



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

**Hvordan erfarer kvinner sin identitet ved diagnosen
brystkreft?/How do women experience their identity
when diagnosed with breast cancer**

Kandidatnummer 19

Totalt antall sider inkludert forsiden: 67

Molde, 31.05.2019



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 URKUND, 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"/> |

Personvern

Personopplysningsloven

Forskningsprosjekt som innebærer behandling av personopplysninger iht.

Personopplysningsloven skal meldes til Norsk senter for forskningsdata, NSD, for vurdering.

Har oppgaven vært vurdert av NSD?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

- Hvis nei:

Jeg/vi erklærer at oppgaven ikke omfattes av Personopplysningsloven:

Helseforskningsloven

Dersom prosjektet faller inn under Helseforskningsloven, skal det også søkes om forhåndsgodkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK, i din region.

Har oppgaven vært til behandling hos REK?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder:

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

Dato: 31.05.19

Antall ord: 10555

Forord

Du er så tøff
og takler det så bra
sier de

Du er så modig
Det er så god prognoser

Så godt at det var brystkreft

Jeg kjenner flere det har gått bra med
Jeg tenker ikke at brystkreft
er en diagnose man dør av
Det er jo så vanlig
Det skjer så mange

Ja, sier jeg
Når først galt skal være
var det bra det var brystkreft

Samtidig tar usikkerheten
og redselen bolig

Uforutsigbarheten blir hverdagen
Andre tar over kontrollen
jeg overgir kroppen min

Men prøver febrilsk å selv
ha kontroll på min sjel og mitt hjerte

Det er ikke lett

- Av sykepleier Øyunn (51)

(Kreftforeningsblogg, 2016)

Sammendrag

Bakgrunn

Brystkreft rammer i hovedsak kvinner over 50 år og er den hyppigste kreftformen hos kvinner, både nasjonalt og internasjonal. Hvert år er det færre og færre kvinner som dør av brystkreft, men er også den vanligste dødsårsaken blant kvinner relatert til kreft.

Hensikt

Hensikten med litteraturstudiet var å belyse kvinners erfaring av identitet ved diagnosen brystkreft.

Metode

En litteraturstudie basert på 10 kvalitative forskningsartikler, der alle artiklene ble vurdert og analysert, slik at de viktigste hovedfunnene ble identifisert og diskutert.

Resultat

Brystkreftrammede kvinner opplever flere utfordringer, både gjennom behandling og rehabilitering. De fire hovedtemaene som gikk igjen i forskningsartiklene var psykiske reaksjoner, problemer med kroppsbilde, problemer med seksualitet og kommunikasjon med pårørende og helsepersonell.

Konklusjon

Kvinner som er rammet av brystkreft trenger god informasjon og støtte fra helsepersonell for å opprettholde den kvinnelige identiteten. Helsepersonell må inkludere pårørende for å gjøre de oppmerksom på kreftdiagnosen. Sykepleier skal også forsøke å opprettholde livskvaliteten, kroppsbilde og den endrede seksualiteten til kvinnen, på best mulig måte.

Nøkkelord

Brystkreft, erfaring, sykepleie, identitet, kvinne

Abstract

Background

Breast cancer mainly affects women over 50 and is the most common form of cancer in women, both nationally and internationally. Every year, fewer and fewer women die of breast cancer but are also the most common cause of death among women related to cancer.

Aim

The purpose of the literature study was to shed light on women's experience of identity when diagnosed with breast cancer.

Method

A literature study based on 10 qualitative research articles, in which all the articles were evaluated and analysed, so that the most important main findings were identified and discussed.

Results

Breast-affected women experience several challenges, both through treatment and rehabilitation. The four main topics that were left in the research articles were psychological reactions, problems with the body image, problems with sexuality and communication with relatives and health professionals.

Conclusion

Women who are affected by breast cancer need good information and support from health professionals to maintain the female identity. Healthcare professionals must include relatives to make them aware of the cancer diagnosis. The nurse should also try to maintain the quality of life, body image and the changed sexuality of the woman in the best possible way.

Keywords

Breast cancer, experience, nursing, identity, women

Innhold

| | | |
|------------|---|-----------|
| 1.0 | Innledning | 1 |
| 1.1 | Hensikt..... | 1 |
| 2.0 | Teoribakgrunn | 2 |
| 2.1 | Årsak og symptom..... | 2 |
| 2.2 | Behandling..... | 3 |
| 2.2.1 | Bivirkninger/senskader | 4 |
| 2.3 | Identitet..... | 5 |
| 3.0 | Metodebeskrivelse | 7 |
| 3.1 | Datainnsamling..... | 7 |
| 3.2 | Inklusjons- og eksklusjonskriterier | 7 |
| 3.3 | PICO skjema..... | 8 |
| 3.4 | Databaser | 9 |
| 3.5 | Søkestrategi og søkehistorikk..... | 10 |
| 3.6 | Kvalitetsvurdering av artiklene | 10 |
| 3.7 | Etiske hensyn..... | 11 |
| 3.8 | Analyse..... | 11 |
| 4.0 | Resultat | 14 |
| 4.1 | Psykiske reaksjoner | 14 |
| 4.2 | Kroppsbilde | 16 |
| 4.3 | Seksuelle problemer | 18 |
| 4.4 | Kommunikasjon | 19 |
| 4.4.1 | Med familie | 20 |
| 4.4.2 | Med helsepersonell..... | 21 |
| 5.0 | Diskusjon..... | 23 |
| 5.1 | Metodediskusjon | 23 |
| 5.1.1 | Inklusjons- og eksklusjonskriterier | 23 |
| 5.1.2 | PICO skjema | 24 |
| 5.1.3 | Søkestrategi..... | 25 |
| 5.1.4 | Kvalitetsvurdering og etiske hensyn | 25 |
| 5.1.5 | Analyse..... | 26 |
| 5.2 | Resultatdiskusjon..... | 27 |
| 5.2.1 | Psykiske reaksjoner endrer synet på identiteten..... | 27 |
| 5.2.2 | Endret kroppsbilde skaper problemer for kvinnelig feminitet | 28 |

| | | |
|------------|---|-----------|
| 5.2.3 | Seksuelle problemer er forårsaket av behandling | 30 |
| 5.2.4 | Kommunikasjon med pårørende og helsepersonell | 31 |
| 6.0 | Konklusjon..... | 34 |
| 6.1 | Konsekvenser for praksis | 34 |
| 6.2 | Forslag til videre forskning | 35 |
| | Referanseliste..... | 36 |
| | Vedlegg..... | 40 |
| | Vedlegg 1 Inklusjon og eksklusjonskriterier..... | 40 |
| | Vedlegg 2 PICO skjema..... | 40 |
| | Vedlegg 3 Hovedfunn i artiklene | 41 |
| | Vedlegg 4 Oversiktstabell søkehistorikk | 41 |
| | Søk 1 | 41 |
| | Søk 2 | 42 |
| | Søk 3 | 43 |
| | Vedlegg 5 Oversiktstabell i forhold til innhold og kvalitet i vurderte og inkluderte artikler | 44 |
| | Artikkel 1 | 44 |
| | Artikkel 2 | 45 |
| | Artikkel 3 | 47 |
| | Artikkel 4 | 48 |
| | Artikkel 5 | 50 |
| | Artikkel 6 | 51 |
| | Artikkel 7 | 53 |
| | Artikkel 8 | 54 |
| | Artikkel 9 | 56 |
| | Artikkel 10 | 57 |

1.0 Innledning

Brystkreft er en av de eldste påviste kreftsykdommene vi kjenner til og nå i dag er brystkreft den vanligste kreftformen blant kvinner, både i nasjonalt og internasjonalt (Reitan og Schjøberg 2017, 463). I 2017 ble 3589 kvinner i Norge diagnostisert med brystkreft, samtidig overlevde 47.000 kvinner i verden diagnosen (Kreftregisteret 2018). Denne kreftformen rammer kvinner over 50 år, men kvinner under 40 år utgjør 5 % av tilfellene (Regjeringen 2017, 9).

Bakgrunn for valg tema og hensikt er fordi flere sykepleiere erfarer at kvinner har mange utfordringer ved brystkreftdiagnosen. Identiteten kan bli påvirket sterkt på grunn av behandling og dette kan gjøre at livskvaliteten til kvinnene blir betraktelig lavere (Reitan og Schjøberg 2017, 482-483). Dette temaet interesserer meg fordi jeg har erfart at kvinner med brystkreft ofte sitter igjen med mange vonde tanker, opplevelser og spørsmål.

Når hensikten var valgt, tok jeg kontakt med Kreftforeningen og spurte om de hadde forslag på hvordan jeg kunne besvare hensikten min best mulig. De svarte meg med å få den kvinnelige erfaringen, var det viktigste tipset å bruke pasientperspektiv. Her ville jeg få søkelys på den reelle opplevelsen kvinnene selv erfarte av identiteten ved brystkreft. Jeg ville også få større forståelse og kunnskap om erfaringene kvinnene hadde om sykepleiere.

I sykepleiepraksis skal kreftpasientene bli godt ivaretatt gjennom hele forløpet, pasientene skal ha tilgang til god informasjon om behandling, konsekvenser for behandling og mulige sen effekter som kan oppstå. Samtidig skal pasientene til enhver tid vite hvem de kan henvende seg til om sykdom og oppfølging. Sykepleiere skal kartlegge, sette mål, tiltak og evaluere pasientene, for at pasienten skal få best mulig opplevelse og styrke pasientens livskvalitet etter brystkreftdiagnosen (Helse- og omsorgsdepartementet 2018, 12 - 14).

1.1 Hensikt

Hensikten med litteraturstudie var å belyse kvinners opplevelse av identiteten ved diagnosen brystkreft.

2.0 Teoribakgrunn

De siste ti årene har det blitt brukt store ressurser på forskning rundt årsaken til kreft og hvordan kreft kan bekjempes. Fram til i dag, har det blitt gjort store fremskritt både i forståelsen av de cellulære prosessene ved utviklingen av kreft, og hvordan en kan angripe kreftcellene for å bedre overlevelsen. Forskning øker forståelsen på kreftsykdommer, men skaper også flere og nye spørsmål. Likevel vil de små funnene som skaper fremskritt gi håp om bedre forståelse og håp om bedre behandling til hver enkelt kreftpasient (Reitan og Schjøberg 2017, 350).

En kvinne som blir diagnostisert med brystkreft er som regel en frisk kvinne, med en alvorlig kreftdiagnose. Det er lite eller ingen symptomer før diagnosen stilles og kvinnen føler seg ikke syk. Dette kan gjøre det vanskelig for kvinner å identifisere seg med pasientrollen (Sørensen et al. 2016, 437).

Det å definere et normalt kvinnelig bryst er vanskelig. Den største utfordringen er på grunn av at et kvinnelig bryst utvikler seg og endrer seg stort gjennom hele kvinners liv. Kåresen og Wist (2009, 270) skriver at grovt sett kan endringene i et bryst deles inn i fire perioder med stor grad av overlappning. Den første perioden kalles hvilefase, den er fra fosterlivet til 11-15 år. Så utvikles gangsystemet og kjertelendestykke, denne fasen varer fra 15 – 25-års alderen. Fase tre, en fase med vekslende hormonstimulering, som strekker seg fra 15 – 55-års alderen og fase fire, som er en periode med nedbryting av ganger og kjertelendestykker som varer fra 35 til 55-års alderen. Disse store endringene i brystet kan gjøre det vanskelig å avgjøre hva som er kreft og hva som er benign tumor (Kåresen og Wist 2009, 270 - 295).

2.1 Årsak og symptom

Det er vanskelig å fastslå hva som er årsaken til brystkreft. Sørensen et al. (2016, 438) forteller at det er flere disponerende faktorer som kan fremtrede brystkreft. Er du kvinne, er det en større risiko for å utvikle brystkreft. Hvis en kvinne får tidlig menstruasjon i tidlig alder, har hun en større risiko for å utvikle brystkreft (Sørensen et al. 2016, 438; Wist 2010, 431-439). Risikoen for å utvikle brystkreft øker med alderen og ved sen menopause (sen overgangsalder). Andre faktorer som øker risikoen for brystkreft er hormonbehandling i forbindelse med overgangsalderen, ingen graviditet, røyking og

overvekt. Slektshistorie har stor betydning, hvis kvinnen har mor eller en søster som har eller har hatt brystkreft, øker risikoen 3-4 ganger (Sørensen et al. 2016, 438). Det er også større risiko å utvikle brystkreft ved tidlig eksponering av østrogen, for eksempel ved prevensjon p-pille (Wist 2010, 431-439).

Ved klar mistanke om mammatumor, eller ved sikre symptomer, skal man kontakte sin fastlege. Videre vil man da bli henvist til et brystdiagnostisk senter, også kalt BDS. Der utfører man trippeldiagnostikk, dette er det grunnleggende man gjør i mammautredningen (Sørensen et al. 2016, 438-439; Wist 2010, 431-439).

2.2 Behandling

Brystkreftsykdommen kategoriseres ut ifra stadium I-IV og kan variere i sammensetningen, størrelse og egenskaper. En brystsvulst klassifiseres inn i tumorsstørrelse i millimeter (T), antall lymfeknuter med spredning (N) og metastase (M). Størrelsen på tumor inndeles i T1 til T4. Ved T1 er tumoren ikke større enn 20mm, T2 er tumoren mellom 20 mm – 50 mm og T3 er tumoren større enn 50 mm. T4 angir man at tumoren har direkte innvekst i hud eller brystvegg, uavhengig av størrelse. Ved brystkreft kartlegges også østrogenreseptor (ER), progesteronreseptor (PgR) og HER2 reseptorer (Reitan og Schjølberg 2017, 467).

De finnes flere behandlingstyper for brystkreft, den vanligste er brystbevarende kirurgi, ca. 70 % av brystkrefttilfellene har dette som behandling. Dette er en behandling som viser en risiko for lokalt tilbakefall etter fem år forteller Reitan og Schjølberg (2017, 467-471). Brystbevarende kirurgi er jevn god med og fjerne hele brystet (mastektomi). Mastektomi utføres bare hvis brystbevarende kirurgi ikke er mulig, for eksempel ved store svulster. Siden det er risiko for tilbakefall ved kirurgi, blir kirurgi kombinert med adjuvant behandling (Reitan og Schjølberg 2017, 467-471).

De fleste brystkrefttrammede får en tilleggsbehandling etter operasjonen, dette er kalt adjuvant behandling. Denne behandlingen skal redusere risikoen for tilbakefall. Denne består av strålebehandling, antihormonell endokrin behandling og/eller behandling med cytostatika (Reitan og Schjølberg 2017, 467-471).

