



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

**Kvinners opplevelser av identitet etter mastektomi/
Women's experiences of identity after mastectomy**

Monica Tafjord og Julia Funk

Totalt antall sider inkludert forsiden: 54

Molde, 10.04.15



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

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

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input 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 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 type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiattkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input 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 type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Jeanette Varpen Unhjem

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: 24.03.2015

Forord

Og de kledde meg naken
Og de hengte meg opp
Og gned meg inn med stinkende væsker
Og skar mitt bryst i stykker

Mitt bryst
Mitt sjenerte, troskyldige, uvitende bryst
De skar det i stykker
Og vinduene snudde seg bort
Og veggene trakk seg sammen
Og ingen var der
Da de skar det i stykker

Mitt bryst
Mitt ømme, bankende, melkesprengte bryst
Og fingrene krummet seg
Og albueene skalv
Og hoftene jamret sakte
Da de skar det i stykker

Mitt bryst,
Mitt gavmilde, villige, utstrakte bryst
Og kniven gled inn
Rett inn, rett ned
Lydløst og sikkert og det første snittet var varmt i armhulen
Og det neste kaldt og dypt
Og melkekjertelen døde
Mine hvite, knudrete, søte trær
Det kalde stålet hogg i dem
Og de falt
Og ingen var der, ikke en gang du

Antall ord: 10684

Sammendrag

Bakgrunn

Den hyppigste kreftformen kvinner blir rammet av er brystkreft. Det er også en mulighet for at menn kan få brystkreft, men hyppigheten er lavere. I 2013 var det 3220 kvinner som ble rammet av brystkreft. Risikoen for å få brystkreft er økende med alderen, ca. 80 % av dem som er over 50 år rammes av brystkreft. Risikoen for å få brystkreft for de som er under 30 år er svært liten. Antallet av de som overlever brystkreft er stigende. For sykepleieren er det viktig å vite pasientens behov for å kunne gi helhetlig sykepleie og for å ivareta pasientens verdighet.

Hensikt

Hensikten med denne studien var å beskrive kvinners opplevelse etter en gjennomgått brystkreftoperasjon.

Metode

En systematisk litteraturstudie, basert på 8 kvalitative artikler og 3 kvantitative artikler.

Resultat:

Hovedfunnene viser at identiteten til kvinnene ble påvirket etter gjennomgått mastektomi. Mastektomi forårsaket en trussel mot den kvinnelige identiteten, parforhold og et endret kroppsbilde.

Konklusjon:

Kvinnens kroppsbilde og identitet blir påvirket av ulike faktorer etter en gjennomgått mastektomi, dette var veldig individuelt. Kvinnene hadde problemer med å vise seg frem i sosiale sammenheng og foran deres egen partner.

Nøkkelord

Mastektomi, Brystkreft, Erfaringer, Kroppsbilde, Identitet

Abstract:

Background

The most frequent form of cancer women are affected by breast cancer. There is also a possibility that men can get breast cancer, but the frequency is lower. In 2013 there were 3220 women who were diagnosed with breast cancer. The risk of getting breast cancer increases with age, approximately 80% of those over 50 years are affected by breast cancer. The risk of getting breast cancer for those who are under 30 years is very small. The number of those who survive breast cancer is rising. For the nurse is important to know the patient's needs in order to provide holistic nursing and to safeguard patient dignity.

Purpose

The purpose of this study was to describe women`s experience after an undergone breast cancer surgery.

Method

A systematic literature review, based on 8 qualitative articles and three quantitative articles.

Results

The main findings show that the identity of the women were affected by undergone mastectomy. Mastectomy caused a threat to the female identity, relationships and body image changed.

Conclusion

Women`s body image and identity are influenced by various factors after an undergone mastectomy, this was very individually. The women had problems showing themselves in social context and in front of their partner.

Keywords

Mastectomy, Breast Cancer, Experience, Body-image, Identity

1.0	Innledning	1
1.1	Hensikt.....	2
1.2	Problemstilling	2
2.0	Teori	3
2.1	Brystkreft.....	3
2.2	Behandling.....	4
2.3	Identitet.....	5
2.4	Når kroppen endrer seg	6
2.5	Kroppsbilde	7
3.0	Metodebeskrivelse	8
3.1	Datainnsamling.....	8
3.1.1	Inklusjon- og eksklusjon	8
3.1.2	Søkestrategi	10
3.1.3	Databaser.....	11
3.1.4	Søkehistorikk	11
3.2	Kvalitetsvurdering av artiklene	11
3.3	Etiske hensyn.....	12
3.4	Analyse.....	12
4.0	Resultat	14
4.1	Endret utseende har varierende betydning	14
4.2	En trussel mot kvinnelig identitet.....	15
4.3	Opplevelse av å være mindre seksuelt attraktiv	18
5.0	Diskusjon.....	20
5.1	Metodediskusjon	20
5.1.1	Inklusjonskriterier	20
5.1.2	Datainnsamling	21
5.1.3	Kvalitetsvurdering og etiske hensyn	21
5.1.4	Analyse.....	22
5.2	Resultatdiskusjon.....	23
5.2.1	Et endret speilbilde, en deformert kropp.....	23
5.2.2	Den sårede kvinnelige identiteten	25
5.2.3	Livet videre og relasjon til partner på godt og vondt	27
6.0	Konklusjon.....	31
6.1	Forslag til videre forskning	32
7.0	Litteraturliste:	33

VEDLEGG 1: Søkeshistorikk

VEDLEGG 2: Oversiktstabell artikler

VEDLEGG 3: Oversiktstabell kategori

1.0 Innledning

I Norge er det i overkant 3000 kvinner hvert år som får diagnosen brystkreft, 630 kvinner døde av brystkreft i 2013 (Kreftregisteret 2015). I følge brystkreftforeningen (2015) opplever hver 12. kvinne å få brystkreft. Det er også en mulighet for at menn kan få brystkreft, men hyppigheten er lavere. I 2013 var det 36 menn som ble diagnostisert med brystkreft. Risikoen for å få brystkreft er økende med alderen, ca. 80 % av dem som er over 50 år rammes av brystkreft. Risikoen for å få brystkreft for de som er under 30 år er svært liten. Alt i alt er antallet av de som overlever brystkreft stigende. Fem år etter å ha fått diagnosen er 89 % av pasienten i live (Brystkreftforeningen 2015).

Forholdene har nesten fordoblet seg i forhold til hva de var for 20 år siden. Økningen har oppstått i forbindelse med innføringen av det nasjonale mammografiscreeningsprogrammet og utelukkende blant aldersgruppene som blir invitert til mammografiscreening. Antallet av de som overlevde brystkreft i 2013 i Norge var på 41.224. Omtrent 5-10 % av brystkrefttilfellene skyldes arvelige faktorer og omtrent halvparten av kvinnene som får diagnosen brystkreft må gjennomføre en mastektomi (Brystkreftforeningen 2015).

Sykepleieren kan og vil møte pasienter med denne diagnosen i forskjellige sammenheng, både før og etter behandlingen. Studien tar for seg et viktig tema, fordi det fortsatt er mange kvinner som får brystkreft, og tallene av nyoppdaget brystkreft øker stadig. Dette har også en sammenheng med at kvinner får innkallelse til mammografiundersøkelser. Det er viktig med kunnskap om ulike pasientgruppers situasjon, reaksjon og behov for hjelp fra sykepleieren. Denne kunnskapen kan betegnes som pasient kunnskap. Sykepleieren må også ha kunnskap om behandling og selv kunne iverksette tiltak. Slik kunnskap gir sykepleieren muligheten til å sørge for den syke på en særlig omsorgsfull og kyndig måte. Sykepleierens omsorg er basert på en forståelse av pasientens situasjon basert på empati. Det er viktig at sykepleieren skaffer seg informasjon om hvordan pasienten opplever sin situasjon og hva den betyr for han. I tillegg er det viktig å finne ut hvorfor den har oppstått (Kristoffersen og Nordtvedt 2012). Vi mener at det er viktig for oss som sykepleiere og kjenne til reksjonene til pasienten for å kunne utøve god sykepleie. Deriblant er selvbildet og identitet hos kvinner en viktig faktor.

1.1 Hensikt

Hensikten med denne studien var å beskrive kvinners opplevelse etter en gjennomgått brystkreftoperasjon.

1.2 Problemstilling

Hvilken betydning har mastektomi for kvinners opplevelse av identitet?

2.0 Teori

I dette kapitlet blir det gjort rede for brystkreft, årsaker og behandling. I tillegg hva identitet og kroppsbilde er, og hvordan det er å leve med et endret kroppsbilde.

2.1 *Brystkreft*

Cancer mammae er den klart hyppigste formen for kreft hos kvinner, både nasjonalt og internasjonalt (Sørensen og Almås 2011). Kvinnens bryster består av fettvev, kjertelvev og bindevev. I brystene er det melkekjertler som har forgreininger som fører ut av brystet, disse kalles melkegangene. Forgreiningene ender i brystvorten. 80 % av brystkrefttilfelle har opphav i melkegangene, og 10-15 % av krefttilfellene oppstår i melkekjertelen. Vi skiller mellom to typer svulster som oppstår i selve kjertelen (LCIS) og i utførselsgangen (DCIS) (Brystkreftforeningen 2015).

Arv er den viktigste faktoren for å få brystkreft. Det vi si at dersom en kvinne har en mor eller søster som har hatt brystkreft, må en være spesielt på vakt. Sykdommen er ellers mest vanlig hos kvinner som ikke har født barn, hos eldre førstegangs fødende og hos kvinner med tidlig menarke og sen menopause (Jacobsen et al. 2012).

Etter hvert har man tilegnet seg kunnskap om faktorer som kan redusere eller øke risikoen for brystkreft. Under puberteten er brystkjertelvevet konstant under påvirkning av de kvinnelige kjønnshormonene. Disse kalles østrogener, og spiller en viktig rolle i forhold til utviklingen av sykdommen (Brystkreftforeningen 2015).

Faktorer som kan øke risiko:

- tidlig første menstruasjon og sen overgangsalder, altså et høyt antall menstruasjonsperioder
 - å ikke føde barn, eller å føde barn først etter fylte 35 år
 - overvekt, særlig kombinert med stor høyde
 - alkohol, risikoen øker med inntak
 - tidligere strålebehandling mot brystkjertelen
 - langvarig bruk av østrogenilskudd i forbindelse med overgangsalder
- (Brystkreftforeningen 2015)

Faktorer som kan redusere risiko:

- å føde sine første barn før fylte 25 år
- å føde flere barn eller å amme
- sunt kosthold
- regelmessig mosjon

(Brystkreftforeningen 2015)

Arvelig brystkreft

Kvinner som har mor eller søsken med brystkreft, har økt risiko for å utvikle brystkreft. De mest kjente genene som er kjent å være assosiert med utvikling av brystkreft er BRCA1 og BRCA2. De er årsak til 2 % av all brystkreft i vestlige land. Personer med opphopning av brystkreft i familien, kan få sjekket om de er BRCA1 og BRCA2 positiv. Personer som får påvist BRCA- gener har ca. 80 % risiko for å utvikle brystkreft resten av livet, og har også økt risiko for å utvikle kreft i ovariene. Unge kvinner med disse genene blir rådet til å tidlig få de barna de ønsker seg, og deretter vurdere profylaktisk fjerning av brystene og ovarier (Jacobsen et al. 2012).

2.2 Behandling

Kirurgi er den viktigste behandlingsmetoden for brystkreft. Enten alene eller i kombinasjon med cytostatika, strålebehandling og endokrin behandling. Ved operativ behandling blir svulsten fjernet sammen med så mye som mulig av brystkjertelvevet omkring, slik at risikoen for lokalt residiv eller spredning blir minst mulig (brystbevarende behandling), eller hele brystkjertelen fjernes (mastektomi eller ablatio mammae) (Sørensen og Almås 2011).

Mastektomi eller ablatio mammae, er en operasjon der hele brystkjertelen fjernes. Muskulaturen mellom brystkjertelen og toraks fjernes ikke. Blir det påvist kreftceller i aksillen preoperativt, vil også lymfeknutene i armhulen bli fjernet (Sørensen og Almås 2011). I statistikken til kreftregisteret (2014) blir det omtalt at det er 54 % som får brystbevarende kirurgi, mens resterende antall får behandling gjennom mastektomi. Det vil si at det er 46 % som blir behandlet gjennom mastektomi (Kreftregisteret 2014).

