



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

**Kvinner's erfaringer ved en mastektomi/
Women's experiences with a mastectomy**

Marit Sofie Heggem og Gro Anette Bøe Leren

Totalt antall sider inkludert forsiden: 63

Molde, 29.05.18



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: Hans Inderhaug

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

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

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

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

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

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

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

Dato: 29.05.18

Antall ord: 10 645

Sammendrag

Bakgrunn: Brystkreft er den hyppigste kreftformen blant kvinner både nasjonalt og internasjonalt. I 2016 ble 3371 kvinner rammet i Norge. Risiko for å få brystkreft er økende med alderen, og overlevelsesprosenten har de siste ti årene økt. Den viktigste behandlingen er kirurgi. Mastektomi er en av de kirurgiske behandlingsmetodene, og her fjernes hele brystkjertelen.

Hensikt: Hensikten med litteraturstudien var å belyse kvinners erfaringer ved en mastektomi.

Metode: Litteraturstudie basert på elleve kvalitative forskningsartikler.

Resultat: Det var individuelt hvordan mastektomien påvirket kvinners kroppsbilde og identitet. Samlivet og seksualiteten ble også påvirket. Flere av kvinnene hadde problemer med å vise seg frem i sosiale sammenhenger, og foran partneren sin. Kvinnene uttrykte hvor viktig det var med støtte fra de nærmeste og helsevesenet under denne prosessen.

Konklusjon: Felles for alle kvinnene var at de ble påvirket av mastektomien på en eller annen måte. Nøkkelfunnene i vår studie var at mastektomien påvirket kroppsbilde, identitet, seksualitet og samliv.

Nøkkelord: Brystkreft, mastektomi, kvinner, erfaringer.

Abstract

Background: Breast cancer is the most common form of cancer among women both nationally and internationally. In 2016 3371 women was affected in Norway. The risk of breast cancer is increasing with age, and the survival rate has increased over the past ten years. Mastectomy is one of the surgical treatment methods, and the entire breast will be removed. Mastectomy has a big impact on women's body image, cohabitation, sexuality and identity.

Aim: The aim of this literature study was to illuminate women's experience with a mastectomy.

Method: Literature study based on eleven qualitative research articles.

Results: It was individual how the mastectomy impacted the women's body image and identity. Cohabitation and sexuality was also affected as a result off the mastectomy. Several of the women also had trouble showing herself off in social contexts, and problems with showing herself in front of her partner. The women's in the study also expressed how important support from relatives and health care service was.

Conclusion: common for all women was that they got affected by the mastectomy in one way or another. Key findings in our study was that the mastectomy affected Body image, identity, sexuality and cohabitation were often affected.

Keyword: Breast cancer, mastectomy, women, experience.

Innhold

1.0	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Hensikt.....	1
2.0	Teoribakgrunn	2
2.1	Brystkreft.....	2
2.1.1	Symptomer	2
2.1.2	Diagnostisering	3
2.1.3	Behandling	3
2.2	Mastektomi.....	3
3.0	Metodebeskrivelse	4
3.1	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	4
3.2	Datainnsamling.....	5
3.2.1	PICO-skjema	5
3.2.2	Søkeprosess	7
3.3	Kvalitetsvurdering	8
3.4	Etiske hensyn.....	9
3.5	Analyse.....	9
4.0	Resultat	11
4.1	Bakgrunn for valg av mastektomi	11
4.2	Pre-operative erfaringer.....	12
4.3	Å få endret kroppsbilde	13
4.4	Seksuell intimitet etter mastektomi	15
4.5	Kvinnens identitet etter mastektomi	17
4.6	Støtte fra de nærmeste og helsepersonell	19
5.0	Diskusjon.....	21
5.1	Metodediskusjon	21
5.1.1	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	21
5.1.2	Datainnsamling og litteratursøk	22
5.1.3	Kvalitetsvurdering.....	22
5.1.4	Analyse.....	23
5.2	Resultatdiskusjon.....	24

5.2.1	Valg av mastektomi.....	24
5.2.2	Erfaring av livsendring, kroppsbilde og identitet etter mastektomi.....	25
5.2.3	En påvirket seksuell intimitet.....	27
5.2.4	Støtte gjennom prosessen.....	29
6.0	Konklusjon.....	31
6.1	Forslag til videre forskning	32
6.2	Konsekvenser for praksis	32
	Litteraturliste.....	34

Vedlegg 1: Søkehistorikk

Vedlegg 2: Oversiktstabeller

Vedlegg 3: Hovedfunn

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I følge kreftregisteret var antallet kvinner som ble rammet av brystkreft i Norge i 2016 3371 (kreftregisteret 2018). Forekomsten er hyppigst etter 50-årsalderen, men yngre kvinner kan også rammes. Menn har til felles med kvinner brystvev der det kan dannes brystsvulster, men dette forekommer sjeldnere enn hos kvinner (Brystkreftforeningen 2018). Det har gradvis vært en økning i antall som får diagnosen brystkreft hvert år, og det forventes at flere yngre kvinner vil få brystkreft på grunn av livsstilsendringer (Schlichting 2011). På grunn av økningen i antall kvinner som får brystkreft, bør vi som sykepleiere være forberedt på å møte pasienter med denne diagnosen. Vi ser derfor på dette som et relevant tema å gå i dybden på.

Vi velger å avgrense og konkretisere vår litteraturstudie til mastektomi, og finne ut hvilke erfaringer kvinner har ved å miste et eller begge brystene. Å miste et bryst betyr for mange at de ikke lenger føler seg som en fullverdig kvinne (Sørensen og Almås 2011). Som sykepleiere mener vi at det er nyttig å få et bredere perspektiv på hvordan kvinner som gjennomgår en mastektomi erfarer dette. I følge Sørensen, Lorvik, Erntsen og Almås (2016) rammes en kvinne som får denne diagnosen psykologisk, med usikkerhet om metastaser, lidelse og død. Det forekommer problematikk rundt utseende og kvinnelighet, og diagnosen kan påvirke kvinnens atferd og relasjoner som partner og familie. Ved å gjøre en litteraturstudie rundt temaet vil vi kunne få en bedre forståelse for pasienter i denne situasjonen, samt tilegne oss den kunnskapen vi trenger for å kunne hjelpe kvinnen på en sykepleiefaglig måte. I en slik situasjon synes vi det er viktig å kunne vite noe om den pre-operative og den post-operative fasen, da vi ser på denne situasjonen som god pasientkunnskap å ta med videre i vårt arbeid som sykepleier.

1.2 Hensikt

Hensikten med litteraturstudien var å belyse kvinners erfaringer ved en mastektomi.

2.0 Teoribakgrunn

2.1 Brystkreft

Brystkreft er den vanligste kreftformen hos kvinner, både internasjonalt og nasjonalt (Jacobsen, Kjeldsen, Ingvaldsen, Buanes og Røise. 2017). I 2016 var det 3371 nye tilfeller av sykdommen i Norge hos kvinner. I løpet av de siste tiårene har forekomsten av brystkreft økt betraktelig, men samtidig har overlevelsesprosenten også økt (kreftregisteret 2018). Prognosen er avhengig av sykdommens stadium, samt tidlig diagnostikk (Sørensen et al. 2016). Kreften er hyppigst i 60-årene og rundt menopausen og en viktig faktor er arv. Om man har andre i familien som har hatt brystkreft bør man være spesielt observant, da dette er en arvelig kreftform. Er man arvelig disponert for brystkreft, kan man få analysert sin egen genstatus og finne ut om man er BRCA positiv. Om man får påvist BRCA-gener vil man ha 80% sjanse for å utvikle brystkreft. Sykdommen er ellers vanligst hos eldre førstegangsfødende, kvinner med sen menopause eller tidlig menarke, og kvinner som ikke har født barn. Ved amming og graviditet er kreften sjelden, men kan være svært ondartet om den opptrer (Jacobsen et al. 2017).

2.1.1 Symptomer

Det er ofte kvinnen som oppdager kuler i brystet selv. Symptomer på selve brystkreften og forstadiet til kreften gir sjeldent symptomer før en kul i brystet er kjennbar, eller at kreften har spredd seg til andre organer. Suspekte funn kan også være nylig oppstått asymmetri eller inndratt brystknopp. Også forandringer i huden som rødhet, eksem, appelsinhud og hudinndragning kan forekomme ved brystkreft (Schlichting 2011). På et senere stadium kan andre symptomer være moderate smerter og blodig sekresjon fra brystvorten. Noen opplever også sårddannelser i huden på et enda senere stadium. På dette stadiet kan man ofte kjenne en hard tumor som er uregelmessig og som er fiksert til huden (Jacobsen et al. 2017).

2.1.2 Diagnostisering

Diagnostisering av brystkreft foregår ved trippeldiagnostikk. Dette innebærer at kvinnen får en klinisk undersøkelse av brystet, bildediagnostikk som innebærer ultralyd og mammografi, samt en vevsprøve. I 2004 ble det innført mammografiscreening i Norge for alle kvinner mellom 50 og 69 år. Målet med dette er å kunne oppdage kreften i et tidlig stadium, og dermed redusere dødeligheten (Sørensen et al. 2016).

2.1.3 Behandling

Den viktigste behandlingsformen for brystkreft er kirurgi, som enten kan gjøres alene eller sammen med strålebehandling, cytostatika eller endokrin behandling (Sørensen et al. 2016). Behandlingen er forskjellig fra person til person, da man må vurdere kreftcellenes egenskaper, svulstens størrelse og om kreftcellene har spredd seg til lymfeknuter som er nærliggende. Kvinnens alder og allmentilstand har også en betydning i valg av behandling (Helsenorge 2017). En svulst på mindre enn fem centimeter i diameter, samt at man ikke har flere svulster i brystet, vil ofte bli behandlet med brystbevarende kirurgi. Med en slik operasjon vil pasienten få bevare brystet, men pasienten vil måtte ha strålebehandling postoperativt for å redusere risikoen for tilbakefall av kreft (Sørensen et al. 2016). Ved store svulster fjernes hele brystkjertelen med overliggende hud (Jacobsen et al. 2017).

2.2 Mastektomi

Mastektomi, også kalt ablatio mammae, er en prosedyre hvor hele brystkjertelen fjernes kirurgisk når tumoren er over fire centimeter eller om det er flere tumorer i samme bryst. Ved mastektomi fjernes brystet med overflødig hud og primærsvulsten kan fjernes. Kirurgisk reseksjon er den eneste behandlingen som kan gi håp om helbredelse, så lenge kreften ikke har utviklet metastaser. Noen kvinner ønsker å fjerne hele brystet for å unngå strålebehandling og redusere angsten for tilbakefall (Schlichting 2011).

3.0 Metodebeskrivelse

Høgskolen i Molde har utviklet retningslinjer som sier at avsluttende bachelorexamen skal gjennomføres som en litteraturstudie. Metoden skal være godt beskrevet slik at andre skal kunne gjenta undersøkelsen (Eines, Michaelsen, Grønvik og Hauvik 2018). Gjennom vår metodebeskrivelse tar vi for oss inklusjons- og eksklusjonskriterier, datainnsamling og litteratursøk, vurdering av etiske hensyn, kvalitetsvurdering og analyse.

3.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Litteratursøket ble avgrenset ved hjelp av inklusjons- og eksklusjonskriterier. Dette gjorde det enklere for oss gjennom litteratursøkene og datainnsamlingen, samt å finne artikler som svarte godt på vår hensikt.

Inklusjon:

Vi valgte kun å inkludere kvalitative artikler i vår litteraturstudie, da vi mente at kvalitative design svarte best på vår hensikt som omhandlet kvinners erfaringer. Artikkene vi inkluderte skulle ha ivaretatt etiske hensyn. De inkluderte artikkene var fra 2012-2018. Kvinnene i studiene skal ha diagnosen brystkreft.

- Artikler med Norsk, svensk, dansk eller engelsk språk
- Diagnosen brystkreft
- Mastektomi
- Kvinners erfaringer
- Tidsskrift er fagfelleurderte med nivå 1 eller 2
- Pasientperspektiv
- Kvalitative artikler
- Artikler fra 2012-2018
- Etisk hensyn

Eksklusjon:

Vi ekskluderte kvantitative artikler, da vi mente at kvalitativt design svarte bedre vår hensikt. Kvalitativ forskning brukes for å undersøke menneskelige erfaringer, holdninger, oppfatninger og opplevelser (Nortvedt, Hamtvedt, Graverholt, Nordheim og Reinart 2012). Vi ekskluderte også alle andre perspektiv enn pasienten selv, slik at vi kunne få frem pasientperspektivet i vår litteraturstudie. Kvinner som har gjennomgått profylaktisk mastektomi ble ekskludert. Vi har også ekskludert alt som ikke er fagfelleurdert til Nivå 1 eller 2.

