



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum  
Avdeling for folkehelsefag  
4BACH

Marte Guttormsen Mælingen & Torill Otnes

Veileder: Kari Kvigne

# Brystkreftbehandling. En trussel mot selvbildet?

Breast cancer treatment. A threat against the self image?

Antall ord: 12870

Bachelor i sykepleie, BASY 2013

2016

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket JA  NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage JA  NEI

## Sammendrag

**Tittel:** Brystkreftbehandling. En trussel mot selvbildet?

**Bakgrunn:** Daglig rammes omlag 10 norske kvinner av brystkreft. Kirurgi er den mest effektive behandlingen, og cirka halvparten av disse kvinnene vil få operert vekk hele brystet sitt. Når kvinnen mister sitt bryst, kan dette true hennes identitet og føre til et dårlig selvbilde. Vi vil også rette fokuset mot noen av komplikasjonene kvinnene kan oppleve etter en brystkreftbehandling.

**Hensikt:** Hensikten med oppgaven er å belyse hvordan kvinners kropp og selvbilde blir påvirket etter en brystkreftbehandling, og hvordan vi som sykepleiere kan hjelpe kvinnene til å akseptere sitt endrede kroppsbilde med hjelp i å fremme håp og kommunisere med kvinnene.

**Metode:** Oppgaven vår er en litteraturstudie som baserer seg på pensumlitteratur, selvvalgt litteratur, skjønnlitteratur, forskningsartikler og egne erfaringer.

**Resultat:** En del av kvinnene som har gått gjennom en mastektomi får et lavt selvbilde, samt at selve brystkreftbehandlingen også har innvirkning på selvbildet til kvinnene. Tilstrekkelig tilpasset informasjon og støtte fra sykepleierne har en positiv innvirkning på selvbildet hos kvinnene. Det essensielle i arbeidet med disse kvinnene er sykepleierens evne til å skape gode relasjoner og kommunisere med kvinnene.

**Konklusjon:** Hos flesteparten av kvinnene uavhengig av kultur og land, så vil selvbildet bli påvirket på en eller annen måte etter at kvinnene har gjennomgått en brystkreftbehandling. Når vi som sykepleiere bruker oss selv terapeutisk, fremmer håpet, kommuniserer og informerer vil dette bidra til at de fleste kvinnene opplever en aksept med sitt endrede selvbilde.

Nøkkelord: Brystkreft, brystkreftbehandling, mastektomi, selvbilde, sykepleie

«Jeg blottet mitt nakne bryst, det bryst jeg ikke lenger eide og rådde over, mitt  
istykkerskârne bryst som var fjernet fra min kropp for alltid. Min sjel lå åpen og skalv»

(Tuft, 1991, s. 17)

---

## Innhold

<b>SAMMENDRAG</b> .....	<b>2</b>
<b>1. INNLEDNING</b> .....	<b>6</b>
<b>1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA OG HENSIKTEN MED OPPGAVEN</b> .....	6
<b>1.2 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING</b> .....	6
<b>1.3 PRESISERING OG AVGRENSNING</b> .....	7
<b>1.4 OPPGAVENS OPPBYGGING</b> .....	7
<b>2. METODE</b> .....	<b>9</b>
<b>2.1 LITTERATURSØK</b> .....	9
<b>2.2 KILDEKRITIKK</b> .....	10
<b>2.3 ETISKE OVERVEIELSER</b> .....	11
<b>3. TEORI</b> .....	<b>13</b>
<b>3.1 CANCER MAMMAE (BRYSTKREFT)</b> .....	13
<b>3.2 KVINNER OG KROPP ETTER BRYSTKREFTBEHANDLING</b> .....	15
<b>3.3 JOYCE TRAVELBEE</b> .....	19
<b>3.4 SYKEPLEIERENS FUNKSJON</b> .....	22
<b>4. FUNN</b> .....	<b>24</b>
<b>4.1 SAMMENDRAG AV HOVEDFUNNENE</b> .....	27
<b>5. DISKUSJON</b> .....	<b>29</b>
<b>5.1 DEN ENDREDE KROPPEN ETTER BRYSTKREFTBEHANDLING</b> .....	29
<b>5.2 Å FREMME HÅPET</b> .....	35
<b>5.3 TERAPEUTISK BRUK AV SEG SELV</b> .....	37
<b>6. KONKLUSJON</b> .....	<b>41</b>

---

<b>LITTERATURLISTE.....</b>	<b>42</b>
<b>VEDLEGG 1.....</b>	<b>47</b>
<b>VEDLEGG 2.....</b>	<b>48</b>

## 1. Innledning

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema og hensikten med oppgaven

Brystet har bestandig vært et symbol på det feminine, og det er et identitetsskapende organ som fremhever funksjoner som amming og ved seksualitet. Den kreftformen som rammer flest kvinner er brystkreft, og i 2014 fikk 3324 norske kvinner diagnosen (kreftregisteret, 2016). Å få fjernet et bryst kan være traumatisk. Selvoppfatningen, rollen i det sosiale livet, den fysiske helsen og identiteten som kvinne, seksualpartner og mor er utsatt (Gjertsen, 2010). Etter operasjonen sliter mange med å akseptere sitt endrede utseende; endel føler seg ikke lengre som en kvinne. Psykososiale problemer som angst, depresjon og fatigue blir rapportert av 15 – 25 % av de som overlever kreft (Fosså, 2007). Kvinner reagerer forskjellig på det å miste et bryst, og vi ønsker å få mer kunnskap om hvordan kvinnene opplever dette. Vi ønsker også å få innsikt i hvordan vi som sykepleiere kan hjelpe kvinnene til å akseptere sin endrede kropp.

I mange instanser i helsesektoren møter vi på kvinner som vil få eller har fått utført brystkreftbehandling og mastektomi. Vi har ikke mye erfaring rundt brystkreftrammede kvinner, men vi synes dette er et interessant tema som vi vil lære mer om. For å bli mer trygg i vår sykepleierrolle, vil vi lære mer om sykepleierens rolle i møte med kvinner som har gått gjennom en brystkreftbehandling. Gjennom våre praksisperioder har vi truffet på noen kvinner som har gjennomgått en brystkreftbehandling og mastektomi, samtidig som en av oss har opplevd dette i nær familie. I fremtiden har begge to ønske om å arbeide med kreftpasienter.

### 1.2 Presentasjon av problemstilling

Vi har valgt å sette oss inn i hvordan kvinner opplever livet etter brystkreftbehandling, og hvordan dette påvirker selvbildet. Hensikten med oppgaven er at vi som sykepleiere skal bli trygge i vår rolle i møte med brystkreftopererte kvinner, slik at vi kan hjelpe kvinnene i tiden etter med tanke på å akseptere sitt endrede selvbilde og fremme livskvaliteten. Vi har kommet frem til følgende problemstilling: *«Hvordan opplever kvinner livet etter brystkreftbehandling, og hvordan kan vi som sykepleiere hjelpe kvinnen til å akseptere sitt nye selvbilde etter brystkreftbehandlingen?»*

### **1.3 Presisering og avgrensning**

Oppgaven baserer seg på kvinner fra 18 år og oppover som har gjennomgått brystkreftbehandling. Sykepleien foregår på et kurs- og rehabiliteringssenter for kreftpasienter hvor formålet er å gi hjelp og støtte etter en brystkreftbehandling. Vi vet at etter en brystkreftbehandling kan kvinnen få mange plager. På grunn av oppgavens omfang vil vi i denne oppgaven legge vekt på håravfall, lymfødem, angst og depresjon, med hovedfokus på selvbildet.

Vi vet at pårørende kan være en viktig ressurs i kvinnenens liv, men på grunn av oppgavens omfang har vi valgt å ikke fokusere på pårørende i denne oppgaven.

I denne oppgaven omtaler vi kvinnene som «kvinner», «pasienter», «brystkreftrammede» og «individer».

I oppgaven bruker vi begrepene kroppsbilde og selvbilde synonymt. Det skilles i liten grad mellom begrepene i faglitteraturen, og vi mener at hvis man har et godt kroppsbilde så påvirker dette selvbildet og motsatt. Ifølge Bjørk & Breievne (2012) er kroppsbildet en del av selvbildet. Kroppsbildet er en persons opplevelse av egen kropp. Selvfølelse og trygghet er nært knyttet til egen identitet, og dette kan kroppsbildet være med på å forandre (Malt, 2009).

### **1.4 Oppgavens oppbygging**

Vår oppgave inneholder sammendrag, innledning, metodedel, teoridel, funndel, diskusjonsdel, konklusjon, litteraturliste og to vedlegg. Oppgaven er delt inn i 6 ulike kapitler.

Kapittel 1 inneholder innledningen som består av bakgrunn for valg av tema og hensikten med oppgaven, problemstilling, presisering og avgrensning, og oppgavens oppbygging.

Kapittel 2 består av metodedel. Innholdet er litteratursøk, kildekritikk og etiske overveielser.

Kapittel 3 er teoridelen som inneholder faglitteratur og sykepleieteori som er relevant for å kunne svare på problemstillingen.

Kapittel 4 inneholder funn og sammendrag av hovedfunnene i forskningsartiklene.

Kapittel 5 er diskusjonsdelen hvor faglitteratur drøftes opp mot forskning, skjønnlitteratur og egne erfaringer.

Kapittel 6 består av en konklusjon som sammenfatter våre funn i diskusjonsdelen. Vi vil oppsummere og svare på problemstillingen vår.



## 2. Metode

Sosiologen Vilhelm Aubert sin definisjon på metode: «En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» (sitert i Dalland, 2013, s. 111).

Metode er en framgangsmåte som frembringer kunnskap, og den sier noe om hvordan vi skal få tak i kunnskapen vi trenger for å kunne skrive oppgaven. Det er viktig at vi velger en metode som kan gi oss anvendelig informasjon, og som belyser problemstillingen på en faglig måte (Dalland, 2013).

Vår oppgave er en litteraturstudie som baserer seg på pensumlitteratur, selvvalgt litteratur og forskning. Innenfor et litteraturstudie kan vi skille mellom kvalitative og kvantitative metoder. Den kvalitative metoden har fokus på opplevelsen og meningen til den enkelte person, og for å få frem dette brukes det for eksempel observasjoner eller intervjuer. Her har forskeren direkte kontakt med deltakerne, dette for å kunne få et helhetlig bilde. Kvantitative metoder formidler funn i form av statistikk og målbare enheter. Dette kan gjøres ved hjelp av systematiske observasjoner eller spørreskjema med faste alternativer. Her står forskeren på utsiden og har ikke direkte kontakt med deltakerne (Dalland, 2013).

### 2.1 Litteratursøk

Oppgaven er skrevet etter Høgskolen i Hedmark sine retningslinjer. Retningslinjene for bacheloroppgaven har krav om at vi skal bruke pensumlitteratur og 400 sider selvvalgt litteratur inkludert forskning. I vår oppgave har vi brukt pensumlitteratur og selvvalgt litteratur fra biblioteket på høgskolen og folkebiblioteket. I tillegg til dette har vi lest bacheloroppgaver fra tidligere år med noe av samme tema og deres litteraturlister for å få tips til litteratur.

For å finne relevant litteratur har vi søkt i høgskolens databaser. Der søkte vi blant annet på brystkreft, sykepleie, cancer, kreft og selvbylde, mastektomi. Innenfor vårt tema fant vi også skjønnlitteratur hvor kvinner som har hatt brystkreft har fortalt sin historie. Dette synes vi var relevant for oss å bruke da vi får et innblikk i følelser og tanker som kvinnene har.

Når vi søkte etter forskningsartikler benyttet vi oss av PICO- skjema (vedlegg 1). Databaser vi brukte for å søke etter forskning på var: OVID, Cinahl, PubMed, Wiley Online Library, SveMed+ og Google Scholar. I databasene SveMed+, Cinahl og Wiley Online Library brukte vi MESH termer for å snevre inn søket, og for å bruke søkehistorikken til å kombinere søkene med ”AND” og ”OR”. I starten av søket vårt var vi enige om ikke å ha eldre forskning enn 5 år. Etter en del søking fant vi ut at vi måtte utvide tidsrommet. De eldste artiklene er fra tidsrommet 2004 – 2009. Vi valgte å ta med disse artiklene fordi forskningen vi fant var relevant for vår oppgave. Søkene som vi har gjort er ført opp i et søkeskjema som ligger i vedlegg 2.

Vi fant 17 artikler totalt. Av disse ble 11 ikke valgt ut på grunn av at de var av eldre dato, og resten inneholdt ikke det fokuset som vi ville belyse. Når vi fant forskning brukte vi IMRAD-prinsippet. Dette innebar å se etter introduksjon, metode, resultat og diskusjon i artiklene vi fant. IMRAD-prinsippet forteller om artikkelen er forskningsbasert, men ikke noe om kvaliteten. Vi vurderte selv om artiklene var nyttige i vår oppgave der IMRAD-prinsippet ikke ble dekket opp. For å vurdere om artiklene er oversiktsartikler, prevalens/tverrsnittstudier eller kvalitativ, så benyttet vi sjekklister på kunnskapssenteret (kunnskapssenteret, 2016).