Rekonstruksjonen av brystet er ofte et aktuelt tema for kvinner etter gjennomgått mastektomi. Noen kvinner ønsker brystrekonstruksjon framfor å bruke løse brystproteser resten av livet. Slik operasjon kan drøftes sammen med legen, og tas vanligvis opp under

6-månederskontrollen. For enkelte kvinner er spørsmålet om en slik operasjon først aktuelt etter lang tid, og for noen først etter mange år (Sørensen og Almås 2011).

2.3 Identitet

Identitet handler om hvordan mennesker opplever seg selv.

Identitet er den oppmerksomheten et menneske har av å være seg selv slik den vokser fram gjennom å legge merke til og vurdere seg selv. Identitet er summen av alt som representerer en selv i en samlet helhet (Solvoll 2012, 17).

Identiteten kan påvirkes av sykdommer, men det trenger ikke nødvendigvis å ha en negativ innvirkning. Sykdom og lidelser kan også være til hjelp med tanke på å forstå seg selv på en ny måte. Personer ser de tingene som betyr noe, som ikke var av så stor betydning før de ble syke. Sykdommen kan føre til at det enkelte mennesket føler seg mer verd (Solvoll 2012). I Ingstad (2013) blir det nevnt at den personlige identiteten viser til det enkelte individs oppfatning av egenskaper og kvaliteter i forhold til andre mennesker. Vi mennesker er unike, og det er den personlige identiteten som gjør oss til den personen vi er. Faktorer som utseende, temperament, karaktertrekk, holdninger, kunnskaper og stil er med på å danne vår personlige identitet (Ingstad 2013).

Den sosiale identiteten handler om individets erkjennelse av at man har en tilhørighet i en bestemt sosial gruppe, satt sammen med en emosjonell og verdimessig vektlegging av denne tilhørigheten. Den sosiale og kulturelle identiteten beskrives også som identifikasjon. Det vil si hvem vi identifiserer oss med og føler oss som en del av (Schiefloe 2012). Hvordan vi som kvinne eller mann utvikler vår identitet er en viktig del av vårt selvbilde. Kvinner og menn er biologisk ulike og de har forskjellige roller når det gjelder forplantning, i tillegg til at omgivelsene våre forventer ulik type atferd av kvinner og menn. Omgivelsen vurderer kvinner og menn etter ulike standarder. Vår identitet har betydning for vår personlige utvikling, og for hvilke muligheter og begrensninger man møter i samfunnet (Schiefloe 2012).

Borg (2010) beskriver seksualitet som en integrert del av menneskets personlighet og som et grunnleggende behov. Seksualitet handler ikke bare om samleie, og det handler heller ikke om hvor vidt vi får orgasme og summen av det erotiske livet. Seksualitet er mer enn det. Seksualitet er det som får oss til å søke etter kjærlighet, varme og intimitet. Seksualiteten har innflytelse på vår mentale og fysiske helse. Den påvirker våre tanker, følelser og vårt samspill med andre mennesker. Siden helse er en grunnleggende menneskerett, er det viktig at også den seksuelle helsen vår ligger i fokus (Borg 2010). Den seksuelle identiteten kan knyttes til vårt kroppsbilde fordi den er et begrep som omfatter flere komponenter. Seksuell identitet blir omtalt som en samlebetegnelse på somatisk kjønn, kjønnsidentitet, kroppsbekvissthet, kroppsbilde, kjønnsrolle, seksuell orientering og seksuelle tenningsmønstre (Gamnes 2012).

2.4 Når kroppen endrer seg

Ved endringer på kroppen på grunn av sykdom kan dette få konsekvenser for identiteten og hvordan mennesket ser seg selv som person. Kanskje deres utseende har endret seg og pasientene føler seg derfor ikke like mye verd lenger. I den vestlige kulturen er det vanlig at man legger vekt på utseende. Den ideale kroppen assosieres med mange ting. Suksess, lykke og sosial aksept avhenger mye av hvordan vi ser ut. Kulturen vår legger veldig mye vekt på hvordan mennesker bør se ut, og hvis en pasient da ikke ser slik ut kan det fort være sårbart for pasienten. Det kan bli vanskelig å lære seg å kjenne den nye kroppen. Å mangle et bryst kan påvirke kvinners selvbilde fordi de kan få problemer med å bearbeide den nye kroppen sin (Solvoll 2012).

Det fysiske selvet kan defineres som summen av ubevisste og bevisste holdninger personer har i forhold til sin egen kropp. Selvbildet kan bli alvorlig påvirket når deler av det fysiske selvet blir påvirket gjennom for eksempel tap av en lemsdel. Det fysiske selvet kan også bli påvirket når kroppen ikke fungerer som den ikke skal lenger. Det vil oppstå et behov for å reorientere det fysiske selvet og finne andre måter å erstatte den tapte funksjonen på. Blir det fysiske selvet endret kan det imidlertid gjerne oppstå en periode med depresjon. Desto mer en person godtar og liker kroppen sin, desto tryggere og friere er han for angst. For vår selvaktelse er det viktig at man har et godt forhold til sin egen kropp (Hummelvoll 2012).

2.5 Kroppsbilde

Sykdom kan også påvirke kroppsbildet vårt. Kroppsbildet går ut på forestillingene vi danner oss om kroppen vår, både indre og ytre faktorer spiller en rolle her. Den ytre delen handler om utseendet, mens den indre delen handler om opplevelsen. Kroppen vår har en stor betydning for hvordan vi opplever oss selv. Følelsen av at kroppen har endret seg i utseende enten den er for stor, for liten, tiltrekkende eller ikke, kan bety mye for hvordan et enkelt individ oppfatter seg selv. Ved endret kroppsbilde på grunn av sykdom, kan dette derfor medføre endringer i selvoppfattelsen også (Solvoll 2012).

Et endret kroppsbilde gir store konsekvenser for mange. Endringene i forhold til kroppsbildet vårt påvirker vårt selvbilde og betydning for vår selvfølelse. Det endrede kroppsbildet vil få betydning i forhold til familie, venner, arbeid og øvrige sosiale omgivelser. Slike problemer kan oppstå i form av psykiske eller seksuelle relaterte problemer eller de kan være av fysisk eller praktisk art. Reaksjonene ved et endret kroppsbilde er avhengig av vår evne til å mestre stress. Årsaken til det endrede kroppsbildet, som for eksempel kroppsfunksjon, utseende eller følelsen av skam kan være med på å avgjøre den enkeltes opplevelse av det endrede kroppsbildet. Det er viktig at sykepleieren er i stand til å se pasientens endrede kroppsbilde som en del av pasientens opplevelse av velvære. Det vil ha store konsekvenser for pasientens rehabilitering hvis kroppsbildet eller selvbildet blir skadet (Schjølberg 2010). Siden 1999 har man vært mer opptatt av hvordan kroppen har en kulturell, en sosial og en politisk side. Begrepet den sosiale kroppen beskriver hvordan kroppen er sentral i vår deltakelse i det sosiale livet. Gjennom vår kropp presenterer vi oss for hverandre. Våre kroppslige uttrykk kan være med på å understreke sosial status og sosiale verdier. Selvfølelsen hos pasientene blir påvirket gjennom kroppsoppfatningen (Bjørk og Breievne 2012).

3.0 Metodebeskrivelse

I denne delen av oppgaven vil vi ta for oss hvordan vi har gått frem og hvordan vi har gjennomført litteratursøkene våre. I retningslinjene for bacheloroppgaven i sykepleie (2014) står det skrevet at den avsluttende bacheloroppgaven skal gjennomføres i form av en systematisk litteraturstudie. Metoden skal være så tydelig beskrevet, slik at andre skal kunne gjenta prosessen.

I dette metodekapittelet gjør vi rede for utarbeidelse av PO-skjema, søkestrategi, inkludering og ekskluderingskriterier, databasesøk, kvalitetsvurdering, etiske hensyn og analyse.

3.1 Datainnsamling

I følge retningslinjene for bacheloroppgaven i sykepleie ved Høgskolen i Molde (2014) skal litteraturstudiens resultat baseres på 10- 15 originale forskningsartikler. I følge Nordtvedt et al. (2013) betyr det å jobbe kunnskapsbasert at en må ha en konkret spørsmålsformulering som forteller noe om hvilken kunnskap man er ute etter og hvilken studiedesign som passer best til problemstillingen. I følge Nortvedt et al. (2013) brukes kvalitativ forskning til å undersøke subjektive menneskelige erfaringer, opplevelser, oppfatninger og holdninger. I kvalitativ forskning brukes det ikke-statistiske metoder i analysen (Nortvedt et al. 2013).

3.1.1 Inklusjon- og eksklusjon

Inklusjon

Grunnen for at vi valgte å inkludere kvinner som har gjennomgått profylaktisk mastektomi og mastektomi er fordi vi er ute etter kvinners opplevelser etter gjennomført mastektomi uansett om de hadde brystkreft eller ikke. Derfor ville vi også ha erfaringene til de kvinnene som har gjennomgått en profylaktisk mastektomi. For oss var det viktig å inkludere både kvalitative og kvantitative artikler siden begge svarte på problemstillingen våre. De kvalitative artiklene ga oss et svar på følelsene til disse kvinnene og hvordan hver enkelt kvinne opplevde mastektomi. De kvantitative artiklene ga oss også svar på kvinners opplevelser, men mer i forhold til statistikk, alder og hvor mange kvinner det var snakk om. Vi har inkludert 3 kvantitative artikler og 8 kvalitative artikler. Artiklene vi inkluderte

skulle også være etisk godkjent, eller at det ble tatt etiske hensyn med tanke på anonymisering, taushetsplikt og frivillighet.

Inklusjonskriterier:

- Kvinner med gjennomgått mastektomi på grunn av kreft
- Kvinner som har gjennomgått profylaktisk mastektomi
- Kvantitativ og kvalitativ forskning
- Etiske vurderte artikler, eller at det er gjort etiske overveielser
- Nyere forskning, publisert fra 2009- 2015
- Unge og eldre kvinner
- Artikler på engelsk, dansk, svensk og norsk språk
- Vitenskapelig nivå 1 eller 2

Eksklusjon

Grunnen for at vi valgte å ekskludere artikler som var fra Asia og Afrika var fordi vi mener at disse ikke kan sammenlignes med den vestlige kulturen. Som tidligere nevnt er vi i den vestlige kulturen veldig opptatt av utseendet vårt, noe som vil påvirke hvordan kvinnene i disse artiklene føler seg. Vi mener at det kan bli vanskelig å sammenligne enkelte funn i artikler fra disse deler av verden med den vestlige kulturen på grunn av at de har mindre goder og verdsetter andre ting fram for utseendet sitt. Vi valgte også å ekskludere menns erfaringer med mastektomi, siden vi er ute etter kvinners opplevelser.

Eksklusjonskriterier:

- Menn
- Artikler fra Afrika og Asia
- Artikler eldre enn 6 år

3.1.2 Søkestrategi

Når vi skulle sette i gang med søket vårt, diskuterte vi først og fremst søkeordene og hva som var relevant for søket vårt. Vi satt sammen en liste over relevante søkeord og oversatt disse til engelsk. Deretter fylte vi ut PICO- skjemaet vårt som da ble et PO- skjema, siden søkeordene kun gikk på problem og utfall. Vi byttet ut noen av søkeordene våre med nye og mer relevante søkeord, for å presisere søket vårt. I begynnelsen var søkeordene våre for inkluderende i forhold til artiklene, men etter en veiledningstime med veileder fikk vi god hjelp til å finne søkeord som gjorde søket vårt mer nøyaktig. I de første søkene våre brukte vi ikke trunkeeringstegn, og likevel fant vi gode og relevant artikler. Vi bestilte etter hvert en time hos bibliotekar for å få veiledning i forhold til søkene våre, og for å se om dette gjorde noe forskjell. Selv synes vi at det ikke var til stor nytte siden vi fant de samme artiklene som før veiledningen, men likevel ble søket vårt mer ryddig og oversiktlig. Den eneste forskjellen på det nye og det gamle søket var at vi fikk alle artiklene samlet på ett og samme søk. I tillegg til å bruke skolen sine databaser brukte vi også Google Scholar på en del søk. Google Scholar var til stor hjelp med tanke på at søket var enkelt. Vi skrev inn alle søkeordene vi hadde og knyttet de sammen med AND i søkemotoren. I tillegg brukte vi tidsbegrensing 2009 til 2015 og fant dermed direkte frem til en god del artikler. Google Scholar hadde mange relevante artikler, men det viste seg at de fleste artiklene vi fant her hadde vi allerede sett inne på høgskolens databaser.