- Menns erfaringer
- Sykepleieperspektiv
- Pårørendes perspektiv
- Tidsskrift som ikke er fagfelleurdert med nivå 1 eller 2
- Kvantitative artikler
- Profylaktisk mastektomi

3.2 Datainnsamling

Etter å ha utarbeidet en hensikt begynte vi med litteratursøk i januar 2018. Vi hadde veiledningstime med bibliotekar tidlig, og sammen kom vi fram til hvordan vi burde gjennomføre søkene våre. Gjennom søkene har vi valgt å hovedsakelig bruke OVID Medline og Proquest som databaser. Vi gjorde også noen søk i CINAHL. Disse databasene er tilgjengelige gjennom Høgskolen i Molde sitt bibliotek.

3.2.1 PICO-skjema

Et PICO-skjema er en måte å dele opp hensikten på, samt strukturere den på en hensiktsmessig måte. Etter å ha funnet hensikten vår, begynte vi å lage et PICO-skjema. Vi valgte å ekskludere C i PICO-skjemaet, som står for comparison. Dette fordi vi ikke skulle sammenligne noe (Nortvedt et al. 2012).

P (pasient/problem):

Her skriver man inn hvilken type pasientgruppe eller pasient man vil finne ut mer om.

Vi valgte å bruke søkeordene «breast cancer», «cancer mammae», «breast tumor», «breast neoplams» og «female».

I (Intervensjon)

Her kan man skrive hvilke tiltak eller intervensjoner man ønsker å vurdere. Vi brukte søkeordene «mastectomy», «after mastectomy» og «ablatio mammae»

O (utfall):

Her skal man skrive de utfallene man er interessert i å finne ut mer om.. Vi brukte søkeordene «experience», «quality of life» og «body image»

(Nordtvedt et al. 2012).

P	I	C	O
Brystsvulst Brystkreft Kvinne	Mastektomi		Erfaringer Kroppsbilde Livskvalitet
Breast tumor Breast cancer Breast neoplasms Cancer mammae female	Mastectomy After mastectomy Ablatio mammae		Experience Body image Quality of life

3.2.2 Søkeprosess

Etter å ha utarbeidet et PIO-skjema, hadde vi veiledningstime med bibliotekar i starten av 2018. Vi utførte søk sammen med bibliotekar i Ovid Medline. Vi ønsket å avgrense søket, og brukte derfor ulike «limits» i flere av søkene våre. Vi ønsket også å bruke så ny forskning som mulig, og avgrenset derfor årstallet fra 2012-2018. Språket ble avgrenset til norsk, svensk, dansk eller engelsk.

Vi brukte kombinasjonsord for å kombinere de ulike søkeordene våre. Her ble AND og OR brukt som kombinasjonsord. OR gjør at søket blir utvidet ved at søket gir treff på artikler som enten inneholder det ene eller det andre søkeordet. AND avgrenser søket ved å gi treff der begge eller alle søkeordene er med (Nortvedt et al. 2012).

Vi startet først med søkeordene «mastectomy», «experience» og «breast cancer». Med få søkeord fant vi noen relevante artikler, men merket at det var et begrenset utvalg av artikler som svarte på vår hensikt med disse, spesielt med tanke på at vi var bestemte på å ikke ta med forskning som var eldre enn seks år. Dette gjorde at vi så oss nødt til å utprøve søkene med andre søkeord, som blant annet «quality of life», «body image» og «female». Disse ordene ble derfor tilføyd vårt PIO-skjema.

Første søket ble utført 23. februar i Ovid Medline. Vi fikk 299 treff, hvor vi leste tolv abstrakt og gikk grundigere gjennom fem artikler. Til slutt endte vi opp med to relevante artikler i forhold til vår hensikt som vi printet ut og kvalitetssikret. Andre søket ble også gjennomført i Ovid Medline. her fikk vi 34 treff, men valgte å ikke inkludere noen artikler da de ikke var relevante. Tredje søket ble igjen utført i Ovid Medline, og her fikk vi 259 treff. Vi leste to abstrakt og to artikler som vi bestilte gjennom BIBSYS. Etter å ha hentet disse artikkelene på Høgskolen i Molde sitt bibliotek, leste vi de og inkluderte én artikkel som vi kvalitetssikret. Fjerde søket ble gjennomført i Ovid Medline, vi fikk 29 treff og leste deretter fem abstrakt og to artikler. Vi endte opp med én artikkel som var relevant og som hadde god nok kvalitet. Søk nummer fem ble forsøkt i ProQuest, hvor vi endte opp med 698 treff. Ti av disse abstraktene ble lest, samt fire artikler, og til slutt endte vi opp med én artikkel som passet til vår hensikt. De tre neste søkene ble utført i Ovid Medline. Søk nummer seks ble gjennomført 14. mars og hadde fire treff, hvor vi endte opp med én

artikkel. Den 20. mars gjennomførte vi et søk med 18 treff. Her leste vi én artikkel, og denne artikkelen ble inkludert.

Dagen etterpå gjorde vi et nytt søk i Ovid Medline, hvor vi fikk 56 treff, og vi leste tolv abstrakt og fem artikler. Vi endte til slutt opp med én artikkel med god kvalitet. De tre neste søkene vi gjorde, ble gjort i databasen CINAHL. To av søkene ga oss ingen relevante artikler, men på det ene søket fikk vi 291 treff. Vi leste fem abstrakt og to artikler, og endte til slutt opp med én artikkel av god kvalitet. Den 15. april gjorde vi søk i databasen Ovid Medline. Dette søket var ganske stort, da det ikke ble gjort begrensninger, og endte opp med 2702 treff. Fire abstrakt og artikler ble lest. Til slutt endte vi opp med én artikkel som var relevant. Den 16. april ble vårt siste søk unnagjort, og dette søket ble gjort i databasen ProQuest. Vi fikk 4266 treff, da vi ikke gjorde noen begrensninger. Vi bestilte én artikkel via BIBSYS som vi hentet på Høgskolen i Molde sitt bibliotek, og deretter leste vi og kvalitetssikret denne.

Søkehistorikken ligger som vedlegg 1.

3.3 Kvalitetsvurdering

I retningslinjene til Høgskolen i Molde står det at alle artikler som er innhentet skal kvalitetsvurderes (Eines et al. 2018). Gjennom søkene våre kunne vi lese på overskrifter og abstrakter og få et innblikk i om artikkelen var relevant for studiet vårt eller ikke. Artikler som vi oppfattet som relevante, skrev vi ut eller bestilte fra BIBSYS.

Vi benyttet Norsk senter for forskningsdata og Det nasjonale publiseringsutvalget (2018) for å se om artiklenes tidsskrift var fagfelleurdert med nivå 1 eller 2. Nivå 1 er godt nok, mens nivå 2 er av høyere kvalitet. Vi hadde tre artikler vurdert til nivå 2, mens de resterende åtte artiklene var vurdert til nivå 1. Vi ekskluderte artiklene dersom det ikke var nivå 1 eller 2. For å kvalitetsvurdere artiklene våre brukte vi sjekklister fra Kunnskapsbasert praksis (2018). Vi leste gjennom artiklene grundig, samt markerte og skrev ned viktig informasjon fra artiklene samtidig som vi fylte ut sjekklisten. Sjekklisten inneholder ti spørsmål. De to første spørsmålene er innledende spørsmål som man er nødt til å ha svaralternativ «ja» på. Sjekklisten burde ha flest mulig «ja»-svar for at den skal ha et godt nok grunnlag til å bli brukt i litteraturstudiet. Når sjekklisten var fylt ut og det ble

bestemt at artikkelen skulle brukes i studiet vårt, fylte vi ut oversiktstabellen som ligger i vedlegg 2.

Flere artikler ble ekskludert på grunn av kvantitativt forskningsdesign, eller på grunn av manglende fagfellevurdering.

3.4 Etiske hensyn

I følge retningslinjene til Høgskolen i Molde skal man vurdere om etiske hensyn er ivaretatt i de enkelte studiene (Eines et al. 2018). Dette var også et av våre inklusjonskriterier. Vurderingen ble gjort ved å lese grundig gjennom alle artiklene. I de fleste av våre valgte artikler har deltakerne gitt samtykke og fått informasjon om studiet, og de har hatt muligheten til å kunne trekke seg fra studiet til enhver tid. I flere av artiklene er det blitt brukt pseudonyme navn for å ivareta deltakernes anonymitet. Ti av studiene har også blitt godkjent av etiske komiteer. En av studien har ikke blitt godkjent av etisk komite, men det har likevel blitt tatt hensyn til at de kunne trekke seg fra studien når de selv ønsket det og anonymiteten ble opprettholdt. Vi valgte derfor å inkludere denne artikkelen selv om den ikke hadde blitt godkjent av en etisk komite.

Vi har skrevet inn våre etiske vurderinger i oversiktstabellen i vedlegg 2.

3.5 Analyse

I følge retningslinjene til høgskolen i Molde skal man beskrive analyseprosessen så nøyaktig at det skal være mulig å gjenta den for andre (Eines et al. 2018). Her skal vi beskrive hvordan vi samlet inn data, og hvordan data ble bearbeidet. Formålet med å analysere artiklene var å få en god oversikt over hovedfunn og temaer i de ulike artiklene, slik at vi også på denne måten kunne se om de var relevante til å ta med i vår litteraturstudie. Vi tok utgangspunkt i Evans (2002) fire fase under analysedelen.

Evans fire faser består av:

1. Innsamling av data som skal analyseres
2. Identifisere hovedfunn
3. Sammenligne funn
4. Beskrive resultat og lage synteser

I den første fasen brukte vi de ulike databasene Ovid Medline, Proquest og Cinahl. Under arbeidet med å finne frem til artiklene hadde vi laget et PIO-skjema, og tok utgangspunkt i eksklusjons- og inklusjonskriterier (Evans 2002). Vi kvalitetsvurderte alle våre artikler. Hvordan vi innhentet de ulike artiklene våre gjennom databasene er beskrevet gjennom metodebeskrivelsen.

I den andre fasen leste vi artiklene, gjerne flere ganger. Vi leste alle artiklene sammen, skrev ned funn og leste funnene til hverandre for å være enige om at vi hadde funnet frem til hovedfunnene. Slik fikk i en helhetlig forståelse av artiklene (Evans 2002).

I den tredje fasen identifiserte vi temaene (Evans 2002). Forskjellene på studiene sammenlignes, og man ser etter kontraster, man ser da etter funn som er like andre funn. Så sorteres funnene. Vi hadde skrevet ned gjentakende funn, og samlet opp det som var aller mest relevant til våre hovedfunn. Like funn ble samlet under samme tema, og slik ble våre funn kategoriserte.

I den fjerde og siste fasen (Evans 2002) skal man beskrive fenomenet. Her skal man samle alle funnene til et helt resultat. Resultatene av hovedfunnene blir presentert i resultatdelen, som vi har laget synteser til. I resultatdelen blir det referert tilbake til studiene, dette blir gjort for å beskrive nøyaktighet av funn.

4.0 Resultat

Vi kom frem til seks hovedfunn i vår studie om hvordan kvinner erfarer en mastektomi. Hvorfor kvinnene valgte mastektomi, erfaringer fra hva det pre-operative forløpet, å få et endret kroppsbilde etter mastektomi, seksuelle intimitet etter mastektomi, hvordan kvinners identitet blir påvirket og til slutt hva betydningen av å få støtte fra de nærmest og helsevesenet betydde for kvinnene.

4.1 Bakgrunn for valg av mastektomi

I flere av studiene var den første tanken etter å ha fått diagnosen brystkreft å gjøre noe med det så fort som mulig (Grogan og Mechan 2016, Holland, Archer og Montague 2016, Ristevski, Regan, Birks, Steers, Byrne 2014). Denne følelsen av hast er relatert til overlevelse, frykt for at kreften skal spre seg og ønske om en rask bedring. Kvinnene trodde at om de fjernet alt brystvevet var sjansen for at kreften ville returnere, eksistere eller at ny kreft skulle returnere mindre, og dette ville føles som en trygghet (Ristevski et al. 2014). Driven etter å overleve var representert, og flere av kvinnene gikk inn i en pragmatisk overlevelsesmodus etter å ha fått diagnosen. Brystet ble et offer for å utrydde enhver sjanse for at kreft skulle bli værende i kroppen (Holland, Archer og Montague 2016). Personlige erfaringer fra familie og venner som har levd med kreft var ofte den mest innflytelsesrike kilden til informasjon under valgprosessen (Covelli, Baxter, Fitch, McCready, Wright 2014).