## **2.2 Kildekritikk**

Kildekritikk er metodene som brukes for å kunne slå fast om en kilde er sann. Det vil si at vi må karakterisere og vurdere kildene som benyttes. Det finnes to typer kildekritikk. Den første omhandler hjelp til å kunne finne den litteraturen som belyser problemstillingen best mulig. Den andre omhandler det at vi må kunne redegjøre for litteraturen vi har brukt (Dalland, 2013).

Vi benyttet oss av bøker som er mest relevant for vår oppgave. Noen av bøkene vi hadde tenkt å benytte oss av hadde relevante titler, men innholdet var ikke relevant nok for vår oppgave og ble derfor ekskludert. Boka «Kreftsykepleie: pasient – utfordring – handling» av Reitan & Schjølberg (2010) er en bok vi har lagt mye vekt på på grunn av relevant informasjon og gode kapitler som omhandlet teori som kan være med på å besvare vår problemstilling.

---

Pensumlitteraturen fra bachelorstudiet har inneholdt lite teori om temaet vårt. Fra vår pensumliste har vi valgt å benytte oss av «Grunnleggende sykepleie bind 1, 2 og 3» av Kristoffersen, Nortvedt & Skaug (2012) og «Klinisk sykepleie 2» av Almås, Stubberud & Grønseth (2010), dette fordi det var relevant teori som var aktuelt for vår oppgave.

I den selvvalgte litteraturen har vi vært nøye på å gå igjennom kapitlene for å se om de inneholdt relevant teori om temaet vi ønsket å legge vekt på; alder på bøkene er også noe vi har vært kritiske til. En av bøkene vi valgte oss ut er fra 1986: «Min kreft - mitt ansvar? » av Heidi Tuft. Vi tok med boken fordi den inneholder hennes personlige erfaring med brystkreft, og opplevelsen av helsevesenet. Svakheter med boken er at den er 30 år gammel, men etter å ha lest nyere skjønnlitteratur så ser vi det at hennes personlige erfaringer er like relevante som det dagens brystkreftopererte forteller om.

Alle forskningsartiklene i oppgaven er skrevet på engelsk. Når vi skulle oversette til norsk kunne det være en utfordring med at ord og uttrykk ikke ble oversatt riktig, samt at noen engelske ord kan ha flere betydninger på norsk. Dette kan være en svakheter med oppgaven, men vi mener at vi allikevel har fått frem hovedbudskapene i artiklene ved oversettelse.

En av forskningsartiklene vi valgte ut, « *Impact of chemotherapy-induced alopecia distress on body image, psychosocial well-being, and depression in breast cancer patients* » er fra Korea. I artikkelen påpekes det at kulturforskjeller kan påvirke resultatene, men vi valgte å ta den med fordi kvinnene i Korea har blitt mer påvirket av den vestlige kulturen de senere årene og en kan derfor trekke paralleller mellom de østlige og vestlige kvinnene.

Boken «Mellommenneskelige forhold i sykepleie» av Travelbee er oversatt til norsk fra amerikansk. Dette kan gi upresiserte fortolkninger. Vi valgte likevel å bruke den norske boken fordi den var lettere for oss å lese enn den engelske utgaven.

Vi syntes det var litt vanskelig å samle funnene fra hver enkelt forskningsartikkel til et sammendrag. Mange av funnene går inn i hverandre, og vi følte at det var vanskelig å sette et skille mellom funnene. Dette kan være en svakheter ved vår litteraturstudie.

### **2.3 Ethiske overveielser**

Ethiske overveielser handler ikke bare om å følge regler. Vi må tenke gjennom de etiske utfordringene som arbeidet fører med seg, og hvordan vi skal håndtere det. Bruk av

personopplysninger og etiske overveielser er ikke de eneste forutsetningene for en oppgave og forskning. Det at vi skal kunne ha et godt forhold til de som stiller opp med egne opplevelser og erfaringer er også en forutsetning (Dalland, 2013).

Vi har sett på forskningsartiklene vi valgte ut, at det ble brukt pseudonyme navn for å ivareta identiteten. I noen av artiklene kom det frem at kvinnene hadde fått informasjon om studien, og at de hadde gitt samtykkeerklæring. Gjennom oppgaven krediterer vi forfattere og kapittelforfattere for arbeidet de har gjort, og er nøye på kildehenvisninger med hjelp av APA. Våre egne tanker, meninger og erfaringer i drøftingen er gjort tydelig som våre egne. Vi har vernet om taushetsplikten i bruk av egne erfaringer ved ikke å nevne navn eller oppgi andre opplysninger som kan knyttes opp mot kvinnene.

### 3. Teori

#### 3.1 Cancer mammae (brystkreft)

Den kreftformen som rammer flest kvinner er brystkreft. I 2014 fikk 3324 norske kvinner diagnosen brystkreft (kreftregisteret, 2016). Schlichting (2014) skriver at cirka 45 % av alle som blir operert for brystkreft får operert vekk hele brystet. Nesten 9 av 10 kvinner som rammes av brystkreft er i live 5 år etter at de fikk diagnosen. Ved utgangen av 2014 var det 88 % av kvinnene som ble friske av eller levde med brystkreft. Allikevel døde 663 norske kvinner av brystkreft samme år (kreftregisteret, 2016).

Det er vanskelig å fastslå årsaken til brystkreft, med unntak av særegne genforandringer som har blitt påvist. Noen kjente disponerende faktorer er: høy alder, tidlig menstruasjon, sen overgangsalder, arv, hormonbehandling, overvekt, inaktivitet, ingen eller få graviditeter og tidligere historikk med brystkreft (Sørensen & Almås, 2010). Det finnes to typer svulster; benigne og maligne. De benigne vokser langsomt, er godartede og sprer seg ikke til andre kroppsdeler. De maligne er skadelige, hurtigvoksende og kan danne metastaser (Buckman & Whittaker, 2002).

Brystkreft blir oppdaget enten ved mistenkelige funn på mammografi eller at en selv oppdager en kul i brystet. Kulen kan også kjennes i armhulen eller over kragebeinet (Wist, 2010). Mange brystkreftsvulster blir oppdaget før en kjenner symptomene. Det kan ta år fra de første mikroskopiske forandringene oppstår til det blir en kjennbar kul eller til spredning. Brystkreftcellene infiltrerer lokalt, men de kan også rive seg løs og gi spredning i lymfeknuter omkring krageben, armhule og bak brystbenet. Når det sprer seg via lymfebaner gir dette økt risiko for spredning til lunger, lever og skjelett (Sørensen & Almås, 2010).

Tegn på brystkreft kan enkelte ganger være at det kommer ut sekresjon som enten er blank eller blodtilblandet fra utførselsgangene på brystvorten. Et annet viktig tegn er hvis brystvorten er trukket inn, og hvis den til normalt ikke har vært trukket inn tidligere. Tegn på langtkommet sykdom er rødflammet hud, og appelsinhud. Det er viktig å huske på at ikke alle kuler i brystet er kreftkuler, men at det bør undersøkes av en erfaren lege (Wist, 2010).

Buckman & Whittaker (2002) sier at hovedmålet med brystkreftbehandlingen er å fjerne primærsvulsten, redusere residiv i armhulen eller i brystet, og redusere faren for metastaser.

Om lag 90 % av de som har fått diagnosen brystkreft kan opereres. Dette vil si at de ikke trenger forbehandling før operasjonen. Resterende 10 % må få preoperativ cytostatikabehandling på grunn av at kulen er større enn 5 cm, eller at de har fjernmetastaser (Kåresen & Wist, 2012).

Klepp (2014) skriver at brystkreft kvalifiseres i fire stadier. I det første stadiet er det ingen spredning, og svulsten er mindre enn fem centimeter. I det andre stadiet er svulsten fremdeles mindre enn 5 centimeter, men det er nå spredning til bevegelige lymfeknuter i armhulen på samme side. På det tredje stadiet er primærsvulsten mer lokalavansert og det er mer utbredt lymfeknutespredning, men ingen metastaser. I stadie fire er metastaser påvist (Klepp, 2014).

Ifølge Sørensen & Almås (2010) brukes denne inndelingen som utgangspunkt for valg av behandlingsmetode. Den viktigste behandlingsmetoden mot brystkreft er kirurgi. Dette foregår enten alene, eller i kombinasjon med strålebehandling, cytostatika og endokrinbehandling. Kirurgien foregår på to ulike måter. Det første er brystbevarende kirurgi. Her blir selve svulsten fjernet, brystet bevares, og det gis postoperativ strålebehandling for å redusere risikoen for residiv. Den andre metoden er fjerning av hele brystet (mastektomi). Med denne metoden fjernes hele brystkjertelen og eventuelt lymfeknutene i armhulen ved påvist spredning (Sørensen & Almås, 2010).

### Mastektomi

Mastektomi er å fjerne hele brystet, og dette kan gjøres på tre forskjellige måter:

1. Den eldste typen er radikal mastektomi, men utføres svært sjeldent i disse dager. Operasjonen er svært omfattende da hele brystet, huden, brystvorten, lymfeknutene i armhulen, fett og muskler i brystveggen blir fjernet.
2. Modifisert radikal mastektomi er mindre ødeleggende og omfattende enn radikal mastektomi. Det som blir fjernet er den minste brystmuskelen, brystet og noen av lymfeknutene. Dette er en vanlig behandlingsmåte for de som er rammet av brystkreft.
3. Ved total mastektomi fjerner en kun brystet, og ikke brystmuskelen. Det kan hende at noen knuter må fjernes for å ta en stikkprøvekontroll for å se etter kreft (Buckman & Whittaker, 2002).

---

### 3.2 Kvinner og kropp etter brystkreftbehandling

I dag lever vi i et visuelt samfunn, og teknologien muliggjør en flom av bilder. Opplevelse av mening, oppfatning av normer og verdier og identitet formes av det visuelle mangfoldet. Det er den veltrimmete, rynkefrie, vakre og slanke kroppen som i dag representerer idealet. Kroppen dreier seg ikke bare om utseende, men handler også om kroppens betydning av identitet og velvære. Gjennom vår kropp uttrykker vi vår identitet. Det som gir en opplevelse av kontroll og tydelighet, er å kunne skape sin kropp ved hjelp av ulike teknikker (Bjørk & Breievne, 2012).

#### Fatigue (tretthet)

Fatigue er det symptomet som forekommer hyppigst hos kreftpasienter, og kan opptre i alle faser av sykdommen (Loge, 2013). Fatigue er redusert funksjonskapasitet og økt ubehag grunnet nedsatt energi. Tilstanden kan oppleves som svakhet og tretthet som ikke forsvinner av søvn og hvile (Schjølberg, 2010b). For å finne ut om kvinnen har fatigue, kan vi få dette belyst ved å stille henne spørsmål (Loge, 2013). Mange pasienter beskriver det som kraftløshet, energiløshet, svakhet, nedstemthet, mangel på motivasjon og konsentrasjonsvansker. Det kan være en utfordring å skille mellom hvordan fatigue kommer til uttrykk, hva som forårsaker det og hvilke følger det får for pasienten (Schjølberg, 2010b). Saarik & Hartley (2010) skriver at mangel på energi til å gjennomføre daglige oppgaver kan resultere i tap av identitet, følelse av isolasjon og en dårligere livskvalitet. Siden fatigue ikke kan behandles, så er sykepleierens mål å hjelpe kvinnen med tiltak som kan minske de negative virkningene tilstanden har på hennes livskvalitet (Schjølberg, 2010b). Å støtte og oppmuntre kvinnene, samt gi dem skriftlig informasjon er også en sykepleiers oppgave (Saarik & Hartley, 2010).

#### Angst og depresjon

Angst og depresjon er vanlig hos de som får kreft selv om de tilpasser seg situasjonen. Tall viser at 20 – 30 % av de brystkreftrammede pasientene får disse psykiske lidelsene. Det å leve med kreft kan være med på å gi psykiske vansker som for eksempel redsel for smerter, tretthet, depresjon, dødsangst og stressreaksjoner. Det å måtte akseptere seg selv på nytt og å akseptere at en har kreft kan ta tid, og det er mange som er engstelige og deprimerte lenge etter operasjonen. Forandret kroppslige plager og en forandret kropp kan få negative konsekvenser for livsutfoldelse som seksuallivet og selvbildet til kvinnen. En påminnelse om

sykdommen som alltid vil være der er arret. Kvinnen må gå på jevnlige kontroller, og dette er med på å bekrefte at et tilbakefall kan være reelt. Det er viktig at vi som sykepleiere gir pasienten psykisk støtte. Vi må vise pasienten at vi har tid til å svare på spørsmål, kommunisere med pasienten, gi støtte og råd. Vi kan henvise pasienten til kreftforeningen, der de har kreftsykepleiere som kan kontaktes hvis en har behov for å prate (Sørensen & Almås, 2010).