Vi har tatt i bruk PICO-skjema til våre søk. I Nortvedt et al. (2013) blir det sagt noe om at man i en slik litteraturstudie burde dele opp spørsmålet sitt, slik at man får den hensiktsmessige strukturen i søket. Hver av bokstavene i begrepet "PICO" står for egne elementer. "P" står for patient/ problem, "I" står for intervention/ intervensjon, "C" står for comparison/ sammenligning og "O" står for outcome/ utfallet (Nordtvedt et al. 2013). I vårt tilfelle har vi valgt å bruke PO- skjema på grunn av at problemstillingen vår omhandler pasient/problem og utfallet av problemet. Vi har derfor ikke tatt i bruk intervensjon og sammenligning.

P	I	C	O
Mastectom* Ablatio mammae Mammectom*			Experienc* Body Identit*
Mastektom* Ablatio mammae Mammektom*			Erfaring* Kropp Identitet*

3.1.3 Databaser

Til våre første søk brukte vi OVID og ProQuest. Etter å ha fått veiledning hos bibliotekaren brukte vi spesifikt OVID Nursing database, OVID MEDLINE og PsycINFO. Vi foretok også et søk i SveMed+ og CINAHL. Google Scholar ble også brukt under våre søk.

3.1.4 Søkehistorikk

Det første søket vårt gjorde vi i OVID den 11.11.2014. Dette søket ga oss 706 artikler. I dette søket leste vi gjennom 16 abstrakt og til sammen 5 artikler. Vi inkluderte 1 artikkel. Det neste søket vi foretok var også i OVID, dette søket gjorde vi den 15.11.2014 og ga oss 414 artikler. Av disse 414 artiklene leste vi gjennom 6 abstrakte og 4 artikler. Vi inkluderte 3 av de 4 artiklene vi leste gjennom. Etter å ha funnet en god del artikler gjorde vi også noen manuelle søk, der vi fant relevante artikler. Dette gjorde vi ved å se i referanselisten til de artiklene som var relevant for å finne ut om noen passet til vår oppgave. 2 av artiklene vi har inkluderte fant vi på denne måten. I det tredje søket brukte vi Google Scholar. Dette søket utførte vi den 15.11.2014 og det ga oss 12100 treff hvorav vi leste 12 abstrakt. Det er ca. 10 artikler på hver side. Vi bladde gjennom nesten alle sidene, men vi oppdaget at overskriftene ble mer og mer irrelevant jo lenger ut i søkene vi kom. Vi valgte da å avslutte søket. Etter å ha gått gjennom dette søket, fant vi noen av artiklene vi hadde sett tidligere, samtidig som vi fant 4 nye artikler. I det siste søket vi foretok i OVID MEDLINE den 12.12.14 fikk vi 39 funn. Vi leste gjennom 10 abstrakte og 3 artikler. I dette søket inkluderte vi 1 artikkel.

3.2 Kvalitetsvurdering av artiklene

Da vi startet med kvalitetsvurderingen av artiklene begynte vi med å finne ut hvilken metode som var brukt. Dette gjorde vi i felleskap. Allerede i prosjektskissen hadde vi et godt utgangspunkt siden vi hadde kvalitetsvurdert de artiklene som ble brukt til denne. Dette gjorde det lettere for oss å jobbe videre med de nye artiklene. De første artiklene vi fant hadde nivå 1 eller 2. For å kunne kritisk vurdere artiklene tok vi i bruk de kritiske vurderingsskjemaene som ligger i Nortvedt et al. (2013). Vi tok i bruk de kritiske vurderingsskjemaene både til de kvalitative og de kvantitative artiklene, fordi de vurderes på ulike måter. Neste steget vi gjorde var å dele artiklene vi hadde funnet mellom oss, for å

kunne oversette resultatdelen grundig og for å kunne dele litt på arbeidet. I tillegg var det lettere å vurdere artiklene uavhengig av hverandres meninger. Etter å ha vurdert hver av de artiklene for oss selv, byttet vi på artiklene og hadde en gjennomgang på den kritiske vurderingen. Vi fant ut at vi var enig i den kritiske vurderingen av artiklene og følte oss trygg på at vi kunne bruke artiklene. Gjennom bruken av vurderingsskjemaene som ligger i Nortvedt et al. (2013), ble vi i felleskap enig om at vi hadde 7 artikler som vi vurderte som gode og 4 artikler som vi vurderte som middels.

3.3 Etiske hensyn

Med tanke på de etiske hensynene, var det viktig for oss og denne oppgaven at alle artikler var etisk godkjent. I retningslinjene til bacheloren ved høyskolen i Molde (2014) står det beskrevet at artiklene skal være etisk godkjent. Vi hadde som mål at artiklene våre skulle være anonymisert og etter gjennomgang av artiklene fant vi ut at alle var anonymiserte, det ble ikke brukt originale navn i de artiklene der det er angitt navn. I tillegg til anonymiseringen la vi også vekt på at pasientene hadde skrevet under på et samtykkeskjema.

I Slettebø (2009) står det klart skrevet at data skal anonymiseres, slik at forskeren overholder taushetsplikten sin på lik linje som sykepleieren. Derfor er det viktig å legge vekt på dette. I Slettebø (2009) blir det også nevnt at forskning skal være godkjent av forskningskomiteer, noe som vi la vekt på. I forskningen vi har brukt har pasienten fått informasjon i forveien om hva forskningen skal gå ut på og hvordan man vil gå frem. Ofte har de fylt ut et skjema på forhånd. Det har også vært noe frafall i noen av artiklene våre, og dette har deltakerne full rett på. Pasienten har sin fulle rett til å nekte å delta i videre forskning uten at dette skal gå utover deres behandling (Slettebø 2009).

3.4 Analyse

Etter å ha funnet artiklene som var relevante for oss i forhold til bacheloroppgaven, hadde vi en nøye gjennomgang av disse. Vi delte artiklene mellom oss slik at vurderingen og analysen ikke ble påvirket av hva den andre synes om artikkelen. Etter dette satt vi oss ned og fortalte hverandre om funnene og hvilke likheter og ulikheter vi fant. Jobben ble å sette seg ned for å sammenligne funnene. Det første vi gjorde etter gjennomgang av artiklene var at vi satt oss ned sammen for å diskutere disse. Vi førte artiklene og hovedfunnene inn

i oversiktstabellen. Hovedfunnene ble oversatt til norsk for å få en god oversikt (Vedlegg 2). Vi laget et tankekart i felleskap, for å få god oversikt over de enkelte funnene i artiklene. I tillegg til oversiktstabellen laget vi en egen tabell (Vedlegg 3) for å sortere funnene våre. Vi nummererte de ulike artiklene i tabellen og laget overskrifter til de ulike funnene for å kunne sette disse inn i tabellen.

I analysearbeidet av artiklene vi har valgt, har vi tatt utgangspunkt i Evans's (2002) fire faser.

I den første fasen skal man samle inn datamaterialet som skal analyseres (Evans 2002). Gjennom søkeprosessen og kriteriene vi hadde for inklusjon endte vi opp med 11 artikler. Vi skrev ut både de originale artiklene, og artiklene oversatt til norsk.

I den andre fasen skal man identifisere de viktigste funnene i hver studie (Evans 2002). Dette gjorde vi ved å dele alle artiklene mellom oss. Slik kunne vi få en god oversikt over likheter og ulikheter mellom artiklene. Vi satte så artiklene i oversiktstabell (Vedlegg 2). Dette ga god oversikt over hovedfunn og resultater i de forskjellige studiene. Vi valgte å oversette alle resultatdelene i artiklene til norsk språk, slik at vi kunne få best mulig forståelse av resultatene i studiene.

I den tredje fasen skal vi sammenligne funn fra studiene og identifisere felles temaer (Evans 2002). Vi gikk gjennom artiklene sammen etter å ha lest de hver for oss, for å sammenligne de funnene vi hadde markert med ulike farger. Vi brukte så et tankekart for å skrive ned alle funn. Vi laget vår egen tabell (Vedlegg 3), der vi nummererte alle artiklene og satt inn overskrifter, for å kunne se hyppigheten av funnene. Videre kunne vi da plukke ut de funnene som var mest relevant for vår litteraturstudie.

I fjerde og siste fase skal fenomenet beskrives ved å formulere tema med henvisninger til datamaterialet (Evans 2002). Vi har delt inn våre funn i ulike kategorier. Vårt resultat gav til sammen 3 hovedfunn, som var funn som gikk igjen i flere av artiklene. Alle hovedfunnene er presentert i resultatdelen av litteraturstudien.

4.0 Resultat

Hovedfunnene i litteraturstudiet handlet om kroppslige endringer hos kvinnene som hadde gjennomgått en mastektomi, følelsesmessige endringer og hvordan dette påvirket identiteten til kvinnene og deres syn på dem selv. Gjennom dette litteraturstudiet fant vi også ut at ikke bare selvbildet og identitet ble påvirket hos kvinner som hadde gjennomgått en mastektomi. Kvinnene i artiklene ble også plaget av redsel og tanker om en kropp som hadde sviktet dem. De hadde mange tanker og følelser som var både positive og negative med tanke på deres selvbilde.

4.1 Endret utseende har varierende betydning

Kvinnene ble spurt om hvordan de så på seg selv og hvilke tanker de hadde etter gjennomgått mastektomi. I noen funn forklarte kvinnene, spesielt de yngre, at de ikke var fornøyd med utseendet sitt og at de ble veldig påvirket av operasjonen. De følte de mistet en del av seg selv (Freysteinsson et al. 2012, Garcia Arroyo og Dominguez Lòpez 2011, Piot- Ziegler et al. 2010, Lindwall og Bergbom 2009, Fallbjörk, Salander og Rasmussen 2012, Brunet, Sabiston og Burke 2012, Fallbjörk, Frejeus og Rasmussen 2012). To av kvinnene i studien til Piot-Ziegler et al. (2010) mente at de var mindre opptatt av mastektomien fordi de var eldre.

«For me, maybe because of my age, it's not of such enormous importance, it's not of primary concern. In the end, I can say that I'm lucky that it's only happening to me now” (Piot- Ziegler et al 2010, 488).

For noen kvinner betydde utseende mye, den ene kvinnen forklarte seg slik:

I'm someone who likes to be very feminine. I like to dress up, I like fancy clothes, I like to keep my body fit. I don't diet, because I like food too much, but I'm lucky because I don't put on weight (Piot- Ziegler et al. 2010, 488).

På grunn av inngrepet følte kvinnene at kroppene deres ble endret. Inngrepet kan ikke skjules, og kvinnene må lære seg å leve med mastektomien, og dette kan ta tid. En kvinne forteller om hvordan hun følte seg annerledes da hun så seg selv i speilet.

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

Det blir nevnt at noen av kvinnene ikke brydde seg om utseendet, de ville bare bli kvitt det. I en av artiklene sier en av kvinnene følgende «That they took it away was no big deal at all to me. My bust wasn't good looking, so it didn't matter; I just wanted to get rid of it» (Fallbjörk, Salander og Rasmussen 2012, 44).

Kvinnene følte at brystkreftoperasjonen var en trussel mot deres kroppsoppfatning, estetikk og deres skjønnhet (Fallbjörk, Salander og Rasmussen 2012, Garcia Arroyo og Dominguez Lopez 2011, Metcalfe et al. 2012). En av kvinnene sluttet å gjøre ting hun hadde gjort før operasjonen, i frykt for andres blikk.

I used to walk naked around the house, but when I was operated I did not do it anymore. I enjoyed going to the nudist colony, I took pleasure in the feeling of getting into the water and swim naked, now I'm ashamed of that and I stopped doing it (Garcia Arroyo og Dominguez Lopez 2011).

