



# En hel halv kropp

«Hvordan kan sykepleieren bidra til mestring av endret kroppsbilde hos brystkreftammede pasienter etter en mastektomi?»

Kandidatnummer: 654  
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave  
i Emne 14

Antall ord: 8869  
Dato: 23.04.2019



|  |   |
|--|---|
| ABSTRAKT   | Lovisenberg diakonale høgskole<br>Dato 23.04.2019 |
| Tittel:<br>«En hel halv kropp»   |   |
| <p><u>Problemstilling</u></p> <p>Hvordan kan sykepleieren bidra til mestring av endret kroppsilde hos brystkrefttrammede pasienter etter en mastektomi?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u></p> <p>Oppgaven inneholder teori om brystkreft med mastektomi som behandlingsmetode, kroppsilde som en seneffekt, krise -og mestringsteori, relevante lover og yrkesetiske retningslinjer, sykepleierens undervisende- og veiledende funksjon og didaktisk relasjonsmodell.</p> <p><u>Metode</u></p> <p>Denne litterære oppgaven er basert på allerede eksisterende kunnskapskilder, og har tatt for seg en gjennomgang av forskning og litteratur som er relevant for å belyse problemstillingen. Faglitteraturen er i hovedsak hentet fra pensum, mens forskningsartiklene er funnet ved hjelp av individuelle, strukturerte søk i datbasene CINAHL og PubMed.</p> <p><u>Drøfting</u></p> <p>I drøftingskapittelet er funn fra fag- og forskningslitteratur kombinert for å drøfte hvordan sykepleieren kan bidra til mestring av endret kroppsilde hos mastektomiopererte kvinner. Dette kapittelet drøfter hvordan kvinnen opplever et endret kroppsilde, og hvilken rolle sykepleieren har i møte med disse følelsene. Videre drøftes hvilken informasjon pasienten har krav på, og hvordan sykepleieren kan gi den. Avslutningsvis drøftes det hvordan pasienten kan mestre de negative følelsene knyttet til et endret kroppsilde, og hvordan sykepleieren ved hjelp av didaktisk relasjonsmodell kan legge til rette for å gjennomføre en faglig sterk og etisk god samtale med pasienten.</p> <p><u>Konklusjon</u></p> <p>Sykepleieren i seg selv har en viktig rolle i et større bilde av hjelp og omsorg for pasienten. På bakgrunn av forskningen kan det tolkes slik at sykepleierens egentlige oppgave i møte med den mastektomiopererte kvinnen, er å formidle informasjon om hva endret kroppsilde går ut på, slik at</p> |   |

pasienten kan identifisere det selv. Samtidig er ikke sykepleieren den som behandler, men har heller en aktiv rolle for å henvise pasienten til rehabilitering og samtale med instanser som har tilstrekkelig kapasitet og kunnskap for å hjelpe pasienten over lengre tid.

(Totalt antall ord: 296)

## Innholdsfortegnelse

|            |  |           |
|------------|--|-----------|
| <b>1</b>   | <b>Innledning</b> .....                              | <b>1</b>  |
| <b>1.1</b> | <b>Bakgrunn for valg av tema</b> .....               | <b>1</b>  |
| 1.1.1      | Oppgavens formål.....                                | 1         |
| <b>1.2</b> | <b>Problemstilling</b> .....                         | <b>2</b>  |
| 1.2.1      | Avgrensning og presisering av kontekst .....         | 2         |
| 1.2.2      | Disposisjon.....                                     | 3         |
| <b>2</b>   | <b>Teoretisk og empirisk kunnskapsgrunnlag</b> ..... | <b>4</b>  |
| <b>2.1</b> | <b>Brystkreft</b> .....                              | <b>4</b>  |
| <b>2.2</b> | <b>Mastektomi og tilleggsbehandling</b> .....        | <b>4</b>  |
| <b>2.3</b> | <b>Kroppsbilde</b> .....                             | <b>5</b>  |
| <b>2.4</b> | <b>Krise</b> .....                                   | <b>6</b>  |
| <b>2.5</b> | <b>Mestring</b> .....                                | <b>7</b>  |
| <b>2.6</b> | <b>Lov og etikk</b> .....                            | <b>8</b>  |
| <b>2.7</b> | <b>Yrkesetiske retningslinjer</b> .....              | <b>9</b>  |
| <b>2.8</b> | <b>Sykepleierfunksjon</b> .....                      | <b>9</b>  |
| 2.8.1      | Informerende ferdigheter .....                       | 10        |
| <b>3</b>   | <b>Metode</b> .....                                  | <b>11</b> |
| <b>3.1</b> | <b>Begrunnelse for valg</b> .....                    | <b>13</b> |
| 3.1.1      | Databaser.....                                       | 13        |
| 3.1.2      | Valg av søkeord.....                                 | 13        |
| 3.1.3      | Begrensninger.....                                   | 13        |
| 3.1.4      | Utvalg .....   | 14        |
| <b>3.2</b> | <b>Kildekritikk</b> .....                            | <b>14</b> |
| 3.2.1      | Kulturelle forskjeller.....                          | 15        |
| 3.2.2      | Litterær oppgave.....                                | 15        |
| 3.2.3      | Kvalitative studier.....                             | 16        |
| 3.2.4      | Etiske overveielser.....                             | 16        |
| <b>4</b>   | <b>Forskningsartikler</b> .....                      | <b>17</b> |
| <b>5</b>   | <b>Drøfting</b> .....                                | <b>21</b> |
| <b>5.1</b> | <b>Endret kroppsbilde</b> .....                      | <b>21</b> |
| 5.1.1      | Bruk av speil.....                                   | 22        |
| <b>5.2</b> | <b>Informasjon</b> .....                             | <b>24</b> |
| <b>5.3</b> | <b>Å mestre et endret kroppsbilde</b> .....          | <b>26</b> |
| <b>5.4</b> | <b>Didaktisk relasjonsmodell</b> .....               | <b>27</b> |
| <b>6</b>   | <b>Oppsummering</b> .....                            | <b>30</b> |
| <b>7</b>   | <b>Litteraturliste</b> .....                         | <b>31</b> |

# **1 Innledning**

Brystkreft utgjør totalt 23% av alle krefttilfeller hos kvinner i Norge, og omlag hver 10.- 11. kvinne vil rammes av denne kreftsykdommen i løpet av livet (Wist, 2016).

Fra 1958 til 2017 har forekomsten av brystkreft omtrent doblet seg, og i 2017 fikk 3589 kvinner i Norge denne diagnosen. Omkring 9 av 10 kvinner som er diagnostisert med brystkreft, lever fortsatt fem år etter de har fått diagnosen (Kreftregisteret, 2018).

Kirurgi, adjuvant behandling og strålebehandling er tre elementer som brukes i behandlingsforløpet til brystkreftrammede (Wist, 2016). Et stort antall av pasientene som får mulighet, velger brystbevarende operasjon hvis det er et alternativ. I noen tilfeller må hele brystet fjernes kirurgisk, denne metoden kalles mastektomi (Gjertsen, 2014). Av de brystopererte kvinnene, er det omlag 30% som behandles med denne kirurgiske metoden (Schlichting, 2016). Et inngrep i brystet av en slik art, vil permanent forandre form, utseende og følsomhet i brystet (Gjertsen, 2014). Tapet av brystet kan være traumatisk for kvinnen som opplever det, og aspekter i tilværelsen som selvoppfatning, identiteten som kvinne, sosiale roller og fysisk helse kan også bli truet (Gjertsen, 2014). Brystet representerer for flere kvinner feminitet, seksualitet, skjønnhet og morskap, og tapet som oppleves etter mastektomi, kan føre til en negativ endring av eget kroppsbilde (Koçan & Gürsoy, 2016). Sykepleiere som jobber innen kreftomsorgen, har et særlig ansvar for å hjelpe pasienten å forstå og akseptere sitt endrede kroppsbilde, og å lære pasienten å leve med sin nye situasjon (Schjølberg, 2013).

## **1.1 Bakgrunn for valg av tema**

Valg av tema i denne litterære oppgaven, er gjort på bakgrunn av to årsaker. Først og fremst har tre år på sykepleieskolen lært meg mye om viktigheten av sykepleierens ansvar for helhetlig omsorg for det enkelte individet. Dette med spesielt fokus på personsentrert omsorg og behandling. Den andre årsaken er at dagens samfunn er sterkt preget av skjønnhetsidealer og krav om utseende. Jeg ønsket derfor å utforske hvordan tap av et bryst kan påvirke kvinnens kroppsbilde, og hvordan sykepleieren kan bruke fagkunnskap og ferdigheter, for å hjelpe den enkelte pasient i krise, å mestre denne kroppslige forandringen.

### **1.1.1 Oppgavens formål**

På bakgrunn av sykepleierens forankring i de yrkesetiske retningslinjene, vil jeg trekke frem at sykepleieren har et ansvar for å utøve en praksis som understøttet mestring, håp og livsmot

hos pasienten (Norsk Sykepleierforbund [NSF], 2016). Sykepleieren har også et ansvar for å holde seg faglig oppdatert, og for å bruke denne kunnskapen aktivt i praksis (NSF, 2016). Med disse to yrkesetiske retningslinjene som fundament, vil jeg videre understreke at forskning viser at endret kroppsbilde kan ha stor negativ innvirkning på den mastektomiopererte pasienten (Koçan & Gürsoy, 2016). Dette gir sykepleieren et ansvar om å benytte denne kunnskapen i sin yrkesutøvelse. Fordi et endret kroppsbilde som en seneffekt vil påvirke pasientens helse, har sykepleieren også et ansvar for å hjelpe pasienten å mestre denne situasjonen basert på sykepleiefaglig kunnskap og kompetanse. Formålet med denne litterære oppgaven er på bakgrunn av dette å studere hvilke elementer i sykepleierens undervisende- og veiledende funksjon, som kan benyttes for å forberede pasienten på å mestre et endret kroppsbilde etter mastektomi.

## **1.2 Problemstilling**

*«Hvordan kan sykepleieren bidra til mestring av endret kroppsbilde hos brystkreframmede pasienter etter en mastektomi?»*

### **1.2.1 Avgrensning og presisering av kontekst**

Kvinner som er behandlet med brystbevarende kirurgi, rapporterer større tilfredshet med kroppsbilde sammenliknet med de som har fjernet brystet ved mastektomi (Katz, 2011). Fordi jeg har fokus på krise og mestring i forhold til kroppsbilde, er det naturlig å velge den operasjonsmetoden som har størst negativ innvirkning på pasienten. Derfor velger jeg å begrense oppgaven min til brystkreframmede kvinner, som er behandlet med mastektomi.

