



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

**Kvinner i fertil alder og cancer mammae/ Women in
childbearing age and cancer mammae**

Marta Hyllnes

Totalt antall sider inkludert forsiden: 61

Molde, 24.03.2015



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: Ragnhild Michaelsen

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: 16.12.2014

Antall ord: 12 076

Sammendrag

Bakgrunn: Statistikk viser at det i 2012 var 637 kvinner i alderen mellom 19-49 år i Norge som fikk diagnosen Cancer Mammae. Det er høyere overlevelse blant de brystkreftsrammede nå, grunnet forskning, bedret diagnostikk og bedre behandling. For unge kvinner i fertil alder vil Cancer Mammae gi andre konsekvenser enn for eldre.

Hensikt: Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse kvinner i fertil alder sine erfaringer i forbindelse med brystkreft.

Metode: Metoden som er brukt i oppgaven er en systematisk litteraturstudie basert på 11 kvalitative artikler.

Resultat: Kvinnene opplever angst og frykt i forbindelse med sykdommen, de ønsket informasjon og mulighet til å ta egne valg. Angst for å bli gravid, men og angst for å miste muligheten til å bli gravid kom frem, grunnet uvisshet om hva behandlingen de hadde gjennomgått hadde gjort med kroppen. De uttrykte behov for støttegrupper, og utfordringer i forhold til familien.

Konklusjon: Kvinner i fertil alder som får cancer mammae møter på ulike utfordringer, de trenger derfor tilpasset informasjon og tilrettelagt helsehjelp. Sykepleiere må inneha nok kunnskap om sykdommen og utfordringer denne pasientgruppen opplever.

Nøkkelord: Brystkreft, fertile kvinner, fertilitet, familie og erfaringer.

Abstract

Background: Statistics show that in 2012, 637 women aged between 20-49 years in Norway was diagnosed with Cancer Mammae. There is a higher survival among breast cancer patients now, due to research, improved diagnosis and better treatment. For young women of childbearing age who are diagnosed with breast cancer will have other consequences than those who are older and will need a more individualized nursing.

Aim: The purpose of this literature study was to elucidate women in childbearing age's experiences in connection with breast cancer.

Method: The method used in this thesis is a systematic literature study, based on 11 qualitative articles.

Results: Women experiencing anxiety and fear associated with the disease, they wanted information and the opportunity to make their own choices. Anxiety to become pregnant, but also anxiety of losing the ability to become pregnant emerged due suspense about what treatment they had undergone had done with the body. They expressed a need for support groups, and challenges related to the family.

Conclusion: Women of childbearing age receiving cancer mammae meet different challenges, they therefore need customized information and adapted health care. Nurses must possess sufficient knowledge about the disease and challenges this population experiencing.

Keywords: Breast cancer, fertile women, fertility, family and experience.

1.0	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Hensikt/problemstilling	1
2.0	Teoribakgrunn.....	2
2.1	Cancer mammae	2
2.2	Diagnostisering av brystkreft	2
2.3	Behandling.....	3
2.4	Sykepleie/ informasjon.....	4
2.5	Fertilitetsbevarende behandling.....	4
2.6	Traumatisk krise	5
3.0	Metodebeskrivelse	6
3.1	Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	6
3.2	Datasamling- Litteratursøk	6
3.2.1	P(IC)O- Skjema	7
3.2.2	Databaser	7
3.2.3	Søkestrategi	8
3.3	Kvalitetsvurdering	9
3.4	Etiske hensyn.....	9
3.5	Analyse	10
4.0	Resultat.....	12
4.1	Angst og frykt	12
4.1.1	Livet endrer seg.....	13
4.2	Fertilitet	13
4.2.1	Informasjon og valgmuligheter	14
4.2.2	Redsel for å bli gravid etter endt behandling	16
4.2.3	Angst for redusert mulighet til å bli gravid	17
4.2.4	Behov for støttegruppe for kvinner i samme alder.....	18
4.3	Familien.....	19
4.3.1	Utfordringer i forhold til partneren	19
4.3.2	Utfordringer i forhold til barna.....	20
5.0	Diskusjon.....	22
5.1	Metode diskusjon.....	22
5.1.1	Diskusjon av inklusjon og eksklusjonskriterier	22
5.1.2	Søkeprosessen	23
5.1.3	Kvalitetsbedømming	24
5.1.4	Dataanalyse	25
6.0	Resultatdiskusjon	26
6.1	Angst og frykt - krisemestring.....	26
6.2	Fertilitet – konsekvenser og informasjon om valgmuligheter	29
6.3	Familien.....	32
7.0	Konklusjon og implikasjoner for praksis	36
7.1	Forslag til videre forskning	37

Vedlegg 1: søkehistorikk

Vedlegg 2: Oversikt over inkluderte artikler

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Cancer Mammae er den hyppigste forekommende kreftformen hos kvinner i Norge. Statistikk viser at i 2012 var det 2 956 kvinner som fikk denne diagnosen. Av disse var 637 i alderen 19 til 49 år (Kreftregisteret 2014). Brystkreft er den kreftformen det forskes mest på. Dette har ført til tidligere oppdagelse og bedre overlevelse prognose (Almås og Sørensen 2011).

Å få en kreftdiagnose i ung alder kan gi ulike reaksjoner og utfordringer. Jeg har valgt å fokusere på kvinner i fertilalder sine erfaringer med brystkreft. Ved å se på forskning som omhandler kvinners erfaringer i forhold eventuelle fertilitetsproblemer, mestring av sykdommen og erfaringer fra sykdomsforløpet, kan jeg få kunnskap som har betydning for sykepleie til disse kvinnene. Temaet har jeg valgt med bakgrunn i tiden som student i medisinsk praksis. Der møtte jeg to unge kvinner som var innlagt med brystkreft. Jeg erfarte at de hadde behov for sykepleierens tid, omsorg og kunnskap. Jeg ønsket å få mer innsikt i kvinnenes erfaring og det ble derfor utgangspunkt for valg av tema og perspektiv.

1.2 Hensikt/problemstilling

Hensikten med litteraturstudien var å belyse kvinner i fertil alder sine erfaringer i forbindelse med brystkreft.

Problemstilling: Hvordan påvirker brystkreft kvinner i fertil alder sine liv?

2.0 Teoribakgrunn

2.1 *Cancer mammae*

Brystkreft klassifiseres på mange måter, avhengig hvordan cellene ser ut. Her er de mest vanlige klassene;

Invasiv sykdom er en type brystkreft som oppstår i en av melkegangene eller brystkjertlene i brystet. Ved invasiv brystkreft vokser kreften gjennom veggen i melkegangene eller kjertelen og ut i vevet rundt. Den vokser ut av melkegangene/kjertelen (Buckman og Whittaker 2002). Spredning av invasiv kreft til andre steder i brystet kalles «lokal spredning». Den første knuten kalles primærsvulst, og spredning til andre steder i kroppen kalles sekundærsvulster, metastaser eller dattersvulster. Spredningen av kreft skjer sannsynligvis gjennom blodbanen, og oppstår som oftest i skjelettet, lunge eller leveren, og enkelte ganger i eggstokkene, ryggraden eller hjernen. Det er spredningsfaren som ofte inngår i kreftbehandlingen (Buckman og Whittaker 2002).

Noninvasiv sykdom er begrenset til melkegangene/brystkjertelen og er «in situ» (latin for «på stedet»). Denne typen må behandles på en annen måte enn invasiv kreft, og det er vanlig å slippe ytterligere komplikasjoner etter at den er fjernet. Kreft som er in situ pleier ikke å bli invasiv, men når noen blir rammet av denne typen, er det større muligheter for at de utvikler kreft et annet sted i brystet senere (Buckman og Whittaker 2002).

2.2 *Diagnostisering av brystkreft*

Det er retningslinjer om hvordan diagnostisering skal foregå, og den kalles trippeldiagnostikk. Dette innebærer klinisk undersøkelse av brystet, mammografi/ultralyd, og vevsprøve tatt med en tynn nål. Denne metoden har en treffsikkerhet på 98-99 % (Almås og Sørensen 2011). Kreft blir delt inn i stadier:

- Stadium I – lokal vekst
- Stadium II – infiltrerende vekst i et organ
- Stadium III – metastaser til regionale lymfeknuter
- Stadium IIII – metastaser til andre organer

Behandlingsmuligheter og prognose er best i stadium I og dårligst i stadium IIII (Schjølberg 2014).

2.3 Behandling

All behandling av brystkreft i Norge skal følge retningslinjer utarbeidet av Norsk brystkreftgruppe (NBGG). NBGG består av kirurger og onkologer fra flere sykehus. De oppdaterer behandlingen to ganger i året, ut i fra all ny forskning foretatt på verdensbasis (Almås og Sørensen 2011).

Om svulsten er mindre enn 4 cm på største diameter, og ikke flere svulster i brystet, utføres en brystbevarende kirurgi. Svulsten og nærliggende vev blir operert ut. Kvinnen får beholde brystet, men må gjennom en postoperativ strålebehandling for å redusere risikoen for tilbakefall. Strålebehandlingen begynner seks til åtte uker etter operasjon, og har en lengde på fem-seks uker (Almås og Sørensen 2011).

Ablatio mammae utføres hvis kriteriene for brystbevarende ikke er til stede, eller om pasienten ønsker dette selv. Operasjonen går ut på å fjerne hele brystet, som består av fettvev og kjertler. Hvis det er påvist kreftceller i aksillen preoperativt, blir lymfeknuter i armhulen fjernet (Almås og Sørensen 2011).

Mange unge kvinner velger rekonstruksjon av brystet fremfor å bruke løse proteser. Når operasjonen kan utføres er veldig individuelt, mange må vente i flere år, grunnet ventelister og fysiologiske grunner, noen får rekonstruksjon i samme operasjon når de fjerner brystet (Almås og Sørensen 2011).

Kvinner under 55 år som har spredning til lymfeknuter i armhulen, eller har en aggressiv svulst, får cytostatika. Behandlingen skal påbegynnes innen seks uker etter operasjon (Almås og Sørensen 2011). Cytostatika behandling kan føre til uregelmessig og i noen tilfeller uteblitt menstruasjon. Hos yngre kvinner kommer den som regel fort tilbake, men ved ca. 40 % av tilfellene kommer den ikke tilbake. En annen bivirkning ved kjemoterapi er hårtap. De farligste bivirkningene ved kjemoterapi er midlertidig svekkelse av immunsystemet. Kjemoterapien endrer benmargen hvor det produseres blodlegemer, og uten et tilstrekkelig antall hvite blodlegemer kan ikke kroppen bekjempe infeksjoner. Røde blodlegemer kan også bli påvirket, noen kan trenge overføringer for å komme opp på nivået som er nødvendig. Kvalme og vektøkning er også vanlige bivirkninger (Buckman og Whittaker 2002).

Under operasjon av brystkreft tar de biopsi av svulstvevet for å se om svulsten er reseptorpositiv for østrogen/progesteron. Ca. 80 % av svulstene er det, og kvinnene kan da få hormonbehandling. Meningen med hormonbehandlingen er å gi antiøstrogen som vil blokkere reseptorene slik at østrogenet ikke lenger kan stimulere cellene. Behandlingen reduserer risikoen for tilbakefall og varer i fem år for kvinner under 55 år. Behandlingen gjør at yngre kvinner også her kommer i en falsk overgangsalder. Infertilitet sees å være det største problemet, men kvalme, vektøkning og væskeansamling er også vanlige bivirkninger (Almås og Sørensen 2011).

2.4 Sykepleie/informasjon

Når diagnosen brystkreft er bekreftet, skal ikke ventetiden gå utover tre uker. Å tilby pasientene kontakt med sykehuset i ventetiden, slik som telefonsamtaler med sykepleiere er viktig. Sykepleiere må gjenta informasjon som legen har gitt, støtte kvinnene i valgene de tar, og ikke komme med personlige råd. De bør kontrollere at informasjonen er forstått. Pårørende kan være en god ressurs i informasjonsarbeidet (Almås og Sørensen 2011).

Sykepleiere må fokusere på å hjelpe pasientene med å gjenvinne kontroll over livene sine, slik at de klarer å mestre tiden etter operasjonen på best mulig måte. Korrekt informasjon om sykdom, aktuelle komplikasjoner, bivirkninger til behandlingen og å snakke om den videre planen for behandling er viktig. Mange av sykehusene som behandler brystkreft, har pasientskoler eller oppfølgingsgrupper for pasientene. En anbefaler sykepleiere å ha en oppfølgingsamtale en uke etter utskrivelse, siden pasienten er i en stresset situasjon når de er innlagt på sykehus, og ofte kommer på ting de lurer på etter hjemkomst (Almås og Sørensen 2011).

2.5 Fertilitetsbevarende behandling

Ved gjennomgått kreftbehandling er det en risiko for å komme i en prematur menopause (menopause før fylte 40 år). Fertilitetsbevarende behandling som embryokryopreservering kan utføres før oppstart av kreftbehandlingen for å ivareta kvinners ønske om barn etter kreftbehandlingen, og er den eneste etablerte kliniske metoden brukt i Norge. Embryokryopreservering kan kun tilbys kvinner som lever i et stabilt parforhold.

Etter hormonstimulering blir modne oocytter høstet transvaginalt og befruktet i laboratoriet. Embryoer kan kryopreserveres for senere opptining og settes tilbake i uterus når pasienten er blitt erklært frisk. Kryopreserverte embryoer kan ifølge bioteknologiloven i dag oppbevares i inntil fem år. Nedfrysing av embryoer innebærer to til seks ukers utsettelse av kreftbehandlingen, avhengig av kvinnens menstruasjonssyklus. En ny type stimuleringsprotokoll, igangsatt i lutealfasen, bidrar til at oocytter kan høstes i løpet av to uker. Den korte tidsrammen betyr at dette eventuelt kan gjøres før start av kreftbehandling. En tverrfaglig tilnærming er nødvendig for å vurdere de praktiske og etiske sidene ved fertilitetsbevarende behandling. Dette kan gi forbedret livskvalitet til langtidsoverlevende unge jenter, som er en stadig voksende gruppe (Tidsskrift for den Norske Legeforening 2011).

