



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

**Hvordan erfarer kvinner under 50 år å leve med
brystkreft?**

**How do women under the age of 50 experience living
with breast cancer ?**

Agnes Mochau Hansen og Graciela Lassance Myrbostad

Totalt antall sider inkludert forsiden: 76

Molde, 28.05.2018



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">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<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. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Tone Hegdal

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.

Opgaver 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: 28.05.2018

Antall ord: 9820

Forord

Sykdommen er smertefri

det er kuren som gjør vondt

- Av Katharine Whitehorn

Sammendrag

Bakgrunn

Brystkreft er den hyppigste formen for kreft hos kvinner, dette både nasjonalt og internasjonalt. Brystkreft rammer først og fremst kvinner over 50 år og er den vanligste dødsårsaken blant kvinner relatert til kreft.

Hensikt

Hensikten med litteraturstudiet var å belyse hvordan kvinner under 50 år erfarer å leve med brystkreft.

Metode

En systematisk litteraturstudie basert på 8 kvalitative og 2 delvis kvantitative og kvalitative forskningsartikler. Artiklene ble vurdert og analysert, samt at hovedfunnene ble identifisert og diskutert.

Resultatet

Kvinner med brystkreft opplever mange utfordringer både gjennom behandling og rehabilitering. Ved å gjennomgå alle artiklene fant vi flere like temaer. De fire temaene var: psykososiale reaksjoner, bekymringer for barn og familie etter diagnosen, kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell og problemer med selvbilde og kroppsfunksjon.

Konklusjon

Kvinner med brystkreft trenger tilpasset informasjon og støtte fra pårørende og helsepersonell. Samtidig trenger de hjelp med å gjennomrette bedre selvbilde og livssituasjon.

Nøkkelord

Brystkreft, erfaring, kreftsykepleie, unge kvinner, sykepleie.

Summary

Background

Breast cancer is the most common form of cancer in women, both nationally and internationally. Breast cancer affects primarily women over 50 years and is the most common cause of death among women related to cancer.

Aim

The purpose of the literature study was to illustrate how women under the age of 50 experience living with breast cancer.

Method

A systematic literature study based on 8 qualitative and 2 partial quantitative and qualitative research articles. The articles were assessed and analysed, and the main findings were identified and discussed.

Result

Women with breast cancer experience a lot of challenges both through treatment and rehabilitation. By reviewing all the articles we found several similar themes. The four themes were: psychosocial reactions, concerns for children and family after diagnosis, communication between patient and health personnel and self-esteem and body function problems.

Conclusion

Women with breast cancer need customized information and support from relatives and healthcare professionals. At the same time, they need help in implementing better self-esteem and life situations.

Keywords

Breast cancer, cancer nurse, experience, nurse, young women.

Innhold

1.0	Innledning	1
1.1	Hensikt	1
2.0	Teoribakgrunn	2
2.1	Diagnostisk	3
2.2	Årsak	3
2.3	Symptomer	4
2.4	Grunnlag for Behandling	4
2.4.1	Bivirkninger av behandling	5
3.0	Metodebeskrivelse	6
3.1	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	6
3.2	Datainnsamling	7
3.2.1	PICO skjema	7
3.2.2	Databaser	8
3.2.3	Søkestrategi og søkehistorikk	8
3.3	Kvalitetsvurdering	10
3.4	Etisk hensyn	10
3.5	Analyse	11
4.0	Resultat	13
4.1	Psykososiale reaksjoner	13
4.2	Bekymringer for barn og familie etter diagnosen	15
4.3	Kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell	17
4.4	Problemer med selvbilde og kroppsfunksjon	19
5.0	Diskusjon	21
5.1	Metodediskusjon	21
5.1.1	Inklusjon og eksklusjonskriterier	21
5.1.2	PICO-skjema	23
5.1.3	Søkestrategi	23
5.1.4	Kvalitetsvurdering og etiske hensyn	24
5.1.5	Analyse	24
5.2	Resultatdiskusjon	25
5.2.1	Psykososiale utfordringer	25
5.2.2	Bekymring for barn og familie etter diagnosen	27
5.2.3	Kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell	28

5.2.4	Problemer med selvbylde og kroppsfunksjon.....	30
6.0	Konklusjon	32
6.1	Konsekvenser for praksis	32
6.2	Videre forskning.....	32
	Referanseliste.....	34
	Vedlegg.....	38
	Vedlegg 1: Oversiktstabell i forhold til søkehistorikk.....	38
	Vedlegg 2.....	44
	Artikkel1	44
	Artikkel 2	46
	Artikkel 3	47
	Artikkel 4	49
	Artikkel 5	52
	Artikkel 6	54
	Artikkel 7	55
	Artikkel 8	57
	Artikkel 9	58
	Artikkel 10	60
	Vedlegg 3	62
	Vedlegg 4	64
	Vedlegg 5 Sjekkliste for kvalitativ forskningsartikkel	65

1.0 Innledning

Brystkreft eller cancer mammae, er den hyppigste formen for kreft hos kvinner, dette både nasjonalt og internasjonalt. I 2015 fikk 1,8 millioner kvinner i verden brystkreft. I Norge i 2016 ble 3371 kvinner diagnostisert med brystkreft, og over 46.000 mennesker levde med eller hadde hatt brystkreft (Kreftregisteret 2018). Brystkreft rammer først og fremst kvinner over 50 år. Men i 2014 var 20% av alle brystkrefttilfellene kvinner under 50 år (Thune 2017). Brystkreft er den vanligste dødsårsaken blant kvinner relatert til kreft (Thune 2017). I 2016 døde 623 kvinner av brystkreft (Kreftregisteret 2018).

Bakgrunn for valg av tema og problemstilling er begrunnet i studier om brystkreft som viser at yngre kvinner ofte har flere utfordringer enn eldre kvinner. Brystkreft hos kvinner under 50 år viser seg å være mer aggressiv og samtidig ha mer avanserte stadium ved diagnostikk, noe som gjør at kvinnene får dårligere prognoser (Sariego 2010). Yngre kvinner får også problemer som svekker funksjon av ovarier, tidligere menopause og hormonell forstyrrelse. I tillegg har kvinnene økt risiko for å miste sin fertilitet, noe som kan være en ekstra psykisk belastning (Bredal 2017).

Å få diagnosen brystkreft vil ofte oppleves dramatisk. I tillegg til å ha en livstruende sykdom, kan en oppleve problematikk rundt utseende, selvbilde og identitet. Sykepleierens utfordring er å gi pasientene informasjon, emosjonell støtte og hjelp til å opprettholde et godt selvbilde (Bredal 2017).

Vi valgte å ha et pasientperspektiv i oppgaven vår, etter at vi gjennom databasesøk oppdaget hvor mye mer alvorlig diagnosen var for yngre, enn hos eldre kvinner. Vi ønsket å få bedre forståelse og kunnskap om hvordan forløpet for unge kvinner var, både fysisk og psykisk.

1.1 Hensikt

Hensikten med litteraturstudiet var å belyse hvordan kvinner under 50 år erfarer å leve med brystkreft.

2.0 Teoribakgrunn

Cancer mammae

Brystkreft er den eldste type kreft man har kjennskap til. Den ble først beskrevet i gamle Egypt og den første kvinnen som døde av kreft med metastase ble referert til for omtrent 4200 år siden i Spania (Thune, 2017).

Brystkreft er en sammensatt sykdom og innebærer ulike former. At sykdommen er mangeartet, betyr at både behandlingen og oppfølgingen blir påvirket. De to hovedgruppene som finnes er den duktale som utgår fra gangkjertelepitelet og den lobulære, som utgår fra kjertelepitelet (Thune 2017). Kvinner lever i dag lengre med diagnosen brystkreft enn tidligere, og er derfor ikke lengre regnet som en terminal sykdom, men heller kronisk (Coyne et.al. 2007).

Det å bli diagnostisert med en brystkreftdiagnose, kan utløse den samme stressreaksjonen som om vedkommende skulle ha vært utsatt for et traume eller en ulykke. Pasienten vil da gjennomgå en krisereaksjon, som består av; sjokkfase, reaksjonsfase og til slutt nyorienteringsfase. Hvor lenge hver fase vil vare og i hvilken rekkefølge avhenger av pasienten selv (Drageset et al. 2011, Montgomery og McCrone 2010, Sørensen et al. 2016). Kvinner med en brystkreftdiagnose er i fare for å oppleve flere forskjellige psykiske påkjenninger; usikkerhet, lidelse, påvirket kroppsbilde og frykten for døden er med på å påvirke kvinnens psykiske tilstand. Til sammen påvirker dette pasientens roller i hverdagen samt livskvaliteten (Sørensen et al. 2016).

Angst og depresjon er en normal reaksjon hos kvinner som enten må fjerne et helt bryst, eller en tumor gjennom brystbevarende kirurgi. En forandret kropp samt arret etter inngrepet, kan ha en negativ effekt på kvinners selvbilde. Mange engster seg også for fremtidig tilbakefall av brystkreft, jevnlig kontroll har da en blandet psykologisk effekt. Noen vil føle seg i kontroll og ivaretatt, mens hos andre vil det kunne forverre angsten for tilbakefall. Om tilbakefall skulle skje, vil håpet om helbredelse reduseres, samt at det kan bli mer besværlig å takle tilbakefallet enn primærdiagnosen (Sørensen et al. 2016).

2.1 Diagnostisk

I dag diagnostiseres brystkreft etter en retningslinje som kalles for trippeldiagnostikk. Diagnostisering innebærer kliniske undersøkelser som består av grundig inspeksjon og palpasjon av brystet, aksillen og områder over og under kragebeinet. Celle- eller vevsprøve av tumor tas med en tynn nål (finnålsbiopsi eller sylinderbiopsi) rutinemessig under ultralydveiledning (Kåresen og Wist 2009 og Thune 2017).

Bildeundersøkelse innebærer mammografi undersøkelser der en kan se forandring i brystets oppbygning, samt ultralyd og eventuelt MR. Om unge kvinner under alderen 36 år utfører mammografiscreening, er det ikke alltid en vil få pålitelige prøvesvar. Dette er fordi kjertelvevet i et bryst er mer kompakt før overgangsalderen. Små røntgenologiske tegn kan derfor bli oversett slik at brystkreften ikke blir oppdaget før enn på et senere tidspunkt. Mammografiscreening av unge kvinner gir derfor en form for falsk trygghet, og det bør derfor utføres flere undersøkelser hos de som er mer utsatt for å utvikle brystkreft, for eksempel ved bruk av ultralyd (Sørensen et al. 2016).

2.2 Årsak

Årsaken til brystkreft er vanskelig å avgjøre. Det kan være pga. arvelige gener eller sårbarhetsgener, gen-miljø-interaksjoner samt livsstil. Det finnes flere studier som omhandler brystkreft utvikling. Likevel er det fortsatt mye usikkerhet knyttet til hvorfor noen kvinner får brystkreft, mens andre ikke får det. Imidlertid finnes det en rekke faktorer som antas å øke eller minske sannsynligheten for utvikling av brystkreft (Kåresen og Wist 2009 og Thune 2017). Faktorer som øker risikoen er blant annet høy alder, familiehistorie med brystkreft, tidlig menstruasjon, sen menopause, hormonell behandling, de som ikke har født barn før de har fylt 35 år, overvekt og alkohol. Østrogennivået er som oftest en av hovedfaktorene til at kvinner får brystkreft. Hvor når i livet samt hvor lenge brystet blir utsatt for østrogen er faktorer som påvirker risikoen for å utvikle brystkreft. Om en kvinne blir utsatt for østrogen tidlig som foster samt får menstruasjon i tidlig alder, kan dette føre til at denne kvinnen er mer utsatt for å utvikle brystkreft (Thune 2017).

Faktorer som minsker risikoen er å føde barn før en fyller 25 år, flere graviditeter før en fyller 30 år, å amme, om man er av asiatisk opphav og mosjonerer regelmessig (Thune 2017).

2.3 Symptomer

Hovedsymptomer er en eller flere faste kuler som kan befinne seg i brystet eller i armhulen. Som oftest oppdager kvinnene dette selv ved en tilfeldig undersøkelse. Om en oppdager kul(er) som ikke forsvinner med menstruasjonssyklusen, skal en oppsøke en lege.

Andre symptomer kan være:

- Sår som ikke gror på huden over brystet
- Inndragning av huden på brystet eller brystvorten
- Hudforandringer på eller rundt brystvorten
- Væske fra brystvorten
- Appelsinhud
- Forandring i bryststørrelse og asymmetri (Thune 2017).

2.4 Grunnlag for Behandling

Sykdommen brystkreft er mangfoldig. Brystkreftsvulsten kan variere mye i oppbygning, dimensjon og trekk. Det som gir grunnlag for behandling er svulstens egenskap (Thune 2017). Brystkreftsvulsten klassifiseres etter tumorens størrelse (T), antall lymfeknuter med spredning (N) og metastase (M). I tillegg kartlegges østrogenreseptorer (ER), progesteronreseptorer (PgR) og HER2 reseptorer. Samtidig klassifiseres sykdommen ut ifra stadium fra I-IV. Grunnlaget for behandling bestemmes etter stadieinndeling sammen med de ulike egenskapene ved svulsten (Thune 2017).

Kirurgi er den viktigste behandlingsformen for brystkreft. Når kirurgi alene ikke er tilstrekkelig, kan den kombineres med cytostatika, strålebehandling og endokrin behandling. Kirurgisk behandling består av bryst-konserverende operasjon som kan utføres når svulsten er mindre enn 5 cm, samt at det ikke er flere svulster. Brystbevarende kirurgi utføres i omtrent 70% av alle brystkreftoperasjoner i Norge. Om brystet ikke kan reddes må det fjernes, dette kalles ablatio mamma eller mastektomi. Mastektomi brukes i dag kun når

brystbevarende kirurgi ikke er indisert, for eksempel ved store svulster (Thune 2017). Cytostatika, strålebehandling og smertelindrende medikamenter er alternativ for brystkreft pasienter med metastase (Sørensen et al. 2016).

2.4.1 Bivirkninger av behandling

Fatigue, eller kronisk tretthet, er en av de vanligste bivirkninger som er forbundet med behandling. Pasienten føler seg da kraftløs, trett og kan oppleves både fysisk og psykisk. Dette kan påvirke konsentrasjon samt føre til at aktivitetsnivået til pasient blir sterkt redusert. Fatigue kan oppstå under selve behandlingen og vare lenge, selv etter at behandlingen er ferdig. Da fatigue har mange av de samme symptomene som depresjon, blir de ofte forvekslet med hverandre (Sørensen et al. 2016).

Lymfødem kan utvikle seg til en kronisk tilstand og er vanskelig å bli kvitt om det først er oppstått. Tilstanden er svært ubehagelig og er forårsaket av en væskeansamling i vevet (ødem). Tilstanden oppstår på grunn av at lymfedrenasjen er forhindret. Drenasjen er forhindret da lymfesystemet er skadet, enten av strålebehandling eller etter kirurgisk inngrep. 10-20 % av de som fjerner lymfeknuter i armhulen, er i risiko for å utvikle lymfødem (Helsedirektoratet 2015, Løge 2015, Sørensen et al. 2016, Thorsen og Gjerset 2012).