Av den utvalgte forskningen jeg har funnet relevant til denne litterære oppgaven, varierer alder på respondentene. Aldersspennet ligger blant annet mellom 18-60 år (Koçan & Gürsoy, 2016), og med en median på 30 år (Batista, das Merces, Santana, Pinheiro, Lua & Oliveira, 2017). Funn i annen forskning viser at brystkreframmede kvinner yngre enn 50 år, ofte har større problemer med å tilpasse seg diagnosene, og de følgende endringene i deres livskvalitet (Katz, 2011). For å begrense oppgavens målgruppe ytterligere, velger jeg på bakgrunn av informasjon om alder fra forskningen, å fokusere på kvinner i alderen 30-50 år. En presis aldersgruppe vil være hensiktsmessig å ha når jeg besvarer oppgaven, for å få et klarere bilde av hvilke pasienter vi har med å gjøre. Oppgaven besvares med utgangspunkt i at

sykepleieren møter pasienten på sengepost, i både pre- og postoperativ fase.

Kontekst oppsummeres med hensyn til avgrensningene, til mastektomiopererte kvinner i alderen 30-50 år, som møter sykepleier på sengepost, i både pre- og postoperativt tidsrom.

### **1.2.2 Disposisjon**

I neste kapittel presenterer jeg teori og faglitteratur, som er valgt ut på bakgrunn av og med utgangspunkt i min problemstilling. I teorikapittelet vil jeg redegjøre for hva brystkreft er, og hvordan denne kreftsykdommen behandles. Jeg vil også gjøre rede for krise og mestring, hva kroppsbilde er og hva som kjennetegner sykepleierens informerende- og veiledende funksjon. Denne teorien danner grunnlaget for det jeg skal drøfte i kapittel 4, hvor jeg vil ha fokus på utfordringer og refleksjoner rundt sykepleierens møte med denne pasientgruppen, før jeg til slutt vil komme med en oppsummerende avslutning.

## **2 Teoretisk og empirisk kunnskapsgrunnlag**

I dette kapitlet vil jeg presentere de ulike elementene i min problemstilling, som trengs for å danne et helhetlig bilde av hva pasienten går igjennom, og hvilken rolle sykepleieren har i denne sammenhengen.

### **2.1 Brystkreft**

Brystkreft er en krefttype som forekommer i melkegangene eller i melkekjertlene i brystet (Schlichting, 2016). Fordi cellene i vokser ukontrollert, dannes en svulst som vi betegner som kreft (Bertelsen, Hornslien & Thoresen, 2016).

Faktorer som skaper høyere risiko for å utvikle denne krefttypen, er blant annet den tiden kvinnen eksponeres for østrogenhormonet. Tidlig menstruasjon gir derfor økt risiko.

Samtidig viser også forskning til at faktorer som overvekt etter kvinnens overgangsalder, medisinsk bruk av østrogen mot overgangsplager og inntak av alkohol, også er med på å øke risikoen (Wist, 2016). Også arv, kroppshøyde som er over gjennomsnittet og høy fødselsvekt, er også forhold som er av betydning for økt risiko (Schlichting, 2016). Helsedirektoratet har utformet et standardisert pakkeforløp til alle brystkreftrammede kvinner. Pakkeforløpet har til formål at pasientene skal få opplevelsen av et behandlingsforløp som er godt organisert, helhetlig og forutsigbart (Helsedirektoratet, 2019). Når det er mistanke om brystkreft, vil pasienten utredes med trippeldiagnostikk. Dette innebærer klinisk undersøkelse, mammografi og/eller ultralyd undersøkelse, og nålebiopsi av kvinnens bryst (Helsedirektoratet, 2016).

Etter utredning skal det besluttes hvilken behandlingsmetode som skal benyttes. Det skilles henholdsvis mellom mastektomi, hvor hele brystet fjernes, og brystbevarende kirurgi (Helsedirektoratet, 2019). Pasienten har selv rett til å medvirke i valg av behandlingsmetode (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). Valg av kirurgisk behandling gjøres derfor på bakgrunn av samtale med pasienten, den preoperative utredningen og med hensyn til om pasienten har flere sykdommer (Helsedirektoratet, 2019).

### **2.2 Mastektomi og tilleggsbehandling**

Før år 1990 var det vanlig at alle brystkreftopererte fikk fjernet et bryst, gjennom mastektomi. Etter 1990 ble det mulig å utføre brystbevarende operasjoner, og i dag utgjør denne metoden omlag 70% av kirurgisk behandling hos brystkreftrammede. Allikevel er det cirka 30% av pasientene som fortsatt må gjennomgå mastektomi i dag (Schlichting, 2016). Dette betyr at 3 av 10 kvinner som opereres for brystkreft, får fjernet et bryst. Å fjerne hele brystet kan både



spare pasienten for å gjennomgå strålebehandling, og kan også redusere den rammede kvinnens angst for at kreften skal komme tilbake. Det er derfor en ønsket behandlingsmetode for flere brystkreftrammede kvinner (Schlichting, 2016). I tillegg blir ca 90% av alle pasientene som opereres for brystkreft, anbefalt å fortsette med adjuvant behandling etter kirurgi. Dette innebærer tilleggsbehandling som strålebehandling, cytostatika og endokrin behandling (Helsedirektoratet, 2019). Etter de brystkreftopererte er ferdig med kirurgisk behandling på sykehus, følges de opp med kontrolltime for mammografi et halvt år senere. Under denne kontrolltiden blir de tilsett av en brystkirurg for klinisk undersøkelse (Schlichting, 2016). Fordi det foreligger en fare for at kreften kan vende tilbake, anbefaler sykehusene jevnlig kontroll. Mammografi og klinisk undersøkelse bør derfor gjennomføres én gang i året, i ti år etter operasjon (Schlichting, 2016).

### **2.3 Kroppsbilde**

Sykdom og behandling kan ramme pasienten på ulike måter. Ved ulike kreftsykdommer er det vanlig at pasienten opplever kroppslige forandringer og forandringer i funksjon. Som en følge av disse endringene, forekommer det ofte at pasientens kroppsbilde også blir forstyrret. Et endret kroppsbilde kan defineres som personens opplevelse av utilfredshet, som igjen skaper en negativ påvirkning på personens selvfølelse, og som også kan forstyrre helbredelsesprosessen og påvirke pasientens livskvalitet (Schjølberg, 2013). Det endrete kroppsbildet kan skyldes både indre- og ytre miljø. Det indre miljøet omfatter eksempelvis tumorer og arvelige forstyrrelser, mens det ytre miljøet til eksempel omfatter strålebehandling, medisinsk behandling eller kirurgiske inngrep. Å miste håret, økning eller nedgang i vekt, hudforandringer, hevelser og arrdannelse, er også fysiske forandringer i kroppen som den mastektomiopererte kvinnen kan oppleve å rammes av (Schjølberg, 2013).

Det er hvordan en person oppfatter sin egen kropp, både kroppsfunksjoner og utseende, som defineres som kroppsbilde. Igjen kan kroppsbildet deles opp i de tre komponentene kroppsrealitet, kroppsideal og kroppspresentasjon. Kroppsrealiteten handler om hvordan personen føler og oppfatter sin egen kropp, og kroppsidealet er personens indre standard for bedømmelse. Kroppspresentasjon omhandler hvordan sminke, klær og kroppsspråk hjelper å fremvise kroppen. Gjennom et helt liv, ligger det mennesket naturlig til å etterstrebe en balanse mellom disse komponentene (Schjølberg, 2013). Opplevelsen av et endret kroppsbilde vil negativt kunne påvirke flere aspekter i pasientens tilværelse. Som en

konsekvens kan det føre til et dårligere selvbilde og selvfølelse, og samtidig gi psykiske og seksuelle problemer (Schjølberg, 2013). Alle mennesker har ulikt utgangspunkt for hvordan de vil reagere på at kroppsbildet forandres. Blant annet er årsakene til det endrede kroppsbildet, personens mestringsstrategier og eventuelle synlige endringer i utseende og kroppsfunksjon, faktorer som kan påvirke. Hvordan pasienten forholder seg til et endret kroppsbilde, påvirkes også at hvem pasienten er som person og på hvilken måte pasientens tidligere reaksjonsmønster på vanskeligheter og tap har vært (Schjølberg, 2013).

## **2.4 Krise**

Kvinnen som opplever å rammes av en livstruende sykdom som brystkreft, kan oppleve å være i krise (Eide & Eide, 2018). En krise av en slik art som en kreftsykdom, kategoriseres som en traumatisk krise fordi opplevelsen truer individets integritet (Håkonsen, 2015). I følge den svenske psykiateren Johan Cullberg, kan kriseforløpet deles inn i fire faser. Aller først går pasienten igjennom sjokkfasen, etterfulgt av reaksjonsfasen, bearbeidingsfasen og nyorienteringsfasen (Håkonsen, 2015).

Sjokkfasen kjennetegnes ved at personen som rammes ikke evner å forstå seg på hva som er meningen eller hensikten med det som har skjedd. Den rammede bruker alle sine krefter på å skjønne hva som foregår, og evner ikke å bearbeide sin opplevelse. Alle personer opplever sjokkfasen individuelt. Noen kan oppleve fortvilelse og angst, mens andre kan utad virke uberørte. For å komme seg igjennom denne første fasen, er emosjonsorientert mestring et sentralt verktøy (Håkonsen, 2015). Når personen i krise har kommet seg over sjokkfasen, er reaksjonsfasen neste trinn i kriseforløpet. I denne fasen er det vanlig at den rammede personen reagerer på sin krise gjennom gråt, sorg og depresjon. I reaksjonsfasen kan personen også oppleve å ha nedsatt matlyst, vanskelig for å sove og fravær av initiativ (Håkonsen, 2015).

Personen i krise beveger seg etter reaksjonsfasen, over i bearbeidingsfasen. Klare kjennetegn for denne delen av kriseforløpet, er at personen forsøker å akseptere det som har skjedd, ved å tilføre egen tilværelse nytt innhold og ny mening. Denne delen av kriseforløpet er ofte langvarig, og kan strekke seg over flere år. Elementer i personens tilværelse som kan gjenskape trygghet og stabilitet, kan personen forsøke å finne tilbake til nå (Håkonsen, 2015). Nyorienteringsfasen er kriseforløpets siste fase, og innebærer at personen har akseptert

hendelsen som skapte krise. De sterke følelsene og reaksjonene er et tilbakelagt kapittel, men personen kan fortsatt være preget av sorg og fortvilelse (Håkonsen, 2015).

