5
3.2	Litteratursøk og datainnsamling .....	6
3.2.1	PICO-skjema .....	6
3.2.2	Søkestrategi .....	7
3.3	Kvalitetsvurdering .....	9
3.4	Etiske hensyn.....	10
3.5	Analyse .....	10
<b>4.0</b>	<b>Resultat</b> .....	<b>12</b>
4.1	Å miste seg selv som person .....	12
4.2	Å føle seg mindre som kvinne.....	13
4.2.1	Morsrollen blir påvirket .....	14
4.3	Endret kroppsbilde .....	15
4.4	Bekymring rundt klesvalget .....	16
4.5	Vil partneren godta forandringene?.....	16
4.5.1	Når seksualiteten blir truet .....	18
4.6	Å se normal ut igjen med rekonstruksjon.....	18
<b>5.0</b>	<b>Diskusjon</b> .....	<b>20</b>
5.1	Metodediskusjon .....	20
5.1.1	Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	20
5.1.2	Litteratursøk og datainnsamling.....	22
5.1.3	Kvalitetsvurdering .....	23
5.1.4	Etiske hensyn .....	24
5.1.5	Analyse.....	24
5.2	Resultatdiskusjon.....	25
5.2.1	Når identiteten som person, kvinne og mor blir truet .....	25
5.2.2	Å leve med endret kroppsbilde .....	27
5.2.3	Når seksualitet og samliv blir satt på prøve .....	30
5.2.4	En mulighet til å gjenopprette selvbildet .....	32
<b>6.0</b>	<b>Konklusjon</b> .....	<b>34</b>
6.1	Forslag til videre forskning .....	35
6.2	Konsekvenser for praksis .....	35
	<b>Litteraturliste</b> .....	<b>37</b>

Vedlegg 1: PICO-skjema

Vedlegg 2: Søkehistorikk

Vedlegg 3: Oversiktstabeller

Vedlegg 4: Hovedfunn

Vedlegg 5: Resultatdiskusjon

## **1.0 Innledning**

### **1.1 Bakgrunn for valg av tema**

Brystkreft er den hyppigste kreftformen hos kvinner, både nasjonalt og internasjonalt. Det oppdages rundt 2800 nye tilfeller i Norge hvert år (Juvet mfl. 2009, Kåresen og Wist 2009, Wist mfl. 2009, sitert i Sørensen og Almås 2011, 439). Det er derfor stor sannsynlighet for at vi som sykepleiere vil komme i kontakt med denne pasientgruppen. Vi mener dermed at dette er et relevant tema, som vi har valgt å gå mer i dybden på. Siden brystkreft er vanligst i 60-års alderen (Jacobsen, Kjeldsen, Ingvaldsen, Buanes og Røise 2012), vil det være sannsynlig at det har blitt gjort mer forskning innenfor denne aldersgruppen kontra yngre kvinner. Siden vi ikke har satt oss noen aldersbegrensning var vi likevel åpne for alle aldersgrupper.

Som en avgrensning til temaet brystkreft har vi valgt å gå videre inn på mastektomi, som er en kirurgisk behandling der hele brystet fjernes. Når kvinnen må operere bort et bryst på grunn av brystkreft, vil selvbildet, selvtilliten og forholdet til omverdenen påvirkes (Garne, Aude og Kloster 2005). Vi synes derfor det ville være interessant å finne ut mer om hvordan det å fjerne et bryst faktisk påvirker selvbildet til kvinnen. Det kan være svært nyttig for oss som sykepleiere å forstå på hvilken måte det å fjerne et bryst oppleves for en kvinne. Vi vil da ha bedre grunnlag for å tilegne oss den kunnskapen som skal til for å hjelpe kvinner i en slik situasjon på best mulig måte.

### **1.2 Hensikt**

Hensikten med litteraturstudien var å belyse kvinner med brystkreft sine erfaringer etter mastektomi.

### **1.3 Problemstilling**

Hvordan erfarer kvinner mastektomi ved brystkreft, og hvordan påvirker dette selvbildet?



## **2.0 Teoribakgrunn**

### **2.1 *Brystkreft***

Brystkreft er den hyppigste kreftformen hos kvinner (Jacobsen et al. 2012). Det oppdages rundt 2800 nye tilfeller i Norge hvert år. Overlevelseshøyden har økt det siste tiåret, men omkring hver fjerde pasient med denne sykdommen dør av det (Juvet mfl. 2009, Kåresen og Wist 2009, Wist mfl. 2009, sitert i Sørensen og Almås 2011, 439). Sykdommen opptrer oftest i 60-årsalderen og i årene rundt menopausen. Den viktigste faktoren er arv. Dette betyr at hvis mor eller søster har hatt brystkreft, bør kvinnen være spesielt oppmerksom. Kvinner fra familier med opphopning av brystkreft, har mulighet til å få analysert egen genstatus. Dette vil si om man er BRCA1- eller BRCA2-positiv. Kvinner som tester positivt har stor sjanse for å utvikle brystkreft, og får derfor genetisk rådgivning, som blant annet omhandler tilbud om profylaktisk mastektomi. Brystkreft er ellers vanlig hos kvinner som ikke har født, eldre førstegangsfødende og hos kvinner med tidlig menarke og sen menopause. Sykdommen er svært sjelden under graviditet og amming, men meget ondartet hvis den først opptrer (Jacobsen et al. 2012).

#### **2.1.1 Symptomer**

Det kan være få symptomer på et tidlig stadium ved brystkreft. Kvinnen kan for eksempel oppdage en tilfeldig kul når hun vasker seg. På et senere stadium vil det kunne forekomme tyngdefornemmelse, moderate smerter og blodig sekresjon fra brystvorten. Brystvorten kan bli inndratt, og svulsten kan etter hvert fiksere seg til huden, noe som kan føre til asymmetrisk bryst. Hvis svulsten infiltreres i huden kan huden bli rød og ligne på utsiden av et appelsinskall. På et enda senere stadium kan det forekomme sår dannelse i huden (Jacobsen et al. 2012).

#### **2.1.2 Behandling**

Hvilken behandling som blir iverksatt vil variere fra pasient til pasient. Behandling av brystkreft blir blant annet bestemt ut i fra svulsten sin størrelse, kreftcellene sine egenskaper, og om kreftcellene har spredd seg til omkringliggende lymfeknuter (Brystkreftforeningen 2015). Den viktigste behandlingen ved brystkreft er kirurgi (Garne, Aude og Kloster 2005). Den kirurgiske behandlingen har endret seg mye i løpet av kort tid.

For små svulster er standardbehandlingen brystkonserverende kirurgi. Ved denne operasjonsformen spares mesteparten av brystet, og det kosmetiske resultatet er som om brystet ikke har blitt operert. Ved store svulster fjernes brystkjertelen med overliggende hud, som tidligere var standardbehandlingen (Jacobsen et al. 2012). En operasjon der hele brystkjertelen blir fjernet, kalles *ablatio mammae* eller *mastektomi* (Sørensen og Almås 2011).

## **2.2 Mastektomi**

I mange år har mastektomi med aksille tømning vært den kirurgiske standardbehandlingen ved brystkreft (Garne, Aude og Kloster 2005). I de senere år har det skjedd en betydelig utvikling av den kirurgiske teknikken ved brystkreft. På slutten av 1800-tallet ble prinsippene for den såkalte radikale mastektomien utformet. Dette inngrepet var omfattende og innebar blant annet fjerning av hele brystet, underliggende pectoralismuskler og aksillens innhold. Radikal mastektomi ble anvendt helt opp til 1970-årene. Operasjonen ble etter hvert erstattet av den såkalte modifierende radikale mastektomi, som er et mindre omfattende inngrep hvor pectoralismuskelen blir igjen (Rutqvist og Wallgren 2004).

Rekonstruktiv kirurgi etter kreftbehandling har blitt en vesentlig del av kreftkirurgien. Kvinner som har fjernet ett bryst eller begge brystene på grunn av kreft får tilbud om rekonstruksjon. I noen tilfeller kan dette gjøres i forbindelse med selve kreftoperasjonen, men i øvrige tilfeller gjøres dette på et senere tidspunkt (Fosså, Giercksky og Smeland 2009).

## **2.3 Selvbilde**

Selvbildet er det indre mentale bildet en person har av seg selv til enhver tid. Det karakteriserer hvordan hver enkelt opplever seg selv i sitt miljø, involverer personlig oppfatning av egen kropp, og utvikles over tid som en del av personligheten. Dersom vi klarer å forholde oss til traumatiske opplevelser og beherske vanskelige problemer, vil vi

etter hvert utvikle et positivt selvbilde. Selvbildet kan brytes ned dersom opplevelsene er så vanskelige at vi ikke klarer å forholde oss til dem (Schjølberg 2010).

Når kvinnen må operere bort brystet på grunn av kreft, vil selvbildet, selvtilliten og forholdet til omverdenen påvirkes. Kropp og utseende er en viktig del av den personlige identiteten og selvoppfattelsen. Derfor kan en markant endring av kroppen være sterkt belastende, ikke minst i en tid og kultur hvor det er stor fokus på kropp og sunnhet (Garne, Aude og Kloster 2005). For mange kvinner vil det være en ekstra påkjenning å la andre se at hun har fjernet et bryst (Sørensen og Almås 2011).

### **3.0 Metodebeskrivelse**

Avsluttende bacheloreksamen i sykepleie skal etter retningslinjene til høgskolen i Molde gjennomføres som en systematisk litteraturstudie (Jørgensen og Michaelsen 2014). En systematisk litteraturstudie skal ifølge Mulrow og Oxman ha en tydelig formulert problemstilling, som en svarer systematisk på ved å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning (Forsberg og Wengström 2013).

Videre gjennom metodebeskrivelsen tar vi for oss inklusjons- og eksklusjonskriterier, litteratursøk og datainnsamling, kvalitetsvurdering, etiske hensyn og analyse.

#### ***3.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier***

Utarbeiding av inklusjons- og eksklusjonskriterier gjorde det enklere for oss i forbindelse med litteratursøk og datainnsamling. Vi ble mer bevisste på hva vi så etter og ikke gjennom søkeprosessen. Det å utarbeide inklusjons- og eksklusjonskriterier hjalp oss med å finne artikler som svarte på problemstillingen vår, og som vi mente kunne være aktuelle.

##### **Inklusjonskriterier**

- Kvinner sine erfaringer
- Gjennomgått mastektomi
- Pasientperspektiv
- Etisk vurdering
- Fagfellevurderte originalartikler publisert i vitenskapelig tidsskrift nivå en eller to
- Artikler på norsk, engelsk, svensk eller dansk
- Artikler ikke eldre enn 2009

##### **Eksklusjonskriterier**

- Menn sine erfaringer
- Ikke gjennomgått mastektomi
- Profylaktisk mastektomi
- Sykepleieperspektiv
- Artikler som verken er fagfellevurdert eller etisk vurdert
- Reviewartikler

## **3.2 Litteratursøk og datainnsamling**

For å få til en god søkestrategi så vi over relevant teori i forbindelse med temaet, og allerede våren 2014 gjorde vi mange prøvesøk for å se om det var nok forskning innenfor temaet brystkreft. Vi prøvde ulike databaser og ulike søkeord. Gjennom prøvesøkene, viste det seg at det var gjort en del forskning innenfor dette temaet.

### **3.2.1 PICO-skjema**

Ut i fra problemstillingen vår, diskuterte vi hvilke søkeord vi mente var relevante for vår litteraturstudie. Allerede når vi utførte prøvesøkene prøvde vi ut disse søkeordene. De ordene vi benyttet i forbindelse med databasesøk, satte vi inn i et PICO-skjema. Et PICO-skjema er et hjelpemiddel som kan hjelpe oss å dele opp problemstillingen, for å få en mest mulig hensiktsmessig struktur. De ulike bokstavene, PICO, står for ulike elementer (Nordtvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim og Reinar 2012).

- «P» står for patient/problem. Her skrev vi inn de søkeordene som omhandler hvilken type pasient/pasientgruppe vi var interessert å finne ut om. Under «P» skrev vi dermed «breast cancer\*», «breast neoplasm\*» og «breast tumor\*».
- «I» står for intervention. Her skrev vi inn de søkeordene som omhandlet hvilken behandling vi ønsket å vurdere. Under «I» skrev vi dermed «mastectom\*» og «ablatio mammae».
- «C» står for comparison. Her skriver en inn de tiltakene en ønsker å sammenligne. Hensikten vår var ikke ute etter å sammenligne noen tiltak, så vi benyttet derfor ikke noen søkeord under dette elementet i PICO-skjemaet.
- «O» står for outcome. Her skrev vi inn de søkeordene som omhandlet hvilke endepunkter eller utfall vi var interessert i å finne ut noe om. Her kan det blant annet stilles spørsmål om hvilke opplevelser pasientene har, og hvordan det er å leve på en slik måte. Under denne bokstaven skrev vi dermed søkeordene «experienc\*», «femininity», «body», «body image» og «self».

(Nordtvedt et al. 2012)

PICO-skjemaet ligger som *vedlegg 1*.

### **3.2.2 Søkestrategi**

Vi startet allerede tidlig høstsemesteret 2014 med det første søket. Vi fortsatte med de andre søkene utover høstsemesteret. Tilsammen ble det utført sju søk i fire ulike databaser, i tillegg til manuelle søk. Vi gjorde to søk i Ovid Nursing database, to søk i Ovid Medline, og to søk i PsycInfo. Under veiledningstimen med bibliotekar ved høgskolen ble vi også anbefalt å gjøre et søk i ProQuest. For å avgrense søkene mest mulig, benyttet vi oss av «limits». For å finne den nyeste forskningen, skulle vi helst bruke artikler som ikke var eldre enn fem år, så vi begrenset årstallet til «2008-current». Siden vi var ute etter kvinner sine erfaringer, la vi inn «female» i begrensningen. Til slutt avgrenset vi språket til dansk, engelsk, svensk og norsk.

For å få flest mulig treff på søkeordene, brukte vi trunkeringstegnet «\*» bak de søkeordene som var mulig å trunkere. Når vi skulle trunkere søkeordene, skrev vi inn grunnstammen av de aktuelle ordene, for så å avslutte med trunkeringstegnet. Søkene ble da bredere, ved at vi søkte etter alle de ordene som startet med disse aktuelle grunnstammene, uavhengig av bøyingen av ordet på slutten. Vi brukte blant annet ordet «erfaringer» i vår hensikt. I stedet for å søke etter ordet «experiences», trunkerte vi dette ordet, og skrev «experienc\*». Etter å ha skrevet inn søkeordene, benyttet vi MeSH-termer. Vi huket av de aktuelle synonyme ordene som dukket opp. For å kombinere de ordene vi hadde skrevet inn i PICO-skjemaet, benyttet vi oss av «or» og «and». Vi brukte «or» mellom de synonyme ordene som vi hadde under samme bokstav i PICO-skjemaet, og «and» mellom de ulike elementene fra PICO-skjemaet.