Gjennom funnene i litteraturstudien kommer det frem at flere av kvinnene alltid hadde likt sine bryster. De var opptatt av å bære kjoler med utringning som viste deres kløft, og å handle fine klær og undertøy. Etter mastektomi beskrev de sitt kjolevalg som svært begrenset fordi de alltid måtte tenke på å skjule brystprotesene (Fallbjörk, Salander og Rasmussen 2012).

4.2 En trussel mot kvinnelig identitet

Det at kvinnene mistet et bryst, ga dem følelsen av at de hadde mistet en del av identiteten sin, og dermed følte seg mindre som kvinner. I funnene kommer det frem at brystet er et symbol på det kvinnelige med tanke på morsrollen, amming og fruktbarhet. De understreker at brystet er en del av den kvinnelige identiteten (Hallowell et al. 2011, Piot-Ziegler et al. 2010, Freysteinson et al. 2012, Fallbjörk, Salander og Rasmussen 2012, Garcia Arrayo og Dominguez Lòpez 2011, Fallbjörk et al. 2013).

En av kvinnene i studien til Piot- Ziegler et al. (2010) forklarte det slik: "I'm not ready to be like a boy. I was born a girl, I grew up as a girl. It's not that the breast it's the centre of all that, but it's a whole, it's my femininity, it's all organized around it" (Piot-Ziegler et al. 2010, 494).

I en annen studie nevner kvinnen at hun ikke følte seg som en hel person lenger, og at feminiteten hennes derfor ble borte. "Then the process started of discovering that you were just half... my femininity disappeared" (Fallbjörk, Salander og Rasmussen 2012, 44).

For en annen kvinne var selve livet viktigere enn det å se feminin ut.

«She asked me if I didn't lose my femininity, and I thought, what on earth is she talking about! Does she think that this so-called "femininity" is more important than life itself? (Fallbjörk, Salander og Rasmussen 2012, 44).

I en av artiklene kommer det frem at dagens samfunn legger mye vekt på det ideale bildet av en kvinne. De blir konfrontert av dette gjennom reklame, medier og i hverdagslige situasjoner. Dette forsterket den negative følelsen til kvinnene i forhold til at de mangler et bryst (Piot- Ziegler 2010). "Always advertisements for bras downtown, for perfumes, for everything. You see somebody naked, a naked woman, breasts everywhere. That hurts a lot" (Piot-Ziegler 2010, 495).

Noen kvinner beskrev sine bekymringer om å miste areola, som de anser som sentralt på brystet. Den blir brukt til amming, representerer intimitet, sensualitet og er et synlig symbol på feminitet (Piot-Ziegler et al. 2010). Når en del av feminiteten til kvinnene forsvant med brystet, ønsket mange av kvinnene rekonstruksjon (Fallbjörk, Salander og Rasmussen 2012, Freysteinson et al. 2012, Piot-Ziegler et al. 2010, Fallbjörk et al. 2010, Fallbjörk et al. 2013, Fallbjörk, Frejeus og Rasmussen 2012). Det var derimot ikke alle kvinnene som mente at å miste brystet gikk negativt ut over feminiteten, og vurderte ikke brystrekonstruksjon (Fallbjörk et al. 2012).

Deltakerne i undersøkelsene hadde også tanker om at kroppen deres hadde sviktet dem. I tillegg følte de at de hadde sviktet i sin rolle som mor. Dette påvirket deres syn på seg selv.

Det og plutselig være annerledes enn før og ikke vite hvordan man skulle takle dette påvirket kvinnene. Kvinnene hadde tanker om familien sin, og er redde for å kunne gi brystkreftgenet videre til barna sine. En kvinne forteller det som om livets gave plutselig er gjort om til en potensielt dødelig gave. «I am so sorry to pass that kind of gene on the them, but it's so common nowadays» (Piot- Ziegler 2010, 495). En annen kvinne forteller det slik: “This is the reason why I fear for my daughters. I know that from age twenty, they will have to do mammography all the time” (Piot-Ziegler 2010, 495). Kroppen ble ansett å ha sviktet kvinnene når det viste seg at kroppen var blitt et hjem for en ubuden gjest. Det var skremmende at kroppen ikke hadde gitt noe forvarsel på at de hadde kreft, og de forklarte det som at det var vanskelig å stole på kroppen igjen.

After the mammography it was hard to accept that I had a tumor in my breast and I felt let down by my own body which had given me no indication that there was anything wrong... I was so frightened that I hardly dared to breathe...it was so difficult to accept the fact that my breast had to be taken away (Lindwall og Bergbom 2009, 282).

Noen kvinner fortalte om en sunn livsstil gjennom hele livet, og uttrykte skuffelse over at all omsorg og oppmerksomhet de hadde for kroppen sin ikke hadde hindret dem i å utvikle brystkreft. To kvinner forteller om det å bli sviktet av kroppen sin slik:

It infuriated me when I was told I had cancer, because I've been a vegetarian for 15 years. I've never smoked, I don't take contraceptive pills, because I think it's bad for your health (Piot-Ziegler 2010, 488).

“It's a rotten trick, really. How could it [her body] do that to me? I was so nice to it”(Piot-Ziegler 2010, 488).

4.3 Opplevelse av å være mindre seksuelt attraktiv

I flere av studiene kommer det frem at seksualitet og det å føle seg attraktiv ble påvirket av flere faktorer som utseende, rekonstruksjon og selvtillit (Fallbjörk, Rasmussen og Salander 2013, Garcia Arroyo og Dominguez Lòpez 2011, Piot- Ziegler et al. 2010, Fallbjörk et al. 2010, Fallbjörk, Salander og Rasmussen 2012, Metcalfe et al. 2012, Brunet, Sabiston og Burke 2012, Hallowell et al. 2011). Kvinnen forteller om sin seksuelle attraktivitet slik:

“For sexual attraction and physical attraction, I find I can’t get excited about myself, whereas when I was a full breast and slimmer and not so baggy skin, then you know... I feel inadequate now” (Brunet, Sabiston og Burke 2012, 347).

For flere kvinner var rekonstruksjon viktig for at de kunne føle seg attraktiv igjen (Fallbjörk et al 2010, Fallbjörk, Salander og Rasmussen 2012). «I would die without breasts; I could never live without breasts” (Fallbjörk, Salander og Rasmussen 2012, 45).

Rekonstruksjonen sørget for at kvinnen ikke lenger ble minnet på kreftdiagnosen hver gang de kledde av seg. De fikk muligheten til å kle seg som de ville igjen. En kvinne fortalte om hvordan rekonstruksjonen hjalp henne slik:

It helped me a lot to go on, because when I undressed in the evenings I was reminded that I had cancer. I don’t think about that any longer. I have nice-looking breasts; I’m really satisfied with them. I’m able to dress in any clothes. Well...I felt whole when I got my breasts back. And I do look upon it as my own breast (Fallbjörk, Salander og Rasmussen 2012, 45).

Noen av kvinnene ville ikke vise seg naken, og ville ha det mørkt på soverommet når de skulle være intime med partneren (Fallbjörk et al. 2012, Fallbjörk et al 2010, Fallbjörk et al. 2013, Piot-Ziegler et al 2010, Garcia Arroyo og Dominguez Lopez). «I had sex with my husband wearing a shirt and a bra. I could not allow him to see me so. I did not like me” (Garcia Arroyo og Dominguez Lopez 2011, 4).

Det kommer også frem at single kvinner hadde problemer med nye partnerrelasjoner på grunn av mastektomien, og tanken på å måtte fortelle og vise at de manglet et bryst (Garcia Arroyo og Dominguez 2011, Fallbjörk, Salander og Rasmussen 2012).

Flere av kvinnene uttalte at de følte seg asymmetriske og lite attraktive på grunn av at de bare hadde et bryst (Freysteinson et al. 2012, Brunet, Sabiston og Bruke 2013).

«The mirror is needed to put on make -up, fix the hair or wig, and sure one looks symmetrical» (Freysteinson et al. 2012). En annen kvinne i studien til Freysteinson et al. (2012) sier at man blir kreativ og ressurssterk av og bare ha ett bryst.

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

5.0 Diskusjon

I dette diskusjonskapittelet tar vi for oss metodediskusjon og resultatdiskusjon. I metodediskusjonen vil forfatterne diskutere fremgangsmåten av dette litteraturstudiet. Forfatterne tar også for seg styrker og svakheter i innsamling av data og analyse. Resultatdiskusjonen omhandler drøfting av funn i tidligere forskning, teori, annen litteratur og implikasjoner for sykepleiepraksis.

5.1 Metodediskusjon

Metodediskusjonen tar for seg hvordan vi har gått frem og hvilke ulike kriterier vi har brukt til inklusjon og eksklusjon. I tillegg diskuterer vi datainnsamlingen og analysen.

5.1.1 Inklusjonskriterier

I denne litteraturstudien har vi valgt å ta med alle kvinner som har gjennomgått en mastektomi. Gjennom å inkludere alle kvinner som har gjennomgått mastektomi, får vi frem helheten i alle kvinners opplevelser av mastektomi. Vi valgte å inkludere kvinner som både har tatt mastektomi på grunn av brystkreft, men også kvinner som er bærere av brystkreftgenet og som har valgt brystkretfreduserende kirurgi. Dette styrker funnene i resultatet. Det som kan være en svakhet med å inkludere kvinner med profylaktisk mastektomi, kan være at de har forsterket negativitet på grunn av at de ikke hadde en alvorlig kreftdiagnose når de tok avgjørelsen om å fjerne brystet. Noe som kan gjør at de angrer på sin avgjørelse.

I dette litteraturstudiet har vi valgt å inkludere både kvalitative og kvantitative artikler. Siden vi har en kvalitativ problemstilling, er det en fordel å bruke kvalitativ forskning fordi dette gjør at vi får kvinnenenes individuelle opplevelser og tanker omkring mastektomien. Vi har også med tre kvantitative artikler for å underbygge funnene om hvor mange kvinner som har de forskjellige opplevelsene av gjennomgått mastektomi. Det var viktig for oss å bruke etisk vurderte artikler, eller der etiske overveielser var gjort. Grunnen til dette er at vi kan være sikre på at deltakerne har gitt sitt samtykke til å delta i forskningen, i tillegg til at deltakerne er anonymiserte. Vi har valgt å bare inkludere nyere forskning, noe som vil tilsa at vi ikke har artikler eldre enn fra 2009. Dette styrker funnene, fordi disse artiklene får frem de aktuelle tallene av kvinner som har de ulike opplevelsene med tanke på identitet. I tillegg har kroppsfokuset forandret seg gjennom årene, og samfunnet er mer opptatt av den ideale kvinnen.

5.1.2 Datainnsamling

I starten av dette litteraturstudiet hadde vi en annen hensikt og problemstilling. I første omgang ønsket vi å se på seksualiteten og livskvaliteten til kvinnene etter gjennomført mastektomi. Vi fant en del artikler som omhandlet dette temaet, men det viste seg at dette temaet var for vidt, så vi valgte å fokusere på kvinners opplevelser etter gjennomgått mastektomi med fokus på identitet. Vi valgte å beholde noen av artiklene de hadde fra det første prøvesøket, som kunne være med på å besvare den nye problemstillingen vår.

Vi utviklet tidlig et PIO-skjema, som senere ble til PO-skjema siden vi i problemstillingen kun var ute etter problemet og utfallet. Dette ga oss god oversikt, og gjorde at vi enkelt kunne utføre et databasesøk. Vi var nøye med å lagre søkene våre i databasene for og lett kunne finne tilbake til søkene. Vi mener at dette er en styrke fordi vi i løpet av dette litteraturstudiet lett kunne finne tilbake til søkene våre samtidig som vi kunne gå videre på tidligere søk. Det å bruke Google Scholar som søkemotor kan ha vært en svakhet fordi vi leste gjennom overskriftene side for side. Det er mulig at vi har oversett noen gode artikler, siden noen artikler kan ha misvisende overskrifter. Google Scholar var også en styrke i oppgaven fordi det ga oss en god oversikt over artikler, i tillegg til at vi kunne se om de lå inne i høyskolens databaser. En av artiklene vi har brukt er eldre enn 5 år, men vi mener likevel at denne artikkelen var relevant i forhold til vår problemstilling/hensikt og at den kunne være med på å styrke dette litteraturstudiet, derfor valgte vi å inkludere denne artikkelen. Da vi jobbet med prosjektskissen var den ovenfor nevnte artikkelen fortsatt blant det som kalles for nyere forskning. Artiklene som er brukt i litteraturstudiet er skrevet på engelsk, noe som kan være en svakhet med tanke på mistolkning eller feil oversettelse av artiklene. Noen ord som oversettes fra engelsk kan ha flere betydninger, noe som kan være en svakhet i litteraturstudien.