I kriseforløpet som pasienten går igjennom, er spesielt undertrykkelse, projeksjon og regresjon vanlige mekanismer pasienten vil bruke for å håndtere sine reaksjoner på (Eide & Eide, 2018, s. 68). Undertrykkelse innebærer at pasienten ikke forholder seg til sine følelser og tanker, ved bevisst å skyve de vekk. Dette gjøres som et forsøk på å vinne kontroll over seg selv og sine følelser (Eide & Eide, 2018). Pasienten som bruker projeksjon som mestringsstrategi, gjør dette ubevisst. Det pasienten ikke liker ved seg selv, eksempelvis følelser, motiver eller tanker, skyves ubevisst over på andre. Ved å projisere flyttes problemet fra en selv, og pasienten kan gi utløp for sin kritikk til andre, uten å se at det gjelder en selv (Eide & Eide, 2018). Regresjon som en mekanisme på opplevelse av krise, handler om at pasienten blir mer passiv og mer krevende enn til vanlig. Pasienten vil åpne seg mer for å ta i mot hjelp, og har lettere for å overgi seg selv som et ansvar til andre. Regresjonsmekanismen tar pasientens væremåte tilbake til et stadium hvor pasienten har vært tidligere i livet, som resulterer i at pasienten unngår å ta tilstrekkelig ansvar for egen situasjon, etter hva som er å forvente ut i fra modenhet og alder (Eide & Eide, 2018).

## **2.5 Mestring**

Det pasienten må gjøre for å komme seg ut av en krise, er det vi kaller for mestring (Reitan, 2010). Å mestre en krise, omhandler hvordan pasienten føler, tenker og handler i møte med de store omveltningene i livet og tilværelsen forøvrig (Eide & Eide, 2018). Å mestre kan beskrives som å ha tilgang til ressurser, ferdigheter, kunnskap og utstyr, og ha evne til å bruke disse ressursene. Mestring oppnås når pasienten bruker sine indre ressurser og utfører handlinger for å klare å kontrollere krav og konflikter (Tveiten, 2016). Lazarus og Folkman beskriver hvordan følelsesmessig fokusert mestring og problemfokusert mestring kan ses som to hovedformer for mestring (Håkonsen, 2015). Gjennom følelsesmessige fokusert mestring vil personen forsøke å redusere eller bli kvitt det følelsesmessige ubehaget uten at situasjonen i seg selv forandres. Når personen bruker problemfokusert mestring, gjøres det forsøk på å løse, forandre eller avslutte den vanskelige situasjonen (Håkonsen, 2015).

Alle pasienter har ulike forutsetninger for mestre sine situasjoner. Om pasienten har erfaringer med stress, sykdom og kriser fra før, er svært relevant for deres mestringsevne. Personlige forutsetninger som alder, kjønn, interesser og motstandskraft for påkjenninger, er faktorer av

betydning (Reitan, 2010). Mestringsevnen varierer også fra pasient til pasient, ut i fra tidligere opplevelser med mestring. Pasienter som har gode opplevelser med mestringsopplevelser, vil kunne bruke erfaringene som en styrke og en ressurs. Derimot vil pasienter som fra tidligere har hatt dårlige erfaringer med mestringsopplevelser, kunne oppleve følelse av mismot og mindre tro på sine egne krefter (Reitan, 2010). Det er også viktig å forstå hvor pasienten er i sin situasjon. Evnen til å mestre vil påvirkes av hvor pasienten er i sitt livsløp når krisen rammer, i hvilken grad krisen er langvarig og omfattende og hvilke relasjoner pasienten har til sitt nettverk og andre mennesker rundt seg (Reitan, 2010).

Det er viktig å bemerke seg at mestring ikke er det samme som problemløsning. Mestring omhandler det at vi utvikler oss, tilpasser oss og at vi lærer oss nye ferdigheter (Reitan, 2010). I møte med situasjoner som virker belastende på livet, kan vi skille mellom to ulike måter å reagere på. Vi kan la oss konfrontere med situasjonen, og bruke våre ytre- og indre ressurser for å mestre. Eller vi kan dytte ubehagelighetene unna og fortrenge det faktum at det er ubehagelig, ved å bruke ulike forsvarsmekanismer (Reitan, 2010). De indre ressursene omfatter de personlige, individuelle ressursene til pasienten, blant annet pasientens selvstendighet, motivasjon, kognitive ferdigheter og tro på egne krefter (Reitan, 2010). De ytre ressursene, handler blant annet om aktiv bruk av pasientens pårørende, familie, sosialt nettverk og omsorgstilbud (Reitan, 2010). Det er viktig å vite at det ikke er sykepleieren som skal gjøre mestringsarbeidet. Derimot er sykepleieren en medvirkende faktor, som skal sørge for at pasienten evner å utføre mestringen på egenhånd. Med dette menes at sykepleieren skal dele informasjon og kunnskap, bidra praktisk og sørge for at pasienten motiveres til mestringen (Eide & Eide, 2018).

## **2.6 Lov og etikk**

En hver sykepleier plikter å utøve sitt arbeid i tråd med det gjeldende lovverket og de yrkesetiske retningslinjene gjeldende for faget. I oppgavens problemstilling nevnes henholdsvis to parter, sykepleieren og pasienten. For disse partene, er det lov om helsepersonell og lov om pasient- og brukerrettigheter som er de mest sentrale lovgivningene.

Helsepersonelloven inneholder lovbestemte rammer, plikter og krav for hvordan sykepleieren skal utøve sitt arbeid. Lov om helsepersonell omhandler blant annet sykepleierens melde- og dokumentasjonsplikt, taushetsplikt og opplysningsrett og opplysningsplikt (Helsepersonelloven, 1999).

Pasient- og brukerrettighetsloven inneholder rammer og krav som tilhører pasientene som mottar helsehjelp. Loven har til formål at en hver person i vår befolkning, får den samme tilgang på tjenester av god kvalitet, gjennom de rettighetene som er nedfelt i loven. Loven skal også bidra til å ivareta respekt for en hver pasient sitt liv, deres integritet og deres menneskeverd. Pasientrettigheter som medvirkning og krav på informasjon om risiko, bivirkninger og behandling er også nedfelt i denne loven (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

## **2.7 Yrkesetiske retningslinjer**

En hver sykepleier skal ha en forankring i de yrkesetiske retningslinjene gjeldende for profesjonen. Disse yrkesetiske retningslinjene inneholder føringer for sykepleieren og profesjonen, pasienten, pårørende, medarbeidere, arbeidsstedet og samfunnet (NSF, 2016). Retningslinjene for yrkesetikken tilhørende sykepleieren og profesjonen, omhandler blant annet den enkeltes individuelle ansvar for en faglig, etisk og juridisk forsvarlig sykepleiepraksis. Sykepleieren skal være oppdatert på forskning, utvikling og dokumentert praksis innenfor sitt fagområde, og skal anvende denne kunnskapen i sin praksis. Der sykepleieren ikke har kompetanse, skal dette erkjennes, og sykepleieren skal søke veiledning i situasjoner som er vanskelige (NSF, 2016). I møte med sine pasienter, har sykepleieren ansvar for en helsefremmende og forebyggende praksis. Sykepleieren har også et ansvar for å ivareta pasientens behov for helhetlig omsorg, og understøtte livsmot, mestring og håp. Som sykepleier skal en sørge for at pasienten får mulighet til å ta selvstendige avgjørelser, ved å gi informasjon som er tilstrekkelig og tilpasset, samt forsikre seg om at denne informasjonen er forstått (NSF, 2016).

## **2.8 Sykepleierfunksjon**

Sykepleieren i sin rolle har flere ulike funksjoner. Med utgangspunkt i at sykepleierens formål er at pasienten skal lære å mestre et endret kroppsbilde, er den undervisende- og veiledende sykepleierfunksjonen relevant. Denne funksjonen innebærer at sykepleieren har i oppgave å både undervise, informere og veilede pasienten (Nordtvet & Grønseth, 2016). Når den undervisende- og veiledende funksjonen anvendes bevisst, vil sykepleieren legge til rette for å skape trygghet for pasienten. Funksjonen i sin helhet er også et verktøy for at sykepleieren i lys av den aktuelle sykdommen og den påfølgende behandlingen, kan fremme mestring og

forståelse hos pasienten (Nordtvet & Grønseth, 2016). På bakgrunn av sykepleierens plikt til å gi informasjon, er det viktig å påpeke at sykepleieren ikke har anledning til å fraskrive seg denne funksjonen (Helsepersonelloven, 1999, § 10). Når sykepleieren gir god informasjon til pasienten, vil det ovenfor pasienten fremme kontroll og innsikt i situasjonen og det som skjer. God informasjon bidrar også til opplevelse av forutsigbarhet i situasjonen for pasienten (Reitan, 2010).

### **2.8.1 Informerende ferdigheter**

Sykepleierens informerende ferdigheter regnes som en av de aller viktigste kommunikative oppgavene. Formålet med å gi informasjon, skal være at pasienten kan ta nytte av den, og sykepleieren må derfor kunne formidle sin kunnskap på riktig vis (Eide & Eide, 2018). Didaktisk relasjonsmodell er et verktøy som sykepleieren kan anvende i undervisning og veiledning, for å planlegge, gjennomføre, vurdere og evaluere prosessen (Tveiten, 2016). Den didaktiske relasjonsmodellen tar utgangspunkt i didaktisk relasjonstenkning, med fokus på pasient- og pårørendeopplæring. Modellen inneholder følgende seks punkter: deltakerforutsetninger, mål, rammefaktorer, arbeidsmetoder, innhold og evaluering (Tveiten, 2016). Sykepleieren som skal lære pasienten å mestre, kan hensiktsmessig ta i bruk denne modellen for å oppnå god samhandling og læring. Deltakerforutsetningene handler om avklaring av hvem som deltar og er i fokus og hvilke forventninger, evner, erfaringer og kunnskaper pasienten har. Mål bestemmes ut i fra hva som er ønskelig at pasienten skal ha lært når undervisningen eller samtalen er ferdig. Rammefaktorene innebærer blant annet hvilken tid som er satt av og hvor samtalen finner sted. Arbeidsmetodene omfavner hvordan samtalen eller undervisningen er lagt opp, eksempelvis om det skal gis muntlig eller skriftlig informasjon. Innholdet omfatter det som skal læres, og evalueringen innebærer å teste hva pasienten har lært og hvilken verdi samtalen eller undervisningen har hatt (Tveiten, 2016).

### 3 Metode

Dette er en litterær oppgave. En styrke med denne metoden, er at den egner seg godt for å besvare den valgte problemstillingen, fordi den innebærer å innhente data fra fagkunnskap, teori og forskning (Dalland, 2017). Formålet med dette metodekapittelet, er å gi et innblikk i hva litterær oppgave som metode går ut på. Først vil jeg i tabeller presentere søkene jeg har gjort for å finne relevant forskning. På oversiden av hver tabell, har jeg lagt ved tittel på forskningsartikkelen jeg valgte å inkludere fra søket som er presentert.