Søk 1 ble utført i Ovid Nursing database 16.09.2014. Ved det første søket krysset vi av for de ulike begrensningene før vi begynte å skrive inn søkeordene. Etter det skrev vi inn søkeordene «breast cancer», «experience\*», og «mastectomy». Vi brukte få søkeord, men likevel fant vi noen relevante artikler. Vi printet ut fire og bestilte to artikler via BIBSYS. Etter grundigere gjennomgang av artiklene fra dette søket inkluderte vi to artikler av god kvalitet. Søk 2 ble utført i Ovid Medline 06.11.2014. Her brukte vi de samme søkeordene

som i søk 1, i tillegg til å tilføye et nytt søkeord, «body image». Når vi gjorde det andre søket skrev vi inn søkeordene først, for så å krysse av de ulike begrensningene. Da fikk vi begrensningene inn i søkehistorikken. Dette søket ga oss ikke så mange artikler som vi mente var relevante nok til å hente ut. Vi endte opp med å printe ut én og bestille én artikkel via BIBSYS, som begge viste seg å være av god nok kvalitet til å inkluderes. Søk 3 ble utført i PsycInfo 06.11.2014. Vi brukte de samme søkeordene som vi gjorde ved søk 1, for så å krysse av for de ulike begrensningene. Ved dette søket fikk vi heller ikke så mange artikler som var relevante nok for vår problemstilling. Vi endte opp med å bestille én artikkel via BIBSYS, som viste seg å være av god nok kvalitet til å inkluderes. Ved søk 4 gikk vi tilbake til Ovid Nursing database igjen. Dette søket ble gjort 06.11.2014. Vi brukte de samme søkeordene som vi brukte ved søk 1. Vi tilføyde også søkeordene «body image» og «femininity», og krysset til slutt av for de ulike begrensningene. Ved å tilføye de to nye ordene viste det seg å gi treff på andre artikler, og vi bestilte dermed tre artikler via BIBSYS. Av disse tre, inkluderte vi til slutt én artikkel.

Etter de fire første søkene manglet vi fortsatt flere artikler. Vi bestilte derfor veiledningstime hos bibliotekar ved høgskolen. Vi fikk hjelp til å gå over PICO-skjemaet vårt. Bibliotekaren hjalp oss også å tilføye nye søkeord, sette trunkeringer på rett sted, og ga oss tips i forhold til begrensningene vi hadde gjort. Vi hadde i starten begrenset til «female», men bibliotekaren mente dette ikke var nødvendig, da søkeordet «mastectomy» hovedsakelig er en type behandling for kvinner. Vi fikk tips om å tilføye ulike synonyme ord, som «breast neoplasm\*», «breast tumor\*» og «ablatio mammae». For å utvide søkeordene enda mer, fikk vi også tips om å skyve trunkerinstegnet fra «experience\*» til «experienc\*», fra «mastectomy» til «mastectom\*» og sette trunkeringstegn bak «breast cancer\*». På grunn av at vi har justert problemstillingen underveis i prosessen, førte dette til at vi selv tilføyde nye søkeord. Siden vi har tilføyd selvbylde i problemstillingen, tilføyde vi derfor søkeordene «body» og «self» i PICO-skjemaet.

Det første søket vi gjorde sammen med bibliotekar (søk 5), ble utført i Ovid Medline 04.12.2014. Vi benyttet de samme begrensningen som tidligere, bortsett fra å ikke ta med begrensningen «female». Vi brukte søkeordene fra det første søket, bare med de ulike endringene vi gjorde i samhandling med bibliotekar, i tillegg til de siste ordene som ble tilføyd i PICO-skjemaet: «breast neoplasm\*», «breast tumor\*», «ablatio mammae», «body» og «self». Ut i fra dette søket printet vi ut to, og bestilte to artikler. Den ene

artikkelen kom ikke, mens de tre andre ikke var gode nok til å inkluderes. Dette søket ble kopiert over til PsycInfo (søk 6). Ut i fra søk 6 bestilte vi to og printet ut to artikler. Av disse artiklene inkluderte vi to. Vi fikk også hjelp til å gjøre et søk i ProQuest (søk 7), der vi brukte de samme søkeordene som i søk 5 og 6. Der bestilte vi én og printet ut én artikkel, men ingen av disse virket aktuelle. Etter alle databasesøkene ble det gjort manuelle søk. Vi gikk gjennom referanselisten til både inkluderte og ekskluderte artikler, der vi så etter titler på artikler som kunne virke relevante. Dersom vi fant en tittel, søkte vi videre på denne tittelen i ulike søkemotorer for å se om artikkelen var tilgjengelig enten i full tekst eller til å bestilles. Vi fant til slutt to artikler vi valgte å inkludere.

Søkehistorikken ligger som *vedlegg 2*.

### **3.3 Kvalitetsvurdering**

Når vi gikk gjennom databasesøkene, leste vi gjennom abstraktene på de artiklene som virket relevante. Etter å ha lest gjennom abstraktene, fikk vi en oppfatning om artiklene kunne svare på problemstillingen vår. De artiklene vi mente virket aktuelle ble printet ut eller bestilt via BIBSYS. Fortløpende som vi fikk artiklene, leste vi gjennom de hver for oss. Selv om vi leste artiklene hver for oss, diskuterte vi hele veien hvilke artikler som svarte på problemstillingen og ikke, og hvilke artikler vi mente kunne inkluderes. Når vi leste gjennom artiklene, hadde vi hele tiden inklusjons- og eksklusjonskriteriene som vi hadde laget i forkant i bakhodet. En av våre inklusjonskriterier var at artiklene skulle ha en form for etisk vurdering. Fant vi ingen form for etisk vurdering i artiklene, satte vi oss grundigere inn i den for å se om funnene var så gode at vi ville bruke den likevel. Et annet inklusjonskriterium var at artiklene skulle være fagfellevurdert. Vi benyttet derfor Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (2015) for å se om tidsskriftet til artiklene hadde nivå en eller to. Om artiklene ikke var fagfellevurdert ekskluderte vi dem, uten å gå mer i dybden på disse.

Etter at vi hadde lest gjennom artiklene, dannet oss et inntrykk, og sjekket de opp mot inklusjons- og eksklusjonskriteriene, gikk vi enda grundigere gjennom dem. For å kvalitetsvurdere hver enkelt artikkel, benyttet vi Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2014) sine sjekklister for vurdering av forskningsartikler. I forbindelse med



utfyllingen av skjemaene, leste vi gjennom artiklene grundig. I tillegg til dette fylte vi inn det mest relevante fra artiklene inn i oversiktstabeller.

Oversiktstabellene ligger som *vedlegg 3*.

Etter å ha sjekket artiklene opp mot inklusjonskriteriene og kvalitetsvurdert dem, ble en del artikler ekskluderte. Av de fleste artiklene vi ikke valgte å inkludere, ble de fleste ekskludert både fordi at de var studier av kvantitativt forskningsdesign, og fordi at de svarte dårlig på problemstillingen vår. Den ene artikkelen omhandlet kvinner sine erfaringer før de valgte å gjennomføre mastektomi. Siden vi ønsket å se på erfaringene kvinnene hadde etter mastektomi, ble også denne artikkelen ekskludert. En av artiklene ble ekskludert fordi at den var for gammel, og en annen ble ekskludert fordi at den manglet fagfelleevaluering.

### **3.4 Etiske hensyn**

Et av inklusjonskriteriene for våre artikler var at de skulle være etisk vurderte. I alle våre inkluderte artikler hadde det etiske på en eller annen måte blitt ivaretatt. Av våre inkluderte artikler var de fleste studiene godkjent av etiske komiteer, og noen hadde benyttet pseudonyme navn for å ivareta konfidensialitet. I noen artikler kom det også frem at pasientene hadde gitt samtykkeerklæringer og at de hadde fått informasjon om studien, informasjon om at deltakelse på studien var frivillig, og at deltakelsen kunne stoppes når som helst. Noen av studiene var opptatt av at all data som omhandlet deltakerne og studien var lagret på sikre steder, og at kun enkelte personer hadde tilgang til dette.

For å se hvilken etisk vurdering som er gjort av hver enkelt artikkel, se *vedlegg 3*, under etisk vurdering.

### **3.5 Analyse**

For å analysere vår datainnsamling benyttet vi Evans (2002) sin systematiske metode av innsamlede data. Evans sin systematiske metode består av fire trinn. 1: Datainnsamling, 2:

Identifisere hovedfunn fra hver enkelt studie, 3: Identifisere hovedtema mellom studiene og 4: Beskrive hovedtemaene (Evans 2002).

Det første steget i analysen gikk ut på å samle inn data (Evans 2002). For å samle inn data gjorde vi søk i ulike databaser. Etter å ha gjort databasesøkene, valgte vi ut de artiklene som inneholdt de inklusjonskriteriene vi hadde satt opp på forhånd, som var relevante for vår problemstilling, og som vi anså som gode nok etter å ha kvalitetsvurdert de. En mer omfattende beskrivelse av denne prosessen er beskrevet i kapittel 3.0, Metodebeskrivelse. Til slutt satt vi igjen med syv artikler med kvalitativt design og tre artikler med kvantitativt design.

I det andre steget tar Evans (2002) for seg det å identifisere hovedfunn fra hver enkelt studie. Vi leste gjennom alle artiklene grundig, og analyserte artiklene hver for oss. Vi hadde analysert artiklene på to litt ulike måter. Den ene hadde laget et tankekart for hver enkelt artikkel, og skrevet de ulike funnene rundt. Hvert funn ble nummerert, slik at det skulle bli enklere å henvende seg tilbake til artiklene hvor det sto mer utdypende rundt de ulike funnene. Den andre hadde skrevet opp ulike hovedkategorier som gikk igjen i hver artikkel, for så å sortere de ulike funnene under hver kategori.

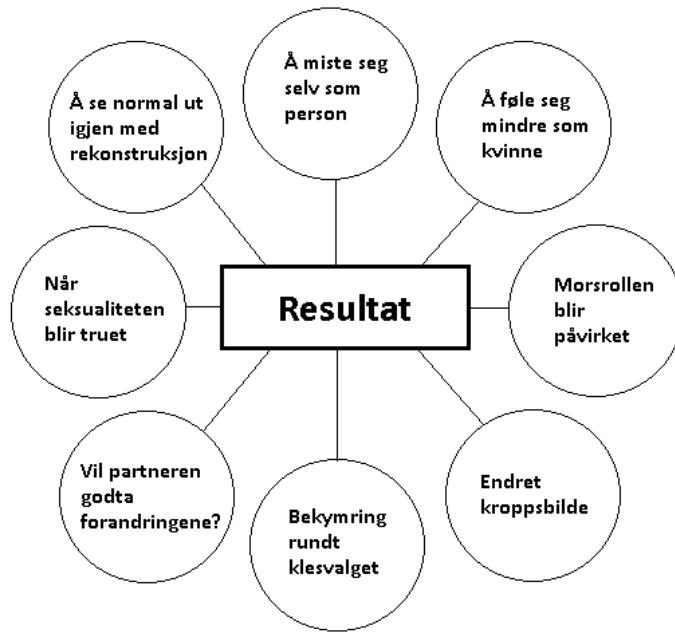
I det tredje steget gikk vi sammen for å sammenligne de ulike funnene vi hadde kommet frem til i hver artikkel. Siden vi hadde gjort det på to litt ulike måter, samlet vi sammen alle funnene i et dokument. Begge hadde kommet frem til mye av de samme funnene, men den som lagde tankekartet hadde i tillegg funnet flere mindre funn. De funnene som gikk igjen i flere artikler og som var relevant for vår problemstilling, samlet vi til egne hovedtemaer. De funnene som ikke ble omdannet til et hovedtema, vurderte vi om de gikk under en av hovedtemaene, eller om det var funn som ikke svarte på problemstillingen.

I det siste steget, hvor vi skulle beskrive hovedtemaene og lage synteser av hovedfunn, samlet vi alle hovedfunnene i hvert undertema til en sammenhengende tekst. Vi lagde til slutt overskrifter som passet til de ulike temaene.

Hovedfunn ligger som *vedlegg 4*.

## 4.0 Resultat

Vi kom til slutt frem til åtte hovedfunn, som vi har valgt å skissere i figur 1. Dette for å gi en umiddelbar oversikt over funnene som blir presentert videre i resultatdelen.



Figur 1.

### 4.1 *Å miste seg selv som person*

Fire av studiene viste at kvinnene som måtte fjerne et bryst, ga uttrykk for å miste noe av seg selv eller deler av kroppen (Fallbjörk, Salander og Rasmussen 2012, Piot-Ziegler, Sassi, Raffoul og Delaloye 2010, Denford, Harcourt, Rubin og Pusic 2010 og Lindwall og Bergbom 2009). I prosessen der kreften ble fjernet, oppdaget kvinnene at det ikke bare hadde blitt fjernet en syk del av kroppen, men også måten de så på seg selv som person (Fallbjörk, Salander og Rasmussen 2012). I studien til Piot-Ziegler et al. (2010) erfarte noen kvinner dekonstruksjon av kroppen som en dyp identitetskrise: «I have the impression that I am losing my true self» (Piot-Ziegler et al. 2010, 494). En pasient prøvde å berolige seg selv ved å påpeke at mastektomi ikke ville påvirke hennes personlighet, men likevel tvilte hun:

I don't agree. Everybody tells me that - my mother, my sisters, my friends - everybody tells me that you're not limited to your breast, one piece of flesh more or one piece of flesh less doesn't change anything in your personality. In fact I agree, during the day, but... (Piot-Ziegler et al. 2010, 494).

I studien til Denford et al. (2010) kom det frem at kvinner følte at mastektomi hadde fjernet en del av deres selvfølelse og identitet. De følte at rekonstruksjon kunne bidra til å gjenoppbygge normalitet, og hjelpe dem å tilpasse deres nye selv. Andre kvinner følte at inngrepet hadde fjernet et definerende trekk ved dem, og ønsket dermed rekonstruksjon for å gjenopprette identiteten sin. Kvinnene var klar over at de ikke ville være den samme personen som de var før de fikk brystkreft, men tenkte at rekonstruksjon kunne bidra til gjenopprette dem (Denford et al. 2010).

Det å ha brystkreft og måtte gå gjennom kirurgiske prosedyrer ble uttrykt som en endring for kroppen. Når en ble oppmerksom på dette, ble det erfart å se på kroppen på en annen måte enn tidligere. Disse forandringene betydde at kvinnene måtte lære seg å bli venn med kroppen igjen. Disse forandringene endret relasjonen til kroppen, som da resulterte i å bli endret som person. Det å ikke føle seg som før, kunne gjøre at kvinnene følte seg triste, som førte til at de opplevde sorg (Lindwall og Bergbom 2009).

## ***4.2 Å føle seg mindre som kvinne***

Femininitet er en betegnelse som kvinnene har tatt for seg i seks av de ti studiene (Fallbjörk, Salander og Rasmussen 2012, Freysteinson, Deutsch, Lewis, Sisk, Wuest og Cesario 2012, Piot-Ziegler et al. 2010, Rubin og Tanenbaum 2011, Odigie, Tanaka, Yusufu, Gomna, Odigie, Dawotola og Margaritoni 2009 og Denford et al. 2010). For flere kvinner skapte mastektomi langvarige spørsmål og kamper om det å være normal og feminin, og hvordan man burde se ut og oppføre seg som en kvinne, samt sitt eget selvbylde som kvinne (Rubin og Tanenbaum 2011).