5.1.3 Kvalitetsvurdering og etiske hensyn

Siden vi har valgt å bruke en kvalitativ problemstilling var det viktig for oss å finne flest kvalitative artikler. På grunn av dette var vi derfor veldig opptatt av metoden som var brukt i de enkelte artiklene. Vi hadde en gjennomgang av artiklene i felleskap og fant ut hvilken metode som var brukt, noe som var en styrke fordi vi kunne føle oss trygg på at vi hadde vurdert artiklene rett. Det ble tatt i bruk vurderingsskjemaer som finnes i Nordtvedt et al. (2013) for å kunne kvalitetssikre artiklene, dette er en styrke i forhold til

troverdigheten av kvalitetsvurderingen. I begynnelsen av kvalitetsvurderingen hadde vi ikke så mye erfaring med dette, noe som kan ha vært en svakhet. Under hele litteraturstudiet hadde vi i fokus på at artiklene vi brukte skulle overveie etiske hensyn. Selv om det ble brukt pseudonymer på deltakerne, fikk forskerne frem nøyaktig hva deltakerne følte og tenkte, noe som er en styrke i litteraturstudiet vi har gjennomført.

5.1.4 Analyse

I analysedelen av litteraturstudiet vårt var vi veldig opptatt av et godt samarbeid. Vi tok utgangspunkt i Evans (2012) fire faser under analysearbeidet av artiklene. Vi ville utføre analysen i fellesskap for å kunne styrke kvaliteten på oppgaven vår. Analysen ble gjennomført på en systematisk måte noe som sikrer god kvalitet i oppgaven. Analysen og systematiseringen av denne var tidskrevende. Det var mange like og ulike funn og forfatterne var opptatt av at analysen skulle være nøye gjennomført. Vi diskuterte funnene i fellesskap og hvorvidt de enkelte funnene var aktuelle for litteraturstudiet vårt og videre arbeid. Å jobbe i fellesskap med dette styrker kvaliteten på oppgaven vår. For å få en god oversikt over funnene laget vi et tankekart og summerte de enkelte funnene opp mot hver enkelt artikkel. Deretter laget vi en tabell (vedlegg 3) som ga oss god oversikt over hvilke artikler som hadde tatt for seg de enkelte funnene. Vi brukte i tillegg til oversiktstabellen vi hadde laget selv, forskjellige fargekoder for å skille de enkelte funnene, noe som førte til at vi hadde god oversikt og et godt utgangspunkt for videre arbeid med resultatdiskusjonen. Etter å ha jobbet en del med resultatdiskusjonen ble vi enig om ulike overskrifter som beskrev funnene våre på en god og oversiktlig måte. I starten hadde vi bestemt oss for å ha 4 hovedfunn, noe som vi endret på. Grunnen til dette var at vi underveis i resultatdiskusjonen fant ut at noen av resultatene kunne knyttes sammen, siden de påvirket hverandre. Vi bestemte oss for å samle funnene våre gjennom å bruke tre hovedoverskrifter istedenfor fire. På denne måten fikk vi diskutert funnene som kunne knyttes til hverandre på en mer systematisk måte.

5.2 Resultatdiskusjon

Forfatterne har diskutert funnene sine opp mot bakgrunnsteori, relevant litteratur og tidligere forskning for å diskutere resultatene. Vi diskuterer resultatene i tre forskjellige hovedtemaer med påfølgende undertemaer, og disse funnene kan relateres til hverandre.

Figur 1.

Et endret speilbilde, en deformert kropp	Den sårede kvinnelige identiteten	Livet videre og relasjoner til partner på godt og ondt
<ul style="list-style-type: none">- Utseende, estetiske aspekter- Rekonstruksjon	<ul style="list-style-type: none">- Femininitet- Den kvinnelige identiteten- Den ideale kvinnekroppen- Redsel	<ul style="list-style-type: none">- Relasjoner til partner- Attraktivitet- Seksualitet

5.2.1 Et endret speilbilde, en deformert kropp

Litteraturstudien vår viser at deltakerne hadde problemer med å se seg selv i speilet etter gjennomført mastektomi. De følte de ikke var den samme personen som før (Piot- Ziegler et al.2010, Freysteinson et al. 2012, Fallbjörk, Salander og Rasmussen 2012). Utseendet deres ble så mye påvirket og de hadde mye de trengte å skjule, slik at det ble vanskelig å akseptere seg selv. Det kom frem i en av artiklene at kvinnene hadde ønsker om at sykepleieren skulle la de se seg selv i speilet og snakke om det de ser, istedenfor å spørre om hvordan de har det i dag. Dette var spørsmål som gjorde at kvinnene bare kom til å svare at de har det fint. Deltakerne var opptatt av at sykepleieren skulle bry seg om helheten og hvordan kvinnene virkelig hadde det. Kvinnene ville også at sykepleieren skulle legge mer vekt på hvordan kvinnene følte i forhold mastektomien og ikke bare spørre enkle spørsmål som de kunne få enkle svar på. En kvinne i studien hadde foretrukket at sykepleieren brukte et speil når hun skiftet på bandasjen og instruerte henne i sårbehandlingen (Freysteinson et al. 2012). Det at kvinnene ble stilt foran speilet førte til at de fikk reflektere over følelsene sine og tankene de hadde om sin nye kropp. Det er

viktig at de får reflektere over sine følelser og tanker, for å kunne bearbeide situasjonen de er i. I Eide og Eide (2007) blir det å speile følelser beskrevet. Ved at sykepleieren speiler følelsene til kvinnen, viser sykepleieren at hun har gjenkjent den andres følelser. Som helsepersonell vil følelsesrefleksjonen hjelpe den andre til å gjenkjenne sine egne følelser og uttrykke aksept av den andres følelser, og vil dermed bidra til bearbeidelse av sykdommen (Eide og Eide 2007).

Kvinnene måtte skjule de synlige kroppsendringene sine, som for eksempel at de ikke var fornøyd med. I tillegg måtte mange av deltakerne venne seg til tanken om å bruke proteser, noe som var helt nytt for dem (Fallbjörk et al. 2012, Freysteinson et al. 2012). Arret er for mange pasienter en konstant påminnelse om kreftsykdommen. Den endrede kroppen, og kroppslige plager etter behandlingen kan få en negativ innvirkning på kvinners selvbilde og livsutfoldelse, som for eksempel seksuallivet. For kvinnen kan jevnlig kontrollere flere år etter operasjonen bekrefte mulig tilbakefall av sykdommen. Kontrollene kan for enkelte forsterke frykten for at sykdommen kan komme tilbake (Sørensen og Almås 2011). På den andre siden var det også positive tanker. Deltakerne greide å venne seg til tanken av å ha mistet et bryst, selv om det var tungt i starten. De så et arr, men greide etter hvert å tenke positivt om at de hadde fått et merke på kroppen og klarte å leve med dette. Følelsene disse kvinnene hadde var veldig individuelle. Flere kvinner beskrev speilbildet sitt som å se en fremmed og deformert kropp, og flere unngikk å se seg selv i speilet (Fallbjörk et al. 2012, Freysteinson et al. 2012). Mens andre deltakere igjen ikke hadde noe problem med å miste brystet sitt i det hele tatt og følte at de fortsatt var den samme personen, fordi brystene deres likevel hadde oppfylt sin oppgave gjennom årene (Fallbjörk, Salander og Rasmussen 2012). Våre funn viser at deltakernes følelser ble påvirket av hva slags syn de hadde på seg selv før operasjonen, og hvor stor betydning utseende deres hadde.

Som sykepleier kan man møte disse pasientene både på sykehus og andre institusjoner og tjenester som for eksempel på sykehjem eller i hjemmetjenesten. Vi mener at det er viktig som sykepleier å kunne sette seg inn i det helhetlige bildet av en brystkreftpasient. Hva de føler og hvordan de tenker om seg selv har mye å si for videre oppfølging og behandling i ettertid. Noen av deltakerne, spesielt de yngre var opptatt av å få rekonstruert brystet sitt for å få tilbake noe av den kvinnelige kroppen sin. De følte at det var lettere å kunne vise seg i offentligheten i tillegg til at det ble lettere i forhold til partnerrelasjoner.

Rekonstruksjonen ble sett på som en mulighet til å skjule kreftarret og i en av artiklene ble

kvinnen veldig fornøyd med utseendet på brystene sine. Kvinnen følte seg hel igjen da hun fikk tilbake brystet sitt (Fallbjörk, Salander og Rasmussen 2012). For kvinnene var det viktig at man ikke kunne se at de hadde gjennomgått en mastektomi, og de brukte ulike hjelpemidler som proteser for å få brystene sine til å bli symmetrisk. Gjertsen (2010) nevner at kvinner som har fjernet hele brystet har ønsker om å rekonstruere brystet for å kunne oppnå en større følelse av symmetri, likevekt og velvære enn det en utvendig protese gir (Gjertsen 2010). Mange av kvinnene følte seg asymmetrisk og hadde derfor ønsker om en bilateral mastektomi. Den bilaterale mastektomien skulle gi de tilbake følelsen av å være i fysisk balanse (Piot- Ziegler et al. 2010, Fallbjörk, Salander og Rasmussen 2012).

5.2.2 Den sårede kvinnelige identiteten

Kroppsidealet omfatter den individuelle oppfatningen av hver enkelt person om hvordan kroppen skal se ut og fungere optimalt. Kroppsidealet omhandler ulike normer for kroppen med hensyn til vekt, størrelse, proporsjoner, styrke, koordinering og funksjon, kroppslukt, utseende og alder. Ulike massemedier som film, reklame og helse -og livsstilsopplysninger er med på å påvirke hva som oppfattes som idealkropp (Björk og Breievne 2011). I studien til Piot-Ziegler et al. (2010) kommer det tydelig frem at kvinnene blir konfrontert med bilder av den ideale kvinnen gjennom reklamer og medier. Det forsterker den negative opplevelsen av kroppen etter gjennomført mastektomi når de sammenligner seg med disse kvinnene. Det er en tøff opplevelse for en kvinne å miste en del av seg selv, spesielt når den delen de har mistet er et symbol på «det kvinnelige». Følelsen av å være en kvinne kan bli såret fordi brystkreft truer deres kvinnelige identitet. Å miste brystet ga kvinnene en følelse av å bli «mannlig», og dermed ville de ha en endret kjønnsidentitet (Piot- Ziegler et al. 2010).

Et bryst er for en kvinne ikke bare et «symbol på kvinnelighet», ei heller bare et morsorgan. Et bryst er også en meget viktig del av følelseslivet. Skjæres i det, skjæres det direkte inn i dette følelsesliv, i det mest elementære psykiske og erotiske (Andersson 1983, sitert i Sørensen og Almås 2011, 441).

Tidligere forskning tar for seg at kvinnene hadde følelser av tapt verdighet, skam, forlegenhet av den endrede kroppen, depresjon, lav selvfølelse og vanskeligheter med å se på sin egen kropp. For dem var det ikke bare et tap av et bryst, men også følelsen av å ikke lenger strekke til i sin rolle som kvinne. Ikke en eneste av kvinnene nevnte direkte at de psykologiske reaksjonene gjenspeilte viktigheten av brystet i forhold til den kvinnelige identiteten i vår kultur, selv om det var mye fokus på det kvinnelige brystet i media, reklame og kvinners mote (Holmberg et al. 2001). Det kan tenkes at funnene i tidligere forskning er forskjellig fra nyere forskning på grunn av endret fokus i forhold til kroppsbilde. I vår kultur er vi nå veldig opptatt av den ideale kvinnekroppen, og kroppspresset har økt. Dette kommer frem i ulike medier. Fokuset ligger på å være godt trent og det å se bra ut.