Dersom svulsten er hormonreseptorpositiv (østrogen og/eller progesteronpositiv), vil kvinner få tilbud om adjuvant endokrin behandling. De får tilbud om 5 års behandling med antiøstroget tamoksifen. Hensikten med endokrin behandling, er å hindre at brystkreftceller skal dele seg. Tamoksifen binder seg til østrogenreseptorer, blokkerer bindingen og dermed effekten av østrogen. Den vil da blokkere celledelingen og veksten. Denne behandlingen får bare kvinner som er under 55 år og fortsatt har menstruasjon. (Kreftforeningen 2019; Reitan og Schjølberg 2017, 467-471; Kåresen og Wist 2012, 326-332).

Adjuvant behandling med cytostatika avgjøres av hvilken egenskap svulsten har, stadiet og alder, tilleggssykdommer og plager til pasienten. Kvinner under 55 år som har endokrin tilleggsbehandling, vil bli tilbydd cytostatika behandling. Dette fordi disse to behandlingene har egen effekt hver for seg, når det gjelder tilbakefall og overlevelse. Kvinner over 55 år eller eldre, er østrogen- og progesteronreseptorstatus og delingsaktivitet i celler være et moment for valg av cytostatika. Kvinner over 70 år blir vurdert ut ifra deres totale helsetilstand og aggressivitet i sykdommen, om de skal ha cytostatika behandling (Reitan og Schjølberg 2017, 471).

Adjuvant strålebehandling gis lokalt mot et avgrenset og opptegnet område (Bøhn 2000, 24). Kvinner under 50 år som har gjennomgått brystbevarende kirurgi, får vanligvis også strålebehandling. Grunnen er at selv om brystkreftsvulsten er fjernet ved brystbevarende kirurgi, er det stor risiko for at det fortsatt er igjen kreftceller og svulstvev. En kvinne som bare har gjennomgått brystbevarende kirurgi, er risikoen for tilbakefall 26 %. Hvis kvinnen får adjuvant strålebehandling etter brystbevarende kirurgi, reduserer risikoen for tilbakefall 7 % av de 26 %. Hvert tilbakefall som blir unngått, kan det sies at det unngås et dødsfall på grunn av brystkreft (Reitan og Schjølberg 2017, 467-471; Kåresen og Wist 2012, 326-332).

2.2.1 Bivirkninger/senskader

Selv om brystkreftoverlevende er den største gruppen som overlever kreft, kan kvinnene få både plager under og etter behandlingen. Både det fysiske og psykiske kan bli rammet. Yteevne og energinivå kan bli redusert og om lag 30-40 % blir rammet av kronisk

tretthet/fatigue. Andre kan oppleve nerveskader, som oppleves som prikking/brenning og følelsesløshet. Noen ganger forekommer også muskelsvakheter og balanseproblemer. Andre bivirkninger som kan forekomme er lymfeødem, hjertesykdom, kraftige hetetokter, smerte i operasjon arr, bryst, arm og nedsatt skulderbevegelse. Østrogenmangelsymptomer kan forekomme til de kvinnene som står på en langvarig hormonbehandling (Kreftforeningen 2019).

De fleste kvinner kan få psykiske reaksjoner, avhengig av enkeltes situasjon. Eksempler på psykiske reaksjoner som en kvinne kan få etter brystkreftbehandling er bekymringer og frykt for tilbakefall, uro og sorg fordi kvinnen ikke lenger føler seg som før. Seksualitet vil til de fleste kvinner bli påvirket av behandlingen, den vil gi nedsatt lyst både fysisk og psykisk. Tørrhet, smerte og sårhet i skjeden, og kan påvirke fertilitet negativt (Kreftforeningen 2019; Reitan og Schjølberg 2017, 478-487).

2.3 Identitet

Definisjon på identitet er beskrevet med at det er den vi er, personligheten vår (Tetzchner 2009). Identitet er det som gjør deg til den unike personen du er, og det som gjør at du skiller deg fra andre mennesker (Reitan og Schjølberg 2017, 123-134). Ofte omhandler identitet kjønn, utseende, kropp, seksualitet og holdninger (Tetzchner 2009; Reitan og Schjølberg 2017, 123-134).

Sørensen et al. (2016, 437-451) skriver at bryst har alltid i vår kultur, både for kvinner og menn, vært et symbol på feminitet, samtidig er det næring for nyfødte barn. Et bryst er knyttet opp mot identiteten til kvinner og følelsen på kvinneligheten. Ved brystkreft kan det oppleves at identiteten svekkes, noe som kan oppleves som en trussel (Sørensen et al. 2016, 437-451).

Kroppsbilde er definert som hvordan en selv oppfatter kroppen sin og er et viktig ledd i selvbildet. Gjennom livet vil det oppstå forandringer med det normale kroppsbilde, for eksempel ved aldring som representerer de normale endringene. Traume og sykdom, er forandringer utenfor de normale endringene. Ved brystkreft, opplever flere kvinner at det normale kroppsbilde blir endret. Reitan og Schjølberg (2017, 135) siterer Prince (1995, 169-175) at definisjonen på endret kroppsbilde er en tilstand av personlig utilfredshet, som

indikerer at kroppen ikke lengre underbygger personens selvfølelse. Det å leve med endret kroppsilde på grunn av kreftbehandling, kan påvirke store deler av familieforhold, venner, arbeid og sosiale omgivelser. Dette kan vises som psykiske problemer og seksuelle problemer (Reitan og Schjølberg 2017, 135 - 137).

Seksualitet er en drivkraft som er tilstede gjennom hele livet. Den bærer vi med oss fra fosterstadiet til døden og er en sentral rolle i menneskers identitet, selvbilde og livskvalitet. Den blir lett skadelidende under fysisk og psykisk stress forårsaket av behandling ved sykdom (Reitan og Schjølberg 2017,120 - 131). Ifølge Reitan og Schjølberg (2017,120 - 131) kan det normale seksuallivet endre seg ved kreftbehandling, det er da viktig at sykepleiere ikke tabulegger kommunikasjon og samtaler om seksualitet med de kreftrammede.

3.0 Metodebeskrivelse

Ifølge Dalland (2012, 112 - 122) innebærer begrepet forskning å søke grundig etter klarhet og forståelse i et forhold eller en sammenheng. Metoden i en litteraturstudie forteller oss noe om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Begrunnelse for å velge en metode er at vi mener den vil gi gode data og belyse spørsmålet vårt på en faglig interessant måte (Dalland 2012, 112 - 122).

Jacobsen (2010, 24) skriver at en undersøkelse går gjennom klare faser. Disse fasene må forskeren foreta valg som får konsekvenser for gyldighet og troverdighet overfor helheten i studiet. De seks forskjellige fasene som Jacobsen (2010, 24-26) skriver er fase 1: utvikling av en problemstilling eller hensikt, fase 2: valg av undersøkelsesdesign, fase 3: hvordan samle inn informasjon? Fase 4: hvordan velge ut enheter? Fase 5: hvordan behandle og presentere dataene? Og fase 6 som går ut på hvor gode funnene og konklusjonen er.

3.1 Datainnsamling

Ifølge Høgskolen i Molde sine retningslinjer, skal datainnsamlingen beskrives så tydelig som mulig. Studenten skal gjøre rede for perspektiv, hensikt og problemstilling av litteraturstudien, samt valg av søkeord, databaser og databasesøk (Eines 2018).

Å utøve kunnskapsbasert praksis er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjon (Nortvedt et al. 2012, 17).

3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Før jeg startet å søke i databasene, skulle både kvinner og pasientperspektiv være et inklusjonskriterium. Menn, sykepleie og pårørende perspektiv, ble ekskludert. Da jeg begynte å søke i databaser, satte jeg opp resten av inklusjon- og eksklusjonskriteriene. Alle artiklene skulle inkludere kvinner, pasientperspektiv og kvinner i alle aldre. På denne måten fanget jeg opp den pasientgruppen jeg ønsket å belyse. Jeg valgte så kvalitative forskningsartikler, fordi jeg ville belyse pasientene sine egne opplevelser og erfaringer. Jeg leste til sammen 35 artikler, men ekskluderte 25 da de ikke var egnet for min studie.

Tabell 1 inklusjons og eksklusjonskriterier:

| Inklusjonskriterier | Eksklusjonskriterier |
|--------------------------------|----------------------|
| Pasientperspektiv | Menn |
| Kvinner | Sykepleieperspektiv |
| Kvalitative forskningsartikler | Pårørendeperspektiv |
| Artikler på norsk og engelsk | |
| Artikler fra 2009 – 2019 | |
| Fagfellevurdert | |
| Publiseringsnivå 1 eller 2 | |

3.3 PICO skjema

Et PICO-skjema er et verktøy som skal hjelpe deg å dele opp hensikten, slik at det blir best mulig resultat, på en strukturert og hensiktsmessig måte. PICO er forkortning på ulike elementer, der P står for patient, og omhandler den pasientgruppen eller pasienten spørsmålet handler om. I står for intervention, og omhandler hvilket tiltak eller hvilke intervensjoner ønsker vi å vurdere. C står for comparison, her skal tiltakene i element I eventuelt sammenlignes med et annet. O står for outcome, og omhandler utfallet vi er interessert i/hva ønsker vi å oppnå (Nortvedt et al. 2012, 33).

Tabell 2 PICO skjema:

| | P | I | C | O |
|---------|---|---|---|--|
| Engelsk | Breast cancer* Breast neoplasms Female Women | | | Identit* Self-esteem Body Experience Sexuality Mental* diagnosis* |
| Norsk | Brystkreft* Bryst neoplasmer Kvinne | | | Identitet* Selvfølelse Kropp Erfaring* Seksualitet Psykisk* Diagnostisert* |

Jeg valgte å ekskludere I og C, fordi dette ble vurdert som mindre relevant til min hensikt. Derfor ble mitt PICO-skjema et PO-skjema. Jeg bestilte bibliotekar for å få hjelp med søket og om PO-skjemaet mitt kunne benyttes.

Nordtvedt et al. (2012) sier at en relevant søketeknikk er å kombinere ord gjennom boolske operatører, for å utvide eller avgrense søket. For å utvide søket bruker man kombinasjonsordet OR, og for å avgrense søket bruker man kombinasjonsordet AND (Nordtvedt et al. 2012, 55-56).

3.4 Databaser

Gjennom Høgskolen i Molde sin hjemmeside, brukte jeg følgende databaser: ProQuest, Ovid Medline og CINAHL.

3.5 Søkestrategi og søkehistorikk

Søk i Ovid Medline 08.02.2019

Søkeordene som jeg brukte var: Breast cancer.mp OR Breast Neoplasma/ AND diagnosis*.mp. OR Early Diagnosis/ AND Experienc* AND sexuality.mp OR sexuality/ som ga meg 57 artikler. Avgrenset søket til 2009 – 2019, til kvalitative artikler og til tidsskriftsartikler som ga meg 54 artikkeltreff. Av dette søket inkluderte jeg 3 artikkel, nr. 1, 5 og 7 i min samling.

Søk i ProQuest 18.02.2019

Søkeordene jeg brukte var: noft(breast cancer OR breast neoplasm) AND noft(experienc*) AND noft(sexuality) AND (pd(20090218-20190218) AND PEER(yes)). Avgrenset søker til 2009 – 2019, til kvalitative artikler og til tidsskriftsartikler som ga meg 20 artikkeltreff. Av dette søket inkluderte jeg 3 artikler, nr. 2, nr. 3 og 4 i min samling.

Søk i CINAHL 18.02.2019

Søkeordene jeg brukte var: (breast cancer or breast neoplasm) AND experienc* AND sexuality limiters: published date 20090101-20181231, peer reviewed, Qualitative - high sensitivity. Avgrenset søket til 2009 - bare tidsskriftsartikler som ga meg 60 artikkeltreff. Av dette søket inkluderte jeg 4 artikler, nr. 6, 8, 9 og 10 i min samling.

3.6 Kvalitetsvurdering av artiklene

På Norsk senter for forskningsdata (2019) undersøkte jeg om artiklene, som var relevant for min hensikt, hadde publiseringsnivået 1 eller 2. Hvis artiklene hadde publiseringsnivå på 1 eller 2, betyr det at de er fagfellevurdert. 9 av 10 artikler hadde publiseringsnivå 1 eller 2 (NSD 2019).

Jeg kvalitetsvurderte også med å bruke en sjekkliste for kvalitativ studie fra Helsebiblioteket (2016), dette for å vurdere kvaliteten forskningsartiklene jeg hadde funnet. Denne sjekklisten for vurdering av en kvalitativ studie inneholder 10 kontrollspørsmål som er til hjelp for å vurdere kvaliteten på forskningsartiklene jeg brukte.

3.7 Ethiske hensyn

Ifølge Dalland (2012, 95) er det bare mennesker som kan svare på kunnskapen om mennesker, deres livssituasjon og måten de forholder seg til samfunnet på. Siden vi bare får denne kunnskapen av mennesker, er det viktig med tillit. Det er da viktig at disse menneskene blir ivaretatt når de bidrar til forskning. Ryddig bruk av personopplysninger og etiske overveielser er en forutsetning for å ivareta det gode forhold til de menneskene som stiller opp med sine erfaringer og opplevelser.

I de 10 artiklene jeg syntes passet best til min hensikt, er 9 godkjent av en etisk komite. Den ene artikkelene som ikke var godkjent av en etisk komite, hadde overholdt de etiske standardene og hadde ingen interessekonflikter. Ut ifra å lese denne artikkelen godt og nøye, fant jeg ut at de etiske hensynene var ivaretatt på den måten av å beskytte pasientene med å bruke pseudonym eller anonymitet. All deltakelse var frivillig og alle ble forklart hensikten med studien og samtykke ble innhentet etter dette.

3.8 Analyse

Dalland (2012, 144) skriver at å analysere er et arbeid der man skal granske materialet for å finne ut hva det har å fortelle. Videre forteller Dalland (2012, 144) at analyse er å finne ut hvilke setningsledd en setning er bygd opp av, og beskrive forholdene mellom setningsleddene. Når man skal analysere data, så står man overfor det motsatte. Man har mange data (setningsledd), men vet enda ikke hva datamaterialet forteller oss.

Kvalitativt orienterte data er ikke så lett å ordne og rubrisere. Man må ofte veksle mellom helheten og deler i materialet, da får man et helhetsinntrykk av datamaterialet. Ut ifra helhetsinntrykket kan man velge ut situasjoner eller sitater som presenterer hovedinntrykket i datamaterialet (Dalland 2012, 144).

Retningslinjene til Høgskolen i Molde for bacheloroppgaver, skal analysedelen beskrive hvordan artiklenes resultatdel ble bearbeidet. De viktigste innholdet skal være kondensert, redusert og fokusert. Den skal gi en helhet av studiens hensikt og problemstilling (Eines 2018).

Jeg har valgt å ta utgangspunkt i Evans (2002) sin analysemodell i mitt analysearbeid.

Evans (2002) har en analysemodell som består av fire faser:

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

Fase 1: Innsamling av data. I punkt 3 forteller jeg hvordan jeg har samlet inn mine data. Dette har jeg gjort ved hjelp av inklusjonskriterier, databasesøk og andre punkt jeg må ta hensyn til.