Angst synes å være relatert til den personligheten mennesket måtte ha. Angsten er mer vedvarende hos mennesker som har en personlighet som er preget av engstelse og utrygghet. Reaksjon på et tap kan gi depresjon. Selv om en har overlevd kreften, så kan tap av et bryst øke sjansen for en depresjon med tanke på frykten for metastaser og tilbakefall av kreften (Fosså, 2007).

### Lymfødem

Lymfødem er en bivirkning som kan oppstå etter brystkreftbehandling. Dersom mange lymfeknuter i armhulen blir ødelagt ved strålebehandling eller fjernet operativt, blir lymfedrenasjen redusert. Noen av symptomene er tyngdefornemmelse, stivhet i ledd, sprenge og økning i omkretsen av armen (Sørensen & Almås, 2010). En pasient forteller at hun spurte og grov om hva hun skulle gjøre for å ikke få lymfødem, men at ingen visste svaret. Dessuten snakket alle om hva hun ikke kunne gjøre (Lindebrække & Midtbø, 2003).

Greenslade & House (2006):

*Nobody talked about it; and when I brought it up in the oncology clinic, they all nodded and changed the subject... I was given the impression that since it was non-life threatening, since I had cancer and had to have surgery/radiation, I should be grateful and not complain about lymphedema...my most pressing problem, the thing that changed my life the most was lymphedema and they always give me the impression that I should be grateful that's all I had... Why was I complaining about something that made no difference but... it made a big difference to me. (s.168)*

Vigen (2010) skriver at sykepleierens oppgaver er blant annet å gi informasjon, veiledning og opplæring til egenbehandling.



---

### Håravfall (alopecia)

«Da jeg klippet av meg mitt lange hår, var det en større sorg for meg enn å få fjernet det ene brystet mitt», sier Anbjørg Sætre Håtun (2014, s. 65).

Tendø (2000) skriver at det sies at håret er kvinners pryd, men at det er under forutsetning av at håret sitter fast på hodet. Kjemoterapi og strålebehandling kan føre til delvis hårtap eller at alt håret faller av. Cytostatika behandling er systemisk og ved denne type behandling er det vanlig at en mister alt av kroppshår. Det kan ta et par uker før håret begynner å falle av, mens gjenvekst av hår kan starte noen uker eller et par måneder etter at behandlingen er avsluttet (Varre, 2010). Det å miste håret er et synlig tegn på at en har kreft. Det å miste håret delvis kan være en større psykisk påkjenning enn det å miste alt håret. For mange er håret nært knyttet til kroppsbildet og det er viktig at vi som sykepleiere snakker med kvinnen om hvordan dette kan oppleves. Det at pasientene er godt informert og forberedt på hårtapet kan ha en stor betydning på opplevelsen av det (Siggerud, 2010). Ifølge Petersson, Eriksson & Niklasson (2006) er det viktig at sykepleieren informerer om at håravfallet er reversibelt. Buckman & Whittaker (2002) skriver at sykepleieren kan hen vise til en parykksalong slik at kvinnen kan ha parykken klar før kjemoterapien starter.

### Selvbilde

Sykepleieforsker Bob Price omtaler kroppsbildet som:

”Kroppsbildet de oppfatningene en person har av seg selv med hensyn til kroppsfunksjon og utseende. Personens kroppsbilde utvikles over tid, formes av mange ulike faktorer og er en del av selvbildet” (sitert i Bjørk & Breievne, 2012, s. 377).

Schjølberg (2010a) skriver at et selvbilde innebærer den personlige oppfatningen en person har av sin egen kropp. Kreftpasienter kan få kroppslige forandringer eller funksjonsforandringer som følge av behandlingen. Pasientene vil ha ulike opplevelser i endringen av kroppsbildet sitt, avhengig av hvilken kroppsdel som berøres (Schjølberg, 2010c).

Brystet har bestandig vært et symbol på det feminine. Brystet er et identitetsskapende organ som fremhever funksjonene som amming og ved seksualitet. Forandringene ved å fjerne et bryst kan bli traumatisk for pasienten, slik at det kan oppleves som en krise. Hennes selvpfatning, identitet som kvinne/mor/seksualpartner, sosiale rolle og fysiske helse blir

truet. Mange føler sorg etter operasjonen. Dette er ikke bare sorg over tapet av brystet, men også sorg over tap av kvinnelighet og identitet. Alderen har ikke noe å si for denne følelsen som en skulle tro. Mange eldre kvinner opplever endring av kroppsbildet som en stor utfordring. Mens en del yngre kvinner synes det ikke er så farlig at brystet blir borte, bare de blir kvitt kreften (Gjertsen, 2010). I Tendø (2000) sin bok sier en av de yngste kvinnene at hun ikke hadde noen sorgreaksjon som følge av et tapt bryst, fordi identiteten hennes satt ikke i brystene. Rett etter operasjon kan kvinnene ha problemer med å berøre arret, og å se seg selv i speilet. Det er ikke uvanlig at kvinnene opplever seksuelle problemer, da de føler seg lite attraktive med bare ett bryst og et stort arr (Gjertsen, 2010).

Det er tre viktige komponenter som definerer kroppsbildet. *Kroppsideal*: kjennetegner indre standard for kroppsbildet. *Kroppssrealitet*: egen oppfattelse av hvordan en føler og oppfatter kroppen sin på. *Kroppspresentasjon*: hvordan kroppen vises frem ved bruk av sminke, kroppsspråk og klær. Opp i gjennom livet prøver vi mennesker å oppnå en balanse mellom disse tre faktorene. Hvis det skjer en forandring med en av faktorene, vil vi prøve å få en likevekt gjennom de to andre faktorene - gjennom blant annet vårt sosiale nettverk og våre mestringsstrategier. Reaksjonene på et endret kroppsbilde avhenger av faktorer knyttet til kvinnen selv som person, og hennes reaksjonsmønster tidligere i en vanskelig situasjon (Schjølberg, 2010c).

Graden av endret kroppsbilde har mye å si for hvordan kvinnen ser på seg selv. En viktig oppgave sykepleieren har er å hjelpe kvinnen til å forstå og akseptere et endret kroppsbilde etter kreft og kreftbehandlingen. Endringer i kroppsbildet virker inn på selvbildet og har betydning for selvfølelsen. Før sykepleieren kan planlegge omsorg til kvinnen, må vi observere henne for å kartlegge hva slags tiltak som kan iverksettes. Å iverksette tiltak som blandt annet gjelder kroppssrealitet, kroppsideal, kroppspresentasjon og sosialt nettverk er mest hensiktsmessig. Det viktigste er kommunikasjon og informasjon for å hjelpe kvinnen til å mestre kroppsendringen (Schjølberg, 2010c).

Endringene i kroppsbildet har betydning for selvfølelsen og selvbildet. Endringene som skjer med kroppsbildet kan få en innvirkning på venner, forholdet til familien og arbeidet. Problemene som oppstår kan vise seg i seksuelle- og psykiske problemer, praktisk og fysisk art. Hvordan vi som mennesker reagerer på endret kroppsbilde avhenger av tidligere reaksjonsmønster av vanskelige situasjoner og av personen selv (Schjølberg, 2010a)

---

Kroppsbildet inkluderer tidligere eller aktuelle oppfatninger og følelser som hver enkelt person har i forhold til hvordan man tar seg ut, hvordan den fungerer og kroppsstørrelsen. Hvordan vi som mennesker oppfatter vår kropp sier noe om vår selvoppfatning. Kroppsoppfatningen er kontinuerlig og det gir bevisste og ubevisste følelser i relasjon til kroppen, og det er grunnleggende for vår identitet (Hummelvoll, 2012).

Etter en gjennomgått mastektomi må en få plass og erstatte tapte brikker, men uansett hvor mye kvinnene forsøker, så vil bildet aldri bli slik det en gang var. Kvinnene må finne et nytt bilde de kan kjenne seg igjen i (Tendø, 2000). Når utseendet endres på grunn av behandlingen, så vil en del kvinner føle seg fremmed i sin egen kropp (Lorentsen & Grov, 2010). Tendø (2000) skriver at hun ikke er seg selv mer etter at hun gjennomgikk en mastektomi, hun følte seg fysisk og psykisk ribbet. Når en blir berørt av et fysisk tap som for eksempel at en mister en lemsdel eller at kroppen ikke fungerer som den skal, kan dette være med på å slå sprekker i selvbildet. Når det fysiske endres kommer det som regel en periode med depresjon. Det å måtte tilpasse seg og akseptere at en har forandret kroppsfunksjon og utseende tar ofte lang tid (Hummelvoll, 2012).

Jo mer en person liker og godtar kroppen sin, desto friere og tryggere er hun for angst. Det å ha et godt forhold til sin egen kropp, er avgjørende for selvaktelsen. Selvaktelsen handler om individets oppfatning av sin egenverd. Emosjoner, tankeprosesser, verdier, mål og lengsler er noe som selvaktelsen påvirker. Mennesker med god selvaktelse har minimalt med angst. De aksepterer andre og seg selv, og de går godt i lag med andre mennesker. Mens noen mennesker er preget av god selvaktelse er det også noen som er preget av lav selvaktelse. Dette kan kjennetegnes i for eksempel skyldfølelse og bekymring, problemer med mellommenneskelige forhold og en tilbaketrekning fra virkeligheten (Hummelvoll, 2012).

### **3.3 Joyce Travelbee**

Vi har i denne oppgaven valgt å ta for oss sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee. Hun belyser hvor viktig et menneske-til-menneske-forhold er som et virkemiddel for å gjøre det mulig å oppfylle sykepleierens mål og hensikt som er å hjelpe et individ med å forebygge eller mestre sykdom og lidelse. Travelbee drar frem viktigheten av at sykepleieren må bruke seg selv terapeutisk i kommunikasjonen. Travelbee (1999) mener også at sykepleierens

oppgave er å hjelpe pasienten til å finne mening i erfaringene som følger med sykdom og lidelse.

Joyce Travelbee var en amerikansk psykiatrisk sykepleier som hadde sin oppmerksomhet rettet mot de mellommenneskelige relasjonene i sykepleien (Kristoffersen, 2012).

Generaliserte oppfatninger av mennesker er noe Travelbee sterkt tar avstand fra. Hun ser på hvert menneske som et enestående og uerstattelig individ. Sykdom, lidelse og tap er fellesmenneskelige erfaringer, men det enkelte individs opplevelser av disse erfaringene er høyst personlig. Travelbee hevder lidelse og sykdom hos et menneske er viktigere å forholde seg til enn den diagnosen mennesket måtte ha (Travelbee, 1999).

Håp gjør at mennesker er i stand til å mestre situasjoner som er vonde og vanskelige. Mange syke må lære seg å leve med virkningene av en sykdom, og sykepleierens rolle er å hjelpe dem til å oppleve håp for å mestre sykdommen og lidelsen. Det er også sykepleierens rolle å gjenvinne håpet hos de som opplever håpløshet. Sykepleieren må gjøre seg tilgjengelig, og lytte når pasienten snakker om frykten og angsten hun kjenner på (Travelbee, 1999).

Ifølge Travelbee er det å innlede et menneske-til-menneske-forhold hensikten til en sykepleier. Forholdet som etableres er en eller flere erfaringer mellom mennesket som er sykepleier og et individ som trenger helsepersonellens tjenester. Selv om sykepleieren har ansvaret for å etablere og opprettholde forholdet, så kan ikke vedkommende utføre dette alene – forholdet må være gjensidig (Travelbee, 1999).

Travelbee (1999) skriver at følgende faser må gjennomgås for å oppnå et menneske-til-menneske-forhold:

*Det innledende møtet* – sykepleier og pasient kjenner hverandre ikke, og har som oftest en “stereotype” oppfatning av hverandre. Sykepleierens utfordringer er å se kvinnen for den hun er, og ikke tro at hun er lik andre pasienter.

*Fremvekst av identiteter* – identiteten og personlighetene trer frem, og et bånd oppstår. Pasienten ser sykepleieren som et særegent individ og sykepleieren får en anelse av hvordan pasienten opplever sin situasjon, og hva hun tenker og føler. Sykepleierens oppgave er å være bevisst på hvordan hun oppfatter kvinnen, og bli klar over det unike hun innehar.

*Empati* – forstå tilstanden som individet er i et bestemt øyeblikk. Dette er en erfaring mellom flere individer, og er avhengig av at individene har like erfaringer.

---

*Sympati* – er en tankegang, følelse og holdning som kommuniseres i fra den ene til den andre. Dette kan være med på å lette lidelsen siden sykepleieren er med på å forstå og deler lidelsen til pasienten.

*Gjensidig forståelse og kontakt* er oppnådd når de ovennevnte fasene er gjennomgått – pasient og sykepleier deler tanker, følelser og holdninger etter at pasienten har fått tillitt til sykepleieren (Travelbee, 1999).