#### The Experience of viewing oneself in the mirror after a mastectomy

| Dato    | Database | Søkeord   | Antall treff | Fullstendig søk   | Antall treff | Begrensninger   | Antall treff |
|---------|----------|---|--------------|---|--------------|---|--------------|
| 21/3-19 | PubMed   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mastectomy AND</li> <li>- Breast Neoplasms AND</li> <li>- Perioperative nursing</li> </ul> | 29           | Mastectomy AND breast neoplasms AND perioperative nursing | 29           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2009-2019</li> <li>- english</li> <li>- full text</li> </ul> | 6            |

#### Feelings of Women with Breast Cancer After Mastectomy

| Dato     | Database | Søkeord  | Antall treff          | Fullstendig søk                                | Antall treff | Begrensninger  | Antall treff |
|----------|----------|--|-----------------------|--|--------------|--|--------------|
| 29/11-18 | Cinahl   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Body image</li> <li>- Mastectomy</li> <li>- Breast neoplasms</li> </ul> | 6326<br>3820<br>41686 | Body image AND mastectomy AND breast neoplasms | 97           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Engelsk språk</li> <li>- Peer-reviewed</li> <li>- 2009-2018</li> <li>- full text</li> </ul> | 17           |

#### Mastectomy: scars in female sexuality

| Dato     | Database | Søkeord  | Antall treff  | Fullstendig søk                 | Antall treff | Begrensninger  | Antall treff |
|----------|----------|--|---------------|---------------------------------|--------------|--|--------------|
| 29/11-18 | Cinahl   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mastectomy</li> <li>- Breast neoplasms</li> </ul> | 6336<br>70570 | Mastectomy AND breast neoplasms | 75           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Peer-reviewed</li> <li>- 2015-2018</li> <li>- full text</li> <li>- english</li> </ul> | 14           |

|  |  |             |       |                        |  |  |  |
|--|--|-------------|-------|------------------------|--|--|--|
|  |  | - Sexuality | 40940 | ms<br>AND<br>sexuality |  |  |  |
|--|--|-------------|-------|------------------------|--|--|--|

The Effect on Quality of Life and Body Image of Mastectomy Among Breast Cancer Survivors

| Dato    | Database | Søkeord  | Antall treff                     | Fullstendig søk   | Antall treff | Begrensninger  | Antall treff |
|---------|----------|--|----------------------------------|---|--------------|--|--------------|
| 21/3-19 | PubMed   | - Breast cancer<br>- Body Image<br>- Mastectomy<br>- Nursing | 96991<br>15921<br>7643<br>128626 | Breast cancer<br>AND<br>body image<br>AND<br>mastectomy<br>AND<br>nursing | 92           | - Peer-reviewed<br>- 2015-2019<br>- full text<br>- english | 22           |

Stress and nursing care needs of women with breast cancer during primary treatment: a qualitative study

| Dato    | Database | Søkeord   | Antall treff               | Fullstendig søk   | Antall treff | Begrensninger  | Antall treff |
|---------|----------|---|----------------------------|---|--------------|--|--------------|
| 16/4-19 | CINAHL   | - Stress<br>- Oncologic Nursing<br>- Breast Neoplasms | 82,085<br>14,926<br>71,034 | Stress<br>AND<br>oncologic<br>nursing<br>AND<br>breast<br>neoplasms | 30           | - Peer-reviewed<br>- 2009-2019<br>- full text<br>- english<br>- female<br>- europe | 3            |

Body Image of Women with Breast Cancer After Mastectomy: A qualitative study

| Dato    | Database | Søkeord   | Antall treff | Fullstendig søk   | Antall treff | Begrensninger                           | Antall treff |
|---------|----------|---|--------------|---|--------------|---|--------------|
| 21/3-19 | PubMed   | - Breast cancer<br>AND<br>- Mastectomy<br>AND<br>- Body image | 314          | Breast cancer<br>AND<br>mastectomy<br>AND<br>body image | 55           | - 2015-2019<br>- full text<br>- english | 19           |



|  |  |  |  |                        |  |  |  |
|--|--|--|--|------------------------|--|--|--|
|  |  |  |  | AND<br>qualitati<br>ve |  |  |  |
|--|--|--|--|------------------------|--|--|--|

### 3.1 Begrunnelse for valg

For å gi en bredere forståelse av mine valg og begrensninger som er gjort i søkeprosessen for å finne forskningsartikler, vil jeg presentere mine begrunnelser.

#### 3.1.1 Databaser

Jeg har valgt å bruke databasene som er oppgitt under skolens nettside for bibliotek, for å styrke validiteten. Først og fremst valgte jeg å søke i CINAHL, da denne søkemotoren inneholder tidsskrifter spesifikt innen sykepleie og helsefag. For å få et bredere utvalg av artikler, valgte jeg også å søke etter artikler i PubMed, som inneholder artikler fra medisinske og helsefaglige tidsskrifter.

#### 3.1.2 Valg av søkeord

Valg av søkeord ble gjort på bakgrunn av problemstillingen. Jeg valgte å plukke ut sentrale emneord som brystkreft, mastektomi og kroppsbilde som ville oppsummere hovedtrekkene i problemstillingen. For å finne de engelske faguttrykkene for disse ordene, valgte jeg å søke de opp i skolens database for MESH-termer. Etter å ha oversatt satt jeg igjen med fagordene *breast neoplasms*, *mastectomy* og *body image*.

#### 3.1.3 Begrensninger

Alle søkene ble begrenset med fagfellelvurdering. Dette valgte jeg som et kriterium for alle artiklene, da den fagfellelvurderte forskningen har høyere validitet. Videre begrenset jeg alle søk til tidsperioden 2009-2019. Denne avgrensningen på ti år, ble gjort på bakgrunn av at gammel forskning kan inneholde data, funn og resultater som ikke er gjeldende for nåtiden. Samtlige søk ble også begrenset til å være engelskspråklige. Bakgrunnen for dette valget var at det var viktig at jeg kunne lese og forstå innholdet i artiklene. I noen av søkene valgte jeg også å begrense artiklene til kun de som hadde full tekst. Dette ble gjort fordi ufullstendige artikler kunne gi meg feil oppfattelse av innholdet, og derfor tolkes galt. Artikler med full tekst ville i motsetning gi meg mulighet til å lese alt innhold, og skape en bredere og mer omfattende forståelse av innholdet.

### **3.1.4 Utvalg**

For å forenkle prosessen med å finne aktuelle artikler, har jeg brukt IMRaD-modellen. Denne modellen er et verktøy for å se om artikkelen inneholder introduksjon, metode, resultat og diskusjon, kriterier som skal være med i en god forskningsartikkel. Artikler som ikke oppfylte innholdet i IMRaD-modellen, ble ekskludert. Når søkene jeg gjorde ga meg funn, valgte jeg å lese overskriftene først for å vurdere relevans til min problemstilling. Artikler som var relevante, gikk jeg videre inn på for så å lese abstractet. Artiklene som hadde et abstract med tydelig sammenheng til problemstilling ble inkludert, og artikler med fravær av dette ble ekskludert. Underveis i prosessen med denne oppgaven, har jeg brukt innholdet i den valgte forskningen for å presisere kontekst og målgruppe. Jeg har sett på alder på respondentene i studiene, kontekst til pasienten og hvor studiene er gjennomført.

### **3.2 Kildekritikk**

Kildekritikk innebærer å fastslå om de opplysningene en har funnet, er troverdige og sanne. Det skal beskrives hvilken type kilde det er snakk om, og en individuell vurdering må gjøres i forhold til om kilden er relevant for tema og problemstilling (Dalland, 2017).

Kildene jeg har valgt å bruke, har jeg individuelt vurdert validiteten til. Innholdets sannhet og troverdighet er vurdert ut i fra hvor jeg har funnet kilden og hvem som er forfatter. Hvilken type tekst det er og tidspunkt den ble skrevet, har også påvirket vurderingen av validitet . Relevansen til hver enkelt kilde er vurdert ut i fra innhold, om den belyser og har sammenheng med min problemstilling og hvordan kilden kan brukes til å besvare min oppgave.

Når vi henviser til kilder, bør vi henviser til primærkilden. Primærkilden er den kilden som opprinnelig har skrevet teksten. Dersom en forfatter siterer eller henviser til en annen forfatter eller kilde, er dette da å regne som en sekundærkilde (Dalland, 2017). Jeg har tilstrebet å bruke primærkilder så langt dette har vært mulig. På bakgrunn av oppgavens omfang og tidsrammene for å utarbeide en besvarelse, har jeg ikke alltid fått dette til. Allikevel har jeg gjort en individuell vurdering i alle tilfellene der sekundærkilder er brukt. Dette gjelder hovedsakelig faglitteratur, med henvisninger til bøker og annen litteratur jeg ikke har hatt kapasitet til å oppsøke, eksempelvis Eide & Eide. Fordi fagbøkene er godkjente pensumbøker for sykepleierutdanningen, har jeg vurdert disse sekundærkildene som aktuelle likevel. Teori

som eksempelvis didaktisk relasjonsmodell og mestringsstrategier, er originalinnhold tilhørende andre forfattere, og er eldre enn ti år. Fordi faglitteraturforfatterene til stadighet tolker og videreutvikler slik teori, har jeg valgt å benytte sekundærkilende fordi deres gjengivelse av teorien kan være annerledes enn primærkilden.

Litteraturen jeg har valgt å inkludere, er hovedsakelig litteratur som har vært en del av pensum gjennom tre år på bachelorstudiet ved Lovisenberg Diakonale Høgskole. Dette gjelder eksempelvis fagbøkene Sykdom og behandling, Psykologi og psykiske lidelser, Utøvelse av klinisk sykepleie, Helsepedagogikk og Metode og oppgaveskriving. Litteratur som ikke inngår i pensum for sykepleierstudiet på Lovisenberg, er blant annet fagbøker som brukes som pensum ved andre sykepleierskoler.

### **3.2.1 Kulturelle forskjeller**

I søkeprosessen forsøkte jeg å begrense søkene til forskning fra Europa. Bakgrunnen for dette var å finne forskning som ville samstemme med pasientgruppen vi møter på sykehus i Norge. Kulturelle forskjeller kan påvirke resultatene i forskningen, og er derfor aktuelt å bemerke seg i utvalget. I søkeprosessen fant jeg flere gode artikler som hadde relevant innhold til min problemstilling, men som var gjort i land utenfor Europa og Norden. Fordi jeg også hadde funnet norsk faglitteratur som sa noe om det samme innholdet, valgte jeg å vurdere validiteten som god til tross for en mulig påvirkning av kulturelle ulikheter.