Mastektomi ble flere ganger beskrevet som en krenkelse for femininiteten, og flere fortalte at de ikke lengre følte seg som en kvinne (Fallbjörk, Salander og Rasmussen 2012, Freysteinson et al. 2012, Piot-Ziegler et al. 2010, Rubin og Tanenbaum 2011, Odigie et al.

2009). For mange ville det føles som å ikke ha noe kjønn, eller enda verre, å føle seg som en mann. En av kvinnene beskrev dette slik:

I'm not ready to be like a boy. I was born a girl, I grew up as a girl. It's not that the breast is the centre of all that, but it's a whole, it's my femininity, it's all organized around it (Piot-Ziegler et al. 2010, 494)

Noen av kvinnene uttrykte også bekymring i forhold til å miste brystvorten, siden dette for mange er et symbol på kvinnelighet. Flere mente at et bryst uten brystvorte ikke ville være et bryst lengre (Piot-Ziegler et al. 2010).

Selv om mange av kvinnene mente at mastektomi ville krenke femininiteten, kom det også frem flere andre synspunkt. En av kvinnene hadde fått spørsmål fra en annen kvinne om hun ikke følte at hun mistet kvinneligheten sin. Ut i fra dette spørsmålet lurte hun på hva i alle dager hun snakket om, og om hun trodde at såkalt kvinnelighet var viktigere enn livet i seg selv. En av de andre kvinnene uttrykte at hun ikke så på seg selv som en kvinne av dårligere kvalitet, og at et bryst mer eller mindre var ingen stor sak (Fallbjörk, Salander og Rasmussen 2012). En kvinne med annen seksuell legning ble en gang spurt hvorfor det betydde så mye å miste et bryst. Responsen til denne kvinnen var: «First I'm a human, and next I'm a woman, and next I'm a lesbian woman. Nobody likes to see themselves disfigured from a disease» (Rubin og Tanenbaum 2011, 409). Noen kvinner erfarte følelsen av at de hadde blitt lemlestet, at de følte seg som en halv kvinne, og at de gråt når de så seg selv i speilet. Men likevel følte de seg som verdifulle kvinner: «I'm a woman with or without my breasts» (Fallbjörk, Salander og Rasmussen 2012, 45).

#### **4.2.1 Morsrollen blir påvirket**

I tre av de ti studiene kom det frem at mastektomi ville påvirke amming og følelse av morskap hos kvinnene (Fallbjörk, Salander og Rasmussen 2012, Piot-Ziegler et al. 2010, Odigie et al. 2009). Flere kvinner så på det som et problem å amme med kun ett bryst (Odigie et al. 2009). Andre uttrykte bekymring rundt det å miste brystvorten med tanke på amming. Noen mente at mastektomi ville forhindre dem i å bli mødre, og at dette ville ha den konsekvensen at de måtte gi opp å bli mor, spesielt med tanke på amming (Piot-Ziegler et al. 2010). Til tross for dette fortalte en av kvinnene: «I have breast-fed all my 4

kids, and I think that is enough... They have already done their duty» (Fallbjörk, Salander og Rasmussen 2012, 44).

### **4.3 Endret kroppsbilde**

Det kom frem i flere studier at kvinnene opplevde forandring i kroppsbildet etter mastektomi (Piot-Ziegler et al. 2010, Odigie et al. 2009, Chen, Liao, Chen, Chan og Chen 2012, Andrzejczak, Markocka-Maczka og Lewandowski 2012, Lindwall og Bergbom 2009). Mesteparten av disse forandringene var av negativ art (Piot-Ziegler et al. 2010, Chen et al. 2012, Lindwall og Bergbom 2009). Dette kunne involvere følelser rundt at behandlingen hadde forlatt kroppen mindre hel, misnøye om kroppen, og misnøye med utseende på grunn av arr (Chen et al. 2012). Flere kvinner mente også at kroppen skadet dem, og at den ble ukjent. De ønsket at kroppen skulle se ut som før. Etter operasjon ville kroppen fremstå som fremmed, og forandret for alltid (Lindwall og Bergbom 2009). En av kvinnene sa:

If I look at myself in the mirror I think it looks fine, the scar is very neat. From the point of view of appearance it looks fine, but I feel different, and it took time before I could get used to looking at my body in a positive way (Lindwall og Bergbom 2009, 284).

Ikke alle kvinnene opplevde forandring i kroppsbildet etter mastektomi. I studien til Fallbjörk, Rasmussen, Karlsson og Salander (2013) viste det seg at kroppsbildet hos kvinnene hadde forandret seg lite fra rett etter inngrepet til flere år etter.

I studien til Andrzejczak, Markocka-Maczka og Lewandowski (2012) kom det frem at eldre kvinner erfarte større problemer med å akseptere kroppen sin etter mastektomi enn yngre kvinner. Studien til Chen et al. (2012) motbeviste dette med at yngre kvinner viste seg å ha større bekymringer rundt kroppsbildet.

Tidligere oppfatning av kroppsbildet var også med på å avgjøre hvordan kvinnene følte det etter mastektomi. Flere av kvinnene var tidligere misfornøyd med brystene og kroppen sin. Brystene som en gang var for små, for store eller for tunge ble plutselig forandret, og

kvinnene angret på å ikke ha akseptert kroppen slik den var før. På en annen side var også noen av kvinnene fornøyd med kroppen og brystene sine før de fikk brystkreft (Piot-Ziegler et al. 2010).

#### **4.4 Bekymring rundt klesvalget**

I fire av de ti studiene kom det frem bekymringer blant kvinnene når det gjaldt hvordan en burde kle seg (Fallbjörk, Salander og Rasmussen 2012, Freysteinson et al. 2012, Piot-Ziegler et al. 2010, Denford et al. 2010).

I studien til Freysteinson et al. (2012) og Piot-Ziegler et al. (2010) erfarte flere av kvinnene følelsen av at de måtte være forsiktige i klesvalget. Dette blant annet for å unngå å sjokkere og såre andre mennesker (Piot-Ziegler et al. 2010). En av kvinnene nevnte også at en må være kreativ:

You become very creative after you have this surgery...putting my bra on and having to put my socks in [her bra while viewing herself in the mirror]. Make sure I am, you know...not lopsided or one's bigger than the other and stuff like that (Freysteinson et al. 2012, 366).

Noen fokuserte mest på hvordan en kunne se normal ut full påkledd (Denford et al. 2010), mens andre var mer opptatt av hvordan de så ut når de skulle pynte seg (Fallbjörk, Salander og Rasmussen 2012). Flere av kvinnene uttrykte at de alltid hadde likt brystene sine, og elsket å bruke utringede kjoler for å vise frem kløften. Etter mastektomi hadde kjolevalget blitt veldig begrenset, og kvinnene måtte alltid tenke over å skjule brystprotesene (Fallbjörk, Salander og Rasmussen 2012). En av kvinnene fortalte at hun likte å være feminin, og at hun likte å kle seg i fine klær, mens en annen kvinne beskrev at hun ikke turte å kle seg i fine kjoler, eller å føle seg feminin (Piot-Ziegler et al. 2010).

#### **4.5 Vil partneren godta forandringene?**

Det var store forskjeller i hvordan kvinnene opplevde at mastektomi påvirket

parforholdene deres. Noen var i stabile parforhold, mens andre ble singel i sammenheng med diagnosen og inngrepet (Fallbjörk, Salander og Rasmussen 2012, Rubin og Tanenbaum 2011, Odigie et al. 2009, Andrzejczak, Markocka-Maczka og Lewandowski 2012). En av kvinnene sa:

I'm still a woman, and I guess that's very much thanks to my husband... He likes me despite what I've been through... He loves me as I am and looks upon me as a woman though I have only 1 breast left» (Fallbjörk, Salander og Rasmussen 2012, 45).

Noen av kvinnene erfarte ektefellen som svært støttende. Den ene kvinnen uttrykte at hun kunne fortelle alt hun følte, mens en annen fortalte at mannen hjalp henne og oppmuntret henne hele tiden (Freysteinson et al. 2012).

Likevel var det mange som uttrykte bekymringer om at partneren kanskje ikke ville godta forandringene (Freysteinson et al. 2012). Flere opplevde negativ innvirkning på parforholdet (Odigie et al. 2009). Noen mente at partnerne oppfattet dem som mindre attraktive, mens andre merket at partneren ga dem mindre oppmerksomhet enn tidligere. En av kvinnene sa:

When he took me in his arms, telling me: 'There you go, let go, cry'. I ended up by asking myself if he was really interested in me. I have the feeling he didn't really love me (Piot-Ziegler et al. 2010, 496).

Etter mastektomi opplevde noen kvinner at det kunne være vanskelig å konfrontere signaler ektefellen ga, og at det da ble rom for misforståelser (Piot-Ziegler et al. 2010). Til tross for dette var det også mange kvinner som ikke hadde merket noen forandringer (Andrzejczak, Markocka-Maczka og Lewandowski 2012).

Noen av kvinnene som ikke var i faste parforhold, uttrykte frykt for å kunne gå på stevnemøte eller inngå nye parforhold (Piot-Ziegler et al. 2010, Rubin og Tanenbaum 2011).



#### **4.5.1 Når seksualiteten blir truet**

Mange av kvinnene erfarte at mastektomi påvirket seksuallivet i negativ retning (Fallbjörk, Salander og Rasmussen 2012, Piot-Ziegler et al. 2010, Fallbjörk et al. 2013, Andrzejczak, Markocka-Maczka og Lewandowski 2012). En av kvinnene stilte seg spørsmål om mastektomi ville forstyrre sexlivet, og om ektefellen ville akseptere henne (Freysteinson et al. 2012). Flere av kvinnene følte seg mindre seksuelt attraktive, og følte seg ikke vel under seksuell intimitet (Fallbjörk et al. 2013, Andrzejczak, Markocka-Maczka og Lewandowski 2012). I tillegg opplevde noen av kvinnene nedsatt seksuell interesse, samt nedsatt seksuell aktivitet (Fallbjörk et al. 2013). Enkelte hadde begynt å dekke seg til under intime situasjoner av estetiske grunner (Andrzejczak, Markocka-Maczka og Lewandowski 2012). En av kvinnene uttrykte at hun aldri ville tillate seg selv å vise seg naken for ektefellen igjen. En annen kvinne fortalte: «[If reconstruction were not possible] I would certainly have nobody in my bed anymore» (Piot-Ziegler et al. 2010, 497). Studien til Fallbjörk, Salander og Rasmussen (2012) viser at en av kvinnene prøvde å være seksuelt aktiv som før, men hun følte at det ble begrenset med at hun ikke ville ta av brystholderen, og hun ønsket at rommet skulle være mørkt.

#### **4.6 Å se normal ut igjen med rekonstruksjon**

Flere av studiene avdekte tanker kvinnene hadde om rekonstruksjon (Denford et al. 2010, Fallbjörk, Salander og Rasmussen 2012, Rubin og Tanenbaum 2011, Piot-Ziegler et al. 2010 og Fallbjörk et al. 2013). I studien til Denford et al. (2010) omtalte noen kvinner at de følte mastektomi hadde fjernet en del av deres selvbilde og identitet, og at rekonstruksjon var en mulighet til å se normal ut igjen. Flere av kvinnene mente at rekonstruksjon var nødvendig for å bli gjenopprettet som person, og at det ga håp om å gjenvinne synet på seg selv som kvinne. En av kvinnene sa: «I got the offer. I didn't hesitate....It's nothing but a bonus for all the misery I've passed through, of course I grabbed the chance. I am nothing but grateful» (Fallbjörk, Salander og Rasmussen 2012, 45). Flere av kvinnene refererte til at de ønsket å se normal ut igjen (Rubin og Tanenbaum 2011, Denford et al. 2010). Mange valgte dette fordi de ønsket symmetri og ville unngå løse proteser (Rubin og Tanenbaum 2011).

Selv om mange av kvinnene ønsket rekonstruksjon, var det likevel også flere som ikke ønsket det (Fallbjörk, Salander og Rasmussen 2012, Piot-Ziegler et al. 2010, Rubin og Tanenbaum 2011). I to av studiene uttrykker kvinnene bekymringer rundt eventuelle problemer som kunne oppstå etter inngrepet, samt ventetiden for å gjennomgå enda en operasjon etterfulgt av smerte (Fallbjörk, Salander og Rasmussen 2012, Rubin og Tanenbaum 2011).

Noen av kvinnene nevnte at selv om rekonstruksjon var mulig, ville de aldri føle det samme. De rekonstruerte brystene ville ikke føles som deres egne, men som en fremmed ting (Fallbjörk, Salander og Rasmussen 2012, Piot-Ziegler et al. 2010). En av kvinnene uttrykte:

For me reconstruction is not enough. If you promise me that reconstruction will compensate for the loss of my femininity. Reconstruction is a fiction that will please my husband that will please my children, maybe, perhaps myself, as far as body appearance is concerned, because I care for my body appearance, it is true, regarding the others' gaze, the other women's gaze, and when going in public changing rooms and undress. It's more that. On a psychological level, I don't know. I don't know (Piot-Ziegler et al. 2010, 491).

I tre av studiene ble det nevnt at av kvinnene som ønsket å gjennomgå, eller hadde gjennomgått rekonstruksjon, var gjennomsnittlig yngre enn de som ikke ønsket eller hadde det (Fallbjörk, Salander og Rasmussen 2012, Piot-Ziegler et al. 2010, Fallbjörk et al. 2013). En av kvinnene sa: «I think if I were older I would not undergo reconstruction, but at 36, it's important. Because I still feel young...» (Piot-Ziegler et al. 2010, 492).

## **5.0 Diskusjon**

### **5.1 Metodediskusjon**

I metodediskusjonen diskuterer vi styrker og svakheter ved fremgangsmåten til litteraturstudien vår. Vi har også drøftet hva vi kunne gjort annerledes.

#### **5.1.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier**

Brystkreft er den vanligste kreftformen hos kvinner (Jacobsen et al. 2012), så vi valgte derfor å inkludere kun kvinner sine erfaringer, og ikke menn. Vi mener det kan være en styrke for oppgaven at vi har avgrenset til kun kvinner sine erfaringer. Vi tenker at det å miste et bryst for en mann, helt klart vil oppleves annerledes enn for en kvinne, der brystet ofte blir sett på som et symbol for femininitet.

Vi valgte å se på kvinner sine erfaringer etter mastektomi, som dermed krevde at de måtte ha gjennomgått mastektomi. Vi tenker det kunne være en svakhet for oppgaven om vi inkluderte artikler som omhandlet kvinner sine erfaringer før mastektomi, da tankene hos kvinnene muligens kunne være forskjellig før og etter operasjon. Vi valgte deretter å inkludere kvinner som hadde gjennomgått mastektomi som følge av brystkreft, og ekskludere kvinner som hadde gjennomgått mastektomi profylaktisk, eller av andre årsaker. Dette på grunn av at vi tror at det ville gitt ulikt utslag hos kvinnene, både fysisk og mentalt. En kvinne som velger å fjerne brystene på grunn av at hun er disponert for å få brystkreft har delvis tatt avgjørelsen selv, i forhold til en kvinne som har fått påvist brystkreft, der dette kan være eneste muligheten for å bli frisk.