Kommunikasjon er et av de viktigste redskapene sykepleieren har skriver Travelbee (1999). Det er en gjensidig prosess hvor følelser og tanker deles, og en nødvendig forutsetning for å kunne hjelpe pasienten til å mestre lidelse og sykdom - samt å finne mening i erfaringene. Kommunikasjonens formål er å bli kjent med pasienten, slik at vi kan få kjennskap til hennes behov og møte dem (Travelbee, 1999).

En viktig del i kommunikasjonen er terapeutisk bruk av seg selv. Det er vesentlig å vite hvordan egen atferd påvirker andre, dette er viktig at vi som sykepleiere vet for å kunne bruke oss selv for å handle effektivt eller for å bruke oss selv som endringsagent. Når vi etter hvert klarer å gi slipp på stereotype og automatiske reaksjoner, vil dette etablere mer og nyere relasjoner til andre, dette skjer ved at vi som sykepleiere får økende selvinnsikt. Ved å gjøre seg bevisst på bruk av egne kunnskaper og egen personlighet for å kunne fremme en forandring hos den syke, bruker sykepleieren seg selv terapeutisk (Travelbee, 1999).

Det å bruke seg selv terapeutisk handler om å bruke personligheten sin bevisst og målrettet for å strukturere sykepleieintervensjonene og etablere et forhold til pasienten. For at en skal oppnå dette krever det selvforståelse, innsikt bak menneskelig atferd, selvinnsikt, evne til å tolke egen og andres atferd og evne til å gripe inn i sykepleiesituasjoner. Ved å bruke seg selv terapeutisk bruker en fornuften og intelligensen (Travelbee, 1999).

Som sykepleier må en drøfte sin egen oppfatning og ha en klarhet i forhold til lidelse, sykdom og død. En må være klar over at egne menneskesyn, verdier, livssyn, syn på lidelse og sykdom vil avgjøre i hvilken grad en klarer å hjelpe den andre til å finne en mening i situasjonen en er i. Travelbees hovedtese er at lidelse og sykdom hovedsakelig er erfaringer som er personlige. Disse erfaringene kan oppleves som meningsløse, men de kan være en nødvendig prosess i selvutviklingen. Dersom pasienten ikke klarer å mestre sykdom og lidelse, er det sykepleierens ansvar å hjelpe henne (Travelbee, 1999).

### 3.4 Sykepleierens funksjon

Freysteinson et al. (2012):

I think you nurses should let women talk about [the mirror]. Not that “how you doing today” stuff ‘cause we are just going to say, “Fine, thank you.”... You know, you should say to women, “How you really doing, how you really feeling?” and then give folks a chance to say what’s really on their minds. (s. 365)

Ifølge rammeplanen for bachelor i sykepleie skal sykepleierens funksjon være forebyggende, lindrende, behandlende og rehabiliterende. Sykepleie skal utøves med respekt for pasienten, og med likeverd for alle mennesker. Som sykepleier skal en hjelpe sånn at pasienten kan leve et så normalt liv som mulig, og til å bevare en god livskvalitet til tross for at sykdommen har en krevende behandling og at sykdommen kan være livstruende (Reitan, 2010). Gode, omsorgsfulle relasjoner mellom kvinnen og sykepleieren har betydning for opplevelsen av livskvalitet. Sykepleieren må møte kvinnen med respekt, empati og mot (Lorentsen & Grov, 2010). Sykepleieren har ansvar for å skape et godt og trygt miljø for pasienten. Vi må understøtte pasientens mestringmuligheter, slik at en så raskt som mulig kan gjenvinne god nok helse- og funksjonsnivå (Reitan, 2010).

Et forandret utseende oppleves svært forskjellig fra kvinne til kvinne. Sykepleieren må hjelpe kvinnen til å mestre et forandret kropps- og selvbylde. Vi må finne ut hvor stor verdi det tapte brystet eller den kroppslige forandringen har for hver enkelt kvinne. I vår sykepleie til kvinnene er omsorg et viktig aspekt. Ved å signalisere at vi bryr oss, kan kvinnen oppleve at hun ikke er alene. Med nærvær, gjennom blikk, varhet i stemmen, håndtrykk og oppmerksomhet signaliseres det at en er der for kvinnen, og dette kan føre til at kvinnen føler seg sett og bekreftet som et individ. Kvinnen kan ha et skjult informasjonsbehov, det vil si at hun kan ha behov for informasjon som hun ikke er klar over. For å finne ut av dette, må sykepleieren spørre kvinnen hvordan hun har det (Lorentsen & Grov, 2010).

Mange brystkrefteropererte føler seg frastøtende. Vi som sykepleiere må se kvinnen i hennes sårbarhet, og underbygge hennes verdighet som et menneske uansett. Det å ikke vike med blikket under for eksempel sårstell, men å se direkte på såret og kvinnen kan føre til at kvinnens selvbylde ikke blir mer krenket. Når sykepleieren er bevisst på egen væremåte, så forsterkes ikke kvinnens følelse av å være frastøtende (Lorentsen & Grov, 2010).

Vi har valgt å bruke de yrkesetiske retningslinjene fordi det beskriver det etiske fundamentet for all sykepleie. International Council of Nurses etiske regler og FNs menneskerettighetserklæring er fundamentet for de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (Norsk sykepleieforbund [NSF], 2011). Vi har valgt ut de punktene som er relevante for vår oppgave. Sykepleieren skal:

2.1 fremme helse og forebygge sykdom

2.2 understøtte håp, mestring og livsmot

2.3 ivareta behovet for helhetlig omsorg til hver enkelt pasient

2.4 gi tilstrekkelig og tilpasset informasjon, og sørge for at informasjonen er forstått

6.2 imøtekomme sårbare gruppers behov for helse- og omsorgstjenester (NSF, 2011).

## 4. Funn

I dette kapittelet presenterer vi de 6 utvalgte artiklene med artikkelnavn, og trekker frem funnene fra disse. Til slutt i kapittelet vil vi ha et lite sammendrag av funnene.

### **From «No Big Deal» to «Losing Oneself»: Different Meanings of Mastectomy**

Denne svenske kvalitative forskningsartikkelen tar for seg 15 utvalgte kvinner i alderen 39 – 69 år, fire og et halvt år etter mastektomi. Bakgrunnen for studien var å finne ut hvordan mastektomien hadde påvirket livet til kvinnene.

Tre hovedfunn kom til syne: *Funn 1* – å miste et bryst påvirket ikke kvinners syn på sin identitet. Kvinnene i denne gruppen definerte feminitet som noe mer enn å være koblet til brystet. De koblet det til hvordan de kledde seg, men også personlige kvaliteter og hvordan en fungerte i hverdagslivet. *Funn 2* – kvinnene mente mastektomien hadde ødelagt deres identitet. I forhold til kvinnene i gruppe 1, syns kvinnene her at mastektomi hadde en forferdelig lemlestelse og en betydelig innflytelse på kroppen og de syns det var vanskelig å se seg selv i speilet. De stoppet å gå på trening og i badebasseng fordi de ikke ville utsette seg selv for å bli stirret på av andre. *Funn 3* – kvinnene falt mellom de to andre hovedfunnene; feminiteten deres var såret, men ikke såpass at de følte at kvinneligheten var borte. Konklusjonen av studien er at erfaringene etter gjennomgått mastektomi er individuelle. Alder har noe å si, og om kvinnene lever i et stabilt forhold eller ei (Fallbjörk, Salander & Rasmussen, 2012).

### **The Experience of Viewing Oneself in the Mirror After a Mastectomy**

Amerikansk studie gjennomført ved hjelp av strukturell analyse og fenomenologisk tolkning av et intervju. Fokusgruppen var 12 amerikanske kvinner over 18 år som hadde gjennomgått mastektomi med og uten brystrekonstruksjon for 3 – 12 måneder siden.

Bakgrunnen for studien var å beskrive opplevelsen kvinnene hadde av å se seg selv i speilet etter å ha fått gjennomført en mastektomi. 8 av kvinnene bekymret seg for at deres nærmeste ikke skulle akseptere det kirurgiske området. 9 av kvinnene bekymret seg over om omgivelsene kunne se at de hadde fått utført en mastektomi selv om de brukte protese, og var forsiktig med valget av klær.



---

Konklusjonen er at studien gir et unikt perspektiv når det gjelder kvinner som skal se seg selv i speilet etter at de har fått gjennomført en mastektomi. Noen av kvinnene skulle ønske at de hadde sett seg selv i speilet med en gang, de kunne da ha konfrontert og begynt å takle følelser og tanker med en gang.

De kommer også frem til at sykepleiere bør vurdere å diskutere erfaringen med speilet med kvinnene som har eller skal gjennomføre mastektomi. Sykepleiere bør også velge å tilby et speil til sine pasienter når de gjennomfører sårskift, samt at sykepleieren må undervise kvinnen hvordan hun kan utføre sårskift selv. Undervisning er nødvendig både for kvinnen og sykepleier (Freysteinson et al., 2012).

### **Impact of chemotherapy-induced alopecia distress on body image, psychosocial well-being, and depression in breast cancer patients**

168 koreanske kvinner deltok i denne kvalitative studien hvor aldersgjennomsnittet var på 48,4 år. 21,1 % hadde ikke alopecia, 21,7 % hadde en moderat form for alopecia mens 57,2 % hadde en alvorlig form for alopecia. Hensikten med studien var å evaluere om alopecia hadde noe å si på kroppsbildet, den psykososiale velværen og depresjon.

Kjemoterapi-indusert alopecia var negativt forbundet med kroppsbilde, psykososial velvære og depresjon blant kvinner med brystkreft. Kvinnene som hadde alopecia mistet selvtilliten når de så seg selv i speilet. Kvinner som har brystkreft opplevde et lavere selvbilde i tiden de hadde alopecia. Videre er alopecia forbundet med alvorlige psykiske konsekvenser som depresjon og angst. Kvinnene følte seg ukomfortable når de var ute blant mennesker fordi de var redde for at menneskene skulle gjenkjenne de som kreftpasienter og det gjorde at daglige aktiviteter ble begrenset. Med tanke på at håret er en viktig indikator på feminitet, seksualitet, attraktivitet og personlighet for kvinner, ville hårtap føre til endringer i følelsen av disse faktorene. Dette kan føre til misnøye av egen kropp og en dårlig tilpasning etter behandling (Choi et al., 2014).

### **Suffering related to health care: A study of breast cancer patients' experiences**

16 kvinner i alderen 35 – 69 år med brystkreft i Sverige og Finland deltok i kvalitative intervjuer analysert med hermeneutisk, fortolkende tilnærming. Målet med studien var å tolke og forstå betydningen av pasientenes opplevelse av lidelse knyttet til helsehjelp fra et

etisk, eksistensielt og ontologisk standpunkt. For pasienten er det den helhetlige opplevelsen av profesjonell omsorg og helse-omsorg kultur som virker å være nødvendig.

Resultatet viste at lidelse knyttet til helsetjenester er et komplekst fenomen, og utgjør en etisk utfordring for helsevesenets personell. Kvinnens erfaringer med lidelse knyttet til helsetjenesten virket å være av samme alvorlighetsgrad som sine erfaringer med lidelse i forhold til å ha kreft. Pasientenes lidelser knyttet til helsevesenet hadde sin opprinnelse i erfaringer og skuffelser. Kvinner som led akutt i hele deres eksistens følte at de ikke hadde blitt tilbudt omsorg som hele mennesker. Kvinnene følte ofte at de hadde blitt behandlet som en diagnose og en kropp. Pasientene led mye når de måtte kjempe for å få den riktige omsorgen, og de følte at det var avhengig av dem selv.

Konklusjonen er at fra et omsorgsfullt og etisk synspunkt, fraværet av ansvar, medfølelse og fellesskap mellom pasient og sykepleier syns å være en trussel mot god omsorg som tar sikte på å lindre lidelse. På et eksistensielt nivå, unnlattelse av å erkjenne et menneske som en helhet av kropp, sjel og ånd uttrykt i smerte, fortvilelse og lidelse kan hindre lindring av lidelsen (Arman, Rehnsfeldt, Lindholm, Hamrin & Eriksson, 2004).

### **Living with lymphedema: A qualitative study of women's perspectives on prevention and management following breast cancer-related treatment.**

Intervju av 13 kanadiske kvinner i alderen 45 – 82 år som hadde fått brystkreftrelatert lymfødem. Hensikten var og utforske opplevelsen av lymfødem hos kvinnene for å oppdage og forstå betydningen av disse opplevelsene.