3.0 Metodebeskrivelse

Ifølge Forsberg og Wengstrøm (2013) blir et forskningsprosjekt sitt formål formulert gjennom å beskrive, å forstå og forklare og gjennomføres slik at formålet blir besvart innenfor studiets rammer. Systematisk litteraturstudie, eller systematiske oversikter, blir anvendt gjennom å kvalitetsvurdere og oppsummere enkeltstudier på en tydelig og systematisk metode (Jacobsen 2010).

For en best mulig undersøkelsesprosess av studiet, forklarer Jacobsen (2010) viktigheten med å samle hele prosessen. Et studie er en helhetlig prosess som er sammensatt av flere faser. Hva som skjer i en av dem har videre påvirkning på helheten av studiet. Sluttresultatet er derfor avhengig av hvordan helheten blir reflektert og undersøkt (Jacobsen 2010).

3.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Da vi søkte i databaser satte vi opp visse inklusjons- og eksklusjonskriterier slik at søket skulle bli mer begrenset og strukturert. Alle artikler som skulle bli inkludert måtte ha pasientperspektiv, der deltakerne var kvinner under 50 år. På denne måten fanget vi opp den pasientgruppen vi ønsket å belyse. Videre valgte vi kvalitativt design, slik at vi i større grad ville få pasientens erfaringer. Til sammen leste vi 38 artikler, men ekskluderte 28 da de enten ikke var kvalitative eller hadde feil aldersgruppe for vår studie.

Andre inklusjons- og eksklusjonskriterier vi brukte står beskrevet under.

Inklusjonskriterier:

- Artikler med pasientperspektiv
- Artikler på norsk, engelsk, dansk og portugisisk
- Artikler fra 2008-2018
- Kvinner mellom 18 og 50 år
- Kvalitative forskningsartikler
- Publiseringsnivået 1 eller 2
- Fagfellevurdert

Eksklusjonskriterier:

- Menn

- Kvinner over 50 år
- Sykepleieperspektiv
- Pårørendeperspektiv
- Review artikler

3.2 Datainnsamling

Da vi begynte å diskutere hvilke tema vi ønsket å skrive om i vår bacheloroppgave, ble vi enige om å ha brystkreft som tema. Det var først etter at vi hadde gjort noen søk at vi bestemte oss for å ha pasientperspektiv og fokus på hvordan pasientene erfarte å få kreftdiagnosen og være i behandlingsforløpet. Vi begynte da å fylle ut PICO-skjemaet slik at fremtidige søk ville bli mer strukturert. Vi tok etterhvert kontakt med bibliotekar for å få veiledning med databasesøk.

3.2.1 PICO skjema

Pico skjemaet er ifølge Nortvedt (2014) et hjelpemiddel som deler opp problemstillingen, slik at det blir mer oversiktlig og strukturert. Hver bokstav betegner et element som oftest er i et klinisk spørsmål.

P er for patient eller problem, og omhandler hvilken pasientgruppe eller pasient spørsmålet dreier seg om.

I er for intervention, altså hvilke tiltak eller intervensjoner en ønsker å vurdere. Begrepet intervensjon kan her tolkes vidt; fra rådgivning til pasienter til forebyggende tiltak en daglig gjør for pasienten/pasientgruppen.

C står for comparison, her skal eventuelle tiltak settes opp og sammenlignes mot hverandre.

O er for outcome, hvilke utfall/endepunkt er ønskelig? Hva er det en ønsker å vurdere og/eller oppnå?

Pico skjema vi brukte:

P	I	C	O
---	---	---	---

Norsk: Brystkreft OR brystkarsinom OR brysttumor AND Kvinner			Livskvalitet utfordring, erfaring, behov,
English: Breast cancer OR breast neoplasm OR breast tumor OR breast carcinoma AND female OR woman			Quality of life, challenge, experience, needs,

Som det vises, har vi valgt å bruke et PO skjema da vi opplevde at skjemaet passet til problemstillingen. Vi skulle ikke belyse tiltak eller sammenligne noe, og valgte derfor å ekskludere I og C.

En relevant søketeknikk er å kombinere ord gjennom boolske operatører, altså kombinasjonsord, enten for å utvide eller avgrense søket (Nortvedt 2014).

For å avgrense søk brukes kombinasjons ordet AND, begge søkeord som kombineres med AND må være med for å gi treff. For å utvide søket brukes kombinasjons ordet OR.

Funnet som kommer opp vil da enten ha det ene eller det andre søkeordet som blir kombinert med OR (Nortvedt 2014).

3.2.2 Databaser

Gjennom Høgskolen i Molde sin hjemmeside brukte vi følgende databaser: Proquest, DynaMedPlus, Ovid, OvidMedline og CINAHL. Vi brukte også SvedMed+, men denne databasen ga oss ikke noen relevante resultat.

3.2.3 Søkestrategi og søkehistorikk

Søk i ProQuest 05.03.2018:

Dette søket ble utført som et “basic search”. Søkeordene som ble brukt var: younger women experiences And needs follow breast cancer diagnosis And (subt. exact (“Female” NOT (“aged” OR ”male”)

Avgrensningene var artikler fra 2008 til 2018

Av dette søket ble 1 artikkel inkludert i litteraturstudiet vårt . Artikkelen er nr. 4 i vår artikkelsamling.

Søk i Ovid Medline 16.04.2018

Søkeordene som ble brukt var: breast cancer exp breast neoplasms AND younger women mp. AND experienc* mp. Antall treff fra dette søket var 132 artikler. Av dette ble 5 artikler inkludert, artiklene er nr. 1, 6, 8, 9 og 10.

Søk i CINAHL Dyna Med Plus 19.04.2018

Søkeordene som ble brukt var: Breast cancer OR breast neoplasm OR breast tumour OR breast carcinoma AND younger women OR young female OR young adult AND quality of life. Vi avgrenset søket til artikler fra 2008 - 2018 på språkene: engelsk, norsk og dansk. Vi fikk treff på 48 artikler. Vi inkluderte 1 artikkel, den er nr. 3 i vår artikkelsamling.

Søk i CINAHL Dyna Med Plus 19.04.18

Søkeordene som ble brukt var: breast cancer or breast neoplasm AND younger women AND experience. Vi avgrenset søket til artikler fra 2008 til 2018, dette ga oss treff på 37 artikler. Vi inkluderte 1 artikkel, det er nr. 5 i vår artikkelsamling.

Søk i ProQuest 23.04.2018

Søkeordene som ble brukt i dette søket var: breast cancer OR breast neoplasm AND younger women AND experience AND coping. Vi avgrenset søket til: artikle AND feature Not review, Female, Adult NOT aged og fra 2008-2018. Dette ga oss treff på 549 artikler.

Vi inkluderte 1 artikkel, denne artikkelen er nr. 2 i vår artikkelsamling.

Søk i CINAHL Dyna Med Plus 23.04.2018

Søkeordene som ble brukt var: breast cancer OR breast neoplasm OR breast carcinoma OR breast tumor AND young women OR young female OR young adults AND experience OR challenges. Vi avgrenset søket til 2006-2018, hvilket ga oss 148 artikler. Vi inkluderte 1 artikkel, som er nr. 7 i vår artikkelsamling.

3.3 Kvalitetsvurdering

Kvalitetsvurdering av datainnsamlingen ble gjort ved siden av søkene. Artiklene som vi syntes var relevante for å svare på problemstillingen vår, ble sjekket opp for publiseringsnivå før vi skrev artiklene ut. På NSD (2014), norsk senter for forskningsdata, sjekket vi om artiklene hadde publiseringsnivå 1 eller 2. At tidsskrifter er nivå 1 eller 2 betyr at de er fagfellevurdert, dette sjekket vi gjennom NSD (2014). Artiklene på nivå 1 eller 2 samt fagfellevurderte artikler, var noen av våres inklusjonskriterium. Til sammen fikk vi 9 artikler som er på nivå 1 og en på nivå 2. Alle artiklene som vi inkluderte i litteraturstudiet vårt er fagfellevurdert.

Vi brukte sjekklister fra Folkehelseinstituttet, for å vurdere kvaliteten på den kvalitative forskningen. Denne sjekklisten hadde 11 kontrollspørsmål som var til hjelp for å vurdere kvaliteten på forskningsartiklene. Vi rangerte artiklene etter hvor mange “ja” vi fikk på kontrollspørsmålene. De som hadde mellom 9-11 “ja” ble beregnet som god kvalitet, de med 8-7 “ja” ble beregnet som middels god kvalitet. Om de var under ble de ekskludert pga. dårlig kvalitet (Folkehelseinstituttet 2014).

3.4 Etisk hensyn

Etisk hensyn er viktig i alle typer vitenskapelige forskninger. Før et studie begynner skal det ha blitt søkt om etisk godkjenning ved en lokal eller regional komite. Forsberg og Wengström (2013) beskriver videre viktigheten av å beskytte deltakerne som er med i en undersøkelse. Det er viktig at forfatterne viser omsorg overfor pasientene slik at de føler seg ivaretatt, samt at det etiske aspektet blir opprettholdt gjennom hele studien (Forsberg og Wengström 2013).

Av våre 10 artikler, er 6 godkjent av en etisk komite. I de andre fire artiklene kommer det ikke helt klart fram om det var gitt etisk godkjenning av en etisk komite eller ikke. Etiske hensyn for ivaretagelse av vilkårene fant vi gjennom å lese artiklene nøye. I flere av studiene måtte pasientene selv godta forespørsel og trykke på link for å delta i elektroniske spørreundersøkelser. I andre studier måtte pasientene selv ta kontakt for å delta, samt at de fikk informasjon om at de ikke trengte å svare på alle spørsmålene. De fikk selv velge pseudo navn slik at de ble anonymisert, mens i en annen studie måtte deltakerne og deres

lege gi samtykke for å delta. Vi har valgt å inkludere alle disse artiklene fordi vi observerte at alle deltakerne hadde fritt valg om de ønsket å delta eller ikke.

3.5 Analyse

Ifølge Forsberg og Wengström (2013) er et systematisk litteraturstudie en analysering av en samling data fra flere studier. Disse blir sammenlignet med hverandre slik at det blir mulig å finne de like og ulike sidene ved disse studiene. Gjennom å sammenligne flere artikler og studier, er det mulig å få større og mer pålitelige funn enn om det bare hadde blitt brukt en. Før en kan starte å analysere er det viktig å ha en god og konkret problemstilling. Hvilken analyse en kan bruke avhenger av hvilke type problemstilling som har blitt valgt (Forsberg og Wengström 2013).

Ifølge retningslinjene til Høgskolen i Molde for bacheloroppgaver, skal det i analysedelen tydelig *beskrives hvordan datamaterialet (artiklenes resultatdel) ble bearbeidet* (2018). En god analysering er avhengig av å bearbeide data ved å fokusere, redusere og kondensere innholdet i studiet. På denne måten får en fremhevet studienes ulikheter og likheter opp mot hverandre (Eines et al. 2018).

Vi har valgt å ta utgangspunkt i Evans (2002) sin analysemodell i vårt analysearbeid.

De fire fasene til Evans analyse er:

1. Innsamling av data (artikler)
2. Identifisering av hovedfunn i hvert enkelt studie
3. Sammenligne og sortere funnene i kategorier på tvers av artiklene
4. Kombinere felles funn for å utvikle en beskrivelse av fenomenet (Evans 2002).

Fase 2: Identifisering av hovedfunn. Etter at vi var ferdig med søket, analyserte vi artiklene.

Vi lagde to kopier av alle artiklene slik at vi begge hadde ti artikler å analysere.

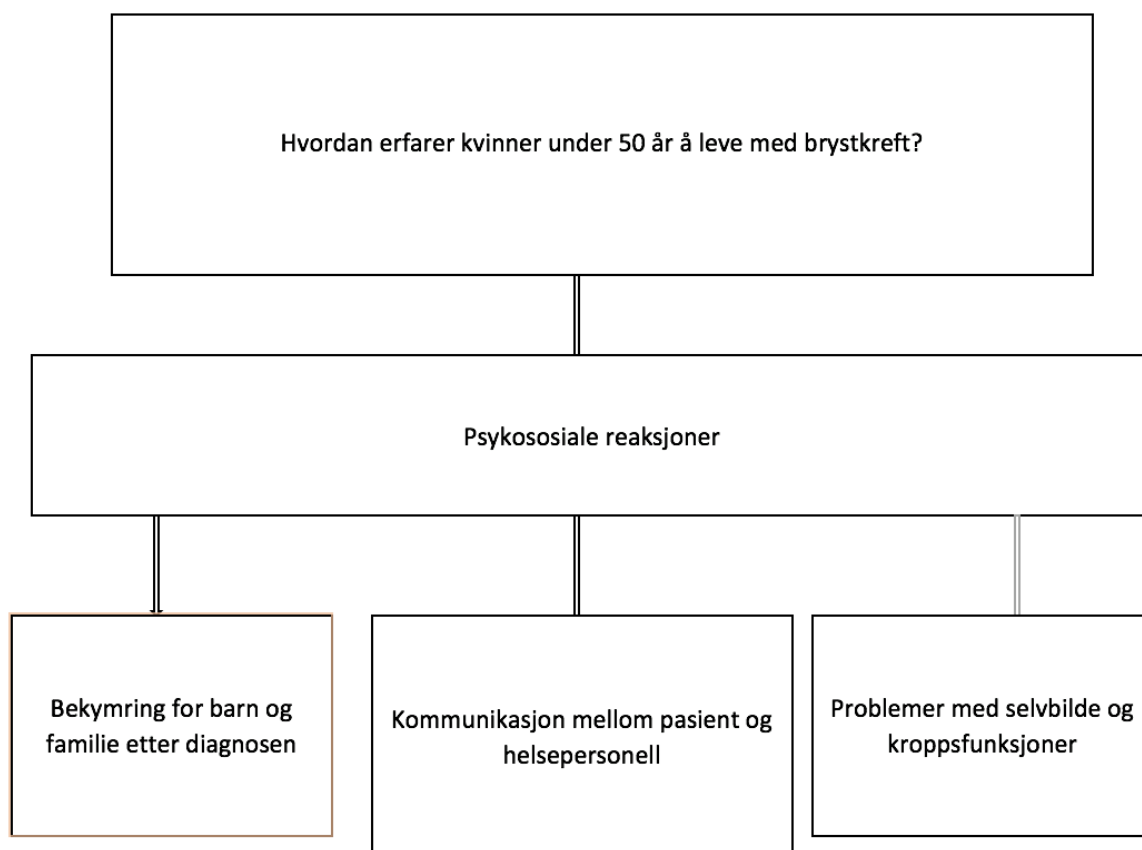
Vi gikk gjennom artiklene hver for oss og markerte alle funnene ved artiklene. Etter at vi var ferdig med å analysere alle artiklene, satte vi oss sammen igjen, og sammenlignet alle funn og tema. Etersom vi var uenige i noen av punktene, bestemte vi oss for å gå gjennom artiklene en gang til, for å sikre oss at vi ikke hadde oversett noe funn.