Flere av kvinnene følte takknemmelighet over å få leve, spesielt om de hadde andre familiemedlemmer som var behandlet for kreft eller var døde på grunn av kreft. De så ikke på det å miste et bryst som en traumatisk hendelse, men heller som en nødvendighet (Davies, Brockopp, Moe, Wheeler, Abner, Lengerich 2017). Noen av deltakerne hadde opplevd negative erfaringer med behandling av kreft av sine slektninger, og ville unngå denne situasjonen. De valgte derfor mastektomi som behandlingsform (Ristevski et al. 2014). Noen mente at det å slåss mot kreften satt livet i perspektiv (Freysteinson, Deutsch, Lewis, Sisk, Wuest, Cesario 2012). Den største betydningen av å være i live og ha et sunt og friskt liv eller fjerne et bryst var avgjørende i denne prosessen. En kvinne fortalte:

«Cause I was very scared of cancer, I had to agree. In spite of feeling down, I consent for doing surgery only because of my health» (Fouladi, Pourfarzi, Ali-Mohammed, Masumi,

Agamohammadi, Mazaheri 2013, 2081).

Mange av kvinnene så på brystene sine som en funksjonell del av livene deres, men på samme tid var brystene en liten del av noe mye større. Deltakere som hadde ammet barn følte på at de hadde «gjort jobben sin», og var da ikke påvirket av å fjerne brystene fordi det å overleve diagnosen betydde så mye mer (Holland, Archer og Montague 2016).

For noen var også det at de bodde landlig til en betydning for hvilken behandlingsmetode de valgte. Noen av deltakerne ville helst slippe å dra inn til sykehuset for behandling ofte, dersom det var mulighet for å bli kvitt kreften på ett inngrep. Med mastektomi kunne de også dra hjem tidligere og unngå fremtidige operasjoner. Mange falt også på valget om mastektomi på grunn av at denne typen behandling kunne forhindre at de trengte cellegift eller radioterapi. De var glade for å slippe sideeffektene og bivirkninger av andre typer behandlinger (Ristevski et al 2014).

4.2 Pre-operative erfaringer

Studiet har også vist at deltakerne har hatt ulike erfaringer med pre-operativ informasjon. Mange av kvinnenes første tanker rundt å ha fått kreftdiagnosen er å bli kreftfrie så fort som mulig, dermed tenker de ikke så mye på hva som kunne ha blitt gjort i den pre-operative fasen for å lette på den post-operative bedringsprosessen. Enkelte anså informasjon og veiledning fra kirurg som viktig i alle faser av prosessen av en mastektomi. Det var viktig for dem å få tilstrekkelig og bred nok informasjon om tilgjengelige behandlingsmetoder og hva man kunne forvente seg i den post-operative fasen (Javid, Lawrence, Lavelle 2017). Kvinnene følte at kirurgen beholdt seg nøytral i hvordan informasjonen ble presentert og hvordan kirurgiske muligheter ble diskutert (Ristevski et al. 2014).

Mange av kvinnene følte de hadde fått lite informasjon om hvordan arret ville komme til å se ut, både med eller uten rekonstruksjon. Informasjon om hvordan det ville føles i etterkant og hvordan de skulle kle seg ble også etterspurt (Javid, Lawrence, Lavelle 2017). Noen av kvinnene uttrykte et ønske om å se en kropp etter mastektomi uten rekonstruksjon, enten i form av bilder eller å se ekte kvinner som hadde gjennomgått en mastektomi (Holland, Archer og Montague 2016). I studiet til Grogan og Mechan (2017) fikk alle

deltakerne se på bilder for å forberede seg på den post-operative kroppen. Å se på fotografier kunne hjelpe kvinnene å visualisere rundt hvordan de selv ville komme til å se ut etter operasjonen. Kvinnene synes også at det hadde vært hjelpsomt å snakke med en som hadde gått gjennom en mastektomi. Dette ville heve nivået av kunnskap og kunne forberede dem på den post-operative fasen (Davies et al. 2017). Noen av kvinnene fortalte at den mest verdsatte informasjonen var historier fra personlige erfaringer fra blant annet venner og familie som hadde levd med kreft (Covelli et al. 2014).

Uklar informasjon om begrensninger av aktivitet og pleie av sår gjorde den post-operative fasen vanskelig. Kvinnene understreket viktigheten med og få klar og tydelig informasjon og instruksjoner. De tenkte ikke alltid selv over viktige spørsmål rundt den post-operative fasen (Javid, Lawrence, Lavelle 2017).

4.3 Å få endret kroppsbilde

Seks til tolv måneder etter operasjonen var noen av kvinnene fortsatt traumatiserte og ikke i stand til å tilpasse seg sin nye livssituasjon. Enkelte av kvinnene ville ikke berøre brystet eller arrene (Davies et al. 2017). Det estetiske aspektet av en mastektomi hadde en dyp innvirkning på kroppen, som gjorde det umulig for kvinnene å se på seg selv i speilet (Fallbjörk, Salander, Rasmussen 2012). De kvinnene som bare hadde fjernet et bryst følte at kroppen var ute av balanse og usymmetrisk (Grogan og Mechan 2017). En kvinne fortalte:

«I want to be comfortable in my skin, feel like a woman again, feel completely whole again» (Covelli et al. 2014, 387)

En annen kvinne fortalte at hun tenkte på tapet av brystet sitt hele tiden, at hun ikke følte seg som en kvinne og at brystet var missformert etter operasjonen. Anti-depressive medikamenter ble brukt hos en av kvinnene i studiet for at hun skulle klare å komme seg videre i livet, ettersom at kroppsforandringen gikk hardt inn på henne (Fouladi et al. 2013).

Noen av kvinnene lurte på om andre mennesker ville se at de hadde tatt en mastektomi til tross for at de i flere tilfeller brukte protese. De sjekket utseende sitt i speilet og brukte klær som skjulte brystene (Freysteinson et al. 2012). En av kvinnene fortalte:

«I don't put on the tight clothes that i used to wear; instead I wear loose ones, and when i go out, i wear a Chadar» (Fouladi, Pourfarzi, Dolattorkpour, Ali-Mohammed, Mehara 2018, 438).

En av kvinnene som hadde gjennomgått en ensidig mastektomi fortalte at hun i all hovedsak brukte protese kun for å ikke bry andre med sitt usymmetriske bryst. En annen kvinne med en dobbel mastektomi valgte å ikke bruke protese, men fortalte at det hadde vært annerledes om hun hadde gjennomgått en ensidig mastektomi (Slatman, Halsema, Meershoek 2016). Det å føle seg skyldig for å ikke være glad for å være i live, men heller fokusere på det negative aspektet med utseende, ble tatt opp av flere deltakere. Dette ble fortalt av en av deltakerne:

And you are supposed to be happy because you're alive...but I just can't think that way 'cause I don't like my body. You look at yourself, I just can't stand up and say, «Ann you're alive, but you look awful! » For God's sake, I can't recognize myself (Fallbjörk, Salander, Rasmussen 2012, 45).

Noen av deltakerne i studiene valgte å ha en klinisk holdning til sin egen kropp, som at de vurderte kroppen sin ut ifra synet til en lege eller sykepleier. De valgte å se på arrene som vakre og dette var ikke ment som en estetisk følelse, men en verdsettelse av de kirurgiske ferdighetene som hadde blitt gjort, samt den vellykkede sårtilhelingen (Slatman, Halsema, Meershoek 2016). En av kvinnene fortalte at brystet ikke var et vitalt organ og at det derfor ikke ville ha en stor innvirkning på livet om man måtte miste det (Holland, Archer og Montague 2016).

Kvinnenes syn på kropp og bryst endret seg nødvendigvis ikke etter å ha fått brystkreft. Noen fortalte at de var ukomfortable med kroppen før mastektomien. De følte seg enten overvektige, undervektige eller lite attraktive, og flere var misfornøyde med brystene sine (Ristevski et al. 2014). I følge Javid, Lawrence og Lavalley (2017) ble kroppsbilde rangert som mindre viktig i den pre-operative perioden av pasienten, men i løpet av den post-operative perioden ble det økt fokus på kroppsbilde til kvinnene etter mastektomi. I studien til Fallbjörk, Salander og Rasmussen (2012) var det ikke alle kvinnene som opplevde å få endret synet på sin egen kropp etter mastektomi. En kvinne fortalte:

At this age... it is not so important what you look like, what is important is health. When you are older, imperfections count for less. You actually should have some rips in your sails when you get older (Fallbjörk, Salander, Rasmussen 2012, 44).

Spesielt eldre kvinner var mest opptatt av en god helse. De nøytraliserte betydningen av brystene, og mente at de hadde likevel hadde gjort sin mest åpenbare funksjon; amming. Kvinnene som ikke fikk et endret kroppsbilde etter mastektomi, levde i de fleste tilfeller i et stabilt forhold og mente at partneren ikke ville se på mastektomien som et problem (Fallbjörk, Salander, Rasmussen 2012).

4.4 Seksuell intimitet etter mastektomi

Å miste et bryst betydde for mange å miste sin seksualitet, følelsen av å være attraktiv og at selvtilliten i forhold til kroppen ble redusert (Grogan og Mechan 2017). Enkelte av kvinnene prøvde å være seksuelt aktive etter operasjonen, men erfarte at de ikke ønsket å ta av seg bh'en og klærne, og de ønsket å ha rommet mørkt (Fallbjörk, Salander, Rasmussen 2012). Flere av kvinnene uttrykte at de var bekymret for at ektemannen ikke ville godta henne etter operasjonen, og om mastektomien kom til å forstyrre seksuallivet (Freysteinson et al. 2012). Støtten fra seksualpartnere var også viktig for at kvinnene kunne føle seg godtatt og for å kunne bedre sin selvtillit i sitt seksualliv (Fouladi et al. 2013). Noen av kvinnene var trygg på at ektemannen kunne se på arrene, mens andre hadde ambivalente følelser når det gjaldt å vise frem arrene. En av kvinnene fortalte at ektemannen ble vant til kroppen hennes, men likevel følte hun seg ikke komfortabel med å vise arrene når hun var intim med han. Hun ble da anbefalt å bruke en singlet under slike anledninger, for å kunne ha kontroll over hva hun viste frem (Slatman, Halsema, Meershoek 2016). Par kunne også få veiledning og råd fra helsesenter for å forbedre sitt seksualliv etter brystkreften (Fouladi et al. 2013).

Deltakerne hadde ulike erfaringer med hvordan partnere taklet forandringen i forhold til mastektomi og seksuallivet, samt hvordan dette påvirket forholdet. Det å være seksuelt aktiv var spesielt problematisk for kvinner uten en permanent partner. En av deltakerne opplevde også at partneren hadde vansker med å takle forandringen i forholdet, og forlot henne (Fallbjörk, Salander, Rasmussen 2012). Det var da tydelig at det ikke bare var

kvinnen, men også ektemannen som ble berørt av blant annet arret til kvinnen. Seksuell intimitet ble negativt påvirket etter mastektomien (Davies et al. 2017). En av kvinnene i litteraturstudiet fortalte:

«I'm really ashamed – I don't want my husband to see me. I never show him my scars on my breasts» (Covelli et al. 2014, 387).

Seksuell svekkelse og partners oppførsel og forventninger var noen av de mest dominerende faktorene som kunne forverre funksjonssvikt og seksuelt sammenbrudd. Andre grunner til seksuelt sammenbrudd var den overlevedes syn på kroppsforandringer, depresjon, ukomfortabel i forhold til tap av brystet og sykdommen, engstelse for å se seg i speilet, fatigue, smerte eller tap av selvsikkerhet. Seksuelt sammenbrudd betydde ikke alltid at all seksuell aktivitet opphørte, men at det skjedde uvelkommende endringer for samleie eller kvinnens seksuallyst. Ektefeller kunne finne på å skremme kvinnene med å fortelle om å forlate henne på grunn av at hun hadde en seksuell svekkelse. Tydelige kommentarer fra ektefeller som såret kvinnen gjorde at hun følte seg enda mer lemlestet enn tidligere. En av kvinnene følte på tapet av bryst under hvert samleie, og bestemte seg for at det var bedre å unngå samleie (Fouladi et al. 2018). En av kvinnene beskriver tilfellet slik:

I think my husband's anger is because of me refusing sex. I know my husband. He doesn't say what he thinks. Rather, he makes a fuss about everything and treats me with disrespect (Fouladi et al. 2018, 438).

På den andre siden kan man ifølge studien til Fallbjörk, Salander og Rasmussen (2012) se at i et stabilt forhold vil partnerens væremåte og blick hjelpe til med å reparere kvinnens knuste feminitet:

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

Det viser seg at kvinner hadde både positive og negative erfaringer i forhold seksualliv og intimitet (Fouladi et al. 2018) I følge Javid, Lawrence og Lavallo (2017) ble den seksuelle funksjonen rangert som minst viktig både gjennom den pre-operative perioden, 0-2 måneder post-operativt og 3-12 måneder post-operativt i forhold til blant annet livskvalitet og kroppsbilde. Hvordan ektefellen taklet forandringer i forhold til seksuallivet var varierende. Mange beskrev ektefellen som omsorgsfull og forståelsesfull, mens i andre tilfeller ble ektefellen for disse kvinnene som hadde gjennomgått en mastektomi påvirket av utseendet til arret. Dette påvirket da den seksuelle intimiteten negativt (Fouladi et al. 2018). Med et endret kroppsbilde og mangel på selvtillit fortalte en av kvinnene:

«I have lost all self-confidence in my naked body. I feel fat, bloated, scarred, deformed and unattractive. I have no libido at all» (Grogan og Mehan 2017, 1484).