2.6 Traumatisk krise

En traumatisk krise kan utløses av akutte dramatiske hendelser som ulykker, livstruende sykdom og dødsfall. Å få cancer mammae kan være en slik situasjon. Krisen kjennetegnes av at personens tidligere erfaringer og innlærte reaksjoner ikke er tilstrekkelige til at vedkommende makter å forstå og mestre den aktuelle situasjonen. Krise vil alltid ha forskjellig styrke og intensitet, og den enkelte vil oppleve ulike grader av problemløsning. Psykiateren Cullberg nevner de fasene den traumatiske krisen har:

- Sjokkfasen - personen kan oppleve en uvirkeligfølelse, angst/uro, følelsesmessig apati og lammelse. I denne fasen kan pasientens evne til å forstå og bearbeide informasjon være meget begrenset.
- Reaksjonsfasen – er preget av komplekse følelsesmessige reaksjoner. Angst og frykt kan bli intens og er knyttet til en trussel mot eksistensen og livet. Pasientene prøver å finne en mening i den kaotiske situasjonen. Reaksjonsfasen kommer når pasientens bevissthet har tatt innover seg og forstått konsekvensene av tapet.
- Bearbeidingsfasen – her begynner pasienten å bli mer fremtidsorientert, og forsoner seg så smått med situasjonen. De blir realitetsorientert til egen situasjon, og de reintegreres i sosiale roller/aktiviteter.
- Nyorienteringsfasen – den som gjennomlever en traumatisk krise, har fått innsikt i egne ressurser og mestringssevne, men en sårflate vil alltid stå igjen. De tar med seg krisens erfaringer med seg videre i livet, og mange finner nye verdier i ettertid. (Schjølberg 2014).

3.0 Metodebeskrivelse

Bacheloroppgaven for sykepleie ved høgskolen i Molde skal skrives som en systematisk litteraturstudie hvor man skal besvare hensikten og problemstillingen som er valgt (Høgskolen i Molde 2014). Dette innebærer å søke systematisk, identifiserer og kritisk granske fellestrekk i valgt litteratur (Forsberg og Wengstrøm 2008).

3.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjons og eksklusjonskriterier ble brukt for å forenkle søkeprosessen ved å velge bort artikler som ikke var relevante for min hensikt.

Inklusjonskriterier:

- Kvinner med en brystkreftdiagnose
- Kvinner i fertil alder
- Etiske vurderte artikler
- Artikler på norsk, svensk, dansk eller engelsk
- Refereevurderte og originalartikler
- Artikler fra 2006-d.d

Eksklusjonskriterier:

- Kvinner over 50 år
- Menn
- Ikke etisk godkjente artikler
- Artikler fra Afrika og Asia
- Reviewartikler

Jeg har inkludert kvinner i fertil alder med en brystkreftdiagnose grunnet min hensikt med studien, og mener de best besvarer denne. Refereevurderte, original og etisk-godkjente artikler ble inkludert grunnet forskriftene fra Høgskolen i Molde (2014). Menn ble ekskludert kun fra resultat delen i oppgaven, det samme med reviewartikler.

Ekskluderingen av artikler fra Afrika og Asia, er siden helsesystemet i disse landene er så ulik til det i Norge, at det har blitt vanskelig å knytte det oppimot norsk praksis.

3.2 Datasamling-Litteratursøk

For å få kvinner i fertil alders sine erfaringer i forhold med brystkreft, var det naturlig å velge artikler med et pasient perspektiv. Sentrale nøkkelord fra PICO skjema ble utgangspunkt for valg av søkeord.

3.2.1 P(IC)O- Skjema

Med veiledning fra bibliotekar utarbeidet jeg et PICO skjema, som til slutt endte med et PO-skjema. Jeg gjorde noen søk sammen med bibliotekar med få søkeord i databasen Oria, som ga flere relevante treff. PICO- skjema er et verktøy som brukes for å dele opp problemstillingen slik at den kan struktureres på en hensiktsmessig måte. Hver av bokstavene i PICO har bestemte momenter (Nortvedt et.al 2013).

P i skjemaet står for population/problem, hvilken type pasient eller pasientgruppe gjelder spørsmålet? (Nortvedt et.al 2013). Jeg var ute etter pasienter som var kvinner i fertil alder med brystkreft. I står for intervensjon. Hvilket tiltak, eller hvilken intervensjon ønsker jeg vurdert? Hva er det pasienten «utsettes» for i klinisk praksis som jeg er interessert i? C står for comparison. Skal det tiltaket jeg satt opp over sammenlignes med et annet? Dersom noe skal sammenlignes, skal det settes opp her. O står for outcome. Hvilke utfall eller endepunkt er vi interessert i? Hvilken effekt av tiltaket ønsker vi vurdert? (Nortvedt et.al 2013). Jeg ønsket svar på problemstillingen som var kvinners erfaringer. Det er ikke alle problemstillinger man trenger å bruke alle momentene. I min litteraturstudie tar jeg i bruk P og O. Dette fordi det er disse spørsmålene jeg skal finne svar på i studiet, og jeg skal ikke vurdere noe tiltak eller sammenligne noe.

	P	O
Norsk	Bryst kreft* Kvinner i fertil alder Unge kvinner	Erfaringer Fertilitet Problemer
Engelsk	Breast cancer* women of childbearing age young women	Experience Fertility Issues

3.2.2 Databaser

Etter tips fra bibliotekar valgte jeg å gjøre mine fleste søk i databasen Oria. Oria gir muligheten til å finne bøker og artikler i samme søk, og bygger oppunder databaser som OvidMedline og ProQuest osv. noe som gjør denne til en fullverdig

database. Jeg brukte også OvidMedline i et av søkene, der jeg inkluderte to av mine artikler.

3.2.3 Søkestrategi

Ved søk i Oria gikk jeg først inn på avansert søk, deretter skrev jeg inn ordene under P`en fra PIO skjemaet i det ene søkefeltet, og søkeordene fra O`en i de andre søkefeltene.

Fordelen med databasen Oria er at en kan skrive inn alle søkeordene i et søk.

Resultatet kan avgrensnes ved bruk av lenker til venstre for trefflisten. Her brukte jeg avgrensningene for artikler fra de fem siste år. Etter hvert i søkingene måtte jeg utvide til artikler fra siste ti år. Fra disse søkene inkluderte jeg en artikkel fra 2006 og en fra 2009 på grunn av relevans for problemstillingen.

I OvidMedline skrev jeg inn hvert søkeord fra P`en. Ved for eksempel søk på breast cancer kunne jeg hake av breast neoplasm, da slapp jeg å gjøre søk på alle MeSH-terms, som er medisinske termer eller nøkkelord som brukes av The National Library of Medicine for å indeksere referanser til databasen MEDLINE (Nordtvedt et al. 2013). Etter jeg hadde søkt på alle ordene i P, kombinerte jeg de med AND. Videre søkte jeg på ordene i O. Så kombinerte jeg ordene i O`en med AND eller OR. Tilslutt kombinerte jeg P og O, med AND. And og or som jeg har brukt, er de vanligste boolske operatører. Med or utvider en søket ved å gi treff på artikler som inneholder enten det ene eller det andre søkeordet. Med and, avgrensner en søket ved å kun gi treff på artikler der begge søkeordene er med (Nortvedt et al. 2013).

Noen av artiklene var ikke tilgjengelig i fulltext, disse bestilte jeg via BIBSYS. Noen av artiklene visste seg å være reviewartikler som ikke kan brukes i resultatdelen. På dette tidspunktet satt jeg igjen med 11 inkluderte artikler, som alle var kvalitative.

Søkehistorikken er presentert i vedlegg nr. 1.

3.3 Kvalitetsvurdering

Som tidligere beskrevet hadde jeg 11 artikler med kvalitativt forskningsdesign som skulle kvalitetsvurderes. For å kvalitetsvurdere artiklene brukte jeg sjekklister for kvalitativ forskning fra Kunnskapssenteret (2014). Sjekklisterne er et hjelpemiddel som brukes for å vurdere artiklenes vitenskapelige nivå. Svarene en får ved å bruke sjekklisterne, sier noe om reliabiliteten på resultatene og om resultatene kan anvendes i praksis (Nordtvedt et al. 2013).

Ved bruk av skjema for kvalitetsbedømming av kvalitative forskningsdesign ble artiklene bedømt etter antall oppfylte ja-svar, delt på antall kriterier. Dermed fikk jeg angitt graden av kvalitet i form av prosentvis score. Inndelingen av Grad 1 = høy kvalitet, 80-100 %, Grad 2 = middels kvalitet, 70-79 %, Grad 3 = lav kvalitet, 60-69 % (Willman, Stoltz og Bahtsevani 2006). Alle mine inkluderte artikler er vurdert til grad 1, med ja svar på alle spørsmål.

For å finne ut hvilket nivå tidsskriftene som mine artikler var utgitt i hadde, brukte jeg Norsk samfunnsvitenskapelige datatjenester sitt register over autoriserte publiseringskanaler (Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste NSD 2015). Her søkte jeg opp ISSN nummer til tidsskriftet de var utgitt i. Ut ifra søk her viste det seg at seks av artiklene var utgitt i tidsskrift som holdt nivå 1, og fem på nivå 2.

I tråd med retningslinjene for Bacheloroppgaven i sykepleie ved Høgskolen i Molde (2014) er ti av artiklene fra de siste fem år. En inkludert artikkel er fra 2006. All kvalitetsvurdering er ført i skjemaet for inkluderte artikler (vedlegg nr. 2).

3.4 Etiske hensyn

Alle inkluderte artikler unntatt en, er godkjent av en etisk komité. Artikkelen som ikke er godkjent beskriver resultatene fra blogger skrevet av kreftpasienter. Denne ble fritatt fra etisk godkjenning, da bloggene allerede var publisert på nettet av informantene selv. Her ble det innhentet samtykke fra bloggeierne, og forskerne tok etiske hensyn gjennom hele studien.

Samtidig går det igjen i samtlige artikler at informantene har gitt både skriftlig og muntlig samtykke for deltagelse i studien. De hadde også mulighet til å trekke seg fra studien til enhver tid. Det er lett at egen forforståelse kan virke inn på tolkningen av datamaterialet og dermed resultatet, det er derfor særdeles viktig å være oppmerksom på dette. En måte å være tro mot deltakernes beskrivelser er å gjengi deltagerens utsagn som sitat (De nasjonale forskningsetiske komiteene 2010). Dette har jeg også gjort i min oppgave, for at jeg skulle kunne være nøytral og for at forforståelsen min ikke skulle påvirke resultatet.

3.5 Analyse

Jeg valgte å bruke analysemetoden til Evans (2002) for å systematisk innhente informasjon om valgte artikler. Denne metoden består av fire steg:

1. Innsamling av primærstudier (artikler)
2. Identifisere nøkkelfunn i hver enkel studie
3. Bestemme hvordan disse funnene relaterer seg i forhold til funn fra andre inkluderte studier
4. Samle felles funn for å utvikle en beskrivelse av fenomenet (= resultatpresentasjonen)

I det første steget skal en finne artiklene som skal inkluderes i studien. Her brukte jeg PO-skjemaet for å finne gode søkeord som nevnt ovenfor, gjorde strategiske søk ved å bruke valgte søkeord og aktivt bruk av inklusjons/eksklusjonskriteriene. I denne fasen ble utvalget som består av 11 artikler bestemt (vedlegg 1).

I steg to leste jeg gjennom artiklene flere ganger, for å sikre at de var relevante og at de svarte på min hensikt og problemstilling. Gjentatte gjennomlesninger bidro til en helhetsforståelse av den enkelte artikkel. Jeg tok notater underveis. I gjennomlesningen var jeg oppmerksom på hva hver enkelt studie fortalte som kunne ha betydning for å svare på min hensikt og problemstilling. For å skille artiklene fra hverandre ble hver enkelt artikkel nummerert. Hovedfunnene ble fargekodet. Dette bidro til oversikt over materialet. Vedlegg nr.2 viser oversikt over den enkelte studie og hovedfunnene.

I tredje steget sammenlignet jeg alle funnene fra alle artiklene. Jeg identifiserte og sammenlignet temaer som gikk igjen. Disse ble samlet under felles temaer ut fra likheter og forskjeller (Evans 2002).

I fjerde steget ble funn som gikk igjen i artiklene presentert under felles tema og undertema med referanse til originalstudien. For å levendegjøre funnene har jeg brukt en del direkte sitat fra informantene. Dette fjerde steget utgjør resultatdelen (Evans 2002). Analysen resulterte i tre tema og sju undertema.

4.0 Resultat

Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse kvinner i fertil alder sine erfaringer i forbindelse med brystkreft. I dette kapitlet presenterer jeg funn fra 11 inkluderte forskningsartikler. På bakgrunn av analysen ble funnene kategorisert i tre tema; *angst og frykt, fertilitet og familien*.

4.1 Angst og frykt

Mange av kvinnene uttrykte ulike former for angst eller frykt, spesielt i forbindelse med diagnostiseringen. Spørsmål som; kommer jeg til å dø, hvordan reagerer jeg smertemessig på behandlingen, hvis jeg dør, hva vil skje med barna /partneren min, hvordan skal jeg leve med psykiske/fysiske smerter etter behandlingen på sykehuset, dør jeg om jeg blir gravid. Dette var alle redselsfulle tanker og spørsmål som kvinnene hadde (Keim-Malpass et al. 2012, Connell, Patterson og Newman 2006, Antoine et al. 2012, Fisher og O`Connor 2011, Gorman et al. 2010, Easley og Baukje 2012, Coyne, Wollin og Creedy 2011, Corney og Swinglehurst 2013, Lee et al. 2010, Coyne og Borbasi 2009, Pedersen et al. 2014).