Fase 2: Identifisering av hovedfunnene i artiklene. Når jeg var ferdig med søkene mine, analyserte jeg artiklene jeg hadde funnet og nummererte artiklene fra 1-10. Jeg markerte alle funnene jeg fant, slik at de skulle være lett tilgjengelig å finne tilbake når jeg skulle begynne å sortere de. Ved å gå gjennom artiklene to ganger, sikret jeg at jeg ikke hadde glemte noen funn som var viktige.

Fase 3: For at jeg skulle sortere funnene på best mulig måte og finne ut hvilket av temaene som gikk igjen i artiklene, sorterte jeg temaene i artiklene ved å skrive ned alle på et ark. Jeg rangerte så temaene etter hvilken av artiklene som hadde de forskjellige og samme temaene. Når jeg var ferdig å kategorisere temaene, endte jeg med fire hovedfunn som jeg valgte å ha med i min litteraturstudie, fordi dette var hovedfunnene som gikk igjen i artiklene.

Fase 4: De fire hovedfunnene som jeg valgte å inkludere i min litteraturstudie var: psykiske reaksjoner, problemer kroppsbilde, seksuelle problemer og kommunikasjon mellom pasient og familie, og mellom pasient og helsepersonell. Nedenfor har jeg satt opp en oversiktstabell over hovedfunnene og hvilke artikler som har de forskjellige hovedfunnene. Disse hovedfunnene beskrives i resultatdel 4.0.

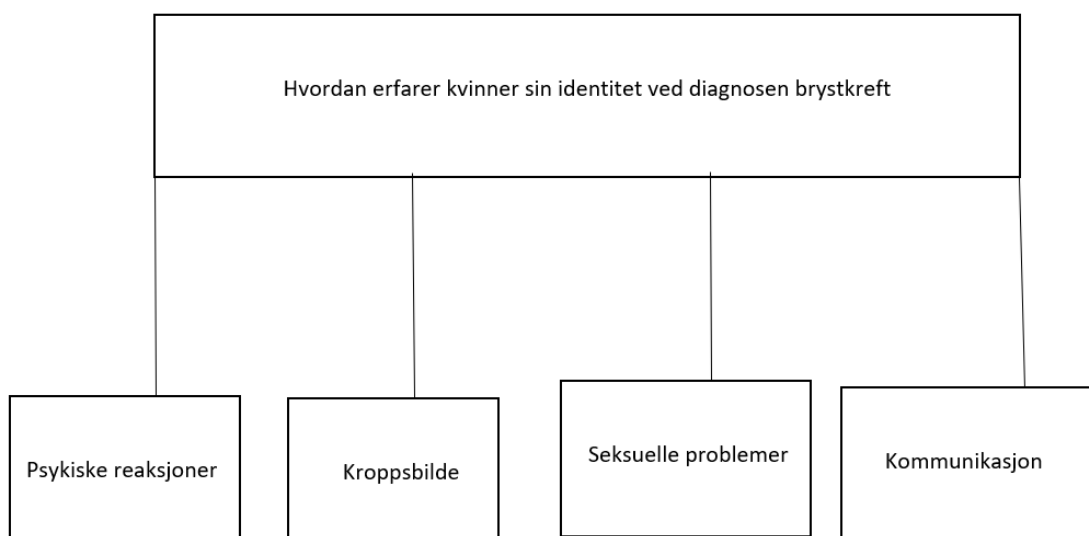
Tabell 3 Hovedfunn i artiklene

| Tema/funn | Artikler |
|---------------------|-------------------------------|
| Psykiske reaksjoner | 1, 3, 4, 5, 6, 8, 9 |
| Kroppsbilde | 1, 2, 3, 5, 6, 8, 9 |
| Seksuell problemer | 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 |
| Kommunikasjon | 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10 |

4.0 Resultat

Når jeg hadde gått gjennom alle artiklene, fant jeg mange som hadde de samme temaene, dette ser dere i punkt 3.8. Disse temaene tok jeg med videre til hovedtema. Psykiske reaksjoner, kroppsbilde, seksuelle problemer og kommunikasjon var de fire hovedtemaene jeg kom frem til. Jeg har plassert hovedtemaene i en figur nedenfor.

Figur 1 Hovedtemaene:



4.1 Psykiske reaksjoner

Flere av deltakerne i artiklene (Trusson et al. 2016; Cheng et al. 2015; Corney et al. 2014; Rocha et al. 2016), beskrev at reaksjonen deres på å få vite at de hadde brystkreft var sjokk, angst, depresjon, redsel og bekymringer. De beskrev at de utviklet forskjellige typer psykiske reaksjoner. Mange av kvinnene hadde reaksjonen på hvorfor akkurat dette skulle skje "meg". Mange utviklet bekymringer og redsel for at kreften skulle komme tilbake. Kvinner som aldri hadde vært syk før, forteller at diagnosen kom helt ut av det blå. Mange var sårbare når de fikk beskjeden, ble stille og andre fikk en stressreaksjon der de hadde mange spørsmål. Samtidig som at de stadig kom til å ha en stadig påminnelse av

brystkreften når de så seg selv i speilet, uten et bryst (Trusson et al. 2016; Cheng et al. 2015; Corney et al. 2014; Rocha et al. 2016).

Deltakerne i artiklene (Trusson et al. 2016; Cheng et al. 2015; Corney et al. 2014; Rocha et al. 2016) forteller at den psykiske påkjenningen ikke ble noe bedre, fordi behandlere var mere opptatt å behandle selve brystkreften eller ikke gav den informasjonen de ønsket. Dette førte til at de ble mer usikker og redd for å fortelle om de indre problemene de hadde med seg selv om plager relatert til brystkreftdiagnosen (Trusson et al. 2016; Cheng et al. 2015; Corney et al. 2014; Rocha et al. 2016).

Kvinnene fortalte at de så på sitt eget bryst som en veldig feminin del av kroppen sin, som representerer det kvinnelige. De følte at de mistet den kvinnelige identiteten etter å bli diagnostisert med brystkreft, noe som utviklet seg til psykiske reaksjoner. De nevnte at de psykiske reaksjonene var bekymringer, depresjon, angst og redsel som rammet kvinneligheten og identiteten deres (Wang et al. 2013; Sawin 2012; Loaring et al. 2015).

I en artikkel (Trusson et al. 2016) kom det frem at en av deltakerne var lesbisk, denne kvinnen beskrev at hun ikke hadde like store psykiske reaksjoner slik som andre heterofile kvinner hadde. Dette på grunn av at identiteten hennes hadde ikke stort behov for kvinnelige bryster, og at hun følte seg bedre etter å ha gjennomgått brystkreft behandling. Samtidig som at en kvinne på 80 år forteller at å miste brystene var ikke et stort problem for henne, fordi hun var så gammel at hun valgte å fokusere på andre ting. Men bekymringene for å få tilbakefall var der (Trusson et al. 2016).

Tre kvinner i artikkel 8 (Rocha et al. 2016) forteller at de var krigere, sterke og at de følte seg som nye og bedre mennesker. Disse kvinnene forteller at de følte dette etter de hadde vunnet over kreften og hadde blitt friskmeldt. I tiden når de hadde brystkreftdiagnosen, utviklet de psykiske reaksjoner og selv om de følte seg som krigere i ettertid, hadde kvinnene bekymringer over det å få tilbakefall og redselen for det feminine kroppsbilde (Rocha et al. 2016).

4.2 Kroppsbilde

Flere av artiklene (Cornelissen et al. 2018; Trusson et al. 2016; Cheng et al. 2015; Corney et al. 2014; Rocha et al. 2016; Loaring et al. 2015) viser frem til at kroppsbilde ble påvirket negativt etter kirurgisk behandling vedrørende brystkreft. Flere av deltakerne forteller at deres bryst er en viktig del for de og flere av kvinnene forteller at det å miste et bryst, gjorde en stor innvirkning på kroppsbilde. Redselen for å se seg selv i speilet, redselen for partnerskap, redsel og tristhet over å ha mistet en feminin del av kroppen var høy, forteller kvinnene i artiklene. Erfaringen av å miste et bryst ble forklart som at de følte seg unormal, mindre feminin og mindre attraktiv (Cornelissen et al. 2018; Trusson et al. 2016; Cheng et al. 2015; Corney et al. 2014; Rocha et al. 2016; Loaring et al. 2015).

I don't like looking at myself in the mirror now, at least not that part. I'm very conscious of even my husband or kids seeing it, or anybody else for that matter. I would never go into a communal changing room, somewhere like that. A friend was having a group of friends to go to one of these spa places for the day and I declined because although they knew, I just didn't feel confident about it (Trusson et al. 2016, 126).

Enslige deltakerne i artiklene som ble diagnostisert med brystkreft følte seg mer sårbare, dette på grunn av at de ble bekymret overfor det å få seg en framtidig partner. Redselen for avvisning og sterke tanker rundt <<hvem vil ha meg nå>>, var betydelig høyere enn de som var i forhold eller gift. Samtidig som at de ikke hadde en partner å støtte seg opp mot under den sårbare perioden (Corney et al. 2014; Trusson et al. 2016).

I sat there having chemo thinking 'Well I don't have anybody to go home to, and I'm going to go home to a dark house and feel crap for a about a week and not have anybody to look after me (Corney et al. 2014, 19).

Gifte kvinner forteller at de ikke hadde like store bekymringer for partnerskapet, men mange av de var bekymret og redd over at de ikke lengre skulle være attraktiv overfor sin partner. Dette på grunn av at de ikke snakket sammen om temaet, da mennene ofte ikke ville snakke om det og da ble kvinnene lukket og stille (Trusson et al. 2016; Sawin 2012; Loaring et al. 2015).

Cuz we didn't talk about it, when actually we probably should have done... because what you end up doing is thinking... me thinking that he doesn't find me attractive anymore... and then... him probably think the same (Loaring et al. 2015, 432).

Flere av deltakerne forteller at de fikk et problem med den kvinnelige klesstil, begrunnelsen var fordi de var redde for at andre mennesker skulle se at denne kroppen mangler et bryst, eller som en kvinne fortalte: den deformerte kroppen. Kvinnene forteller at det var mye sorg og oppgitthet overfor det å ikke kunne bruke sine egne klær lengre. De opplyste at de kunne bruke klærne, men ble ikke det samme som før (Trusson et al. 2016; Cheng et al. 2015; Loaring et al. 2015). Flere kvinner forteller at dette var relatert til brystprotese. Deltakerne opplyser at dette var et stort problem, fordi den var ikke egnet til kroppen deres og den ville alltid falle ut eller endre plassering. Kvinner som hadde fått operert inn bryst implantat, opplyser misnøye av resultatet, noe som også påvirket klesstilen på grunn av at de var redde for at de skulle syntes. Videre opplyste deltakerne at de gledet seg til å få operert inn bryst implantat, fordi da fikk de ikke lengre et flatt bryst på den ene siden, men resultatet gjorde de skuffet og bekymret. Begrunnelsen var fordi brystet ikke opplevdes som det gamle brystet, noe som ble en plage (Trusson et al. 2016; Cheng et al. 2015; Loaring et al. 2015).

En kvinne beskrev kroppen sin som en liten guttekropp på den ene siden, på grunn av at hun manglet brystet sitt (Trusson et al. 2016, 125). Flere av kvinnene forteller at de var veldig redde for at partner, til og med barna skulle se deres kropp, den nye kroppen som var så annerledes på grunn av brystkreftbehandlingen (Cornelissen et al. 2018; Trusson et al. 2016; Rocha et al. 2016). Deltakerne forteller at de ikke kledde av seg fremfor partneren sin eller barna, fordi de var så skamfull og flaue over kroppen sin. Samtidig forteller kvinnene at de ikke har mot i å kle av seg, selv om partnere sa at de ikke måtte skjule det. Flere kvinner opplevde at det ble mere problematisk å være i sosiale omgivelser og felleskap med andre, på grunn av at de var betenkelig med kroppsbilde og var alltid bekymret for at noen skulle se de endringene som var på kroppen (Cornelissen et al. 2018; Trusson et al. 2016; Rocha et al. 2016).

“It was like having a grown up as a woman and then, all of a sudden, look down and see your tummy again! Look like a little boy on one side” (Trusson et al. 2016, 125).

Mange kvinner rapporterte at behandling ble følt som en trussel for kroppsbilde. Årsaken var også relatert til at de ikke fikk den nødvendige informasjonen og støtten fra helsepersonell, og partner. Flere deltakere forteller at kroppsbilde ble påvirket i en negativ retning, hvis helsepersonell ikke informerte de eller støttet de godt nok. Kvinnene fortalte i fortvilelse om hvem skal jeg da relatere meg til om mine problemer, når jeg ikke har helsepersonell som støttet “meg”. Flere kvinner som ikke hadde noen å støtte seg til, forteller at de brukte store deler av tiden å snakke med andre kreftrammede og familie (Cornelissen et al. 2018; Trusson et al. 2016; Cheng et al. 2015; Corney et al. 2014; Rocha et al. 2016; Loaring et al. 2015).

4.3 Seksuelle problemer

Deltakerne i artiklene forteller at de fikk seksuelle bivirkninger etter kirurgisk og medisinsk behandling og det var et stort problem som påvirket det seksuelle livet. (Cornelissen et al. 2018; Reese et al. 2017; Trusson et al. 2016; Rocha et al. 2016; Cheng et al. 2015; Loaring et al. 2015; Wang et al. 2013; Corney et al. 2014; Sawin 2012; Lewis et al. 2015).

Kvinnene i artiklene forteller at behandleren deres hadde sagt at de ikke skulle ha sex eller bli gravid, fordi da kunne brystkreften gjenta seg. Dessverre så forteller kvinnene at de ikke fikk noe mer informasjon enn dette. Noen helsepersonell tok seg tid til å fortelle om de forskjellige menopausale symptomer som kunne påvirke det seksuelle livet fremover, rapporterte kvinnene, men flertallet av kvinnene forteller at fåtallet av helsepersonell prioriterte å fortelle om de seksuelle plagene som var relatert til behandlingen av brystkreft (Cheng et al. 2015; Wang et al. 2013; Sawin 2012; Reese et al. 2017).

“I heard that once afflicted with cancer, the couple should not have sex; otherwise, it will recur. We have not had sex for four years since my diagnosis” (Cheng et al. 2015, 794).

Usikkerhet, redsel og bekymringer overfor seksuell kontakt etter å ha blitt diagnostisert med brystkreft, samt gjennomgått behandling var sterkt beskrevet av kvinnene i artiklene.

Redselen for at partneren ikke skal synes at deres kvinne er attraktiv lengre, var en stor bekymring blant mange av deltakerne. Kvinnene fortalte at dette var en bekymring, fordi partneren alltid hadde sett en kvinne med to bryst, men nå måtte tilvenne seg til en annen kropp, noe kvinnene selv fortalte at de selv også måtte gjøre (Trusson et al. 2016; Wang et al, 2013; Sawin 2012).