Med mastektomien ble kroppsbildet til mange endret i negativ retning, noe som påvirket egen seksualoppførsel. Med negative tanker rundt egen kropp nektet de seg selv å ha samleie med ektefelle i redsel for negative reaksjoner (Fouladi et al. 2018).

4.5 Kvinners identitet etter mastektomi

Det var først etter mastektomien at mange ble klar over hvordan de så seg selv som person. Noen av kvinnene hadde ikke tenkt over hvordan det kom til å bli etter at brystet var fjernet (Fallbjörk, Salander, Rasmussen 2012).

Etter mastektomien forklarer mange av deltakerne at de følte de hadde mistet en del av seg selv som person. De følte seg ikke lengere hel, og flere av kvinnene hadde vansker med å se seg selv. Fjerning av brystet hadde sterk innvirkning på kvinnens liv (Fallbjörk, Salander, Rasmussen 2012). Flere følte de hadde mistet alle tegnene på å være en kvinne (Fouladi et al. 2013). En kvinne forklarte at hun bare følte seg som en halv kvinne:

«After having surgery, I cannot get along with my body, because I seem like half woman and half man, as I am a half-man/half-woman creature» (Fouladi et al. 2018, 436).

Å ha brystkreft forandret også perspektivet på livets prioriteringer. For eksempel valgte noen kvinner å bytte karriere, mens andre gikk tilbake til en karriere de hadde hatt tidligere og som de elsket (Javid, Lawrence, Lavelle 2017). En positiv mestringsstrategi for å håndtere situasjonen etter mastektomi var for noen kvinner og oppnå målet med å returnere tilbake til jobben og holde livet sitt så normalt som mulig (Davies et al. 2017). Andre synes det å returnere til arbeid var vanskelig, med tanke på at de følte seg annerledes enn andre og ikke følte seg selvsikre rundt kollegaer. En av deltakerne fortalte at elevene hennes merket at hun hadde forandringer, hun hadde mistet gnisten til å gå på jobb, følte seg deprimert og kjedelig. Hun fortalte:

After surgery, due to loss of my breast, I was quite depressed, bored and I was not in the mood for going to school and teaching. Even my students told me that I was impatient, and didn't treat them like before (Fouladi et al. 2018, 437).

En av kvinnene fortalte også at hun latet som at hun var full av energi og var glad. Hun ga energi til barn og ektefelle slik at de ikke skulle merke noe forskjell på henne fra før operasjonen ble gjennomført. Det var hennes måte å gjenvinne sitt tidligere liv litt etter litt (Fouladi et al. 2018).

Å gjøre ting som man tidligere ikke hadde hatt noen problemer med å gjennomføre, slik som å trene og dra på svømming, føltet vanskelig for noen av kvinnene (Fallbjörk, Salander, Rasmussen 2012). To av kvinnene fortalte også om at de likte å dra på camping og på nudiststrender. De tenkte på å gjenoppta dette, da det var en måte de kunne forsones seg med den markerte kroppen (Slatman, Halsema, Meershoek 2016).

Noen følte seg også mentalt frakoblet fra sin egen kropp, og så på den post-operative kroppen sin med vanskelighet. Det var ikke like lett for alle å tilvenne seg en ny kropp, og for noen ga den nye kroppen en ny identitet. Kvinnene prøvde å finne en egen mestringsstrategi for å komme seg videre i livet, og ikke dvele for mye med seg selv (Grogan and Mechan 2017).

4.6 Støtte fra de nærmeste og helsepersonell

Flere av kvinnene i studien fortalte at det var viktig med et godt støttesystem for å hjelpe dem gjennom å få diagnosen, operasjonen og behandlingen i ettertid. Støtte fra venner, familie, helsearbeidere, aktiviteter, kirken og tro ble nevnt som viktig i prosessen (Davies et al. 2017, Fouladi et al. 2018). Flere deltakere synes det var verdifullt å delta i ulike rådgivings- eller støttegrupper (Javid, Lawrence, Lavelle 2017). Deltakerne hadde alle familie og venner som ble klassifisert som støttende eller ikke-støttende, og enkelte fant også støtte i skriftlig informasjon og kommunikasjon med andre via nettsider (Freysteinson et al. 2012). Troen på gud var også støttende for noen av kvinnene (Fouladi et al. 2013, Freysteinson et al. 2012).

Noen synes også det var lettere å få støtte og empati fra kvinner som hadde gjennomgått det samme (Fouladi et al. 2013). Det var også sagt at samtaler med andre som har gjennomgått det samme som de, og å snakke om forandringer – ikke bare kroppslige, men også mentale og psykiske – var til hjelp (Davies et al. 2017).

Emosjonell støtte fra ektemennene hadde stor betydning i prosessen hvor kvinnene ønsket å returnere til en tilstrekkelig mental status. Ektemennenes sympati og at de har fulgt kvinnen gjennom behandlingsprosessen og prosessen etter behandlingen, hadde en stor betydning i å opprettholde kvinnens fysiske og mentale status. Det ble beskrevet at dersom kvinnen med brystkreft har en partner som godtar sykdommen, forandringene og komplikasjonene som kan komme av behandlingen, vil kvinnen føle seg bedre og legges under et mindre stresspress (Fouladi et al. 2013). Det var viktig for kvinnene at ektemennene likte de til tross for at de bare hadde ett bryst, og at de ble elsket for den de var (Fallbjörk, Salander, Rasmussen 2012).

Noen av deltakerne opplevde også at venner og bekjente ikke kunne hjelpe til på grunn av egne problemer, alder og arbeid. Noen opplevde også at familie og venner var frekke og viste lite interesse. En av deltakerne fortalte at noen av hennes nærmeste oppførte seg sårende (Freysteinson et al. 2012).

Det ble fortalt at legene og sykepleierne var medfølende og ga god pleie (Freysteinson et al. 2012). Helsepersonell ble beskrevet som støttende, de ga god informasjon, og deltakerne følte de kunne komme med spørsmål når som helst (Davies et al. 2017). Å bli ringt opp av helsevesenet for å høre hvordan det går med kvinnene, var også sett på som verdifull støtte da kvinnene følte seg sett. Flere av deltakerne opplevde at helsepersonell hadde en viktig rolle i å gi omsorg og støtte for emosjonelt velvære, men at dette ikke alltid ble gjennomført (Javid, Lawrence, Lavelle 2017). Noen av deltakerne opplevde at leger og sykepleierne oppførte seg frekt, manglet kommunikasjonsferdigheter og ga dårlig omsorg (Freysteinson et al. 2012).

5.0 Diskusjon

I følge retningslinjene til Høgskolen i Molde skal vi diskutere litteraturstudiets metodiske fremgangsmåte, samt diskutere studiets resultat oppimot hensikt og konsekvenser for praksis skal diskuteres (Eines et al. 2018).

5.1 Metodediskusjon

I metodediskusjonen skal vi diskutere svakheter og styrker ved metodiske valg vi har brukt og anvendt i vår litteraturstudie.

5.1.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Pasientperspektivet ble inkludert i våre søk, og dermed ble pårørende- og helsepersonell sitt perspektiv ekskludert. Dette valgte vi å gjøre fordi vi var interesserte i pasientens erfaringer, og vi ser på dette som en styrke da denne måten svarer best på vår hensikt og gir et mer realistisk innblikk i erfaringene til kvinnene ved en mastektomi.

Kvalitative artikler var det som svarte best på vår hensikt, og vi har derfor valgt å inkludere dette. Kvalitativ forskning brukes for å undersøke subjektive menneskelige erfaringer, holdninger, oppfatninger og opplevelser. Man bruker ikke-statistiske metoder for å analysere. Forskeren innenfor ulike kvalitative retninger ønsker å undersøke personens atferd, fortellinger, liv, hvordan de fungerer og ulike forhold og påvirkning (Nortvedt et al. 2012).

Vi har ikke satt inklusjonskriterier i forhold til alder. Ønsket vårt var å få med så unge kvinner som mulig, men vi fant fort ut at det ble vanskelig å finne forskningsartikler på dette. Vi valgte derfor å ikke ha noen begrensninger på alder. Dette kan være en svakhet, da erfaringene kan variere etter aldersgruppe. Inklusjonskriterier i forhold til land ble ikke satt. Vi har to artikler fra Iran, en artikkel fra Canada, en fra Australia, tre fra USA og tre fra Europa. Dette kan ses på som en svakhet da det finnes ulike kulturer og levemåter i de forskjellige landene, noe som kan påvirke erfaringer til kvinnene ved en mastektomi.

Likevel viser forskningsartiklene at hovedfunnene hovedsakelig er like i de forskjellige landene til tross for ulike kulturer og levemåter, og dette kan derfor styrke oppgaven vår.

Tidlig i søkeprosessen måtte vi utvide inklusjonskriteriet i forhold til årstall. Vi hadde opprinnelig valgt å inkludere artikler fra 2013 til dags dato, men fant ut tidlig i

søkeprosessen at dette ble vanskelig. I tillegg fant vi to svært gode artikler fra 2012 som var relevante til vår hensikt, og vi valgte derfor å utvide inklusjonskriteriet fra 2012 til dags dato. Vi ser ikke på dette som en svakhet, da disse to artiklene var relevante for oss og svarte godt på hensikten vår. I flere av søkene våre har vi begrenset årstallet til de siste tre eller fem årene. Dette har vi gjort for å kunne finne så ny forskning som mulig. Dette ser vi på som en styrke i vår studie.

5.1.2 Datainnsamling og litteratursøk

De fleste av våre artikler ble funnet i Ovid Medline, i tillegg har vi brukt Proquest og Cinahl i noen av søkene våre. Ovid Medline er den største databasen innenfor sykepleie og medisin (Nortvedt et al. 2012). Vi har funnet åtte av våre artikler i denne databasen. Det å ha brukt flere databaser ser vi på som en styrke i vår litteraturstudie. Databasene kan inneholde ulike artikler, og vi kan ha fått et større omfang av artikler. Vi ser likevel at flere av artiklene kommer igjen i flere av databasene.

Vi utarbeidet et PIO- skjema og kombinerte søkeord med OR og AND under søkene våre. Det at vi har brukt OR mellom noen av ordene i flere av søkene er en styrke, da det utvider søkene våre og vi får et større omfang av artikler. Vi har også brukt AND i alle søkene våre, dette kan både være en styrke og en svakhet. Ved å bruke AND vil man avgrense søket, noe som kan være en svakhet da man kan gå glipp av relevante funn. På den andre siden vil AND hjelpe til med å finne relevante funn som omhandler søkeordene som blir kombinert. Vi brukte trunkeringstegn i noen få søk, men følte ikke at dette påvirket søkene våre i noen stor grad. Likevel kan det ha gjort at vi har gått glipp av relevante artikler som kan være en svakhet i vår oppgave. Noen av søkene våre ble gjort uten begrensninger på blant annet årstall. Dette kan være en svakhet da det kan ha gjort studien mindre systematisk.

5.1.3 Kvalitetsvurdering

I arbeidet med å kvalitets vurdere artiklene våre brukte vi kvalitative sjekklister fra Kunnskapsbasert praksis (2018). Disse hjalp oss med å finne ut hvilke artikler vi kunne inkludere i studien. I arbeidet med å kvalitetssikre artiklene jobbet vi hver for oss, for deretter å sammenligne resultatene våre sammen. Vi ser på dette som en styrke, da vi ikke

har hatt muligheten til å påvirke hverandre under kvalitetssikringen. Bruken av disse sjekklisterne, samt at alle tidsskriftene våre er fagfellevurdert, ser vi på som en styrke i forhold til vår studie. Alle våre artikler har ivaretatt etiske hensyn, og ti av artiklene har blitt godkjent av en etisk komite. Den ene artikkelen er ikke godkjent av etiske komite, noe som kan være en svakhet. Det er likevel blitt tatt etiske hensyn hvor deltakerne er anonymisert og kan trekke seg fra studien når de selv ønsker dette.

Alle våre artikler var skrevet på engelsk. Det kan derfor være en mulighet for at det har blitt gjort feiltolkninger. Engelske ord kan ha flere – eller ulike – betydninger når de oversettes til norsk. Dette kan være en svakhet i vår litteraturstudie.

5.1.4 Analyse

Når vi skulle systematisere vår analyse brukte vi Evans (2002) fire faser. Denne fremgangsmåte har gjort at analyseringsdelen av artiklene har vært oversiktlig, og dette ser vi på som en styrke i vår studie.