Angsten påvirket kvinnene på ulike måter. I studien til Pedersen et al. (2014) nevnte alle at de var i sjokk da de fikk diagnosen. Usikkerheten ble framtrædende med en gang, de hadde mange spørsmål samtidig som de var veldig redde. Noen fikk angstanfall grunnet mistro til helsesystemet, mangel på informasjon og ubesvarte spørsmål.

I flere studier kom det frem angst for å dø og bekymringer for hvordan familiene skulle greie seg hvis de ble borte (Antoine et al. 2012, Connell, Patterson og Newman 2006 og Fisher og O`Connor 2011). Noen av kvinnene sørget for at de hadde livsforsikringen i orden, på denne måten lettet de noe av frykten/tankene på hvordan familien skulle klare seg hvis de skulle dø. Her er et sitat fra en av kvinnene som belyser dette;

I've got a half a million dollars with a life insurance, if anything happens and that is really, really, really reassuring to me to sort of just know... At least that side of it, that everyone will be OK. It's not just that they've (children) lost their mother, but at least their dad could be there for them and him not working long hours (Fisher og O`Connor 2011, 161).

Frykten for å dø var spesielt høy i forbindelse med diagnostisering. Derfor valgte flere å ta den mest aggressive behandlingen for å ha best mulighet til overlevelse. Noen grunnet dette med at de hadde barn fra før, derfor var det viktig å overleve for barnas skyld, for andre var frykten for døden utslagsgivende for valget. Noen fikk ikke vite om de valgmuligheter som fantes (Keim-Malpass et al. 2012, Lee et al. 2010, Corney og Swinglehurst 2013 og Gorman et al. 2010).

4.1.1 Livet endrer seg

For mange av kvinnene endret livet seg etter diagnosen og behandlingen. På grunn av frykt for tilbakefall og uvisshet om hvor lenge de kom til å leve, ble det vanskelig å se seg selv i et fremtidsperspektiv. Samtidig var de bekymret for barn og partner (Antoine et al. 2012, Connell, Patterson og Newman 2006).

For andre førte sykdommen til en erkjennelse av at livet ikke varer evig (Fisher og O'Connor 2011, Coyne og Borbasi 2009). Disse kvinnene vinklet situasjonen til noe positivt. De var i live.

Dette belyses gjennom følgende sitat:

“I definitely don't take anything for granted any more” (Coyne og Borbasi 2009, 11)

“It's great not to be sick anymore... To get your hair back- It feels so good” (Coyne og Borbasi 2009, 11)

4.2 Fertilitet

Kvinnene fikk mange utfordringer de ikke hadde tenkt på. Fertilitet og konsekvenser av behandlingen de skulle gjennomgå var uvitende kompetanse for mange av kvinnene. Å skulle ta store avgjørelser om fremtiden på kort tid ble vanskelig uten tilstrekkelig informasjon. Dødsangsten gjorde noen av kvinnene redde for å bli gravide etter endt behandling, mens andre var redd for at de ikke kunne bli gravid etter behandlingen de hadde gjennomgått, mange savnet alderstilpasset informasjon. (Connell, Patterson og Newman 2006, Antoine et al. 2012, Gorman et al. 2010, Corney og Swinglehurst 2013,

Lee et al. 2010, Coyne og Borbasi 2009, Pedersen et al. 2014 og Keim-Malpass et al. 2012).

4.2.1 Informasjon og valgmuligheter

Behov for informasjon og valgmuligheter tatt opp i forskjellige situasjoner (Connell, Patterson og Newman 2006, Gorman et al. 2010, Corney og Swinglehurst 2013, Lee et al. 2010, Coyne og Borbasi 2009 og Keim-Malpass et al. 2012, Pedersen et al. 2014).

I studien til Lee et al. (2010) kommer det frem at mange av kvinnene fikk forskjellig informasjon om graviditet og eggstimulans/hormonbehandling fra forskjellige profesjoner på sykehuset. Dette førte til usikkerhet hos kvinnene. Det ble vanskelig å vite hvilken informasjon som var sann. Usikkerheten gjorde kvinnene redde og de trodde på det verst tenkelige. Frykten steg ytterligere dersom de fikk uklar informasjon på spørsmål om en eventuell graviditet ville redusere overlevelsen av kreften eller ikke.

Mange følte at onkologen ikke gav de valgmuligheter med hensyn til behandlingsform. De følte også et sinne rettet mot kreften som hadde satt dem i denne situasjonen. Kvinnene som hadde barn fra før, mente onkologen ikke tok opp temaet fertilitetsbevarende behandlingsalternativer fordi han mente de ikke trengte flere barn. De opplevde derfor at onkologen fratok kvinnene muligheten til å få flere barn. En av kvinnene sier dette slik:

“I think they did just look at me and think well you`ve got one and that should be enough“ (Lee al. 2010, 1049).

Dette understøttes av Corney og Swinglehurst (2013). Kun halvparten av kvinnene i deres studie fikk informasjon og tilbud om en ART (Assistert befruktnings teknologi (ART) innebærer flere typer medisinsk behandling designet for å føre til graviditet). På grunn av rask oppstart av behandlingen fikk de ikke tilbud om konsultasjon med lege før avgjørelsen måtte tas. Mange hadde ikke tenkt på fertilitet før de fikk diagnosen, og visste ikke om at det fantes alternative behandlingsmåter.

De som ikke fikk tilbud om ART og de som ble frarådet denne behandlingen uten noen god begrunnelse følte seg frarøvet sjansen til en gang å bli mor. Kvinnene i Coyne og

Borbasi (2009) ga uttrykk for at de var såpass preget av sjokk, så de fikk ikke med seg informasjon som kun ble sagt en gang. Single barnløse kvinner var sinte for at de ikke var blitt informert eller tilbudt en ART/fertilitetsbevarende behandling. Tre av fire sa de ville benyttet seg av en ART hvis de hadde fått muligheten (Corney og Swinglehurst 2013).

I studien til både Keim-Malpass et al. (2012) og Gorman et al. (2010) uttrykte kvinnene at de hadde fullt fokus på å overleve sykdommen etter diagnostiseringen, så det å skulle ha utført en ART, ble for risikofyllt og krevende. Men også de reagerte på at de ikke fikk ta valget selv.

I studien til Corney og Swinglehurst (2013) og Lee et al. (2010) ønsket kvinnene seg at all informasjon om fertilitet kom frem rett etter diagnostiseringen. De ønsket en egen konsultasjon om temaet der partneren fikk være med, de mente dette var et stort og viktig tema også for dem. De ønsket at informasjonen de fikk var tilpasset deres aldersgruppe. Både Coyne og Borbasi (2009), Lee et al. (2010) og Pedersen et al. (2014) belyser at kvinnene må få den informasjonen de har behov for, uten å måtte etterspørre den selv. Mange er i sjokk i forbindelse med diagnosen, derfor er ikke tanken på konsekvenser knyttet til fertilitet tilstede. Derfor må helsepersonell gi denne informasjonen uoppfordret. Det at helsepersonell ga korrekt informasjon og at den ble gjentatt var viktig, siden de hadde vanskeligheter med å fokusere på det som ble sagt i sjokkfasen.

I Pedersen et al. (2014) fikk de spørsmål hvordan de ønsket at kontakten med helsepersonell skulle være. De ønsket en kreftkoordinator, som gjerne kunne være sykepleier. Dette sikret god kompetanse. De ønsket oppfølging fra denne personen hele veien, være med på konsultasjoner, svare på spørsmål, og at de kunne kontakte de når de ønsket. Mange følte seg alene etter utskrivelsen fra sykehuset og etter polikliniske konsultasjoner. Koordinatoren kunne formidle kontakt med rehabiliteringstilbud, økonomiske bistandshjelpere og barnevaktordninger, de ønsket også en brosjyre/veileder som inneholdt hele sykdomsforløpet. De fremhevet også her betydningen av at informasjonen som var alderstilpasset deres gruppe (Pedersen et al. 2014).

4.2.2 Redsel for å bli gravid etter endt behandling

Det kom også frem bekymringer for det å bli gravid (Gorman et al. 2010, Corney og Swinglehurst 2013, Armstrong et al. 2010, Pedersen et al. 2014 og i Lee et al. 2010). Også her var det ulike anbefalinger av leger som gjorde dem usikker på om en graviditet ville trigge kreften tilbake, spesielt for de som hadde en reseptorpositiv krefttype. Et sitat fra en kvinne belyser dette;

One doctor told me, and... I didn't get this wrong because my friend was there with me- she told me that getting pregnant could actually be beneficial for me- I was quite happy about that... And then I've got a male doctor and he's like "No, that's not the case" so I found that people were giving me different answers and information (Corney og Swinglehurst 2013, 23).

Lite informasjon ble gitt uoppfordret til kvinnene fra legens side, de satt igjen med mange spørsmål i ettertid knyttet til fertilitet. Her er et sitat fra en kvinne som belyser dette;

"If my eggs were damaged from the chemo, does that mean that the baby would be damaged?" (Corney og Swinglehurst 2013, 23)

Redsel for å bli gravid var høy blant de som hadde hormon-positiv krefttype og skulle høste egg som er en del av fertilitetsbevarende behandling. De hadde fått hørt fra legene sine at denne behandlingen kunne trigge kreften tilbake

En kvinne belyser dette:

"My cancer is oestrogen positive, so, in theory, if I got pregnant, and there's any cancer cell in my body, I would feed it" (Lee et al. 2010, 1046)

I studien til Gorman et al. (2010) forteller en av kvinnene til sin onkolog at hun nå etter endt behandling, ønsket hun å bli gravid. Legen responderte svært negativt til dette, og fortalte henne at dette kunne føre til tilbakefall av kreften. Dette gjorde kvinnen fortvilt siden hun hadde et stort ønske om flere barn i sitt liv. Kvinnen byttet derfor til en ny onkolog som var mer positiv til hennes ønsker, med tett oppfølging fikk kvinnen tre barn etter sykdommen.

4.2.3 Angst for redusert mulighet til å bli gravid

Mange kvinner kjente på uvisshet med tanke på graviditet, og hvilke konsekvenser behandlingen hadde gitt (Corney og Swinglehurst 2013, Pedersen et al. 2014, Antoine et al. 2012, Gorman et al. 2010, Lee et al. 2010).

I studien til Corney og Swinglehurst (2013) og Antoine et al. (2012) førte mangelfull kunnskap om bivirkninger i forbindelse med behandlingen til at livene deres ble satt på vent. Kvinnene som fikk hormonbehandling (varer i fem år) visste at de ikke kunne bli gravide i behandlingstiden, men de bekymret seg om behandlingen hadde redusert sjansen for å bli gravid etter at behandlingen var avsluttet. Fertilitetsbekymringer varierte selvsagt på hvor i livet kvinnene var.

Kvinner som var mødre, men som også ønsket seg flere barn, tok likevel den behandlingen som kunne føre til infertilitet. Denne behandlingen økte sjansene for overlevelse, og det var viktig for dem å leve lengst mulig slik at de fikk se sine barn vokse opp (Gorman et al. 2010). Disse sitatene belyser dette;

I kept going back to the fact that I wanted to have children, and they said, well what good are you going to do with having children if you're not going to be here to raise them? So that probably was the big thing that made me decide, okay, I have to do what it takes to make sure I'm going to be here, and then I can go forward with having kids (Gorman et al. 2010, 36)

I think that going through infertility treatments is extremely difficult for a woman who has been through breast cancer... it brings back a lot of feelings that I haven't felt in a couple years, because I, I do feel like the situation that I'm in is because of the treatments I had because of breast cancer. And I am extremely happy to be alive, don't get me wrong. I am very thankful for the situation that I'm in. But it also just a reminder of the fact that I don't have a normal life because of an experience I had 4 years ago with cancer. So it's, it does bring up a lot of emotions that I kind of worked through a couple years ago (Gorman et al. 2010, 38)

I studien til Lee et al. (2010) sier noen av kvinnene at de føler sinne ovenfor kreften. De bekymrer seg for om de er fertile eller ikke, de opplever en uvisshet og føler kreften har tatt et viktig valg for dem. Som en av kvinnene sier;

«I've never really wanted children. But when I was told it might not happen, it did make me think differently, the choice isn't yours anymore» (Lee et al. 2010, 1048).

4.2.4 Behov for støttegruppe for kvinner i samme alder

I studien til Coyne og Borbasi (2009) fortalte en av kvinnene at hun var med i en støttegruppe for overlevende brystkreft-rammede. Flertallet i støttegruppen var over 60 år. Hun følte at ikke hun kunne ta opp problemer som hun strevde med, slik som gynekologiske problemer, fertilitetsproblemer og seksuelle problemer, siden dette var problemer resten av gruppen trolig ikke var opptatt av. Derfor ønsket både hun og kvinner fra studien til Connell, Patterson og Newman (2006), Easley og Baukje (2012) og Pedersen et al. (2014), en støtte-gruppe som var tilpasset unge kvinner. I en slik gruppe ville det være lettere å ta opp slike problemer. En av kvinnene belyser dette:

When I was diagnosed, I know it was 10 years ago, all the research and everything all were toward women who were older... I went to support groups and stuff and fertility was my concern. Everybody else had already had their kids and everything, so it wasn't ever really discussed, and the information wasn't really out there (Gorman et al. 2010, 38).

En av kvinnene lurte på hvordan hun skulle kunne ta avgjørelser om bl.a. fertilitet når den eneste informasjonen hun fikk var gjennom en brosjyre tilpasset kvinner fra 60 år. For mange av deltakerne var støtte det største umøtte behovet (Connell, Patterson og Newman 2006).