It's changed me. It changes how I feel sexually because it's quite a big part and yes, that part changed. Because I don't, I don't feel attractive anymore. And that I find upsetting (Trusson et al. 2016, 126).

Mange kvinner opplevde seksuelle problemer som en trussel overfor partnerskap, på grunn av at de selv føler at sex er både vanlig og viktig i et partnerskap. Deltakerne i artiklene forteller at de hadde mindre seksuell lyst og smerte ved samleie, noe som førte til at de forsømte å ha sex. Flere rapporterte at de hadde store bekymringer for at partneren skulle forlate de, på grunn av de nye tilvenningene partneren måtte forholde seg til. Flere kvinner nevner at det var viktig å kommunisere om dette temaet, siden det fort kunne oppstå misforståelser. Kvinner rapporterer også at de kunne ønske mere støtte og veiledning fra helsepersonell vedrørende de seksuelle problemene, sammen med partner (Cornelissen et al. 2018; Trusson et al. 2016; Cheng et al. 2015; Wang et al. 2013; Corney et al. 2014; Sawin 2012; Lewis et al. 2015; Rocha et al. 2016; Loaring et al. 2015; Reese et al. 2017).

4.4 Kommunikasjon

Flere deltakere artiklene, forteller viktigheten at det er god kommunikasjon før og i ettertiden av sykdommen. Kvinnene kom med opplysninger som at kommunikasjon var veldig viktig for dem, siden sykdommen hadde gitt en stor innvirkning på identiteten, det psykiske, kroppsbilde og den seksuelle aktiviteten. Mange av kvinnene forteller at de hadde mange ubesvarte spørsmål og var usikre på hva de kunne spørre helsepersonell om. Deltakerne rapporterte at behandleren ofte bare satte søkelys på å kurrere diagnosen, og ikke de psykiske plagene. Deltakerne opplyser at de fikk god informasjon om brystkreftbehandlingen, men mangel på informasjon og støtte om følelser de hadde overfor seg selv. Samtidig opplyser kvinnene om at de var uvitende om hva de faktisk kunne snakke med partneren om, og flere var bekymret for at partneren ikke ville snakke om brystkreftdiagnosen. I noen av funnene i litteraturstudiene (Sawin 2012; Loaring et al.

2015), kommer det frem at noen kvinner ikke hadde en støttene partner, som ikke ville snakke om problemene kvinnene hadde (Cheng et al. 2015; Wang et al. 2013; Corney et al. 2014; Sawin 2012; Lewis et al. 2015; Loaring et al. 2015; Reese et al. 2017).

4.4.1 Med familie

Flere kvinner i artiklene forteller at kommunikasjon med familie er viktig ved sykdom. Videre forteller deltakerne at familie er dem som er de nærmeste og det er dem man trenger støtte av, når man blir diagnostisert med en slik sykdom. I to av artiklene (Cheng et al. 2015; Lewis et al. 2015) der hovedfunnene var kommunikasjon med familie, var pasientene fornøyde med hvordan familien støttet de. Familien var forberedt på sykdommen, akkurat fordi kvinnene hadde snakket om det åpent til familien. Kvinnene følte at de fikk den støtten de trengte, med tanke på å bli diagnostisert med brystkreft. Samtidig som de forteller at både mann og barn hjalp de gjennom dagliglivet og de daglige gjøremålene (Cheng et al. 2015; Lewis et al. 2015).

You really need to have somebody you can talk to that understands you, that's not going to criticise you for anything that you, that will listen to you, not tell everybody, like a confidante, it has to be a friend or a family member (Lewis et al. 2015, 246)

I to andre artikler (Sawin 2012; Loaring et al. 2015) forteller kvinnene at kommunikasjon mellom partnere kunne bli vanskelig. Flere av kvinnene refererer til at de ikke snakket om det, fordi de selv følte ubehag å snakke om diagnosen, samtidig trodde de at partneren ikke ville snakke om det. Kvinnene ville også ikke skylder på partneren, fordi partneren selv hadde gjennomgått en alvorlig diagnose i form av hjerte og karsykdom eller en kognitiv svekkelse (Sawin 2012; Loaring et al. 2015).

I just can't seem to get through to him how I feel because he doesn't want to talk about it. 'Oh, you're going to be okay, don't worry about it, and all that stuff. Sometimes you just need more than that (Sawin 2012, 64).

Kvinnene forteller at det kunne være utfordrende å bygge opp kommunikasjon med familien igjen etter diagnosen, samtidig forteller kvinnene at de gjorde så godt de kunne.

Kvinnene forteller at det var viktig å bli akseptert og det å få kunne snakke om sine egne problemer. Deltakerne forteller også at det ikke er deres feil at de fikk diagnosen brystkreft, det kan jo skje hvem som helst (Cheng et al. 2015; Lewis et al. 2015; Sawin 2012; Loaring et al. 2015).

Deltakere i artiklene forteller også at de hadde nytte av støttegrupper, på grunn av de reelle erfaringene de andre kreftrammede satt med og hadde opplevd. Samtidig opplyser noen kvinner at de ikke hadde noe nytte i støttegrupper, og brukte bare familien og venner. Begrunnelsen fra de kvinnene som ikke hadde nytte, var at det var for langt å reise eller at familien var utrolig støttende (Cheng et al. 2015; Lewis et al. 2015; Sawin 2012; Loaring et al. 2015).

4.4.2 Med helsepersonell

I flere av artiklene (Wang et al. 2013; Corney et al. 2014; Lewis et al. 2015; Reese et al. 2017) forteller kvinnene at de ikke fikk den profesjonelle hjelpen de trengte, relatert til det å snakke om følelsene sine. De følte de fikk bra oppfølging og informasjon om det medisinske og den kirurgiske delen av brystkreft, men ikke det som kommer til å skje etter behandlingen, samt bivirkninger. Flere kvinner ønsket at informasjon om psykiske plager, endret syn på kroppsbilde og seksuelle problemer ble mere fokusert på, samtidig som de forteller at helsepersonell ikke viste form for interesse i å hjelpe til med de problemene (Wang et al. 2013; Corney et al. 2014; Lewis et al. 2015; Reese et al. 2017).

I think that the medical advances have been amazing, but the emotional stuff is still not there, and it almost seems as if that's been forgotten and it's like 'OK, well we need to make sure that we treat these women and cure them... but we won't deal with any of the emotional aspects of it (Corney et al. 2014, 20).

Kvinner forteller at de ikke ville eller hadde lyst å spørre behandleren om spørsmål som var relatert til psykiske plager, kroppsbilde og seksuelle problemer, for de var redde for å bli avvist og redde for å ikke bli tatt på alvor. Deltakerne forteller så at de heller søkte opp på internett eller snakket med andre kreftrammede som hadde de samme plagene, noe de forteller var til stor hjelp (Wang et al. 2013; Lewis et al. 2015).

I go online and I read about women who have been taking the drugs and when they talk about side-effects, it actually does make me feel a bit better. You think, god, I'm not the only one (Lewis et al. 2015, 245).

I to av artiklene (Lewis et al. 2015; Reese et al. 2017) nevner noen deltakere at de hadde en positiv erfaring med kommunikasjon med behandleren, de følte seg sett og hørt, samtidig følte de at de fikk den hjelpen de trengte og svar på de spørsmålene de stilte. Deltakerne som hadde den positive erfaringen fortalte også at dialogen ble mye bedre, og de ble tryggere på seg selv. Samtidig så forteller de at behandleren hadde sagt at de var her for å hjelpe, noe som skapte både tillit og rom for å ha åpne spørsmål (Lewis et al. 2015; Reese et al. 2017).

I remember her just saying, like, 'this is what I am here for. This is my job... and if you are having an issue that was caused by something... like chemo, I want to be a part of helping you resolve that issue (Reese et al. 2017, 3202).

Flere kvinner i artiklene (Wang et al. 2013; Corney et al. 2014; Lewis et al. 2015; Reese et al. 2017) rapporterer at de savner støtte og informasjon vedrørende bivirkninger av behandling. Samtidig forteller de at de oppfattet at helsepersonell har en form for vanskelighetsgrad i å kommunisere om bivirkninger, det psykiske, kroppsbilde og de seksuelle plagene. Flere kvinner følte at de temaene de hadde lyst å snakke om, var tabulagt og dette hadde en stor innvirkning på hvordan livskvaliteten deres var, og ville bli (Wang et al. 2013; Corney et al. 2014; Lewis et al. 2015; Reese et al. 2017).

5.0 Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

Ifølge retningslinjene til Høgskolen i Molde skal metodediskusjon kritisk vurderes og diskutere litteraturstudiens metodiske fremgangsmåte. Man skal diskutere styrker og svakheter ved søkestrategi, kvalitetsvurdering og analyseprosessen (Eines 2018).

5.1.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Siden hensikten min var å belyse hvordan erfarer kvinner sin identitet ved diagnosen brystkreft, var det pasientperspektiv jeg ble anbefalt. Begrunnelsen for at jeg ønsket dette perspektivet, er fordi man kommer nærmere kvinnenens erfaringer og opplevelser. Ett av mine inklusjonskriterier var pasientperspektiv. Alle artikler jeg har funnet oppfylte dette kravet. To av artiklene hadde også pårørendeperspektiv og sykepleieperspektiv, i samme artikkel som pasientperspektiv. Jeg plukket ut funnene som hadde pasientperspektivet, og utelukket funnene som var fra pårørende og sykepleieperspektiv. Jeg ser på dette som en styrke for min oppgave, fordi da får jeg både se pårørende- og sykepleieperspektivet, selv om jeg fokuserer på pasientperspektiv.

Alle artiklene mine er på engelsk, noe som delvis oppfyller mitt inklusjonskriterium. Dette fordi jeg hadde et inklusjonskriterium som besto av at alle artiklene skulle enten være på norsk eller engelsk. Jeg ser at dette kan være en styrke og en svakhet. Jeg måtte ofte bruke ordbok oversetter for å forstå deler av artiklene, da det var mange fremmedord i innholdet. Dette kan føre til misforståelser av setningene, siden oversettelsesprogrammer ikke alltid oversetter riktig. Styrken var at alle artiklene var på engelsk og ikke annet fremmedspråk, slik at jeg forsto innholdet i artiklene jeg fant, samtidig som at det kan være en svakhet da det også finnes bra innhold i artikler som har et annet fremmedspråk.

Et annet inklusjonskriterium jeg hadde var at alle artiklene skulle være fra 2009 – 2019. Alle artiklene mine var innenfor disse årstallene og ser på dette som en styrke for min oppgave, fordi det sikrer relevans og minimerer risikoen for at data, informasjon og resultat er utdatert. Artiklene jeg har brukt i min litteraturstudie ligger fra årstallet 2012 – 2018.

Alle artiklene jeg hadde funnet, skulle være fagfellevurdert og 9 var publisert med nivå 1 eller 2. Det var en artikkel som ikke hadde publiseringsnivå 1 eller 2 og dette kan være en svakhet.

Som dere kan se i punkt 3.2, er et av inklusjonskriteriet mitt at alle artiklene skal være kvalitative. Ved kvalitativ design, vil man få et større utvalg av artikler som har pasientperspektiv og får da egne opplevelser og erfaringer fra pasientene (Nordtvedt et al. 2014). Det er en styrke for min litteraturstudie at alle mine 10 artikler er kvalitative forskningsartikler. Siden hensikten min omhandler kvinners erfaring og det får man ved å finne studier med bare kvalitativ design.

Jeg valgte ikke å ha alder som et inklusjonskriterium. Noe som kan gjøre oppgaven min svakere. Grunnen til at jeg ikke valgte dette, var fordi at søket ble vanskeligere hvis jeg skulle ha en ramme på alder. Ut ifra å gå gjennom artiklene, varierte alderen fra 18 – 84, men flertallet var over 50 år. Og dette ser jeg på som en styrke, da brystkreft rammer først og fremst de som er over 50 år (Sørensen et al. 2016, 437). Artikler som omhandlet menn ble ekskludert, ser dette på en styrke da fåtallet av menn får brystkreft diagnosen og det er færre studier om brystkreft som rammer menn.

Alle artiklene mine er fra vestlige land, eller land som er overførbare til norsk kultur. Teoretisk sett er dette en fordel, da resultatene fra min litteraturstudie er relevant å benytte i Norge. Svakheten er at disse landene har andre typer helsevesen enn Norge. Det norske helsevesenet tilbyr gratis helsetjenester, eller egenandel frem til frikort er innløst, samt trygdeordninger og sykelønn. I noen av de forskningsartiklene jeg har funnet, viser det frem til at noen land må ha privatforsikringer, noe som Norge ikke har. Derfor er det ikke sikkert at resultatene mine i litteraturstudien kan anvendes i Norge (Folketrygdloven, § 5-1; Kåresen og Wist 2012, 443-452; Fosså et al. 2009, 228-237).

5.1.2 PICO skjema

Mitt PICO-skjema som ble til et PO-skjema, hadde sterke og svake sider. Den sterke siden ved PO-skjemaet mitt, var at jeg hadde laget dette før jeg startet å søke etter artikler, dette for å få et strukturert søk og finne de artikler som var aktuelle for meg og min hensikt. Jeg

bestilte bibliotekartime, for å få svar på om de søkeordene jeg hadde satt inn i mitt PO-skjema, var relevant for å svare på min hensikt. Bibliotekaren viste frem PO-skjema som hun hadde laget før møtet med meg, og hun hadde de samme søkeord som jeg hadde brukt. Dette styrker PO-skjemaet mitt. Den svake siden ved PO-skjemaet mitt var at jeg ikke brukte alle søkeordene i Outcome når jeg søkte, men med de ordene jeg brukte, fikk jeg de relevante treffene jeg var ute etter.

5.1.3 Søkestrategi

Jeg viste lenge hvilket tema jeg ville skrive om, men byttet litt på hensikten i løpet som jeg snakket med veileder. Tilslutt bestemte jeg meg i seminar II, at hensikten min skulle være hvordan erfarer kvinner sin identitet ved diagnosen brystkreft? Siden jeg fikk tilbakemelding at hensikten ofte blir stilt som et spørsmål og bør være så konkret som mulig.

Det var en styrke at jeg kunne å søke i databasen fra før, men svakheten var at jeg ikke kjente til de andre forskjellige databasene man kan søke i. Dette fortalte bibliotekaren meg, slik at jeg kunne søke innenfor de databasene også, noe som styrket min oppgave, siden jeg fant mange flere relevante artikler i de andre databasene (punkt 3.4 og 3.5) som jeg ikke kjente fra før.

Alle artiklene som ble inkludert i min litteraturstudie, ble funnet gjennom de databasene jeg brukte, dette er en styrke for min litteraturstudie, da søkestrategien blir mer strukturert.