Funnene i studien ble delt inn i 5 hovedgrupper. *Gruppe 1 – alltid der:* Lymfødem påvirker nesten alt i det daglige livet, og håndtering av lymfødemet er både frustrerende, slitsomt og irriterende. *Gruppe 2 – lengsel etter normalitet:* ønsket om å kjøpe normale klær og ikke dekke til armen. *Gruppe 3 – søkende:* kvinnene fikk for lite informasjon om lymfødem av helsepersonell, og måtte søke etter informasjon selv. *Gruppe 4 – følelsesmessig påvirkning:* å ha lymfødem gjorde at kvinnene følte både sinne, frykt, frustrasjon, håpløshet, tristhet og følte at de ikke hadde noe annet valg enn å takle lymfødemet. *Gruppe 5 – oppgitt:* de fleste kvinnene uttrykte en form for sinne rundt situasjonen, og de følte at helsevesenet fikk en form for apati når de hadde spørsmål rundt lymfødem. Kvinnene følte at helsesystemet hadde både sviktet og forlatt dem. Konklusjonen av studien ble at helsepersonellet ikke møter kvinnenes behov for fysisk og psykisk støtte, informasjon eller hvordan lymfødemet

---

skulle behandles. En del av kvinnene var bevisst over sitt eget selvbilde, og noen ganger unngikk de situasjoner som kunne gi oppmerksomhet mot armen (Greenslade & House, 2006).

### **The altered body after breast cancer surgery**

I denne studien ble det brukt en fenomenologisk tilnærming basert på Husserl og Merleau-Ponty's fenomenologiske filosofi, og data ble samlet ved bruk av intervju. Denne tilnærmingen hadde ambisjoner om å beskrive hendelser i kvinnenes livsverden. Det var ti kvinner i alderen 43 – 62 år som deltok i studien. Hensikten med studien var å beskrive hvordan svenske kvinner opplevde kroppen sin etter brystkreftkirurgi.

Alt i denne studien har vist at den endrede kroppen etter en brystkreftbehandling har vært fremmed for kvinnene. Den forandrede kroppen har sviktet kvinnene og blitt et fengsel for dem. Kvinnene ble overrasket over at kroppen deres hadde sviktet dem. I den endrede kroppen er det en kamp mellom lidelse og følelsen av velvære. Dette er en følelse kvinnene må leve med resten av livet og arret etter operasjonen vil alltid være der. Metaforisk sett opplevde de at kroppen var et fengsel, fordi kroppen hadde blitt satt i fokus og krevde oppmerksomhet. De har også opplevd følelsen av hjelpeløshet.

Noen av kvinnene i studien følte at livet deres var i fare, og at kreften lukket noen dører til verden utenfor. De var glade for at de hadde kommet seg gjennom den vanskelige tiden, men kroppen vil aldri bli den samme igjen (Lindwall & Bergbom, 2009).

#### **4.1 Sammendrag av hovedfunnene**

Forskningsfunnene er basert på pasientperspektivet.

*Selvbildet:* Choi et al. (2014), Fallbjörk, Salander & Rasmussen (2012), Greenslade & House (2006) og Lindwall & Bergbom (2009) viser enighet i sine studier om at brystkreftbehandling kan virke inn på selvbildet til kvinner. Det å miste håret kan føre til endringer i følelsen av femininitet, attraktivitet, seksualitet og personlighet. Dette kan igjen føre til misnøye av egen kropp (Choi et al., 2014). Noen av kvinnene mente at mastektomien hadde ødelagt deres identitet, dette hadde en betydelig innflytelse på kroppen og femininiteten deres var såret (Fallbjörk, Salander & Rasmussen, 2012; Freysteinson et al., 2012). I studien til Lindwall & Bergbom (2009) kommer det frem at enkelte kvinner følte kroppen som et fengsel, at kroppen satte grenser for hvordan de kunne leve. Kroppsbildet

hadde blitt endret (Lindwall & Bergdom, 2009). Lymfødeme kan føre til dårlig selvbilde og lavere selvopfatning (Greenslade & House, 2006).

*Kvinnenes opplevelse av helsepersonellet:* Mesteparten av kvinnene følte på at de fikk ingen eller lite med informasjon av helsepersonell, og at de måtte lete etter informasjon selv (Arman et al., 2004; Greenslade & House, 2006). Enkelte kvinner følte at de ikke fikk den sykepleien de skulle ha, og at sykepleieren noen ganger trodde at de visste hva som var best for kvinnene. De følte at de ikke hadde fått omsorg og hjelp som et helt menneske, at de hadde blitt behandlet som en diagnose og et tall. Noen av kvinnene følte også at de måtte kjempe for seg selv for å få den omsorgen de hadde krav på (Arman et al., 2004; Freysteinsson et al, 2012, Lindwall & Bergbom, 2009). På den andre siden følte andre kvinner i studien til Freysteinsson et al. (2012) at det var kun kreftsykepleieren som ga dem god omsorg.

## 5. Diskusjon

I dette kapitlet diskuterer vi teori, funn og praksiserfaringer opp i mot vår problemstilling: «*Hvordan opplever kvinner livet etter brystkreftbehandling, og hvordan kan vi som sykepleiere hjelpe kvinnen til å akseptere sitt nye selvbilde etter brystkreftbehandlingen?*»

Diskusjonsdelen vår belyser hvordan kvinner har opplevd livet etter brystkreftbehandling, og hvordan vi som sykepleiere skal utøve vår rolle overfor kvinnene på best mulig måte. I sykepleiedelen av dette vil vi bruke Joyce Travelbees sykepleieteori med fokus på menneske-til-menneske-forholdet, terapeutisk bruk av seg selv, fremme håpet og kommunikasjon.

Diskusjonsdelen vår vil bli delt inn i den endrede kroppen etter brystkreftbehandling, å fremme håpet og terapeutisk bruk av seg selv.

### 5.1 Den endrede kroppen etter brystkreftbehandling

Idealet i dagens samfunn blir representert av den veltrimmete, rynkefrie, vakre og slanke kroppen, og gjennom vår kropp uttrykker vi vår identitet. Det er ikke bare utseende kroppen dreier seg om, men det sier også noe om kroppens velvære og identitet (Bjørk & Breievne, 2012).

Erfaringsmessig vet vi at etter en brystkreftbehandling så kan kvinnen bli rammet av fatigue, angst og depresjon, lymfødem og håravfall. Av erfaring er opplevelsen av informasjon til kvinnen minimal eller fraværende når det gjelder opplysninger om fatigue, lymfødem, angst og depresjon.

#### Fatigue

I artikkelen til Bakewell & Volker (2005) kommer det frem at kjemoterapibehandling kan føre til blandt annet fatigue, og at denne bivirkningen kan påvirke kvinnens kroppsbilde. Schjølberg (2010b) skriver at fatigue forekommer hyppig hos kreftpasienter, og at de beskriver det som kraftløshet, energiløshet, svakhet, nedstemthet, mangel på motivasjon og konsentrasjonsvansker. Erfaringen er at mange ikke får tilstrekkelig med informasjon om symptomet. Med grunnlag i dette så følte kvinnen seg hjelpesløs. Hun hadde en form for uvisshet, og ante ikke hvorfor hun følte seg sånn. For å få belyst om kvinnen har fatigue, så

må vi spørre henne spørsmål (Loge, 2013). Ifølge Kreftforeningen (2013) er det for de fleste kvinner viktig at helsepersonell forteller om den viten som finnes om fatigue, og at helsepersonell gjør det som kan bli gjort. Samtidig understreker de at det er veldig viktig at kvinnene blir lyttet til og trodd på selv om fatigue ikke kan påvises med prøver og undersøkelser (Kreftforeningen, 2013). Saarik & Hartley (2010) skriver at mangel på energi til å utføre daglige gjøremål kan resultere i tap av identitet, følelse av isolasjon og dårligere livskvalitet. Sett i et slikt lys må sykepleieren her hjelpe kvinnen med tiltak som kan minske de negative virkningene tilstanden har på hennes livskvalitet (Schjølberg, 2010b). Med utgangspunkt i de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere fremmer dette helsen, og forebygger videre sykdom hos kvinnen (NSF, 2011). Sykepleieren skal også støtte og oppmuntre kvinnen, samt gi henne skriftlig informasjon om tilstanden (Saarik & Hartley, 2010).

### Lymfødem

Kvinnene i studien til Greenslade & House (2006) følte at de fikk for lite informasjon om lymfødem, og måtte søke etter informasjon selv. De fleste kvinnene ga uttrykk for sinne og frustrasjon rundt situasjonen, og følte at helsepersonellet ble apatisk ved spørsmål rundt lymfødem. Lindebrække & Midtbø (2003) skriver om en kvinne som forteller at hun spurte og grov om hva hun skulle gjøre for å ikke få lymfødem, men at ingen hadde noe svar på det. Med grunnlag i de yrkesetiske retningslinjer skal vi som sykepleiere gi tilstrekkelig med informasjon og sørge for at den er forstått (NSF, 2011).

Sørensen & Almås (2010) skriver at et av symptomene på lymfødem er økning i omkretsen av armen. I studien til Greenslade & House (2006) sier kvinnene at de ønsker å være normale, at de kan kjøpe vanlige klær og ikke dekke til armen. Med grunnlag i Sørensen & Almås (2011) så kan sykepleieren gi råd og tips om hvordan kvinnen kan kle seg. Mange av kvinnene var bevisst over eget selvbilde, og de unngikk ofte situasjoner som kunne gi oppmerksomhet mot armen (Greenslade & House, 2006). Kvinnene i studien til Lindwall & Bergbom (2009) sier at kroppen ble et fengsel, at de ikke var fri til å gjøre hva de ville og at kroppen ble et hinder. Når kroppen ble endret etter en brystkreftbehandling så måtte kvinnene bli venn med kroppen sin igjen, og dette var en energitømmende prosess fordi kvinnene samtidig måtte leve med kroppslige ubehag slik som lymfødem og fatigue (Lindwall & Bergbom, 2009). Vigen (2010) skriver at sykepleierens oppgaver blandt annet er å gi informasjon, veiledning og opplæring til egenbehandling når det gjelder lymfødem.

---

Derimot forteller kvinnene i studien til Greenslade & House (2006) at helsepersonell ikke møter deres behov for fysisk og psykisk støtte, informasjon eller hvordan lymfødemet skal behandles.

### Angst og depresjon

Selv om kvinnene tilpasser seg situasjonen så er angst og depresjon vanlig hos de som får kreft (Sørensen & Almås, 2010). Begrepene angst og depresjon blir lite brukt i assosiasjon med en kreftdiagnose. Det finnes mange fordommer om psykiatri blant helsepersonell, i samfunnet i dag er det et kjent problem at psykisk syke blir stigmatisert (Hummelvoll, 2012). Det er rimelig å si at dette kan være en av grunnene til at det er lite fokus på å motarbeide depresjon og angst til brystkrefttrammede. En forandret kropp kan få negative konsekvenser for selvbildet, og å akseptere seg selv på nytt kan gi engstelse og depresjon (Sørensen & Almås, 2010). Vi må tenke på at kvinnelige pasienter er assosiert med høyere nivå av depressive symptomer (Loge, 2013). Fosså (2007) skriver at tap av et bryst kan øke sjansen for en depresjon.

En av kvinnene i studien til Lindwall & Bergbom (2009) sier at det er en fryktelig tid, og at hun er redd for alt mulig. Hun tenker på hva kreften kan gjøre med henne. Ut i fra erfaring er det få sykepleiere som ser på angst og depresjon som en konsekvens av brystkreft. Ifølge yrkesetiske retningslinjer skal sykepleieren ivareta en helhetlig omsorg for kvinnen, og ta ansvar for en sykepleiepraksis som hindrer lidelse (NSF, 2011). Med grunnlag i dette har sykepleieren et ansvar for å redusere kvinnens opplevelse av angst og utrygghet. Ifølge Travelbee (1999) skal sykepleieren gjøre seg tilgjengelig og lytte når kvinnen vil snakke om frykten og angsten hun kjenner på. Sykepleieren må gi kvinnen psykisk støtte, kommunisere, rådgive og henvise til for eksempel kreftforeningen (Sørensen & Almås, 2010). På den andre siden skriver Tuft (1986) at hun ikke fikk en god opplevelse av besøket fra brystkreftforeningen. Hun følte at det eneste de hadde til felles var at de begge hadde mistet et bryst. Dette er også noe Bårnes (2014) følte på, hun følte at det eneste som gjaldt var å skjule alle spor etter mastektomien. På den tredje siden sier noen av kvinnene i studien til Freysteinson et al. (2012) at de fant støtte i foreninger.

### Håravfall/alopecia

Det sies at håret er kvinners pryd, men at det er under forutsetning av at håret sitter fast på hodet (Haug, 2000). Kjemoterapi og strålebehandling kan føre til delvis eller total håravfall.

Ved cytostatika behandling er det vanlig at alt av kroppshår mistes (Varre, 2010). Håret er for mange knyttet til kroppsbildet (Siggerud, 2010). Håttun (2014) skriver at det var en større sorg for henne å klippe av det lange håret sitt, enn å få fjernet det ene brystet. I studien til Choi et al. (2014) er kjemoterapi-indusert alopecia forbundet negativt med kroppsbildet, psykososial velvære og depresjon blandt kvinnene med brystkreft. Kvinnene sa de mistet selvtilliten når de så seg selv i speilet, de følte seg også ukomfortable ute blandt mennesker fordi hårtapet kunne assosieres med kreft (Choi et al., 2014). Ikke desto mindre er det viktig at sykepleieren informerer om at håravfallet er reversibelt (Petersson, Eriksson & Niklasson, 2006). Siggerud (2010) skriver at å informere og forberede kvinnen på hårtapet kan ha stor betydning for opplevelsen av det, og at sykepleieren må snakke med kvinnen om hvordan hårtapet kan oppleves. Ifølge Buckman & Whittaker (2002) kan det være nyttig å ha en parykk klar før kjemoterapien starter. På den andre siden skriver Tuft (1991) at hun syntes et skjerf rundt hodet var mye bedre enn en parykk, siden parykken blir varm og den stikker. Bårnes (2014) skriver at hun opplevde at ingen fortalte at det var greit å gå uten parykk, og at hun måtte finne ut av dette selv. Vi mener det er viktig at vi som sykepleiere kommuniserer ut til kvinnene at det er greit å ikke måtte bruke hverken parykk eller skjerf rundt hodet.