I studien til Easley og Baukje (2012) og i Pedersen et al. (2014) omtaler kvinnene også her rehabiliteringstilbud som ikke-eksisterende. De var skuffet over lite eller ingen informasjon om hjelp etter endt behandling, både når det kom til fertilitetsspørsmål og psykologtjenester. De opplevde et sterkt behov for dette, men var usikre på hvilke tilbud som var tilgjengelige. De hadde ønske om at det skulle bli lettere for pasientene i fremtiden å navigere gjennom hvilke muligheter og tilbud som fantes (Easley og Baukje 2012, Pedersen et al. 2014).

4.3 Familien

Det kom frem ulike samlivs og familiære utfordringer som deltakerne erfarte under sykdomsperioden. Jeg har valgt å presentere disse i to undertemaer; utfordringer i forhold til partneren og utfordringer i forhold til barna (Antoine et al. 2012, Corney og Swinglehurst 2013, Pedersen et al. 2014, Coyne og Borbasi 2009, Connell, Patterson og Newman 2006, Coyne, Wollin og Creedy 2011 og Fisher og O'Connor 2011).

4.3.1 Utfordringer i forhold til partneren

Det å opprettholde rutineene i dagliglivet var viktig for kvinnene. De ønsket ikke at sykdommen skulle prege dagliglivet. Alt skulle ikke handle om deres sykdom. Det varierte hvorvidt de lyktes med dette. Noen av kvinnene klarte å holde sykdommen på avstand når de var på jobb eller sammen med barna og partneren hjemme. Men når de var alene, kom følelsene, den ene kvinnen sier hun hadde sin gråteplass i bilen (Fisher og O'Connor 2011, Pedersen et al. 2014 og Coyne, Wollin og Creedy 2011).

De opplevde partnerne som støttende og hjelpsom, deres positive holdning bidro til å normalisere dagliglivet. Selv om de fikk god støtte fra sine, følte de seg likevel alene når de f.eks. skulle til behandling på sykehuset (Coyne og Borbasi 2009, Antoine et al. 2012, Fisher og O'Connor 2011). Dette belyses gjennom et sitat fra en av kvinnene;

So here I am with ice packs taped all over me, again heading up to the hill (hospital), again by myself... because John was home with the kids. God knows how it was for him. (Coyne og Borbasi 2009, 10).

Selv om kvinnene opplevde partnerne som støttende, var de likevel bekymret for dem. Noen fortalte at menn som hadde brutt sammen. Kvinnene opplevde at de ikke var i stand til å være den støtten de ønsket. Ofte holdt kvinnene sine følelser og bekymringer for seg selv for å unngå å bekymre sine partnere. En av kvinnene belyser dette;

“It was all very well for me to be leaning on him as my support but he didn't have very much support....” (Coyne, Wollin og Creedy 2011, 127)

I studien til Antoine et al. (2012), sier kvinnene at selv om det ble mange utfordringer når de fikk diagnosen, ble de tettere og sterkere som partnere. “It's certain that it brought us

closer; we are certainly stronger. It's normal, because it's not an easy ordeal. So I think we have to love each other a lot" (Antoine et al. 2012, 215).

Spørsmålet knyttet til ART krevde vanskelige avgjørelser på relativ kort tid. Selv om mennene ønsket seg barn i fremtiden, var det viktigst å se sin kjære overleve sykdommen (Corney og Swinglehurst 2013).

Mike has always wanted children as well, and I tried to talk it through with him, but he couldn't deal with everything else, let alone that too- he is the same, like `your health comes first; whatever we need to sort out, we'll sort out at a later date, and see what happens (Corney og Swinglehurst 2013, 23).

Noen så sykdommen som en test på om kjærligheten var sterk nok til at mennene ble ved deres side. De følte at partnerens kjærlighet var stor. Betydningen av å ha en partner ved sin side, var ubeskrivelig, de uttrykte at kjærligheten og omtanken fra mannen hjalp dem til å gjennomleve sykdomsforløpet på en god måte. De følte seg sterkere som enkeltindivid og forholdet til partneren ble styrket (Antoine et al. 2012).

4.3.2 utfordringer i forhold til barna

Funn viser at kvinnene erfarer en endret identitetsrolle som mødre ved cancer mammae. Bekymringer ovenfor barna var gjennomgående (Coyne, Wollin og Creedy 2011, Connel, Patterson og Newman 2006, Antoine et al. 2012, Pedersen et al. 2014 og Fisher og O'Connor 2011).

Kvinnene som hadde litt eldre barn erfarte at barna hjalp til med husarbeid og var med på konsultasjoner på sykehuset for at informasjonen som ble gitt, skulle bli husket. Her følte mødrene at rollene ble snudd på hode, samtidig var de svært takknemlige for hjelpen de fikk. Noen kvinner følte de eldre barna ble tvunget til å vokse opp raskere og fikk mye ansvar. Dette ble en bekymring for mødrene, de ble redde for at barna fikk for mye ansvar. Skyld ovenfor barna var gjennomgående i flere av studiene. Følelsen av å ikke kunne ta seg av barna sine i sykdomsperioden pga. av bivirkningene de fikk fra behandlingen slik som kvalme og fatigue ga de følelsen av å miste sin identiteten som mødre. Dette ga store belastninger for kvinnene psykisk, de følte seg ubrukelige som

mødre (Coyne, Wollin og Creedy 2011, Connel, Patterson og Newman 2006, Antoine et al. 2012, Fisher og O`Connor og Pedersen et al. 2014).

Alt dette gjorde det vanskelig for mødre å akseptere sykdommen og alle forandringene den førte med seg. Noen følte seg stemplet som og kun være brystkreft-pasient, rollen som mor var utvisket, både av helsepersonell og av venner/bekjente. Helsepersonellet konsentrerte seg kun om det medisinske aspektet når de var inne til behandling eller konsultasjoner, og med oppsett til timer på sykehuset tok de aldri hensyn til at noen tidspunkt var bedre enn andre med tanke på morsrollen. Når det kom til venner og bekjente var det alltid sykdommen som var i fokus når de møttes. Dette gjorde at kvinnene følte seg “glemt” som mødre, hvor til noen førte dette til isolasjon (Coyne, Wollin og Creedy 2011, Connel, Patterson og Newman 2006, Antoine et al. 2012, Fisher og O`Connor og Pedersen et al. 2014).

Kvinnene ytret at de hadde ønsket bedre hjelp fra helsepersonell når det kom til å fortelle barna om sykdommen. Noen søkte tips fra internett, men fant ikke særlig hjelp der heller. Dette ble en ekstra belastning for kvinnene med at de fikk en utfordring de ikke visste hvordan de skulle løse. (Fisher og O`Connor 2011 og Connel, Patterson og Newman 2006).

Det å skulle ivareta ulike behov og være støttende for familiemedlemmene gikk utover kvinnene psykisk da de opplevde dette stressende. Selv om de trengte mye støtte, følte de likevel de måtte bruke mye tid og energi på å være støttende for de andre i familien. Noen uttrykte at kreft bryr seg ikke om at de har barn. De håpet å leve minst et år til slik at barna kunne få minner de kunne huske. Kvinnene ble ekstremt bekymret for barna sine og deres framtid om de selv skulle dø av sykdommen (Coyne og Borbasi 2009 og Pedersen et al. 2014).

5.0 Diskusjon

Diskusjonskapittelet er todelt og består av en metodediskusjon og resultatdiskusjon.

5.1 Metode diskusjon

Kapittelet er inndelt i underkapittel hvor inklusjonskriterier, søkeprosessen, kvalitetsvurdering og analyseprosessen blir diskutert. Her diskuteres fremgangsmåte, styrker og svakheter i innhenting av data og dataanalyse.

5.1.1 Diskusjon av inklusjon og eksklusjonskriterier

Et av inklusjonskriteriene i min litteraturstudie er kvinner i fertil alder når de får en brystkreft diagnose. Min forståelse var at en brystkreftdiagnose hos denne aldersgruppen ville få andre konsekvenser enn brystkreft hos eldre kvinner. Studien har et pasientperspektiv noe jeg mener har styrket oppgaven. Kvinnene selv er de som best kan besvare min hensikt og problemstillinger.

Jeg ønsket kun å ha med etiske godkjente artikler slik at jeg vet at pasientene som er i en svært vanskelig livssituasjon er godt ivaretatt og at de under studiene samtykket til å være med. Samtidig er det krav til at inkluderte artikler er originale og refereevurdert, noe jeg har tatt hensyn til. Dette sammen med at de er etisk godkjent sikrer meg som forfatter av denne oppgaven at deltakerne i de inkluderte studiene har blitt ivaretatt på en god måte. En svakhet kan være at jeg har inkludert en artikkel som omhandler sykdomsblogger, der forfatterne har hentet ut data fra forskjellige blogger. Svakheter kan være at jeg som leser må stole på forskerne i studien at de har tatt etiske hensyn. For denne studien ble fritatt fra den etiske komiteen, grunnet at materialet allerede var publisert av bloggeierne. Kvinnene samtykket i å være med i studien, og ifølge forskerne ble etiske hensyn ble tatt underveis.

Jeg har valgt å ekskludere artikler fra ikke-vestlige kulturer. Jeg ønsket at deltakerne skal komme fra sammenlignbare kulturer og helsevesen. Jeg har inkludert artikler fra Australia og USA. Dette kan representere en svakhet da det kan være store forskjeller i helsesystemet i disse landene som kan ha betydning for funnene. Å få en brystkreftdiagnose i ung alder vil være utfordrende uavhengig hvor du bor, forskjellene kan muligens være størst når det kommer til hvilke behandlingstilbud de får. Jeg vil primært diskutere funnene i artiklene opp imot det norske helsesystemet.

Jeg har ekskludert mennenes uttalelser fra resultat delen i artiklene fordi jeg gjennom problemstillingen min primært er interessert i kvinnenes utfordringer, men samtidig har jeg tatt opp mennenes tanker/utfordringer som omhandler kvinnenes problemer i resultatdiskusjonen for å få et mer helhetlig bilde av kvinnens situasjon.

Siden jeg har med artikler som har et fremmedspråk som engelsk, vil uttalelser/tekst kunne misforståes eller tolkes feil, men opplever at jeg har gått grundig til verk med oversettingen, også brukt medisinsk ordbok som hjelpemiddel der jeg hadde behov. Siden artiklene var kvalitative var teksten ganske lettleselige. Kvalitative artikler er mest hensiktsmessig å bruke i oppgaven for å kunne belyse problemstillingen på en best mulig måte. Jeg har inkludert en artikkel fra 2006, selv om jeg hadde som mål å finne artikler fra de siste fem årene. Begrunnelsen for dette er at innholdet i artiklene var relevante for min hensikt, og erfaringene var i likhet med funn fra nyere studier. Jeg mener også at kvinners følelser i forbindelse med Cancer Mammae ikke har forandret seg så mye fra 2006 til 2015 at det har betydning for funnene. Det som imidlertid kan ha forandret seg, kan være behandlingstilbud og oppfølging. Dette til tross mener jeg at artiklene har et relevant innhold, som sykepleiere kan dra nytte av.

5.1.2 Søkeprosessen

Jeg har forandret på problemstilling noen ganger, men har holdt på hensikten min. Jeg ønsket å studere på kvinner i fertil alder sine erfaringer/utfordringer ved å få brystkreft i ung alder. Det var da naturlig å ha pasientperspektiv, alle artikler som ikke hadde det, ble forkastet med en gang, dette gjorde gjennomgangen av artiklene systematisk og enklere. Det samme gjorde jeg når det gjaldt aldersavgrensningen. Deltakerne i studiene skulle være under 50 år, som er den fertile aldersgruppen.

Ved å følge problemstillingen og inklusjonskriteriene slavisk ble det lettere å finne artikler som traff med en gang, det gjorde arbeide mindre tidkrevende. I begynnelsen gjorde jeg mange søk som jeg vil betegne som prøvesøk, disse gjorde jeg i flere databaser som bl.a. OvidMedline og ProQuest. Ved å utarbeide PO-skjemaet ble søkeprosessen enda mer systematisk, og etter tips fra bibliotekar prøvde jeg ut databasen Oria, fremgangsmåten i Oria har jeg beskrevet nøye i 3.2.3 Søkestrategi. Jeg så raskt at noen av artiklene jeg hadde lagret i de andre databasene kom opp som resultat med søkene i Oria. For meg fungerte

Oria godt som søkemotor. Jeg slapp å skrive inn MESH-terms, og jeg kunne gjøre et søk på alle mine søkeord. Oria samler alle databasene i søkene, så jeg gjorde et søk i mange databaser, noe som jeg ser på en styrke for å unngå å gå glipp av relevante artikler. Selv om jeg har relativt få søkeord fikk jeg opp relevante artikler. Med flere søkeord, opplevde jeg å få treff på flere irrelevante artikler.

11 artikler satt jeg igjen med etter søkeprosessen var avsluttet, siden kravet er ti til 15 artikler, har jeg oppfulgt kravet til antall artikler.

5.1.3 Kvalitetsbedømming

I forbindelse med kvalitetsvurderingen leste jeg igjennom alle artiklene før jeg begynte med selve kvalitetsvurderingen. I dette arbeidet hentet jeg ut sjekkliste fra kunnskapssenteret (2014). For å kunne forstå bruken av sjekklisten brukte jeg boka til Nortvedt et al. (2013) som gjorde arbeidet lettere. At jeg var den eneste som gikk gjennom artiklene kan sees på som en svakhet.