De fleste av søkene våre gjorde vi hver for oss, da dette ble den enkleste måten å arbeide på. Vi leste gjennom artiklene hver for oss, og gikk til slutt gjennom funnene i resultatdelene sammen. Det å diskutere funnene i fellesskap, og om hvorvidt de var relevante i forhold til vår hensikt, mener vi styrker kvaliteten på oppgaven vår. Vi lagde en tabell over funn i de ulike artiklene som ga oss en god oversikt over hvilke artikler som hadde de ulike funnene. Like funn ble samlet under samme tema, og slik ble våre funn kategoriserte. Til slutt samlet vi sammen de ulike funnene til seks hovedfunn (Vedlegg 4). Vi ser på dette som en styrke, da det har systematisert funnene våre og prosessen har vært oversiktlig.

5.2 Resultatdiskusjon

I resultatdelen har vi diskutert studiens resultat opp mot studiens hensikt og relevant bakgrunns teori.

5.2.1 Valg av mastektomi

I funnene våre kommer det frem at flere av kvinnene hadde fått utilstrekkelig med informasjon om livet etter mastektomien. Blant annet hvordan arret ville komme til å se ut, hvordan de ville kle seg, og om mastektomien kom til å sette begrensninger for livskvaliteten.

Når pasienten blir lagt inn for behandling for brystkreft burde viktig informasjon bli gjentatt, og kvinnen burde forberedes på både psykiske og fysiske reaksjoner som kan komme post-operativt. De kommer inn i en ny livssituasjon som skal mestres (Garne, Aude og Kloster 2005). En sykepleier kan være tilstede for å gi råd og veiledning, og for å svare på spørsmål, gjenta informasjon og være tilstede for kvinnen og eventuelt hennes partner. Sykepleier kan stille spørsmål som får dem til å tenke gjennom utseende, trygghet i fremtiden og partnerens mening, og kan da passe på at slike ulemper og lempes blir tatt med i vurderingen (Gjertsen 2010).

Kvinner som har kreft og som gjennomgår en endring i livet går igjennom flere endringsprosesser. Det er viktig å tilpasse kommunikasjonen slik at den hører med fasen pasienten befinner seg i (Kristoffersen 2015). Det er viktig å ha den egenskapen hvor man kan tilpasse informasjon og rådgivning individuelt ut i fra pasientens behov. Det kan være en utfordring å vite hvor mye informasjon man skal gi pasienten i en sårbar situasjon (Sørensen et al. 2016).

I studiene kom det frem at mange av deltakerne ønsket å kvitte seg med kreften så fort som mulig, og dette var ofte den første reaksjonen på kreften. Valg av selve operasjonsmetoden kan for kvinnene med brystkreft være en vanskelig prosess, hvor de kan føle på at de velger mellom liv og død (Gjertsen 2010). Mange velger mastektomi på grunn av frykten for tilbakefall av kreft. Noen av kvinnene sier at de kom inn i et overlevelsesmodus, og å velge mastektomi var det sikreste valget for å kunne utrydde sjansen for at kreften kunne komme tilbake. I følge Gjertsen (2010) burde kvinnen få velge det behandlingsalternativet

som passer henne best, på grunnlag av legens observasjoner og hvordan legen legger frem situasjonen. Det er nødvendig med god informasjon for at pasienten skal føle seg trygg på at det beste behandlingsalternativet er valgt. Sykepleier og lege bør ikke komme med personlige råd. Til slutt er det viktig å kontrollere om den informasjonen som er gitt er hørt og forstått, og eventuelt gjenta den (Sørensen og Almås 2011). I noen av våre studier forteller kvinnen at mastektomi var den anbefalte behandlingen fra legen, mens andre fikk velge selv mellom behandlingsalternativene. Her kommer pasientens autonomi inn, som omhandler at sykepleier skal se pasienten som en selvstendig person, og at pasient skal få holde på mest mulig makt og kontroll. Det å involvere pasienten i beslutninger er begrunnet som etiske verdier, som respekt, autonomi, likeverd og pasientens beste (Eide og Eide 2008). Som sykepleier er det viktig å støtte pasienten i hennes valg, og gjøre både den pre-operative og den post-operative opplevelsen best mulig for pasienten. I dagens samfunn ønsker pasienter å være ansvarlige og ta del i beslutninger som gjelder helsesituasjonen deres. Dette er også deres rettigheter og en forventning fra de fleste pasienter. Pasientene ønsker ofte informasjon om medikamenter, behandling, undersøkelser og prøver og om tilstanden de er i. Om sykepleier gir god undervisning og informasjon vil pasienten bli tilfreds (Kristoffersen og Nortvedt 2015).

5.2.2 Erfaring av livsendring, kroppsbilde og identitet etter mastektomi

Funnene våre viser at mange av kvinnene som gjennomgikk en mastektomi følte at de hadde mistet en del av seg selv som person og at det å fjerne brystet hadde sterk innvirkning på livet til kvinnene. Kvinnebrystet har til alle tider vært symbol på det absolutt feminine. Brystene har i tillegg til utseende andre viktige funksjoner, som amming og seksualitet, i tillegg er brystene et organ som skaper identitet (Gjertsen 2010). Identitet er et begrep som omhandler hvordan man som menneske oppfatter seg selv (Solvoll 2016).

Å bli syk kan true identiteten gjennom blant annet kropp og kroppsholdninger, opplevelsen av tilhørighet, og via idealbilder. Når kroppen svekkes og helsa blir dårligere, reduseres følelsen av å kunne utfolde seg fritt og kunne nyte livet uavhengig av andre (Solvoll 2016). Et menneske som har blitt syk kan oppleve endringer i kropp og utseende. Noen endringer er tydelige for andre å se, mens andre er mindre tydelige, men likevel belastende for personen det gjelder (Solvoll 2015). I vår studie som omhandler tap av et bryst eller begge bryst, har deltakerne snakket om symmetri. De føler seg asymmetriske med bare ett bryst,

og føler skam over kroppen og arret de har fått. Vår litteraturstudie viser at flere av kvinnene fikk problemer med å gjennomføre aktiviteter de tidligere hadde likt å gjøre, som blant annet å dra i svømmehallen eller på treningsstudio. I følge Sørensen og Almås (2011) vil regelmessig fysisk aktivitet øke livskvaliteten etter brystkreftbehandling, og da spesielt om kvinnen holder på med den aktiviteten hun liker. Sykepleier bør legge vekt på kvinnenes ressurser og muligheter (Kristoffersen 2015). Som sykepleier er det også viktig å informere kvinnene om de ulike protesene som finnes. Det kan være vanskelig for kvinnene og prøve proteser, og det er viktig at de prøver flere typer og tar seg god tid slik at man ender opp med en protese man kan føle seg vel i. Sykepleier bør også informere kvinnene om å ta kontakt med «Foreningen for brystkreftopererte». Her kan de få god hjelp, samt råd og veiledning. Det er viktig at sykepleier deler ut informasjon og brosjyrer slik at kvinnene kan ha mulighet til å kontakte ulike foreninger selv om de ønsker det (Sørensen og Almås 2011).

I følge Solvoll (2016) er kroppsbilde et uttrykk som blir brukt om de forestillingene om kroppen som vi selv har dannet oss i vår bevissthet. Dette baserer seg på den måten kroppen framstår for oss på. Funnene våre viser tydelig at mange av kvinnene fikk et negativt kroppsbilde etter gjennomgått mastektomi. Det å se seg selv i speilet ble vanskelig og mange følte seg som en halv kvinne etter mastektomien. Sykepleier bør være var for tegn som kan tyde på at kvinnen trenger noen å snakke med, og at hun har behov for å snakke om følelser i forbindelse med mastektomien (Sørensen og Almås 2011).

Å få diagnosen brystkreft vil ofte føre med seg en tilstand av en psykisk krise, som naturlig vil forårsake emosjonelt ubehag. Dette kan støttes opp ved at deltakerne i flere av våre artikler forteller at de reagerer med sjokk og redsel, og ønsker å gjøre noe fortest mulig for å bli kvitt kreften. Pasienter som har tatt en mastektomi har lidd et tap som utløser psykososiale reaksjoner. Ved en slik type operasjon kan kvinnen oppleve å få problemer med å tilpasse seg nye levevilkår, utseende og kroppsbilde. Nærhet og støtte fra både pårørende og sykepleier er viktig, da kvinnen skal konfrontere sitt nye kroppsbilde. I følge Eide og Eide (2008) har personer som er i kriser behov for medmenneskelig kontakt og noen å dele tanker og følelser med. Å føre god kommunikasjon mellom sykepleier og pasient kan hjelpe til med å bearbeide reaksjoner, slik at kriser og sykdom kan mestres bedre. Å skape en mellom-menneskelig relasjon til pasienten kan også føre til at pasienten føler seg sett som person, og ikke bare som enda en pasient (Eide og Eide 2008).

Evnen til å mestre tapet av brystet avhenger av hvilken betydning brystet har hatt for kvinnen. Følelser rundt dette er ikke så aldersbetinget som man kunne tro, og man kan vise til at også eldre kvinner opplever et forandret kroppsbilde som et problem (Gjertsen 2010). Funnene våre viser likevel at enkelte av de eldre kvinnene ikke ble spesielt påvirket av mastektomien og de så på det å ha en god helse som viktigere enn å ha ett bryst. Vi kan dermed se at eldre kvinner har forskjellige reaksjoner etter tap av brystet.

Funnene våre viser at kvinnene ønsket å finne mestringsstrategier for å komme seg videre i livet, og ikke dvele for mye over situasjonen. En positiv strategi for å mestre mastektomien og dens følger i ettertid, var å holde livet så normalt som mulig. Dette kunne blant annet innebære å returnere tilbake til jobben. I følge Solvoll (2016) er det å ha arbeid å gå til for mange en måte å føle kontroll i livet sitt på. Jobben er viktig for å forme seg selv, samtidig som den gir en fast inntekt. Jobben er med på å skape identitet, og gir muligheter til egenutvikling. For mange kreftoverlevende er det å delta i arbeidslivet en av de viktigste faktorene for å opprettholde et positivt selvbilde (Fosså 2007).

Til tross for at flere hadde en positiv opplevelse med å returnere tilbake på jobb, viser også funnene at noen kvinner synes dette var vanskelig. De følte seg annerledes og mindre selvsikre rundt kollegaene. Noen av kvinnene følte seg deprimerte og kjedelige, og hadde mistet lysten til å gå på jobb. Sykepleieren har en viktig rolle i å støtte kvinnene i hvordan de skal mestre ulike situasjoner, ved å legge vekt på deres muligheter og ressurser (Kristoffersen 2015).

5.2.3 En påvirket seksuell intimitet

Funnene våre viser at mange av kvinnene følte at det å miste et bryst gjorde at de mistet sin seksualitet, følelse av å være attraktiv, og at selvtilliten ble redusert. Seksualitet handler om seksuelle handlinger som samleie, kyssing og onanering, men også om følelsen av blant annet å flørte og kle seg sexy. For de fleste kvinner har brystene en viktig betydning for å føle seg som en seksuell person (Gamnes 2015).

Som følge av en kreftdiagnose kan det også føre med seg at pasientens rolle forandres, da man må forholde seg til kroppen på en ny måte. Sykdom og behandling kan redusere

seksuallyst, føre med seg depresjon, tretthet, og at man blir utilpass med seg selv i samhandling med andre (Rustad og Borenstein 2010.) Dette blir bekreftet av våre funn, da mange av kvinnene ble utilpasse når det kom til å vise seg for partner, og at partner kan ha flere problemer knyttet til seksualiteten som behandlingen kan ha ført med seg.

I følge våre funn har kvinnene hatt ulike erfaringer i hvordan de opplevde seksualiteten knyttet til ektemenn og partnere. Flere av kvinnene var bekymret for hvordan ektemannen ville godta henne etter mastektomien. Noen opplevde at ektemennene hadde problemer med å takle forandringen i forholdet. Partnerens oppførsel og forventninger var gjennomgående dominerende faktorer i seksualitetens svikt. En av kvinnene opplevde at ektemannen forlot henne etter mastektomien. Funnene viser tydelig at det ikke bare er kvinnen som blir påvirket av mastektomien, men også partneren. I følge Gamnes (2015) trenger kjærligheten og seksualiteten næring for å overleve. Medgang og motgang kan bringe paret tettere sammen, men det kan også føre til at de etter hvert glir fra hverandre. Vansker og problemer kan fjerne gleden og lysten ved å være nær hverandre. Seksuallivet kan være veldig sårbart. Vår litteraturstudie viser at et seksuelt sammenbrudd kan skje både på grunn av partnerens forventninger og negative syn fra kvinnen selv. En av kvinnene i studien fortalte at hun følte på tapet av brystet under hvert samleie, og til slutt bestemte hun seg for å unngå å ha samleie. En annen kvinne følte hun ikke kunne nekte for seksuelt samvær med partner fordi partner var til god støtte, på tross for at hun var utilpass med egen kropp.