### **3.2.2 Litterær oppgave**

I en litterær oppgave skal teori, fag- og forskningslitteratur samles og drøftes. En svakhet med en slik metode, er at oppgavens innhold begrenses fordi jeg selv står for utvalget. Det er naturlig å tro, at dersom jeg hadde fått tildelt teori og litteratur, ville jeg fått andre resultater enn de jeg har funnet frem til selv. I mengden av fag- og forskningslitteratur som finnes, er det stor sannsynlighet for at jeg har gått glipp av mye relevant og viktig stoff, fordi jeg har oppsøkt og lett på egenhånd. En styrke med denne metoden, er samtidig at jeg får mulighet til å oppsøke teori og litteratur som er grundig tilpasset min problemstilling. Jeg har kunnet utelatt unødvendig tekst, og kunnet konsentrere meg om å lese akkurat det som er relevant for å besvare min problemstilling.

### **3.2.3 Kvalitative studier**

Jeg har valgt å inkludere kvalitativ forskning i denne oppgaven. Denne forskningsmetoden kjennetegnes ved at den representerer dybde, følsomhet og nærhet til innholdet. Kvalitativ forskning får frem helhet og sammenheng i dataen som samles inn, og har til hensikt å formidle forståelse. En styrke ved denne forskningsmetoden er også at selve datainnsamlingen skjer i direkte kontakt med feltet. Bevisst har jeg valgt å ekskludere kvantitativ forskning i denne studien, fordi jeg ikke har vært ute etter å finne et gjennomsnitt eller et antall blant respondentene (Dalland, 2017).

### **3.2.4 Etiske overveielser**

Et kriterium jeg har forsøkt å bruke på alle artiklene, er at de er vurdert og godkjent av en etisk komite. Dette innebærer blant annet at personvern og anonymitet til respondentene er ivarettatt og overholdt (Dalland, 2017).

## 4 Forskningsartikler

|   |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|
| <b>Tittel</b>   | Stress and nursing care needs of women with breast cancer during primary treatment: a qualitative study  |  |  |  |
| <b>Forfatter</b>  | Remmers, Holtgräwe & Pinkert (2009).   |  |  |  |
| <b>Tidsskrift</b>   | <b>Hensikt</b>   | <b>Metode</b>  | <b>Utvalgt</b>   | <b>Funn</b>  |
| European Journal of Oncology Nursing 2010 February ; 14(1): 11-16 | Den primære kirurgiske behandlingen for brystkreft representerer en spesiell fase i sykdomsforløpet. Hensikten med studen var å finne ut hva som spesifikt påvirker de berørte kvinnene iløpet av denne tiden, og de behov og forventninger de hadde fra sykepleierne. | Bruk av semistrukturerte intervjuer  | 43 kvinner som befant seg i en tidlig fase av brystkreften.  | Funn viste at de intervjuede kvinnene led mer av psykologiske plager enn av fysiske. Kvinnene uttrykte at det viktigste for de var å få emosjonell støtte. Studiens funn ble delt opp i fire kategorier: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. umiddelbare belastninger tilknyttet operasjonen</li> <li>2. Frykt gjennom usikkerhet</li> <li>3. Endring av selvoppfattelse</li> <li>4. belastninger forårsaket av det sosiale miljøet</li> </ol> Funnene ble også kategorisert i forhold til kvinnens ønsker for a) forholdet til sykepleieren, b) faglig kompetanse og c) de eksterne forholdene til omsorg |
| <b>Tittel</b>   | The Experience of viewing oneself in the mirror after a mastectomy   |  |  |  |
| <b>Forfatter</b>  | Freysteinson, Deutsch, Lewis, Sisk, Wuest & Cesario. (2012)  |  |  |  |
| <b>Tidsskrift</b>   | <b>Hensikt</b>   | <b>Metode</b>  | <b>Utvalgt</b>   | <b>Funn</b>  |
| Oncology Nursing Forum. 2012 July ; 39(4): 361-369                | Å beskrive opplevelsen av å se seg selv i speilet etter å ha gjennomgått mastektomi.   | Strukturell analyse og fenomenologisk tolkning av båndopptatte intervjuer. | 12 mastektomiopererte kvinner ble rekruttert fra et sykehus i USA. De ble intervjuet mellom 3-12 måneder etter deres mastektomi. | Både å se og ikke se sin egen kropp, energigivende tanker og negative tanker, samt støttende hjelp og ikke-støttende hjelp, er beskrivelser som går igjen hos den mastektomiopererte kvinnen. Den fenomenologiske tolkningen ga fire temaer: Jeg er, jeg   |

|  |  |   |   |   |
|--|--|---|---|---|
|  |  |   |   | bestemmer, jeg ser, og jeg samtykker.   |
| <b>Tittel</b>  | Feelings of women with breast cancer after mastectomy  |   |   |   |
| <b>Forfatter</b>   | Batista, Mercedes, Santana, Pinheiro, Lua & Oliveira (2017)  |   |   |   |
| <b>Tidsskrift</b>  | <b>Hensikt</b>   | <b>Metode</b>   | <b>Utvalgt</b>  | <b>Funn</b>   |
| Journal of Nursing UFPE. 2017 July ; 11(7): 2788-2794        | Å bli kjent med brystkreftrammede kvinners følelser etter en mastektomi.                                       | Beskrivende studie med kvalitativ tilnærming. Utført med fem kvinner tilknyttet Family Health Units. Data ble samlet gjennom en semistrukturert intervjuguide, og analysert ved hjelp av innholdsanalyse. | Utvalget bestod av kvinner over 18 år, som skulle gjennomgå mastektomi. Fem kvinner deltok, og intervjuene ble gjort i deres hjem fra september til oktober 2015.   | Studien viste at respondentenes første reaksjon var følelse av overraskelse og fortvilelse i lys av nyoppdaget sykdom. Når de stod ovenfor mastektomien var det følelse av tristhet, fornektelse, depresjon, angst og endelig aksept som var gjennomgående. |
| <b>Tittel</b>  | Body Image of Women with Breast Cancer After Mastectomy: A Qualitative Research                                |   |   |   |
| <b>Forfatter</b>   | Koçan & Gürsoy (2016)  |   |   |   |
| <b>Tidsskrift</b>  | <b>Hensikt</b>   | <b>Metode</b>   | <b>Utvalgt</b>  | <b>Funn</b>   |
| The Journal of Breast Health. 2016 december ; 12(4): 145-150 | Å få en helhetlig og dyp forståelse av hvordan mastektomi påvirker kroppsbildet av kvinner som har brystkreft. | Semistrukturerte intervjuer ble gjennomført i løpet av den andre uken etter mastektomi. En tematisk analyse ble utført.   | Utvalget bestod av tjue kvinner i alderen mellom 20-60 år som gjennomgikk radikal mastektomi, ikke hadde mottatt systematisk behandling, ikke hadde fått brystrekonstruksjon og som var informert om diagnosen. | Funn viste at respondentene foretrakk klær som gjemte deres mangel på bryst. Respondentene uttalte at brystet betydde feminitet, skjønnhet og moderskap, og at de følte at halvparten   |

|   |   |   |  |  |
|---|---|---|--|--|
|   |   |   |  | manglet av de som individer og kvinner. Noen nevnte at forholdet til ektemenn hadde forandret seg, og at de avsto fra sosial samhandling som en konsekvens av mastektomien.  |
| <b>Tittel</b>   | Mastectomy: scars in female sexuality   |   |  |  |
| <b>Forfatter</b>  | Rocha, Cruz, Vieira, da Costa & Lima (2016)   |   |  |  |
| <b>Tidsskrift</b>   | <b>Hensikt</b>  | <b>Metode</b>   | <b>Utvalgt</b>   | <b>Funn</b>  |
| Journal of Nursing UFPE. 2016 November ; 10(5): 4255-4263 | Å beskrive refleksene av mastektomi på kvinners seksualitet som deltok i «Womens Health Program». | En beskrivende, kvalitativ studie. Datasamlingen ble utført gjennom individuelle intervjuer hvor en semistrukturert intervjuguide ble benyttet, og ble så analysert med kvalitativ innholdsanalyse. | Utvalget bestod av 14 kvinner over 18 år som gjennomgikk total mastektomi i minimumsintervall på ett år. | Studien konkluderer med at erfaringen av mastektomi er mangfoldig og forskjellig for hver kvinne, og involverer implikasjoner på identitet, kropp og seksualitet. Funn viste at kvinner med gjennomgått mastektomi opplever følelser av fortvilelse, tristhet og tap, men begynner å gjenoppbygge en ny definisjon av hva det betyr å være kvinne. |
| <b>Tittel</b>   | The Effect on Quality of Life and Body Image of Mastectomy Among Breast Cancer Survivors          |   |  |  |
| <b>Forfatter</b>  | Türk & Yilmaz (2018).   |   |  |  |
| <b>Tidsskrift</b>   | <b>Hensikt</b>  | <b>Metode</b>   | <b>Utvalgt</b>   | <b>Funn</b>  |

|   |   |   |   |  |
|---|---|---|---|--|
| <p>European Journal of Breast Health. 2018 oktober ; 14(4): 205-210</p> | <p>Å finne ut hvilken påvirkning mastektomi har på livskvalitet og kroppsbilde hos brystkreftoverlevende.</p> | <p>Informasjonen er hentet inn ved bruk av «socio-demographic and body cathexis scale». Studien ble gjennomført i hver enkelt kvinnes hjem.</p> | <p>57 kvinner som hadde gjennomgått radikal mastektomi.</p> | <p>Studien viser at mastektomi har en negativ innvirkning på kvinnens kroppsbilde og livskvalitet. Funn viste også at det var en sterk positiv korrelasjon mellom kroppsbilde og livskvalitet.</p> |
|---|---|---|---|--|



## 5 Drøfting

Formålet med dette kapittelet, er å drøfte hvordan fag- og forskningslitteratur kan svare på min problemstilling.