Fase 3: Det neste vi gjorde var å lage både word og excel dokument for å sortere funnene våre. I word dokument (vedlegg 3) sorterte vi de artiklene som passet i aktuelle tema hver for seg. I excel dokument (vedlegg 4) kategoriserte vi funnene ved å nummerere dem. Funnene som var relatert til hverandre fikk samme nummer. Et eksempel på en av våre forandringer var at vi i starten hadde kategoriene kommunikasjon og informasjon hver for seg. De ble sammenslått da de var svært like. Etter at vi var ferdig å kategorisere funnene, endte vi med fire hovedfunn.

Fase 4: Til slutt hadde vi fire hovedfunn: psykososiale reaksjoner, bekymringer for barn og familie etter diagnosen, kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell og problemer med selvbilde og kroppsfunksjon. Dermed samlet vi de funnene og slo det sammen til en syntese. De fire hovedfunnene blir nærmere beskrevet i resultatdelen 4.0.

4.0 Resultat

Etter at vi hadde gjennomgått alle artiklene fant vi at mange hadde de samme temaene, disse har vi tatt med som hovedtema videre. Psykososiale reaksjoner, bekymringer for barn og familie etter diagnosen, kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell og problemer med selvbylde og kroppsfunksjon var de fire hovedtemaene vi kom frem til. I tabellen nedenfor har vi plassert dem sammen med de undertemaene som tilhører dem.



4.1 Psykososiale reaksjoner

Flere av deltakerne beskrev angsten for å videreføre brystkreftdiagnosen til sine barn eller at brystkreften ville føre til deres død, og da etterlate ektemann/partner og barn morløs. Mange følte også skyldfølelse overfor partner/ektemann ved at om de ikke hadde vært sammen med dem, ville de, partnerne, hatt mindre psykiske vansker samt hatt en større mulighet til å ha flere barn. Samtidig var deltakerne redd for at de ikke lengre ville være like attraktive for partnerne sine. Mange opplevde at partnerne deres hadde problem med å forstå følelsene til

kvinnene (Avis, Crawford og Manuel 2004; Comey og Swinglehurst 2014; Connell, Patterson og Newman 2006; Fobair et al. 2009).

Flere av artiklene beskrev kvinnens reaksjon da de først fikk brystkreft diagnosen; frykt, angst og vantro. De hadde en «hvorfor meg» reaksjon, noe som ikke ble bedre av at de også opplevde at de ikke fikk tilstrekkelig med informasjon. Mange følte at de måtte være svært pågående for å få informasjon og svar på spørsmålene de hadde. Mange følte seg sårbare, spesielt i de situasjoner der de var usikre på hva som skulle skje videre. Mangel på informasjon førte til usikkerhet, angst og som sagt sårbarhet (Connell, Patterson og Newman 2006; Coyne og Borbasi 2009; Pedersen et al. 2014; Rosenberg et al. 2014).

My doctors and nurses never called to follow-up to see if I was having issues with my chemo-[therapy] (...). I never received a follow-up call after my surgery to see if I was having problems, and I understood I was supposed to have a follow-up call to see how I was doing (Pedersen et al. 2014, 82).

Hvordan deltakerne ble mottatt av helsepersonell ved sykehus og andre klinikker var forskjellig. Mange erfarte at de enten ikke fikk den informasjonen de ønsket, eller fikk to ulike forklaringer på samme spørsmål, noe som førte til reaksjoner som usikkerhet, angst og sinne (Comey og Swingle 2014; Coyne og Borbasi 2009; Pedersen et al. 2014; Rosenberg et al. 2014).

I de artiklene som hadde fokus rettet mot kroppsbilde, ble det dokumentert at det var flere psykososiale problemer som var relatert til kroppsbilde. Angst og depresjon ble assosiert med dårlig kroppsbilde, da spesielt hos de som bekymret seg om utseende og som fikk utsatt rekonstruksjon av brystene etter mastektomi. Mange beskrev at de var flau og selvbevisste over kroppen sin. Bivirkninger som hårtap og vektøkning var også med på å påvirke deltakernes mentale helse, da disse var symptomer som var vanskelig å ignorere (Fobair et al. 2006; Rosenberg et al. 2014).

Mange fortalte at de ikke stolte på helsevesenet eller valgte å unngå å oppsøke helsevesenet og klinikker da de ikke taklet det. Dette både på grunn av selve behandlingen og av symptomene relatert til sykdommen. Deltakerne beskrev selve behandlingen som noe helt uventet og skremmende. Mange av dem beskrev hvor overrasket de var over hvor lang tid

det tok for dem å komme seg etter at behandlingen var ferdig, dette både psykisk og fysisk. Symptomer som fatigue i tillegg til at kvinnene følte at de hadde ofret nok av familiens ressurser og tid førte til at deltakerne ofte valgte de raskeste behandlingsmuligheter, eller valgte å la være å bruke midler på behandling og/eller rehabilitering. Samtidig kom det frem at mange ikke var klar over at de hadde ressurser de kunne utnytte. Umøtte behov vil bli bedre forklart i punkt 4.3 (Coyne og Borbasi 2009; Elmir et al 2009; Miedema og Easley 2012; Pedersen et al. 2014; Rosenberg et al. 2014).

Flere av deltakerne var i arbeid mens de mottok behandling. Mange beskrev at de følte seg overveldet av å måtte håndtere hverdagen samtidig som de måtte gjennomgå behandling. Noen fordi de ønsket å opprettholde livet sitt selv med sykdom, andre fordi de måtte ha inntekt for å ha råd til behandling. Uheldigvis var det flere som opplevde å bli forskjellsbehandlet eller diskriminert på grunn av brystkreft diagnosen (Avis, Crawford og Manuel 2004; Elmir et al. 2009; Pedersen et al. 2014).

“I was laid off. In effect, I was fired. I feel I would be discriminated again in future hiring. I do not mention it in interviews.”

(Avis et al. 2004, 302).

Som eksemplet indikerer, opplevde noen å miste jobben mens andre opplevde at de ikke fikk tilbud om bedre stilling på arbeidsplassen. Mange av de arbeidende kvinnene var redd for å skifte arbeidsplass i frykt for at de ikke ville bli ansatt senere eller at de ville miste forsikringen sin (Avis, Crawford og Manuel 2004; Elmir et al. 2009; Pedersen et al. 2014).

4.2 Bekymringer for barn og familie etter diagnosen

Litteraturstudien viste at kvinnene erfarte at forholdene som de tidligere hadde til barn og familie hadde blitt forandret, dette som konsekvenser av diagnostisering og behandling kvinnene måtte gjennomgå (Avis, Crawford og Manuel 2004; Connell, Patterson og Newman 2006 og Elmyr et al. 2009). Noen kvinner synes at barna deres ble tvunget til å vokse opp raskere og bli tvunget til å ta på seg mer ansvar i hjemmet enn forventet i forhold til alderen. Kvinnene opplevde også at de eldre barna hadde en mer utviklet oppfatning av

hva kreft betyr, og dermed hadde større bekymringer enn yngre søsken (Connel, Patterson og Newman 2006).

Både positive og negative følelser ble beskrevet. I noen av våre funn kom det fram at kvinnene bekymret seg for å være sammen med barna i redsel for at barna ville arve sykdommen. Kvinnene erfarte også at situasjonen gjorde dem mindre tolerante eller at de hadde mindre energi. Mens andre deltakere opplevde at på grunn av brystkreft, hadde de fått en bedre relasjon til sine barn, samt gjort at de utnyttet bedre den tiden de hadde sammen med dem (Avis, Crawford og Manuel 2004).

“I have found my children to be more caring than I had realized (or had occasion to witness)” (Avis, Crawford og Manuel 2004, 302).

Deltakerne beskrev også sine bekymringer for familien sin, da spesielt for sine barn og partner. De var redde for at partner ikke ville motta noen form for støtte og for hvordan de ville takle hverdagens oppgaver alene; i tillegg til å gjennomføre sitt vanlige arbeid og å betale for ekstra utgifter som for eksempel medisinske kostnader. Bekymring for barn gikk blant annet på usikkerhet i forhold til hva det kan skje med barna deres om de (mødrene) dør (Connell, Patterson og Newman 2006 og Elmyr et al. 2009).

You don't know how long you're going to be here anymore. You haven't got that luxury of knowing that you're going to be here for the next 60 years. The future isn't quite as clear what it used to be. You talk about your kids getting married and grandchildren and you think, 'I don't even know whether I'll still be here then'. That's really, really scary and nothing can ever change that, that is what breast cancer does to you. - P27 alder 37
(Connell, Patterson og Newman 2006, 422).

Litteraturstudien viste også at kvinnene opplevde en del rolle konflikter i forhold til familiens behov og til sine egne behov. Mange kvinner følte at deres familie hadde ofret seg nok i løpet av kreftbehandlingen, og de ville ikke ta mer tid eller økonomiske ressurser bort fra dem. Dette førte til at flere kvinner valgte å gå alene gjennom hele behandlingsforløpet. De ønsket med dette å bevare familiens rutiner så normalt som mulig under resten av behandlingsprosessen (Baukje og Easley 2012 og Coyne og Borbasi 2009). Andre kvinner opplevde utmattelse fordi de fortsatt hadde ansvar for barns oppdragelse og husholdning.

Men også fordi de måtte hjelpe familiemedlemmer med å takle diagnosen samtidig som de forsøkte å klare seg selv (Baukje og Easley; Coyne og Borbasi 2009 og Elmir et al. 2009).

4.3 Kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell

I flere av studiene kom det frem at mange ikke var klar over at de hadde rettigheter de kunne utnytte. Mange hadde ikke fått informasjonen som skulle ha vært tilgjengelig, samtidig var mangel på ressurser også en faktor som hadde påvirkning på hva kvinnene fikk tilbud om. (Comey og Swingle 2014; Coyne og Borbasi 2009; Miedema og Easley 2012; Pedersen et al. 2014; Rosenberg et al. 2014).

I flere av artiklene kommer det frem at mange av deltakerne i de forskjellige studiene beskrev manglende informasjon, emosjonell støtte og omsorg fra helsepersonell som de største umøtte behov (Comey og Swinglehurst 2014; Connell, Patterson og Newsman 2006; Coyne og Borbasi 2009; Miedema og Easley 2012; Pedersen et al. 2014; Rosenberg et al. 2014).

(...) I think there could be more information, I think we need to have statistics for young people because my (treatment) decision was made on (statistics of) women who were 60 years old, and that was all I could do. There was no other information
(Connell og Patterson 2006, 423).

For mange kom det som et sjokk å få brystkreftdiagnosen, og dette påvirket evnen deres til å ta inn all informasjon som ble gitt. Flere opplevde å ha problemer med å finne informasjon og svar på eventuelle spørsmål de hadde, da de ikke visste hvem de kunne spørre. I flere av studiene nevner kvinnene at de ønsket noen som fulgte dem gjennom behandlingen, fra start til slutt. Det som kom frem i studiet var at en fagkyndig koordinator eller en spesialsykepleier kunne utføre denne jobben (Connell, Patterson og Newman 2006; Coyne og Borbasi 2009; Miedema og Easley 2012; Pedersen et al. 2014).

I think there are certain periods of waiting... it would be nice to have somebody to contact and they can reassure you that you're okay, that you're in the system and that things are happening

(Pedersen et al. 2014, 83).

Selv om de fikk behandling og rehabilitering, erfarte mange at de ikke hadde spesiell nytte av rehabiliteringen, da den ikke var rettet mot deres aldersgruppe (Connell, Patterson og Newman 2006 og Miedema og Easley 2012).

Mange av deltakerne opplevde å bli hastet gjennom behandlingen, noe som påvirket behandlingsvalg på en negativ måte. Flere opplevde å få tvetydige svar og var derfor ofte i tvil om hvilken behandling de egentlig burde velge. Sen eller forsinket behandling og ventelister var noe deltakerne opplevde ofte. En av deltakerne måtte til og med rette på legen da vedkommende skulle videre i behandling. Pasienten trengte radioterapi, noe legen mente hun ikke skulle ha. Da pasienten kommenterte at det sto i journalen hennes, måtte lege dobbeltsjekke og fant da at dette stemte (Connell, Patterson og Newman 2006; Coyne og Borbasi 2009; Miedema og Easley 2012; Pedersen et al. 2014).

Årsaken var ofte manglende koordinering og dårlig kommunikasjon mellom helsepersonell. Flere ønsket at det skulle vært en koordinator (sykepleier) som hadde oversikt fra start til slutt. De ønsket at koordinator hjalp dem med å ta kontakt med klinikker og rehabiliteringssentre, da mange var usikre på hvilke som var tilgjengelig for dem. Andre oppgaver som deltakerne ønsket hjelp med var planlegging av behandling, praktisk støtte samt en støttespiller når deltaker var i dialog med lege og annet helsepersonell. Mest ønsket deltakerne å ha en de kunne ta kontakt med, eller som selv tok kontakt for å høre hvordan de hadde det, fysisk og psykisk. De som allerede hadde en sykepleier eller en koordinator til rådighet, beskrev at de følte seg hørt og sett. De beskrev at de følte seg trygg da sykepleier hadde kunnskap om medisin, behandlingssystemet samt at de svarte konkret og pålitelig på de spørsmål deltakerne hadde om behandling og brystkreft sykdommen (Comey og Swinglehurst 2014; Connell, Patterson og Newman 2006; Coyne og Borbasi 2009 og Pedersen et al. 2014).

4.4 Problemer med selvbylde og kroppsfunksjon

I flere av litteraturstudiene kom det frem at kvinnene opplevde flere problemer assosiert til kroppsfunksjon og kroppens utseende (Avis, Crawford og Manuel 2004; Comey og Swinglehurst 2014; Coyne og Borbasi 2009; Elmir et al. 2009 og Fobair et al. 2006).

Flere kvinner hadde opplevd brystkreft behandlingen som en trussel for femininitet og fertilitet, (Avis, Crawford og Manuel 2004; Comey og Swinglehurst 2014; Coyne og Borbasi 2009; Fobair et al. 2006 og Elmir et al. 2009). De yngste kvinnene, oppfattet mastektomi som et angrep på sin femininitet og de potensielle langsiktige effektene etter brystkreftbehandlingen hadde stor innvirkning på deres liv (Coyne og Borbasi 2009).

... in one fell swoop I was told everything that was feminine about me was gone, I was losing my breast, I possibly couldn't not have children. ... all of a sudden choices for my life I had planned were being taken away from me. When you see your mastectomy scars, they start under your arm and go right across your chest. There's no way you can hide that, it's there. ...every time you look in the mirror you are reminded you've breast cancer. -

Dawn

(Coyne og Borbasi 2009, 10)

Mange kvinner rapporterte om deres bekymring for å starte et forhold med en ny partner. De mente at det å finne en ny partner ville være mye mer vanskelig nå, på grunn av forandringen i utseende, potensielt tap av fertilitet og redusert forventet levealder (Comey og Swinglehurst 2014). Kvinnene bekymret seg også over menns oppfatning av dem som kvinner. På en lignende måte, fortalte andre kvinner om den manglende evnen til å føle seg ønsket og attraktiv i forhold til sin partner, som følge av mastektomi (Elmir et al. 2009).

I didn't know how I was going to look like... I just used to think well if I go out with anybody new and it looks like it is going to lead to a long term relationship, I didn't know if I am going to be able to get undressed in front of them... how can I take my top off in front of anybody that is a new partner... - Kelly

(Elmir et al. 2009, 2535).