Vi har en svært typisk kvalitativ problemstilling, så vi prøvde så langt det lot seg gjøre å inkludere artikler med kvalitativt design. Vi måtte likevel benytte noen artikler med kvantitativt design da vi ikke fant tilstrekkelige med kvalitativ forskning. Vi tenker dette kan være en svakhet for oppgaven da kvantitative studier ikke svarer like godt på vår problemstilling. Samtidig kan dette være en fordel, da de kvantitative funnene kan være med på å bygge opp under de kvalitative funnene. For at oppgaven skulle bli best mulig, satt vi som inklusjonskriterie at alle artiklene skulle være fagfelle- og etisk vurdert. Dette tror vi kan være en styrke for oppgaven, siden vi da vet at det har blitt tatt hensyn til deltakerne i artiklene, og at artiklene er publisert i tidsskrift av nivå en eller to.

For å bruke nyest mulig forskning har vi benyttet artikler som ikke er eldre enn 2009. Vi har i senere tid funnet ut at prosedyren der hele brystet fjernes ikke lengre er standardbehandling. Dette tenker vi kan være en av grunnene til at vi ikke fant så mange gode og relevante artikler av nyere forskning. Selv om vi ikke skulle ha artikler eldre enn fem år, tenker vi i etterkant at det var dumt å ikke utvide søkene enda mer, da eldre artikler muligens ville vært aktuelle. Selv om mye har forandret seg de siste tiårene med tanke på selvbildet, tenker vi at erfaringene nå og da kan være noe like.

Vi har en del artikler fra Sverige og USA, men vi har også valgt å inkludere artikler fra land i andre verdensdeler, som blant annet Taiwan og Nigeria. Siden flertallet av artiklene likevel er fra Sverige og USA, kan det være at litteraturstudien ikke gir fullstendig bredde på funn. Det at vi har valgt å inkludere artikler fra ulike verdensdeler, kan være en svakhet for litteraturstudien da det kan være store kulturforskjeller i de ulike landene. Det kvinnelige brystet kan ha større eller mindre betydning i enkelte kulturer, som kan ha påvirket resultatene. Samtidig syns vi det er en styrke for vår litteraturstudie å inkludere artikler fra ulike land, da vi er interessert i å finne mangfoldet i kvinner sine erfaringer. Alle kvinner, uavhengig av land og kultur, kan bli utsatt for brystkreft og kan risikere å måtte gjennomføre mastektomi som en del av behandlingen.

Vi inkluderte en artikkel som omhandlet kun lesbiske og biseksuelle kvinner. I starten var vi litt i tvil om vi skulle inkludere denne artikkelen. Vi tenkte det kunne være en svakhet for oppgaven, da lesbiske og biseksuelle kvinner muligens kunne ha et annet syn på kvinneligheten. Etter å ha diskutert frem og tilbake og lest skikkelig gjennom artikkelen, ble vi likevel enige om å inkludere den. Selv om kvinnene i artikkelen har en annen seksualitet, er det fortsatt mennesker og kvinner som går gjennom en tøff prosess, på lik linje med heteroseksuelle kvinner. Funnene var samtidig veldig like med funn som kom frem blant de andre artiklene.

## **5.1.2 Litteratursøk og datainnsamling**

### **5.1.2.1 PICO-skjema**

Gjennom søkeprosessen hadde vi et PICO-skjema som vi gikk ut i fra ved databasesøkene. Da vi måtte gjøre mange databasesøk for å finne tilstrekkelig med artikler, og i tillegg endret problemstilling underveis, ble det gjort mange endringer i PICO-skjemaet. Dette tenker vi kan ha påvirket søket i databasene i en negativ retning. Vi brukte få søkeord i starten, men etter hvert som problemstillingen ble justert og vi fikk veiledning, ble det tilføyd flere søkeord. Vi følte at søkene ble litt rotete og lite strukturerte siden vi ikke hadde et endelig PICO-skjema fra starten av.

Blant ordene vi brukte i de første søkene brukte vi ordet femininitet. Ved grundigere gjennomgang av de første artiklene, begynte vi å tenke på at ordet femininitet kanskje kunne bidra til å påvirke resultatene, så vi valgte derfor å ikke bruke dette søkeordet i de videre søkene.

### **5.1.2.2 Søkestrategi**

Når vi ser tilbake på da vi startet med oppgaven, har vi kommet frem til at vi burde sjekket grundigere opp bakgrunnsteori i forkant. Vi har i ettertid funnet ut at prosedyren der hele brystet fjernes ikke lengre er standardbehandling, der det nå er større fokus på brystbevarende behandling så langt det lar seg gjøre (Jacobsen et al. 2012). Dette medførte at vi burde vært åpne for eldre artikler. Dersom vi hadde valgt å inkludere artikler som var eldre enn fem år gamle, måtte vi tatt høyde for at forskningen kunne vært utført for enda flere år tilbake, da forskning kan ta lang tid.

Når vi gjorde de første ordentlige søkene, merket vi at vi var litt rustne, og at det var flere ting vi hadde glemt siden sist. Vi brukte blant annet «limits» før vi begynte å skrive inn søkeordene, noe som kan ha påvirket begrensningene i det første artikkelsøket.

Begrensningene kom dermed ikke inn i søkehistorikken, som førte til at vi ble usikre på om begrensningene ble med i søket eller ikke. Til tross for dette er det ikke sikkert dette ville gitt et negativt utslag for oppgaven.

For å komme frem til de artiklene vi har inkludert, har vi gjort mange søk i ulike databaser. I de fire første søkene hoppet vi mye frem og tilbake mellom databasene, og varierte bruken av søkeord. Dette mener vi kan være en svakhet for oppgaven, da det ble mye rot og lite struktur i søkene. Vi syns det er positivt for oppgaven at vi fikk veiledning hos bibliotekar, da dette ga bedre struktur både i PICO-skjema og gjennom de neste søkene. Når vi gjorde et stort hovedsøk under veiledningstime, dukket plutselig de fleste av artiklene vi hadde funnet i små søk tidligere opp.

I forbindelse med databasesøket i ProQuest, fant vi ingen relevante artikler. Da vi gjorde manuelle søk fant vi ut at den ene artikkelen vi inkluderte, var en av de vi valgte å ikke inkludere i forbindelse med søket vi gjorde i ProQuest. Vi tenker derfor nå i etterkant at det kan hende vi muligens har gått glipp av aktuelle artikler, da abstraktene og artiklens innhold ikke alltid stemmer overens.

Selv om det var lite struktur i de første søkene, gjorde vi til sammen mange søk i flere ulike databaser. Dette kan være positivt siden vi da har undersøkt mange databaser i henhold til relevante artikler for vår problemstilling.

### **5.1.3 Kvalitetsvurdering**

Gjennom hele søkeprosessen jobbet vi tett sammen. Dette gjorde vi for at utvalget av artikler skulle bli best mulig, og for å dele hverandre sine erfaringer. Siden vi gikk gjennom søkene og de utvalgte artiklene sammen, ble prosessen grundigere. De artiklene som den ene nødvendigvis tenkte ikke var relevant, mente den andre kunne være det.

Vi har benyttet de samme sjekklister for våre utvalgte artikler av kvalitativt design. Når det kom til artiklene av kvantitativt design, var vi litt usikre på hvilket design som var brukt. Det kan derfor hende vi har benyttet feil sjekklister for de kvantitative studiene. Dette kan være en svakhet, da vår vurdering av disse artiklene kan ha blitt gjort på feil måte.

Vi kvalitetsvurderte artiklene hver for oss. Senere diskuterte vi artiklene sammen, og ble

enige om hvilke artikler som var av gode nok kvalitet til å inkluderes. Dette mener vi kan være en styrke for oppgaven, da vi kan ha tolket artiklene på ulike måter.

De inkluderte artiklene våre er skrevet på engelsk, og det må tas høyde for at noe av det som står kan være feiltolket med tanke på oversetting. Enkelte engelske ord kan ha flere betydninger på norsk, og dette kan derfor være en svakhet med studien.

#### **5.1.4 Ethiske hensyn**

Det at alle våre inkluderte studier på en eller annen måte er etisk vurdert, mener vi er en styrke for oppgaven. Det at kvinner må fjerne et bryst på grunn av brystkreft kan være en stor påkjenning (Sørensen og Almås 2011). Når en lager studier på dette området syns vi derfor det er svært viktig å ta hensyn til deltakerne, spesielt i form av det etiske. Hvis kvinnene for eksempel ikke får informasjon om studien, eller dersom anonymiteten ikke blir overholdt, kan det oppstå konflikter i etterkant.

Den ene artikkelen vi inkluderte krevde tillatelse for å kopiere eller på andre måter bruke noe eller alt av innholdet. Vi sendte derfor mail til e-post adressen som sto oppført, med spørsmål om tillatelse for å bruke noe av innholdet til denne litteraturstudien, noe som vi heldigvis fikk.

#### **5.1.5 Analyse**

Det at vi hadde lest artiklene hver for oss og analysert forskningsartiklene på to ulike måter, mener vi kan være en fordel for studien vår. Da den ene hadde skrevet opp de største funnene, hadde den andre tatt ut alle funnene, selv om funnene var svake eller sterke. Med dette følte vi at vi utfylte hverandres funn, og dermed kom frem til hovedfunn som var sterke.

Vi syns det var noe vanskelig å samle alle funnene fra hver enkelt artikkel til hovedtemaer. Vi følte at mye av funnene gikk inn i hverandre, og at det var vanskelig å sette et skille mellom funnene. Det kan derfor være en svakhet for vår litteraturstudie, da noen av hovedtemaene går inn i hverandre, men som vi likevel valgte å separere.

## **5.2 Resultatdiskusjon**

I resultatdiskusjonen har vi diskutert funnene fra resultatdelen opp mot hverandre. Siden flere av funnene går inn i hverandre, har vi utarbeidet en figur som illustrerer dette (Se vedlegg 5). Videre har vi diskutert resultatene opp mot studiens hensikt og problemstilling, både teori og ny forskning, samt erfaringer fra praksis og aktuelle sykepleietiltak.

### **5.2.1 Når identiteten som person, kvinne og mor blir truet**

Flere av studiene viste at kvinnene som måtte fjernet et bryst følte at de hadde mistet noe av seg selv (Fallbjörk, Salander og Rasmussen 2012, Piot-Ziegler et al. 2010, Denford et al. 2010 og Lindwall og Bergbom 2009). I teorien til Garne, Aude og Kloster (2005) står det skrevet at kropp og utseende er en viktig del av den personlige identitet og selvoppfattelse. Å fjerne et bryst kan derfor virke sterkt belastende, spesielt i en tid og kultur hvor det er stort fokus på kropp og sunnhet. I vår litteraturstudie fant vi ut at det å ha brystkreft, og å måtte gå gjennom kirurgiske prosedyrer ble oppfattet som en endring for kroppen. Disse forandringene resulterte i at kvinnene ble endret som person, da forandringene endret relasjonen til kroppen. Mange av kvinnene erfarte følelsen av tristhet og opplevde sorg, siden de ikke lengre følte seg som før (Lindwall og Bergbom 2009). Dersom kvinnene opplever det å fjerne et bryst vanskelig, kan det risikere at selvbildet brytes ned (Schjølberg 2010). Det er derfor viktig at sykepleier i en slik sammenheng kan være til stede å lytte og støtte kvinnen sine følelser (Gjertsen 2010).

Å miste et bryst vil ikke bare føles som tap av en kroppsdel, men kan også føles som tap av kvinnelighet og identitet, noe som naturlig nok påvirker forholdet til kvinnens næreste relasjoner (Gjertsen 2010). Dette samsvarer med studien til Fallbjörk, Salander og Rasmussen (2012), der mange av kvinnene oppdaget at det ikke bare hadde blitt fjernet en syk del av kroppen, men også måten de så på seg selv som person. I studien til Piot-Ziegler et al. (2010) kom det frem at dekonstruksjon av kroppen kunne erfares som en dyp identitetskrise, der en av kvinnene fortalte at hun hadde følelsen av at hun mistet seg selv. Måten kvinnene ser på seg selv har nødvendigvis ikke forandret seg så mye de siste tiårene. I studien til Bredin (1999) blir det skrevet at uavhengig av om kvinnen liker brystene sine eller ikke, vil de uansett være en del av kvinnens identitet. Et tap av ene eller begge brystene, kan føles som om kvinnen har mistet en del av seg selv. Sykepleier kan i en slik sammenheng informere kvinnen om at det finnes en forening for brystkreftopererte.



Denne foreningen består av kvinner som selv er operert for brystkreft. Dette kan derfor være til god hjelp for kvinnene, da de som er medlem i foreningen har erfaringer de kan dele videre. Denne kontakten kan også hjelpe kvinnene å bearbeide de vonde opplevelsene (Gjertsen 2010).

I flere av studiene ble betegnelsen femininitet tatt opp blant kvinnene (Fallbjörk, Salander og Rasmussen 2012, Freysteinson et al. 2012, Piot-Ziegler et al. 2010, Rubin og Tanenbaum 2011, Odigie et al. 2009 og Denford et al. 2010). I følge Gjertsen (2010) har kvinnebrystet alltid vært et symbol på femininitet. For flere kvinner skapte mastektomi langvarige spørsmål og kamper om det å være normal og feminin, hvordan man burde se ut og oppføre seg som en kvinne, samt sitt eget selvbilde som kvinne (Rubin og Tanenbaum 2011). I vår kultur betraktes brystene som en viktig del av kvinnens seksuelle identitet. Å miste et bryst betyr for mange at de ikke lengere opplever seg selv som fullverdig kvinne (Sørensen og Almås 2011). I vår litteraturstudie blir dette bekreftet da mastektomi flere ganger ble beskrevet som en krenkelse for femininiteten, og at flere ikke lengre følte seg som en kvinne (Fallbjörk, Salander og Rasmussen 2012, Freysteinson et al. 2012, Piot-Ziegler et al. 2010, Rubin og Tanenbaum 2011, Odigie et al. 2009). Som tidligere nevnt er kvinnebrystet et symbol på femininitet (Gjertsen 2010). I studien til Piot-Ziegler et.al. (2010) kom det frem at flere kvinner fryktet at de ikke lengre ville være eller føle seg som en kvinne, og at de ikke var klar for å bli som en mann.