I følge Ingstad (2013) erfarer mennesker som blir rammet av en alvorlig sykdom ofte at deres identitet og rolle endres. Det blir vanskelig for noen av dem å ivareta sine gamle hverdagslige arbeidsoppgaver, og det de tidligere har tatt «for gitt». Sykepleieren får gjennom å anvende kunnskaper om identitet og rolleteori muligheten til å hjelpe pasienter med å tilpasse seg en ny hverdag. Sykepleieren kan hjelpe pasienter til å utvikle ny identitet eller hjelpe dem med å tilpasse seg og utvikle nye roller (Ingstad 2013). Det er viktig med samtaler, informasjonsbrosjyrer og rådgiving om proteser. Gjennom å lytte og være tilstede kan sykepleieren gi god støtte til pasienten. Sykepleieren bør sørge for at kvinnene får muligheten til å venne seg til å se seg selv og brystet sitt i sitt eget tempo. Det er derfor viktig at sykepleieren motiverer pasienten gjennom prosessen for eksempel ved bandasjeskift. Hvis pasienten ønsker det, kan sykepleieren sørge for at foreningen for brystkreftopererte kan besøke pasienten på sykehuset for å dele deres erfaringer med kvinnen. Det er viktig med å ha kontakt med ulike foreninger for å få ett nettverk utenfor sykehuset for å gi kvinnen en bedre mulighet til å bearbeide opplevelsen sin (Gjertsen 2010). Det kan tenkes at kvinnene har et behov for å snakke ut om tapet av brystet sitt i ettertid. Det kan eventuelt være en mulighet for kvinnene å bli innkalt til poliklinisk time på sykehus noen uker etter operasjon. Dette for å kunne få snakke med en sykepleier om sine tanker og opplevelser av den endrede kroppen. De fleste av kreftpasientene greier å tilpasse seg situasjonen, men psykiske lidelser som angst og depresjon er vanlig hos 20 – 30 % av dem som får kreftsykdommen. Det å kunne akseptere seg selv på nytt og at man har fått kreft kan ta tid. Mange pasienter er deprimerte og engstelige i lang tid etter operasjonen (Sørensen og Almås 2011).

Deltakerne ble også påvirket gjennom redsel med tanke på feminiteten sin. De følte at det å miste brystet sitt var et handicap, noe som gjorde at de var redde for å kunne leve et normalt liv. Kvinnene følte også usikkerhet, fordi de hadde tanker om at de kunne gi brystkreftgenet videre til barna sine. De var redd for at døtrene deres måtte gjennomføre mammografiundersøkelser allerede etter fylte 20 år, siden de muligens hadde arvet brystkreftgenet. (Piot- Ziegler et al. 2010) Samtidig var kvinnene opptatt av hva andre tenkte om deres endrede kropp og de isolerte seg hjemmet for å slippe å håndtere situasjonen. Kvinnene følte seg mindreverdige og ble veldig sjenerte sammen med vennene sine (Garcia Arroyo og Dominguez Lopez 2011). De ville slippe blikk fra andre kvinner og barn, og dro derfor heller ikke på treningsstudio eller i svømmehallen (Garcia Arroyo og Dominguez Lopez 2011, Fallbjörk, Salander og Rasmussen 2012, Fallbjörk, Frejeus og Rasmussen 2012). Ut i fra vår tolkning mener vi at kvinnenes identitet ble påvirket av andres oppfatning av dem. I følge Schiefloe (2011) er vi avhengige av anerkjennelse fra andre for å opprettholde identiteten vår. For å få identiteten vår bekreftet, søker vi gjerne sammen med andre som aksepterer og bekrefter våre egne selvbilder (Schiefloe 2011). I studien til Ussher, Perz og Gilbert (2012) kommer det frem at noen av kvinnene rapporterte om følelser som handlet om at de følte seg som en annen person. Femininiteten ble ødelagt over natten, de følte seg ikke like kvinnelig, og de følte seg mindre som en person (Ussher, Perz og Gilbert 2012).

Deltakerne ble også redd for å ha en dødelig sykdom og at kreften eventuelt kunne spre seg. Dette skapte stor uro i deres tanker og følelser om sykdommen. De opplevde en følelse av usikkerhet som var knyttet til den dødelige trusselen kreftsykdommen innebar. Kvinnene var skremt og overrasket over hvor mye kroppen deres hadde sviktet dem, ved å slippe en ubuden farlig gjest inn. Det var uvirkelig at den sunne kroppen deres kunne være en vertskap for brystkreft (Lindwall og Bergbom 2009, Metcalfe et al. 2012).

5.2.3 Livet videre og relasjon til partner på godt og vondt

Gannes (2011) nevner at brystet har en stor betydning for de fleste kvinner og for deres opplevelse av seg selv som en seksuell person. Å fjerne brystet etter å ha fått diagnosen brystkreft kan virke inn på selvbildet. I studien til Fallbjörk, Salander og Rasmussen (2012) ble en av kvinnene forlatt av partneren sin på grunn av endringen som ble i forholdet. Hun klarte ikke å være like seksuelt aktiv som tidligere. Sykdom og behandling

kan redusere lysten av å være seksuelt aktiv. Mange opplevde skyldfølelse ovenfor partner på grunn av manglende lyst til å være seksuelt aktiv, og manglende evne til å opprettholde sitt tidligere fungerende seksualliv (Rustad og Borenstein 2010). Dette blir også bekreftet i flere av studiene (Piot- Ziegler et al. 2010, Freysteinson et al. 2012, Garcia Arroyo og Dominguez Lopez, 2011). Det blir beskrevet at kvinnene var redde for å kunne være seksuelle aktiv igjen etter en gjennomgått mastektomi på grunn av deres endrede utseende (Piot- Ziegler et al. 2010, Freysteinson et al. 2012, Garcia Arroyo og Dominguez Lopez, 2011). Brystrekonstruksjon gjorde det lettere for noen av kvinnene og være seksuell aktiv igjen (Fallbjörk et al. 2010). I studien til Ussher, Perz og Gilbert (2012) og Metcalfe et al. (2012) kommer det tydelig frem at kvinnene følte seg deformerte og groteske, og dette var følelser som oppsto på grunn av arr, rekonstruksjon, hårtap, vektøkning. De beskrev at de hatet å se seg selv i speilet, og at disse følelsene gjorde at de ville gjemme bort kroppen for partneren (Ussher, Perz og Gilbert 2012, Metcalfe et al. 2012). Disse funnene viser at rekonstruksjon av brystet hadde ulik betydning for kvinnene, noen hadde positive opplevelser med rekonstruksjon, mens andre hadde negative opplevelser.

Uttrykket *speilbilde* også kalt "looking glass self" ble innført av Charles Horton Cooley. Han bruker dette begrepet om det forholdet som beskriver hvordan vi som person bruker andres reaksjoner som et speil for å betrakte oss selv. Oppfattelsen av oss selv, er avhengig av hvordan vi tror andre oppfatter oss. Tror man at andre ser på en som vakker og seksuelt attraktiv, vil man mest sannsynligvis betrakte seg selv slik. Er det derimot slik at andre mennesker ser på oss som kjedelig og lite tiltrekkende, vil man trolig utvikle et slikt selvbilde (Schieffloe 2011).

Kvinnene i studien til Ussher, Perz og Gilbert (2012) ville ikke at partneren skulle se eller ta på brystet deres. Det blir også nevnt at kvinners partnere var utro mot dem (Ussher, Perz og Gilbert 2012). Kvinnene var redde for at partnerne skulle forlate de, noe som blir bekreftet i flere av artiklene (Fallbjörk, Salander og Rasmussen 2012, Garcia Arroyo og Dominguez Lopez 2011, Fallbjörk et al. 2010). Ut i fra funnene i litteraturstudien vår ser vi at partnerforhold ble ulikt påvirket. Noen forhold ble sterkere, mens andre partnere forlot kvinnen fordi hun ikke klarte å akseptere seg selv (Fallbjörk, Salander og Rasmussen 2012). Kvinnene følte ubehag over å måtte fortelle sine ektefeller at de hadde fått en dødelig sykdom, og var redde for deres reaksjoner i forhold til dette. De var opptatt av at selv om de var syke ville partneren deres fortsatt ha den samme seksuelle interessen som før de ble syke. Fokdal (1994) beskriver viktigheten av å snakke ut om sykdommens

konsekvenser for seksuallivet. Før enhver operasjon som forandrer utseende er det viktig for kvinnen selv og hennes partner å snakke med legen som kjenner henne, og hennes sykdom godt. Det er viktig å snakke om hvorfor operasjonen er nødvendig, og hvordan den vil forandre utseende til kvinnen. Det er også viktig å fokusere på hvilken innflytelse sykdommen kan ha på seksuallivet. Dette vil gjøre det enklere for kvinnen og hennes partner å innstille seg på eventuelle forandringer og det vil bli lettere å bli mere forberedt på situasjonen (Fokdal 1994).

I artiklene er det også konflikter mellom kvinnene og deres partner i forhold til at de ikke er fornøyd med hvilke valg kvinnene tar (Piot- Ziegler et al. 2010, Freysteinson et al. 2012). I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere blir det sagt at sykepleieren skal ivareta den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende, og retten til og ikke bli krenket (Norsk sykepleieforbund 2011). Ut i fra våre funn i litteraturstudiet kan det tolkes som at sykepleiere har et viktig ansvar med tanke på å ivareta og informere om seksualitet ved endret kroppsbilde. Det er viktig at sykepleieren i samtale med pasienten er åpen slik at pasienten kan føle seg trygg til å sette ord på det kreftsykdommen innebærer for selvbildet og den seksuelle helsen. Å fjerne et bryst kan bli så traumatisk for kvinnen at hun kan oppleve en krise der også identiteten som seksualpartner blir truet (Gjertsen 2010).

Gjennom praksis har vi erfart at det er mye fokus på selve operasjonen, og hvordan den skal utføres. Det kan tenkes at det kunne ha blitt fokusert enda mer på kvinnens syn på seg selv, deres tanker om den endrede kroppen og tiden etter operasjonen. Det kan se ut til at det er et udekket behov når det gjelder fokuset på den seksuelle identiteten i samtaler mellom de kvinnelige brystkreftpasientene og sykepleieren. Videre kan det diskuteres om det hadde vært gunstig for kvinnene at sykepleieren er mer bevist på å snakke om deres seksualitet etter operasjonen. Det kommer frem at helsepersonell unngår å snakke om seksualitet med pasientene og deres partnere. Noen velger å la være å snakke om seksualitet ved å late som om det ikke eksisterer. Mange sykepleiere vegrer seg for å snakke om seksualitet med pasientene på grunn av liten kunnskap og manglende profesjonalitet. I en undersøkelse gjort i Danmark anga 43 % av sykepleierne at de var for sjenerte til å ta opp temaet. 28 % av sykepleierne sa de ikke tok det opp med tanke på hensyn til pasienten (Borg 2010). Videre kan det diskuteres om seksualitet burde vært en

større del av sykepleieutdanningen, siden sykepleiere vegrer seg for å ta opp viktige tema som seksualitet med pasienten.

6.0 Konklusjon

Hensikten med denne systematiske litteraturstudien var å beskrive kvinners opplevelser etter en gjennomgått brystkreftoperasjon. I vår litteraturstudie kommer det tydelig fram at identitet og kroppsbilde ble påvirket av ulike faktorer og i forskjellig grad. Funnene viste at kvinners endrede kropp ga dem en følelse av at de hadde tapt sin kvinnelige identitet. Mastektomi utgjorde for flere av kvinnene en trussel mot deres femininitet. Den kvinnelige identiteten ble påvirket på den måten at flere av kvinnene ikke følte seg som en hel person lenger. Kvinners syn på seg selv ble påvirket av de sosiale omgivelsene, siden det er så stort fokus på den ideale kvinnekroppen i vår kultur. Dette forsterket de negative tankene og følelsene hos kvinnene. De ulike tankene kvinnene hadde var individuelle og uavhengig av alderen.