Kvinnene forklarte også at kroppsforandringen gjorde dem mer ukomfortabel i en seksuell relasjon. Mange opplevde å ha smertefulle samleier og tap av sexlyst. Andre kvinner i samme studie fortalte at de fortsatt hadde en positiv opplevelse i deres seksuelle forhold (Avis, Crawford og Manuel 2009). Kvinnene rapporterte også om tidligere menopause og mulig infertilitet ble opplevd som et problem (Avis, Crawford og Manuel 2009; Corney og Swinglehurst 2014).

5.0 Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

I følge retningslinjene til Høgskolen i Molde skal det i metodediskusjonen diskuteres i forhold til litteraturstudiets styrker og svakheter ved søkestrategien, kvalitetsvurdering og hvordan analyseprosessen utformet seg.

5.1.1 Inklusjon og eksklusjonskriterier

Da vi ønsket å belyse hvordan kvinner under 50 år erfarer å leve med brystkreft, var det pasientens erfaring vi var ute etter. Vi hadde derfor pasientperspektiv som et av våre inklusjonskriterium. Alle våre artikler oppfyller dette kravet, noe som vi ser på som en styrke for vår oppgave. Samtidig er det også en svakhet, da vi kan gå glipp av relevante data med en slik begrensning.

Alle våre forskningsartikler er på engelsk og oppfylte våre inklusjonskriterier. Dette mener vi er både en styrke og en svakhet. Selv om vi begge kan lese og forstå engelsk, brukte vi Google for å kontrollere vår forståelse av artiklene. Dette er en svakhet, da dette kan føre til noen feiltolkninger i funnene. Det er usikkert om feiltolkning har skjedd.

Artikler fra 2008 til 2018 var en annen av våre inklusjonskriterier, men vi har valgt å inkludere en artikkel som er helt tilbake fra 2004 og to artikler som er fra 2006. Dette kan ses som en svakhet. Årsak til at vi beholdt dem var på grunn av at de hadde samme resultat som de andre artiklene som vi inkluderte og som var innenfor tidsrammen vi hadde valgt.

Andre av våre inklusjonskriterier var at kvinner i studien skulle ha en aldersgrense mellom 18 og 50 år etter at diagnosen var stilt. Alle våre artikler har i sine inklusjonskriterier kvinner som var under 50 år. Dette ser vi på som en styrke. I praksis kan dette være en svakhet da antall kvinner under 50 år som får brystkreft er færre enn de som er over vår alderskriterie.

Et annet inklusjonskriterie var at artiklene skulle være fagfellevurdert, og være publisert i nivå 1 eller 2. Alle de 10 artiklene vi har valgt oppfyller disse kravene.

Som det vises i punkt 3.1, har vi først og fremst fokusert på at artiklene skulle være kvalitative. Dette har vi ikke helt klart å oppnå da to av artiklene vi har valgt er delvis kvantitativ (artikkel 2 og artikkel 9). Vi har valgt å inkludere dem da de egnet seg til vår litteraturstudiens hensikt.

Ved at vi valgte kvalitativ forskningsdesign, fikk vi et større utvalg med artikler som hadde pasientperspektiv og som også hadde fokus på deltakernes erfaring og opplevelse. En svakhet med kvalitativ design er at det kan være en utfordring med å redusere store mengder funn og gjøre dem forståelige og identifiserbare (Forsberg og Wengström 2013). I følge Jacobsen (2010) er kvalitativ og kvantitativ design likeverdige, samtidig med at de egner seg til å belyse ulike typer problemstillinger. Valg av design er avhengig av hvordan problemstillingen blir formulert. Ved bruk av kvantitativ design vil materialet som samles inn være nøye og detaljert. Jacobsen (2010, s. 77-81) beskriver videre hvordan en kombinasjon av kvantitativ og kvalitativ design kan bidra til en mer utvidet forståelse. Gjennom å utfylle hverandre, får vi et mer utvidet resultat enn om vi bare hadde brukt en av dem. Dette mener vi gir styrke til de to artiklene vi tok med som både var kvalitativ og kvantitativ.

Artikler som hadde pårørende-, sykepleier- eller legeperspektiv ble ikke inkludert i vår litteraturstudie. Andre artikler som omhandlet menn, eller ungdom under 18 eller kvinner over 50 år ble også ekskludert. Dette mener vi er en styrke da vi fikk et materiale som ikke hadde blitt forsket mye på, men som er svært relevant for praksis generelt. Samtidig går vi glipp av sykepleierens sitt synspunkt og hvordan de tolket pasientens situasjon.

Alle artiklene våre var fra vestlige land eller land som har lignende samfunnsstruktur som Norge. I teori kan dette ses på som en fordel, da resultatene fra vårt litteraturstudie kan være relevant å anvende i Norge. Visse ulemper i å overføre disse resultatene til norsk samfunn er at de kommer fra andre land som har andre typer helsevesen enn oss i Norge. Det er dermed usikkert hvordan resultatet fra litteraturstudiet kan bli anvendt i Norge. Det Norske helsevesen tilbyr i stor grad gratis helsetjenester med gode sykelønns- og trygdeordninger. I Norge vil kvinner med brystkreft ikke være like avhengige av private forsikringer som

kvinner fra noen av de land som våre artikler refererer til. En annen forskjell er at i Norge vil utgifter til medisin og helsetjenester være gratis etter at egenandelen er innfridd (Helseforetaksfinansierte reseptlegemidler 2015; Sørensen 2016).

5.1.2 PICO-skjema

PO-skjemaet vårt hadde både sterke og svake sider. De sterke sidene ved å bruke PICO-skjemaet er at vi får utført et systematisk søk for å finne de artikler som er aktuelle for oss. I tillegg var det en styrke at vi hadde PICO-skjemaet klart fra starten av oppgaven. Etter møte med bibliotekar oppdaget vi at PICO-skjemaet var feil formulert i forhold til vår problemstilling, dette rettet vi på. Et annet problem med PICO-skjemaet vårt var at vi hadde alt for mange søkeord. Dette førte til at vi fikk en del artikler som ikke passet inn i problemstillingen. Etter råd fra veileder i seminar I, forandret vi måten å søke artikler på. Denne gangen brukte vi ikke alle synonymene samtidig. Dette fungert bedre, og vi fikk mange relevante artikler på kun ett søk.

5.1.3 Søkestrategi

Vi ble raskt enige om hvilke tema vi ønsket å skrive om, men strevde både med hva problemstillingen og hensikten skulle innebære. Det endte med at vi gjorde flere søk hver for oss for å se hvilke artikler som var tilgjengelige. Etter å ha blitt enige satte vi opp et PICO-skjema (som vist i punkt 3.3) for å forbedre søk i det videre arbeid. Vi bestilte time hos bibliotekar for veiledning i forhold til databasesøk. Hjelpen fra bibliotekaren førte til en mer strukturert søkestrategi. Av søket vi gjorde med bibliotekar, fikk vi ikke benytte oss av noen artikler, da de ikke kunne bestilles eller kopieres ut. Da vi forhørte oss med bibliotekaren om dette, fikk vi vite at de kun hadde artikler som var inntil fire år gamle.

En utfordring som påvirket søkestrategien vår var at vi hadde lite erfaring med databasesøk. Da vi ikke klarte å avgrense søkene våre, førte dette til at vi brukte mye tid på å gjennomgå artiklene. I punkt 3.5 og i vedlegg 1 oppgis kun de søkeordene som ga oss resultat. Det kan antydes at vi brukte forskjellige søkeord i forskjellige databaser. Grunnen til at vi ikke har oppgitt disse søkene, var at vi ikke fant noe relevant resultat og fordi vi allerede hadde funnet de samme artiklene i et tidligere søk.

Alle artiklene som ble inkludert i litteraturstudiet ble funnet gjennom databasesøket, dette kan tyde på at søkestrategien var strukturert og dette mener vi er en styrke.

5.1.4 Kvalitetsvurdering og etiske hensyn

Alle de ti artiklene vi inkluderte i litteraturstudiet vårt, var fagfellevurdert og hadde publiseringsnivå 1 eller 2. Dette sjekket vi ved å bruke Norsk Senter for forskningsdata sin nettside og Oria. Vi vurderte de kvalitative artiklene ved å bruke sjekklisten for kvalitativ forskning fra nettsiden til Kunnskapsbasert praksis sin sjekkliste (Folkehelseinstituttet 2014).

Vi brukte kun sjekkliste for kvalitativ forskning, det kan ses på som en svakhet da vi også hadde to artikler som både var kvalitative og kvantitative. Dette sammen med at vi har lite erfaring med å kvalitetssikre artikler, er en svakhet. Dette kan føre til feiltolkning av artiklene. En styrke er at alle artiklene var etisk godkjent gjennom samtykke fra deltakerne, en svakhet var at bare seks av artiklene var etisk godkjent av en komite.

Våre egne etiske hensyn var at studiene måtte ha samtykke fra pasienten og helst være godkjent av en etisk komite. Vi la vekt på at det var tydelig beskrevet at pasienten hadde fått informasjon om hva studiet de deltok i angikk, samt at pasienten ble anonymisert.

5.1.5 Analyse

I et kvalitativt design er det forskerne selv som avgjør hvordan bearbeidingen og tolkningen skal bli gjennomført. Dataanalysen blir utført gjennom å beskrive, forstå og forklare hvordan tolkningen av materialet i studiene ble utført (Forsberg og Wengström 2013). Vi valgte å bruke Evans (2002) fire analysefaser for å analysere de artiklene vi fant. Vi leste gjennom artiklene flere ganger alene, og dokumenterte ned de funn vi mente var av betydning. Senere da vi møttes igjen for å diskutere funnene våre, oppdaget vi at vi hadde forskjellige funn. Vi leste da artiklene sammen og drøftet oss frem til enighet om relevante funn. Dette mener vi er en styrke da begge hadde gjennomgått artiklene flere ganger, samt at vi hadde diskutert de funn vi fant. Disse funnene er i vedlegg 3.

5.2 Resultatdiskusjon

Som beskrevet over var hensikten å belyse hvordan kvinner under 50 år erfarer å leve med brystkreft. De kvinner som var under 50 år og som hadde brystkreft, erfarte diagnosen som skremmende. Under forløpet opplevde de dårlig kommunikasjon, fysiske og psykiske plager. Kvinnene med brystkreft måtte tilpasse livet sitt etter brystkreftbehandlingen. Fysiske arr, toksiske effekter av adjuverende terapi, emosjonell nød og forstyrrelse i å utføre ulike familieforpliktelser og sosiale roller, var noen av konsekvensene ved brystkreftbehandlingen som kvinnene måtte håndtere (Sammarco, 2001).

5.2.1 Psykososiale utfordringer

Brystkreftdiagnosen alene fører til mange stressreaksjoner hos kvinner i alle aldre. Kreft generelt er en skremmende sykdom som assosieres med død (Fosså, Loge, Dahl 2009). Mange strevde med å akseptere diagnosen da de først fikk den, da de kanskje bare hadde hatt få eller ingen plager i forkant (Fosså, Loge, Dahl 2009).

Visse utfordringer er universelle for de kvinnene som har brystkreft, dette uansett alder, etnisitet eller hvilke stadier brystkreften er kommet til. Litteraturstudiet nevner noen av årsakene til stressreaksjonen; fremtiden, selve behandlingen og om de eventuelt kom til å miste brystet. Drageset et al. (2010) har i sin studie gjort lignende funn. I dagens samfunn er det ikke unormalt at kvinner sjonglerer ekteskap, barn, utdanning og arbeid samtidig. Helsepersonell må derfor ta hensyn til kvinners situasjon når de utvikler og promoterer brystkreft rehabiliteringstjenester- og programmer. Å optimalisere de psykososiale og fysiske utfallene for unge brystkreftdiagnostiserte gjennom rehabilitering er essensielt, fordi de potensielt har mange produktive år igjen og dermed fortsatt være i stand til å bidra til samfunnet.

Sammarco (2001) siterer Bloom og Kessler (1994) i forhold til hvordan de foreslo at det er gjennom nettopp dette fenomenet, altså rolle sjonglering, at yngre kvinner blir mer utsatt for psykososial sykkelighet. Når de først blir utsatt for en så livstruende sykdom som brystkreft, samt den fysiske skaden som behandlingen kan påføre, fører dette til stressreaksjoner. Brystkreftdiagnosen og behandlingen er med på å påvirke de mange rollene som unge kvinner har i samfunnet. Enten det er karriereutvikling, å fullføre en utdanning, starte en

familie eller forbli singel. Disse unge kvinnene møter mange utfordringer som fortsetter godt forbi gjennomføringen av behandling og i forhold til håp om overlevelse. Disse problemene omfatter både de fysiske og psykologiske effektene av kirurgi og adjuverende behandling, samt frykt for tilbakefall av brystkreft (Sammarco 2001).

Hver enkelt pasient opplever brystkreftdiagnosen forskjellig, dette selv om kvinnene har felles bekymringer og erfaringer. Hvordan hver enkelt takler å få brystkreftdiagnosen, avhenger av hvordan de kognitivt takler å få en slik diagnose, eventuelle erfaringer de har hatt med å være kritisk syk før og hvilken innstilling de har til diagnosen. Det er viktig at helsepersonell forstår pasientens opplevelse av brystkreftdiagnosen og behandlingen, samt at pasientens erfaring vil kunne variere ettersom når i livsforløpet de får diagnosen. Helsepersonell bør derfor aktivt oppfordre pasienten og hennes familie til å bruke ressursene som tilbys av helsepersonell. Ressurser som helsepersonell bør tilby kan være muligheten til å ta kontakt med støttegrupper eller undervisning ved lærings og mestringssenter.

Unge kvinner under 50 år er generelt mer utsatt for negative psykososiale konsekvenser da de er i en alder der en så alvorlig sykdom ikke er forventet. Unge kvinner kommer seg ofte raskere over de negative aspektene diagnosen medfører, og kommer sterkere ut av det. Ved at alle erfarer brystkreft diagnosen forskjellig, krever det spesifikk psykososial støtte som enten reduserer eller forhindrer påfølgende emosjonell engstelse. Helsepersonell kan være en betydelig kilde til støtte, det er derfor viktig at helsepersonell har innsikt i livene til yngre kvinner med brystkreft, slik at de har bedre oversikt over de spesifikke behovene som pasienten har.

Litteraturstudiet viste at sykepleierne var en ressurs for å hjelpe pasienter med å tolke og forklare betydningen av sykdom. Sykepleier var med å bistå med tilpasning til livsendringer forårsaket av en slik uventet livshendelse, i dette tilfellet brystkreftdiagnosen (Drageset 2010). For at pasient kan oppnå kontroll over egen situasjon, avhenger dette av hvilke ressurser pasienten har til rådighet. Her er det viktig at helsepersonell er tilgjengelig og oppfyller pasientens psykososiale behov. Helsepersonell må være oppmerksom slik at pasient ikke føler seg avhumanisert. Helsepersonell bør derfor alltid ivareta pasientens verdighet, integritet og autonomi gjennom hele behandlingsforløpet (Stubberud 2013).