I flere av studiene kom det frem at mastektomi ville påvirke amming og følelsen av morskap hos kvinnene (Fallbjörk, Salander og Rasmussen 2012, Piot-Ziegler et al. 2010, Odigie et al. 2009). Gjertsen (2010) nevner at funksjoner som amming og seksualitet vil være med på å fremheve betydningen av brystet som identitetsskapende organ. Å fjerne et bryst kan oppleves så traumatisk for kvinnen at det oppstår krise der mange ulike aspekter vil være truet. Dette kan blant annet være identiteten som kvinne, mor og seksualpartner. Funn i studien til Piot-Ziegler et al. (2010) samsvarer med denne teorien der flere av kvinnene mente at mastektomi ville forhindre dem i å bli mødre, og at dette ville ha den konsekvensen at de måtte gi opp å bli mor, spesielt med tanke på amming. Funn i to andre studier støtter også dette der det kom frem at mastektomi ville påvirke amming og følelse av morskap hos kvinnene (Fallbjörk, Salander og Rasmussen 2012, Odigie et al. 2009). I Norge er kvinner generelt så motiverte for å amme barnet sitt at det kan oppleves som en

personlig katastrofe å ikke lykkes (Nylander 2010). I en slik situasjon er det viktig at sykepleier støtter og trøster mor når det ikke går, enten på grunn av mangel på bryst, eller dårlig funksjon av gjenværende bryst. Sykepleier kan også informere om ulike morsmelkerstatninger, og forsikre mor om at dette også er tilfredsstillende spedbarnsmat (Nylander 2010). Til tross for dette nevnte en kvinne i studien til Fallbjörk, Salander og Rasmussen (2012) at hun synes brystene har gjort sin jobb, da hun har ammet alle sine fire barn.

Selv om mange av kvinnene mente at mastektomi ville krenke femininiteten, kom det også frem flere andre synspunkt. I studien til Fallbjörk, Salander og Rasmussen (2012) ble en kvinne svært overveldet da hun fikk spørsmål om hun ikke følte at hun mistet kvinneligheten sin, og hun lurte på om såkalt kvinnelighet virkelig var viktigere enn livet i seg selv. I følge Garne, Aude og Kloster (2005) vil det å mestre tapet av et bryst være individuelt, og avhengig av hvor mye brystet har betydd for hver enkelt kvinne, samt hvordan hun tolker sin sykdom. I vår litteraturstudie kom det også frem at en av kvinnene ikke så på seg selv av noe dårligere kvalitet, selv om hun hadde ett bryst mer eller mindre (Fallbjörk, Salander og Rasmussen 2012).

### **5.2.2 Å leve med endret kroppsbilde**

Kroppsbildet sier noe om hvordan hver enkelt person oppfatter kroppen sin. Det omfatter alle oppfatninger en person har om seg selv med tanke på utseende og kroppsfunksjoner. Kroppsbildet er en viktig del av selvbildet. Endret kroppsbilde vil være personlig anliggende. Det som gir problemer for en person, trenger ikke nødvendigvis å være like problematisk for en annen (Schjølberg 2010).

Det kommer frem i flere av studiene at kvinner opplevde forandring i kroppsbildet etter mastektomi (Piot-Ziegler et al. 2010, Odigie et al. 2009, Chen et al. 2012, Andrzejczak, Markocka-Maczka og Lewandowski 2012, Lindwall og Bergbom 2009). Det viste seg også at disse forandringene var av negativ art (Piot-Ziegler et al. 2010, Chen et al. 2012, Lindwall og Bergbom 2009). Schjølberg (2010) støtter dette med å hevde at for kvinners vedkommende vil det å fjerne et bryst muligens være det som har størst betydning for endring i kroppsbildet. Han påpeker at en sammenheng kan være at inngrepet er dramatisk og gir synlige fysiske forandringer, samtidig som at brystet i vår kultur er et viktig symbol

på femininitet og seksualitet. I studien til Chen et al. (2012) erfarte flere kvinner at forandring i kroppsbildet involverte følelser rundt det at behandlingen hadde forlatt kroppen mindre hel, misnøye om kroppen, og misnøye med utseende på grunn av arr. I teorien til Arman og Backman 2007 og Dahl mfl. 2009 (siteret i Sørensen og Almås 2011), kommer det også frem at arret etter operasjon hele tiden vil være en konstant påminnelse om kreftsykdommen. En forandret kropp og kroppslige plager etter behandlingen kan gi negative konsekvenser for selvbildet og livsutfoldelsen hos kvinnen. Mange kvinner ønsker ikke å se operasjonssåret når det skal skifte bandasje for første gang, som da er viktig å respektere. Likevel er det lurt at kvinnen tørr å se arret sitt før hun reiser hjem fra sykehuset. Det kan også være lurt at konfrontasjonen med arret første gang skjer sammen med sykepleier, som kan være der å støtte kvinnen og svare på spørsmål og kommentarer (Sørensen og Almås 2011). Det å respektere kvinnen sitt ønske om å ikke se operasjonssåret synes vi er svært viktig, med tanke på selvbestemmelse. Selv om vi synes det er viktig å respektere kvinnen sine ønsker, tenker vi at det uansett vil være en fordel å la henne se såret før hjemreise. Dette fordi at sykepleier kan bidra med nyttig informasjon og råd. Vi som sykepleiere kan også oppfordre kvinnen til å ta med seg eventuell partner eller familie med tanke på støtte når de skal se brystområdet for første gang (Sørensen og Almås 2011).

Å kunne mestre tapet av brystet kommer an på hvor mye brystet har betydd for hver enkelt kvinne, og hvordan hun oppfatter sin sykdom (Garne, Aude og Kloster 2005). I studien til Piot-Ziegler et al (2010) kom det frem at kvinners tidligere oppfatning av kroppsbilde var med på å avgjøre hvordan hun følte seg etter mastektomi. Flere kvinner var tidligere misfornøyd med brystene og kroppen sin. Det at brystene en gang var for små, for store eller for tunge ble plutselig forandret, og kvinnene angret på å ikke ha akseptert kroppen slik den var før. På en annen side var også noen av kvinnene fornøyd med kroppen og brystene sine før de fikk brystkreft.

Før kvinner får proteser som de er fornøyd med, er det lett å tenke at «alle» ser at en mangler et bryst (Gjertsen 2010). I fire av de ti studiene kom det frem bekymringer blant kvinnene når det gjaldt hvordan en burde kle seg (Fallbjörk, Salander og Rasmussen 2012, Freysteinson et al. 2012, Piot-Ziegler et al. 2010, Denford et al. 2010). I studien til Freysteinson et al. (2012) og Piot-Ziegler et al. (2010) kom det frem at flere kvinner følte de måtte være forsiktige i klesvalget. Dette blant annet for å unngå å sjokkere og såre

andre mennesker (Piot-Ziegler et al. 2010).

En av kvinnene hadde gjort seg flere erfaringer rundt det å være kreativ etter en slik operasjon, der en blant annet putter sokker inni brystholderen når en ser seg selv i speilet (Freysteinson et al. 2012). Det kan også være til hjelp for kvinnene at sykepleiere informerer kvinnene om at det finnes forskjellig utstyr, som spesialbrystholdere, bikinier og badedrakter. Da flere kvinner bekymrer seg med tanke på klesvalg, kan sykepleier gi tips og råd om hvordan en kan kle seg (Sørensen og Almås 2011).

Noen kvinner fokuserte mest på hvordan en kunne se normal ut full påkledd (Denford et al. 2010), mens andre var mer opptatt av hvordan de så ut når de skulle pynte seg (Fallbjörk, Salander og Rasmussen 2012). Flere av kvinnene uttrykte at de alltid hadde likt brystene sine, og elsket å bruke utringede kjoler for å vise frem kløften. Etter mastektomi hadde kjolevalget blitt veldig begrenset, og kvinnene måtte alltid tenke over å skjule brystprotesene (Fallbjörk, Salander og Rasmussen 2012). I Gjertsen (2010) kommer det frem at klær ikke lengre er en funksjonell og behagelig påkledning, men mer som en kamuflasje. Noen kvinner så ikke på klær bare som en kamuflasje, men også som en trygghet. En kvinne i studien til Bredin (1999) fortalte at når hun var påkledd følte hun at ingen trengte å vite hva hun hadde gjennomgått, samtidig som hun følte at hun kunne mestre det.

Det er viktig at sykepleiere har denne kunnskapen om at noen kvinner syns det er vanskelig å skjule kunstige midler. Noen kvinner har for eksempel aldri brukt brystholder før, og kan derfor ha behov for god tid til å venne seg til tanken å bruke det (Sørensen og Almås 2011). En av kvinnene sa at hun liker å være feminin, og at hun liker å kle seg i fine klær, mens en annen kvinne beskrev at hun ikke turte å kle seg i fine kjoler, eller å føle seg feminin (Piot-Ziegler et al. 2010). I Gjertsen (2010) viser det seg at mange kvinner syns lekkert undertøy og blonder er viktigere etter mastektomi, da dette gir følelsen av feminitet. Dersom kvinner føler seg mindre feminine etter mastektomi, syns vi det er viktig at de kompenserer følelsen av dette tapet med eventuelt fint undertøy og lignende, da dette kan bidra til å bedre selvbildet. Selv om fjerning av et bryst nødvendigvis ikke er synlig for andre, handler det likevel om å gjøre seg selv tilfreds. Vi har selv erfart i praksis at et fjernet bryst ikke trenger å være synlig på utsiden. I det første møtet med pasienten kan en ikke se at pasienten har hatt brystkreft, eller har fjernet et bryst. Det er først i

forbindelser med undersøkelser der pasienten må ta av seg på overkroppen at en legger merke til det.

### **5.2.3 Når seksualitet og samliv blir satt på prøve**

I flere studier kom det frem at det var store forskjeller i hvordan kvinnene opplevde at mastektomi påvirket parforholdene deres. Noen var i stabile parforhold, mens andre ble singel i sammenheng med brystkreftdiagnosen og inngrepet (Fallbjörk, Salander og Rasmussen 2012, Rubin og Tanenbaum 2011, Odigie et al. 2009, Andrzejczak, Markocka-Maczka og Lewandowski 2012). De kvinnene som ikke var i faste parforhold, uttrykte frykt for å kunne gå på stevnemøte og inngå nye parforhold (Piot-Ziegler et al. 2010, Rubin og Tanenbaum 2011). Disse funnene samsvarer med studien til Bredin (1999), der en kvinne uten partner fortalte at det ikke var et tema for henne å inngå et nytt parforhold. Dahl, Borgheim og Borg (2009) viser til en amerikansk undersøkelse hos par der kvinnen får brystkreft, ikke har økt sjanse for samlivsbrudd sammenlignet med par i befolkningen ellers. Størsteparten av kvinnene beskrev samlivsforholdene som tilfredsstillende og støttende på parforholdet. Denne teorien samsvarer ikke helt med funn vi har kommet frem til i vår litteraturstudie. I studien til Freysteinson et al. (2012) kom det frem at mange kvinner uttrykte bekymringer om at partneren kanskje ikke ville godta forandringene. Odigie et al. (2009) hevdet at flere opplevde negativ innvirkning på parforholdet.

I studien til Piot-Ziegler et al. (2010) kom det frem at noen kvinner følte at partnerne oppfattet dem som mindre attraktive, mens andre merket at partneren ga dem mindre oppmerksomhet enn tidligere. Mange av kvinnene i studiene erfarte at mastektomi påvirket seksuallivet i negativ retning (Fallbjörk, Salander og Rasmussen 2012, Piot-Ziegler et al. 2010, Fallbjörk et al. 2013, Andrzejczak, Markocka-Maczka og Lewandowski 2012). Gjertsen (2010) beskriver at seksuelle problemer kan være vanlig siden kvinnen opplever seg selv som mindre attraktiv med bare ett bryst, samt på grunn av arr etter brystet som er fjernet. Dette samsvarer med funn i vår litteraturstudie, der vi fant ut at flere av kvinnene følte seg mindre seksuelt attraktive, og ikke følte seg vel under seksuell intimitet (Fallbjörk et al. 2013, Andrzejczak, Markocka-Maczka og Lewandowski 2012). Enkelte hadde begynt å dekke seg til under intime settinger for estetiske grunner (Andrzejczak, Markocka-Maczka og Lewandowski 2012). Noen av kvinnene opplevde nedsatt seksuell interesse og nedsatt seksuell aktivitet (Fallbjörk et al. 2013). I studien til Fallbjörk,

Salander og Rasmussen (2012) kom det frem at en av kvinnene prøvde å være seksuelt aktiv som før, men hun følte at det ble begrenset med at hun ikke ville ta av brystholderen, og at hun ønsket at rommet skulle være mørkt.

Dahl, Borgheim og Borg (2009) skriver at det har en avgjørende betydning for kvinnes følelse av seksuell tilfredshet at partnerne er støttende og engasjerte. Det vil også ha en avgjørende betydning for tilfredsheten når det gjelder opplevelse av at partneren fortsatt har lyst på dem og tenner på dem, samt kvaliteten på de første seksuelle kontaktene etter inngrepet. Studien til Freysteinson et al. (2012) viste at noen kvinner erfarte ektefellen som svært støttende. Den ene kvinnen uttrykte at hun kunne fortelle alt hun følte, mens en annen fortalte at mannen hjalp henne og oppmuntret henne hele tiden. En kvinne fortalte at hun fortsatt følte seg som en kvinne, mye takket være ektemannen. Hun fortalte også at han likte henne til tross for det hun har vært igjennom, og elsket henne som hun var, selv om hun bare hadde ett bryst igjen. Ut i fra vår litteraturstudie viser det seg at støtte fra eventuell ektemann har stor betydning, og virker inn på hvordan kvinnen føler seg. Mangel på støtte fra partner kan virke inn på synet kvinnen har på sitt eget selvbilde.

Noen kvinner opplevde i motsetning at det kunne være vanskelig å konfrontere signaler ektefellen ga, og at det da ble rom for misforståelser (Piot-Ziegler et al. 2010). Dahl, Borgheim og Borg (2009) hevder at menn kan ha vansker med temaet rundt seksualitet, og gjerne vil unngå eller avbryte når kvinnene prøver å snakke om det. Det kommer også frem at dette er den vanligste bekymringen hos kvinner med brystkreft. Det vil være av stor betydning for kvinnens egen akseptering at partneren har evne til å godta forandringene, samt å formidle at han fortsatt er glad i henne (Gjertsen 2010). For sykepleiere vil det ikke alltid være like enkelt å ta opp temaer som omhandler seksualitet (Borg 2010). Ut i fra vår litteraturstudie viser det seg at temaet seksualitet kan være et problem for mange (Fallbjörk, Salander og Rasmussen 2012, Piot-Ziegler et al. 2010, Fallbjörk et al. 2013, Andrzejczak, Markocka-Maczka og Lewandowski 2012). Vi synes derfor det er viktig at sykepleier lufter dette temaet, eller oppfordrer kvinnene til å snakke med eventuell partner. I situasjoner hvor den ene parten i eventuelle forhold gjennomgår en stor forandring, som for eksempel mastektomi, tenker vi at kommunikasjon vil være viktigere enn noen gang for å unngå misforståelser. I praksis har vi erfart at det lett kan oppstå misforståelser mellom sykepleier og pasient dersom kommunikasjonen ikke er tilfredsstillende. For å unngå misforståelser, er det derfor viktig at kommunikasjonen som

blir formidlet av sykepleier er pasientvennlig og konkret, og at sykepleier sørger for at pasienten har forstått innholdet. Av egen erfaring synes vi det er viktig med kontinuitet, siden kreftpasienter generelt er en sårbar gruppe. Med dette mener vi at samme sykepleier bør samhandle med pasienten, så langt det lar seg gjøre.