Pasienter har rett til å få informasjon om konsekvenser som kan komme av den behandlingen de skal få, og dette gjelder selvsagt også konsekvenser for seksuallivet. Pasienter og pårørende vil ofte være kritiske til hvem de deler tanker om seksuallivet sitt med. Som sykepleier er det viktig å finne ord som ikke kan misforstås, og som man selv føler seg komfortabel med når man snakker om seksuelle problemer. For pasient og pårørende, men også sykepleier, kan det bli vanskelig og føles for intimt å bruke folkelige uttrykk på seksuelle handlinger og kjønnsorgan (Gamnes 2015).

På den andre siden kan vi se at noen av kvinnene opplever god støtte fra ektemennene, og føler seg trygge på å vise seg frem etter mastektomien. Partnerens væremåte, og at han var omsorgsfull og forståelsesfull var viktige holdninger for at kvinnen følte seg godtatt. Hun kunne også bedre sin selvtillit i seksuallivet om hun fikk god støtte fra seksualpartner. På

Montebello-senteret holdes det kurs for pasient og pårørende, som blant annet tar for seg samliv og seksualitet (Sørensen og Almås 2011). Dette er noe sykepleier bør informere og oppmuntre pasient og pårørende til å delta på om de har mulighet.

Etter behandlingsmetoden mastektomi kan selvbildet forandres, som igjen kan føre til seksual dysfunksjon. Ved dysfunksjon av ulike årsaker, som følge av behandling eller av endret selvbilde kan føre til pasient og partner har behov for veiledning og oppfølging av helsepersonell (Sørensen et al. 2016). Sexologi er læren om kjønnet og om kjønnslivet, og et område innenfor sexologien er klinisk sexologi som dreier seg om å forstå, veilede og eventuelt å hjelpe mennesker med seksuelle problemer. Når sykepleier eller annet helsepersonell skal gi råd og veiledning i forhold til seksualitet er det viktig at man tar i bruk yrkesetiske retningslinjer, dette kan være til hjelp i møte med seksuelle problemstillinger der den yrkesetiske og den personlige etikken blir utfordret. Helsepersonell burde føle seg kompetente til å gi råd om problemer rundt seksualiteten (Gamnes 2015).

5.2.4 Støtte gjennom prosessen

I vår studie ble det nevnt at det var viktig med god støtte gjennom prosessen og her ble venner, familie, helsepersonell og kirken nevnt. Støtte fra disse partene vil kunne ha en stor betydning for hvilke mestringsstrategier kvinnen velger (Kristoffersen 2015). Psykisk støtte er viktig for kvinner både før og etter en mastektomi, både fra pårørende og fra helsepersonell. I studien ble det fortalt at legene og sykepleierne var medfølende og ga god pleie. De ble beskrevet som støttende, ga god informasjon, og deltakerne følte de kunne komme med spørsmål når som helst. Likevel ble det også nevnt at noen av deltakerne opplevde dårlig omsorg, frekk oppførsel og manglende kommunikasjonsferdigheter fra sykepleier og lege. Som sykepleier er det viktig å vise pasienten at man har tid til å svare på eventuelle spørsmål, snakke sammen, samt gi råd og støtte (Sørensen og Almås 2011). Psykososial støtte har til hensikt å fremme pasientens opplevelse av å føle seg bekreftet, oppleve omsorg, bli forstått og føle seg trygg. Denne støtten fra sykepleier og annet helsepersonell ses på som en av de viktigste forberedelsene før en operasjon rangert av pasientene selv (Kristoffersen 2015). Sykepleier skal være til støtte og hjelp under lidelse, og at sykepleieren bruker seg selv i samhandling med pasienter gjør at pasienten kan føle seg ivaretatt. Får pasienten hjelp til å bearbeide sorg og tap kan det også være lettere å

finne en egen løsning og en vei ut av den personlige krisen den er satt inn i (Kristoffersen, Breievne og Nordtvedt 2012). Etter gjennomgått mastektomi vil også sykepleier være til støtte da pasienten kan trenge hjelp med å akseptere kroppsforandringen. Sykepleier kan være til støtte den første gangen kvinnen får se arret hun har fått. Dette burde skje før hjemreise fra sykehus sammen med sykepleier som da kan svare på spørsmål, partner kan også være med som støtte og få informasjon (Sørensen et al. 2016). I studien mente noen av kvinnene at det var lettere å få støtte i fra kvinner som hadde gjennomgått den samme opplevelsen. Å bruke tidligere pasienter til å gi informasjon viser seg å ha en god effekt. Å bruke en kvinne som selv har opplevd en mastektomi vil formidle det pasienten opplever som viktig (Kristoffersen 2015).

I vår studie ser man at emosjonell støtte fra partner var viktig for kvinnene når de skulle returnere tilbake til en normal hverdag. I følge Sørensen og Almås (2011) er støtte fra sine nærmeste, og da spesielt sin eventuelle partner, viktig for kvinnen etter en mastektomi. Partneren kan også trenge noen å snakke med for å ha mulighet til å støtte den kreframmede. Det finnes ordninger som kan hjelpe pasient og pårørende med tilrettelegging i hverdagen. Mange kommuner har kreftsykepleier som kan kontaktes om pasienten eller pårørende ønsker å snakke med noen. Andre tilbud for pårørende og pasient er ulike kurs, interessegrupper og arrangementer. Åpenhet mellom pasient og partner kan gjøre bearbeidelse og aksept av tapet lettere (Sørensen et al. 2016). Sykepleieren har en viktig jobb i å støtte og oppmuntre pasient og pårørende. Følelsesmessig støtte vil ofte være viktig for både pasient og pårørende før og etter en mastektomi (Kristoffersen og Nordtvedt 2015). Noen ganger vil det være tilstrekkelig bare å lytte til pasienten og pårørende (Gamnes 2015).

6.0 Konklusjon

Hensikten med litteraturstudien var å belyse kvinners erfaringer ved en mastektomi.

Kvinnene valgte hovedsakelig å gjennomføre en mastektomi på grunn av følelser som var relatert til overlevelse, redsel for at kreften skulle spre seg, og et ønske om en rask bedring. Det å overleve diagnosen betydde i dette øyeblikket mer enn å ha bryst. Litteraturstudien viser også at flere av kvinnene ikke tenker så mye på hva som kunne blitt gjort bedre i den pre-operative fasen for å lette på den post-operative bedringsprosessen. I ettertid har flere av kvinnene kommet med ulike forslag til hva de kunne ønsket mer informasjon om før mastektomien.

Etter en gjennomført mastektomi har kroppsbildet blitt påvirket i stor grad hos flere av kvinnene. Det estetiske aspektet av en mastektomi hadde en dyp innvirkning på kroppen, og enkelte av kvinnene ville ikke se seg selv i speilet. Noen følte at kroppen var i ubalanse, og de følte seg som en halv kvinne. Studien viser at noen ikke fikk endret syn på kropp etter mastektomien. Det viser seg at dette ofte er eldre kvinner, som ofte var mest opptatt av en god helse.

Relasjonen kvinnene hadde til partner og ektemann ble i mange tilfeller påvirket etter mastektomien. Kvinnene var ofte bekymret for hvordan partner ville reagere etter operasjonen og hvordan dette ville påvirke seksuallivet, og flere kvinner fryktet å innlede nye parforhold. Studien viser at i enkelte tilfeller er det ikke bare kvinnen som har problemer med å takle forandringen, men også partneren. Etter mastektomien følte kvinnene seg mindre vel i intime situasjoner, og ønsket ikke å vise seg nakne. Likevel ser vi at et stabilt forhold, med god støtte fra partner, vil kunne hjelpe kvinnen med å takle forandringen i kroppen.

Flere av kvinnene fortalte at det var viktig med et godt støttesystem for å hjelpe dem gjennom å få diagnosen, operasjonen og behandlingen i ettertid. Dette kunne blant annet

være støtte fra venner, familie og helsearbeidere. Det ble opplevd både negative og positive erfaringer med hvem og hvordan støtteapparatet var.

6.1 Forslag til videre forskning

Brystkreft er vanligst i 60-årsalderen, men det er likevel yngre kvinner som får diagnosen. Vi mener det hadde vært interessant å ha fått mer forskning på hvordan yngre kvinner opplever en mastektomi. Økt fokus på kvinners opplevelser etter mastektomi vil være nyttig for helsepersonell i arbeid med denne pasientgruppen. Vi vil også komme med forslag om å bedre informasjonen til kvinner som gjennomgår en mastektomi, som hvordan det vil være å leve uten bryst og hvordan dette kan påvirke livskvalitet og kvinnens mentalitet. Et annet forslag for videre forskning er å sette større fokus på selvundersøkelse, som da kan føre til at svulster i brystet blir oppdaget tidlig.

6.2 Konsekvenser for praksis

En kreftdiagnose kan for kvinnen oppleves som en trussel mot hennes identitet og verdighet. Det kan være hensiktsmessig at sykepleier kan formidle informasjon og kunnskap om sykdom, behandling og prognose som kan være medvirkende til at kvinnen får gjenvinne kontrollen av sitt liv, og blir forberedt på eventuelle konsekvenser som kan komme (Sørensen et al. 2017).

At informasjon blir formidlet er viktig under hele behandlingsforløpet, og er en av de viktigste ansvarsområdene til en sykepleier. Informasjon, undervisning og veiledning for kvinnen og hennes pårørende kan være med på å skape trygghet i en slik situasjon. Kvinner har opplevd å få både for lite og for mye informasjon. Når kvinner har fått beskjed om kreft og får en omveltning i livet kan de befinne seg i en sjokkfase, og det kan være vanskelig å trekke til seg all informasjonen som blir gitt. Dette kan gjøre at pasienten går glipp av relevant informasjon som kan brukes under prosessen. Oppfølgingsamtale på telefon etter utskrivelse gir kvinnen mulighet til å spørre om det er noe hun lurer på (Sørensen et al. 2017).

I Norge har vi mammografiprogram for alle mellom 50 og 69 år (Kreftregisteret 2018). Gjennom litteraturstudiet vårt har det vært en del kvinner under 50 år som har fått diagnosen. Et tiltak for å oppdage kreften tidlig er å oppfordre yngre kvinner til selvundersøkelse. Dersom kreften blir oppdaget på et tidlig stadium vil bli enklere å behandle, og konsekvensene av kreften blir en mindre belastning for kvinnen.

Litteraturliste

Almås, Hallbjørn og Elin Myklebust Sørensen. 2011. "Sykepleie ved brystkreft." *I Klinisk sykepleie 2*, red. Grønseth, Randi, Hallbjørg Almås, Dag-Gunnar Stubberud. 439-452. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Covelli, Andrea, M. Baxter, Nancy Fitch, N. McCready, and Margaret Wright. 2015. "‘Taking Control of Cancer’: Understanding Women’s Choice for Mastectomy." *Annals of Surgical Oncology* 22, no. 2: 383-91.

Davies, Claire C., Dorothy Brockopp, Krista Moe, Peggy Wheeler, Jean Abner, and Alexander Lengerich. 2017. "Exploring the Lived Experience of Women Immediately Following Mastectomy: A Phenomenological Study." *Cancer Nursing* 40, no. 5: 361-68.

Eide, Hilde og Eide, Tom. 2008. «Hva er hjelpende kommunikasjon?» *I kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning og etikk*. 12-28. 2. Utgave Oslo Gyldendal Akademiske.

Eide, Hilde og Tom Eide. 2008. «Krise og mestringsteori» *I kommunikasjon og relasjoner: Samhandling, konfliktløsning og etikk*. 177-199. 2. Utgave Oslo Gyldendal Akademiske.

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

Evans, David. 2002. "Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data" *Australian Journal of Advanced nursing* 20(2): 22-26

Fallbjørk, Ulrika H., Pär Salander, and Birgit Rasmussen. 2012. "From ‘No Big Deal’ to ‘Losing Oneself’: Different Meanings of Mastectomy." *Cancer Nursing* 35, no. 5. 41-48.

Fosså, Sophie Dorothea. 2007. «Livet etter kreftbehandling» i *Livet med kreft*. red. Almås, Knut Olav og det Norske Radiumhospital. Oslo: Aschehoug.

Fouladi, Nasrin, Farhad Pourfarzi, Hossein Ali-Mohammadi, Atefeh Masumi, Masumeh Agamohammadi, and Effat Mazaheri. 2013. "Process of Coping with Mastectomy: A Qualitative Study in Iran." *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention : APJCP* 14, no. 3. 2079-84.

Fouladi, Nasrin, Farhad Pourfarzi, Negin Dolattorkpour, Sara Alimohammadi and Elhan Mehrara. 2018 "Sexual life after mastectomy in breast cancer survivors: A qualitative study", *Psycho-oncology*. 27. 434-441.

Freysteinson, Wyona M., Deutsch, Amy S., Lewis, Carol, Sisk, Angela, Wuest, Linda, and Cesario, Sandra K. 2012. "The Experience of Viewing Oneself in the Mirror after a Mastectomy.(Journal Club Article)(Report)." *Oncology Nursing Forum* 39, no. 4: 361-9.