Litteraturstudiet vårt beskriver hvordan helsepersonell bør gi omsorg som er individualisert for hver enkelt pasient. Helsepersonellet bør være oppmerksom på de fysiske og psykologiske forskjellene som skiller unge og eldre kvinner fra hverandre slik at kvinner med brystkreft ikke blir behandlet som en homogen gruppe.

5.2.2 Bekymring for barn og familie etter diagnosen

I vår kultur har familiebasert pleie i hovedsaken vært forbundet med kvinner. Kvinnene har kulturmessig passet og pleiet små barn syke og gamle familiemedlemmer. Selv om dette ikke lengre er en selvfølge som følge av forandring i kjønnsroller, er det likevel kvinner i sin helhet som har dette ansvaret den dag i dag (Lingsom 1997, Thorsen, Wærness (1999a sitert i Kirkevold, 2001, 35)).

I studiet vårt kommer det fram at i sykdomsperioder, var barn og familie noen av de største bekymringene kvinnene hadde. Dette kommer også fram i en rekke andre studier. I likhet med funnene våre, kom det fram i studien til Walsh et al.(2005), at kvinnene opplevde rolleskift, følelsesmessige reaksjoner og økt nærhet mellom dem selv og barna, som en konsekvens av å ha fått brystkreft.

At forholdene til familier ble forandret, var ikke nødvendigvis en negativ endring. Noen av kvinnene forklarte at det ikke bare var deres relasjon til barna som ble sterkere, men også relasjonen mellom far og barn. Barn og foreldre utviklet et sterkere og nærmere bånd mellom seg imellom. (Walsh et al. 2005). Kvinnenes opplevelse av barnas bedre relasjon til faren kom ikke fram i studiet vårt.

I studien til Walsh et al. (2005) kom det fram mange negative relasjonelle aspekter hos barn i familier der mor hadde brystkreft. Kvinnene rapporterte om at barna hadde problemer med å klare seg. De fortalte at noen av barna hadde utviklet angst og dermed trakk seg tilbake fra samtaler relatert til brystkreft. Kvinnene mente at barnas oppførsel ville bli bedre når livet deres kom tilbake til normalt. I denne sammenheng kan redsel for barnas reaksjoner være noen av grunnene til at kvinnene i litteraturstudiet vårt bestemte seg for å skjerme familien sin i behandlingsforløpet. Deltakerne i studiet vårt følte at familien deres hadde ofret seg nok i løpet av behandlingen, og de ville ikke ta mer av tiden og økonomiske ressurser fra

dem. De valgte først og fremst å bevare familiens rutiner så normalt som mulig på bekostning av sine egne behov.

Å ha hovedansvar for barn og familie når en er rammet av en alvorlig lidelse krever mye energi. Anerkjennelse av egen sykdom samt hjelp og støtte av familiemedlemmer kan gjøre livet til kvinnene lettere. Selv om mange velger å skjerme barna sine, er det viktig å inkludere dem. Barna trenger informasjon om sykdommen og om hvordan den kan endre deres liv. Ved å inkludere dem kan en rette på barnets oppfatning av brystkreft, og dermed bekrefte følelsene deres (Helsenorge 2017).

Når mor eller far blir alvorlig syk, kan det medføre mange utfordringer til den andre foresatte (Helsenorge 2017). I studiet vårt, rapporterte deltakerne mange bekymringer rundt partner.

I en familie/barn kontekst var bekymringene rettet mot hvordan partner ville håndtere den nye familiesituasjonen og hvordan de ville klare seg i den nye rollen de befant seg i. Helsepersonell bør gi pasient og pårørende mulighet til å snakke sammen om den vanskelig situasjon samt identifisere behov for støtte og hjelpe for alle familiemedlemmer.

5.2.3 Kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell

Mange erfarte dårlig kommunikasjon mellom seg selv og helsepersonell. De følte også at den behandlingen de fikk var ukoordinert og ikke var tilpasset deres aldersgruppe.

Videre funn i litteraturstudiet viste hvilke vanskeligheter kvinnene hadde med å ta til seg informasjonen de fikk ved starten av diagnosen. Når en pasient får informasjon om en alvorlig diagnose som brystkreft, er det viktig at helsepersonell er sikker på at vedkommende har mottatt og forstått informasjonen som har blitt gitt. Eventuelt bør helsepersonell sikre at informasjonen blir gjentatt og gitt skriftlig (Graydon et al. 1997).

Drageset et al. (2010) kommenterte i sitt studie at deltakerne kun ønsket generell informasjon om brystkreftdiagnosen. Ble informasjonen for detaljert ble den oppfattet som truende. De fleste deltakerne i deres studie ønsket først og fremst informasjon om sin egen status i sykdomsprosessen. Helsepersonell bør derfor kontinuerlig overveie hva hver enkelt pasient er i stand til å ta til seg eller om informasjonen blir for overveldende.

Helsepersonell bør veilede pasienten gjennom de behandlingsfasene pasientene ønsker hjelp med, ved å gi tydelig informasjon og støtte. I følge Sørensen et al. (2016) kan pasienten få igjen kontroll over eget liv gjennom at helsepersonell møter pasienten på pasientens egne premisser. Vedkommende får da informasjon som kun er tilpasset henne selv. Som det også er beskrevet tidligere i studiet, beskriver Sørensen et al. (2016) at pårørende bør bli sett på som en ressurs til å forbedre behandlingen og rehabiliteringen til pasienten. Pårørende bør derfor inkluderes og få tilbud om å være tilstede når pasient får informasjon fra helsepersonell.

Samtidig vil en pasient trenge forskjellig informasjon etter hvor vedkommende er i behandlingsforløpet, det er derfor viktig at pasienten får den informasjonen som vedkommende selv lurer på. Det er da viktig at helsepersonell spør vedkommende om det er noe de ønsker mer informasjon om, slik at informasjonen som gis blir tilpasset pasient og behandlingsforløpet. Helsepersonell kan ikke anta at de vet hva pasient ønsker å vite mer om (Graydon et al. 1997).

Et tema ingen av funnene våre omhandler, er hva som ble regnet som den mest viktige informasjonen deltakerne ønsket. I Graydon et al. (1997) sin forskningsartikkel blir akkurat dette spørsmålet diskutert. De kom frem til at emnet alle deltakerne ønsket informasjon om, var hvordan en gjenkjente tilbakefall av brystkreft. I litteraturstudiet blir det nevnt hvordan deltakerne er engstelige og redde for tilbakefall, men ikke om hvorvidt de ønsket informasjon om hvordan en kunne gjenkjenne symptomene for tilbakefall.

Sykepleiere bør opprettholde en kontinuerlig vurdering av informasjons-, pedagogiske og følelsesmessige støttebehov for pasientene, dette gjennom alle faser i brystkreft forløpet. Sykepleiere bør henvise pasientene til andre medlemmer av teamet, som for eksempel dietist og farmakologer. Ved å gjøre dette kan pasientene få mulighet til å lære om for eksempel ernæring og medisiner. Dette vil kunne øke tryggheten mellom helsepersonell og pasient og pasienten vil lettere tørre å stille spørsmål. Her er det viktig at pårørende også blir involvert da de ofte er en viktig ressurs for pasienten. Dette kan kultivere en følelse av «empowerment» og kontroll over egen situasjon. Som det vises i litteraturstudiet vårt blir sykepleierne anbefalt å ta opp legevisittene for å høre om informasjonen er forstått. De blir også anbefalt å ordne skriftlige notater som forklarer behandlingsplanene ytterligere.

Helsepersonell bør selv ringe pasient, da vedkommende kanskje ikke har mot til selv å ta kontakt.

Sykepleiere kan gjennom å tilby nøyaktig og relevant informasjon, hjelpe og veilede pasienten til et bedre helseutfall. Ved å gi god tilpasset informasjon er dette med på å redusere emosjonell nød, øke pasientens egen omsorgsevne og øke deltakelse i vanlige aktiviteter. (Graydon et al. 1997, Johnson et al., 1988, 1989).

5.2.4 Problemer med selvbylde og kroppsfunksjon

Opplevelsen av brystkreft diagnosen og behandlingen hos unge kvinner, krever spesiell oppmerksomhet på grunn av den unike medisinske og psykososiale konteksten til sykdommen (Jankowska 2013).

Shover L. (1994 sitert i Jankowska, 2013, 194) hevder at tap eller deformasjon av et bryst på grunn av mastektomi, kan føre til mange negative opplevelser med hensyn til kroppsbylde. For unge kvinner kan dette oppleves spesielt vanskelig, både på grunn av deres unge alder og på grunn av høye sosiale og kulturelle forventinger til fysisk skjønnhet. Å miste et bryst er for mange en opplevelse av mindreverdigheit som kvinne. Hvor mye dette betyr for hver enkelt kvinne, avhenger av personlighet og selvbylde. Men selv for de mest selvsikre, er et slikt tap et stort traume (Sørensen et al. 2016). Dette kommer også fram i vår studie. Kvinnene opplevde mastektomi som en trussel for feminitet og de opplevde det å bli mastektomert, som en stor og negativ inngripen i deres liv.

En viktig oppgave for sykepleier er å hjelpe pasienter til å akseptere kroppsforandring. Sykepleieren bør oppfordre pasienter og deres partner til å se på arret før de forlater sykehuset. Ideelt er at det første møte med arret skal være sammen med en sykepleier, slik at sykepleier kan svare på spørsmål og være til støtte. Sykepleieren bør også være oppmerksom på tegn som kan indikere at kvinner har behov for å prate om reaksjoner og vonde følelser som er knyttet til tapet av brystet. Det kan være en ekstrem vanskelig prosess å akseptere at brystet er borte, og at det bare er et stort arr der i stedet (Sørensen et al. 2016).

I studien til Walsh et al. (2005) ble det identifisert flere problemer som var knyttet til seksualitet. Disse problemene ble direkte relatert til kroppsbylde. Studien hevdet også at

behandling av brystkreft ofte har bivirkninger som får kvinnene til føle seg trøtte og få dem til å miste den seksuelle interessen. Spesielt kjemoterapi ga betydelige bivirkninger som rammet mange domener av seksuell funksjon, inkludert tidligere menopause og smerte ved samleie.

Litteraturstudiet vårt bekrefter at kroppsforandring gjorde kvinnene mer ukomfortable i en seksuell sammenheng. Flere opplevde å ha en smertefull seksuell relasjon og tap av sex lyst.

Men hvor mye av problemene med selvbilde og seksuell dysfunksjon som kun er forårsaket av brystkreft diagnosen er vanskelig å forutsi.

Studie av Reaby LL og Hort LK (1995 sitert i Pelusi, 2013, 35) hevder at overlevende kvinner som hadde en god seksuell relasjon før behandling, fortsatte å ha et akseptabelt forhold etter brystkreftoperasjon. Forståelse og støtte fra partneren var helt avgjørende for at kvinnene kunne bevare en sunn seksuell relasjon.

Studie av Rosen RC et al. (1993 sitert i Pelusi, 2013, 32) viser at 47 % av friske kvinner uten kreft var misfornøyde med kroppsbildet sitt. Derfor kan mange kvinner som allerede har et dårlig selvbilde før kreftdiagnosen, få et forverret selvbilde, da problemet allerede eksisterte fra før. Dette gjør det også mer vanskelig å avgjøre hvor mye kroppsbilde problemer er et resultat av brystkreft behandlingen eller ikke.

En oppgave helsepersonell har er å gi informasjon om den planlagte behandlingen slik at pasient er klar over mulige bivirkninger som følge av behandlingen. Dette spesielt om bivirkningene påvirker seksuell aktivitet, kroppsbilde, seksuell funksjon og forholdene mellom pasient og deres partner.

6.0 Konklusjon

Unge kvinner under 50 år har andre utfordringer enn de kvinner som er over 50 år. Før behandlingsforløpet skal planlegges og gjennomføres, må det bli tatt i betraktning at planleggingen må skreddersys for hvert individ. Dette for å håndtere de ulike forskjellene som alder og de forskjellige psykososiale livsstadier hver enkelt individ befinner seg i. Hovedfokuset må og skal alltid være på å forbedre livskvaliteten for de kvinnene som opplever å få brystkreft, både unge og eldre. Da ektefelle og resten av familien ofte blir oversett, er det viktig at helsepersonell også tar vare på dem slik at de ikke blir overveldet over situasjonen.

6.1 Konsekvenser for praksis

For at sykepleier skal yte best mulig behandling er det viktig at sykepleieren ser hele pasienten, og ikke bare sykdommen. Det er viktig at pasienten føler seg sett og hørt, slik at vedkommende føler seg trygg i forhold til å stille spørsmål og ikke tier stille om problemer de opplever på grunn av brystkreftdiagnosen.

Hva som er ideell behandling for pasienten, er kanskje ikke mulig i realiteten, på grunn av andre medisinske faktorer som kan spille inn. Ventetider, få plasser i rehabiliteringssentre og mangel på helsepersonell kan gjøre at det ikke er mulig å utføre optimal behandling. Samtidig har alle som er pasienter i Norge rett på lik behandling uansett hvem man er eller hvor en befinner seg i landet. Flere sykehus i Norge har i dag pasientskoler for pasient og deres pårørende der de kan få informasjon om ulike aspekter ved å ha brystkreft. Dette kan bidra til at de får en tryggere hverdag gjennom at de får pålitelig informasjon og veiledning (Sørensen et al. 2016).

6.2 Videre forskning

Vi mener at det er behov for at det forskes videre på hvordan helsepersonell kan bidra til bedre veiledning til pårørende og pasient gjennom fasen for brystkreftdiagnosen og behandlingen. I tillegg bør det fokuseres mer på hvordan en kan hjelpe den unge pasienten

med brystkreft, med å gjenopprette et godt selvbilde og livskvalitet. Videre bør behandlingen organiseres slik at den er tilpasset alder og livssituasjon til pasienten.

Referanseliste

Avis, Nancy E, Sybil Crawford, and Janeen Manuel. 2004. "Psychosocial Problems among Younger Women with Breast Cancer." *Psychooncology* 13, no. 5, 295-308.

Bredal, Inger Schou. 2017. "Sykepleier utfordringer ved brystkreft." I *Kreftsykepleie Pasient – Utfordring – Handling*, red. Anne Marie Reitan og Tore Kr. Schjølberg, 463-468. 4.utg. Oslo: Cappelen Damm. ISBN 9788202493103

Connell, Shirley, Carla Patterson, and Beth Newman. 2006. "Issues and Concerns of Young Australian Women with Breast Cancer." *Supportive Care in Cancer* 14, no. 5: 419-26.

Coyne, E., and S. Borbasi. 2009. "Living the Experience of Breast Cancer Treatment: The Younger Women's Perspective." *Australian Journal of Advanced Nursing* 26, no. 4: 6-13.

Drageset, Sigrunn, Torill Christine Lindstrøm, Tove Giske, and Kjell Underlid. 2011. "Being in Suspense: Women's Experiences Awaiting Breast Cancer Surgery." *Journal of Advanced Nursing* 67, no. 9: 1941-951.