### Selvbildet

Saarik & Hartley (2010) skriver at fatigue kan resultere i tap av identitet og dårligere livskvalitet. Kvinnene i studien til Choi et al. (2014) opplevde et lavere selvbilde i tiden de hadde alopecia. I studien til Greenslade & House (2006) var mange av kvinnene bevisst over eget selvbilde på grunn av lymfødem. Tap av et bryst kan få negative konsekvenser for selvbildet, og å akseptere seg selv på nytt kan føre til engstelse og depresjon hos kvinnen (Sørensen & Almås, 2010). På grunnlag av dette konkluderer vi med at fatigue, lymfødem, håravfall, angst og depresjon kan gi kvinnene et lavere selvbilde.

En markant endring av kroppen kan være sterkt belastende for kvinnen, og ikke minst i en tid og kultur hvor det er et stort fokus på kroppen. Hvordan kvinnen mestrer tapet av brystet kommer ann på hvor mye brystet har betydd for henne (Garne, Aude & Kloster, 2005).

Et selvbilde er den personlige oppfatningen kvinnen har av sin egen kropp. Som følge av en kreftbehandling kan hun få kroppslige forandringer (Schjølberg, 2010a). Selvfølelsen og selvbildet kan forandre seg når det skjer endringer i kroppsbildet (Schjølberg, 2010c).



---

Studien til Fallbjörk, Salander & Rasmussen (2012) hadde tre hovedfunn. Det første var at mastektomi ikke påvirket kvinnenenes syn på sin identitet. Dette kan gjenspeile seg i det Tendø (2000) skriver, hvor en kvinne fortalte at hun ikke hadde noen sorgreaksjon etter mastektomi fordi identiteten hennes ikke satt i brystene. I funn nummer to mente kvinnene at mastektomien hadde ødelagt deres identitet. De følte seg lemlestet, og hadde vanskeligheter for å se seg selv i speilet (Fallbjörk, Salander & Rasmussen, 2012). I studien til Freysteinson et al. (2012) konkluderer noen av kvinnene at hvis de hadde sett seg selv i speilet med en gang, så kunne de begynt å konfrontere og takle følelser og tanker tidligere. Bårnes (2014) skriver at noen kvinner flere år etter mastektomien fortsatt ikke klarer å se seg selv i speilet. Vi tolker dette dithen at disse kvinnene ikke fikk den profesjonelle hjelpen de hadde krav på. I det tredje funnet falt kvinnene mellom de to andre funnene. Feminiteten var såret, men kvinneligheten var ikke borte (Fallbjörk, Salander & Rasmussen, 2012).

Gjertsen (2010) skriver at rett etter mastektomi kan kvinnene ha problemer med å se seg selv i speilet, samt å berøre arret. «Har dere et speil her» spurte Tuft (1991) samme dag som hun ble operert. Sykepleieren sa hun skulle se etter, men kom aldri tilbake. Etter å ha spurt flere ganger om et speil, så svarte sykepleieren at hun ikke trodde det var bra for Tuft å se samme dagen, og at det var lurt at hun ventet til dagen derpå. Tuft (1991) skriver at det var da hun ville se, og at fantasien kan være mye verre enn virkeligheten. Dagen etter operasjon ble Haug (2000) spurt om hun ville ta en titt. Hun svarte ja, siden det var hennes egen kropp det var snakk om. Når Haug (2000) så seg selv i speilet så syntes hun det var annerledes. Flatt, rart og tomt, men ikke stygt. Hun mente det var rart hva en kan venne seg til (Haug, 2000). På den andre siden føler mange brystkreftopererte seg frastøtende. Med dette er det viktig at vi som sykepleiere ser kvinnens sårbarhet og at vi underbygger hennes verdighet som et menneske uansett. Det er også viktig at vi er bevisst på egen væremåte slik at kvinnen ikke får følelsen av å være frastøtende. Med grunnlag i dette kan det å ikke vike med blikket under sårstell gjøre at kvinnen føler seg mindre frastøtende og krenket. Det er viktig å huske på at et forandret kroppsbilde føles forskjellig fra kvinne til kvinne. Sett i et slikt lys er det viktig at vi som sykepleiere hjelper kvinnen til å mestre et forandret kropps- og selvbylde på best mulig måte. Det er viktig at vi som sykepleiere kartlegger og innhenter informasjon om kvinnens verdi av det tapte brystet. Gjennom nærvær, blikk, håndtrykk og oppmerksomhet signaliserer vi at vi bryr oss, og det kan være med på at kvinnen ikke føler seg alene, og at hun blir sett og bekreftet som et individ (Lorentsen & Grov, 2010). Som Håtun (2008) skriver så har kroppskontakt en beroligende effekt på henne, og hun kjenner seg ikke lenger

alene. Tuft (1986) mener at helsepersonell burde læres opp til å berøre pasienten, siden en føler seg mer levende etter å ha blitt tatt på. Dette er noe vi er enige i. Vi har også erfart i praksis at kroppskontakt har både en positiv og beroligende effekt på pasientene.

Sørensen & Almås (2010) skriver at sykepleieren har et ansvar om å ivareta behovene, samt se kvinnen for den hun er. Derimot så er helsevesenet en travel instans hvor det kan være utfordrende for oss å komme nær kvinnene. Sett i et slikt lys stiller vi oss spørsmålet om kvinnene blir godt nok ivaretatt som teorien sier de har krav på. Ifølge de yrkesetiske retningslinjene skal sykepleieren imøtekomme helse- og omsorgstjenester for sårbare grupper (NSF, 2011).

Ifølge Travelbee (1999) er sykdom og lidelse erfaringer som er personlige og kan virke meningsløse, men de kan allikevel være nødvendige i selvutviklingsprosessen. Tuft (1991) skriver at noen kvinner forgjeves vil lete etter en mening med lidelsene, men at en slik mening er vanskelig å finne. Tuft (1991) sier videre at hun fikk skyldfølelse fordi hun ikke fant noen mening med sin sykdom. Travelbee (1999) hevder at det er sykepleierens ansvar å hjelpe kvinnen om hun selv ikke klarer å mestre sin sykdom og lidelse. På den andre siden skriver Tuft (1991) at helsepersonell ikke kan føle med og delta i pasientens lidelse siden de har alt for mange livsskjebner å møte hver dag. Vi vil hevde at i en travel hverdag så vil det gi konsekvenser for kvinnens selvbilde når hun ikke føler seg ivaretatt. Med grunnlag i studien til Arman et al. (2004) er konklusjonen den samme. Kvinnene følte at de ble behandlet som en kropp og diagnose. At de måtte kjempe for å få den riktige omsorgen, og at det var avhengig av dem selv. Kvinnene følte at de ikke ble tilbudt omsorg som et helt menneske, og at lidelsene knyttet til helsevesenet kom opprinnelig fra erfaringer og skuffelser (Arman et al., 2004). Det er rimelig å si at dette ikke samsvarer med det Travelbee mener. Hun tar sterk avstand fra generaliserte oppfatninger av menneskene, og ser på hvert menneske som et uerstattelige og enestående individ. Travelbee hevder også at det er viktigere å forholde seg til lidelsen og sykdommen kvinnen måtte ha, enn å forholde seg til diagnosen hennes (Travelbee, 1999).

Vi vil hevde at når kvinnene får kunnskap vil dette ha en positiv innvirkning på hennes selvbilde. Ikke desto mindre, må vi som sykepleiere være klar over at kvinnen kan ha et skjult informasjonsbehov. Det betyr at hun har behov for informasjon som hun selv ikke er klar over. For at vi som sykepleiere skal finne ut av dette, er det viktig at vi spør kvinnen hvordan hun har det (Lorentsen & Grov, 2010). Schjølberg (2010c) skriver at

---

kommunikasjon og informasjon er viktig for å hjelpe kvinnen til å mestre en kroppsending. Med grunnlag i dette får kvinnene økt trygghet og tillit når hun får en kontaktsykepleier å forholde seg til. Kontaktsykepleieren får bedre relasjon med kvinnen, og ser lettere hennes behov (Petersson, Eriksson & Niklasson, 2006). Ifølge Lorentsen & Grov (2010) forteller kvinnene at det er enklere å be en kontaktsykepleier om hjelp. Erfaringsmessig så vet vi at pasientene kan ha vanskeligheter med å spørre oss hvis de oppfatter at vi har det travelt. Noen av pasienten har også fortalt at de ikke vil være til bry. I en travel hverdag vet vi erfaringsmessig at det kan være vanskelig å fange opp de kvinnene som unnlater å be om hjelp.

## 5.2 Å fremme håpet

Opplevelse av håp er avgjørende for hvordan kvinnen takler sitt liv og mestrer livssituasjonen når hun erfarer tap og lidelse (Travelbee, 1999). Håttun (2008) skriver at å leve med håp og tenke seg at det beste kommer til å skje er vanskelig når en er alvorlig syk. Det er heller katastrofetanker som kommer. Hun visste heller ikke hvordan hun skulle invitere håp inn i livet sitt (Håttun, 2008). Håp påvirker hvordan kvinnen ser på seg selv (Lorentsen & Grov, 2010). Ifølge Travelbee (1999) skal sykepleieren hjelpe kvinnen til å opprettholde håp, og avverge håpløshet. På den andre siden kan ikke sykepleieren gi kvinnen håp, men heller hjelpe slik at hun finner eget håp (Travelbee, 1999). Det kan være nyttig å vite at håp er en følelse, en erfaring og et behov og at dette oppleves forskjellig fra kvinne til kvinne. Det å ha et sterkt håp kan være med på å gi mot og styrke til å beherske de vanskelige situasjonene. Derimot kan det å ha et svakt håp gi resignasjon og apati (Rustøen, 2007).

Mangler kvinnen håp vil hun ikke se forandringer eller forbedringer i livet sitt. Håp er motiverende, og kan gi kvinnene motivering og energi til å takle situasjonen og hindringene som skapes ved alvorlig sykdom. Til en viss grad er også håpet avhengig av en sykepleier, for det er sykepleieren som skal hjelpe kvinnen (Travelbee, 1999). Sykepleieren trekkes altså fram som en betydningsfull kilde til håp. Sett i et slikt lys er noen av de viktigste faktorene sykepleieren kan gjøre er å gi informasjon, være omsorgsfull og hjelpsom, snakke med kvinnen, være der, og vise respekt og ærlighet (Rustøen, 2007). Vi hevder at håpet kan reduseres om informasjonen blir gitt på feil måte.

Tuft (1986) skriver at en må få lov til å ha håp fordi livet blir så mye bedre å leve da. Å miste håpet er livsfarlig. Menneskelivet uten håp er en tilstedeværelse uten mening (Tuft, 1991). I studien til Freysteinson et al. (2012) kommer det frem at håpet var viktig for å hjelpe kvinnene gjennom situasjonen de befant seg i, og samtidig kunne se på seg selv som vakre kvinner. Disse funnene underbygges av Travelbee (1999); opplevelse av håp er avgjørende for hvordan kvinnene takler sine liv og mestrer livssituasjonen når de erfarer lidelse, tap og usikkerhet. Sett i et slikt lys er det viktig å huske på at håp setter mennesker i stand til å mestre vanskelige og vonde situasjoner, tap, ensomhet og lidelse (Travelbee, 1999). Ifølge Travelbee (1999) er det å ha en opplevelse av tillit betydningsfullt for håp. Tuft (1991) skriver derimot at hun har møtt helsepersonell som har vært hensynsløse mot henne, og at de ikke har fremmet hennes styrke eller psykiske velvære. De har heller ikke vist evne til å lytte og se ting fra hennes synsvinkel. Dette sier også noen av kvinnene i studien til Freysteinson et al. (2012), at noen av sykepleierne var uhøflige, manglet kommunikasjonsevner og ga dårlig sykepleie. Vi hevder at dette ikke er med på å fremme håp. Ifølge Travelbee (1999) skal sykepleieren være tilgjengelig og villig til å lytte. For å utvikle og bevare håp er grunnlaget den trygge vissheten om at hjelp vil mottas når det er behov for det (Travelbee, 1999). Derimot skriver Håttun (2008) at hun ikke ble tatt på alvor når hun fortalte om bivirkninger, reaksjoner og opplevelser etter brystkreftbehandlingen. Hun tror at pasientene kan bli bedre forberedt på prosessen en må igjennom, og at den syke må bli møtt med forståelse og bli tatt på alvor når en gir tilbakemelding på bivirkninger, senskader og psykiske reaksjoner. Med grunnlag i Travelbee (1999) har helsepersonell her ikke hjulpet henne til å mestre erfaringene med sykdommen og lidelsen. Travelbee (1999) setter mestring i forbindelse med mot, og motet knyttes sammen med håpet igjen.