Hvilken innvirkning mastektomi har på parforholdet viser seg å ha store individuelle forskjeller. Alder og tidligere seksuell fungering spiller en rolle for hvordan utviklingen blir. Likevel får en større del av kvinnene med brystkreft langvarig seksuell reduksjon på grunn av nedsatt seksuell interesse, eller økte seksuelle problemer (Dahl, Borgheim og Borg 2009).

#### **5.2.4 En mulighet til å gjenopprette selvbildet**

Flere av studiene avdekte tanker kvinnene hadde om rekonstruksjon (Denford et al. 2010, Fallbjörk, Salander og Rasmussen 2012, Rubin og Tanenbaum 2011, Piot-Ziegler et al. 2010 og Fallbjörk et al. 2013). Det vil derfor være en viktig oppgave for sykepleieren å informere den brystkreftopererte kvinnen at det finnes muligheter for rekonstruksjon av brystet (Garne, Aude og Kloster 2005).

Teorien til Gjertsen (2010) sier noe om at kvinner som har fjernet ett eller begge brystene, ofte ønsker å gjennomgå rekonstruksjon for å oppnå følelse av symmetri, likevekt og velvære. I vår litteraturstudie fant vi ut at flere av kvinnene hadde gjennomgått rekonstruksjon, eller ønsket å gjøre det. Det var mange ulike grunner til at kvinnene ønsket å gjennomgå rekonstruksjon. Denford et al. (2010) omtalte kvinner som følte at mastektomi hadde fjernet en del av selvbildet og identiteten deres, og at rekonstruksjon var en mulighet til å se normal ut igjen. Flere mente også at rekonstruksjon var nødvendig for å bli gjenopprettet som kvinne. Som tidligere nevnt i teorien til Gjertsen (2010) ønsket flere kvinner rekonstruksjon på grunn av følelsen av symmetri. Dette støttet studien til Rubin og Tanenbaum (2011), som bekreftet at mange kvinner valgte rekonstruksjon grunnet nettopp dette, samtidig som de ønsket å unngå løse proteser.

Selv om mange kvinner ønsket rekonstruksjon, var det likevel også flere som ikke ønsket det (Fallbjörk, Salander og Rasmussen 2012, Piot-Ziegler et al. 2010, Rubin og Tanenbaum 2011). En av grunnene til dette var bekymringer rundt eventuelle problemer

som kunne oppstå etter inngrepet, samtidig som ventetiden på rekonstruksjon kunne være lang (Fallbjörk, Salander og Rasmussen 2012, Rubin og Tanenbaum 2011). Teorien til Gjertsen (2010) sier også noe om at det er ventetid på rekonstruksjoner, men i noen tilfeller kan dette utføres samtidig med selve kreftoperasjonen. Det å slippe å vente på rekonstruksjon, kan for noen kvinner innebære psykologiske fordeler (Rutqvist og Wallgren 2004).

I vår litteraturstudie fant vi ut at selv om rekonstruksjon var mulig, ville enkelte kvinner aldri føle det samme. Kvinnene mente at de rekonstruerte brystene ikke ville føles som deres egne, men som en fremmed ting (Fallbjörk, Salander og Rasmussen 2012, Piot-Ziegler et al. 2010). I følge Rutqvist og Wallgren (2004) er det viktig å påpeke at ikke alle kvinner ønsker rekonstruksjon da de ikke vil utsette seg for risikoen det vil innebære, og at noen er fornøyde med bare en løs brystprotese. Sykepleier bør vite hvordan pasienten kan gå fram for å skaffe seg hjelpemidler som for eksempel proteser. Selve brystprotesene blir rekvirert av lege, og forhandles av spesialforeninger (Gjertsen 2010).

Det er viktig at kvinnene finner ut hva de selv ønsker, og at det ikke blir tatt for bråe beslutninger. Det kan være lurt at kvinnene bruker god tid, slik at de er sikre på at de har gjort det riktige valget.



## 6.0 Konklusjon

Hensikten med denne systematiske litteraturstudien var å belyse kvinner med brystkreft sine erfaringer etter mastektomi. Ut i fra denne hensikten formulerte vi problemstillingen: Hvordan erfarer kvinner mastektomi ved brystkreft, og hvordan påvirker dette selvbildet?

Vi fant ut at selvbildet hos de aller fleste kvinner, uavhengig av land, kultur, seksualitet og livssituasjon blir på en eller annen måte påvirket etter å ha gjennomgått mastektomi.

Selvbildet innebærer blant annet personlighet, oppfatning av egen kropp og eget utseende. I vår litteraturstudie viste det seg at synet kvinnene hadde på seg selv ble endret som følge av mastektomi. Flere opplevde en identitetskrise, der en del av selvfølelsen og identiteten ble fjernet. Mange følte at mastektomi gjorde dem mindre feminine. Det viste seg også at mastektomi påvirket morskapsfølelsen hos kvinnene, da blant annet amming ble vanskeliggjort. Opplevelse av forandring i kroppsbildet var også et viktig funn i vår litteraturstudie. Det viste seg at tidligere oppfatning av kroppen var avgjørende for hvordan kvinnene følte dette. Flere opplevde kroppen som fremmed og forandret, der det blant annet oppsto misnøye med utseende på grunn av arr. Noen var bekymret og følte de måtte være forsiktig i klesvalget, blant annet for å skjule brystprotesene.

Enkelte av kvinnene var bekymret for at partneren ikke ville godta forandringene, og flere fryktet å innlede nye parforhold. Det viste seg at støtte og hjelp fra partneren var avgjørende for hvordan kvinnen selv taklet endringen av kroppen. Til tross for dette opplevde en del kvinner negativ innvirkning på parforholdet og seksuallivet. Dette var på grunn av at kvinnene følte seg mindre vel i intime situasjoner, og ikke ønsket å vise seg naken.

Mange kvinner i vår litteraturstudie mente at rekonstruksjon var avgjørende for å gjenopprette sitt eget selvbilde, men ikke alle syns dette var et tema.

Hvordan mastektomi påvirket selvbildet hos kvinnene viste seg å være veldig individuelt. Ikke alle opplevde at mastektomi påvirket selvbildet i negativ forstand. Vi fant ut at ikke alle kvinnene så på seg selv som kvinne av dårligere kvalitet, og at de mente at livet i seg selv var viktigere enn å se bra ut.

## **6.1 Forslag til videre forskning**

Gjennom litteratursøk og datainnsamling viste det seg at det fantes mye kvantitativ forskning på temaet. I forhold til problemstillingen vår, syns vi at den kvantitative forskningen ga ufullstendige svar. Vi tenker at det kunne vært forsket mer på hvordan kvinner faktisk opplever det å miste et bryst i form av kvalitativ forskning. Artikkelen vi fant omhandlet for det meste middelaldrende og eldre kvinner. Vi vet at brystkreft er vanligst hos kvinner i 60-års alderen, men vi tenker likevel at det kunne vært interessant om det ble forsket på hvordan yngre kvinner faktisk opplever dette.

## **6.2 Konsekvenser for praksis**

Sykepleier sitt møte med kvinnen i sykehus vil ofte være kortvarig, siden inngrepene kan bli gjort dagkirurgisk, eller ved at kvinnen legges inn for bare et døgn eller noen få dager. Det vil derfor være en utfordring å vise kvinnen at hun blir sett, samtidig som å forberede henne på hvordan livet etter operasjonen vil bli, i løpet av kort tid. Sykepleier må hjelpe kvinnen å gjenvinne kontrollen over sitt eget liv, slik at hun på best mulig måte kan mestre tiden etter operasjonen (Sørensen og Almås 2011).

Det å forske videre på dette temaet er viktig for at sykepleiere skal ha tilstrekkelig kunnskap, slik at det kan hjelpe kvinner som har fjernet et bryst på best mulig måte. I situasjoner hvor kvinner må fjerne et bryst, er det viktig at sykepleier gir nødvendig og tilpasset informasjon, råd, tips og veiledning. Likevel er det ikke sikkert at ord i seg selv er tilstrekkelig. Det er derfor viktig at sykepleieren er tilstede for kvinnen, ved å sette av tid til samtaler og eventuelt svare på spørsmål. Som sykepleier må en være var for tegn som kan tyde på at kvinnen har behov for å snakke om vonde følelser i forbindelse med mastektomien (Sørensen og Almås 2011).

Sykepleier må hele tiden være støttende og oppmuntrende. Som sykepleier bør en oppfordre kvinnen til å ta med pårørende som for eksempel på konsultasjoner og lignende. Dette vil også være en viktig støtte for kvinnen. Som sykepleier vil det være viktig å støtte eventuell partner, da dette kan virke tøft for han også. Det å gjennomgå mastektomi kan

være veldig sårbart, og holdningene til sykepleiere og annet helsepersonell vil være svært viktig.

Sykepleier kan informere om kurs som holdes for pasienter og pårørende på Montebello-Senteret, samt informere om Foreningen for brystkreftopererte (Sørensen og Almås 2011). Det må også gis informasjon om videre oppfølging, som for eksempel telefonsamtaler, og hvem kvinnen kan kontakte dersom hun lurer på noe.

## Litteraturliste

Andrzejczak, Ewa, Krystyna Markocka-Maczka og Andrzej Lewandowski. 2012. «Partner relationships after mastectomy in women not offered breast reconstruction» *Psycho-Oncology* 22:1653-1657.

Borg, Tore. 2010. «Seksualitet» I *Kreftsykepleie – pasient – utfordring – handling*, red. Anne Marie Reitan og Tore Kr. Schjølberg. 121-130. Oslo: Akribe.

Bredin, Mary. 1999. «Mastectomy, body image and therapeutic massage: a qualitative study of women's experience» *Journal of Advanced Nursing* 29(5), 1113-1120.

Brystkreftforeningen. 2015. Behandling.

<http://www.brystkreftforeningen.no/om-brystkreft/behandling>

Chen, Chun-Lan, Mei-Nan Liao, Shu-Ching Chen, Pei-Ling Chan og Shin-Cheh Chen. 2012. «Body Image and Its Predictors in Breast Cancer Patients Receiving Surgery» *Cancer Nursing* Vol. 35, No. 5.

Dahl, Alv A, Randi Gjessing Borgheim og Tore Borg. 2009. «Problemer med seksualitet og fruktbarhet.» I *Kreftoverlevende – Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv*, red Sophie D. Fosså, Jon Håvard Loge og Alv A. Dahl, 136-153. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Denford, Sarah, D. Harcourt, L. Rubin og A. Pusic. 2010. «Understanding normality: a qualitative analysis of breast cancer patients concepts of normality after mastectomy and reconstructive surgery» *Psycho-Oncology* 20: 553-558.

Evans, David. 2002. «Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data» *Australian Journal of Advanced Nursing* Vol. 20, No 2.

Fallbjörk, Ulrika, Birgit H. Rasmussen, Stig Karlsson og Pär Salander. 2013. «Aspects of body image after mastectomy due to breast cancer- A two-year follow-up study» *European Journal of Oncology Nursing* 17, 340-345.

Fallbjörk, Ulrika, Pär Salander og Birgit H. Rasmussen. 2012. «From no big deal to losing oneself» *Cancer Nursing* Vol. 35, No. 5.

Fosså, Sophie D, Karl-Erik Giercksky og Sigbjørn Smeland. 2009. «Oversikt over kreftbehandling og bivirkninger.» I *Kreftoverlevende – Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv*, red Sophie D. Fosså, Jon Håvard Loge og Alv A. Dahl, 41-57. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Forsberg, Christina og Yvonne Wengström 2013. *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Författarna of bokförlaget Natur & kultur.

Freysteinson, Wyona M., Amy S. Deutsch, Carol Lewis, Angela Sisk, Linda Wuest og Sandra K. Cesario. 2012. «The experience of viewing oneself in the mirror after a mastectomy» *Oncology Nursing Forum* Vol. 39, No. 4.

Garne, Jens Peter, Jette Aude og Helle Tjærby Kloster. 2005. «Mammakirurgi.» I *Kirurgi – sykdomslære og sygepleje*, red Jens Krogh Christoffersen og Bente Scharff-Smith, 73-90. København: Nyt Nordisk Forlag Arnhold Busck AS.

Gjertsen, Turid. 2010. «Sykepleieutfordringer ved brystkreft» I *Kreftsykepleie – pasient – utfordring – handling*, red. Anne Marie Reitan og Tore Kr. Schjølberg. 440-447. Oslo: Akribe.

Jacobsen, Dag, Sverre Erik Kjeldsen, Baard Ingvaldsen, Trond Buanes og Olav Røise. 2012. *Sykdomslære – Indremedisin, kirurgi og anestesi*, 2 utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Jørgensen, Else og Ragnhild Michaelsen. 2014. SAE00 *Bacheloroppgave i sykepleie 15 sp*. Molde: Høgskolen i Molde.

Lindwall, Lillemor og Ingegerd Bergbom. 2009. «The altered body after breast cancer surgery» *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* 4:280-287.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. 2014. Sjekklistor for vurdering av forskningsartiklar.

<http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklistor-for-vurdering-av-forskingsartiklar>

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. 2015. Publiseringsskanalar.

<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringsskanalar/Forside>

Nortvedt, Monica W., Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt, Lena Victoria Nordheim og Liv Merete Reinart. 2012. *Jobb kunnskapsbasert! - En arbeidsbok*. 2.utg. Oslo: Akribe.

Nylander, Gro. 2010. «Amming» I *Det nye livet*, red. Synne Holan og Mari Landsverk Hagtvedt, 221-234. Bergen: Fagbokforlaget.

Odigie, V. I., Rika Tanaka, L. M. D. Yusufu, A. Gomna, E. C. Odigie, D. A. Dawotola og Marko Margaritoni. 2009. «Psychosocial effects of mastectomy on married African women in Northwestern Nigeria» *Psycho-Oncology* 19:893-897.

Piot-Ziegler C., M.-L. Sassi, W. Raffoul og J.-F. Delaloye. 2010. «Mastectomy, body deconstruction, and impact on identity: A qualitative study» *British Journal of Health Psychology* 15, 479-510.

Rubin, Lisa R. og Molly Tanenbaum. 2011. «Does That Make Me A Woman?: Breast Cancer, Mastectomy, and Breast Reconstruction Decisions Among Sexual Minority Women» *Psychology of Women Quarterly* 35(3) 401-414.

Rutqvist, Lars Erik og Arne Wallgren. 2004. «Brystcancer». I *Kræftsygdomme – onkologi*, red. Ulrik Ringborg, Roger Henriksson og Sten Friberg, 238-257. København: FADL's Forlag Aktieselskab.

Schjølberg, Tore Kr. 2010. «Endret kroppsbilde» I *Kreftsykepleie – pasient – utfordring – handling*, red. Anne Marie Reitan og Tore Kr. Schjølberg. 131-141. Oslo: Akribe.

Sørensen, Elin Myklebust og Hallbjørg Almås. 2011. «Sykepleie ved brystkreft» I *Kliniske sykepleie 2*, red. Hallbjørg Almås, Dag-Gunnar Stubberud og Randi Grønseth. 439-453.  
Oslo: Gyldendal Akademisk.