Eines, Trude, Ragnhild Michaelsen, Cecilie Grønvik og Stine Hauvik. 2018. *Eksamen SAE00 Bacheloroppgave i sykepleie*. Molde: Høgskolen i Molde, Avdeling for helse- og sosialfag

Elmir, Rakime, Debra Jackson, Barbara Beale, and Virginia Schmied. 2010. "Against All Odds: Australian Women's Experiences of Recovery from Breast Cancer." *Journal of Clinical Nursing*. 19, no. 17-18, 2531-538.

Fobair, Pat, Susan L Stewart, Subo Chang, Carol D'Onofrio, Priscilla J Banks, and Joan R Bloom. 2006. "Body Image and Sexual Problems in Young Women with Breast Cancer." *Psychooncology* 15, no. 7, 579-94.

Folkehelseinstituttet.no. 2014. "Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie." Lest 23.03.2018. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/tema/brukererfaring/sjekkliste-kvalitativ-2014.pdf>

Forsberg, Christina., and Yvonne. Wengström. 2013. *Att Göra Systematiska Litteraturstudier: Värdering, Analys Och Presentation Av Omvårdnadsforskning*. 3. Utg. Red. Stockholm: Natur & Kultur.

Fosså, Sophie D., Jon Håvard Loge og Alv A. Dahl (red.). 2009. *Kreftoverlevende : Ny Kunnskap Og Nye Muligheter I Et Langtidsperspektiv*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Graydon, Jane, Susan Galloway, Sherrol Palmer-Wickham, Dianne Harrison, Louanne Rich-van Der Bij, Pamela West, Stephanie Burlein-Hall, and Barbara Evans-Boy Den. 1997. "Information Needs of Women during Early Treatment for Breast Cancer." *Journal of Advanced Nursing* 26, no. 1: 59-64.

Helseforetaksfinansierte reseptlegemidler. 2015. Lov av 12. juni 2015 nr. 646 om helseforetaksfinansierte reseptlegemidler til bruk utenfor sykehus. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2015-06-12-646/§11#§11>

Helsenorge. 2017. Når mor eller far blir alvorlig syk. Lest 06.05.2018 <https://helsenorge.no/parorende/nar-mor-eller-far-er-syke>

Jacobsen, Dag Ingvar. 2010. *Forståelse, Beskrivelse Og Forklaring : Innføring I Metode for Helse- Og Sosialfagene*. 2. Utg. red. Kristiansand: Høyskoleforl.

Jankowska, Monika. 2013. "Sexual Functioning in Young Women in the Context of Breast Cancer Treatment." *Reports of Practical Oncology & Radiotherapy* 18, no. 4: 193-200.

Kedde, H., B. Wiel, M. Weijmar Schultz, and W. Wijsen. 2013. "Subjective Sexual Well-being and Sexual Behavior in Young Women with Breast Cancer." *Supportive Care in Cancer* 21, no. 7: 1993-2005.

Kirkevold, Marit. 2001. "Familien i et helse og sykdomsperspektiv." *I Familien i sykepleiefaget*, red. Karen Strømsnes Ekern, 21-45. Oslo: Gyldendal Akademisk. ISBN 8241711425

Kreftregisteret. 2018. "Brystkreft". Lest 23.05.2018.

<https://www.kreftregisteret.no/generelt/fakta-om-kreft/brystkreft-alt2/>

Kåresen, Rolf og Erik Wist. 2009. "Svulster i mamma." I *Kreftsykdommer – en basisbok for helsepersonell*, red., 269-293. 3.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk. ISBN 9788205384859

Miedema, Baukje, and Julie Easley. 2012. "Barriers to Rehabilitative Care for Young Breast Cancer Survivors: A Qualitative Understanding." *Supportive Care in Cancer* 20, no. 6: 1193-201.

Norsk senter for forskningsdata (NSD). 2018. "Publiseringskanaler". Lest 23.04.2018

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

Nortvedt Monica W., Jamtvedt Gro, Graverholt Birgitte, Nordheim Lena Victoria, Reinart Liv Merete. 2014. *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. Akribe, Oslo.

Ordtak. 2018. "Siterte sitater" Lest 23.05.2018

<http://www.ordtak.no/sitat.php?id=11854>

Pedersen, Allison E, Thomas F Hack, Susan E McClement, and Jill Taylor-Brown. 2014. "An Exploration of the Patient Navigator Role: Perspectives of Younger Women with Breast Cancer." *Oncology Nursing Forum* 41, no. 1: 77-88.

Pelusi, Jody. 2006. "Sexuality and Body Image." *Cancer Nursing* 29, no. 2S: 32-38.

Rosenberg, Shoshana M, Rulla M Tamimi, Shari Gelber, Kathryn J Ruddy, Sandra Kereakoglow, Virginia F Borges, Steven E Come, Lidia Schapira, Eric P Winer, and Ann H Partridge. 2013. "Body Image in Recently Diagnosed Young Women with Early Breast Cancer." *Psychooncology* 22, no. 8, 1849-855.

Sammarco, Angela. 2001. "Psychosocial Stages and Quality of Life of Women With Breast Cancer." *Cancer Nursing* 24, no. 4: 272-77.

Sariego, Jack. 2010. "Breast Cancer in the Young Patient." *The American Surgeon* 76, no. 12: 1397-400.

Sørensen, Elin Myklebust, Marie Koch Lorvik, Nina Grauff Erntsen og Hallbjørg Almås. 2016. "Sykepleie ved brystkreft" i *Klinisk sykepleie 2*, red. Dag-Gunnar Stubberud, Randi Grønseth og Hallbjørg Almås, 437-452. 5 utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Thune, Inger. 2017. "Brystkreft." I *Kreftsykepleie Pasient – Utfordring – Handling*, red. Reitan, Anne Marie og Tore Kr. Schjølberg, 463-474. 4.utg. Oslo: Cappelen Damm. ISBN 9788202493103

Walsh, Stephanie R., Janeen C. Manuel, Nancy E. Avis, Mcdaniel, Susan H., and Campell, Thomas L. 2005. "The Impact of Breast Cancer on Younger Women's Relationships With Their Partner and Children." *Families, Systems, & Health* 23, no. 1: 80-93.

Vedlegg

Vedlegg 1: Oversiktstabell i forhold til søkehistorikk

Vedlegg 2: Artikler

Vedlegg 3: oversiktstabell over tema

Vedlegg 4: Oversiktstabell over emner

Vedlegg 5: Sjekkliste for kvalitative artikler

Vedlegg 1: Oversiktstabell i forhold til søkehistorikk

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
Younger women experience And needs follow breast cancer diagnosis	05.03.18	ProQuest	787	7	2	
Limit to 2008-2018 Språk: engelsk	05.03.18	ProQuest	787	7	3	Nr. 4
4) Barriers to rehabilitative care for young breast cancer survivors: a qualitative understanding						

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
---------	------	----------	--------------	-----------------	----------------	---------------------

Breast cancer OR breast neoplasm OR breast tumor OR breast carcinoma Avgrense språk: dansk, norsk, engelsk, Female Age 18-44	19.04.18	CINAHL/ DynaMedPlus	7 104	0	0	0
Young women OR young female OR young adults	19.04.18	CINAHL/ DynaMedPlus	803			0
Quality of life	19.04.18	CINAHL/ DynaMedPlus				
Limit 2008-2018 Språk: Engelsk, norsk og dansk	19.04.18	CINAHL/ DynaMedPlus	48	3	3	Nr. 3
3) Body image in recently diagnosed young women with early breast cancer						

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
---------	------	----------	--------------	-----------------	----------------	---------------------

Breast cancer exp breast neoplasms	16.04.18	Ovid Medline	261.965			
Younger women mp.			5080			
Experienc* mp.			832,911			
1 and 2			1128			
3 and 4			132	15	8	Nr. 1, 6, 8, 9 og 10

- 1) An exploration of the patient navigator role: perspectives of younger women with breast cancer
6) Issues and concerns of young Australian women with breast cancer
8) Against all odds: Australian women's experiences of recovery from breast cancer
9) Body image and sexual problems in young women with breast cancer
10) Psychosocial problems among younger women with breast cancer

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
Female Or women	19.04.18	Cinahl Dyna Med Plus				

And Breast cancer Or breast neoplasm Or breast carcinoma Or breast tumor						
And Experiences Or perceptions Or attitudes or views			163			
Limit to 2008 - 2018			113	7	3	Nr. 5
5) Living the experience of breast cancer treatment: the younger women's perspectives						

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
Breast cancer Or breast neoplasm	23.04.18	ProQuest				
AND younger women AND coping AND experience			16. 051			
Limit to 2008-2018			9. 390			

artikle AND Feature NOT review						
AND female adults NOT aged			585			
Språk Engelsk			549	2	2	Nr. 2
2) Subjective sexual well-being and sexual behavior in young women with breast cancer						

Søkerord	Data	Database	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkludert artikler
Breast cancer OR breast neoplasms OR breast carcinoma OR breast tumor	23.04.18	Cinahl Dyna Med Plus				
AND Younger women OR young Female OR young adults						

AND experience OR challenges			161			
Limit to 2006 - 2018			148	1	1	Nr. 7
7) Young childless women with breast cancer in the UK: a qualitative study of their fertility-related experiences, options and the information given by health professionals.						

Vedlegg 2 Artikler

Artikkel 1

Forfattere	Allison E. Pedersen, Thomas F. Hach, Susan E. McClement og Jill Taylor-Brown
År	2014
Land	Canada
Tidsskrift	Oncology Nursing forum
DOI	http://dx.doi.org/10.1188/14.ONF.77-88
Nivå	Fagfellevurdert
Tittel	An Exploration of the Patient Navigator Role: perspectives of Younger Women with Breast cancer
Hensikt	Å avgrense/representere pasientens perspektiv av brystkreft diagnosen og hvordan de opplevde forløpet.
Metode	Intervju ansikt til ansikt i deltakernes hjem, et intervju foregikk over mobil. Intervjuene omhandlet pasientenes erfaring om systemet, de problemene de møtte på, udekket behov og deres meninger.
Deltagere/fracfall	Deltagere: 12 kvinner fra 50 år og yngre som hadde hatt brystkreft innen tre år før studiet startet. Alle deltakerne bodde i ute på landet, ofte mange mil fra nærmeste behandlingssenter. Deltakerne måtte kunne engelskspråklig/skriftlig. Frafall: 2 kvinner; ene pga. familie omstendigheter, den andre var overveldet av behandlingen sin.

Hovedfunn	<p>Målet var å øke pasientens påvirkning slik at deres ønsker ble tatt med i planlegging av behandling. Det er da viktig med god kommunikasjon og koordinering. I følge studiet ville mangel på dette føre til unødvendige forsinkelser samt en større sjanse for at pasient fikk mangelfull informasjon om behandling og forløp.</p> <p>Fokuset i studiet var pasienter som hadde lang reisevei for å nå behandlingssenter, målet var å finne ut om boforhold, økonomi og familieforhold kunne påvirke valg av behandling kvinnene tok. Det ble tidlig bekreftet i studie at de fleste med lengst reisevei tok raskest behandling slik at de minsket reiseutgiftene (Behandlingsvalg: mastektomi, slapp da radiasjon terapi). Et annet fokus var rett helsepersonell og viktigheten med en faglig utdannet pasient-navigator (evt. Spesialist/kreftsykepleier) som kunne systemet og som kunne tilrettelegge tilgang til helsetjenester om behovet skulle inntreffe.</p> <p>Navigatoren hadde også som oppgave å gi pasient/pårørende tilstrekkelig og forståelig informasjon (skriftlig/muntlig). Ved diagnose start bekreftet alle deltakerne å ha opplevd angst, usikkerhet og overraskelse da de fikk diagnosen. De opplevde at det var vanskelig å ta inn informasjon og hadde ønsket at de hadde hatt noen de kunne ha diskutert sammen med etter samtale med lege. Under behandlingen opplevde deltakerne å ha ubesvarte spørsmål, mangel på følelsesmessig støtte og mangel på samordnet omsorg. Deltakerne fortalte i intervju hvordan de måtte jakte på svar for å få den informasjonen de ønsket. Mange vegret seg mot å kontakte helsevesenet da de u-møtte behovene og de emosjonelle problemene ble for mye for dem. Videre fortalte de at de var usikre på hvem de i det hele tatt kunne kontakte. Studiet påpeker viktigheten med en god navigator som aktivt tok kontakt med dem og kunne ledet pasienten gjennom behandlingen, støtte dem samt kontakte støtte grupper for dem og deres pårørende. Konklusjonen for studiet var at til tross for stor fremskritt og innsats, opplever pasienter fremdeles å få mangelfull informasjon om sykdomsforløp og behandling.</p>
-----------	--

Etiske vurdering	Studiet ble anonymisert, samt passord sikret. Studiet ble etisk godkjent ved University of Manitoba and CancerCare Manitoba's Research Resource Impact Committee.
Vurdering av kvalitet	God kvalitet.
Database	ProQuest
søk	16.04.2018

Artikkel 2

Forfattere	Kedde H, Wiel H, Weijmar Schultz, W. og wijzen C.
År	2013
Land	Nederland
Tidsskrift	Supportive Care in cancer
DOI	http://doi.org/10.1007/s00520-013-1750-6
Nivå	Fagfelleurdert
Tittel	Subjective sexual well-being and sexual behavior in young women with breast cancer
Hensikt	Hensikten med denne studien var å systematisk beskrive naturen og konteksten av subjektiv seksuelt velvære og seksuell oppførsel hos unge kvinner med brystkreft.
Metode	Artikkelen er både kvalitativ og kvantitativ. Data om seksuell oppførsel og subjektiv seksuelt velvære ble samlet gjennom et spørreskjema på internett.
Deltagere/frafall	Deltakerne måtte ha brystkreftdiagnose, senest fått den 6 år før

	<p>studiestart.</p> <p>Deltakerne måtte være 45 år eller yngre. Antall deltakere: 332.</p>
Hovedfunn	<p>Studiet belyser at både seksuell oppførsel og seksuell trivsel sank da kvinnene/deltakerne ble behandlet for brystkreft. Selv etter behandlingen er avsluttet har deltakerne fortsatt problemer i relativ lang tid med hensyn til seksuelle problemer, da spesielt med hensyn til skyldfølelse, seksuell stress og seksuell tilfredshet.</p> <p>Et bredt spekter av potensielle fysiske, psykologiske og relasjonsproblemer kan ha en negativ påvirkning kvinnenens seksuelle velvære. I lys av dette mangfoldige problemet, kreves det en tverrfaglig tilnærming når behandling skal gis.</p>
Etiske vurdering	<p>Pasienten måtte selv godta forespørsel og trykke på link for å delta på den elektroniske spørreundersøkelsen.</p>
Vurdering av kvalitet	<p>God kvalitet</p>
Database	<p>ProQuest</p>
Søk	<p>23.04.2018</p>

Artikkel 3

Forfattere	<p>Shoshana M. Rosenberg, Rulla M. Tamimi, Shari Gelber, Kathryn J. Ruddy, Sandra Kereakoglow, Virginia F. Borges, Steven E. Come, Lidia Schapira, Eric P. Winer og Ann H. Partridge</p>
År	<p>2014</p>
Land	<p>Storbritannia</p>
Tidsskrift	<p>Psycho-Oncology</p>
DOI	<p>https://doi.org/10.1002/pon.3221</p>