5.1.4 Kvalitetsvurdering og etiske hensyn

Alle de 10 artiklene som jeg inkluderte i litteraturstudien ble kvalitetsvurdert ved hjelp av en sjekklister for kvalitativ forskning. Jeg mener dette er en styrke, da alle mine artikler er kvalitative forskningsartikler. Jeg undersøkte på Norsk Senter for Forskningsdata om artiklene var fagfellevurdert, 9 av artiklene var det (Helsebiblioteket 2016; NSD 2019). Jeg ville at alle artiklene jeg hadde funnet skulle være etisk godkjent av en etisk komite. Av de 10 artiklene jeg hadde funnet var 9 godkjent av en etisk komite, mens den siste hadde samtykke fra pasientene og hadde overholdt de etiske standardene og hadde ingen interessekonflikter. I alle artiklene kommer det frem at alle som deltok fikk informasjon

om hva studien besto av og pasientene ble anonymisert, samtidig som at de hadde en mulighet til å trekke seg om de valgte å ombestemme seg.

5.1.5 Analyse

Det som skal bli bearbeidet og tolket, er det forskerne selv som avgjør ved et kvalitativ design. Dalland (2012, 190) forteller at ved dataanalysen skal man granske materialet for å finne ut hva de har å fortelle, ved å beskrive, forstå og forklare. Jeg valgte å bruke Evans (2002) sine fire analysefaser, for å analysere de artiklene jeg fant. Ved å lese gjennom artiklene mine flere ganger, og nøye, fant jeg alle funnene (Punkt 3.8) som var viktigst og som jeg syntes var mest relevant for å besvare min hensikt. Jeg ser på dette som en styrke, da jeg valgte å lese gjennom artiklene flere ganger og da fant flere av samme funn i flere av artiklene.

5.2 Resultatdiskusjon

Hensikten min var å belyse kvinners erfaring av identiteten ved diagnosen brystkreft. Flere av kvinnene opplevde at identiteten ble endret når de ble diagnostisert med brystkreft. Videre forteller de at opplevelsen var skremmende og en stor psykisk påkjenning på identitet, kroppsbilde og synet på kvinnelig feminitet. Seksuelle problemer ble et stort problem, forårsaket av synet på sin egen kropp og på grunn av bivirkninger i følge av behandlingen vedrørende brystkreft. Samtidig som dårlig kommunikasjon med pårørende og fra helsepersonell, som ikke gjorde den horrible situasjonen bedre.

5.2.1 Psykiske reaksjoner endrer synet på identiteten

Hvordan en kvinne reagerer på å få brystkreftdiagnosen, varierer fra kvinne til kvinne. Det avhenger på kvinnens alder, livssituasjon og om kvinnen er forberedt på diagnosen eller ikke. Som regel kommer diagnosen som et sjokk, og menneskers bevissthet på kreft, har ofte en skremmende plass i tankene som oppleves som en kriselignende situasjon. Ved diagnosen kommer den umiddelbare oppmerksomheten om spørsmålet på liv eller død. I likhet med funnene i artiklene er det mange som forteller at den psykiske belastningen kommer i venteperioden, fra da de har blitt diagnostisert til de skal starte med behandling (Reitan og Schjølberg 2017, 82-103; Fosså et al. 2009, 97-112; Bøhn 2000, 58-59).

Når kreft rammer kroppen, rammer den også sjelen, fordi det er en stor belastning som kan gi betydelige utfordringer for den syke. I likhet med funnene jeg fant i artiklene, er de vanligste reaksjonene ved en kreftdiagnose uro, angst og depresjon (Reitan og Schjølberg 2017, 82-103; Kåresen og Wist 2012, 316-339; Fosså et al. 2009, 97-112; Bøhn 2000, 58-59). Reitan og Schjølberg (2017, 132-143) nevner at mange kvinner opplever brystene som en viktig del av identiteten. Det å miste brystet er en traumatisk opplevelse, og noen kan føle seg mindre verdt som kvinne.

Det å bli fortalt at de har en kreftsykdom, en livstruende sykdom, kan det utløses noe som blir kalt stressreaksjoner. Stressreaksjoner er det samme man kan oppleve etter ulykker eller katastrofer (Reitan og Schjølberg 2017, 82-103). Slike kriser går gjennom flere faser. Sjokkfasen er den første fasen som er beskrevet av Fosså et al. (2009, 113-135). Dette er en fase der kvinnen er preget av forvirring, nummenhetsfølelse og konsentrasjonsvansker.

Fasen nummer to er benektingsfasen, her reagerer kvinnen med at det ikke er sant, prøvene må være feil osv. Til slutt vil kvinnen komme i en reaksjonsfase, der vil følelser som angst, usikkerhet og fortvilelse vil være dominere. I reaksjonsfasen kommer kvinner ofte med spørsmål relatert til hvorfor det rammer meg, hvor lenge skal jeg leve, tilbakefall, familie og jobb (Reitan og Schjølberg 2017, 82-103; Kåresen og Wist 2012, 319-339; Fosså et al. 2009, 113-135; Bøhn 2000, 58-59).

Kvinner opplever brystkreftdiagnosen forskjellig, men de fleste har felles bekymringer og erfaringer. Hvordan kvinnen håndterer brystkreftdiagnosen, har i sammenheng med hvordan de håndterer slike opplysninger. Tidligere erfaringer og innstillinger har en sentral rolle i hvordan de opplever brystkreftdiagnosen. Når en lege informerer om diagnosen, bør sykepleier være tilstede. Dette fordi sykepleier skal være med i hele behandlingsforløpet, og skal være en sentral støttespiller for kvinnen. (Reitan og Schjølberg 2017, 477-487; Kåresen og Wist 2012, 316-339). Flere av deltakerne i funnene i artiklene erfarte å gå gjennom disse fasene.

Flere av funnene i artiklene viser til at sykepleiere var en ressurs for informasjon til pasientene om sin diagnose og behandling. Det er da viktig at helsepersonell er tilgjengelige og tilbyr pasienten støtte og kontakt. Møte pasientens egne premisser og lytte til bekymringene til pasienten. Ofte vil pasienten glemme eller fortrenge ting som har blitt sagt, på grunn av stressreaksjoner, derfor er det viktig at helsepersonell er til stede for å svare på spørsmål, kort og konkret informasjon og formidle håp. For å minimere psykiske reaksjoner og opprettholde identiteten til kvinnene (Reitan og Schjølberg 2017, 477-487; Kåresen og Wist 2012, 316-339).

5.2.2 Endret kroppsbilde skaper problemer for kvinnelig feminitet

Brystkreftrammede vil oppleve kroppslige forandringer vedrørende sykdommen og behandlingen. Graden av hvordan en kvinne vil oppleve endringene, er avhengig av faktorer knyttet opp til personen selv, alder, sivilstatus, identitet og av tidligere reaksjonsmønstre vedrørende situasjoner og/eller tap. Det sies at brystkreftdiagnosen er en trussel for selvfølelsen og kroppsbilde til kvinnene, uansett hvilke faktorer kvinnen har, alder, sivilstatus, identitet og hvilke reaksjonsmønstre kvinnen tidligere har hatt (Reitan og Schjølberg 2017, 477-478).

Endret kvinnelighet, kroppsbilde og selvbilde oppstår først og fremst i fasen etter operasjon, det å miste et bryst. Det er en traumatisk opplevelse, der kvinnene kan føle seg mindre attraktive og/eller feminine. Samtidig som at kvinnene kan miste hår, øyenbrynene og vippene ved behandling, kan dette også føre til dårligere selvbilde. Relatert til funnene i artiklene, var mastektomi den største bekymringen på kroppsbilde og feminitet (Reitan og Schjølberg 2017, 477-487; Sørensen et al. 2016, 437-451).

Schjølberg (2017, 135-136) siterer i Male (2016, 66-74) at ved brystkreft vil det å fjerne et bryst ha størst betydning for endringen i synet på eget kroppsbilde. Inngrepet er dramatisk og det gir synlige fysiske forandringer på kvinnen. Bryst i Norges kultur er et viktig symbol på feminitet og seksualitet (Sørensen et al. 2016, 437-451). Flere kvinner i artiklene fremhever dette som et stort problem som er viktig å belyse.

Endret kroppsbilde berører holdningene, tankene, mellommenneskelige verdier, personlighet, mental helse, kultur og det sosiale (Reitan og Schjølberg 2017, 132-143).

Kroppsbilde blir endret etter fjerning av brystet, men det vil kanskje ikke endres positivt ved silikon protese eller ved rekonstruksjon. Erfaringer fra praksis, kommer kvinnene med utsagn som at brystene ikke blir slik som det var før. Silikonene faller ut, ikke fornøyd etter rekonstruksjon og kroppsbilde vil ikke endre seg positivt med det første. Det er fordi at deres ekte bryst er ikke der. En kvinne sa til meg etter hun hadde rekonstruert brystene; jeg har bryst, jeg kjenner de, men føler ikke at jeg har de, fordi de er ikke en del av meg, jeg føler meg flat innvendig og kroppen har ikke blitt vant til de enda. Dette forteller også kvinnene i forskningsartiklene.

Flere kvinner forteller at kroppsbilde og synet på feminiteten ble påvirket i stor grad. Kvinner som hadde de størst problem med dette, var single og barnløse, og hva de hadde som planer i fremtiden, dette henviser også Reitan og Schjølberg (2017, 477-487) til.

Bryst er et av kvinnenens forplantningssystem, ved kirurgisk inngrep som består av fjerning av bryst, vil amming og lymfedrenasje bli svekket. Amming er viktigste og letteste måten å gi barn føde på og sikrer kontakten mellom mor og barn, noe som er følelsesmessig. Dette kan bli svekket, når mor ikke kan amme. Lymfedrenasje er viktig for å få ut

avfallsstoffer, dette kan også bli svekket ved fjerning av brystet (Holck 2009; Nesheim 2009)

Den viktigste oppgaven til sykepleiere vedrørende kroppsbilde og feminitet ved brystkreft, er å gi den nødvendige informasjonen om tapet ved behandlingen. Sette fokus på at det er greit å ha et bryst og at sykepleiere må være med på å bygge opp synet på det endrede kroppsbilde kvinnene har, til et positivt syn (Sørensen et al. 2016, 437-451)

5.2.3 Seksuelle problemer er forårsaket av behandling

De fleste kvinner med brystkreft, vil få seksuelle plager. Dette er forårsaket av behandling vedrørende brystkreft, både den kirurgiske og medisinske behandlingen. Den kirurgiske, fjerning av bryst, fordi det går utover kroppsbilde, selvfølelsen og de psykiske reaksjonene kvinnen får. Den medisinske på grunn av bivirkninger som smerte, vaginal irritasjon/tørrhet og redusert seksuell lyst (Reitan og Schjølberg 2017, 477-487; Sørensen et al. 2016, 437-451; Fosså et al. 2009, 136-153).

Angst påvirket det seksuelle, fordi kvinnene ble redde for at de ikke skal være attraktive lengre overfor sin partner. En kvinne som alltid har hatt to bryst, som nå bare har et eller ingen. Kvinnen og partneren kan ha forskjellige forventinger og prestasjoner som kan føre til press. Dette presset kan føre til at kvinnen og partneren havner i en vond sirkel, der de minsker den seksuelle kontakten, for å redusere angsten. Dette fører til gjensidig følelse på avvisning (Fosså et al. 2009, 136-153). Flere kvinner i artiklene forteller at dette var et stort problem.

Seksualitet er et tema som ofte blir tabulagt, fordi det er en privatsak. Derfor kan det bli ekstra vanskelig for pårørende å snakke om slike problemer kvinnene har. Fosså et al. (2009, 136-153) skriver at menn ofte har problemer med å snakke om slike temaer, unngår ofte det eller bytter tema når kvinnen tar det opp. Dette vil føre til at kvinnen ikke får snakket om det vanskelige med partneren. Flere kvinner i artiklene, henviser til at partnerkommunikasjon var en viktig del i å mestre de seksuelle problemene. Partnerkommunikasjon har en sentral rolle i hvordan kvinnen kan seire de plagene som fører til seksuelle problemer, og for den videre utviklingen (Bøhn 2000, 193-200).

Yngre kvinner vil få de største problemene når det gjelder seksuelle problemer relatert til behandling av brystkreft. De vil få svekket funksjon i ovarier, prematur menopause og hormonelle forstyrrelser, samtidig at de er i større fare for å miste sin fertilitet (Reitan og Schjølberg 2017, 483; Fosså et al. 2009, 136-153). De yngre kvinnene og de enslige i artiklene, nevner dette. Utsagn som at de både har mistet synet på kroppsbilde, og i fare for å miste fertiliteten sin, hvem vil ha en kvinne som bare har et bryst og kanskje ikke kan få barn (Reitan og Schjølberg 2017, 483). Noe flere av kvinnene i artiklene forteller.

Seksualiteten er et grunnleggende behov for folk flest. Når et menneske blir rammet av kreft, vil det virke inn på den seksuelle tilværelsen. Mange følelser vil komme. Kvinner blir ofte utrygg, forvirret og angstpreget på den nye tilværelsen og det er da behov for både trygghet og nærhet som trøst (Rolland og Jensen 2015, 3). Flere kvinner opplever at sykdommen får all oppmerksomhet og seksualiteten blir satt til side. Skader, depresjon og fatiuge kan skape utfordringer med å finne tilbake til tidligere sexliv, både på grunn av de psykiske og fysiske årsaker (Rolland og Jensen 2015, 3) noe som flere av deltakerne i artiklene forteller.

5.2.4 Kommunikasjon med pårørende og helsepersonell

De fleste kvinner erfarte at pårørende var støttende i kommunikasjon ved beskjed om brystkreft, de fikk støtten og hjelpen de trengte. Noen kvinner forteller at både mann og barn ble mere behjelpelige etter de ble diagnostisert med brystkreft. Noen kvinner sier at pårørende ikke var til støtte, dette hadde ulike grunner. En av grunnene var at partner ikke ville snakke om det, fordi det ble for ubekvemt å snakke om slike samtaleemner. Kvinner som ikke har partner eller pårørende som støtter eller hjelper de, følte at sykdommen ble enda mere belastet. Dette gjør at kvinnen kan bli mere usikker og har ingen å relatere seg til med sine problemer utenom helsepersonell. Det vises i litteratur at hvis de nærmeste ikke støtter ved en sykdom, vil ikke kvinnen bearbeide sykdommen like bra som en kvinne som blir støttet (Reitan og Schjølberg 2017, 120-131; Fosså et al. 2009, 165-174; Bøhn 2000, 97-103).

Mange erfarte dårlig kommunikasjon fra sykepleiere. Problemet var ikke det å få informasjon om diagnosen og behandlingen, men informasjon om bivirkninger og psykiske reaksjoner. Som nevnt i punkt 5.2.1, får kvinnene en stressreaksjon når de får

beskjeden om at de har fått brystkreft, de vil da bli mindre mottakelig for informasjon og vil fort glemme det som har blitt sagt. Derfor er det viktig at sykepleiere er klar over at kvinnen kanskje ikke har mottatt den viktigste informasjonen, eller at hun ikke har fått med seg alt. Det er normalt at kvinner som har fått en alvorlig diagnose som brystkreft, ikke mottar og forstår all informasjon første gang. Sykepleiere bør sikre at informasjon blir dosert ut på en kort og konkret måte, gjentatt og gitt skriftlig. Dette for å utelukke misforståelser og at kvinnen får all informasjon hun trenger og har behov for å vite (Reitan og Schjølberg 2017, 104-119; Kåresen og Wist 2012, 316-339; Fosså et al. 2009, 165-174).