Gannes, Siv. 2015. «Nærhet og seksualitet» *I grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener og livsutfordringer, bind 3*, red. Skaug, Eli- Anne, Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nortvedt. 71-102. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Garne, Jens Petter, Jette Aude og Helle Yjærby Kloster. 2005. «Mammakirurgi» *I kirurgisygdomslære og sykepleie*, red. Jens Krogh Christoffersen og Bente Scharff- Smith, 73-90. København: Nyt Nordisk Forlag Arnhold Busck AS.

Gjertsen, Turid. 2010.«Sykepleieutfordringer ved brystkreft» i *Kreftsykepleie : Pasient, Utfordring, Handling*. Red. Schjøllberg, Tore Kr og Anne Marie Reitan. 3. Utg. ed. 440-445. Oslo: Akribe.

Grogan, Sarah and Jayne Mehan. 2017.«Body image after mastectomy: A thematic analysis of younger women's written accounts» *Journal of health psychology*. 22(11) 1480-1490.

Helsenorge. 2017. «Brystkreft». Lest 12.03.18.

<https://helsenorge.no/sykdom/kreft/brystkreft>

Holland, Fiona, Stephanie Archer and Jane Montague. 2016. « Younger women's experiences of deciding against delayed breast reconstruction post-mastectomy following breast cancer: An interpretative phenomenological analysis» *Journal of Health Psychology*. 21 (8). 1688-1699.

Jacobsen, Dag, Sverre Erik Kjeldsen, Baard Ingvaldsen, Trond Buanes og Olav Røise. 2017. I *Sykdomslære: Indremedisin, kirurgi og anestesi*. Utg. 3. Oslo: Gyldendal akademisk.

Javid, Sara H., Sarah O. Lawrence, Danielle C. Lavallo. 2017. «Prioritizing patient-reported outcomes in breast cancer surgery quality improvement» *The breast journal*. 23 (2). 127-137

Kreftregisteret. 2018. «Fakta om brystkreft» Lest: 12.03.18
<https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Fakta-om-kreft/Brystkreft-Alt2/>

Kreftregisteret. 2018. «Mammografiprogrammet». Lest 22.05.18
<https://www.kreftregisteret.no/screening/Mammografiprogrammet/>

Kristoffersen, Nina Jahren, Per Nortvedt. 2015 «Stress og mestring» i *Grunnleggende sykepleie, pasientfenomener og livsutfordringer, bind 3*. Red. Skaug, Eli-Anne, Finn Nortvedt, Nina Jahren Kristoffersen. 133-189. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, Nina Jahren. 2015. «Relasjon mellom sykepleier og pasient» I *Grunnleggende sykepleie, Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar, bind 1*. Red. Skaug, Eli-Anne, Finn Nortvedt, Nina Jahren Kristoffersen. 83-127. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, Nina Jahren, Breievne, Grete Breievne og Finn Nortvedt. 2015. «Lidelse, mening og håp» i *grunnleggende sykepleie, sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar, bind 3*. Red. Skaug, Eli-Anne, Finn Nortvedt, Nina Jahren Kristoffersen. 246-293. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kunnskapsbasert praksis.no. 2018. "Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie." Lest 25.2.2018.

http://www.helsebiblioteket.no/.../sjekkl.../_attachment/259644...

Norsk senter for forskningsdata og Det nasjonale publiseringsutvalget. 2018.

Publiseringskanaler. Lest 25.02.2018

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

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

Ristevski, Eli, Melanie Regan, David Birks, Nicole Steers, and Anny Byrne. 2015. "A Qualitative Study of Rural Women's Views for the Treatment of Early Breast Cancer." *Health Expectations* 18, no. 6. 2928-940.

Rustad, Lise Jannicke og Borenstein, Eliabeth. 2010. «Sykepleieutfordringer ved kreft i fordøyelsesorganene» i *Kreftsykepleie : Pasient, Utfordring, Handling*. Red. Schjølberg, Tore Kr og Anne Marie Reitan. 3. Utg. ed. 440-445. Oslo: Akribe.

Schlichting, Ellen. 2011 «Sykdommer I brystene» Ørn, Stein, Mjell, Johnny, Bach-Gansmo og Bach-Gansmo, Edvin. *Sykdom Og Behandling*. 37°C. 432-442. Oslo: Gyldendal Akademisk,

Slatman, Jenny, Annemie Halsema, and Agnes Meershoek. 2016. "Responding to Scars After Breast Surgery." *Qualitative Health Research* 26, no. 12. 1614-626.

Solvoll, Betty-Ann 2015. "Identitet og egenverd" I *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener og livsutfordringer*, bind 3. Red. Skaug, Eli-Anne, Finn Nortvedt og Nina Jahren Kristoffersen. 15-36. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Solvoll, Betty- Ann. 2016 "Identitet og egenverd." I *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring*. bind 3. Red. Grimsbø, Gro Hjemleland, Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nortvedt, Eli- Anne Skaug. 105-137. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Sørensen, Elin Myklebust, Marie Kock Lorvik, Nina Grauff Erntsen og Hallbjørg Almås.
2016. "Sykepleie ved brystkreft." I *Klinisk sykepleie 2*, red. Stubberud, Dag-Gunnar, Randi
Grønseth, Hallbjørg Almås, 436-451. Utg. 5. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Databasesøk

	Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Inkluderte artikler
1.	breast cancer.mp. or Breast Neoplasms. and mastectomy.mp. or mastectomy. and experience.mp. limit to ((danish or english or norwegian or swedish) and last 3 years)	23.02.18	Ovid Medline	299	12	5	2
2.	Breast Neoplasms/ or cancer mammae.mp. or breast cancer.mp. or Breast Neoplasms/ or breast tumor.mp. or Breast Neoplasms. And experienc*.mp. and mastectomy.mp. or MASTECTOMY. and quality of life.mp. or "Quality of Life".limit to ((danish or english or norwegian or swedish) and last 3 years).	26.02.18	Ovid Medline	34	5	2	0

3.	Breast cancer .mp. breast neoplasms/ mastectomy mp. Or MASTECTOMY and experiences.mp.	26.02.18	Ovid Medline	259	2	2	1
4.	Mastectomy and breast cancer and body image and experience. Limited to ((female and last 6 years.)	3.3.18	Ovid Medline	29	5	2	1
5.	((life after mastectomy) and a qualitative) and Last 3 years	14.03.18	ProQuest	698	10	4	1
6.	after mastectomy.mp. and breast cancer.mp. or Breast Neoplasms/. limit to last 3 years. Limit to "qualitative (maximizes specificity)"	14.03.18	Ovid Medline	4	1	2	1
7.	1. mastectomy.mp. or MASTECTOMY/ 2. body image.mp. or Body Image/ 3. quality of life.mp. or "Quality of Life"/ 4. breast cancer.mp. or Breast Neoplasms/ limit to (female and full text and "qualitative (maximizes sensitivity)" and last 6 years)	20.3.18	Ovid Medline	18	1	1	1

8.	Experiences.mp and female/ and breast cancer.mp. or Breast Neoplasms/. Limit to /female and qualitative maximizes sensitivity and last 6 years)	21.3.18	Ovid Medline	56	12	5	1
9.	Mastectomy and female and experience	21.3.18	Cinahl	291	5	2	1
10.	Total mastectomy and body image and experiences	09.04.18	Cinahl	3	3	3	0
11.	Breast cancer and Mastectomy and experience	11.04.18	Cinahl	182	10	2	0
12.	mastectomy.mp. or MASTECTOMY/Young Adult/ or experience.mp. breast cancer.mp. or Breast Neoplasms/ 1 and 2 and 3	15.04.18	Ovid medline	2702	4	4	1
13.	(Body image) and mastectomy and (Younger women)	16.04.18	Proquest	4266	2	2	1

Artikkel nr. 1	
Forfatter	Covelli Andrea A, Nancy N. Baxter, Margaret I. Fitch, David R McCready, Frances C. Wright
År	2014
Land	Canada
Tidsskrift	Annals of Surgical oncology
Tittel	“Taking control of cancer” Understanding women’s choice for mastectomy.
Hensikt	Hensikten var å identifisere de faktorene som påvirker kvinners valg for en mer omfattende operasjon.
Metode	Halvstruktureerte intervju og Grounded theory metode ble benyttet. Intervjuene ble innspilt, ordrett nedskrevet og deretter ble resultatene diskutert blant forskningsgruppen.
Deltakere	40 kvinner ble invitert til å delta i studien. 10 kvinner avslo invitasjonen og 1 droppet ut av studien. 29 kvinner deltok. Gjennomsnittsalderen var 55 år. Kvinnene hadde et tidlig stadie av brystkreft.
Hovedfunn	Å ta kontroll over kreften var det dominerende tema. Å velge mer omfattende operasjoner vil gjøre at kvinnen føle at hun tar kontroll over kreftens utfall. Postoperative utfall som smerter etter operasjon og kroppsbilde etter å ha gjennomført en mastektomi ble tatt opp i studien.

Etisk vurdering	Studien var etisk godkjent av institutional Ethics Review Boards.
Vurdering av kvalitet	Nivå 1 God kvalitet
Database	Proquest

Artikkel nr. 2	
Forfatter	Davies Claire C, Dorothy Brockopp, Krista Moe, Peggy Wheeler, Jean Abner, Alexander Lengerich.
År	2017
Land	United States
Tidsskrift	Cancer nursing
Tittel	“Exploring the lived experience of women immediately following mastectomy”.
Hensikt	Hensikten med studien var å undersøke opplevelsene kvinner vil erfare når de ser arrene etter mastektomien for første gang.
Metode	Kvalitativ studie. Intervjuene var utført med 10 kvinner og deres erfaring med mastektomi. Resultatene var analysert med en fenomenologisk tilnærming.
Deltakere/Frafall	Kriteriene innebar at man måtte være kvinnelige brystkreft overlevende som hadde opplevd en mastektomi de siste 6 til 12 månedene, og var eldre enn 18 år. 15 kvinner ble inkludert i studien, hvor fem kvinner måtte trekke seg fra studien på grunn av ulike årsaker.
Hovedfunn	Resultatene av studien viser at kvinner har flere utfordringer etter å ha sett sitt mastektomi-arr for første gang. Det ble delt inn i 8 hovedtemaer: Varig, personlig

	og relasjonell innvirkning, takknemlighet, støtte, håndteringsstrategier, timing og ubehag.
Etisk vurdering	Kvinnene ble informert om at deltakelsen var frivillig og at deres svar ville holdes konfidensielt. Etisk godkjenning ble gjort av «Baptist Health Lexington».
Vurdering av kvalitet	Nivå 2 God kvalitet
Database	Ovid Medline

Artikkel nr. 3	
Forfatter	Fallbjörk Ulrika, Pär Salander, Birgit H. Rasmussen.
År	2012
Land	Sverige
Tidsskrift	Cancer Nursing
Tittel	“From «No big deal» to «Losing oneself»”
Hensikt	Hensikten med studien var å beskrive hvordan det å miste et bryst hadde innvirkning på livene deres, samt hva de tenkte om rekonstruksjon av brystene.
Metode	Kvalitativ studie hvor 15 kvinner ble valgt fra en tidligere populasjons basert studie om mastektomi. De ble kontaktet for intervju 4,5 år etter mastektomien.
Deltakere	Alle kvinner fra Norrland i Sverige som mellom 2003 og 2007 hadde gjennomgått en mastektomi ble invitert til å delta i studien. De ble tilsendt et spørreskjema og 85% av kvinnene svarte på dette. 56% av deltakerne ønsket deretter å delta i intervju. For å få variasjon ble det gjort et utvalg i

	forhold til utdanning, alder, sivilstatus og yrke, samt om de hadde gjennomgått en rekonstruksjon. Til slutt sto 16 kvinner igjen, hvor 1 kvinne takket nei til å delta.
Hovedfunn	Tre forskjellige historier ble identifisert. Den første historien handlet om å miste et bryst ikke ville forandre synet de hadde på seg selv som kvinne. Bryst rekonstruksjon var ikke noe som ble vurdert. Den andre historien omhandler kvinners tap av identitet. Å miste et bryst vil gjøre at man mister seg selv som et seksuelt vesen, person og kvinne. Den tredje historien faller mellom historie en og to. Disse kvinnene mente at feminiteten ble svekket, men ikke følelsen av å være en kvinne.
Etisk vurdering	Studien var vurdert av den etiske komiteen Faculty of Medicine, Umeå universitet. Det ble også brukt pseudonyme navn.
Vurdering av kvalitet	Nivå 2 God kvalitet
Database	Ovid Medline

Artikkel nr. 4	
Forfatter	Fouladi, Nasrin, Farhad Pourfarzi, Hossein Ali-Mohammadi, Atefeh Masumi, Masumeh Agamohammadi, Effat mazaheri.
År	2013
Land	Iran
Tidsskrift	Asian Pacific journal of Cancer Prevention