Lite erfaring med å kvalitetssikre kan også ha vært en svakhet. For å kunne være enda mer sikker på at artiklene var av god kvalitet, kontrollerte jeg tidsskriftene artiklene var utgitt i. Dette ble gjort ved å gå inn på høgskolens nettside, og inn på bibliotekets sider videre til database for statistikk om høgre utdanning. NSD har ansvar for registeret over autoriserte publiseringskanaler (tidsskrift, serier og forlag) (Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste NSD 2015). Ut ifra søk her viste det seg at seks av tidsskriftene artiklene var publisert i var nivå 1 tidsskrift, og fem av nivå 2 tidsskrift. Alle artiklene var fagfellevurdert. Alle artiklene, med unntak av en, var etisk godkjent. Denne artikkelen ble fritatt krav om etisk godkjenning fordi materialet allerede var publisert på nettet av informantene selv gjennom blogger. Jeg føler meg trygg på at alle artiklene er av god kvalitet.

5.1.4 Dataanalyse

Funnene i forskningsartiklene ble analysert systematisk, jeg brukte metoden til Evans (2002). Etter å ha lest igjennom artiklene i forbindelse med kvalitetsvurderingen, hadde jeg allerede gjort et forarbeide i forhold til analysen. Jeg gikk systematisk igjennom artiklene en for en, og identifiserte temaer som ble fargekodet, og som senere fikk undertema, artiklene ble tidlig nummerert fra 1-11. Det som var mest utfordrende var å få frem helheten samt å presentere dette på en forståelig måte. Artiklene var skrevet på engelsk, og oversette til norsk kan være dårlig formulert.

At jeg var alene med oppgaven kan sees på som en svakhet, for fire øyne ser mer enn to. Men for å kunne utligne denne svakheten brukte jeg mye tid på resultatdelen. Jeg begynte med det første tema/funn der jeg gikk gjennom hele resultatdelen i alle artiklene for å finne relevante funn, og det samme gjorde jeg med alle mine temaer/funn. Selv om dette var tidkrevende, så unngikk jeg å gå glipp av relevante funn som svarte på min problemstilling. Sitater ble aldri oversatt til norsk, dette for å sikre at kvinnenens utsagn ikke ble mistolket eller språket ble misforstått.

6.0 Resultatdiskusjon

I dette kapitlet vil jeg diskutere mine funn opp mot teori og praksis.

6.1 Angst og frykt - krisemestring

Et av hovedfunnene var at kvinnene uttrykte utfordringer i forhold til angst og frykt i forbindelse med diagnostiseringen (Keim-Malpass et al. 2012, Connell, Patterson og Newman 2006, Antoine et al. 2012, Fisher og O`Connor 2011, Gorman et al. 2010, Easley og Baukje 2012, Coyne, Wollin og Creedy 2011, Corney og Swinglehurst 2013, Lee et al. 2010, Coyne og Borbasi 2009). Myter om kreft er utbredt så det er ikke rart mange opplever en frykt ved en slik diagnose, men om kreften er oppdaget i stadium en er overlevelsesprosenten på 92 % (Schjølberg 2014).

Som funn viser er det å få en kreftdiagnose i ung alder en sjokkartet opplevelse. Hvordan kvinner i en slik situasjon skal ivaretas krever kunnskap om krisereaksjoner og evne til omsorg i sykepleien. I den første fasen som Cullberg beskriver kan pasientenes evner til å forstå og oppfatte være begrenset. Gjentakende informasjon er viktig for sykepleiere å se behovet for (Schjølberg 2014).

Funn fra min studie viser at kvinnene ble lammet av frykt i forbindelse med diagnostiseringen, de hadde vanskeligheter med å ta diverse avgjørelser og følte ikke at helsepersonell ga dem nok informasjon om valg som skulle tas (Keim-Malpass et al. 2012, Connell, Patterson og Newman 2006, Antoine et al. 2012, Fisher og O`Connor 2011, Gorman et al. 2010, Easley og Baukje 2012, Coyne, Wollin og Creedy 2011, Corney og Swinglehurst 2013, Lee et al. 2010, Coyne og Borbasi 2009). Når diagnosen brystkreft er bekreftet, skal ikke ventetiden gå utover 3 uker (Almås og Sørensen 2011). Her er det viktig å tilby pasientene kontakt med sykehuset i ventetiden, slik som telefonsamtaler med f.eks. sykepleiere (Almås og Sørensen 2011).

Sykepleiers rolle vil bl.a. være å informere pasienten og pårørende om sykdommen slik at avgjørelsene om behandlingsvalg blir lettere. De må informeres om de aktuelle bivirkningene (Schjølberg 2014). Dette var noe kvinnene savnet.

Cullberg mener den traumatiske krisen har et lineært forløp i flere faser og at den er avgrenset i tid. Å bli diagnostisert i en ung alder vil representere en traumatisk krise, noe som kommer til kjenne i artiklene, pasientene gjennomgår en sjokkfase, en reaksjonsfase,

en bearbeidingsfase og en nyorienteringsfase. Hver fase har sine kjennetegn og krever ulike terapeutiske og pedagogiske tilnærminger som sykepleiere må kunne vite noe om for å yte sykepleie på en god måte til pasientene (Schjølberg 2014).

Gjennom funn i artiklene ser jeg at mange av kvinnene sliter mye i reaksjonsfasen der de er preget av komplekse følelsesmessige reaksjoner. Både kvinnene i artiklene og teorien sier noe om at angsten de får pga. at diagnosen førte til en trussel mot eksistensen og deres liv, de søker en mening med det som har skjedd. Det kommer godt frem i funnene at unge kvinner ikke finner en sånn mening, pga. deres alder, og tenkte mye på hvorfor det var de som ble rammet. Andre vanlige reaksjoner i denne fasen ifølge teorien er fortvilelse, gråt, sinne, aggresjon, uro, sorg og hjelpeløshet, noe som gjenspeiles i artikkelfunnene, alt dette skjer når pasienten kommer over sjokkfasen og klarer å ta innover seg hva som har skjedd (Reitan og Schjølberg 2014, Keim-Malpass et al. 2012, Connell, Patterson og Newman 2006, Antoine et al. 2012, Fisher og O`Connor 2011, Gorman et al. 2010, Easley og Baukje 2012, Coyne, Wollin og Creedy 2011, Corney og Swinglehurst 2013, Lee et al. 2010, Coyne og Borbasi 2009).

Et av mine funn viser at kvinnenens liv ble forandret etter diagnostiseringen. I studien til Antoine et al. (2012) og i Connell, Patterson og Newman (2006) blir det sagt at de unngikk å leve livet slik det var før diagnostiseringen. De var redd for tilbakefall, og uvissheten om de ville overleve. De var bekymret for barna og partnere hvis de skulle bli borte.

Noen ble flinkere til å leve i nuet. Her gjennomgikk de en overgang fra reaksjonsfasen til bearbeidingsfasen. Usikkerheten om hvordan livet blir og om de i det hele tatt ville overleve sykdommen var reaksjoner kvinnene fikk (Antoine et al. 2012 og Connell, Patterson og Newman 2006). Naturlige reaksjoner i reaksjonsfasen er bl.a. at de klarer å leve mer i nuet, som sier noe om at tankegangen er blitt bearbeidet og alt ikke er svart lenger (Schjølberg 2014).

Gjennom erfaringer i praksis fikk jeg oppleve en ung kvinne med brystkreft som ikke gikk videre fra sjokk til reaksjonsfasen. Hun isolerte seg fra alle, inklusiv mann og barn, dette varte i flere måneder. Etter hvert ble sykdommen dødelig, ikke lenge før hun døde mannen hun seg opp og fortalte barna om situasjonen. De kom alle i en bunnløs sorg. Her opplevde jeg at helsepersonellet ikke visste hvordan de skulle løse denne situasjonen. Slik at for det

første, kvinnen selv skulle komme seg videre fra sjokk- til reaksjonsfasen. Videre at barna skulle få nok og relevant informasjon, som ha ville hjulpet dem til å bearbeide sorgen, og fått den siste tiden sammen med moren sin. Det hele endte med en fryktelig reaksjon fra barna, de følte seg utelatt og ikke minst følelsen av å blitt frarøvet den siste tiden med sin mor. Når pasienter kommer til bearbeidingsfasen vil de kunne se mer fremover, og reintegreres i sosiale roller og aktiviteter (Schjølberg 2014), dette vil være viktig for sykepleiere å kartlegge hvilke faser kvinnene er i. Hva skal til for å få de videre i fasene? Sykepleierens oppgaver er bl.a. å være en støtte for pasientene og bidra til at livskvaliteten opprettholdes. Helserelatert livskvalitet innbefatter både fysiske, mentale, sosiale, åndelige/spirituelle og økonomiske forhold som sykepleiere skal jobbe med å opprettholde (Schjølberg 2014). Sykepleiere trenger det kliniske-blikket for å fange opp symptomer på depresjoner, ensomhet, at de trekker seg unna deres kjære osv. Når det kommer til barn, så er voksnes åpenhet omkring sykdommen viktig for barnas håndtering av sorg og krise. De ønsker å få vite sannheten. Man må her gi barna tid til å forstå. Sykepleiere kan bistå i samtaler for å hjelpe foreldrene i å svare på spørsmål barna kommer med. Mange foreldre er usikre på hvor mye de skal involvere barna. Men dersom barnet er godt forberedt, oppleves dette som fint for de fleste. Sykepleier kan med god hensikt være med å forberede barna (Bugge og Røkholt 2009).

Sammen med kunnskap om både brystkreft, normale reaksjoner og aktivt tilby samtaler for å kartlegge situasjonene til hver enkelt kvinne, vil sykepleiere kunne hjelpe kvinnene til å bearbeide sykdommen samt lette frykten og angsten. Her gjelder det å få til en god relasjonsbygging. Pasienter opplever sykepleierne som omsorgsfulle når sykepleier bryr seg om dem som enkeltindivider og medmennesker, ikke bare som pasienter. En positiv holdning fra sykepleierens side, bidrar til åpenhet hos pasientene. Da vil de lettere dele sine tanker og behov som kan påvirke sykepleien som blir gitt, i positiv retning (Stubberud 2013).

Mine funn viste at kvinnene ble usikker når de fikk forskjellig og lite informasjon om behandlingsmuligheter og sykdommen. De ønsket at informasjonen de fikk var korrekt og alderstilpasset deres gruppe (Keim-Malpass et al. 2012, Lee et al. 2010, Corney og Swinglehurst 2013 og Gorman et al. 2010). Refleksjon og praksis er nært knyttet til hverandre, sykepleiere må hele tiden utvikle deres kunnskap gjennom å reflektere i de forskjellige situasjonene de kommer opp i, hva var det som virket positivt med denne

pasienten? Hvilken måte reagerte hun på min framtoning på dette temaet? En måte å gjøre seg erfaringer på er å reflektere over disse, for å bli den beste sykepleieren en kan bli, samtidig som en har en stigende kompetanseutvikling i sykepleien. Det utvikles stadig ny kunnskap og ny teknologi som krever utvikling av nye ferdigheter/måter å forholde seg til situasjoner på. Kompetanseutvikling i sykepleie intenderer å arbeide kunnskapsbasert. Det vil si å anvende forskningsbasert kunnskap i tillegg til erfaringer, men også tverrprofesjonelle kliniske erfaringer. Dette vil føre til god sykepleie der pasientenes verdier og preferanser blir ivaretatt (Schjølberg 2014).

6.2 Fertilitet – konsekvenser og informasjon om valgmuligheter

Et viktig funn var knyttet til temaet fertilitet (Connell, Patterson og Newman 2006, Antoine et al. 2012, Gorman et al. 2010, Corney og Swinglehurst 2013, Lee et al. 2010, Pedersen 2014, Coyne og Borbasi 2009 og Keim-Malpass et al. 2012). I Norge blir kvinner under 35 år tilbudt 5 års behandling med antiøstroget Tamoksifen hvis tumoren er reseptorpositiv for østrogen/progesteron. Dette reduserer risikoen for tilbakefall, men den store bivirkningen er at kvinnene kommer i en prematur menopause, slik som med cellegift. Her er her individuelle ulikheter fra kvinne til kvinne, noen forblir infertil mens andre går tilbake som de var før, fertile (Almås og Sørensen 2011).

Min litteraturstudie viste at mange erfarte å få mye forskjellig informasjon fra de ulike profesjonene på sykehuset, og ble veldig usikker på hva som var rett informasjon. Mangel på informasjon om fertilitet var også et stort funn. Her er gjentatt informasjon viktig, de er i en sjokkfase og får ikke med seg mer enn rundt 20 % av det som blir sagt (Almås og Sørensen 2011). Flere erfarte å få begrenset informasjon, og mange fikk ikke vite om fertilitetsbevarende behandling, de sa legen bestemte mer eller mindre hvilken behandling de skulle ha. De som fikk informasjon om fertilitet og behandlingsmuligheter, følte de fikk for liten tid (to-tre uker) til å ta en så viktig avgjørelse (Connell, Patterson og Newman 2006, Antoine et al. 2012, Gorman et al. 2010, Corney og Swinglehurst 2013, Lee et al. 2010, Coyne og Borbasi 2009 og Keim-Malpass et al. 2012).