Helsepersonell har informasjonsplikt. Forståelig informasjon om sykdommen, behandling og videre oppfølging er viktig for de fleste som får en brystkreftdiagnose. Det er da viktig at når informasjon skal gis, at både pasient og pårørende er med og de bli møtt på en følelsesmessig måte. Siden flere kvinner var misnøye med informasjon om bivirkninger og psykiske reaksjoner i artiklene, vil det være nødvendig at helsepersonell fokuserer mere på disse temaene (Reitan og Schjølberg 2017, 104-119). Bøhn (2000, 42-48) skriver at tidsnød kan begrense kommunikasjonen, derfor er det enklere å forholde seg til fysiske symptomer, fordi det er lettere å få unna. Å sette ord på vonde følelser, det psykiske, tar lengre tid.

Kommunikasjon om seksuelle problemer har en sentral rolle for at kvinnen skal mestre disse problemene. Hvis partner ikke er støttende med kommunikasjon overfor dette temaet, er det viktig at sykepleiere tilbyr seg dette. Sykepleiere skal være tilstede for pasienten, støtte, veilede og informere. Sykepleier bør gjøre partner oppmerksom på de forskjellige plagene behandlingen kan gi kvinnen, vedrørende seksualitet. Slik at det ikke blir store konsekvenser overfor intimitet mellom partnere (Reitan og Schjølberg 2017, 120-131). Flere kvinner i artiklene, opplyser at helsepersonell ikke snakket om de seksuelle plagene, noe som gjorde det vanskeligere å kommunisere om problemene.

Oppgavene til en sykepleier er å ta pasienten på alvor, kartlegge behov og bekymringene hun har. Sykepleier skal ikke ignorere hennes seksualitet, og sykepleier må ha en forståelse på hva seksualitet betyr for mennesker. Holdningene til sykepleier har mye å si, på hvor åpen samtalen om seksualitet vil være. Trygge rammer og tillit stiller en stor rolle i samtale om seksualitet, siden dette er en privatsak og ofte tabulagt. Sykepleier bør snakke med den

brystkreftrammede og partnere, og ved behov skal sykepleier formidle kontakt med sexolog (Reitan og Schjølberg 2017, 477-487).

Sykepleier skal være tilstede for å tilby både pasient og pårørende en ‘’ettersamtale’’. En ettersamtale består ofte av å kartlegge hva pasient og pårørende har fått med seg, bekymringer og det sosiale. Det er viktig at sykepleier doserer informasjonen på en skånsom måte, gradvis informasjon på en hensiktsfull måte, slik at pasient og pårørende får med seg all informasjon (Reitan og Schjølberg 2017, 104-119). Det er viktig at sykepleier ser den enkelte pasienten, skaper en relasjon til henne og gir emosjonell støtte. Hvis sykepleiere setter søkelys på pasientene sine behov og plager, vil brystkreftsykdommen bli noe lettere, fordi mye av sykdommen er bivirkninger, psykiske reaksjoner, og trussel for kroppsbilde og seksualitet, som også er relatert til artiklene (Kåresen og Wist 2012, 316-339; Bøhn 2000, 42-48).

Ansvarlig sykepleier for de brystkreftrammede bør informere pasienten at det finnes ulike kurs i Norge, og at det finnes interessegrupper og arrangementer for pasienter og pårørende over hele landet, slik at de får den støtten og samtalene de trenger. Disse kursene og arrangementene skal hjelpe de rammede med hvordan de skal tilrettelegge hverdagen og tilbud om støttesamtaler. Kreftforeningen og brystkreftforeningen er de som holder slike kurs, og de er flinke til å informere, veilede og støtte etter en slik diagnose (Sørensen et al. 2016, 437-351).

6.0 Konklusjon

Hensikten med litteraturstudien min var å belyse kvinners opplevelse av identitet ved diagnosen brystkreft. Hvert år blir mange kvinner diagnostisert med brystkreft, og bivirkninger både psykisk og fysisk vil forekomme en stor andel av disse kvinnene som blir rammet. Kvinner som blir diagnostisert med brystkreft, kan få store utfordringer ved opplevelse av sin identitet. Dårlig kommunikasjon fra helsepersonell styrket utfordringene, på grunn av at hovedfokuset deres ofte blir på det fysiske problemet kvinner har ved diagnosen brystkreft. Psykiske reaksjoner, seksuelle plager og kvinners syn på eget kroppsbilde ble mindre fokusert på, noe som påvirket identiteten. Hovedfokuset på kvinnene skal alltid være å forbedre livskvaliteten og gleden, og ikke minst opprettholde identiteten. Helsepersonell må inkludere pårørende, slik at de blir oppmerksom på plagene kvinnen vil oppleve overfor seg selv vedrørende brystkreftdiagnosen.

6.1 Konsekvenser for praksis

For at brystkreftrammede skal få best mulig hjelp, er det viktig at sykepleiere ser hele pasienten. Samtidig er det viktig at sykepleier har en forståelse på at alle mennesker er ulike, og trenger forskjellige behov. Sykepleiere må ta seg tid til å snakke, vise tillit, sette seg ned og skape trygge rammer. Dette er viktig for at pasientene skal føle seg sett, trygg og kan stille de spørsmålene om de problemene de har vedrørende behandling og senkomplikasjoner ved brystkreftdiagnosen.

Det er kanskje ikke mulig i praksis at sykepleiere har nok tid eller mulighet til å snakke om de indre og ytre problemene kvinnene har. Dette på grunn av tidsklemme i forhold til andre arbeidsoppgaver sykepleiere har. Dette gjør at brystkreftrammede kanskje ikke har mulighet til å få den psykiske støtten, veiledningen og de samtalene de har behov for. Det er i slike situasjoner sykepleier skal ta ansvar i å informere at det finnes gruppesamtaler, kurs og arrangement for de som har blitt rammet av brystkreft. Slik at brystkreftrammede får den veiledningen, støtten og samtalene de har behov for.

6.2 Forslag til videre forskning

Mitt forslag til videre forskning er å fokusere mer på å bedre informasjon og veiledning om behandling og bivirkninger til pasient og pårørende gjennom brystkreftdiagnosen. Samtidig at det også bør fokuseres mer på hvordan helsepersonell kan hjelpe brystkreftrammede å opprettholde identitet i samsvar med psykiske reaksjoner, kroppsbilde, seksualitet og livskvaliteten.

Referanseliste

Bøhn, Mona. 2000. *Rehabiliteringsomsorg for kreftpasienter: motivasjon og livsmot på veien videre*. Oslo: Kommuneforlaget AS.

Cheng, Huilin, Janet W. H. Sit and Karis K. F. Cheng. 2015. "Negative and positive life changes following treatment completion: Chinese breast cancer survivors' perspectives." *Support Care Cancer* 24, 791-798. Doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00520-015-2845-z>

Cornelissen J. M. Anouk, Stefania M. H. Tuinder, Esther M. Heuts, Rene R. W. J van der Hulst and Jenny Slatman. 2018. "What does a breast feel like? A qualitative study among healthy women." *BMC Women's Health* 18, 1-10. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12905-018-0577-1>

Corney Roslyn, Shuby Puthussery and Jane Swinglehurst. 2014. "The stressors and vulnerabilities of young single childless women with breast cancer: A qualitative study." *European Journal of Oncology Nursing* 18, 17-22. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2013.10.003>

Dalland, Olav. 2012. *Metode og oppgaveskriving*. 5 utg. red. Gyldendal Akademisk.

Eines, Trude. 2018. *Eksamen SAE00 Bacheloroppgave i sykepleie*. Molde: Høgskolen i Molde, Avdeling for helse- og sosialfag.

Folketrygdloven. *Lov om folketrygd av 28 februar 1997 nr. 19*.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1997-02-28-19>

Fosså D. Liv, Jon Håvard Loge og Alv A. Dahl. 2009. *Kreftoverlevende: Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Helse- og omsorgsdepartementet. 2018. "Leve med kreft – Nasjonal kreftstrategi (2018-2022)". *Regjeringen*. Lest 16.05.2019.

https://www.regjeringen.no/contentassets/266bf1eec38940888a589ec86d79da20/regjeringens_kreftstrategi_180418.pdf

- Helsebiblioteket. 2016. "Sjekklistor." Lest 11.03.2019.
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Holck, Per. 2009. "bryster". *Store Norske Leksikon*. Lest 16.05.2019.
<https://sml.snl.no/bryster>
- Jacobsen, Dag Ingvar. 2010. *Forståelse, beskrivelse og forklaring: innføring i metode for helse- og sosialfagene*. 2. utg. red. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Kreftforeningen. 2019. "Brystkreft". Lest 05.05.2019.
https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/brystkreft/?gclid=CjwKCAiA7vTiBRAqEiwA4NTO64VAkOiDKpJM2kR0Rk3cT0aQCSgT2b6dYH-aSfTLsEJd9i-x1b8WfxoC2N4QAvD_BwE
- Kreftforeningsblogg. 2016. "Modig og Sårbar". Lest 02.05.2019.
<https://www.kreftforenings-blogg.no/2016/01/modig-og-sarbar/>
- Kreftregisteret. 2018. "Brystkreft". Lest 12.02.2019.
<https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Fakta-om-kreft/Brystkreft-Alt2/>
- Kåresen, Rolf og Erik Wist. 2009. *Kreftsykdommer – en basisbok for helsepersonell*. 3 utg. Oslo: Gyldendal Akademisk AS. ISBN 9788205384859.
- Kåresen, Rolf og Erik Wist. 2012. *Kreftsykdommer – en basisbok for helsepersonell*. 4 utg. Oslo: Gyldendal Akademisk AS. ISBN 9788205425507.
- Lewis, Sophie, Jasmine Yee, Sharon Kilbreath and Karen Willis. 2015. "A qualitative study of women's expertises of healthcare, treatment and support for metastatic breast cancer." *The breast* 24, 242-247. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.breast.2015.02.025>
- Loaring M. Jessica, Michael Larkin, Rachel Shaw and Paul Flowers. 2015. "Renegotiating sexual intimacy in the context of altered embodiment: The experiences of women with breast cancer and their male partners following mastectomy and reconstruction." *Health Psychology* 4, 426-436. Doi: <http://dx.doi.org/10.1037/hea0000195>

Male DA, Fergus KD, Cullen K. "Sexual identity after breast cancer: sexuality, body image, and relationship repercussions." *Support Palliat Care* 2016; 10 (I): 66-67.

Nesheim, Britt-Ingjerd. 2009. "Amming". *Store Norske Leksikon*. Lest 16.05.2019.
<https://sml.snl.no/amming>

Norsk senter for forskningsdata (NSD). 2019. "Register over vitenskapelige publiseringskanaler". Lest 11.03.2019.
<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>

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

Prince B. "Assessing altered body image". *J Psychiatr Ment Health Nurs* 1995; 2 (3): 169 – 175.

Reese B. Jennifer, Mary Catherine Beach, Katherine Clegg Smith, Elissa T. Bantug, Kristen E. Casale, Laura S. Porter, Sharon L. Bober, James A. Tulsy, Mary B. Daly and Stephen J. Lepore. 2017. "Effective patient-provider communication about sexual concerns in breast cancer: a qualitative study." *Support Care Cancer* 25, 3199-3207. Doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00520-017-3729-1>

Reitan, Anne Marie og Tore Kr. Schjølberg. 2017. *Kreftsykepleie: Pasient – Utfordring – Handling*. Oslo: Cappelen Damm. ISBN 9788202493103.

Rocha J. D. F, Priscila Karolline Rodrigues Cruz, Maria Aparecida Vieria, Fernanda Marques da Costa and Cassio de Almeida Lima. 2016. "Mastectmoy: Scars in female sexuality." *Journal of Nursing* 63, 4255-4263. Doi: 10.5205/reuol.9284-81146-1-SM.1005sup201612

- Rolland, Øyvind og Vibeke Jensen. 2015. "Kreft og seksualitet hos kvinner". *Kreftforeningen*. Lest 28.05.19
<https://wpstatic.idium.no/kreftforeningen.no/2018/08/kreft-og-seksualitet-kvinner-a5-des15w.pdf>
- Sawin M. Erika. 2012. "The body gives way, things happen: Older women describe breast cancer with a non-supportive intimate partner." *European Journal of Oncology Nursing* 16, 64-70. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2011.03.006>
- Sørensen, Elin Myklebust, Marie Koch Lorvik, Nina Granuff Erntsen og Hallbjørg Almås. 2016. "Sykepleie ved brystkreft" i *Klinisk sykepleie 2*, red. Dag-Gunnar Stubberud, Randi Grønseth og Hallbjørg Almås, 437-452. 5 utg. Oslo: Gyldendal Akademisk. ISBN 9788205483408.
- Tetzchner, Stephen V. 2009. "Identitet". *Store Norske Leksikon*. Lest 16.05.2019.
https://snl.no/identitet?fbclid=IwAR0jv2yiAjd8_k7UGcUUu-bwQdXP0uxk50ZZWV-r4MQn23qn-5vaWjtEtsE
- Trusson, Diane, Alison Pilnick and Srila Roy. 2016. "A new normal?: Women's experiences of biographical disruption and liminality following treatment for early stage breast cancer." *Social Science & Medicine* 151, 121-129. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.01.011>
- Wang, Fengliang, Fei Chen, Xiqian Huo, Ruobing Xu, Liang Wu, Jianming Wang and Cheng Lu. 2013. "A Neglected Issue on Sexual Well-Being following Breast Cancer Diagnosis and Treatment among Chinese Women." *Journal of Scholarly* 8, 1-10. Doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0074473>
- Wist, Erik. 2010. "Brystkreft" i *Kreftsykepleie Pasient – Utfordring – Handling*, red. Tore Kr. Schjølberg og Anne Marie Reitan, 431-439. 3 utg. Oslo: Akribe AS. ISBN 9788279501442.