Partnerrelasjonene til kvinnene ble påvirket både positivt og negativt. Noen av kvinnene hadde positive opplevelser fordi diagnosen gjorde at forholdet til deres partner ble styrket, siden partnerne ville støtte de i den tunge tiden. Andre kvinner hadde negative opplevelser etter operasjonen, fordi deres partner ikke greide å venne seg til deres nye utseende og forlot de eller var utro. Krenkelse av kroppsbildet hadde skyld i seksuelle problemer, siden kvinnene ikke følte seg like attraktive lenger.

Disse ulike forholdene gjorde at kvinnene hadde mange vonde tanker og følelser. Noen av kvinnene følte skam og redsel. Kvinnene ville ikke at døtrene deres skulle arve brystkreftgenet. Deres tanker ble også påvirket av følelsen av at kroppen deres hadde sviktet de. Denne følelsen kom frem fordi mange av kvinnene hadde levd et sunt liv, men likevel fått diagnosen brystkreft.

Som sykepleier har vi et ansvar ovenfor pasienten om å ivareta deres behov av helhetlig omsorg og vurdere pasientens behov for støtte og informasjon. Det er viktig at vi som sykepleier lytter til pasientens følelser med tanke på den endrede kroppen, og ivaretar pasientens behov for informasjon. Her kan sykepleieren gi pasienten den informasjonen hun trenger i forhold til ulike foreninger og andre ytterlige instanser som kan være til hjelp. Det er vår oppgave som sykepleier å sørge for å se hele mennesket og gi helhetlig omsorg. Vi mener at det kan være mer sårbart for ei kvinne å miste et bryst, enn at man mister et indre organ. Selv om begge deler skyldes kreftsykdom, er brystet et symbol på det kvinnelige og et ytre organ, noe som er synlig for andre. Krav til empati og

kommunikasjon blant helsepersonell er derfor spesielt viktig når man arbeider med denne pasientgruppen.

6.1 Forslag til videre forskning

Selv om dette er et aktuelt tema og en aktuell problemstilling mener vi at det er lite nyere forskning på dette området. Fremtidig forskning burde kanskje forsket mer kvinners opplevelser etter gjennomført mastektomi med fokus på identitet og kroppsbilde, siden vi ser at dette kan gi utfordringer for kvinnen. Å få økt fokus på kvinners opplevelser etter gjennomført mastektomi, vil være nyttig for framtidig helsepersonell i arbeid med denne pasientgruppen. Det kunne også blitt forsket mer på dette temaet i Norge, nabolandet Sverige har flere nyere forskninger om dette temaet.

7.0 Litteraturliste:

- Bjørk, Ida Torunn og Grete Breievne. 2012. "Kropp og velvære." I *Grunnlegende sykepleie Bind 2*. 372-401. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Borg, Tore. 2010. "Seksualitet". I *Kreftsykepleie- pasient- utfordring- handling*, red. Reitan, Anne Marie og Tore Kr. Schjølberg, 121-130. 3 utg. Oslo: Akribe
- Brunet, Jennifer, Catherine M. Sabiston og Shaunna Bruke. 2012. "Surviving breast cancer: Women's experiences with their changed bodies" *Body Image* 10 (2013): 344– 351
- Brystkreftforeningen. 2015. Brystkreft
(Lest 10.03.2015). <http://brystkreftforeningen.no/om-brystkreft>
- Eide, Hilde og Tom Eide. 2007. *Kommunikasjon i relasjoner- samhandling, konfliktløsning og etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Evans, David. 2002. Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced nursing* 20(2): 22-26
- Fallbjörk, Ulrika, Birgit H. Rasmussen, Stig Karlsson og Pär Salander. 2013. "Aspects of body image after mastectomy due to breast cancer- A two year follow-up study" *European Journal of Oncology Nursing* 17(3): 340- 345.
- Fallbjörk, Ulrika, Elin Frejeus og Birgit H. Rasmussen. 2012. "A preliminary study into women's experiences of undergoing reconstructive surgery after breast cancer" *European Journal of Oncology Nursing* 16(2012): 220- 226
- Fallbjörk, Ulrika, Pär Salander og Birgit H. Rasmussen. 2012. "From "No Big Deal" to "Losing Oneself" – Differing Meanings of Mastectomy" *Cancer Nursing* 35(5): E41-E48
- Fokdal, Hanne, red. 1994. *Kvinne kjenn din kropp*. Drammen: Pax Forlag.
- Francke, Ellen. 1985. *Det dobbelte kyss*. 29-30. Østerås: Tiden Norsk Forlag.

Freysteinson, Wyona M., Amy S. Deutsch, Carol Lewis, Angela Sisk, Linda Wuest og Sandra K. Cesario. 2012. "The Experience Of Viewing Oneself In The Mirror After A Mastectomy" *Oncology Nursing Forum* 39(4): 361- 369

Gannes, Siv. 2012. "Nærhet og seksualitet." I *Grunnleggende sykepleie Bind 3*.72-104. Oslo: Gyldendal Akademisk.

García Arroyo, José Manuel og Maria Luisa Dominguez López. 2011. "Psychological Problems Derived From Mastectomy: A Qualitative study" *International Journal of Surgical Oncology* 1-8

Gjertsen, Turid. "Sykepleieutfordringer ved brystkreft" I *Kreftsykepleie- pasient-utfordring- handling*, red. Reitan, Anne Marie og Tore Kr. Schjøberg, 440- 446. 3 utg. Oslo: Akribe

Hallowell, Nina, Brandi Baylock, Louise Heiniger, Phyllis N. Butow, Deepa Patel, Bettina Meiser og Christobel Saunders. 2011. "Looking different, feeling different: women's reactions to risk-reducing breast and ovarian surgery" *Familial Cancer* 11(2): 215-224

Holmberg, Sharon K, Linda L. Scott, William Alexy og Betsy L.Fife. 2001. "Relationship Issues Of Women With Breast Cancer" *Cancer Nursing* 24(1): 53-60

Hummelvoll, Jan Kåre. 2012. *Helt- Ikke stykkevis og delt*. 7 utg. Oslo: Gyldendal Akademisk

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

Ingstad, Kari. 2013. "Identitet og Rolle." I *Sosiologi i sykepleie og helsearbeid*. 1 utg. Oslo: Gyldendal Akademisk

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

Kreftregisteret.2014. Brystkreft

(Lest 10.03.2015). <http://www.kreftregisteret.no/no/Generelt/Publikasjoner/Arssrapport-fra-kvalitetsregistrene/Arssrapport-for-brystkreft/Arssrapport-for-brystkreft-2014/>

Kreftregisteret. 2015. Fakta om brystkreft

(Lest 10.03.2015). <http://www.kreftregisteret.no/no/Generelt/Fakta-om-kreft-test/Brystkreft-Alt2/>

Kristoffersen, Nina Jahren og Per Nordtvedt. 2012. "Relasjonen mellom sykepleier og pasient." I *Grunnlegende sykepleie Bind 1*. 84-133. Oslo: Gyldendal Akademisk

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

Metcalf, Kelly A., John Semple, May-Lynn Quan, Susan T. Vadaparampil, Claire Holloway, Mitch Brown, Bethanne Bower, Ping Sun, og Steven A. Narod. "Changes in Psychosocial Functioning 1 Year After Mastectomy Alone, Delayed Breast Reconstruction, or Immediate Breast Reconstruction" *Annals of surgical oncology* 2012(19): 233- 241

Nordtvedt, Monica W., Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt, Lena Victoria Nordheim og Liv Merete Reinart. 2013. *Jobb kunnskapsbasert- en arbeidsbok*, 2 utg. Oslo: Akribe.

Norsk sykepleieforbund. 2011. Yrkesetiske retningslinjer.

(Lest 15.03.2015). https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

Piot-Ziegler, C, M-L. Sassi, W. Raffoul og J-F. Delaloye. 2010. "Mastectomy, body deconstruction, and impact on identity: A qualitative study" *British Journal of Health Psychology* 15(3): 479-510.

Rustad, Lise Jannicke og Elisabeth Borenstein. "Sykepleieutfordringer ved kreft i fordøyelseorganene." I *Kreftsykepleie- pasient- utfordring- handling*, red. Reitan, Anne Marie og Tore Kr. Schjølberg, 479- 485. Oslo: Akribe

Schiefloe, Per Morten. 2011. *Mennesker og samfunn*. Bergen: Fagbokforlaget

Schjølberg, Tore Kr. 2010. "Endret kroppsbilde." I *Kreftsykepleie- pasient- utfordring- handling*, red. Reitan, Anne Marie og Tore Kr. Schjølberg, 131- 140. 3 utg. Oslo: Akribe

Slettebø, Åshild. 2009. *Sykepleie og etikk*. 5.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Solvoll, Betty- Ann. 2012. "Identitet og egenverd." I *Grunnleggende sykepleie: pasientfenomener og livsutfordringer, bind 3*, red. Kristoffersen, Nina Jahren, Finn Nortvedt, Eli- Anne Skaug, 15-39. Oslo: Gyldendal Akademisk.

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

Ussher, Jane, Janette Perz og Emilee Gilbert. 2012. "Changes to Sexual Well- Being and Intimacy After Breast Cancer" *Journal of Advanced Nursing* (69)2: 327-337

Vedlegg 1

Søkehistorikk

Søk nr.1						
Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
cancer	11.11.2014	OVID	4393119	0	0	0
Female	11.11.2014	OVID	14531999	0	0	0
Sexuality	11.11.2014	OVID	102767	0	0	0
Cancer AND female	11.11.2014	OVID	1426828	0	0	0
Sexuality AND Cancer AND female	11.11.2014	OVID	5699	1	0	0
Expirience	11.11.2014	OVID	107	0	0	0
Sexuality AND mastectomy	11.11.2014	OVID	1234	0	0	0
Female AND Sexuality AND mastectomy	11.11.2014	OVID	706	16	5	1
Søk nr.2						
Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Inkluderte artikler
Mastectomy	15.11.2014	OVID	100214	0	0	0
Identity	15.11.2014	OVID	544977	0	0	0
Women	15.11.2014	OVID	2875709	0	0	0
Mastectomy AND Identity AND Women	15.11.2014	OVID	621	0	0	0
Body	15.11.2014	OVID	3773774	0	0	0

Mastectomy AND Identity AND Women AND Body	15.11.2014	OVID	414	6	4	3
Søk nr.3						
Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Inkluderte artikler
Mastectomy AND Identity AND Women AND Body	15.11.2014	Google Scholar	12100	12	6	4

Søk nr. 4						
Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracts	Leste Artikler	Inkluderte Artikler
Mastectomy / or mastectom*	12.12.2014	OVID MEDLINE	28866	0	0	0
Ablatio mammarum	12.12.2014	OVID MEDLINE	36			
Mammectom*	12.12.2014	OVID MEDLINE	98	0	0	0
1 or 2 or 3	12.12.14	OVID MEDLINE	28911	0	0	0
Limit 4 to yr="2009 - current"	12.12.14	OVID MEDLINE	7129	0	0	0
Limit 5 to ((danish or english or norwegian) and female)	12.12.14	OVID MEDLINE	6206	0	0	0

Experienc*	12.12.14	OVID MEDLINE	695262	0	0	0
Body or body image	12.12.14	OVID MEDLINE	945797	0	0	0
Identit*	12.12.14	OVID MEDLINE	113722	0	0	0
7 or 8 or 9	12.12.14	OVID MEDLINE	170663 5	0	0	0
6 and 10	12.12.14	OVID MEDLINE	1042	0	0	0
Limit 11 to "qualitative (maximizes sensitivity)"	12.12.14	OVID MEDLINE	614	0	0	0
Limit 12 to "qualitative (best balance of sensitivity and specificity)"	12.12.14	OVID MEDLINE	400	0	0	0
Limit 13 to "qualitative (maximizes specificity)"	12.12.14	OVID MEDLINE	39	10	3	1