Risikoen for sterilitet er for de fleste en stor ekstra belastning, spesielt for de yngre pasientene. Sykepleiere må ha kjennskap til problemet og være var for pasientenes behov for informasjon og samtaler (Schjølberg 2014). Funn fra min litteraturstudie viste at kvinnene ikke visste hvilke utfordringer de ville komme ut for. I forbindelse med

diagnostiseringen var de i en sjokkfase. Fertilitet var ikke i deres tanker, de ville bare ikke dø (Connell, Patterson og Newman 2006, Antoine et al. 2012, Gorman et al. 2010, Corney og Swinglehurst 2013, Lee et al. 2010, Pedersen 2014, Coyne og Borbasi 2009 og Keim-Malpass et al. 2012). Her må helsepersonell gi informasjon uoppfordret til pasientene. Sykepleier må observere, vurdere og identifisere pasientenes behov og problemer (Stubberud 2014). Leger fokuserer ofte på at kvinnen skal overleve sykdommen, men de har ansvar for at informasjon om konsekvenser og muligheter de har etter endt behandling blir formidlet (Schjølberg 2014). I mine funn opplever ikke kvinnene å få god nok informasjon (Connell, Patterson og Newman 2006, Antoine et al. 2012, Gorman et al. 2010, Corney og Swinglehurst 2013, Lee et al. 2010, Pedersen 2014, Coyne og Borbasi 2009 og Keim-Malpass et al. 2012). Det kan være forskjeller fra studiene som er fra utlandet og med praksis her i Norge. For i Norge har noen av sykehusene som behandler brystkreft, pasientskoler eller oppfølgingsgrupper for pasientene. Her kan pasientene få informasjon fra helsepersonell og mulighet til å treffe andre kvinner i samme situasjon (Almås og Sørensen 2011). Det er også lovfestet at pasienter har rett på informasjon om konsekvenser av den behandlingen de får og sykepleiere har informasjonsplikt. Dette er lovfestet i helsepersonelloven (2.kapittel, § 10), og i pasientrettighetsloven (§3-2), helsepersonell skal gi informasjonen uten at pasienten trenger å spørre om det (Lovdata 2012).

Funn fra min studie viser forskjeller fra teori/praksis her i Norge. Det å respektere pasientens egne ønsker og beslutninger i valg av pleie- og behandlingsformer har i Norge de siste 30 årene blitt fremhevet. Både i sykepleien og gjennom lover og forskrifter. Før var det en mer paternalistisk holdning blant helseprofesjoner. Der leger ofte hadde en autoritær innstilling. Legen visste alltid best og interesserte seg ikke for den sykes ønsker og vurderinger (Svenaues 2005). En kan tenke seg ut ifra funn i artiklene, at utviklingen i utlandet henger litt etter Norge. Det var mange eksempler på at legen vektet sin egen mening som høyest og rett når det kom til behandlingen kvinnene skulle få (Gorman et al. 2010, Corney og Swinglehurst 2013).

I studien til Gorman et al. (2010), ga en kvinne uttrykk for at hennes lege var negativ til hennes ønske om å få barn etter sykdommen. Livet ble fortsatt satt på vent, dette uttrykte også flere av kvinnene. Hun hadde spørsmål og ville ha råd fra sin lege om hvordan hun skulle gå frem med ønske om barn. Legen sa hun kunne dø eller få tilbakefall hvis hun ble

gravid. I en studie gjort av Kroman et al. (1997), der de undersøkte risikoen med graviditet etter brystkreft-behandling, kom det frem at kvinnene i studien ikke hadde noen tilfeller av verken aborter eller tilbakefall av sykdommen (Kroman et al. 1997). Dette viser at helsepersonell må kunne behandle alle individuelt og se de som enkeltmennesker, som har ulike behov. Helsepersonell må følge med i utvikling og forskning. Dette understøttes i en artikkel skrevet av Cardoso et al. (2012) som omhandler en guide til helsepersonell som skal behandle unge kvinner med brystkreft. Der sier de at fertilitets problematikk alltid skal diskuteres før oppstart av brystkreft-behandling med pasienten og evt. partner. De skal få tid til å reflektere over informasjonen og bestemmelsen. Videre er anbefalingene om graviditet etter behandling individuelle, men de anbefaler ikke kvinner å forsøke å unnfange før fire-seks mnd. etter kjemoterapi og tre mnd. etter hormonbehandling. Kvinnen i Gorman et al. (2010), fikk en ny onkolog, den nye legen så hennes behov, gikk gjennom sykdomshistorien og tok en grundig vurdering av kvinnens ønske. Kvinnen fikk tre barn etter sykdommen, livet var ikke lengre på vent, her er det et eksempel på god helsehjelp, som står i tråd med hvordan ting alltid burde fungere.

I Cardoso et al. (2012) sin studie er det ikke påvist noen misdannelser på barn som er født av en mor som har gjennomgått brystkreft-behandling. Dette uttrykte flere av kvinnene redsel for. Noen trodde at hvis de ble gravide etter cellegift ville barnet få misdannelser (Corney og Swinglehurst 2013).

Funn fra min studie viser at kvinnene ønsket helsepersonell skulle gi de mer uoppfordret informasjon og være mer samstemte i det de sier. En mulighet de så var å ha en kreftkoordinator som har slikt ansvar for kvinnene. Ikke minst ønsket de alderstilpasset informasjon og tilbud (Connell, Patterson og Newman 2006, Antoine et al. 2012, Gorman et al. 2010, Corney og Swinglehurst 2013, Lee et al. 2010, Pedersen 2014, Coyne og Borbasi 2009 og Keim-Malpass et al. 2012). I et manuskript skrevet av Hulvat og Jeruss (2009), som omhandler en guide til helsepersonells møte med unge brystkreftframmende, ønsker de alle som er involvert i pasienter med en brystkreftdiagnosen skal jobbe mer tverrprofesjonelt. Mer fokus på fertilitetsutfordringene disse pasientene har mener de også er viktig for å kunne yte best mulig sykepleie. Utviklingen går fremover i brystkreftbehandling og fertilitetsbehandling. Med flere overlevende må helsepersonell gjøre sitt ytterste for at de skal få leve et så kreftfritt liv som mulig, uten å måtte leve med ettervirkninger som påvirker livet på en negativ måte (Hulvat og Jeruss 2009).

I Norge har kreftforeningen en undergruppe for kvinner under 40 år. Her har de sett behovet for en alderstilpasset gruppe. De arrangerer felles samlinger for både faglig påfyll og sosialt-samvær (Brystkreftforeningen 2014). Som mine funn viser er det viktig for denne gruppen å møte jevnaldrende kvinner med brystkreft. Noe som er vanskelig uten at det er organisert slik. At det kommer tiltak her i Norge på noen av problemområdene er positivt, og det er viktig at sykepleiere vet om disse tilbudene, så de får videreformidlet informasjonen til pasientene.

6.3 Familien

Funn i min litteraturstudie viser at mange av kvinnene er bekymret for sine partnere og barn. De ønsker å leve så normalt som mulig. De holdt ofte følelser og tanker for seg selv for å unngå at familien skulle bli bekymret. De følte seg ofte alene, og så på det som en utfordring å skulle snakke med barna om sykdommen (Antoine et al. 2012, Pedersen et al. 2014, Coyne og Borbasi 2009, Connell, Patterson og Newman 2006, Coyne, Wollin og Creedy 2011 og Fisher og O'Connor 2011).

Dersom kvinnen har barn, må hun streve med egen sykdom samtidig som hun ønsker å være en god mamma og ivareta barnas behov og deres reaksjoner. Foreldrene ønsker ofte, selv om den ene av partene er kreftsyk, at familien skal leve så alminnelig som mulig. De skjerner ofte barna for egne reaksjoner for å unngå å påføre dem vonde opplevelser og sorg (Schjølberg 2014). Mange opplever etter hvert at sykdommen får en slags mening som blir en erfaring ved at den bryter inn i og forandrer et menneskes opplevelser, kraft og identitet. Som igjen gir opphav til forandringer i relasjonen mellom mennesker (Svenaues 2005). I studien til Antoine et al. (2013) gav partnerne til kvinnene uttrykk for at da deres kjære fikk diagnosen, ble hverdagen preget av stress og bekymringer, men de ble nærmere hverandre. Mennene måtte endre sine liv i forhold til oppgaver innen familien. Dette følte mennene var nødvendig for å lette sin kones hverdag. Hun måtte fokusere på å bli frisk.

I studien til Corney og Swinglehurst (2013) var mennene opptatt av at kvinnene skulle gjøre alt for å overleve, selv om det resulterte i at de ikke fikk barn i fremtiden. Dette viser at pårørende er utsatt for frykt når deres kjære får denne diagnosen. Kvinnene i Antoine et al. (2012) satte pris på mennene sine i sykdomsperioden, og mange så på det som en test

om kjærligheten mellom dem var sterk nok. De satt igjen med en god følelse på at de sammen gikk igjennom denne prøvelsen, og vinklet det til noe positivt (Antoine et al. 2012). Sykdom kan medføre store endringer i familielivet, der organiseringen av dagliglivets gjøremål blir en sentral oppgave for pårørende. Barn og ungdom er også å regne som pårørende. De ønsker å bli inkludert, men trenger samtidig rom for egne aktiviteter og pauser fra sykdommen (Schjølberg 2014). Dette understøttes i funnene fra artiklene, der partnerne føler på denne usikkerheten og endringen i familielivet. De som hadde eldre barn, opplevde at barna tok på seg mer oppgaver hjemme for å avlaste sin mor. Noen var også med på konsultasjoner på sykehuset for å få med seg informasjon. Mødrene følte her at rollene ble snudd på hodet, og ble bekymret for at det var for mye for barna (Coyne, Wollin og Creedy 2011 og Connel, Patterson og Newman 2006). Pårørende skal i tillegg til å takle den kreframmedes sykdom og konsekvensene av den, ivareta hverdagslivets aktiviteter, ansvaret for andre som trenger deres hjelp og støtte, eget arbeid og arbeid i hjemmet, samt angsten for det ukjente sykdomsbildet. Her må sykepleiere være støttende og inkludere pårørende i samtaler for å finne løsninger som passer hver enkelt pasient (Schjølberg 2014). Barnas behov for oppfølging må vurderes, noe som inkluderer informasjon og støtte foreldrene måtte trenge for å ivareta foreldrerollen. Barna må gis anledning til å snakke med voksne og få alderstilpasset informasjon om morens sykdom (Bugge og Røkholt 2009).

Skyld ovenfor barna var gjennomgående i flere av studiene. De følte de mistet sin identitet som mødre, og var sint på kreften som hadde satt de i denne situasjonen. De brukte mye energi på å ivareta familiemedlemmene, noe som tappet dem selv for energi (Coyne, Wollin og Creedy 2011, Connel, Patterson og Newman 2006, Coyne og Borbasi 2009, Pedersen et al. 2014, Antoine et al. 2012 og Fisher og O`Connor 2011). Sykepleiere må bruke tid til pasienten, og hjelpe henne til å tenke nytt og finne fram det friske i seg for å opprettholde sin identitetsfølelse. Sykepleierens evne til å gi rom for pasientens sinne, håpløshet og sorg, og samtidig være kreativ og formidle håp, vil være av stor betydning for pasienten (Schjølberg 2014).

Funn viser til at kvinnene følte at helsepersonell ikke så på de som mødre lenger, de var kun en kreftpasient, dette kunne i visse tilfeller også gjelde venner og bekjente, noe som førte til at kvinnene begynte å isolere seg fra omverdenen. (Coyne, Wollin og Creedy 2011, Connel, Patterson og Newman 2006, Coyne og Borbasi 2009, Pedersen et al. 2014,

Antoine et al. 2012 og Fisher og O'Connor 2011). Som sykepleiere har vi en sentral rolle når det gjelder å ivareta både pasient og pårørende, når vi møter pasienten er ofte pårørende med. Pasientens og hennes nettverk må betraktes som sykepleierens funksjonsområde fordi pasienten ofte er avhengig av sine pårørende. Pårørende trenger å bli inkludert i hjelpeteamet for å kunne oppleve sin egen rolle som tilfredsstillende og oppbyggende. Systematisk kartlegging av pårørendes situasjon og samtaler med dem, kan avklare hvordan de opplever sin pleie- og omsorgssituasjon. Når en kjenner deres måte å håndtere situasjonen på, er det enklere å vite hva de trenger i form av tilgjengelighet og av praktisk hjelp og støtte, som kan gjøre dem i stand til å være en ressurs for både pasient og helsepersonell (Schjølberg 2014).

Mine funn viser at mange av kvinnene var usikker på hvordan de skulle fortelle barna sine om sykdommen, og følte de ikke fikk tilstrekkelig hjelp fra helsepersonell (Fisher og O'Connor 2011 og Connel, Patterson og Newman 2006). Mange foreldre ønsker å skjerme barna sine, men det er her viktig å være ærlig ovenfor de. En ønsker at barna skal få konkret informasjon. På denne måten kan en unngå at barna lager seg fantasier om situasjonen. Tilnæringsmetoder overfor barn og ungdom som opplever å leve nær en alvorlig syk forelder kan være en vanskelig oppgave. Sykepleiere skal inneha nok kunnskap om dette slik at de kan bistå foreldrene i samtaler med barna (Schjølberg 2014). Bugge og Røkholt (2009) nevner en metode som blir brukt i Norge for familier der ene foreldrene har kreft. Familieprogrammets hensikt og filosofi går ut på å hjelpe familien å snakke om sykdommen og relaterte emner. Der viktigheten med å gi barn kunnskap og trygghet om sykdommen og dens betydning for familiens daglige liv kommer frem. Her skal sykepleiere hjelpe foreldre til å se barnas behov og hvordan de best kan støtte dem. Metodene som kan brukes er; åpne spørsmål om problemer og hvordan mestre disse. Informasjon om sykdommen, bekreftelser til familiemedlemmer og hvordan man kan støtte hverandre. Det kan også brukes bøker/filmer som omhandler sykdomssituasjonen. At aldersperspektiv er tilpasset barn og ungdom i ulike alder er viktig, samtidig som sykepleier starter en prosess med åpenhet i familien, som de kan videreføre selv (Bugge og Røkholt 2009). For ungdom er fellesskap med andre unge svært betydningsfullt, dette gir dem en pause fra sykdommen og rollen som pårørende (Schjølberg 2014).