## PICO-skjema

Vedlegg 1

<b>P</b>	<b>I</b>	<b>C</b>	<b>O</b>
Brystkreft Brystsvulst	Mastektomi		Erfaringer Femininitet Kroppsbilde Kropp Selv
Breast cancer* Breast neoplasm* Breast tumor*	Mastectom* Ablatio mammae		Experienc* Femininity Body image Body Self



## Databasesøk

	Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Inkluderte artikler
1	Breast cancer or breast neoplasms or breast cancer.mp. and experience* or experience.mp. and mastectomy.mp.	16.09.14	Ovid Nursing database	138	10	6	2
2	Breast neoplasms or breast cancer.mp. and mastectomy or mastectomy.mp. and experience*.mp. and body image.mp. or body image (limit to Danish or English or Norwegian or Swedish and female and last 5 years)	06.11.14	Ovid Medline	22	7	2	2
3	Exp breast neoplasms or breast cancer.mp. or exp femininity and mastectomy.mp. or exp mastectomy and experience*.mp. (limit to Danish or English or Norwegian or Swedish and female and last 5 years)	06.11.14	PsycInfo	31	4	1	1
4	Breast cancer.mp. or exp breast neoplasms and exp mastectomy or mastectomy.mp. and (body image.mp. or exp body image or experience*.mp. or femininity.mp.) (limit to Danish or English or Norwegian or Swedish and female and last 5 years)	06.11.14	Ovid Nursing database	48	4	3	1
5	(Exp breast Neoplasms or breast cancer*.mp. or breast neoplasm*.mp. or breast tumor*.mp.) and (exp mastectomy or	04.12.14	Ovid Medline	409	25	3	0

	mastectom*.mp. or ablatio mammae.mp.) (limit to 2009-current and Danish or English or Norwegian or Swedish) and (experie*.mp. or body.mp. or body image or self.mp.) limit to "qualitative maximizes sensitivity", limit to "qualitative best balance of sensitivity and specificity"						
6	(Exp breast Neoplasms or breast cancer*.mp. or breast neoplasm*.mp. or breast tumor*.mp.) and (exp mastectomy or mastectom*.mp. or ablatio mammae.mp.) (limit to 2009-current and Danish or English or Norwegian or Swedish) and (experie*.mp. or body.mp. or body image or self.mp.) limit to "qualitative maximizes sensitivity", limit to "qualitative best balance of sensitivity and specificity"	04.12.14	PsycInfo	30	11	4	2
7	(breast cancer* or breast neoplasm* or breast tumor*) and (mastectomy* or ablatio mammae) and (experie* or body or self) and (qualitative) and school(yes) and stype.exact("Scholarly Journals") and at.exact("Article") and la.exact("English" or "Norwegian" or "Danish")	04.12.14	ProQuest	34	11	2	0

## Manuelle søk

Inkluderte artikler	Manuelt søk gjort i artikkel:
Understanding normality: a qualitative analysis of breast cancer patients concepts of normality after mastectomy and reconstructive surgery (Denford et al. 2010)	From “No Big Deal” to “Losing Oneself” (Fallbjörk, Salander og Rasmussen 2012)
The altered body after breast cancer surgery (Lindwall og Bergbom 2009)	Surviving breast cancer: Women’s experiences with their changed bodies (Brunet, Sabiston og Burke 2013) (En av de ekskluderte artiklene)

<b>Artikkel nummer</b>	1
<b>Forfattere</b> <b>År</b> <b>Land</b> <b>Tidsskrift</b>	Fallbjörk, Ulrika, Pär Salander og Birgit H. Rasmussen 2012 Sverige Cancer Nursing
<b>Tittel</b>	From «No Big Deal» to «Losing Oneself» - Different Meanings of Mastectomy
<b>Hensikt</b>	Å beskrive hvilken innvirkning på kvinner sitt liv det har å miste et bryst i sammenheng med brystkreft, samt forstå tankene de har om rekonstruksjon.
<b>Metode/ Instrument</b>	Kvalitativt studie. 15 kvinner ble strategisk valgt fra en tidligere populasjonsbasert studie om mastektomi. De ble kontaktet for videre intervju 4,5 år etter operasjonen. Intervjuene hadde en varighet mellom 30 til 80 minutter. Det ble brukt spørreskjema med oppfølgingsspørsmål. Alle intervjuene ble tatt opp på lydband, der det ble brukt tematisk analyse for å analysere dataen.
<b>Deltakere/ Frafall</b>	Alle kvinnene fra Norrland som gikk gjennom mastektomi på grunn av brystkreft i løpet av 2003, ble invitert til å delta i studien i 2007. Dette gjaldt 149 kvinner. Som en del av en tidligere studie, ble disse kvinnene sendt et spørreskjema, hvor 126 kvinner svarte. 56% av kvinnene fra den tidligere studien takket ja til å bli med videre. For maksimal variasjon, ble det gjort et strategisk utvalg, basert på alder, utdanning, yrke, sivilstatus og om de hadde gjennomgått rekonstruksjon. En gruppe på 16 kvinner sto til slutt igjen, der en kvinne takket nei til å delta. Seks kvinner hadde gjennomgått rekonstruksjon, mens ni hadde avstått.
<b>Hovedfunn</b>	Det ble identifisert tre forskjellige historier. I den første historien ble mastektomi beskrevet som ingen stor sak. Det å miste et bryst ville ikke forandre synet kvinnene hadde på seg selv, og tanken rundt rekonstruksjon var ikke et tema. I den andre historien beskrev kvinnene mastektomi som ødeleggende for identiteten. Det å miste et bryst ville bety å miste seg selv som kvinne, person, og som et seksuelt vesen. Disse kvinnene mente at rekonstruksjon var nødvendig for å kunne føle seg som en hel person igjen. Den tredje historien falt mellom de første. Disse kvinnene mente at femininiteten ble påvirket, men ikke følelsen av å være kvinne. De beskrev rekonstruksjon som en gave eller bonus som ville gjøre det enklere å se ut, og føle seg som en kvinne.
<b>Etisk vurdering</b>	Studien ble godkjent av den etiske komiteen «Faculty of Medicine, Umeå University». Det er også brukt pseudonyme navn.
<b>Kvalitet</b>	Nivå 2
<b>Database</b>	Ovid Nursing database
<b>Søk</b>	1

<b>Artikkel nummer</b>	2
<b>Forfattere</b>	Freysteinson, Wyona M., Amy S. Deutsch, Carol Lewis, Angela Sisk, Linda Wuest og Sandra K. Cesario
<b>År</b>	2012
<b>Land</b>	USA
<b>Tidsskrift</b>	Oncology Nursing Forum
<b>Tittel</b>	The Experience of Viewing Oneself in the Mirror After a Mastectomy
<b>Hensikt</b>	Å beskrive opplevelsen av å se seg selv i speilet etter mastektomi.
<b>Metode/ Instrument</b>	Kvalitativt studie. Deltakerne var et målrettet utvalg av 12 kvinner, 3-12 måneder etter mastektomi. Det ble brukt strukturell analyse og fenomenologisk tolkning av intervju som ble tatt opp på lydbånd.
<b>Deltakere/ Frafall</b>	Det var i utgangspunktet 20 kvinner som ble kontaktet, der to nektet; den ene kvinnen hadde ikke klart å se seg i speilet enda, og den andre hadde ingen spesifikk grunn. De seks andre kvinnene tok ikke opp igjen kontakten.
<b>Hovedfunn</b>	Tre ulike temaer ble avdekket: min kropp, mine tanker og andre mennesker rundt meg. Disse temaene ble senere delt inn i flere undertemaer. Min kropp: Alle deltakerne utenom en så seg selv i speilet hjemme. Mange av kvinnene var alene, mens noen hadde de nærmeste ved seg. Den siste kvinnen så seg selv i speilet på sykehuset sammen med lege, sykepleier og ektefelle. Mine tanker: Tanker etter mastektomi kan være klassifisert som energigivende eller et stort tap. Andre mennesker rundt meg: Andre mennesker som lever rundt kvinnene vil bli klassifisert som støttende eller ikke støttende. Det ble også gjort en fenomenologisk tolkning av dataene, der fire temaer dukket opp: Jeg er, jeg bestemmer, jeg ser og jeg godtar.
<b>Etisk vurdering</b>	Det ble sikret godkjenning fra «University og Texas Health Science Center» og «Texas Woman's University». Det ble også ivaretatt anonymitet for å beholde konfidensialitet. Det var ikke obligatorisk, og de kunne stoppe å delta når som helst. All data ble vedlikeholdt i et lukket system, og all elektronisk data ble sendt via hemmelig, passordbeskyttet epost. All data ville bli slettet fem år etter fullføring av studiet.
<b>Kvalitet</b>	Nivå 1
<b>Database</b>	Ovid Nursing database
<b>Søk</b>	1

<b>Artikkel nummer</b>	3
<b>Forfattere</b> <b>År</b> <b>Land</b> <b>Tidsskrift</b>	Piot-Ziegler C., M.-L. Sassi, W. Raffoul og J.-F. Delaloye 2010 Sveits British Journal of Health Psychology
<b>Tittel</b>	Mastectomy, body deconstruction, and impact on identity: A qualitative study
<b>Hensikt</b>	Å forstå konsekvensene av svekket kroppsbilde på grunn av mastektomi hos kvinner med brystkreft.
<b>Metode/ Instrument</b>	Kvalitativt studie. 19 kvinner ble kontaktet gjennom sykehuset. Noen ble tilbudt umiddelbar rekonstruksjon, mens andre hadde ingen planer om rekonstruksjon på grunn av kreftbehandling. Kvinnene ble informert om at de skulle delta på tre ulike intervju. Et før eller kort tid etter inngrepet, mens de to andre ble gjort i etterkant. Intervjuene hadde en varighet fra 30 minutter til en time. De var semistrukturerte, og alle ble transkribert ordrett og tatt opp på lydbånd. Det ble brukt tematisk analyse til å analysere dataen.
<b>Deltakere/ Frafall</b>	19 kvinner i alderen 37-62 med diagnosen brystkreft deltok i studien. Kvinnene ble kontaktet kort tid etter deres avgjørelse angående mastektomi. Noen ble umiddelbart tilbudt rekonstruksjon, mens andre ikke hadde planer om rekonstruksjon. I forbindelse med rekrutteringen, ble kvinnene informert om at de skulle delta i tre semistrukturerte intervju over tid. Godtok kvinnene å delta, ble de kontaktet via telefon for å avtale intervjuet.
<b>Hovedfunn</b>	Mastektomi provoserer frem en smertefull opplevelse av ødelagt kroppsbilde. Selv når umiddelbar rekonstruksjon ble tilbudt, er følelser uttrykt når man sammenligner en tidligere sunn kropp med den nåværende. Kroppsforandringer er ledsaget av opplevelsen av mutasjon, styrke, den fysiske, emosjonelt sosiale, symbolske og den relasjonelle dimensjonen av kvinnenes identitet. Muligheten for rekonstruksjon er sett på som en mulig erstatning for tapt kroppsideitet. Det kom frem fem hovedtemaer etter intervjuene. <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sykdom og mastektomi: en utfordring for kroppsbildet</li> <li>2. Kroppsforandringer: en utfordring for kvinnenes identitet</li> <li>3. Kroppsforandringer og forholdet til andre mennesker</li> <li>4. Rekonstruksjon: en utfordring for identiteten</li> <li>5. Revurdere eksistensielle prioriteringer og reposisjonere identiteten</li> </ol> Disse hovedtemaene ble igjen delt inn i mindre kategorier.
<b>Etisk vurdering</b>	Studien ble godkjent av «University Hospital Ethical Board». Alle fornavn var pseudonyme for å ivareta konfidensialitet på intervjuene. Deltakerne ble informert om at de kunne nekte å svare på spørsmålene, stoppe intervjuet når de ville, og eventuelt nekte å følge opp resten av intervjuene. Studien ble også presentert for deltakerne.
<b>Kvalitet</b>	Nivå 1
<b>Database</b>	Ovid Medline
<b>Søk</b>	2

<b>Artikkel nummer</b>	4
<b>Forfattere</b> <b>År</b> <b>Land</b> <b>Tidsskrift</b>	Fallbjörk, Ulrika, Birgit H. Rasmussen, Stig Karlsson og Pär Salander 2013 Sverige European Journal of Oncology Nursing
<b>Tittel</b>	Aspects of body image after mastectomy due to breast cancer- A two-year follow-up study
<b>Hensikt</b>	Å utforske ulike aspekter av kroppsbilde etter mastektomi som følge av brystkreft.
<b>Metode/ Instrument</b>	Kvantitativt studie. Dette er en populasjonsbasert prospektiv studie som inkluderte 76 kvinner. Kvinnene fullførte et spørreskjema med tittelen «Livet etter mastektomi» 10 måneder etter inngrepet, og igjen to år senere. Til databehandling og analyse ble det brukt SPSS versjon 18.0.
<b>Deltakere/ Frafall</b>	148 kvinner som hadde gjennomgått mastektomi på grunn av brystkreft fra november 2006 til oktober 2007 i Sverige, ble konsekvent invitert til å delta i studien. De 148 deltakerne ble rekruttert mellom August 2007 og Juni 2008, 10 måneder etter mastektomi, og ble sendt et spørreskjema. 104 kvinner svarte på dette spørreskjemaet. To år etter ble 95 av disse kvinnene sendt et oppfølgingsspørreskjema. Frafallet skyldes at ni kvinner hadde dødd. Etter dette var det 81 gjenværende kvinner. På grunn av manglende data i noen av spørreskjemaet var det til slutt igjen 76 kvinner som deltok.
<b>Hovedfunn</b>	Funnene fra studien viser at det var få endringer i kroppsbildet i løpet av to-års perioden, men at det kom frem en betydelig reduksjon i følelser av seksuell attraktivitet og velvære under seksuell intimitet. De som valgte rekonstruksjon var betydelig yngre enn de som ikke hadde gjennomført det. Det viste seg også de som hadde gjennomgått rekonstruksjon hadde en nedgang i seksuell attraktivitet og følelse av velvære under seksuell intimitet.
<b>Etisk vurdering</b>	Det var festet et brev til hvert spørreskjema som forklarte hensikten med studien, og som sikret kvinnen at deltakelse var frivillig, og at de kunne trekke seg når som helst. Det ble iverksatt tiltak for å sikre deltakernes konfidensialitet. All data ble lagret sikkert, og kun medlemmer fra forskningsteamet hadde tilgang. Studien ble godkjent av den etiske komite «Faculty of Medicine, Umeå University».
<b>Kvalitet</b>	Nivå 1
<b>Database</b>	Ovid Nursing database
<b>Søk</b>	4