Vedlegg

Vedlegg 1 Inklusjon og eksklusjonskriterier

| Inklusjonskriterier | Eksklusjonskriterier |
|--------------------------------|----------------------|
| Pasientperspektiv | Menn |
| Kvinner | Sykepleieperspektiv |
| Kvalitative forskningsartikler | Pårørendeperspektiv |
| Artikler på norsk og engelsk | |
| Artikler fra 2009 – 2019 | |
| Fagfellevurdert | |
| Publiseringsnivå 1 eller 2 | |

Vedlegg 2 PICO skjema

| | P | I | C | O |
|---------|---|---|---|--|
| Engelsk | Breast cancer* Breast neoplasms Female Women | | | Identit* Self-esteem Body Experience Sexuality Mental* diagnosis* |
| Norsk | Brystkreft* Bryst neoplasmer Kvinne | | | Identitet* Selvfølelse Kropp Erfaring* Seksualitet Psykisk* Diagnostisert* |

Vedlegg 3 Hovedfunn i artiklene

| Tema/funn | Artikler |
|---------------------|-------------------------------|
| Psykiske reaksjoner | 1, 3, 4, 5, 6, 8, 9 |
| Kroppsbilde | 1, 2, 3, 5, 6, 8, 9 |
| Seksuell problemer | 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 |
| Kommunikasjon | 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10 |

Vedlegg 4 Oversiktstabell søkehistorikk

Søk 1

| Søk nr. 1 | | | | | | |
|--|------------|-----------------|--------------|-----------------|----------------|---------------------|
| Søkeord | Dato | Database | Antall treff | Leste abstracts | Leste artikler | Inkluderte artikler |
| 1 Breast cancer or breast neoplasms | 08.02.2019 | OVID MEDLINE | 306570 | 0 | 0 | 0 |
| 2 Diagnosis* or Early Diagnosis | 08.02.2019 | OVID MEDLINE | 3157021 | 0 | 0 | 0 |
| 3 Experienc* | 08.02.2019 | OVID MEDLINE | 874193 | 0 | 0 | 0 |
| 4 Breast cancer or breast neoplasms AND Diagnosis* or Early diagnosis AND Experienc* | 08.02.2019 | OVID MEDLINE | 4862 | 0 | 0 | 0 |

| | | | | | | |
|--|------------|-----------------|-------|----|----|------------------|
| 5 Sexuality | 08.02.2019 | OVID MEDLINE | 16412 | 0 | 0 | 0 |
| 6 Breast cancer or breast neoplasms AND Diagnosis* or Early diagnosis AND sexuality | 08.02.2019 | OVID MEDLINE | 57 | 0 | 0 | 0 |
| 7 limit 6 to “qualitative (maximizes sensitivity)” | 08.02.2019 | OVID MEDLINE | 54 | 0 | 0 | 0 |
| limit 7 to journal article | 08.02.2019 | OVID MEDLINE | 54 | 20 | 10 | Nr. 1, 5 og 7 |

1. A new normal?: Women's experiences of biographical disruption and liminality following treatment for early stage breast cancer

5. The stressors and vulnerabilities of young single childless women with breast cancer: a qualitative study

7. A Qualitative study of women's experiences of healthcare, treatment and support for metastatic breast cancer

Søk 2

| Søk 2 18.02.2019 Søkeord | Database | Antall treff | Leste abstracts | Leste artikler | Inkluderte artikler |
|--|----------|-----------------|--------------------|-------------------|------------------------|
| noft(breast cancer OR breast neoplasm) AND noft(experienc*) AND noft(sexuality) AND | ProQuest | 20 | 15 | 10 | Nr. 2, 3 og 4 |

| | | | | | |
|---------------------------------------|--|--|--|--|--|
| (pd(20090218-20190218) AND PEER(yes)) | | | | | |
|---------------------------------------|--|--|--|--|--|

| |
|---|
| <p>2. What does a breast feel like? A qualitative study among healthy women</p> <p>3. Negative and positive life changes following treatment completion: Chinese breast cancer survivors' perspectives</p> <p>4. A Neglected Issue on Sexual Well-Being following Breast Cancer Diagnosis and Treatment among Chinese Women</p> |
|---|

Søk 3

| Søk 3 Søkeord | Database | Antall treff | Leste abstracts | Leste artikler | Inkluderte artikler |
|--|----------|-----------------|--------------------|-------------------|------------------------|
| (breast cancer or breast neoplasm) AND experienc* AND sexuality limiters: published date 20090101-20181231, peer reviewed, Qualitative - high sensitivity | CINAHL | 60 | 30 | 15 | Nr. 6, 8, 9 og 10 |

| |
|--|
| <p>6. "The body gives way, things happen": Older women describe breast cancer with a non-supportive intimate partner</p> <p>8. Mastectomy: Scars in female sexuality</p> <p>9. Renegotiating sexual intimacy in the context of altered embodiment: The experiences of women with breast cancer and their male partners following mastectomy and reconstruction</p> <p>10. Effective patient-provider communication about sexual concerns in breast cancer: a qualitative study</p> |
|--|

Vedlegg 5 Oversiktstabell i forhold til innhold og kvalitet i vurderte og inkluderte artikler

Artikkel 1

| | |
|-------------------|--|
| Forfattere | Diane Trusson, Alison Pilnick og Srila Roy |
| År | 2016 |
| Land | Storbritannia |
| Tidsskrift | Social Science & Medicine |
| DOI | https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.01.011 |
| Nivå | Fagfellevurdert. |
| Tittel | A new normal?: Women's experiences of biographical disruption and liminality following treatment for early stage breast cancer. |
| Hensikt | Langsiktige konsekvenser av å overleve en livstruende sykdom og lever med legemliggjorte påminnelser om behandlinger som inkluderer kirurgi for å fjerne berørte celler (lumpektomi) eller hele brystet (mastektomi). |
| Metode | Intervju ansikt til ansikt der deltakeren valgte selv. De intervjuene som ble gjort hjemme til deltakerne varte lengre, muligens fordi da var de i et miljø hun følte seg komfortabel i. Intervjuene handlet om hvordan hun oppdaget brystkreften, deres historie og deres virkning om diagnosen med relasjoner og kroppslige endringer. |
| Deltakere/frafall | 25 kvinner i alderen mellom 42 og 80 (median = 51) som hadde blitt behandlet for tidlig stadium brystkreft i Storbritannia mellom 6 måneder og 29 år tidligere. 1 fullførte ikke behandlingen, derfor frafall på 1. |
| Hovedfunn | Fokuset for studien var å finne ut hvordan kvinner opplever å ha en stadig påminnelse på brystkreften de har hatt. Det å være redd for å få tilbakefall på kreftsykdommen, endret syn på kroppsbilde i forhold til feminitet, seksualitet og forhold. Og erfaringene fra flertallet av |

| | |
|-----------------------|--|
| | deltakerne, at diagnosen hadde kommet helt ut av det blå. Flere av deltakerne var sjokkert over å bli diagnostisert med brystkreft og den første tanken fra de var ‘‘hvorfor meg’’. Opplevelsen av at alt kommer til å forandre seg. Forfatteren (DT) har selv hatt brystkreftopplevelse, som førte til at hun følte en økt empati til deltakerne som fortalte sin historie. Konklusjonen for studiet var å sette lys på utfordringene og mulighetene kvinnene opplever etter den biografiske forstyrrelsen av diagnosen og behandlingen for tidlig brystkreft. I funnene tyder pågående avbrudd og evig liminalitet i etterbehandlingsperioden. ‘‘Ny normal’’ er en kontinuerlig prosess for gjenforhandling av identitet, dagligliv og fremtid som tiden går og livene utvikler seg. |
| Etiske vurderinger | Etter å ha blitt forklart hensikten med studiet, ble det inngått samtykke fra deltakerne, som hadde mulighet å velge et pseudonym. |
| Vurdering av kvalitet | God kvalitet. |
| Database | Ovid Medline |
| Søk | 08.02.2019 |

Artikkel 2

| | |
|------------|---|
| Forfattere | Anouk J. M. Cornelissen, Stefania M. H. Tuinder, Esther M. Heuts, Rene R. W. J van der Hulst og Jenny Slatman |
| År | 2018 |
| Land | Nederland |
| Tidsskrift | BMC Women’s Health |
| DOI | https://doi.org/10.1186/s12905-018-0577-1 |
| Nivå | Fagfelleurdert. |

| | |
|-----------------------|--|
| Tittel | What does a breast feel like? A qualitative study among healthy women |
| Hensikt | Hensikten med studie var å avgjøre hva betydningen og meningen er av brystfølelse blant friske kvinner. |
| Metode | Kvalitativ metode som ble utført på et akademisk sykehus. |
| Deltakere/fracfall | 10 kvinner ble intervjuet, der to kvinner hadde annen seksualitet. Kvinnene hadde ikke gjennomgått tidligere brystkirurgi. Gjennomsnittsalder på kvinnene var 33 år. |
| Hovedfunn | Kvinnene kom inn på syv ulike temaer som inngikk: det fraværende brystet, nåværende brystet, de velfungerende brystet, det seksuelle brystet, det feminine brystet, det fremmede brystet og det trygge brystet. Disse temaene kan danne et grunnlag for å evaluere livskvaliteten etter brystkonstruksjon og kan iverksettes i rådgivning for brystkirurgi utføres. |
| Etiske vurderinger | Denne studien ble gjennomført i henhold til de aksepterte prinsippene for etisk og profesjonell oppførsel. I samsvar med de etiske standarder som fastsatt i Helsinkierklæringen fra 1964 og senere endringer. Etisk godkjenning ble innhentet av medisinsk etisk komité i Maastricht University Medical Center. Skrevet informert samtykke ble oppnådd fra alle individuelle pasienter inkludert i studien. Alle deltakerne ble anonymisert |
| Vurdering av kvalitet | God kvalitet |
| Database | Proquest |
| Søk | 18.02.2019 |

Artikkel 3

| | |
|--------------------|---|
| Forfattere | Huilin Cheng, Janet W. H. Sit og Karis K. F. Cheng |
| År | 2015 |
| Land | Kina |
| Tidsskrift | Support Care Cancer |
| DOI | http://dx.doi.org/10.1007/s00520-015-2845-z |
| Nivå | Fagfelleurdert. |
| Tittel | Negative and positive life changes following treatment completion: Chinese breast cancer survivors' perspectives |
| Hensikt | Hensikten med studien hadde som formål å undersøke oppfatningen av negative og positive livsendringer etter behandlinggjennomføring ved brystkreft. |
| Metode | Artikkelen er både kvalitative og kvantitative. Deltakerne ble valgt av en lokal kreft-selvhjelpenorganisasjon og fortsatte med halvstrukturert dybdeintervju. Hvert intervju ble transkribert og analysert ved hjelp av rette innholdsanalyse. |
| Deltakere/fracfall | 29 kvinner deltok, alder 41-69 år. Der kvinnene hadde blitt diagnostisert med brystkreft for 6 måneder til 180 måneder siden. |
| Hovedfunn | Det var bestemt på forhånd to kategorier som ble identifisert for å representere deltakerens oppfatning av brystkreft overlevelsesopplevelsen. De to kategoriene var negative livsendringer og positive livsendringer. Kategorien negative livsendringer inkluderte frykt for gjentakelse, symptomopplevelse, dårlig kroppsbilde, endret seksualitet og intimitet, og økonomisk byrde. Kategorien positive livsendringer besto av nytt livsperspektiv, personlig vekst og forbedrede relasjoner med familie. Konklusjonen av funnene bidrar til fremvoksende bevis på dualiteten av brystkreft overlevelse. Denne forbedrede forståelsen av de spesifikke negative og positive endringene som oppleves av kinesiske |

| | |
|-----------------------|--|
| | brystkreftoverlevende, kan bistå helsepersonell med å løse overlevelsproblemer ved å utforme hensiktsmessige tiltak for å minimere negative konsekvenser og øke positiv vekst. |
| Etiske vurderinger | Etisk godkjent av the Survey and Behavioral Ethics Sommittee of the university. Forfatteren kontakten alle deltakere for å informere om va studien gikk ut på og for å få skriftlig samtykke. Alle intervjuene ble tatt på lydopptak med deltakernes samtykke. |
| Vurdering av kvalitet | God kvalitet |
| Database | ProQuest |
| Søk | 18.02.2019 |

Artikkel 4

| | |
|------------|---|
| Forfattere | Fengliang Wang, Fei Chen, Xiqian Huo, Ruobing Xu, Liang Wu, Jianming Wang og Cheng Lu |
| År | 2013 |
| Land | USA |
| Tidsskrift | Journal of Scholarly |
| DOI | https://doi.org/10.1371/journal.pone.0074473 |
| Nivå | Fagfelleurdert |
| Tittel | A Neglected Issue on Sexual Well-Being following Breast Cancer Diagnosis and Treatment among Chinese Women |
| Hensikt | Hensikten med studien var å evaluere endringer i seksuelt velvære etter brystkreft for å utvide kunnskapen om brystkreft og seksualitet. |
| Metode | Blanding av kvantitative og kvalitative design. De sentrale spørsmålene dekket pasientens kreftopplevelse og oppfatninger av seksuelle aktiviteter etter diagnostisering og behandling av brystkreft. |

| | |
|-----------------------|--|
| Deltakere/fracfall | 20 kvinner deltok i den blandet studien med kvalitative og kvantitative, der gjennomsnittsalderen av 43 år. Alle kvinnene ble kontaktet per tlf. Ble forklart formålet med studien, innhentet samtykke fra alle pasientene. Når samtykke ble gitt, ble pasientene invitert til sykehuset for å delta på intervju. Alle kvinnene var innbyggere i Nanjing City i Kina. Etter de intervjuene ble de utført en feltundersøkelse i Zhenjiang byen, der 200 tilfeldige kvinner med brystkreft ble valgt, fra alder 30 – 60 år. |
| Hovedfunn | I den kvalitative analysen var det syv hovedtemaer som ble belyst: 1. Reduksjon i seksuell frekvens, 2. Manglende seksuell interesse, 3. Menopausale symptomer, 4. Kroppsbilde endringer, 5. Effekter på ekteskapelig forhold, 6. Misoppfatninger om sex og 7. Behovet for profesjonell konsultasjon. De resultatene som kom fra den kvantitative studien støttet opp funnene fra den kvalitative analysen, hvor endringer i seksuelt velvære var vanlig etter kreftdiagnose og behandling. Dette var et forsømt problem blant kinesiske kvinner. Konklusjon: nærværende studie fremhever de betydelige endringene i seksuelt velvære etter brystkreft. I tillegg til mangel på kunnskap og misforståelser av seksuell aktivitet hos pasienter. Å adressere disse problemene vil bidra til å forbedre pasientens livskvalitet. Disse resultatene av studien, kan hjelpe helsepersonell til å gjenkjenne seksuelle problemer som kvinner med brystkreft står overfor, som vil fremme et sunt liv. |
| Etiske vurderinger | Etisk godkjent av Nanjing Medical University og skriftlig samtykke ble innhentet fra alle deltakerne. Alle deltakerne er identifisert i teksten med pseudonym. |
| Vurdering av kvalitet | God kvalitet. |
| Database | ProQuest |
| Søk | 18.02.2019 |