Vedlegg 2

Oversiktstabell funn

Forfattere År Land Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode	Deltagere/ fracfall	Hovedfunn	Etisk vurdering	Vurdering av kvalitet
Brunet, Jennifer, Catherine M. Sabiston og Shaunna Bruke 2012 Canada Body Image	Surviving breast cancer: Women's experiences with their changed bodies	Målet med denne studien var å utforske kvinners erfaringer med kroppen sin etter behandling for brystkreft.	Kvalitativ Intervju	11 deltakere	Alle kvinner opplevde kroppslige endringer som følge av sykdommen. Dette ga dem grunn til å reflektere over kroppen deres og deres kroppsrelaterte erfaringer. Disse kan oppsummeres som fire tema; synlige og usynlige endringer, Intense tanker og følelser, betydningen av kroppen, og håndtering av fysiske endringer. Disse funnene som ble uttrykt av kvinnene, er beskrevet og ledsages med representative sitater.	Etisk godkjent. Alle navn er erstattet med pseudonymer.	God
Fallbjörk, Ulrika, Birgit H. Rasmussen, Stig Karlsson og Pär Salander. 2013 Sverige European Journal of Oncology Nursing	Aspects of body image after mastectomy due to breast cancer- A two year follow-up study	Hensikten med denne studien var å undersøke kvinners erfaringer etter mastektomi på grunn av brystkreft i løpet av en 2 års periode	Kvantitati v Spørre- skjema Befolknin gs- basert- studie	104 deltakere Fracfall 28	-Endringer med tanke på kroppsbildet hadde funnet sted i løpet av et 2 års intervall. -Betraktelig nedgang i følelsen av seksuell attraktivitet. - Kroppslige endringer som førte til at de følte seg mindre attraktive som kvinner, og at de mistet en del av femininiteten sin	Studien ble godkjent av den etiske komité i Det medisinske fakultet ved Umeå universitet	Middels

<p>Fallbjörk, Ulrika, Elin Frejeus og Birgit H. Rasmussen</p> <p>2012 Sverige</p> <p>European Journal of Oncology Nursing</p>	<p>A preliminary study into women's experiences of undergoing reconstructive surgery after breast cancer</p>	<p>Hensikten med denne studien var å undersøke kvinners opplevelser av gjennomgått brystrekonstruksjon etter mastektomi på grunn av brystkreft.</p>	<p>Kvalitativ Intervju</p>	<p>6 deltakere</p>	<p>Alle seks kvinner var uforberedt på den anstrengende opplevelse av å gjennomgå en brystrekonstruksjon. De beskrev prosessen som vanskelig og slitsom. De var også lite forberedt på hvor krevende det ville være, både fysisk og følelsesmessig. Brystrekonstruksjonen hadde vært viktig for alle kvinnene. Prosessen av brystrekonstruksjonen ble beskrevet i fire temaer: (1) uinformert omsorg; (2) slitsomme opplevelser; (3) kroppens forandringer; og (4) går videre.</p>	<p>Studien ble godkjent av den etiske komité i Det medisinske fakultet ved Umeå universitet</p>	<p>Middels</p>
<p>Fallbjörk, Ulrika, Pär Salander og Birgit H. Rasmussen</p> <p>2012 Sverige</p> <p>Cancer Nursing</p>	<p>From "No Big Deal" to "Losing Oneself"</p>	<p>Målet med denne studien var å beskrive hvordan kvinner som har mistet et bryst pga. brystkreft forteller sin innvirkning på deres liv og deres refleksjoner om rekonstruksjon</p>	<p>Kvalitativ Intervju</p>	<p>15 deltakere</p> <p>Ingen frafall</p>	<p>I den første fortellingen ble mastektomi beskrevet som «no big deal». Å miste et bryst påvirket ikke kvinnens syn på seg selv, og rekonstruksjon var ikke en gang et alternativ. I den andre historien beskrev kvinnene mastektomi som å få sin identitet knust. Å miste et bryst var som å miste seg selv som et seksuelt vesen, en kvinne, og en person. Den tredje historien falt mellom de to andre; følelsen av feminitet ble såret, men ikke i den grad at de følte seg tapt som kvinner.</p>	<p>Studien ble godkjent av den etiske komité i Det medisinske fakultet ved Umeå universitet</p>	<p>God</p>

<p>Fallbjörk, Ulrika, Stig Karlsson, Pär Salander og Birgit H. Rasmussen.</p> <p>2010 Sverige</p> <p>Acta Oncologica</p>	<p>Differences between women who have and have not undergone breast reconstruction after mastectomy due to breast cancer</p>	<p>Hensikten med denne studien var å sammenligne potensielle forskjeller mellom kvinner med brystkreft som etter mastektomi hadde gjennomgått rekonstruksjon med de som ikke hadde.</p>	<p>Kvantitativ Spørreskjema</p>	<p>149 deltakere</p>	<p>I alt 85% av kvinnene returnerte spørreskjema og av disse 25% hadde gjennomgått brystrekonstruksjon. I samsvar med tidligere studier, fant vi at gjennomsnittsalderen for kvinnene i bryst rekonstruksjons - gruppen var signifikant lavere (52 vs.64 år), de en høyere utdanning, og en høyere andel var i arbeid, ble påvirket av legens mening om rekonstruksjon, seksuelt aktiv de som hadde gjennomgått brystrekonstruksjon, negative innvirkninger på kroppen og attraktivitet. Regresjonsanalysen viste i midlertidig at valget om å gjennomgå rekonstruksjon eller ikke ble assosiert med tre ulike faktorer: alder, følelse av attraktivitet og seksuell interesse.</p>	<p>Etisk godkjent</p>	<p>Middels</p>
<p>Freysteinson, M, Wyona, Amy. S. Deutch, Carol Lewis, Angela Sisk, Linda Wuest og Sandra K. Cesario</p> <p>2012 USA</p> <p>Oncology Nursing Forum</p>	<p>The Experience of Viewing Oneself in the Mirror After a Mastectomy</p>	<p>Målet med studien var å beskrive kvinnes opplevelse av å se seg selv i speilet etter en mastektomi</p>	<p>Kvalitativ Intervju</p>	<p>12 deltakere</p>	<p>Å se eller ikke se på sin egen kropp, energigivende og nedslående tanker, og støttende og ikke-støttende relasjoner hjalp til å forklare opplevelsen av kvinner som har hatt en mastektomi. Den fenomenologiske tolkningen ga fire temaer: jeg er, jeg bestemmer meg, jeg ser, og jeg samtykker.</p>	<p>Institutional Review Board godkjenning ble sikret fra University of Texas Health Science Center og Texas Woman University, begge i Houston.</p>	<p>God</p>

<p>García Arroyo, José Manuel og María Luisa Dominguez López.</p> <p>2011 Spania</p> <p>International Journal of Surgical Oncology</p>	<p>Psychological Problems Derived From Mastectomy: A Qualitative study</p>	<p>Målet med denne studien var å analysere i dybden psykologiske reaksjoner hos kvinner som har gjennomgått mastektomi, gjennom ulike stadier fra diagnose til kirurgisk behandling.</p>	<p>Kvalitativ Intervju</p>	<p>46 deltakere</p>	<p>Resultatet blant kvinnene i studien ble (a) "fraktur" av "kroppslig innbilt "knyttet til forsvinningen av et verdifull organ, knyttet til følelsen av tap av personlig attraktivitet, lav selvfølelse og unngåelse av sosiale relasjoner. (B) Problemet med "femininitet" har vært knyttet til spørsmålet om "ønskeligheten", noe medfødt i "feminine posisjon". (C) Mange av dem husker på ideen om lemlestelse, som et "hull" som er umulig å integrere. (D) Til slutt viser de hvordan enkelte funksjoner i personlighet har gjort dem spesielt sårbare for de forklarte fenomener.</p>	<p>Etisk godkjenning ble innhentet fra institusjonen, og deltakerne deltok frivillig</p>	<p>God</p>
<p>Hallowell, Nina, Brandi Baylock, Louise Heiniger, Phyllis N. Butow, Deepa Patel, Bettina Meiser og Christobel Saunders</p> <p>2011 Australia</p> <p>Familial Cancer</p>	<p>Looking different, feeling different: women's reactions to risk-reducing breast and ovarian surgery</p>	<p>Denne studien hadde som mål og utforske aktuelle erfaringer fra høyrisiko kvinner tre år etter at de gjennomgikk RRM og / eller RRSO. (rrso=riskoredusering ved fjerning av eggstokker og rrm=mastektomi)</p>	<p>Kvalitativ Intervju</p>	<p>40 deltakere</p>	<p>To temaer poengteres i intervjuobjektene: «looking different» og «feeling different». Alle opplevde risikoreduserende kirurgi som en positiv opplevelse og var lettet over å redusert kreftrisikoen. Men å redusere risikoen for kreft gjennom å fjerne brystet er ikke uten konsekvenser. I tillegg ga intervjuet også rapport om erfaringer av en rekke negative følelser og uventede kroppslige opplevelser etter operasjon. Det ble også reflektert over positive og negative endringer i deres utseende.</p>	<p>Studien ble godkjent av University of Sydney Human Research Ethics Committee and institutional ethics committees at each kConFab recruitment site.</p>	<p>God</p>

<p>Lindwall, Lillemor og Ingegerd Berghom.</p> <p>2009 Sverige</p> <p>International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being</p>	<p>The altered body after breast cancer surgery</p>	<p>Hensikten med studien var å beskrive svenske kvinners opplevelser av en endret kropp etter brystkreft operasjon.</p>	<p>Kvalitativ Intervju</p>	<p>Ti deltakere</p> <p>Ingen frafall</p>	<p>- Funn viser at essensen kan forstås som «kroppen min som fremmed». - Kvinnene kjente på kroppsendringer etter at de fant ut at de hadde brystkreft og innså at noe truet kroppen deres og deres eksistens.</p>	<p>Studien ble godkjent av lokale etiske komité ved Karlstad universitet Sverige</p>	<p>God</p>
<p>Metcalfe, A. Kelly, John Semple, May-Lynn Quan, Susan T. Vadaparampil, Claire Holloway, Mitch Brown, Bethanne Bower, Ping Sun, og Steven A. Narod</p> <p>2012 Canada</p>	<p>Changes in Psychosocial Functioning 1 Year After Mastectomy Alone, Delayed Breast Reconstruction or Immediate Breast Reconstruction</p>	<p>Hensikten med denne studien var å rapportere endringer i psykososial fungering over 1 år etter brystkreftkirurgi i 3 grupper av kvinner. De med mastektomi alene, de med mastektomi og umiddelbar rekonstruksjon, og de med forsinket gjenoppbygging.</p>	<p>Kvantitativ Spørreskjema</p>	<p>190 deltakere</p> <p>Frafall 32</p>	<p>Der var ingen forskjeller mellom de tre gruppene i livskvalitet, angst, depresjon, eller seksuell funksjon før operasjon. Kvinner som var under forsinket bryst rekonstruksjon (dvs. allerede hatt en mastektomi) hadde høyere nivåer av kroppsskam, kropps bekymringer og åpenhet enn kvinner som gjennomgikk mastektomi alene eller mastektomi med umiddelbar gjenoppbygging. Det var ingen signifikante forskjeller i den psykososiale fungeringen mellom de tre gruppene.</p>	<p>Deltakerne fikk forklart hva studien gikk ut på, og det ble innhentet skriftlig informert samtykke.</p>	<p>Middels</p>

Annals of surgical oncology							
Piot-Ziegler, C, M-L. Sassi, W. Raffoul og J-F. Delaloye 2010 Sveits British Journal of Health Psychology	Mastectomy, body deconstruction, and impact on identity: A qualitative study	Studiens hensikt var å utforske konsekvensene av kroppens dekonstruksjon gjennom mastektomi og identitet hos kvinner med brystkreft	Kvalitativ Intervju	19 deltakere Ingen frafall	- Mastektomi provoserer frem en smertefull opplevelse for kvinner. Selv om de blir foreslått en rekonstruksjon av brystet, føler de likevel at det kvinnelige i dem blir borte. De kroppslige endringene påvirker kvinners kjønnsidentitet	Studien ble etisk godkjent av University hospital ethical board	God

Vedlegg 3

Oversiktstabell kategori

	Identitet og femininitet	Rekonstruksjon	Seksualitet og attraktivitet	Utseende og estetiske aspekter	Kroppen har sviktet meg
1.			1	1	
2.	2	2	2		
3.		3		3	
4.	4	4	4	4	4
5.		5	5		
6.	6	6		6	
7.	7		7	7	
8.	8	8	8	8	
9.				9	9
10.		10	10		
11.	11	11	11	11	11