<b>Artikkel nummer</b>	5
<b>Forfattere</b> <b>År</b> <b>Land</b> <b>Tidsskrift</b>	Rubin, Lisa R. og Molly Tanenbaum 2011 USA Psychology of Women Quarterly
<b>Tittel</b>	«Does That Make Me A Woman?»: Breast Cancer, Mastectomy, and Breast Reconstruction Decisions Among Sexual Minority Women
<b>Hensikt</b>	Å forstå hvordan seksuelt minoritets kvinner dveler med bekymringer rundt utseende, seksualitet og identitet relatert til brystkreft, og avgjørelse med henhold til rekonstruksjon.
<b>Metode/ Instrument</b>	Kvalitativt studie. 13 lesbiske og/eller biseksuelle kvinner som hadde gjennomgått mastektomi som følge av brystkreft deltok i individuelle kvalitative intervju for å utforske avgjørelsen for eller imot rekonstruksjon. Intervjuene hadde en varighet på ca. en time. Intervjuene tok sted i private intervjurom på universitet, eller lokaler som deltakerne selv hadde valgt. Dette kunne være hjemme eller på jobb. Intervjuene ble innspilt og transkribert, der det ble brukt en teoretisk versjon av tematisk analyse for å analysere innholdet.
<b>Deltakere/ Frafall</b>	Studien inkluderte 13 lesbiske og/ eller biseksuelle kvinner som hadde gjennomgått mastektomi. Deltakerne ble rekruttert gjennom et nyhetsbrev fra en New York City basert organisasjon. Interesserte deltakere kunne sende e-post eller ringe forfatteren for å få informasjon om studien, og for å planlegge intervjuet. Alderen på deltakerne varierte mellom 29-56 år. Deltakerne var høyt utdannet, men inntekten varierte. Sju deltakere var i et langsiktig forpliktet forhold, fem var single, og en ble skilt fra sin langsiktige kvinnelige partner. 11 hadde gjennomgått rekonstruksjon, mens to ikke hadde det. Frafall ble ikke beskrevet.
<b>Hovedfunn</b>	I studien kommer det frem at deltakerne ble påvirket av kjønn, seksualitet og orienteringer, og politiske identiteter når det kommer til beslutningsprosessen. Det kom også frem bekymringer om stigmatisering av sykdommen i profesjonelle, romantiske og sosiale sammenhenger.
<b>Etisk vurdering</b>	Studien var frivillig, ved at interesserte deltakere kunne sende e-post eller ringe forfatteren for å vite mere om studien, samt planlegge intervju. For å ivareta konfidensialitet er alle navnene presentert som pseudonyme.
<b>Kvalitet</b>	Nivå 1
<b>Database</b>	PsycInfo
<b>Søk</b>	3



<b>Artikkel nummer</b>	6
<b>Forfattere</b>	Odigie, V. I., Rika Tanaka, L. M. D. Yusufu, A. Gomna, E. C. Odigie, D. A. Dawotola og Marko Margaritoni
<b>År</b>	2009
<b>Land</b>	Nigeria
<b>Tidsskrift</b>	Psycho-Oncology
<b>Tittel</b>	Psychosocial effects of mastectomy on married African women in Northwestern Nigeria
<b>Hensikt</b>	Å beskrive de spesifikke psykososiale følgene av brystkreft og påfølgende behandling på gifte afrikanske kvinner, for å hjelpe legeutdannede, og veilede fremtidige kvinner og deres familier i Nord-Nigeria.
<b>Metode/ Instrument</b>	Kvalitativt studie. 93 afrikanske kvinner som hadde gjennomgått mastektomi, ble tilbudt å delta i denne studien. Sju nektet, og fem fulgte ikke opp. To semistrukturerte, selvrappporterende spørreskjema ble utdelt til de gjenværende 81 deltakende kvinnene. Innen de seks månedene etter inngrepet, ble et nytt selvrappporterende spørreskjema utdelt. Disse spørsmålene undersøkte hvor tilstrekkelig kvinnene følte seg som kvinne i forhold til kvinnelighet, selvfølelse, kroppsbilde, antall ekteskapelige forbindelser per uke og grunnen til eventuelle endringer, antall separasjoner og skilsmisser, og effekten inngrepet hadde på seksuell interesse og evnen til å ta seg av barna. Undersøkelsen ble gjennomført på engelsk, eller på kvinnens språk. Det var noen ganger nødvendig med hjemmebesøk på grunn av lange avstander og transportkostnader. På grunn av varierende nivå av leseferdigheter, ble spørreskjemaene enten utfylt av kvinnen selv eller opplest av intervjueren.
<b>Deltakere/ Frafall</b>	93 Afrikanske kvinner som hadde gjennomgått mastektomi på grunn av brystkreft mellom Januar 1998 og Juni 2005 på «Ahmadu Bello University Teaching Hospital» i Nigeria ble kontaktet for å delta i studien. Sju nektet å delta, mens fem ikke ble fulgt opp. Det var dermed 81 kvinner igjen, som gav informert samtykke til å delta i studien.
<b>Hovedfunn</b>	Studien viser at mange kvinner føler seg utilstrekkelige som kvinner seks måneder etter mastektomi. Mange opplever dårligere ekteskapelige relasjoner. Mange var fortsatt gift etter operasjonen, men flere ble også skilt eller separert fra ektemannen.
<b>Etisk vurdering</b>	Kvinnene ga informert samtykke om å delta i studien. Det ble innvilget etisk godkjenning for offentliggjøring av resultatet av «Ahmadu Bello University Teaching Hospital».
<b>Kvalitet</b>	Nivå 2
<b>Database</b>	Ovid Medline
<b>Søk</b>	2

<b>Artikkel nummer</b>	7
<b>Forfattere</b>	Chen, Chun-Lan, Mei-Nan Liao, Shu-Ching Chen, Pei-Ling Chan og Shin-Cheh Chen
<b>År</b>	2012
<b>Land</b>	Taiwan
<b>Tidsskrift</b>	Cancer Nursing
<b>Tittel</b>	Body Image and Its Predictors in Breast Cancer Patients Receiving Surgery
<b>Hensikt</b>	Å vurdere brystkreftpasienter sitt nivå av bekymring, angst, depresjon, sykdomsinnvirkning, kroppsbilde, og faktorer assosiert med kroppsbilde hos brystkreftpasienter i den postoperative perioden.
<b>Metode/ Instrument</b>	Kvantitativt studie. Det ble brukt et tverrsnitts- og korelasjons design til å samle inn data. Et sett av spørsmål ble brukt til å måle kroppsbilde, bekymring, angst, depresjon, psykologisk innvirkning av sykdommen, samt demografisk og sykdomsrelatert informasjon. (Symptom distress scale, Hospital anxiety and depression scale, Impact of event scale, Body image scale, Demographic information form). Intervjuene hadde en varighet fra 10 til 15 minutter.
<b>Deltakere/ Frafall</b>	Inklusjonskriteriene innebar at du måtte være kvinne, 18 år eller eldre, nydiagnostisert brystkreft, bevisst på kreftdiagnosen, og ha gjennomgått kirurgisk behandling. 110 pasienter ble inkludert i studien, der 8 pasienter nektet å delta fordi de mistet interesse eller opplevde et fysisk ubehag.
<b>Hovedfunn</b>	I forhold til bekymringer rundt kroppsbildet, har alder og type kirurgi mye å si. Det viser seg at yngre alder og mastektomi er assosiert med større bekymringer rundt kroppsbildet.
<b>Etisk vurdering</b>	Det ble sikret godkjenning fra en felles sykepleiekomite for sykehusene. Alle pasientene signerte et skjema om samtykke før datainnsamlingen startet, og de ble også informert om hensikten med studien.
<b>Kvalitet</b>	Nivå 2
<b>Database</b>	PsycInfo
<b>Søk</b>	6

<b>Artikkel nummer</b>	8
<b>Forfattere</b> <b>År</b> <b>Land</b> <b>Tidsskrift</b>	Andrzejczak, Ewa, Krystyna Markocka-Maczka og Andrzej Lewandowski 2012 Polen Psycho-Oncology
<b>Tittel</b>	Partner relationships after mastectomy in women not offered breast reconstruction
<b>Hensikt</b>	Å vurdere i hvilken grad det å gjennomgå mastektomi uten rekonstruksjon negativt påvirker pasientens psykiske tilstand.
<b>Metode/ Instrument</b>	Kvantitativt studie. Det ble brukt et spørreskjema som handlet om ekteskapeleg lykke.
<b>Deltakere/ Frafall</b>	60 kvinner ble invitert til å delta. De var gifte eller levde i et heteroseksuelt forhold, var polikliniske pasienter ved rehabiliteringssenteret for kreft i Kielce, og hadde gjennomgått mastektomi på grunn av kreft, uten rekonstruksjon. Deltakerne var mellom 34 og 75 år. Frafall var ikke beskrevet.
<b>Hovedfunn</b>	Kirurgi påvirket partnerskap negativt for noen deltakere. Noen rapporterte nedsatt attraktivitet, følelse av ubehag, og opplevelsen av at partneren deres oppfattet dem som mindre attraktive. De fleste av de yngste og noen av de eldste som deltok i studien, rapporterte at de dekket kroppen ved intim kontakt. Svært mange rapporterte forverring i tilfredshet i sexlivet, gleden av samleie og nedgang i seksuell aktivitet. Eldre kvinner hadde større problemer med å akseptere kroppen sin etter operasjon. De snakket også sjeldnere med partnerne sine om sitt velvære.
<b>Etisk vurdering</b>	Studien ble godkjent av «Regional Commission of Bioethics» ved Wrocław Medical University i Polen. Alle kvinnene godtok å ta del i undersøkelsen.
<b>Kvalitet</b>	Nivå 1
<b>Database</b>	PsycInfo
<b>Søk</b>	6

<b>Artikkel nummer</b>	9
<b>Forfattere</b> <b>År</b> <b>Land</b> <b>Tidsskrift</b>	Denford, Sarah, D. Harcourt, L. Rubin og A. Pusic 2010 USA Psycho-Oncology
<b>Tittel</b>	Understanding normality: a qualitative analysis of breast cancer patients concepts of normality after mastectomy and reconstructive surgery
<b>Hensikt</b>	Å utforske begrepet normalitet innenfor et utvalg av brystkreftpasienter som er kvalifisert for rekonstruksjon etter mastektomi.
<b>Metode/ Instrument</b>	Kvalitativt studie. Intervjuene ble gjennomført av en utdannet kvalitativ intervjuer. Intervjuet varte rundt 40 minutter. De ble ledet av et semistrukturert intervju tidsplan av åpne spørsmål om pasienterfaringer og forventninger til operasjonen. Intervjuene ble gjennomført på ulike stadier under behandling. Mange pasienter var midt i behandlingsprosessen, og ble intervjuet på tidspunktet som var praktisk for dem, for å ikke øke byrden på kvinnene. Intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert ordrett. Dataene ble analysert ved å følge den seks-trinns prosessen av tematisk analyse beskrevet av Braun og Clark. Innledende temaer ble identifisert av en forsker og verifisert av et annet forsker som uavhengig leste og kodet intervjuene. Resultatene ble deretter diskutert og nye temaer identifisert og raffinert.
<b>Deltakere/ Frafall</b>	Totalt 35 kvinner med brystkreft ble rekruttert fra Memorial Sloan Kettering Cancer Centre i New York. Alle pasientene som refererte til plastisk kirurg om rekonstruksjon var kvalifisert til å delta. Når en rekke intervjuer hadde blitt anmeldt, ble en mer målrettet tilnærming tatt for å sikre at utvalget representerte pasientene og inkluderte en rekke aldre, etnisk status og stadium i sykdommen og type kirurgi. Frafall var ikke beskrevet.
<b>Hovedfunn</b>	Pasientene brukte ulike standarder for å forklare normalitetsbegrepet. Det kom da frem fire hovedtemaer: 1: å se normal ut, 2: å være i stand til å oppfylle daglige aktiviteter, 3: å tilpasse seg en ny normalitet, 4: å ikke være syk.
<b>Etisk vurdering</b>	Studien gikk gjennom en etisk komité før datainnsamlingen fant sted.
<b>Kvalitet</b>	Nivå 1
<b>Database</b>	
<b>Søk</b>	Manuelt søk

<b>Artikkel nummer</b>	10
<b>Forfattere</b> <b>År</b> <b>Land</b> <b>Tidsskrift</b>	Lindwall, Lillemor og Ingegerd Bergbom 2009 Sverige International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being
<b>Tittel</b>	The altered body after breast cancer surgery
<b>Hensikt</b>	Å beskrive hvordan svenske kvinner opplever sin endrede kropp etter brystkreftoperasjon.
<b>Metode/ Instrument</b>	Kvalitativt studie. Det ble brukt en reflekterende tilnærming innenfor perspektivet til omsorgsvitenskap. Data ble innsamlet ved bruk av intervjuer. Det første intervjuet tok plass på kontoret til forskerne. Deltakerne fikk både muntlig og skriftlig informasjon om studiet. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd, hadde en varighet mellom 60-150 minutter og ble transkribert verbalt.
<b>Deltakere/ Frafall</b>	Inklusjonskriteriene var kvinner i alderen 40-65 år, som hadde gjennomgått brystkreftoperasjon, og som kunne forstå og snakke svensk. Sykepleierne valgte deltakere som de mente hadde evne til å gi gode beskrivelser om temaet. Det var ikke bestemt på forhånd hvor mange som skulle delta Ti kvinner mellom 43 og 62 år ble til slutt invitert til å delta. Alle aksepterte invitasjonen. Deltakerne var i forskjellige fase av brystkreften. To kvinner hadde gjennomgått lumpektomi i et bryst, fem hadde fjernet et bryst og tre hadde fjernet begge brystene. Alle deltakerne var gift og bodde sammen med partnere, men hadde ulike bakgrunner. Frafall ble ikke beskrevet.
<b>Hovedfunn</b>	Alle kvinnene i dette studiet har vist at den endrede kroppen, med en kreftkul på innsiden, har vært som en fremmed. Den endrede kroppen har sviktet kvinnene og blitt til en fange dem når kroppen har laget rom til en kul i brystet. I den endrede kroppen, tar en kamp sted, mellom å lide og velværefølelse. Meningen av kroppen som en fremmed ble delt inn i fire temaer: 1: kroppen min har sviktet meg, 2: min kropp-en fange, 3: et hjem hvor en kamp tar plass, 4: å bli venner med den forandrede kroppen.
<b>Etisk vurdering</b>	Studien ble godkjent av en lokal etisk komite ved Karlstad Universitet i Sverige.
<b>Kvalitet</b>	Nivå 1
<b>Database</b>	
<b>Søk</b>	Manuelt søk

## Hovedfunn

Vedlegg 4

Å se normal ut igjen med rekonstruksjon: 1, 3, 4, 5, 9 (5/10)

Å føle seg mindre som kvinne: 1, 2, 3, 5, 6, 9 (6/10)

Bekymring rundt klesvalget: 1, 2, 3, 9 (4/10)

Endret kroppsbilde: 3, 4, 6, 7, 8, 10 (6/10)

Når seksualiteten blir truet: 1, 2, 3, 4, 8 (5/10)

Vil partneren godta forandringene?: 1, 2, 3, 5, 6, 8 (6/10)

Morsrollen blir påvirket: 1, 3, 6 (3/10)

Å miste seg selv som person: 1, 3, 9, 10 (4/10)