Artikkel 5

| | |
|--------------------|---|
| Forfattere | Roslyn Corney, Shuby Puthussery og Jane Swinglehurts |
| År | 2014 |
| Land | Storbritannia |
| Tidsskrift | European journal of oncology nursing |
| DOI | https://doi.org/10.1016/j.ejon.2013.10.003 |
| Nivå | Fagfelleurdert. |
| Tittel | The stressors and vulnerabilities of young single childless women with breast cancer: a qualitative study |
| Hensikt | Hensikten med studie var å undersøke stressorene og sårbarhetene hos unge enslige barnløse kvinner med første episode av brystkreft |
| Metode | Kvinnene ble intervjuet i hjemmene deres, ansikt til ansikt og alle intervjuene ble båndopptak digitalt med tillatelse fra deltakerne. Kvinnene ble spurt om deres erfaringer og perspektiv om sykdommens påvirkning om potensielle partnerskap i fremtiden og deres syn på å ha en familie. |
| Deltakere/fracfall | 10 enslige barnløse kvinner fra alderen 27 til 41. Der kvinnene hadde blitt diagnostisert med brystkreft for mellom 8 måneder – 5 år. Åtte deltakere var britisk født og to hadde vært bosatt i Storbritannia for en stund. |
| Hovedfunn | Denne studien dekket tre hovedtemaer, 1. Partnerskap bekymringer, 2. Fruktbarhets bekymringer og 3. Synspunkter om emosjonell og praktisk støtte mottatt. I det første hovedtemaet, partnerskap, inngikk bekymringene om å måtte gjennomgå behandling uten en partner for å støtte dem. Frykt for avvising av potensielle partnere og følelser om den dyrebare tiden som går tapt i diagnose og behandling. Andre hovedtema, fertilitetsproblemer, inngikk dilemmaer som å ha barn og følelser om mulighetene for å forfølge assistert reproduktive |

| | |
|-----------------------|---|
| | teknikker. Tredje hovedtema, følelsesmessig og praktisk støtte, innkikk den samlede støtten mottatt, samt oppfatninger om holdninger til helsepersonell mot fruktbarhetsproblemer. Konklusjon for funnene i studien er at det tyder på at enslige barnløse kvinner med brystkreft står overfor flere sårbarheter og kan dra nytte av skreddersydd støtte fra helsepersonell og tiltak som er spesielt rettet mot dem. |
| Etiske vurderinger | Studien ble godkjent av National Research Ethics Service og informert samtykke ble tatt før intervjuet. Deltakerne bruke pseudonymer. |
| Vurdering av kvalitet | God kvalitet |
| Database | Ovid Medline |
| Søk | 08.02.2019 |

Artikkel 6

| | |
|------------|--|
| Forfattere | Erika Metzler Swain |
| År | 2012 |
| Land | USA |
| Tidsskrift | European Journal of Oncology Nursing |
| DOI | https://doi.org/10.1016/j.ejon.2011.03.006 |
| Nivå | Fagfelleurdert. |
| Tittel | ‘‘The body gives way, things happen’’: Older women describe breast cancer with a non-supportive intimate partner |
| Hensikt | Hensikten med studie var å beskrive de aldringsrelaterte opplevelsene til eldre kvinner som ble diagnostisert med brystkreft, mens de var i et ikke støttende og vanskelig intimt forhold. |

| | |
|--------------------|---|
| Metode | Semi-strukturerte kvalitative intervjuer ble gjennomført i alderen 55-84 år, i Midt-Atlanten USA. Deltakerne ble rekruttert over 6 måneder og hovedforsker annonserte i aviser og kontaktet brystkreftstøttegruppens leder og kreftsenter. |
| Deltakere/fracfall | 16 kvinner i alderen 55-84 år. Tiden mellom intervju og diagnose varierte fra 1 til 31 år. Intervjuene ble gjennomført mellom person til person eller via telefon. |
| Hovedfunn | <p>Disse 16 kvinnene beskrev hvordan de behandlet brystkreft og aldring med en ikke støttende intim partner. Noen av problemene de beskriver er lik andre studier. Som mange andre kvinner med brystkreft, opplevde disse deltakerne endringer i deres intime forhold. Deltakerne var ikke bekymret over mastektomi, og at eldre kvinner håndterer effektivt kroppsbilde etter mastektomi. Det som var unikt med disse kvinnene, var at de klarte å navigere brystkreft uten støtte fra deres intime partner. Stillheten til både deltakerne og deres partnere synes å være relatert til kulturelle forventninger til hvordan folk forteller sine sykdomshistorier. Mange av gjentakningene på setningene ‘jeg har det bra’, som et eksempel. Dette uttrykket er et eksempel på en kulturelt akseptabel fortolkningsstil, som uttrykker det kulturelle behovet for både fortelleren og lytteren for sykdomsliderens tilbake til en sunn, normal sykdom-fri baseline. Tydelighet kan også være en naturlig konsekvens av pars vanskeligheter å kommunisere med hverandre om sykdom. Kvinner i denne studien varierte sterkt når de diskuterte seksualitet og aldring. Noen var lettet over den seksuelle aktiviteten og andre sørget for redusert nivåer av intimitet og seksuell aktivitet og klandret seg selv eller deres brystkreft. Eldre kvinnelige brystkreftpasienten støtter at de ikke utelukker fokusert på brystkreft, men at de også er opptatt av deres egne fremvokste alder og andre comorbide helsemessige forhold. Konklusjonen: spørsmål knyttet til aldring, som forandring i seksuelle forhold, comorbidities og partner-sykdom komplisert kvinners brystkreftopplevelse. Til tross for</p> |

| | |
|-----------------------|---|
| | forholdsvansker, klarte disse kvinnene å håndtere effektivt brystkreft på ulike måter. Studieresultater vil øke bevisstheten om de unike, komplekse behovene til eldre kvinner som møter brystkreft med ikke støttende intime partnere. |
| Etiske vurderinger | Denne forskningen ble finansiert av en national research service award, national institutes of health, national institute of aging og en rural health vare research center dissertation. Hvis kvinnene oppfylte de kriteriene forfatteren hadde satt, signerte de samtykkeformularen og fullførte et demografisk instrument. Identiteten til alle deltakerne var konfidensiell. |
| Vurdering av kvalitet | God kvalitet. |
| Database | CINAHL |
| Søk | 18.02.2019 |

Artikkel 7

| | |
|------------|---|
| Forfattere | Sophie Lewis, Jasmine Yee, Sharon Kilbreath og Karen Wills |
| År | 2015 |
| Land | Australia |
| Tidsskrift | The Breast |
| DOI | https://doi.org/10.1016/j.breast.2015.02.025 |
| Nivå | Fagfelleurdert |
| Tittel | A Qualitative study of women's experiences of healthcare, treatment and support for metastatic breast cancer |
| Hensikt | Hensikten med denne kvalitative undersøkelsen var å identifisere helsetjenester, informasjon og støttebehov hos kvinner som lever med metastatisk brystkreft. |

| | |
|-----------------------|--|
| Metode | Semi-strukturerte kvalitative intervjuer ble gjennomført. Kvinnene ble spurt om deres erfaringer med å leve med metastatiske brystkreft og deres informasjon og støttebehov |
| Deltakere/frafall | 18 kvinner ble med i studiet fra alderen 42 – 78 år. Der intervjuene ble utført ansikt til ansikt eller via telefon. Intervjuene ble lydinnspilt. |
| Hovedfunn | Kvinnene verdsatte forholdet til deres helsepersonell. Men de ønsket mere oppmerksomhet til bivirkninger av pågående behandling, noe som hadde en negativ innvirkning på helsen. Det var blandede funn om verdien av støttegrupper, med kvinner som foretrekker å søke alternative kilder til sosial støtte. Denne kvalitative forskningen har funnet bivirkninger som har en mer alvorlig innvirkning på kvinners fysiske helse og utseende enn deres kreftsymptomer. Derfor var det viktig for kvinnene at de ble møtt med spesifikk informasjon og støtte innenfor disse bivirkningene som de følte hadde en negativ innvirkning på helsen. |
| Etiske vurderinger | Etisk godkjenning ble gitt av en lokalsamfunnskommissjon for menneskelig forskningsetikk. |
| Vurdering av kvalitet | God kvalitet. |
| Database | Ovid Medline |
| Søk | 08.02.2019 |

Artikkel 8

| | |
|------------|--|
| Forfattere | Jucimere Fagundes Duraes Rocha, Priscila Karolline Rodrigues Cruz, Maria Aparecida Vieria, Fernanda Marques da Costa og Cassio de Almeida Lima |
| År | 2016 |
| Land | Brasil |

| | |
|-----------------------|---|
| Tidsskrift DOI | Journal of Nursing 10.5205/reuol.9284-81146-1-SM.1005sup201612 |
| Nivå | Fagfellevurdert |
| Tittel | Mastectomy: Scars in female sexuality |
| Hensikt | Beskrive refleksjonene av mastektomi på kvinners seksualitet som deltok i kvinners helseprogram. |
| Metode | En kvalitativ studie. |
| Deltakere/fracfall | Inkluderte 14 kvinner som har utført mastektomi fra alderen 47 – 71 år. |
| Hovedfunn | Det var tre hovedtemaer som dukket opp, 1. opplevelsen av brystkreft: gjenoppbygging av den kvinnelige identiteten etter mastektomi. 2. mastektomi og seksualitet i tider med dyrking av kroppen: implikasjonene i følelsen av kvinnelig kropp. 3. når mastektomi overtar kroppen: arrene på seksualitet. Konklusjon: Mastektomiopplevelsen er forskjellig fra kvinne til kvinne, men identitet, seksualitet og kropp involverer alle kvinnene. Kvinnene opplever fortvilelse, tristhet og tap i de å få bryst kreft, samtidig som de beskriver seg selv som krigere. |
| Etiske vurderinger | Studien betraktet det etiske og juridiske aspekter etablert i resolusjonen av National Health Council. Godkjenning ble innhentet for koordinering av kvinners helseprogram for byen Montes Claros kommune gjennom avtalen av institusjon for deltagelse i søk. Forskningsprosjektet ble godkjent av Etikkforskningsutvalget, Presentasjonsbevis for Etisk Vurdering (CAAE). Bevarelsen av fagets autonomi ble garantert av signering av den frie og informerte samtykkeperioden |
| Vurdering av kvalitet | God kvalitet. |

| | |
|----------|------------|
| Database | CINAHL |
| Søk | 18.02.2019 |

Artikkel 9

| | |
|-------------------|---|
| Forfattere | Jessica M. Loaring, Michael Larkin, Rachel Shaw og Paul Flowers |
| År | 2015 |
| Land | Storbritannia |
| Tidsskrift | Health Psychology |
| DOI | http://dx.doi.org/10.1037/hea0000195 |
| Nivå | Fagfellevurdert |
| Tittel | Renegotiating sexual intimacy in the context of altered embodiment: The experiences of women with breast cancer and their male partners following mastectomy and reconstruction |
| Hensikt | Studiens hensikt var å fokusere på pars erfaringer med brystkreftkirurgi, og deres innvirkning på kroppsbilde og seksuell intimitet |
| Metode | Det ble utført 8 semistrukturerte individuelle intervjuer. Intervjuene fant sted på et lydisolert rom på sykehuset og de ble brukt pseudonym på deltakerne. |
| Deltakere/frafall | 4 langsiktige heteroseksuelle par var med i studien. Deltakerne var mellom 37 og 55 år. |
| Hovedfunn | Hovedfunnene i artikkelen gikk ut på tre hovedtemaer som var knyttet til trussel, kropp og kommunikasjon. Herunder var det belyst 8 mindre temaer. Funnene illustrerer den positive aksepten som partnere kan uttrykke mot deres kone. De belyser måter hvor kjønnsbestemmende stiler og normative seksuelle skript kan forme parets forhandlinger om intimitet rundt "endret utførelse." Gjensidig kommunikasjonsstiler var viktig for paras håndtering. Forvaltningen |

| | |
|-----------------------|--|
| | av forventninger om brystrekonstruksjon kan også være nyttig. Konklusjoner: Innsiktene fra det dyadiske, flertallsperspektivet tyder på at psykologer må sette betydningen av støttende forhold og andre beskyttende faktorer i sammenheng med komplekse livshendelser og historier, for å forstå og støtte menneskers utviklingsrespons til nød. |
| Etiske vurderinger | Etisk godkjenning for denne studien ble gitt av et nasjonalt helsevesenets forskningsetikkutvalg. Studien ble anonymisert. |
| Vurdering av kvalitet | God Kvalitet. |
| Database | CINAHL |
| Søk | 18.02.2019 |

Artikkel 10

| | |
|------------|---|
| Forfattere | Jennifer Barsky Reese, Mary Catherine Beach, Katherine Clegg Smith, Elissa T. Bantug, Kristen E. Casale, Laura S. Porter, Sharon L. Bober, James A. Tulsky, Mary B. Daly og Stephen J. Lepore |
| År | 2017 |
| Land | Nederland |
| Tidsskrift | Support Care Cancer |
| DOI | http://dx.doi.org/10.1007/s00520-017-3729-1 |
| Nivå | Fagfellevurdert |
| Tittel | Effective patient-provider communication about sexual concerns in breast cancer: a qualitative study |
| Hensikt | Hensikten med studie var å undersøke pasientens og leverandørens erfaringer og preferanser knyttet til kommunikasjon om brystkreftrelaterte seksuelle bekymringer med det formål å informere intervensjonsutvikling |

| | |
|-----------------------|--|
| Metode | Pasientdata ble avledet fra fokusgrupper og intervjuer med kvinner som ble behandlet for brystkreft som rapporterte seksuelle bekymringer. |
| Deltakere/frafall | Totalt ble 20 transkripsjoner fra 11 leverandørintervjuer, 5 fokusgrupper med samarbeidende brystkreftoverlevende, og 4 intervjuer med ikke-tilknyttede brystkreftoverlevende kodet. |
| Hovedfunn | Resultatet inneholdt og avslørte individuelle og institusjonelle barrierer for effektiv kommunikasjon om seksuelle bekymringer og fremhevet sentrale kommunikasjonsledere. For eksempel positivt forhold mellom pasient og leverandør, pasientkommunikasjon som driver for leverandørkommunikasjon og omvendt. Pasientene uttrykte preferanser for åpen og samarbeidskommunikasjon, mens leverandører uttrykte preferanser for å fokusere på å identifisere bekymringer, tilby ressurser og henvisninger. En modell for effektiv kommunikasjon av seksuelle bekymringer ble utviklet for å informere kommunikasjonsintervensjoner. Konklusjon på studien viser frem til at funnene tyder på at for å forbedre kommunikasjon mellom pasientleverandøren og seksuelle bekymringer, er det nødvendig med kunnskap og ferdighetsbaserte tiltak som aktiverer pasienter. Samtidig som å tilby pasienter effektive diskusjoner om seksuelle bekymringer, samt institusjonelle endringer som kan stimulere slike diskusjoner. |
| Etiske vurderinger | Studien overholdt de etiske standardene og ingen interessekonflikter å rapportere. Informert samtykke ble innhentet fra alle individuelle deltakerne som ble inkludert i studien. |
| Vurdering av kvalitet | God kvalitet. |
| Database | CINAHL |
| Søk | 18.02.2019 |