Når unge kvinner rammes av brystkreft går det altså ut over hele familien. Som sykepleiere skal vi bistå den syke med utfordringer familien får. Dette innebærer at helsepersonell ikke

alltid vet bedre enn pasienten. Sykdommen rammer mer enn biologi, dette forutsetter at helsepersonell har et ansvar i form av sine medisinske, pleie- og omsorgskunnskaper, samtidig som et godt samarbeid og relasjon må etableres mellom alle parter (Schjølberg 2014). Med dette vil sykepleiere utgjøre en forskjell i positiv forstand for disse pasientene.

7.0 Konklusjon og implikasjoner for praksis

Hensikten med denne studien var å belyse kvinner i fertil alder sine erfaringer i forbindelse med brystkreft og hvordan det påvirker kvinnenes liv.

Gjennom min studie viser funn at kvinner som får cancer mammae i fertil alder erfarer problemer med angst og frykt, spesielt i tiden de får diagnosen. Her opplever de at livene endrer seg, og dødsangst var fremtredende både når det kom til selve diagnosen, men og ved valg av behandling. Det er viktig for sykepleiere å informere om sykdommen og gjenta informasjonen.

Fertilitetsproblemer var et stort funn disse kvinnene har store utfordringer med. Lite og forskjellig informasjon fra helsepersonellets side, samt lite alderstilpasset informasjon for denne gruppen var fremtredende. De opplevde redsel for både å bli gravid med tanke på tilbakefall og fosterskader, men også for å ha blitt infertil som en konsekvens av behandlingen. Mange følte at livene deres var på vent selv om de var erklært kreftfri, da de fortsatt hadde disse utfordringene med fertilitet. Støttegrupper for kvinner i fertil alder var manglende og et sterkt udekket behov. I Norge har kreftforeningen en egen gruppe for de som får diagnosen brystkreft og er under 40 år, der de samles for sosiale og faglige møter. Fertilitetsbevarende behandlingsmuligheter og informasjon om fertilitetsproblematikk skal det informeres om før oppstart av kreftbehandlingen. Det er lovfestet i helsepersonelloven at sykepleiere skal gi nødvendig informasjon uoppfordret til pasientene.

Ved familieutfordringer viste funn at kvinnene føler sin identitet har blitt endret etter diagnosen, både når det kom til morsrollen og partnerrollen. Her er det viktig at sykepleiere ser kvinnene som enkeltindivider som trenger individuell sykepleie og ser de som mer enn en kreftpasient. Gjennom funn fra studiene og teorien sees det å være viktig å inkludere pårørende i kvinnens sykdom, slik at alle får en plass i situasjonen og barna blir ivaretatt. Sykepleiere oppfordres i studiene til å hjelpe til under samtaler med barna ang. sykdommen. Her trengs nok kunnskap fra sykepleiernes side om dette.

Bruk av sosiale medier blir stadig mer brukt, i ene studien jeg har inkludert, har unge kvinner brukt internett for å ytre sine følelser gjennom å skrive blogger, dette er blitt et populært fenomen blant yngre mennesker som har en alvorlig sykdom, de bruker det på en

terapeutisk måte. Sykepleiere kan med god hensikt lese slike blogger, for å få en bedre forforståelse for hvordan det er å være ung brystkreftpasient, og da yte bedre sykepleie til disse sårbare kvinnene.

7.1 Forslag til videre forskning

Forslag til videre forskning vil være å forske på fertile kvinners erfaringer med en brystkreftdiagnose i Norge, da det var svært begrenset med dette fra før. Samtidig har det vært interessant med tanke på at yngre kvinner lever lenger etter endt sykdom nå, å kunne finne ut av hvilke senkomplikasjoner de evt. har.

Litteraturliste

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

Antoine, Pascal, Laurence Vanlemmens, Emmanuelle Fournier, Melanie Trocme og Veronique Christophe. 2012. "Young Couple's Experience of Breast Cancer During Hormone Therapy". I *Journal of Cancer Nursing*. 36(3): 213-220.

Brystkreftforeningen. 2014. For de under 40
<http://brystkreftforeningen.no/under-40>

Buanes, Trond, Baard Ingvaldsen, Sverre Eirik Kjeldsen, Dag Jacobsen og Olav Røise. 2012. *Sykdomslære indremedisin, kirurgi og anestesi*. 2 utg. 4. opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk

Buckman, Robert og Tereza Wittaker. 2002. *Alt du trenger å vite om brystkreft*. Oslo: Notabene Forlag A/S.

Bugge, Kari Elisabeth og Eline Grelland Røkholt. 2009. *Barn og ungdom som sørger*. Bergen: Fagbokforlaget.

Cardoso, Fatima, Sibylle Loibl, Olivia Pagani, Alessandra Graziottin, Pietro Panizza, Laura Martincich, Oreste Gentilini, Fedro Peccatori, Alain Fourquet, Suzette Delalogue, Lorenza Marotti, Frederique Penault-Llorca, Anna Maria Kotti-Kitromilidou, Alan Rodger og Nadia Harbeck. 2012. "The European Society of Breast Cancer Specialists recommendations for the management of young women with breast cancer". *European Journal of Cancer*. 48: 3355-3377.

Connell, Shirley, Carla Patterson og Beth Newman. 2006. "Issues and concerns of young Australian women with breast cancer". *Journal of Supportive Care Cancer*. 14: 419-426.

Corney, Roslyn Heather og Amica Jane Swinglehurst. 2013. "Young childless women with breast cancer in the UK: a Qualitative study of their fertility-related experiences, options, and the information given by health professionals". *Journal of Psycho-Oncology*. 23: 20-26.

Coyne, Elisabeth, Judy Wollin og Debra K. Creedy. 2011. "Exploration of the family's role and strengths after a young woman is diagnosed with breast cancer: Views of women and their families". *European Journal of Oncology Nursing*. 16: 124-130.

Coyne, Elisabeth og Sally Borbasi. 2009. "Living the experience of breast cancer treatment: The younger women's perspective ". *Australian Journal of Advanced Nursing*. 26(4): 6-13.

De nasjonale forskningsetiske komiteene. 2010. Kvalitativ metode.
<https://www.etikkom.no/FBIB/Introduksjon/Metoder-og-tilnarminger/Kvalitativ-metode/>

Easley, Julie og Miedema Baukje. 2012. "Rehabilitation After Breast Cancer: Recommendations from Young Survivors". *Journal of Rehabilitation Nurses*. 37(4): 163-170.

Evans, David. 2002. Systematic reviews of interpretive research. Interpretive data synthesis of processed data. *Journal of Australian J of Advanced Nursing*; 20(2), 22-25

Fisher, Colleen og Moira O'Connor. 2011. "Motherhood" in the Context of Living With Breast Cancer". *Journal of Cancer Nursing*, 35(2): 157-163.

Forsberg, Christina og Yvonne Wengstrøm. 2008. *I Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur och Kultur.

Gorman R. Jessica, Paula M. Usita, Lisa Madlensky og John P. Pierce. 2010. "Young Breast Cancer Survivors- Their Perspectives on Treatment Decisions and Fertility Concerns". *Journal of Cancer Nursing*. 34(1): 32-40.

Hulvat, Melissa C. og Jacqueline S. Jeruss. 2009. "Maintaining Fertility in young Women with Breast Cancer" i *Curr Treat Options Oncol*. 10(5-6): 308-317.

Høgskolen i Molde, Avdeling for helse- og sosialfag. 2014. Retningslinjer for bacheloroppgave i sykepleie. Molde: Høgskolen i Molde.

Keim-Malpass, Jessica, Marianne Baernholdt, Jeanne M. Erickson, Mary E. Ropka, Anneke T.Schroen og Richard H. Steeves. 2012. "Blogging Trough Cancer- Young Woman`s Persistent Problems Shared Online". *Journal of Cancer Nursing*, 36(2): 163-171.

Kroman, Niels, Maj-Britt Jensen, Mads Melbye, Jan Wohlfahrt og Henning T. Mouridsen. 1997. "Should women be advised against pregnancy after breast-cancer treatment? *I the Lancet*. 350: 319-322.

Kunnskapssenteret. 2014. Sjekklistet.

<file:///C:/Users/martah/Downloads/Sjekkliste%20Kvalitativ%202014.pdf>

Kunnskapssenteret. 2014. Sjekklistet.

<http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklistet-for-vurdering-av-forskningsartikler>

Lee, Rebecca L. Ann Wakefield, Sharon Foy, Sacha J.Howell, Andrew M. Wardley og Anne C. Armstrong. 2010. "Facilitating reproductive choices of young women with breast cancer". *Journal of Psycho-Oncology*. 20: 1044-1052.

Nordtvedt W. Monica, Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt, Lena V. Nordheim og Liv Merete Reinar. 2013. *I jobb kunnskapsbasert*. 2. Utg. 3. Opplag. Oslo: Akribe.

Lovdata. 2012. Helsepersonelloven.

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven+%282.kapittel%2C+%C2%A7+10%29%2C+og#KAPITTEL_2

Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste. 2015. Publiseringskanaler.

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

Olsson, Henny og Stefan Sørensen. 2009. *I Forskningsprosessen - Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.

Schiefloe, Per Morten. 2011. "Relasjoner og fellesskap". I *Mennesker og Samfunn, innføring i sosiologisk forståelse*. S.351. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Schjøllberg, Tore Kr. red. 2014. *Kreftsykepleie, pasient-utfordring-handling*. Oslo: Akribe AS.

Stubberud, Dag-Gunnar, red. 2013. *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Svenaesus, Fredrik. 2005. *Sykdommens mening- og møtet med det syke mennesket*. 1 utg. 1 opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk

Pedersen, Allison E. Thomas F. Hack, Susan E. McClement og Jill Taylor-Brown. 2014. "An Exploration of the Patient Navigator Role: Perspectives of Younger Women With Breast Cancer". *I Oncology Nursing Foru*. 41(1): 77-88.

Tidsskrift for den norske legeforeningen. 2011. Fertilitetsbevarende tiltak hos jenter og unge kvinner med kreft.

<http://tidsskriftet.no/article/2122057/>

Willman, Ania, Stoltz, Peter og Bahtsevani, Christel. 2006. Evidensbasert omvårdnad: en bro mellom forskning och klinisk verksamhet. 2. utg. Studentlitteratur.

Oversiktstabell i forhold til søkehistorikk

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler	Artikkel Nr
Breast cancer and young women and nursing and qualitative, limit to last 5 years, limit material-type til artikler	01.12. 2014	Oria	37	10	6	6	1-6
1: Breast cancer or breast neoplasms	10.12. 2014	Ovid Medline	6877	0	0	0	
2: Young women	10.12. 2014	Ovid Medline	3966	0	0	0	
3: Fertility	10.12. 2014	Ovid Medline	3027	0	0	0	
1 and 2 and 3	10.12. 2014	Ovid Medline	12	4	2	2	7,8
Young women and breast cancer and qualitative and experience, limit to last ten years, material type: artikler og engelsk språklig.	11.12. 2014	Oria	36	3	1	1	9
young women with breast cancer, issues, limit to last	20.12 2014	Oria	69	5	2	2	10,11

10 years. artikler							
-----------------------	--	--	--	--	--	--	--

Vedlegg 2

Forskningsartikler:

Forfattere År/Land Tidsskrift	Antoine Pascal, Laurence Vanlemmens, Emmanuelle Fournier, Melanie Trocme, Veronique Christophe. 2012. Frankrike. Cancer Nursing.
Tittel	Young Couples' Experiences of Breast Cancer During Hormone Therapy: An Interpretative Phenomenological Dyadic Analysis
Hensikt	Var å identifisere psykologiske, emosjonelle, familiære, og sosiale erfaringer av unge kvinner og deres partnere som gjennomgår hormonbehandling for bryst kreft.
Metode Instrument	Kvalitativ og dyadisk. Fortolkende fenomenologiske analyser, som ble gjort via intervjuer.
Deltakere/fracfall	Deltagere yngre enn 45 år når de fikk diagnosen, som hadde gjennomgått kjemoterapi, og hadde vært i et forhold i minimum 6 mnd. Til sammen ble det inkludert 11 par i studien.
Hovedfunn	Fem hovedtemaer ble avdekket som de største problemene til disse pasientene: Deres faktiske avvik, isolering av partnerne, utsettelse av sine mål, og den dype endringen av eksistensielle prioriteringer.
Vurdering av kvalitet	Høy kvalitet, nivå 2.
Etisk vurdering	Studien ble godkjent av regional etisk komité (Komiteen for beskyttelse av personer).
Database	Oria
Søk	Nr. 1.