Tittel	“Prosess of coping with mastectomy: A qualitative study in Iran”
Hensikt	Utdype hvordan kvinner med brystkreft mestrer prosessen ved mastektomi.
Metode	Åpent semi-strukturert intervju ble benyttet. Det var også benyttet åpne spørsmål. Intervjuene ble innspilt og nedskrevet etter hvert intervju.
Deltakere	20 kvinner med brystkreft som hadde gjennomgått mastektomi i alderen 33-71 år.
Hovedfunn	Studien kom frem til syv ulike kategorier som påvirket prosessen til pasienter med brystkreft etter mastektomi. Disse kategoriene var: Reaksjonen til mastektomi, tap og død, gjenoppbygging av evalueringssystem, reaksjoner og problemer etter mastektomi, kontrasten mellom tap og helse og kompatibilitet med endringer og omorganisering.
Etisk vurdering	Deltakerne var informert om studien og kunne velge å trekke seg fra studien når de selv ønsket det. All informasjon om deltakerne ble holdt privat og hver deltaker fikk en kode som representerte hver enkelt for å holde på anonymiteten.
Vurdering av kvalitet	Nivå 1 Middels kvalitet
Database	Ovid medline

Artikkel nr. 5	
Forfatter	Faouladi Nasirin, Farhad Pourfazi, Negrin Dolattorkpour, Sara Alimohammadi, Elham Mehrara
År	2018
Land	Iran
Tidsskrift	Psycho-Oncology
Tittel	“Sexual life after mastectomy in breast cancer survivors: A qualitative study”
Hensikt	Hensikten til dette studiet var å finne ut hvordan kvinner føler seg etter en mastektomi med tanke på seksualliv og kroppsbildet.
Metode	Semistrukturerte intervju ble benyttet. Intervjuene varte i 45-90 minutter. Alle intervjuene ble innspilt og nedskrevet.
Deltakere	30 gifte kvinner mellom 30 og 59 år med brystkreft som ha gjennomført mastektomi 1-5 år før studien.
Hovedfunn	Hovedfunn i studiet viser at kvinnene opplevde forandring i sitt seksualliv og kroppsbildet etter en mastektomi. Psykiske påkjenninger, følelser rundt å ha mistet ett bryst, at de hadde mistet en del av seg selv, forandringer i seksualfunksjon er tydelige funn som kommer frem i studiet. Hovedfunn er også hvordan kvinner kom tilbake til sitt seksualliv etter en mastektomi.
Etisk vurdering	Etisk vurdert av «Research Ethics committee» og deltakerne signerte et samtykke.
Vurdering av kvalitet	Nivå 1

	God kvalitet
Database	Ovid Medline

Artikkel nr. 6	
Forfatter	Freysteinson, Wyona M., Amny s. Deutsch, Carol Lewis, Angela Sisk, Linda Wuest and Sandra K. Cesario
År	2012
Land	Southwestern United States
Tidsskrift	Oncology Nursing Forum
Tittel	“The experience of viewing oneself in the mirror after a Mastectomy”
Hensikt	Hensikten med studiet var å beskrive kvinneres følelser av å se seg selv i speilet etter en mastektomi
Metode	Kvalitativ studie. Det ble brukt fenomenologisk tolkning av intervju som ble innspilt og det ble brukt strukturell analyse. Deltagerne ble spurt om å bli med i studiet under telefonsamtale som ble utført rutinemessig etter en mastektomi.
Deltakere	20 kvinner fikk tilbudet om å bli med i studiet og 12 samtykket til å bli med. To av deltakerne nektet. Den ene kvinnen hadde ikke sett seg selv i speilet enda, mens den andre hadde ingen spesiell grunn. De seks resterende kvinnene tok ikke opp igjen kontakten.
Hovedfunn	I dette studiet ble det forsket på hvordan kvinner reagerte på å se seg selv i speilet etter en mastektomi. Funnene er ulike fra deltaker til deltaker, felles med funnene er

	at deltakerne har både gode og mindre gode opplevelser med å se seg selv i speilet etter en mastektomi. Funnene ble delt opp i ulike temaer: mine tanker, min kropp og andre mennesker rundt meg. Det ble gjort en fenomenologisk tolkning hvor temaene: jeg ser, jeg er, jeg godtar og jeg bestemmer ble funnet.
Etisk vurdering	Studien fikk godkjenning fra «University of Texas Health science Center» og «Texas women's university» i Houston. Deltakerne fikk ivaretatt sin anonymitet og deltakelsen var ikke obligatorisk. Man kunne trekke seg fra studien når som helst.
Vurdering av kvalitet	Nivå 1 God kvalitet
Database	Cinahl

Artikkel nr. 7	
Forfatter	Grogan, Sarah og Jayne Mechan
År	2017
Land	Storbritannia
Tidsskrift	Journal of Health Psychology
Tittel	“Body image after mastectomy: A thematic analysis of younger women's written accounts”
Hensikt	Hensikten i denne studien var å oppnå innsikt i yngre kvinners kroppsbilde etter en mastektomi.
Metode	Deltakerne fikk åpne spørsmål på et online spørreskjema. Det ble anonyme svar. Dette ble gjort for at kvinnene skulle føle seg

	komfortable med å diskutere erfaringer. Det ble brukt en semistrukturert plan.
Deltakere	49 engelsktalende kvinner med alderen 29-53 år og med brystkreft. 8 hadde en bilateral mastektomi, 41 en unilateral mastektomi.
Hovedfunn	Kvinnene opplevde at de ønsket å overleve kreften. De opplevde forandringer i kroppslig identitet. Hvordan mastektomien påvirket kvinnene varierte. Noen opplevde at de var stolt av arrene sine og avviste hvordan det typiske kroppsidealet var. Deltakerne hadde fått spørsmål rundt fire ulike temaer. Tema 1: Å nedtone estetikk i forhold til å overleve kreften. Tema 2: Kroppstillit. Tema 3: Forandret identitet. Tema 4: Effekt av behandling.
Etisk vurdering	Etisk godkjenning fra den etiske komiteen Manchester Metropolitan university. Alle deltakerne ble holdt anonym.
Vurdering av kvalitet	Nivå 1 God kvalitet
Database	Ovid Medline

Artikkel nr. 8	
Forfatter	Holland Fiona, Stephanie Archer og Jane Montague
År	2016
Land	England
Tidsskrift	Journal of health psychology

Tittel	“Younger Woman`s experiences of deciding against delayed breast reconstruction post-mastectomy following breast cancer: An interpretative phenomenological analysis
Hensikt	Hensikten med dette studiet var å studere unge kvinners erfaringer rundt det å ikke ville rekonstruere brystet etter en mastektomi.
Metode	Semi-strukturert intervju der de brukte en metode de kalte for IPA «Individual perspectives and experiences» som skal få frem det individuelle synet. Intervjuene ble tatt opp via skype, kamera ble ikke brukt.
Deltakere	6 deltakere mellom 31 og 46 år som ikke ønsket å rekonstruere brystene etter mastektomi. Alle bodde i England.
Hovedfunn	Hovedfunn i denne artikkelen er at deltakerne var glade for å få fjernet bort kreften og syntes ikke det var nødvendig å legge inn implantat eller å ta hud fra andre plasser på kroppen for å rekonstruere brystene. Studien har tre temaer: Å ta avgjørelsen om å fjerne brystet, opprettholde avgjørelsen med å velge å leve med bare et bryst og det siste temaet handler om å forsvare avgjørelsen og kunne leve lykkelig uten to bryst.
Etisk vurdering	Studiet var etisk godkjent av «British psychological society`s ethical standards» og «university psychological etichs comittee».
Vurdering av kvalitet	Nivå 1

	God kvalitet
Database	Ovid Medline

Artikkel nr. 9	
Forfatter	Javid Sara H, Sarah O. Lawrence, Danielle C. Lavalle
År	2017
Land	USA
Tidsskrift	The Breast Journal
Tittel	“Prioritizing Patient-Reported outcomes in breast cancer surgery quality improvement”
Hensikt	Hensikten med studien var å forstå livskvaliteten til kvinner som gjennomførte en mastektomi for brystkreft.
Metode	Kvalitativ studie. Fokusgrupper og en-til-en intervju ble benyttet. Ulike kirurger måtte også svare på prioriteringsspørsmål. Både pasient og kirurger fikk spørsmål om prioritering av helserelatert livskvalitet og kirurgisk behandling av brystkreft både før og etter mastektomien.
Deltakere	Kvinene hadde gjennomgått en mastektomi med eller uten rekonstruksjon i løpet av de siste to årene. De var engelskspråklige og over 18 år. 216 kvinner ble invitert, 48 kunne ikke bli kontaktet og 51 ønsket ikke å delta. Til slutt endte de opp med 37 deltakere.
Hovedfunn	Kvinner som har hatt en mastektomi rapporterer fokus på emosjonelt velvære, utdanning, kommunikasjon og behandlingsprosessen.

Etisk vurdering	IRB-godkjent av Fred Hutchinson/ universitetet i Washington Cancer Consortium
Vurdering av kvalitet	Nivå 1 God kvalitet
Database	Ovid Medline

Artikkel nr. 10	
Forfatter	Ristevski, Eli, Melanie Regan, David Birks, Nicole Steers, and Anny Byrne
År	2014
Land	Australia
Tidsskrift	Health Expectations
Tittel	“A qualitative study of rural women’s views for the treatment of early breast cancer”
Hensikt	Identifisere hvilke faktorer landlige kvinner oppfattet å påvirke sitt kirurgiske valg for tidlig brystkreft.
Metode	Kvalitativ studie. Semistrukturerte intervju ble brukt. Intervjuene varte mellom 30 og 90 minutter og ble innspilt og nedskrevet.
Deltakere	70 kvinner var med på undersøkelsen. 29 hadde gjennomført en mastektomi og 41 en brystbevarende operasjon. I vår studie ble det fokusert på resultatene fra mastektomideltakerne.
Hovedfunn	Dette studiet identifiserer valg av mastektomi for de som bor i landlige strøk/utenfor byen. Psykososiale faktorer hadde stor innvirkning på de som gjennomførte mastektomi. De var redde for

	tilbakefall av brystkreft, negativt syn på kropp og bryst, familiehistorier med kreft, ville unngå negative opplevelser med behandling de hadde sett andre gå igjennom, slippe å reise for å dra til behandling. De ville slippe fremtidige operasjoner, ha mulighet til å bli kvitt kreften, slå seg til ro, kroppsbilde, frykt for radioterapi
Etisk vurdering	Etisk godkjenning ble gjort fra fire sykehus, en mammografiscreening service og en etisk komite på et universitet.
Vurdering av kvalitet	Nivå 1 God kvalitet
Database	Ovid Medline

Artikkel nr. 11	
Forfatter	Slatman, Jenny, Annemie Halsema og Agnes Meershoek
År	2016
Land	Nederland
Tidsskrift	Qualitative health research
Tittel	“Responding to scars after breast surgery”
Hensikt	Hensikten med studiet er beskrevet slik at studiet er gjennomført for å undersøke erfaringer med arr etter brystoperasjon på grunn av brystkreft, og at dette direkte er knyttet til forandringer kroppslig og psykisk.
Metode	Deltakerne kunne selv velge om de ville delta i intervju eller skrive dagbok. Det var

	Semi-strukturert intervju som ble gjennomført.
Deltakere	10 hadde gjennomgått mastektomi mens 9 hadde gjennomgått brystkonserverende kirurgi.
Hovedfunn	Studiet undersøkte erfaringer kvinnene hadde med enten mastektomi eller brystkonserverende kirurgi. Vi velger å sette fokus på erfaringene de med mastektomi hadde. Studiet hadde satt fokus på å bli synlig merket etter brystoperasjon, smerte og svekkelse og forandringer i psykiske sensasjoner. Den satt også fokus på hvordan kvinnene taklet mastektomien, om de kunne distansere seg fra kroppen eller ikke. Enkelte kvinner var fornøyde med kroppen og så på brystet med et positivt syn, mens andre deltakere brukte lengre tid på å venne seg til mangelen av bryster. Noen hadde ikke vanskeligheter med å vise frem brystene mens andre hadde større problemer, som å vise frem til partner. Klesvalg nærhet, seksualitet, bruk av protese er også diskutert i studiet.
Etisk vurdering	Etisk godkjent av MUMC's etichal review board og alle deltakerne hadde gitt skriftlig samtykke for deltakelsen i studiet.
Vurdering av kvalitet	Nivå 2 God kvalitet
Database	Ovid Medline

Hovedfunn

Vedlegg 3

Hvorfor mastektomi: 1,2,4,6,7,8,10 (7 /11)

Informasjon, preoperativt, hva kunne blitt gjort bedre: 1,2,7,8,9,10 (6/11)

Å få endret kroppsbilde: 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11 (11/11)

Seksuell intimitet etter mastektomi: 1,2,3,4,5,7,9,11 (8/11)

Kvinnens identitet etter mastektomi: 2,3,4,5,7,9,11 (7/11)

Støtte fra de nærmeste: (2,3,4,5,6,9 (6 /11)