Problemstilling: *«Hvordan kan sykepleieren bidra til mestring av endret kroppsilde hos brystkreftammede pasienter etter en mastektomi?»*

### 5.1 Endret kroppsilde

En permanent forandret form på brystet, brystets utseende og følsomhet, er kjente konsekvenser av mastektomi (Gjertsen, 2014). Forskning peker på at disse kosmetiske og fysiologiske seneffektene, kan være med på å frata kvinnen følelse av feminitet, seksualitet, skjønnhet og morskap, og likeledes føre med seg en negativ innvirkning på hvordan kvinnen ser sin egen kropp (Koçan & Gürsoy, 2016). En konsekvens av den kirurgiske operasjonen kan være at pasienten imidlertid også opplever at evnen til å gjenoppta profesjonelt-, sosialt-, familiært- og seksuelt liv svekkes (Rocha, Cruz, Vieira, da Costa & Lima, 2016). Dette kan utdypes videre ved å vise til funn i forskning, som viser at de mastektomiopererte kvinnene blant annet opplever isolert atferd på grunn av lemlestelse, skam og frykt for andres fordommer (Rocha et al., 2016).

Kvinnene som opereres for brystkreft, beskriver hvordan de allerede i forkant av operasjonen er preget av redsel, med engstelse knyttet til hvordan resultatet av det kirurgiske inngrepet ville se ut (Remmers, Holtgräwe & Pinkert, 2009). Før kirurgi og adjuvant behandling er gjennomgått, kan også redsel og frykt for å miste håret, prege den brystkreftammede (Batista et al., 2017). Dog viser også forskning til, at tapet av hår ofte oppleves mer negativt enn tapet av brystet. En årsak til dette, kan være at kvinnen opplever at håret er en mer integrert del i betydningen av identitet, og tap som representerer en synlig påminnelse om kreften kan få kvinnen til å føle seg mer som en kreftpasient (Türk & Yilmaz, 2018). På bakgrunn av dette, kan det tolkes dit hen at kvinnen allerede før operasjon, utsettes for å utvikle et endret kroppsilde, med en ny og negativ oppfattelse av sin egen kroppsrealitet (Schjølberg, 2013).

I studien til Koçan & Gürsoy (2016) beskriver de mastektomiopererte kvinnene synet av sin kropp etter operasjon. Kvinnene i studien ga disse beskrivelsene den andre postoperative uken. De beskrev at det de så var et ødelagt, grusomt, avskrekkende og kollapset bryst, og fortalte at de følte seg redde, dårlige, rare og annerledes når de fikk se kroppen sin for første

gang etter den kirurgiske behandlingen (Koçan & Gürsoy, 2016). Opplevelsen av å se den nyopererte kroppen, resulterte i at de rammede følte seg svekket som kvinne, og de følte seg halve, unormale og deprimerte (Koçan & Gürsoy, 2016). Ut i fra dette kan det hevdes at den mastektomiopererte kvinnen gradvis utvikler et negativt kroppsbilde, som forsterkes underveis i sykdomsforløpet. Derimot kan sykepleieren hensiktsmessig forberede pasienten preoperativt på å skulle se operasjonsområdet etter mastektomi (Freysteinson et al., 2012). Dette kan utdypes ved å vise til at diskusjon og samtale rundt opplevelsen av å se sin nyopererte kropp, kan være til hjelp for å fjerne urealistiske forventninger og frykt for synet (Freysteinson et al., 2012).

### **5.1.1 Bruk av speil**

Etter operasjon må pasienten jevnlig skifte bandasjen til operasjonssåret. I studien til Remmers et al. (2009) beskriver de brystkreftopererte kvinnene hvordan det første bandasjeskiftet opplevdes som en belastning og en forferdelig opplevelse. En konsekvens av dette, var at opplevelsen ved å se operasjonsfeltet, opplevdes så traumatisk at kvinnene ikke ønsket å se det igjen (Remmers et al., 2009). I studien til Rocha et al. (2016) beskriver også kvinnene hvordan synet av de kroppslige forandringene opplevdes som en sterk konfrontasjon. En konsekvens av dette var at kvinnene begynte å kle seg annerledes. Likeledes viser også funn i studien til Koçan & Gürsöy (2016) at kvinnene etter gjennomgått mastektomi, begynte å dekke til og gjemme bort brystpartiet sitt. Samtlige kvinner sluttet også å bruke tettsittende klær. Ut i fra denne informasjonen, kan det tolkes dit hen at kvinnen også utvikler en ny kroppspresentasjon, som innebærer at kvinnen fremviser kroppen på en annen måte enn hun gjorde før den kirurgiske behandlingen (Schjølberg, 2013).

Freysteinson et al. (2012) viser på den ene siden hvordan sykepleieren kan ta i bruk et speil som verktøy for å hjelpe kvinnen å mestre synet av brystet som er fjernet. På den andre siden, beskriver også studien viktigheten av å ivareta enkelte pasients autonomi, ved å la hver kvinne individuelt velge om hun ønsker å se sin nyopererte kropp i speilet eller ikke. Grunner til at det er spesielt viktig å ivareta autonomien, kan begrunnes ved å vise til at pasienten har rett til å medvirke i gjennomføringen av helse- og omsorgstjenestene som gjennomgås (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1)

Freysteinson et al. (2012) beskriver hvordan sykepleieren kan bære med seg et lommespeil, slik at pasienten kan få mulighet til å se arret sitt under situasjoner som ved bandasjeskift og

stell av dren. Studien viser også til hvordan sykepleiepraksisen rundt dette gjøres i Nederland, og peker på at de gir pasienten mulighet til å velge mellom et lite, et medium eller et stort speil, ut i fra hvor mye pasienten selv ønsker å se. Dette kan også betraktes fra en annen synsvinkling. Faglitteratur viser til at det ikke skal forhastes at pasienten må se på sin nyopererte kropp (Gjertsen, 2016). Dette kan utdypes ved å påpeke at ikke alle kvinnene evner å ta inn over seg det faktum at kroppen er endret. Til forskjell fra kvinnene som er klare for, og ønsker å konfronteres med sitt endrede kroppsbilde, finnes også de som ikke er klare for det. En årsak til dette, kan være at kvinnene befinner seg på ulike stadier i sitt kriseforløp. Fordi kvinnene er rammet av en krise av en slik art som en kreftsykdom, kan automatiske forsvarsmekanismer som undertrykkelse, projeksjon og regresjon, påvirke deres evne til å ta inn over seg et endret kroppsbilde (Eide & Eide, 2018). Likeledes kan også kvinnen stå igjen i sjokkfasen av krisen hun opplever (Håkonsen, 2015). Dette innebærer at kvinnen til eksempel ikke forstår hva hun står ovenfor, eller at hun fornekte situasjonen. Dette kan begrunnes ved å vise til at kvinnene som rammes av brystkreft, kan oppleve det svært vanskelig når deres perspektiv på livet plutselig forandres. Fordi den brystkreftrammede kvinnen frem til nå kan ha vært frisk og hatt fravær av andre sykdommer, kan det bli en tung opplevelse å konfronteres med sin egen dødelighet (Remmers et al., 2009).

For å hjelpe kvinnen til å komme seg videre fra sjokkfasen, kan emosjonsorientert mestring være et godt verktøy å bruke (Håkonsen, 2015). Dette kan utdypes ved å forklare at emosjonsorientert mestring handler om at pasienten jobber for å endre tankemønsteret sitt, og frigjør seg fra de negative følelsene som situasjonen har skapt. Imidlertid vil situasjonen i seg selv ikke forandres, men det er måten pasienten forholder seg følelsesmessig til den, som kan hjelpe pasienten å mestre (Håkonsen, 2015). Ut i fra dette kan det hevdes at den enkelte kvinne kan være så preget av krise, at hun ikke evner å ta inn over seg at kroppen er forandret. En årsak til dette kan være at kvinnene er redde for at deres egen evne til mestring er utilstrekkelig, og at de opplever å være i stor fortvilelse og bare ønsker seg sitt gamle liv tilbake (Remmers et al., 2009). På bakgrunn av dette kan man hevde at sykepleieren må ha kunnskap og kompetanse om kriseforløp og krisemestring, for å kunne kartlegge hvilke pasienter som er i stand til og har behov for å snakke om endret kroppsbilde.

## 5.2 Informasjon

Det fremkommer av Helsedirektoratets pakkeforløp for brystkreft, at pasienten skal ha informasjon om vanlige fysiske og psykiske reaksjoner som kan oppstå etter behandlingen. Før utskrivning fra sykehus, skal pasienten også forberedes på hva som kan forventes fremover i videre forløp, og hvor pasienten eventuelt skal henvende seg (Helsedirektoratet, 2016). På den ene siden har pasienten rett på denne informasjonen gjennom norsk lov (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2). På den andre siden har samtidig sykepleieren som helsepersonell, en plikt til å gi pasienten denne informasjonen (Helsepersonelloven, 1999, § 10). Med bakgrunn i dette kan man hevde at pasientene har krav på informasjon om endret kroppsbilde som en kjent psykisk bivirkning, og at sykepleiere som helsepersonell, plikter å informere om dette. Forskning viser også til at pre- og postoperativ rådgivning om endret kroppsbilde, bør inkluderes i behandlingsforløpet. Dette kan utdypes videre ved å peke på at dersom denne rådgivningen blir gitt, kan det bidra til at pasienten evner å opprettholde sitt positive kroppsbilde, og tilstrekkelig velvære (Satinder & Hemant, 2015).

Imidlertid viser forskning at de mastektomiopererte kvinnene ofte ikke er blitt godt nok forberedt til å tilpasse seg de endringene som forekommer etter operasjonen (Rocha et al., 2016). Ut i fra dette kan det hevdes at pasientene ikke mottar den informasjonen de har rett på, og at sykepleieren bryter sine lovpålagte plikter ved å unngå å gi denne informasjonen. Et sentralt spørsmål er derfor hva som er årsaken til at denne informasjonen ikke blir gitt? Grunner til dette kan være at pasienten får for mye informasjon, og derfor ikke evner å forholde seg til, eller huske det som er blitt sagt. Likeledes kan det være fordi informasjonen blir gitt i feil kontekst, når pasientens fokus er rettet mot andre ting i eksempelvis en stellesituasjon eller under bandasjeskift. Faglitteratur peker også på at pasientens evne til å ta innover seg informasjon, viskes ut hvis pasientens ikke er fullstendig fokusert (Eide & Eide, 2018). Dette støttes av funn i studien til Remmers et al. (2009) hvor de brystkreftopererte kvinnene oppga at de kunne glemme informasjon de hadde fått. En årsak til dette, var blant annet at kvinnene ikke forstod innholdet i informasjonen, fordi helsepersonellet hadde brukt fagterminologi som kvinnene ikke forstod.