Forfattere	Armstrong C. Anne, Sharon Foy, Sacha J. Howell, Rebecca J. Lee, Ann Wakefield and Andrew M. Wardley 2010. United Kingdom
År/Land	Psycho-Oncology
Tidsskrift	
Tittel	Facilitating reproductive choices: The impact of health services on the experiences of young women with breast cancer.
Hensikt	Var å undersøke kvinners respons til å bli fortalt at behandlingen påvirket deres fruktbarhet og hvordan deres interaksjoner med helsetjenester påvirket deres erfaringer.
Metode	Kvalitativ
Instrument	Kvinnene deltok i tre fokusgrupper ved hjelp av en fleksibel intervju struktur. Data ble analysert ved hjelp av innholdsanalyse
Deltagere/fracfall	24 kvinner under 40 år ved diagnosetidspunkt, som snakket flytende engelsk.
Hovedfunn	Studien viste at for de fleste kvinner var overlevelse det viktigste, selv om kvinner uten barn var mer villige til å ta risikoen. Mange kvinner følte at graviditet etter brystkreft og metoder for egg høsting gjennomførte en betydelig risiko for å overleve, og frykten syntes å økes med motstridende råd fra helsepersonell. Totalt sett følte kvinnene at kreft, deres behandlingsalternativ og helsetjenesten selv hadde tatt fra dem av valget. Derfor, i ettertid sa mange at de ville ha tatt imot en åpen og ærlig diskusjon med en fruktbarhets-ekspert for å maksimere sine alternativer.
Vurdering av kvalitet	Høy kvalitet, nivå 1
Etisk vurdering	Etisk godkjent av National Research Ethics Service
Database	Ovid Medline
Søk	Nr. 2

Forfattere År Land Tidsskrift	Baernholdt, Marianne, Jeanne M, Erickson, Jessica Keim-Malpass, Mary E. Ropka, Anneke T Schroen og Richard H. Steevens. 2012. United States. Journal of Cancer Nursing
Tittel	Blogging Through Cancer – Young Women's Persistent Problems Shared Online.
Hensikt	Var å beskrive livets avbrudd forårsaket av kreft blant unge kvinner, vel som å forstå de barrierene i tilgang til helsetjenester under og etter aktiv behandling.
Metode Instrument	Kvalitativ Bloggene ble analysert basert på fenomenologiske kvalitative metoder og tematisk analyse, som godt beskriver meningen med levde erfaringer fra deltagerne.
Deltakere/frafall	16 utvalgte sykdomsblogger som møtte kriteriene.
Hovedfunn	Det var fire dimensjoner av vedvarende problemer som var formulert i fortellingene om de unge kvinnene. De inkluderte smerte og tretthet, forsikring og økonomiske barrierer, bekymringer knyttet til fruktbarhet, og symptomer på posttraumatisk stress og angst.
Vurdering av kvalitet	Høy kvalitet, nivå 2
Etisk vurdering	Forfatterne tok etiske hensyn, men den ble fritatt av den etiske komite pga. at bloggene allerede var publisert på nettet.
Database	Oria
Søk	Nr. 1.

Forfattere	Baukje, Miedema og Julie Easley
År/Land	2012, United Kingdom
Tidsskrift	Association of Rehabilitation Nurses
Tittel	Rehabilitation After Breast Cancer: Recommendations from Young Survivors
Hensikt	Var å vurdere kreftrehabiliteringsbehov av unge kvinner etter brystkreftbehandling.
Metode Instrument	Kvalitativ beskrivende studie. To semi-konstruktive telefonintervju med 6-8 mnd. mellomrom. Intervjuene ble transkribert og tatt opp digitalt.
Deltakere/frafall	35 kvinner som hadde fått brystkreft-diagnosen før fylte 50 år.
Hovedfunn	Anbefalinger inkludert: bedre kommunikasjon mellom de ulike helse profesjons utøvere; helsepersonell tar på seg en mer proaktiv tilnærming med å anbefale rehabilitering etter behandling; bedre forsikring eller økonomisk bistand for rehabiliteringstjenester; og mer rehabiliterings støtte for befolkning på landsbygda.
Vurdering av kvalitet	Høy kvalitet, nivå 2
Etisk vurdering	Etisk godkjent av Dalhousie University Research Ethics Committee
Database	Oria
Søk	Nr. 1

Forfattere	Borbasi, Sally og Elisabeth Coyne
År/Land	2009, Australia
Tidsskrift	Australian journal of advanced nursing
Tittel	Living the experience of breast cancer treatment: The younger women's perspective
Hensikt	Å utforske opplevelsen av brystkreft av unge kvinner under femti år og beskrive deres personlige opplevelse av mestring ved brystkreftbehandling.
Metode Instrument	Fortolkende kvalitativt Dybdeintervjuer. En tematisk analyse av transkripsjoner. Dybdeintervjuene ble tatt opp og transkribert ordrett. Transkripsjoner ble verifisert av deltakerne, det var ingen krav om endring fra kvinnene.
Deltakere/frafall	6 kvinner fra 29 til 43 år som hadde fått diagnosen brystkreft for under 12 mnd. siden. Engelsk-talende.
Hovedfunn	Behandling for brystkreft begynte så raskt etter diagnosen, så det ble liten tid til å venne seg til begrepet - en livstruende sykdom. Alvorlighetsgraden av bivirkningene fra behandlingen påvirket kvinnenes følelse og evnen til å ta vare på familien. Tretthet, kvalme og tidlig debut på menopause var spesielt problematisk. Kvinnene beskrev en positiv beslutning om det å skulle overleve.
Vurdering av kvalitet	Høy kvalitet, nivå 1
Etisk vurdering	Etisk godkjenning ble innvilget av Human Research Ethics Committees fra det deltakende Universitet og private sykehus. Etske retningslinjer for kvalitativ forskning ble overholdt gjennom hele studien. For å sikre personvern, ble deltakerne bedt om å velge et dekknavn.
Database	Oria
Søk	Nr. 3

Forfattere	Colleen Fisher og Moira O`connor.
År/Land	2011. Australia.
Tidsskrift	Journal of Cancer Nursing.
Tittel	“ Motherhood” in the Context of Living With Breast Cancer”. Journal of Cancer Nursing.
Hensikt	Målet med studien var å undersøke effekten av brystkreft på identiteten til unge kvinner som "mødre. "
Metode	Kvalitativ studie.
Instrument	Dybde intervju. Intervjuene ble tatt opp på bånd, transkribert, og analysert. Det ble foretatt 8 intervjuer i hjemmet.
Deltakere/fracfall	Åtte deltagere, der 7 av de var gift, mens en var alenemor. Alderen var mellom 31-42 år. De var alle fra Australia og bodde i område Perth. Det var et krav at de var engelsk talende.
Hovedfunn	Fire temaer: 1. diagnose og avbrudd, der ingen av kvinnene var forberedt på diagnosen og det var ikke i deres «livsplan». 2. Opprettholde normalitet var viktig i forhold til deres barn. 3. Fortsette mors-rollen, de forandret sin identitet med at de levde nå med kreft, og de la en plan for hva som skulle skje med barna hvis sykdommen skulle utvikle seg og bli terminal. 4. opplever overlevelse, det gjorde at de levde livene sine på en bedre måte og livet omhandlet ikke kun sykdommen.
Vurdering av kvalitet	Høy kvalitet, nivå 2
Etisk vurdering	Etisk godkjent av Edith Cowan Universety Human Research Ethics Committee.
Database	Oria
Søk	Nr. 1.

Forfattere	Connell, Shirley, Beth Newman og Carla Patterson
År/Land	2006, Australia
Tidsskrift	Supportive Care Cancer
Tittel	Issues and concerns of young Australian women with breast cancer
Hensikt	Hensikten med denne studien var å identifisere og utforske problemene og bekymringene til Australske kvinner diagnostisert med brystkreft før fylte 41 år.
Metode	Kvalitativ.
Instrument	Semi-strukturerte intervjuer. De tatt opp på bånd og intervjuene ble transkribert ordrett.
Deltakere/frafall	42 kvinner meldte seg til studien, men 7 av de ble ekskludert grunnet alder ved diagnostisering eller for at de hadde fått diagnosen for mer enn 4 år siden.
Hovedfunn	Frykten for tilbakefall og fremtiden som var så usikker preget kvinnene, også barn og familie var de hyppigst rapporterte personlige bekymringene. Økonomiske-relaterte problemer og bekymringer for barn og familien var rapportert som den største generelle bekymringen for unge kvinner med brystkreft. Det største udekkede behovet deltakere følte var støtte.
Vurdering av kvalitet	Høy kvalitet, nivå 1
Etisk vurdering	Etisk vurdert av Queensland University of Technology Human Research Ethics Committee
Database	Oria
Søk	Nr. 4.

Forfattere	Corney, Roslyn Heather og Amica Jane Swinglehurst
År/Land	2014, United Kingdom
Tidsskrift	Psycho-Oncology.
Tittel	Young childless women with breast cancer in the UK: A qualitative study of their fertility-related experiences, options, and the information given by health professionals
Hensikt	Var å undersøke i detalj fertilitetsrelaterte opplevelser av unge barnløse kvinner med brystkreft, inkludert den informasjonen de fikk, de fruktbarhets bevarende alternativer som ble gitt, og dilemmaene de står overfor.
Metode	Kvalitativ
Instrument	Det ble gjennomført intervjuer med barnløse kvinner. De ble rekruttert ved å kontakte brystkreft veldedighetsorganisasjoner og ble bedt om å fortelle sin historie, med vekt på fruktbarhets problemer. Transkripsjoner ble analysert ved hjelp av tematisk metode.
Deltagere/frafall	19 barnløse kvinner i alderen under 45, med diagnosen brystkreft minst 6 måneder før.
Hovedfunn	Mengden av informasjon gitt til kvinner fra helsepersonell varierte betydelig. Bare halvparten ble gitt mulighet til å forfølge assistert befruktning før kjemoterapi. De fleste kvinnene var bekymret for hva fremtiden kunne inneholde, inkludert deres fruktbarhet, virkningen av graviditet på tilbakefall, og helsen til barnet. De ble vanligvis gitt lite informasjon eller støtte på disse spørsmålene.
Vurdering av kvalitet	Høy kvalitet, nivå 1
Etisk vurdering	Etisk godkjent av National Health Service ethical committee.
Database	Ovid Medline
Søk	Nr. 2

Forfattere	Creedy K, Debra, Elisabeth Coyne og Judy Wollin. Australia, 2012
År/Land Tidsskrift	European Journal of Oncology Nursing
Tittel	Exploration of the family's role and strengths after a young woman is diagnosed with breast cancer: Views of women and their families
Hensikt	Denne studien undersøkte hvilken rolle og styrken av familien når de skal støtte yngre kvinner etter å ha fått diagnosen brystkreft. Perspektivene av kvinner og familiemedlemmer ble søkt.
Metode Instrument	Kvalitativ beskrivende studie. Semi-konstruktive intervju hjemme hos pasientene eller via telefon hvis deltakerne bodde mer enn 200 km unna.
Deltakere/frafall	14 kvinner i alder mellom 35-46 år som hadde diagnosen brystkreft, og 11 slektninger/pårørende var med i studien.
Hovedfunn	Kvinner med brystkreft opplevde et spekter av følelser i behandlingsperioden. Analyse av utskrifter av intervjuene identifiserte følgende hovedtemaer; 1. bare være der, som innebar at under behandlingen så de en stor hjelp i å ha med pårørende slik at de fikk med seg mer informasjon. 2. paradoks hjelp, som innebar at de fikk mye hjelp fra pårørende, men at det kunne føre til at de følte seg mer syk og hjelpeløse og ga de negative psykologiske konsekvenser. Og 3. buffer fra samfunnet, som innebar at de brukte pårørende til å videreformidle sykdomsoppdateringer, da de ofte ikke maktet det selv. Et sekundært tema relatert til støtte, var at mange av kvinnene bekymret seg for hvordan de pårørende mestret situasjonen.
Vurdering av kvalitet	Høy kvalitet, nivå 1
Etisk vurdering	Etisk godkjent av University Human Research Ethics Committee. Og alle deltakerne gav skriftlig samtykke
Database	Oria
Søk	Nr. 1

Forfattere	Gorman R. Jessica, Lisa Madlensky, John P. Pierce og Paula M. Usita.
År/Land	2010. USA.
Tidsskrift	Journal of Cancer Nursing
Tittel	Young Breast Cancer Survivors- Their Perspectives on Treatment Decisions and Fertility Concerns
Hensikt	Denne studien undersøker hvordan unge kvinner gjør kreft behandlings beslutninger og rollen fruktbarhets bekymringer har i denne prosessen.
Metode Instrument	Kvalitativ. De gjennomførte telefonintervjuer og brukte kryss induktiv analyse for å identifisere temaer.
Deltakere/fracfall	20 unge kvinner som hadde hatt brystkreft. Alder: under 38 år.
Hovedfunn	Hovedtemaene var (1) "Jeg var ung, jeg ønsket å gjøre alt for å overleve, og ikke å la kreften komme tilbake"; (2) "Fruktbarhet bekymringer er forskjellig for hver kvinne"; (3) "Min onkolog var en stor del av min overlevelse"; og (4) "De ville ikke fortelle meg om mine alternativer, og jeg tenkte ikke på fruktbarhet før det var for sent." Selv om fruktbarhet var viktig for mange deltakere, ble behandlings beslutninger hovedsakelig motivert av overlevelse bekymringer. Fruktbarhets bekymringer var avhengig av livssituasjon, og timingen i forhold til diagnosen
Vurdering av kvalitet	Høy kvalitet, nivå 2
Etisk vurdert	Godkjent av University of California, San Diego og San Diego State University.
Database	Oria
Søk	Nr. 1.

Forfattere	Pedersen, Allison E. Thomas F. Hack, Susan E. McClement og Jill Taylor-Brown
År/Land	2014, Canada
Tidsskrift	Oncology Nursing Forum
Tittel	An exploration of the patient navigator role: perspectives of younger women with breast cancer
Hensikt	Hensikten med denne studien var å identifisere og utforske hvordan en kreft-koordinator kan hjelpe unge kvinner med sin sykdom, gjennom ytringer fra kvinnene selv om hva de ønsker.
Metode Instrument	Kvalitativ. Semi-strukturerte intervjuer. Intervjuene ble tatt opp på bånd og intervjuene ble transkribert.
Deltakere/fracfall	12 deltakere under 50 år som hadde fått diagnosen brystkreft de i løpet av de siste 3 årene
Hovedfunn	Angsten som oppsto ved diagnosetidspunkt grunnet sykdommen selv, men også grunnet mangel på støtte, informasjon fra helsepersonell og mange ubesvarte spørsmål de hadde til helsepersonellet. Ytringer om hvordan kvinnene ville hatt det, som bl.a. hatt en person å forholde seg til som støttet de og ga de informasjon.
Vurdering av kvalitet	Høy kvalitet, nivå 1
Etisk vurdering	Etisk godkjent av university og Manitoba and CancerCare Manitoba's Research Resource Impact Committee.
Database	Oria
Søk	Nr. 4.