Ut i fra erfaring fortalte kvinnen at det noen ganger kan være vanskelig å opprettholde håpet. Dette på grunn av kontroll, og tanken på om kreften kan blusse opp igjen. Travelbee (1999) hevder at det å miste håpet kan gjøre at en ikke ser noen mulighet i at situasjonen kan endre seg. Med grunnlag i de yrkesetiske retningslinjene skal sykepleieren fremme håp, mestring og livsmot (NSF, 2011). Ikke desto mindre så skal sykepleieren identifisere kvinnens håp, og kartlegge håpløshet hos kvinnen før hun gir opp (Rustøen, 2007). Vi vil hevde at når kvinnen blir behandlet som en diagnose hindrer dette hennes styrking av håp. Når kvinnen er overbevist om at hun får hjelp når det trengs, så bevarer hun håpet og kan mestre de erfaringene hun har fått ved sykdom og lidelse (Travelbee, 1999). Slik vi tolker Travelbee så er det viktig for sykepleieren at vi fremmer kvinnens mulighet til å bevare sitt håp. Med

---

grunnlag i dette så er det viktig å tenke på at sykepleieren treffer kvinnen i en kort og avgrenset periode, og at denne perioden er svært betydningsfull for hvordan kvinnen selv mestrer sitt liv videre (Rustøen, 1998).

I studien til Lindwall og Bergbom (2009) sier noen av kvinnene at brystkreften på noen måter stengte døren til verden på utsiden og deres eksistens. De sier også at kroppen satte grenser for hvordan de kunne leve. Det kan være nyttig at sykepleieren gir kvinnen muligheter til å velge håpsstrategier fordi de kvinnene som kan sette mål er de som er mest håpefulle (Rustøen, 2007). Vi hevder at det er viktig at vi som sykepleiere vet hvordan vi kan fremme håpet hos kvinnene, dette er fordi håpet skaper en helende prosess og gjør kvinnen i stand til å takle sykdom og lidelse.

### **5.3 Terapeutisk bruk av seg selv**

Vi er enige med Travelbee (1999) når hun sier at det viktigste redskapet en sykepleier har er kommunikasjon. Det er rimelig å si at for å få en god kommunikasjon så må en først innlede et menneske-til-menneske-forhold. Kjentetegnet ved dette forholdet er at sykepleier og den syke forholder seg til og oppfatter hverandre som menneskelige individer, og ikke setter hverandre i bås som ”pasient” og ”sykepleier” (Travelbee, 1999). Egne erfaringer viser at det tar lang tid før en pasient ser en sykepleier som et eget individ, mens en sykepleier raskere kan se pasienten for den hun er.

Kommunikasjon kan virke inn på den mellommenneskelige nærheten i situasjoner der sykepleier er involvert med en pasient. Kommunikasjonen kan brukes til å komme nærmere kvinnen, støtte henne bort, såre henne eller til å hjelpe henne. Grunnleggende intensjoner for sykepleierens oppfatning av kvinnen blir kommunisert i sykepleiersituasjonen. Dersom sykepleieren ikke er interessert i kvinnen vil interesse mangelen bli kommunisert, uansett hvordan hun gir uttrykk for dette vil kvinnen reagere på samme måte (Travelbee, 1999). Med grunnlag i studien til Freysteinson (2012) nevner noen av kvinnene at sykepleieren ikke skal spørre hvordan de har det, men heller spørre hvordan de virkelig har det og hvordan de føler seg. Kvinnene mener at det er viktig at sykepleieren gir de en sjanse til å fortelle hvordan de virkelig føler det (Freysteinson, 2012). På den andre siden skriver Tuft (1991) at hun følte at hun ble til en diagnose når hun ble spurt om hvordan hun egentlig hadde det.

I sykepleien er menneske-til-menneske-forhold et virkemiddel som gjør det mulig å oppnå sykepleierens hensikt og mål; å hjelpe et individ med å mestre og forebygge sykdom og lidelse samt å finne en mening med de erfaringene som individet får. Å bygge opp et menneske-til-menneske-forhold kan foregå i ulikt tempo. Noen ganger vil det ta kortere tid, og andre ganger lengre tid. Denne prosessen går over ulike faser. Noen ganger kan det gå tilbake til en tidligere fase. I noen tilfeller kan prosessen stoppe opp, og dette kan føre til at forholdet ikke blir fullt utviklet. Sett i et slikt lys er det viktig at vi som sykepleiere finner ut av hvorfor dette har skjedd, og at vi da setter i gang tiltak for at utviklingen av prosessen kan gå videre (Travelbee, 1999). Som nevnt tidligere kan menneske-til-menneske-forholdet oppnås ved å gå gjennom flere faser.

Den første fasen er *det innledende møtet*. Denne fasen omhandler det første møtet, og baserer seg på sykepleierens og kvinnens oppfatning av hverandre. Vår erfaring av det innledende møtet er at kvinnen og sykepleieren ofte setter hverandre i grupper fordi vi ikke kjenner hverandre godt nok til å se hverandre som enkeltstående individer. En kan hevde at dette gjør at sykepleieren og kvinnen danner et førsteinntrykk av hverandre som kan være enten positivt eller negativt. Med grunnlag i dette forbinder de hverandre med tidligere erfaringer. Sett i et slikt lys er grunnlaget i denne fasen god kommunikasjon og samhandling. Arman et al. (2004) konkluderer med at det sentrale problemet med hensyn til hvordan pasienter opplever omsorg, innebærer de interaksjoner og mellommenneskelige aspekter ved omsorg. Et godt møte er noe vi som sykepleiere er opptatt av, slik at vi kan bli kjent med kvinnen. Vi er enige når Travelbee (1999) skriver at sykepleieren må være oppmerksom på sin oppfattelse av kvinnen, og vi hevder samtidig at sykepleieren må utøve god og profesjonell omsorg for kvinnen uavhengig av tidligere erfaringer. Det er derfor rimelig å si at sykepleieren skal møte hver enkelt kvinne på best mulig måte.

*Fremvekst av identiteter* er den andre fasen. Her blir fokuset på sykepleier og kvinnen borte, og en betrakter hverandre som et menneskelig individ (Travelbee, 1999). Om kvinnene blir behandlet som et menneske og ikke en diagnose, så har dette innvirkning på deres bedringsprosess og håp. Hummelvoll (2012) påpeker også dette, at det er på denne måten sykepleieren kan hjelpe kvinnene til å komme seg gjennom lidelser og gjenvinne håpet. Erfaringsmessig vil kvinnen som oftest se på sykepleieren som en sykepleier uten at dette kan betraktes negativt. Forsåvidt kan dette være nødvendig siden sykepleieren har faglig kunnskap som betyr noe for kvinnen.

---

Travelbee (1999) skriver at *empatifasen* dreier seg om evnen til å forstå kvinnens følelser og tanker i de ulike situasjonene. Hun mener at vi kun kan ha empati til kvinnen om vi har en likhet med henne, og at vi ikke kan føle empati ovenfor alle kvinner (Travelbee, 1999). Med grunnlag i dette er vi uenige i hennes tenkning. Hvordan kan sykepleieren leve seg inn kvinnens følelser og tanker i de ulike situasjonene? På den ene siden vil det være vanskelig å forstå hvordan kvinnen har det om en ikke har gått gjennom det samme selv, mens på den andre siden bør sykepleieren synliggjøre for kvinnen at hun forsøker å sette seg inn i hennes situasjon ved å være til stede og vise at hun bryr seg. Erfaringsmessig kan noen kvinner ta på seg en maske og skjule hvordan de har det. Travelbee (1999) mener at sykepleieren skal prøve å se forbi denne ytre atferden. Vi mener at som profesjonell sykepleier skal vi kunne føle empati ovenfor alle kvinner uansett alder og bakgrunn. Vi mener også at det er viktig å skape en balanse mellom nærhet og avstand i de situasjonene hvor empati spiller en betydelig rolle.

I *sympatifasen* skriver Travelbee (1999) at sykepleieren skal føle kvinnens lidelser og ha et ønske om å kunne hjelpe henne. På den ene siden vil kvinnen etter å ha opplevd sympati og medfølelse kunne få tillit til sykepleieren. Fra den andre siden påpeker Travelbee (1999) at sympati og medfølelse ovenfor kvinnen ikke er nok til å dekke hennes sykepleiebehov. Travelbee (1999) skriver at medfølelse må omsettes i konstruktive sykepleiebehov. Vi forstår dette som at sympati og medfølelse ikke er nok om sykepleieren ikke har ferdigheter eller kunnskap til å sette i verk tiltak rettet mot kvinnen. Erfaringsmessig kan det for kvinnen bli enklere å føle nærhet for en kontaktsykepleier, samt kan dette gjøre at sykepleieren lettere utvikler sympati for kvinnen. Det er rimelig å si at kvinnen og sykepleieren her kan få et bedre menneske-til-menneske-forhold, og at dette fremmer tillit og trygghet.

De fire første fasene resulterer i at *gjensidig forståelse og kontakt* er oppnådd. Her formidles det følelser, tanker og holdninger mellom sykepleier og kvinnen. Sykepleieren og kvinnen må ha en lik forståelse av situasjonen slik at de begge kan utføre handlinger og ta avgjørelser sammen. Arman et al. (2004) viser til at når arbeidspress fremkommer kan det hende at sykepleieren av og til tar avgjørelser basert på hva hun tror er best for kvinnen. Vår mening er at sykepleieren ikke kan handle ut ifra hva hun tror er best for kvinnen. Det er da viktig at vi har oppmerksomhet på kvinnens meninger og opplevelser.

Det er viktig å tenke på om det er mulig for oss sykepleiere å møte kvinnene som Travelbee ønsker i menneske-til-menneske-forholdet. Vi mener dette kan være vanskelig siden

sykepleieren har kunnskap om både det psykiske og fysiske, og at dette setter oss i en særstilling. Slik vi ser det, vil det derfor alltid være en ubalanse i forholdet mellom kvinnene og oss som sykepleiere. Vi tenker det er viktig å være klar over disse forskjellene, men at vi samtidig forsøker å se på hverandre som individer.

Tendø (2000) skriver at hun ikke var seg selv etter mastektomien, at hun følte seg fysisk og psykisk ribbet. Travelbee (1999) skriver at sykepleieren bevisst må bruke av sin kunnskap og personlighet for å medvirke til forandring, og at forandringen er terapeutisk når den bidrar til at plagene blir redusert. Ifølge Travelbee (1999) er det å bruke seg selv terapeutisk en egenskap som særpreger den profesjonelle sykepleieren. Denne egenskapen symboliserer at en involverer sin egen personlighet på en hensiktsmessig og bevisst måte i interaksjonen med kvinnen. Sett i et slikt lys er selvinnsikt, selvforståelse og forståelse for menneskelig atferd viktig (Travelbee, 1999). I studien til Arman et al. (2004) trekkes det frem at fravær av medfølelse, ansvar og fellesskap mellom kvinnen og sykepleier er en trussel mot god omsorg. På det eksistensielle nivået, som å unnlate og bekrefte et menneske som en helhet av sjel, ånd og kropp uttrykt i fortvilelse, smerte og lidelse kan dette hemme lindring av lidelsen (Arman et al., 2004).

Det å ha profesjonell og personlig trygghet er et fundament for å kunne bruke seg selv terapeutisk (Travelbee, 1999). Vi mener at det å utvikle en profesjonell og personlig trygghet er noe som foregår over tid. Erfaringsmessig ser vi det at de erfarne sykepleierne hadde et større grunnlag i møte med kvinnene, mens de nyutdannede og uerfarne ikke har den samme tryggheten. Målet med å bruke seg selv terapeutisk er at kvinnen skal oppleve trygghet og ikke bli krenket (Travelbee, 1999).



## 6. Konklusjon

Etter å ha gjennomgått en brystkreftbehandling så vil selvbildet bli påvirket på en eller annen måte hos flesteparten av kvinnene uavhengig av land og deres kultur. Når vi har sett på forskning og teori ser vi at mange av kvinnene opplever en utfordring med å godta at de har mistet brystet. Det vi ser videre er at det er veldig individuelt, og noen av kvinnene klarte å se på seg selv som verdifulle selv om de hadde mistet et bryst. Et annet funn vi fant i forskningen var at noen kvinner fortalte at livet var viktigere, og at tapet av et bryst ikke hadde noe å si for feminiteten eller selvbildet.