Imidlertid viser forskning til at den individuelle omsorgen innebærer at sykepleieren både skal gi rom for spørsmål og støtte, men samtidig tørre å la pasientene være alene og ikke overøse de med spørsmål og tjenester (Remmers et al., 2009). Dette kan samtidig betraktes fra en annen synsvinkel. All informasjonen pasienten mottar, kan føles overveldende, og det kan

oppstå et behov for å snakke med noen andre, for å bearbeide og sortere kunnskap og informasjon (Reitan, 2010). I studien til Freysteinson et al. (2012) oppga 7 av 12 respondenter at de fant det hjelpsomt å delta i støttegrupper. De samme respondentene hadde også positivt utbytte av skriftlig informasjon og internettkommunikasjon. En årsak til dette, er at dersom pasienten finner frem til denne informasjonen på egenhånd, vil det kunne bidra til at pasienten selv kan stille kvalifiserte spørsmål til sykepleieren om sykdom og behandling (Reitan, 2010).

I studien til Remmes et al. (2009) beskrev de brystkreftopererte kvinnene hvordan de ønsket å ha sykepleiere som kontaktpersoner for profesjonell informasjon. Dette inkluderte at sykepleierne kunne besvare spørsmål om lymfødem, brystproteser, personlig hygiene, sårstell og bekledning. Samtidig påpekte også pasientene at de ikke så på sykepleierne som ansvarlige for den psykologiske rådgivningen. Pasientene ønsket derimot at sykepleieren kunne informere og opplyse de om ulike hjelpetilbud, som deltakelse i samtalegrupper eller samtale med psykolog (Remmers et al., 2009). Med bakgrunn i dette, kan man hevde at sykepleieren blant annet bør kjenne til Foreningen for Brystkreftopererte (FFB), som kan tilby pasienten besøk på sykehuset etter operasjon, av kvinner som også har vært rammet av brystkreft (Gjertsen, 2014). Likeledes bør sykepleieren også kjenne til Kreftforeningens tilbud hos Vardesentrene, som er et tilbud rettet mot både kreftpasientene og deres pårørende. Vardesentrene har til formål å være en møteplass som tilbyr aktiviteter som kan fremme mestring, velvære og livskvalitet (Kreftforeningen, u.å). Også Montebellosenteret vil være et hjelpetilbud som pasienten kan ha nytte av, og som sykepleieren bør kunne fortelle noe om. Til forskjell fra andre rehabiliteringsenheter i landet, er Montebellosenteret enestående ved at de kun rehabiliterer kreftpasienter (Montebellosenteret, u.å). En årsak til at sykepleierne bør kjenne til denne rehabiliteringsenheten, er at de kan tilby hjelp rettet mot pasienter som opplever ettervirkninger av sykdom og behandling. Til forskjell fra hjelpetilbud som tilbyr behandling poliklinisk på dagtid, er en styrke ved Montebellosenteret at de tilbyr opphold av 1 ukes varighet, for både pasient og pårørende (Montebellosenteret, u.å).

Imidlertid ble det tidligere i oppgaven presisert at målgruppen er begrenset til kvinner i alderen 30-50 år. På bakgrunn av denne avgrensningen, er det relevant å vise til at Brystkreftforeningen også har et hjelpetilbud rettet mot kvinner som er under 45 år (Brystkreftforeningen, u.å). Fordi de fleste som rammes av brystkreft er eldre enn 45 år, kan det være vanskelig for de yngre å finne jevnaldrende kvinner som har gjennomgått samme

sykdom. Med bakgrunn i dette kan man hevde at sykepleieren også bør være orientert om dette tilbudet, for å kunne tilby hjelp og støtte til den enkelte kvinne, uavhengig av alder.

### **5.3 Å mestre et endret kroppsbilde**

Faglitteratur viser til at pasientene som rammes av kreft, ofte mestrer sin situasjon gjennom kampvilje. Dette innebærer at pasienten velger å akseptere sin sykdom, samtidig som pasienten forholder seg optimistisk til fremtiden (Reitan, 2010). Også kan dette begrunnes med at pasienten vil oppleve å føle at livet har en fortsettelse, og at sykdommen ikke vil påvirke hele deres eksistens (Remmers et al., 2009). Likeledes understøttes dette av funn i forskning som viser til at håp og egenkontroll er rangert som de beste mestringsstrategiene av kreftpasienter selv (Koehler, Koenigsmann & Frommer, 2009).

Respondentene i studien til Remmers et al. (2009) beskriver hvor viktig det var for dem at sykepleieren evnet å distrahere de fra sykdommen og de tilhørende sorgene. Studien peker også på hvordan sykepleieren kan gjøre dette ved å bruke humor og munterhet som verktøy, og ved å snakke om helt dagligdagse ting for å flytte fokuset over på noe annet. Batista et al. (2017) viser til at sykepleiernes handlinger er essensielle for pasientens mestringsevne og behandling av diagnosen. Studien peker videre på at sykepleierne kvalifiserte evne til å lytte, kan redusere stress hos pasienten og kan bidra til at pasienten overvinne de negative følelsene som oppstår i forbindelse med kreftbehandlingen (Batista et al., 2017). Studien beskriver også hvordan sykepleieren har en spesiell evne til å forbedre pasientens psykiske og følelsesmessige velvære (Batista et al., 2017).

For å kunne se dette fra pasientens perspektiv, kan det vises til hvordan pasientene selv beskriver et ønske for å motta støtte som er individuelt tilpasset deres behov. Respondentene i studien til Remmers et al. (2009) utdyper dette ved å beskrive hvordan sykepleieren ikke bare bør håndtere fysiske krav, men også være oppmerksom på psykologiske og følelsesmessige belastninger som pasienten opplever. Likeledes beskriver de også hvordan de ønsker at deres følelser om frykt og deres spørsmål blir tatt på alvor, og at deres individuelle mestringsprosess for å takle situasjonen blir akseptert. Dette kan utdypes videre gjennom funn i studien til Koçan & Gürsoy (2016), som viser til at sykepleiere og andre helsepersonell har behov for å utvikle en mer omfattende forståelse av kroppsbildeendringer blant kvinner etter diagnose og behandling. Et argument for dette er at i stedet for å stole på vage forutsetninger av hva hver kvinne trenger på grunn av hennes alder eller livsfase, kan helsepersonell lære av

hver kvinnes egne og personlige historie om hva tapet av et bryst betyr for henne (Koçan & Gürsoy, 2016).

#### **5.4 Didaktisk relasjonsmodell**

Forskning viser til at pasienter som mottar undervisning og informasjon i det preoperative forløpet har kortere sykehusopphold, høyere tilfredshet og bedre rehabilitering etter behandling (Kaasa, 2013). Dette kan utdypes gjennom å vise til at dersom pasienten mottar preoperativ informasjon på strukturert vis, vil dette ha positiv effekt på pasientens postoperative periode. Årsaker til dette er at pasienten opplever mindre angst, stress og smerte, og at pasienten øker evne til aktivitet og atferdsendringer. Også kan den preoperative informasjonen i sin helhet påvirke pasientens evne til både fysisk og psykisk mestring postoperativt (Kaasa, 2013). På bakgrunn av dette kan man hevde at sykepleieren bør gjennomføre informasjonssamtalen om endret kroppsbilde, før operasjon. For å kunne vise til hvordan sykepleieren og pasienten kan unngå å havne i en situasjon der informasjon og forståelse er manglende, kan den didaktiske relasjonsmodellen trekkes frem som et nyttig verktøy.

Sykepleieren må aller først avklare hvem som deltar og er i fokus i samtalen, dette betegnes som deltakerforutsetninger (Tveiten, 2016). Basert på problemstillingen i denne oppgaven, er det her den mastektomiopererte kvinnen i alderen 30-50 år. En årsak til at deltakerforutsetninger er viktig å kartlegge, er at sykepleieren er lovpålagt å tilpasse informasjonen ut i fra hver enkelt pasients forutsetninger. Dette innebærer å ta hensyn til alder, erfaring, modenhet og kultur- og språkbakgrunn (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-5). Dette underbygges også av sykepleierens yrkesetiske retningslinjer, som viser til at sykepleiepraksisen skal være faglig, etisk og juridisk forsvarlig (NSF, 2016). Likeledes bør sykepleieren også kartlegge hvilken kunnskap og informasjon pasienten har behov for, og deretter tilegne seg dette. Årsaken til dette er at når sykepleieren vet hva som skal formidles, kan det planlegges hvilket formål denne informasjonen har (Eide & Eide, 2018).

Det neste punktet i didaktisk relasjonsmodell innebærer at det på forhånd skal avklares hva som skal være målet for undervisningen eller samtalen (Tveiten, 2016). For at pasienten skal forstå innholdet, bør sykepleieren etterstrebe å være så konkret som mulig (Eide & Eide, 2018). På bakgrunn av drøftingen som allerede er gjort, kan et forslag til mål innebære at

pasienten forberedes på endret kroppsbilde som en seneffekt og hva det innebærer, og at pasienten lærer seg hvor hun kan søke hjelp for å mestre dette.

Påfølgende punkt i didaktisk relasjonsmodell, omfatter hvilke rammefaktorer som er gjeldende for samtalen (Tveiten, 2016). Dette innebærer å kartlegge hvilke muligheter og begrensninger samtalen har. Et sentralt element i overføringen av informasjon fra sykepleier til pasient, er hvilken kontekst den blir gitt i (Eide & Eide, 2018). Det er viktig at sykepleieren snakker til og informerer pasienten i tilrettelagte miljøer. Pasientens følelser skal aksepteres, og det er bør legges til rette for at pasienten befinner seg i trygge og rolige omgivelser (Gjertsen, 2016). Derfor bør sykepleieren tilrettelegge situasjonen slik at pasienten har full oppmerksomhet mot informasjonen, og ikke forstyrres av andre ting. En årsak til at dette er spesielt viktig, er at dersom pasienten ikke er fullstendig fokusert, kan verdien av informasjonen viskes ut (Eide & Eide, 2018).

Videre i forberedelsesprosessen til samtalen, bør sykepleieren også avklare hvilke arbeidsmetoder som vil benyttes (Tveiten, 2016). I Studien til Remmers et al. (2009) beskriver kvinnene hvordan de verdsatte at de ble oppmuntret til å stille spørsmål, og at de ble anerkjent ved å føle på at ingen spørsmål var upassende å stille. Med bakgrunn i drøftingen som er gjort, vet vi også at det kan være hensiktsmessig å bruke skriftlig informasjon. Derfor kan det være lurt av sykepleieren å forberede seg til samtalen ved å finne frem relevant informasjon i tekstformat, som kan gis til pasienten. Til forskjell fra muntlig informasjon som enkelt mistolkes og glemmes, kan det hevdes at skriftlig informasjon kan ha en viktig betydning da pasienten kan lese det om igjen og eventuelt stille oppfølgende spørsmål når informasjonen er fordøyd utallige ganger.