Nivå	1
Tittel	Body image in recently diagnosed young women with early breast cancer
Hensikt	Målet til denne studie var å vurdere kroppsbilde bekymringer blant unge kvinner som følger av brystkreftdiagnosen. / Målet med studiet var å identifisere om visse fysiske og følelsesmessige bivirkninger var forbundet med kroppsbilde uavhengig av behandlingstype (quality of life).
Metode	En kohortstudie som er etablert for å utforske biologiske, medisinske og livskvalitets spørsmål som er spesifikke for unge kvinner med brystkreft. Studiet bruker psykologi og fysiologisk skalaen CARES og HADS som er en angst og depresjonsskala.
Deltagere/ Frafall	Var 419 deltagere i studiet. For å delta: være kvinne under 40 år, blitt diagnostisert 6 måneder før studiet. Ekskludering: mann, de som ikke svarte på mailen, de i brystkreft stadiet IV samt de som ikke hadde dokumentert hvilke stadium de var i.
Hovedfunn	<p>Fokuset til studiet er på kroppsbilde og livskvalitet hos unge kvinner med brystkreft diagnosen og hvordan diagnosen og behandlingen påvirker dem. Studiet fremhever viktigheten med å ivareta livskvalitet, da inkludert kroppsbilde. Forfatterne har inkludert andre som støtter funnet deres (Janz, Collins, Fobair), de har samme mening om behandlingen/ reaksjonen til den. De kvinnene som hadde undergått lumpektomi hadde den lavest gjennomsnittlig score, dette indikerte signifikant færre kroppsbilde problemer sammenlignet med kvinner som hadde gjennomgått mastektomi med og uten rekonstruksjon.</p> <p>Studiets funn indikerer at for fremtidige tiltak for å forbedre kroppsbildet hos unge kvinner med brystkreft diagnosen er det viktig å inkludere medisinsk og psykososiale faktorer. Det faktum at operasjonstype forblir uavhengig assosiert med kroppsbilde, indikerer at selv om flere av disse faktorene står for noe av variansen i kroppsbilde i denne befolkningen, er de ikke eksplisitte mellomledd av forholdet mellom behandlings-kroppsbildeforhold. Det er likevel disse symptomene som generelt sett følger en brystkreftdiagnose,</p>

	<p>altså er ikke pga. bivirkningene som primært som en direkte følge av kirurgisk behandling.</p> <p>Konklusjon: Studiet fokuserer viktigheten med å vurdere livskvalitet og kroppsbilde i den generelle sammenhengen av brystkreft behandlingen hos yngre kvinner i tidlig behandlingsfaser.</p> <p>Det er viktig å identifisere hvilke faktorer som er knyttet til negative livskvalitet, dette for å utforme og gjennomføre hensiktsmessige tiltak for å hjelpe unge kvinner til å takle både diagnosen og konsekvensene av behandlingen.</p>
Etisk vurdering	Deltakerne fikk en mail som de måtte svare på for å kunne delta (baseline survey). Studiet er godkjent av Institutional Review Board som er i Dana-Farber/Harvard Cancer Center.
Vurdering av kvalitet	God kvalitet.
Database	Dyna Med Plus
søk	19.04.2018

Artikkel 4

Forfattere	Baukje Miedema og Julie Easley
År	2012
Land	Nederland
Tidsskrift	Supportive Care in Cancer
DOI	http://doi.org/10.1007/s00520-011-1196-7
Nivå	Fagfelleurdert
Tittel	Barriers to rehabilitative care for young breast cancer survivors: a qualitative understanding

Hensikt	<p>Hensikt med denne studien var å vurdere behov for rehabilitering hos unge kvinner med brystkreft overlevende under 50 år. Samt å identifisere faktorer som kunne påvirke eller forebygge sykdom rehabilitering.</p> <p>Bekreftet at unge kvinner har mer negativ QOL enn eldre kvinner.</p>
Metode	<p>35 deltakere. Brukte kvalitativ grunnteori som innebar to telefonsamtaler; et åpning intervju og et intervju 6-8 måneder etter det første. Intervjuene skulle:</p> <p>Ordne en rapport om deltakerne, hvordan de taklet diagnosen og hvilke erfaring de fikk gjennom behandlingen.</p> <p>For å bekrefte den samlede dataen og sammenligne dette med intervju nr. 1.</p> <p>Diskutere rehabiliteringstjenester i mer detalj med deltakerne.</p> <p>Forfatterne underbygget studiet sitt ved å ta med flere studier som støtter deres (McCane og Semple, Fitch og Allard, Moen og Robinson), de har samme funn/oppfatning av problemstillingen.</p>
Deltagere/fracfall	<p>Kvinner under 50 år som hadde menopause før diagnosen. Ekskludering: mann, de over 50, de som ikke hadde menopause.</p>

Hovedfunn	<p>Livet pasientene lever har stor påvirkning på de valgene de tar angående behandlingen. Eks. barn under 18 år, gift, økonomi, lang reisetid/utgifter for å komme seg til behandlingen. Studiets fokus var å vurdere kvinnenes behov og ønsker for hvordan rehabilitering skulle utforme seg, samt å identifisere faktorer som kunne ha innvirkning eller forhindre kreftutvikling.</p> <p>Det ble i studiet bekreftet at unge kvinner opplever en mer negativ livskvalitet enn de eldre med samme diagnose. Studiet kommenterte at selv om alle deltakerne bemerket at de opplevde psykiske og/eller fysiske plager pga. brystkreftdiagnosen eller pga. behandlingen, var det mindre en halvparten av dem som oppsøkte assistanse for plagene. Dette kan være pga. to typer barrierer: Den første er systemisk barrierer og innebære at det kanskje er mangelfull eller begrenset plass, kostnad på tjenesten, på grunn av reiseavstand og reiseutgifter, eller som det var i tilfellet i dette studiet var det mange av deltakerne som ikke var klar over at det var noe tilbud om rehabilitering. Den andre barrieren er personlige barriere, de kan enten være for travel til å møte opp, unngå å møte opp pga. fatigue osv.</p> <p>Konklusjon: de systemiske barrierene kan reduseres ved å introdusere flere tjenester og aktivt reklamere for dem på lett tilgjengelige steder. De personlige barrierene er mer besværlig å forhindre da de består av flere faktorer. Det helsepersonell kan gjøre er å ta i betraktning hvordan kvinnenes liv blir påvirket og hvordan rehabiliteringstilbudet best kan bli individualisert for den enkelte.</p>
Etisk vurdering	<p>Deltakerne ble sendt info om studiet gjennom meldinger fra offentlige steder, deltakerne måtte selv ta kontakt med forfatterne for å kunne delta. De måtte også gi muntlig samt skriftlig tillatelse før de kunne være med. Studiet ble vurdert av Dalhousie University research ethics committee.</p>
Vurdering av kvalitets	God kvalitet.
Database	ProQuest

Søk	05.03.2018
-----	------------

Artikkel 5

Forfattere	Elisabeth Coyne og Sally Borbasi
År	2009
Land	Australia, Queensland.
Tidsskrift	Australian Journal of Advanced Nursing
DOI	Ingen tilgjengelig (ikke funnet).
Nivå	Fagfellevurdert
Tittel	Living the experience of breast cancer treatment: The younger women's perspectives
Hensikt	For å utforske de erfaringene unge kvinner, under 50 år, opplever brystkreft samt hvordan de beskriver sine erfaringer med å håndtere brystkreftbehandlingen.
Metode	En tolkende kvalitativ design ble brukt til å utforske opplevelsene av brystkreft i ung kvinnes liv. Deltakerne ble intervjuet hjemme med seg selv (intervjuene varierte med 60-90 minutter hver) av en erfaren sykepleier som ikke var med i behandlingen til deltakerne. Om det var ønskelig kunne deltakerne få formell rådgivningstjeneste.
Deltagere/fracfall	Deltagere: seks kvinner mellom alderen 28-45, og som hadde blitt diagnostisert med brystkreft innen de siste 12 månedene. Under studiet valgte de et pseudo navn hver for å bevare anonymitet. Forfall: ingen.

Hovedfunn	<p>Studiet fokuserer på viktigheten at helsepersonell forstår hvordan det er for pasientene å erfare brystkreft diagnosen og behandlingen, spesielt hos de som er under 50 år, da brystkreft er mer vanskeligere for dem å håndtere pga. deres biologiske status samt de komplekse rollene som tradisjonelt er assosiert med kvinner i denne alderen. Brystkreftens aggressive natur, de urokkelige behandlingsplanene samt de fysiske bivirkningene fører til engstelse for vedkommende. Det er viktig at helsepersonell tar hensyn til dette. For å hjelpe pasient og deres pårørende kan det hjelpe å gi dem opptak av legevisitten samt dokumentert informasjon der behandlingen blir forklart. Videre beskriver studiet at det kan hjelpe å sette av tid slik at pasient og pårørende hennes kan diskutere hvordan de takler diagnosen og behandlingen samt viktigheten at pasient og pårørende oppmuntres til å bruke de ressursene som er til rådighet. Et annet funnet: kvinnene ønsker å gå alene i behandling for at familiens rutiner var så normal som mulig under behandlingsprosessen</p>
Etiske vurdering	<p>Artikkelen ble etisk vurdert av “Human Research Ethics Committees of the participating University”, samt “The National Health and Medical Research Council (NHMRC) Ethical Guidelines for Qualitative Research” ble brukt under hele studiet.</p>
Vurdering av kvalitet	<p>God kvalitet.</p>
Database	<p>ProQuest</p>
søk	<p>11.04.18</p>

Artikkel 6

Forfattere	Shirley Connell, Carla Patterson, Beth Newman
År	2006
Land	Nederland
Tidsskrift	Supportive Care in Cancer
DOI	http://doi.org/10.1007/s00520-005-0003-8
Nivå	Fagfelleurdert
Tittel	Issues and concerns of young Australian women with breast cancer
Hensikt	<p>Hensikten med studiet var å identifisere og utforske problemer og bekymringer hos australske kvinner som var diagnostisert med brystkreft før de fylte 41 år.</p> <p>Fokuset er spesielt rettet mot de problemene og bekymringene de erfarte. Altså er fokuset rettet mot hvilke meninger og erfaring opplevde, samt hva de mente var deres største umøtte behov.</p>
Metode	Det ble gjennomført grundig halvstrukturerte intervju. Intervjuene ble da analysert gjennom grunnleggende analytiske prinsipp for datareduksjon.
Deltagere/fracfall	<p>Inklusjonskriterier: Kvinner i alder 40 eller under ved diagnostisering med brystkreft, kunne engelsk skriftlig og taende. Antall: 35 kvinner.</p> <p>Eksklusjon: De som ble diagnostisert senere enn for fire år før studiestart, de som hadde/fikk palliasjon behandling.</p> <p>Fracfall: 7 kvinner ekskludert pga. diagnostisering senere enn fire år før studiestart eller pga. diagnostisering etter fylt 40 år.</p>
Hovedfunn	<p>Studiet sitt hovedfunn var at pasienten sine pårørende (familie/barn) sammen med tilbakefall (oppblussing av brystkreft) samt fremtidige usikkerhet var pasientens største engstelse/frykt.</p> <p>Studiet beskriver viktigheten med alderstilpasset informasjon og støtte for denne gruppen pasienter med brystkreft diagnosen, samt viktigheten med å bruke nyere teknologi som eks. telefon eller videosamtaler mellom</p>

	pasient og helsepersonell slik at geografiske avstander ikke forhindrer at pasient får den informasjon og kunnskap vedkommende trenger.
Etiske vurdering	Deltakerne måtte selv ta kontakt for å delta i studiet. Studiet ble forelagt etisk komite ved "Queensland University of Technology University Human Research Ethics Committee".
Vurdering av kvalitet	God kvalitet
Database	Ovid Medline
Søk	16.04.2018

Artikkel 7

Forfattere	Roslyn Heather Comey and Amica Jane Swinglehurts.
År	2014
Land	Storbritannia
Tidsskrift	Wiley Online Libary (wileyonlinelibrary.com)
DOI	http://doi.org/10.1002/pon.3365
Nivå	Fagfelleurdert
Tittel	Young childless women with breast cancer in the UK: a qualitative study of their fertility-related experiences, options, and the information given by health professionals.
Hensikt	Hensikten med studiet var å undersøke i detalj fruktbarhetsproblemene til unge kvinner med første gangs diagnostisering med brystkreft i Storbritannia.
Metode	Studiet ble utført gjennom kvalitativ individuell intervju slik at kvinnene fortelle i detalj om deres erfaringer. Intervjuene var semistrukturerte med en varighet fra 40 minutter til 2 timer. Intervjuene ble tatt opp slik at de

	<p>kunne bli analysert. Analysemetoden som ble brukt var tematisk analyse som var skissert av Braun & Clarke (2006).</p> <p>Intervjuene ble holdt i 2011 og ble enten utført i deltakernes eget hjem eller i stille kafeer.</p>
Deltagere/fracfall	<p>Barnløse kvinner som ønsket barn som var i alder 45 eller yngre som var førstegangs diagnostisert med brystkreft og som hadde fått diagnosen minst 6 måneder før studiestart. Antall: 19 kvinner.</p>
Hovedfunn	<p>Anbefalinger som ble gjort av kvinnene i studien var at de ønsket at møtene mellom dem selv og helsepersonell var mer strukturert, og at det var mer tid til å diskutere fruktbarhetsproblemer nærmere.</p> <p>De ønsket at de hadde fått mer informasjon for alle de forskjellige stadiene, dette inkludert virkningen av tilbakefall og muligheter hvis de ikke kunne få barn. Deltakerne forklarer videre viktigheten med emosjonell støtte i alle faser, både ved behandling og i ettertid i etterbehandling. De ønsket at informasjon fra helsepersonell skulle vært mer detaljert, eks. brosjyrer som var skreddersydd for yngre kvinner i alderen 20-30 år. Ellers kan oppdaterte og pålitelige internett-baserte websider være en god måte å gi informasjon til pasienter.</p> <p>Videre beskriver studiet viktigheten med at helsepersonell er oppdatert på temaet slik at pasient får korrekt informasjon og ikke to forskjellige svar på samme spørsmål. Helsepersonell bør også være klar over viktigheten om fertilitet for unge kvinner og ut ifra dette skreddersy behandlingen etter dette, en navigator som følger pasienten kan være hjelpsomt i denne prosessen.</p>
Etiske vurdering	<p>Anonymisering av deltakerne samt at deltakerne måtte selv ta kontakt med forfatterne for så å få informasjon om studiet. Før kvinnene kunne delta måtte de signere en formell samtykke.</p> <p>Etisk vurder ble utført av National Research Ethics Service (NHS) 11/LO/0867</p>
Vurdering av kvalitet	<p>God kvalitet</p>