Noe annet som kommer tydelig frem er kvinnes behov for tilstrekkelig med informasjon, støtte, respekt og at sykepleieren ser hver kvinne som et enkeltstående individ. Dette står også i tråd med det Travelbee (1999) mener, at sykepleieren skal se kvinnen som et individ og ikke en diagnose. Hun trekker videre frem viktigheten av kommunikasjon (Travelbee, 1999). Vi ser at tilstrekkelig tilpasset informasjon og støtte fra sykepleierne har en positiv innvirkning på selvbildet hos kvinnene. Det essensielle i arbeidet med disse kvinnene er sykepleierens evne til å skape gode relasjoner og kommunisere med kvinnene. Om kvinnene har mer kunnskap om sin egen situasjon så vil de muligens oppleve mer kontroll, og med dette ta valg som kan påvirke selvbildet deres positivt. Her kommer også håpet inn. Å fremme håpet hos kvinnene vil være en viktig rolle for sykepleieren med tanke på å gi kvinnene håp og mening til å kunne akseptere situasjonen de er i.

Gjennom denne oppgaven har vi tilegnet oss ny kunnskap om kvinner med brystkreft og deres opplevelser etter en brystkreftbehandling. Oppgaven vår har ikke en klar løsning på problemstillingen med tanke på at hver kvinne er forskjellig, og har ulike behov for sykepleie.

## Litteraturliste

\*Arman, M., Rehnsfeldt, A., Lindholm, L., Hamrin, E. & Eriksson, K. (2004). Suffering related to health care: A study of breast cancer patients' experiences. *International Journal of Nursing Practice*, 10, 248 – 256.

\*Bakewell, R. T. & Volker, D. L. (2005). Sexual Dysfunction Related to the Treatment of Young Women With Breast Cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 9(6), 697 – 702.

Bjørk, I. T. & Breivne, G. (2012). Kropp og velvære. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 2: Grunnleggende behov* (2. utg., s. 371 – 401). Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Buckman, R. & Whittaker, T. (2002). *Alt du trenger å vite om brystkreft*. Oslo: Notabene Forlag AS.

\*Bårnes, V. (2014). Brystkreftoperertes kroppsførståelse. *Kreftsykepleie*, 30(2), 32 – 37.

\*Choi, E. K., Kim, I. – R., Chang, O., Kang, D., Nam, S. – J., Lee, J. E., Lee, S. K., Im, Y. – H., Park, Y. H., Yang, J. – H. & Cho, J. (2014). Impact of chemotherapy-induced alopecia distress on body image, psychosocial well-being, and depression in breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 23(10), 1103 – 1110. <http://dx.doi.org/10.1002/pon.3531>

Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Fallbjörk, U., Salander, P. & Rasmussen, B. H. (2012). From «No Big Deal» to «Losing Oneself»: Different Meanings of Mastectomy. *Journal of Cancer Nursing*, 35(5), 41 – 48. <http://dx.doi.org/10.1097/NCC.0b013e31823528fb>

\*Fosså, S. D. (2007). Livet etter kreftbehandling. I K. O. Åmås (Red.), *Livet med kreft* (1. utg., s. 146 – 156). Oslo: Aschehoug.

\*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 a Mastectomy. *Oncology Nursing Forum*, 39(4), 361 – 369. <http://dx.doi.org/10.1188/12.ONF.361-369>

- 
- \*Garne, J. P., Aude, J., & Kloster, H. T. (2005). Mammakirurgi. I J. K. Christoffersen & B. Scharff-Smith (Red.), *Kirurgi: sygdomslære og sygepleje* (2. utg., s. 73 – 90). København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
- \*Gjertsen, T. (2010). Sykepleieutfordringer ved brystkreft. I A. M. Reitan & T. Kr. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient – utfordring – handling* (3. utg., s. 440 – 446). Oslo: Akribe.
- \*Greenslade, M. V. & House, C. J. (2006). Living with lymphedema: A qualitative study of women's perspectives on prevention and management following breast cancer-related treatment. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 16(3), 165 – 171.  
<http://dx.doi.org/10.5737/1181912x163165171>
- \*Haug, I. (2000). *Ingen svarte skyer*. Gjøvik: Cappelen.
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- \*Håatun, A. S. (2008). *Livsløst: Om å møte og mestre motgang*. Oslo: Aschehoug.
- \*Håatun, A. S. (2014). *Å dele gir styrke*. Oslo: Cappelen Damm.
- \*Klepp, O. (2014). *Brystkreft*. Lokalisert på <https://sml.snl.no/brystkreft> den 04.04.16
- \*Kreftforeningen. (2013). *Fatigue hos voksne*. Lokalisert på <https://kreftforeningen.no/Global/Brosjyrer/Temaer/fatigue-sep13-w.pdf> den 09.05.16
- \*Kreftregisteret.(2016). *Brystkreft*. Lokalisert på <http://www.kreftregisteret.no/no/Generelt/Fakta-om-kreft-test/Brystkreft-Alt2/> den 04.04.16
- Kristoffersen, N. J. (2012). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg., s. 207 – 280). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- \*Kunnskapssenteret (2016). *Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler*. Lokalisert på <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklistor-for-vurdering-av-forskingsartikler> den 07.04.16

\*Kåresen, R. & Wist, E. (2012). Svulster i mamma. I R. Kåresen & E. Wist (Red.), *Kreftsykdommer: en basisbok for helsepersonell* (4. utg., s. 316 – 340). Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Lindebrække, K. & Midtbø, N. (2003). *Sterk dame: Kvinner og brystkreft – og norsk helsepolitikk*. Oslo: Aschehoug.

\*Lindwall, L. & Bergbom, I. (2009). The altered body after breast cancer surgery. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 4, 280 – 287.  
<http://dx.doi.org/10.3109/17482620903106645>

\*Loge, J. H. (2013). Fatigue (trøtthetsfølelse) og depresjon. I J. H. Loge, A. A. Dahl, S. D. Fosså & C. E. Kiserud (Red.), *Kreftoverlevende: Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv* (2. utg., s. 109 – 126). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lorentsen, V. B. & Grov, E. K. (2010). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I H. Almås, D. – G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (4. utg., s. 401 – 437). Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Malt, U. (2009). *Kroppsbilde*. Lokalisert på <https://sml.snl.no/kroppsbilde> den 11.04.2016

Norsk Sykepleierforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

\* Petersson, L. – M., Eriksson, A. & Niklosson, A. (2006). Omvårdnadsaspekter ur sjuksköterskans perspektiv. I Y. Brandberg & P. Nygren (Red.), *Rosa boken om bröstcancer: Fysiska, psykiska, sociala och existensiella aspekter* (s. 70 – 87). Stockholm: Wassberg + Skotte Tryckeri AB.

\*Reitan, A. M. (2010). Kreftsyekepleie. I A. M. Reitan & T. Kr. Schjølberg (Red.), *Kreftsyekepleie: pasient – utfordring – handling* (3. utg., s. 21 - 34). Oslo: Akribe.

\*Rustøen, T. (1998). Håp og livskvalitet hos mennesker med kreft. I M. S. Fagermoen, R. Nord, B. R. Hanestad & E. Bjørnsborg (Red.), *Fra kunst til kolikk: Norsk sykepleieforskning i fokus* (1. utg., s. 295 – 303). Oslo: Universitets Forlaget.

- 
- \*Rustøen, T. (2007). Håp hos kronisk syke mennesker. I E. Gjengedal & B. R. Hanestad (Red.), *Å leve med kronisk sykdom: en varig kursendring* (3. utg., s. 93 – 102). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- \*Saarik, J. & Hartley, J. (2010). Living with cancer-related fatigue: developing an effective management programme. *International Journal of Palliative Nursing*, 16(1), 6 – 12.  
<http://dx.doi.org/10.12968/ijpn.2010.16.1.46178>
- \*Schjøberg, T. Kr. (2010a). Endret kroppsbilde. I A. M. Reitan & T. Kr. Schjøberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient – utfordring – handling* (3. utg., s. 131 – 141). Oslo: Akribe.
- \*Schjøberg, T. Kr. (2010b). Fatigue. I A. M. Reitan & T. Kr. Schjøberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient – utfordring – handling* (3. utg., s. 174 – 185). Oslo: Akribe.
- \*Schjøberg, T. Kr. (2010c). Sykepleie til pasienter med kreft. I U. Knutstad (Red.), *Sykepleieboken 3: Klinisk sykepleie* (1. utg., s. 81 – 129). Oslo: Akribe.
- Schlichting, E. (2014). Sykdommer i brystene. I S. Ørn, J. Mjell & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (1. utg., s. 431-441). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- \*Siggerud, M. A. (2010). Sykepleieutfordringer ved strålebehandling. I A. M. Reitan & T. Kr. Schjøberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient – utfordring – handling* (3. utg., s. 150 – 160). Oslo: Akribe.
- Sørensen, E. M. & Almås, H. (2010). Sykepleie ved brystkreft. I H. Almås, D. – G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (4. utg., s. 439 – 453). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- \*Tendø, E. H. (2000). *På stier med lavmælt lys: Livet etter en kreftdiagnose*. Oslo: Genesis.
- \*Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- \*Tuft, H. (1986). *Min kreft – mitt ansvar?*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- \*Tuft, H. (1991). *Møte med døden midt i livet*. Spydeberg: Aschehoug.
- \*Varre, P. (2010). Sykepleieutfordringer ved kjemoterapi. I A. M. Reitan & T. Kr. Schjøberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient – utfordring – handling* (3. utg., s. 161 – 173). Oslo: Akribe.

\*Vigen, W. (2010). Lymfødem – forebygging og behandling. I A. M. Reitan & T. Kr. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient – utfordring – handling* (3. utg., s. 142 – 149). Oslo: Akribe.

\*Wist, E. (2010). Brystkreft. I A. M. Reitan & T. Kr. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient – utfordring – handling* (3. utg., s. 431 – 439). Oslo: Akribe.

## Vedlegg 1

### PICO-skjema

**Problemstillingen bør formuleres som et spørsmål.**

**Spørsmålet skal bestå av følgende 4 (evt. 3) deler (etter PICO-modellen):**

1. **Patient/problem.** Hvilke pasienter/tilstand/sykdom dreier det seg om?

Kvinner med brystkreft

2. **Intervention.** Hvilken intervensjon/eksposisjon dreier det seg om?

Kvinnene har fått brystkreftbehandling

3. **Comparison.** Hva sammenlignes intervensjonen med?

4. **Outcome.** Hvilke effekter/utfall er av interesse?

Livet etter brystkreftbehandling. Hvordan påvirkes selvbildet/kroppsbildet? Sykepleierens rolle i forhold til brystkreftopererte

**Skriv hele spørsmålet her:**

**«Hvordan opplever kvinner livet etter brystkreftbehandling, og hvordan kan vi som sykepleiere hjelpe kvinnen til å akseptere sitt nye selvbilde etter brystkreftbehandlingen?»**

**Hvilke søkeord er aktuelle for å dekke problemstillingen?**

Bruk engelske ord, og pass på å få med alle synonymer. Det kan være lurt å dele opp søkeordene etter hva som gjelder/beskriver pasienten, intervensjonen/eksposisjonen, sammenligningen og utfallet.

<b>P</b>	<b>I</b>	<b>C</b>	<b>O</b>
<b>person/pasient/problem</b>	<b>intervensjon/eksposisjon</b>	<b>evt. sammenligning</b>	<b>utfall</b>
brystkreft	mastektomi		Selvbilde Kroppsbilde Erfaringer
cancer mammae breast cancer neoplasms	mastectomy ablatio mammae		self image quality of life experience communication nurse-patient relations alopecia

## Vedlegg 2

<b>Database</b>	<b>Søkeord</b>	<b>Dato</b>	<b>Begrensning</b>	<b>Type søk</b>	<b>Antall treff</b>	<b>Utvalgte artikler</b>
Ovid via Cinahl og Google scholar	Breast cancer  Body image  Mastectomy  Femininty	04.04.16	2011-2015	Academic journals	1	Nr. 1: From «No Big Deal» to «Losing Oneself»
Cinahl	Mastectomy and body image  Body image and women	07.04.16	2012-2015	Fulltekst	16	Nr. 6: The Experience of Viewing Oneself in the Mirror After a Mastectomy
Canadian Oncology Nursing Journal via Google scholar	«Living with lymphedema»  Breast cancer  «Quality of life»  «Health care»  Perspectives	07.04.16	2006-2015		59	Nr. 1: Living with lymphedema: A quality study of women's perspectives on prevention and management following breast cancer-related treatment



Wiley Online Library	Breast cancer  Caring  Uncaring  Suffering  Ethics	09.04.16	2004-2015	Journals	79	Nr. 1: Suffering related to health care: A study of breast cancer patients' experiences
Taylor & Francis Online	Body  Women  Breast cancer  Caring  Science	12.04.16			8	Nr. 1: The altered body after breast cancer surgery
Cinahl	Breast cancer  Alopecia	27.04.16	2011-2016	Fulltekst	15	Nr.1: Impact of chemotherapy-induced alopecia distress on body image, psychosocial well-being, and depression in breast cancer patients