Sykepleieren må også tegne klare rammer for hva som er innholdet i pasientopplæringen, om det skal innebære eksempelvis kunnskap, konkrete ferdigheter eller holdninger (Tveiten, 2016). Det er også hensiktsmessig å inkludere pasienten i denne avgjørelsen. En årsak til det er at pasienten selv kan ha en klar oppfatning av eget behov for innhold ut i fra egen forberedthet (Tveiten, 2016). I dialog må sykepleieren være bevisst på mengden av informasjon som gis. En konsekvens av for mye informasjon, er at pasienten kan sitte igjen med en følelse av belastning, som igjen kan resultere i at pasienten verken klarer å forholde seg til, eller huske det som blir sagt (Eide & Eide, 2018). På bakgrunn av drøftingen som allerede er gjort, kan det hevdes at sykepleieren hensiktsmessig kan velge å fokusere på hva



som kjennetegner et endret kroppsbilde, hvordan emosjonsorientert mestring kan benyttes og at pasienten kan søke hjelp fra Foreningen for Brystkreftopererte, Vardesentrene og Montebellosenteret.

For å unngå at informasjon blir gitt til pasienten og glemt igjen, er det viktig at sykepleieren ber pasienten om å gjenta og formulere sin egen forståelse av informasjonen (Eide & Eide). Dette er kan implementeres som en del av punkt for evaluering i didaktisk relasjonsmodell. Når sykepleieren så er sikker på at pasienten har oppfattet og forstått, kan de viktigste elementene i samtalen med fordel skrives ned på papir, og sendes med pasienten hjem (Eide & Eide, 2018). En årsak til at denne evalueringen er så viktig, kan begrunnes ved å vise til at sykepleieren er lovpålagt å sikre seg at pasienten har forstått innholdet og betydningen av informasjonen som er gitt, så langt dette er mulig (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-5). Et annet relevant punkt er også at sykepleieren har dokumentasjonsplikt, som blant annet innebærer å dokumentere hvilken informasjon hun har gitt, i pasientens journal (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-5).

## 6 Oppsummering

Formålet til oppgaven var å studere hvordan sykepleieren kan bidra til mestring av endret kroppsbilde hos brystkreftrammede pasienter etter en mastektomi. Etter en lengre drøfting, er det noen klare elementer som kan trekkes ut for å besvare oppgavens problemstilling.

Den mastektomiopererte kvinnen kan oppleve endret kroppsbilde som en seneffekt av behandlingen, og allerede før operasjon kan negative følelser og tanker om kroppen begynne å utvikle seg. Sykepleieren kan hensiktsmessig fokusere på å tilby pasienten forberedelse på disse endringene i preoperativ fase. Ved å gjøre dette kan sykepleieren hjelpe pasienten å fjerne urealistiske forventinger og frykt for synet av kroppen etter operasjon.

Når pasienten skal skifte bandasje på operasjonssåret i postoperativ fase, kan sykepleieren spørre den enkelte kvinne om de er klare for å se sin forandrede kropp. Svært viktig er det at sykepleieren har kunnskap om kriseteorier, for å kunne identifisere den enkelte pasients mentale tilstedeværelse. Dersom sykepleieren også bærer med seg et lommespeil til en hver tid, kan sykepleieren gjøre pasienten oppmerksom på dette. Pasienten får da selv mulighet til å etterspørre om å se arret når det passer, av egen vilje og uten press fra sykepleieren. Fordi pasienten kan ha nytte av å delta i støttegrupper og benytte seg av andre hjelpetilbud, er det sentralt at sykepleieren har kunnskap om de aktuelle. Spesielt Foreningen for Brystkreftopererte, Montebellosenteret, Vardesentrene og Under 45, er viktige ressurser sykepleieren kan hjelpe pasienten å komme i kontakt med.

I pasientens mestringsprosess kan det anbefales at sykepleieren også fokuserer på andre ting enn sykdommen, sorgene og det som hører til. Pasientene kan oppleve å mestre sin situasjon, dersom sykepleieren også tør å møte de med humor og munterhet. Likeledes er aktiv lytting og rom for spørsmål viktige faktorer for at pasienten kan mestre.

Et viktig poeng å trekke frem, er at sykepleieren i det store bildet, bør fokusere på personsentrert omsorg med individuelle tiltak for omsorg og behandling. Det finnes derfor ikke én riktig måte å møte pasienten på. Dette begrunnes med at hver kvinne er unik, og kan oppleve tapet av et bryst på helt forskjellige måter. I arbeidet med pasienten kan sykepleieren benytte didaktisk relasjonsmodell som verktøy, for å strukturere blant annet innhold, hensikter og mål. På denne måten vil sykepleieren sikre at pasienten får tilpasset informasjon, på rett sted, til rett tid, gi rom for spørsmål og avslutningsvis sikre seg at pasienten har forstått hvordan hun kan håndtere sitt endrede kroppsbilde i tiden etter utskrivelse.

## 7 Litteraturliste

- Batista, K. A., das Mercedes, M. C., Santana, A. I. C., Pinheiro, S. L., Lua, I. & Oliveira, D. S. (2017). Feelings of women with breast cancer after mastectomy. *Journal of Nursing, Vol. 11(7)*, p. 2788-2794. DOI: [10.5205/reuol.10939-97553-1-RV.1107201719](https://doi.org/10.5205/reuol.10939-97553-1-RV.1107201719)
- Bertelsen, B., Hornslien, K. & Thoresen, L. (2016). Svulster. I S. Ørn & E. Bach-Gransmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg, s. 127-149). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Brystkreftforeningen. (U.å). Under 45 år? Hentet 16. april 2019 fra:  
<https://www.brystkreftforeningen.no/tilbud/under-45>
- Freysteinson, W. M., Deutsch, A. S., Lewis, C., Sisk, A., Wuest, L. & Cesario, S. K. (2012). The Experience of Viewing Oneself in the Mirror After Mastectomy. *Oncology Nursing Forum, Vol. 39(4)*, p. 361-369. DOI: 10.1188/12.ONF.361-369
- Helsedirektoratet. (2019). Brystkreft – handlingsprogram. Hentet 20. mars 2019 fra:  
[https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1494/IS-2760\\_brystkreft\\_handlingsprogram.pdf](https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1494/IS-2760_brystkreft_handlingsprogram.pdf)
- Helsedirektoratet. (2016). Oppfølging og kontroll av brystkreft. Hentet 20. mars 2019 fra:  
<https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Pakkeforl%C3%B8p%20for%20brystkreft.pdf>
- Helsedirektoratet. (2016). Pakkeforløp for brystkreft. Hentet 20. mars 2019 fra:  
<https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Pakkeforl%C3%B8p%20for%20brystkreft.pdf>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
- Håkonsen, K. M. (2015). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Gjertsen, T. (2016). Sykepleieutfordringer ved brystkreft. I A. M Reitan. & T. Kr. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie; pasient - utfordring – handling* (3. utg., s. 431-438). Oslo: Akribe Forlag AS
- Kaasa, L. (2013). Sykepleie til pasienter som skal opereres. I U. Knutstad (Red.), *Utøvelse av klinisk sykepleie: sykepleieboken 3* (2. utg., s. 36-103). Oslo: Cappelen Damm Akademisk
- Katz, Anne. (2011). Sexually Speaking. Breast Cancer and Women's Sexuality: Acknowledging and discussing the consequences of treatment. *American Journal of Nursing, Vol.111*(4), s. 63-67.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/01.NAJ.0000396560.09620.19>
- Koehler, M., Koenigsmann, M. & Frommer, J. (2009). Coping with illness and subjective theories of illness in adult patients with haematological malignancies: Systematic review. *Oncology Hematology, Vol. 69*, s. 237-257. DOI: [10.1016/j.critrevonc.2008.09.014](https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2008.09.014)
- Koçan, S. & Gürsoy, A. (2016). Body Image of Women with Breast Cancer After Mastectomy: A Qualitative Research. *The Journal of Breast Health, Vol 12*(4), s. 145-150. DOI: [10.5152/tjbh.2016.2913](https://doi.org/10.5152/tjbh.2016.2913)
- Kreftforeningen. U.å. *Om Vardesentrene*. Hentet 16. april 2019 fra: <https://kreftforeningen.no/vardesenteret/om-vardesentrene/>
- Kreftregisteret. (2018). Brystkreft. Hentet 13. desember 2018 fra <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Fakta-om-kreft/Brystkreft-Alt2/>
- Montebellosenteret. U. å. *Hva er Montebellosenteret?* Hentet 23. april 2019 fra: <https://www.montebellosenteret.no/om/montebellosenteret>
- Norsk Sykepleierforbund. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet 30. november 2018 fra: [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)

- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighet>
- Reitan, A. M. (2010). Mestring. I U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper i klinisk sykepleie: sykepleieboken 2* (3utg., s. 74-107). Oslo Akribe Forlag AS
- Remmers, H., Holtgräwe, M. & Pinkert, C. (2009). Stress and nursing care needs of women with breast cancer during primary treatment: A qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing, Vol. 14*(1), p. 11-16.  
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2009.07.002>
- Rocha, J., Cruz, P., Vieira, M., da Costa, F. & Lima, C. (2016). Mastectomy: scars in female sexuality. *Journal of Nursing, Vol 10*(5), 4255-4263. DOI: [10.5205/reuol.9284-81146-1-SM.1005sup201612](https://doi.org/10.5205/reuol.9284-81146-1-SM.1005sup201612)
- Satinder, K. & Hemant, S. K. (2015). Body Image Disturbance and Well Being among Post Mastectomy Patients. Hentet fra *International Journal of Nursing Education, Vol. 7*(2), s. 49-51. DOI: <http://dx.doi.org/10.5958/0974-9357.2015.00072.0>
- Schjølberg, T. (2013). Sykepleie til pasienter med kreft. I U. Knutstad (Red.), *Utøvelse av klinisk sykepleie: sykepleieboken 3* (2. utg, s. 104-158). Oslo: Cappelen Damm Akademisk
- Schlichting, E. (2016). Sykdommer i brystene. I S. Ørn & E. Bach-Gransmo (red.), *Sykdom og behandling* (2. utg., s.443-453). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk: pasient- og pårørendeopplæring* (1. Utg.). Oslo: Fagbokforlaget
- Türk, E. T. & Yilmaz, M. (2018). The Effect on Quality of Life and Body Image of Mastectomy Among Breast Cancer Survivors. Hentet fra *European journal of Breast Health, Vol. 14*(4), s. 205-210. DOI: [10.5152/ejbh.2018.3875](https://doi.org/10.5152/ejbh.2018.3875)

Wist, E. (2016). Brystkreft. I A.M Reitan. & T. Kr. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie; pasient - utfordring – handling* (3. utg., s. 431-438). Oslo: Akribe Forlag AS