Database	CINAHL
Søk	23.04.18

Artikkel 8

Forfattere	Rakime Elmir, Debra Jackson, Barbara Beale and Virginia Schmied
År	2009
Land	Australia
Tidsskrift	Journal of Clinical Nursing
DOI	http://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03196.x
Nivå	1 Fagfelleurdert
Tittel	Against all odds: Australian Woman's experiences of recovery from breast cancer
Hensikt	Å skape innsikt i yngre kvinners opplevelser av gjenoppretting fra brystkreft-relatert brystkirurgi og å bidra til utvikling av kunnskapsbasen for klinikere som praktiserer i dette feltet.
Metode	Rik beskrivende fortelling ble samlet gjennom fenomenologiske ansikt-til-ansikt intervjuer.
Deltagere/ Frafall	Kvinner under alder av 50 år som er diagnostisert med brystkreft og som behøver kirurgisk inngrep, samt kunne skrive og snakke engelsk. Antall: fire kvinner mellom alder av 31-48 år.
Hovedfunn	Studiet sitt hovedfunn var at unge kvinner diagnostisert med brystkreft er påvirket av kroppsbilde, seksuallivet, sosialt/psykososialt, emosjonelt, nedsatt livskvalitet samt at deres roller i hverdagen blir påvirket. Studiet beskriver videre viktigheten med hvordan støtte fra venner/familie har stor innvirkning og betydning for kvinnene. Studiets syn på sykepleierens rolle er at de kan bidra med å gi god

	informasjon til pasient og pårørende. Sykepleieren skal være en kilde til støtte og trygghet. Det var også viktig at sykepleierne tok hensyn til kvinnes liv, slik at de var oppmerksom på kvinnes spesifikke behov. Det var viktig at sykepleieren gir individualisert omsorg og forstår de fysiske og psykologiske ulikhetene mellom ung og eldre kvinner med samme diagnose. De må ta hensyn til at disse to forskjellige aldersgruppene har ulike behandlingsbehov og ikke behandle dem homogent.
Etisk vurdering	Pasientene måtte selv ta kontakt for å delta på studiet. De fikk vite at selv om de deltok trengte de ikke å svare på alle spørsmål og kunne trekke seg når som helst. Deltakerne fikk selv velge pseudo navn.
Vurdering av kvalitet	God kvalitet.
Database	Ovid Medline
søk	16.04.18

Artikkel 9

Forfattere	Pat Fobair*, Susan L. Stewart, Subo Chang, Carol D'onofrio, Priscilla J. Banks, Joan R. Bloom.
År	2006
Land	USA
Tidsskrift	Wiley InterScience
DOI	https://doi.org/10.1002/pon.991
Nivå	Nivå 1.
Tittel	Body image and sexual problems in younger women with breast cancer
Hensikt	Å vurdere/fastslå hyppigheten hos kvinner med brystkreft diagnosen under 50 eller yngre opplevde kroppsbilde og seksuelle problemer i de første

	månedene etter behandling (blanding mellom kvalitativ og kvantitativ).
Metode	Intervju som ble utført innen 7 måneder etter diagnostisering (2-7 mnd.).
Deltagere/ Frafall	Deltagere: 549 kvinner i alderen 22-50 år, som også var i et stabilt forhold eller ekteskap. Kvinnene måtte også ha utført kirurgisk inngrep før de kunne delta. eksklusjon: 174 kvinner pga: kvinnene ikke visste hvilke stadier de var i, manglet stabil partner, ikke hadde hatt kirurgisk inngrep før intervju.
Hovedfunn	Studiet utpekte at kulturelle (etniske) forskjeller har betydning på hvordan kvinner takler de problemer som oppstår (den seksuelle funksjoner). For noen kvinner kan det å snakke/diskutere om seksuelle problemer være upassende for deres kulturelle, og derfor ikke vil ta det opp med lege/sykepleier. Det er derfor viktig at når brystkreft behandlingen blir planlagt at kvinnene blir informert om muligens bivirkninger som kan påvirke seksuallivet, kroppsbilde samt den seksuelle funksjonen. God kommunikasjon mellom helsevesenet og pasient er viktig slik at de og deres partnere vil føle seg trygg til å spørre om råd. Studiet påpeker videre viktigheten med interaksjonen mellom bivirkningene fra brystkreft (og behandling) og hvilke vanskeligheter dette medfører pasientens forhold, mentale helse og selvtillit.
Etisk vurdering	Deltakerne ble anonymisert.
Vurdering av kvalitet	God kvalitet. Fagfelleverdert tidsskrift
Database	Ovid
søk	16.04.18

Artikkel 10

Forfattere	Nancy E. Avis, Sybil Crawford og Janeen Manuel
År	2004
Land	Storbritannia
Tidsskrift	Psychooncology Psycho-oncology
DOI	http://doi.org/10.1002/pon.744
Nivå	Fagfelleurdert
Tittel	Psychosocial problems among younger women with breast cancer
Hensikt	Formålet med studiet var å beskrive problemområdene og symptomene kvinnene rapporterte i tverrsnittstudien, samt å undersøke hvordan disse problemene varierer etter type operasjon og adjuvant behandling.
Metode	Studiet var en tverrsnittundersøkelse og besto av standardiserte åpne spørsmål rettet mot problemer og erfaring med å ha brystkreft. Problemområder ble vurdert med utvalgte abonnerer fra Cancer Rehabilitation Evaluation System (CARES). CARES er et flerdimensjonalt selvstyrt instrument som inneholder flere problemområder. Respondenter vurderer hver problemstilling på en 5-punkts skala hvor 0 representerer "ikke i det hele tatt" til 4 "veldig mye". Respondenter fullfører minimum 93 punkter og maksimalt 132 punkter avhengig av hvorvidt individuelle punktene gjelder dem. CARES har godt dokumentert pålitelighet, gyldighet, intern konsistens og er akseptabelt for pasienter (Ganz et al., 1990; Schag et al., 1990).
Deltagere/frafall	Kvinner som hadde blitt diagnostisert med brystkreft 3 ½ år før studiestart i alder 50 år eller yngre. Brystkreften måtte være i stadiet I, II, eller III. Antall: 204 kvinner.
Hovedfunn	I studien fant de at kvinner som hadde en mastektomi rapporterte flere problemer knyttet til seksuell interesse i både ujusterte og justerte analyser, selv om type operasjon ikke var relatert til seksuell

	<p>dysfunksjon.</p> <p>I den nåværende studien, fant de at i mange tilfeller var erfaringen med å få brystkreft med på å styrket gode partnerforhold. Men for dårlige forhold ble brystkreft en katalysator som ofte tjente som et kritisk punkt som førte til at forholdet ble brutt.</p> <p>Virkingen av tidlig overgangsalder var et betydelig problem for mange av kvinnene. Nøkkelfaktorer knyttet til graviditets problemer var yngre ved diagnose og som bare hadde en eller ingen barn.</p> <p>En av de viktigste variablene knyttet til problemområder var antall arbeidsdager eller vanlig aktivitet som ble savnet i de tre månedene etter diagnosen. De kvinnene som rapporterte at de manglet tre måneders arbeid, hadde flere psykiske problemer. Men ut ifra studiet var det ikke mulig å avgjøre hvorfor kvinnene var fraværende fra arbeidet eller vanlig aktivitet, og om det skyldtes medisinske faktorer som ikke ble målt eller om det skyldes psykologiske faktorer.</p> <p>Konklusjon: resultatene i denne studien bekrefter tidligere funn at forskjellige typer operasjon påvirker kroppsbilde og at kjemoterapi påvirker seksuell funksjon. Disse problemene er spesielt bekymret for yngre kvinner. Et stort område av bekymringer som ble uttrykt av disse kvinnene var å komme tidlig i menopause, inkludert dens symptomer og dens virkning på seksuell funksjon og fruktbarhet.</p> <p>Disse funnene legger vekt på viktigheten av å studere kvinner som gjør det bra for å bedre hjelpe de som ikke er like heldige.</p>
Etiske vurdering	Måtte ha samtykke fra kvinnene samt fra deres leger før de kunne delta i studiet.
Vurdering av kvalitet	God kvalitet.
Database	Ovid MedLine
Søk	16.04.2018

Vedlegg 3 Oversiktstabell over tema

Sammenligning av artiklene:

TEMA	ARTIKLER:
Psykososialt	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10,
Morbiditet/dødelighet	6, 7 , 10
Familie/barn/pårørende	4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
Påvirke arbeidslivet	1, 8, 10
Fysiske plager (fatigue, smerter, etc.)	2, 3, 4, 5
Emosjonell støtte	1, 5, 6, 7, 8,
Seksuelle funksjon/ problemer	2, 8, 9, 10
Fertilitet og tidlig menopause	1, 7, 10,
Kommunikasjon	1, 4, 5, 6, 7,
Mestringsstrategier	1,
Kostnader/ reiseutgifter	1, 4,
Navigator/Spesialist sykepleier	1, 7, 8
Kroppsbilde	2, 3, 5, 7, 8, 9,10
Rehabilitering	4, 9,
Rural/ bor langt unna behandlingssenter.	1, 4,
Kollisjon mellom roller	4, 5, 6, 8,

Umøtte behov	1, 4, 5, 6,7,
Religion	2,

Vedlegg 4 Oversiktstabell over emner

Kolonne1	Kolonne2	Kolonne3	Kolonne4	Kolonne5	Kolonne6	Kolonne7	Kolonne8	Kolonne9	Kolonne10	Kolonne11	Kolonne12
	Artikkel 1	Artikkel 2	Artikkel 3	Artikkel 4	Artikkel 5	Artikkel 6	Artikkel 7	Artikkel 8	Artikkel 9	Artikkel 10	
1 Psykososialt Negativ emosjonell reaksjon (angst/ depresjon/stress)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
1 Morbiditet/dødelighet						x	x			x	
2 Familie/barn/pårørende				x	x	x	x	x	x	x	
Påvirke arbeidslivet	x							x		x	
3 Fysiske plager (fatigue, smerter, etc.)		x	x	x	x						
1 Emosjonell støtte	x				x	x	x	x			
3 Seksuelle funksjon/ problemer		x						x	x	x	
3 Fertilitet og tidlig menopause	x						x			x	
4 Kommunikasjon	x			x	x	x	x				
Mestringsstrategier	x										
Kostnader/ reiseutgifter	x			x							
4 koordinator/Spesialist sykepleier	x						x	x			
3 Kroppsbeide		x	x		x	x	x	x	x	x	
Rehabilitering										x	
Rural/ bor langt unna behandlingssenter.	x			x							
2 Kollisjon mellom roller				x	x	x		x			
4 Ikke fornøyd med informasjon de ble gitt/umøtte behov	x			x	x	x	x				
Religion andre		x									

Vedlegg 5 Sjekkliste for kvalitativ forskningsartikkel

Et eksempel på et av våre sjekklister, fra artikkel «Psychosocial problems among younger women with breast cancer» (2004).

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk

**SJEKKLISTE FOR Å VURDERE KVALITATIV
FORSKNING**

Målgruppe: studenter og helsepersonell
Hensikt: øvelse i kritisk vurdering

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

*Kan vi stole på resultatene?
Hva forteller resultatene?
Kan resultatene være til hjelp i min praksis?*

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på de ulike punktene.

Referanse:
1. Critical Appraisal Skills Programme. www.casp-uk.net

INNLEDENDE SPØRSMÅL

<p>1. Er formålet med studien klart formulert?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det oppgitt en problemstilling for studien? 	<p>Ja</p> <p>☒</p>	<p>Uklart</p> <p>O</p>	<p>Nei</p> <p>O</p>
<p>2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser? 	<p>Ja</p> <p>☒</p>	<p>Uklart</p> <p>O</p>	<p>Nei</p> <p>O</p>

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?

<p>3. Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Er utvalg, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet og begrunnet? 	<p>Ja</p> <p>☒</p>	<p>Uklart</p> <p>O</p>	<p>Nei</p> <p>O</p>
<p>Kommentar:</p>			
<p>4. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <p>I strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det gjort rede for hvem/hva som ble valgt ut og hvorfor? Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (rekrutteringsstrategi)? • Er det gjort rede for hvorfor noen valgte ikke å delta? • Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, osv.)? 	<p>Ja</p> <p>☒</p>	<p>Uklart</p> <p>O</p>	<p>Nei</p> <p>O</p>
<p>Kommentar:</p>			
<p>5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <p>Datainnsamlingen må være omfattende nok både i bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er metoden som ble valgt god for å belyse 	<p>Ja</p> <p>☒</p>	<p>Uklart</p> <p>O</p>	<p>Nei</p> <p>O</p>
<p>Kommentar:</p>			

<p><i>problemstillingen?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Går det klart fram hvilke metoder som ble valgt for å samle data? For eksempel feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), dokumentanalyse. • Er måten data ble samlet inn på beskrevet (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)? • Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet? 	
---	--

<p>6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</p> <p><i>TIPS:</i> En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det redegjort for hvilken type analyse som er brukt (for eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.). • Er det tydelig redegjort for hvordan analysen ble gjennomført (f. eks. de ulike trinnene i analysen)? • Er motstridende data tatt med i analysen? • Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskeren har kommet fram til? 	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">Ja</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Uklart</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Nei</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">☒</td> <td style="text-align: center;">O</td> <td style="text-align: center;">O</td> </tr> </table> <p>Kommentar:</p>	Ja	Uklart	Nei	☒	O	O
Ja	Uklart	Nei					
☒	O	O					
<p>7. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</p> <p><i>TIPS:</i> Forskningsresultatene blir nødvendigvis påvirket av perspektivet til forskeren. I tillegg vil konteksten som datainnsamlingen foregår innenfor påvirke resultatene.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Har forskeren gjort rede for konteksten som datainnsamlingen foregikk innenfor? • Har forskeren gjort rede for sitt teoretiske ståsted og sin faglige bakgrunn? 	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">Ja</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Uklart</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Nei</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">O</td> <td style="text-align: center;">☒</td> <td style="text-align: center;">O</td> </tr> </table> <p>Kommentar:</p>	Ja	Uklart	Nei	O	☒	O
Ja	Uklart	Nei					
O	☒	O					
<p>8. Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?</p> <p><i>TIPS:</i> Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller å få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilde gir helt likt uttrykk. Imidlertid bør slike forskjeller forklares</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">Ja</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Uklart</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Nei</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">☒</td> <td style="text-align: center;">O</td> <td style="text-align: center;">O</td> </tr> </table> <p>Kommentar:</p>	Ja	Uklart	Nei	☒	O	O
Ja	Uklart	Nei					
☒	O	O					

<p><i>tilfredsstillende.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene? 			
<p>9. Er etiske forhold vurdert?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ble studien forklart for deltagerne (f.eks. gjennom informert samtykke)? • Dersom relevant, ble studien forelagt Etisk komite? 	<p>Ja</p> <p>Ø</p> <p>Kommentar:</p>	<p>Uklart</p> <p>O</p>	<p>Nei</p> <p>O</p>

HVA ER RESULTATENE?

<p>8. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kan du oppsummere hovedfunnene? • Ble funnene diskutert i lys av det opprinnelige formålet med studien? 	<p>Ja</p> <p>Ø</p> <p>Kommentar:</p>	<p>Uklart</p> <p>O</p>	<p>Nei</p> <p>O</p>
--	--	-------------------------------	----------------------------

KAN RESULTATENE BRUKES I MIN PRAKSIS?

<p>Hvor nyttige er funnene fra denne studien?</p> <p><i>TIPS:</i> Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. Isteden kan resultatene gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kan resultatene hjelpe meg til bedre å forstå sammenhengen jeg arbeider i? • Drøft hvordan funnene kan utvide eksisterende kunnskap og forståelse? 	<p>Kommentar:</p>
--	--------------------------