



# Bachelorgradsoppgave

## Betydningen av brystrekonstruksjon etter mastektomi The significance of breast reconstruction after mastectomy

Med fokus på selvbylde og seksualitet  
Focusing on self-image and sexuality

Linn Leth-Olsen  
Pernille K. Johansen

SPU110  
Bachelorgradsoppgave i sykepleie  
Helsefag  
Høgskolen i Nord-Trøndelag – 2011



## **Abstrakt**

**Introduksjon:** I 2010 ble nesten 1,5 millioner mennesker rammet av brystkreft. Brystkreft er den kreftformen som rammer flest kvinner og antallet rammede har økt betraktelig på få år. Tidligere diagnostisering og bedre behandling har ført til at flere overlever denne krefttypen. Økningen i kreftrammede og i overlevelseshraten gjør at flere kvinner sitter igjen med både fysiske og psykiske utfordringer etter kreften.

**Hensikt:** Å belyse hvilken betydning rekonstruksjon har for selvbilde og seksualitet, hos kvinner som har fått utført terapeutisk eller profylaktisk mastektomi på et eller begge brystene.

**Metode:** En allmenn litteraturstudie med søk gjort i Cinahl og Medline. Basert på søkene ble det inkludert 9 kvantitative og 6 kvalitative forskningsartikler.

**Resultat:** Forskningsartiklene tar for seg betydningen av rekonstruksjon for kvinner som har gjennomgått mastektomi og hvilke kriterier som må oppfylles for at rekonstruksjonen skal oppfattes som vellykket. Resultatet viser at mastektomi kan ha innvirkning på kvinners selvbilde og seksualitet. Rekonstruksjon kan bidra til å begrense skadevirkningene av mastektomien, men tilstrekkelig informasjon og veiledning er da avgjørende.

**Diskusjon:** Kvinner som ikke ble inkludert i beslutningsprosessen og som følte seg dårlig informert var mindre tilfreds med behandlingen og hadde dårligere livskvalitet. Kommunikasjonsteknikken til behandleren vil derfor ha direkte innvirkning på resultatet av rekonstruksjonen og dermed på konsekvensene av mastektomien.

**Konklusjon:** Studien viser et behov for detaljert postoperativ rådgivning. Dette fordi tilfredsheten av rekonstruksjonen er direkte knyttet opp mot hvor godt informert pasientene er, hvilke forventninger de har til utfallet og i hvilken grad de er inkludert i beslutningsprosessen.

**Nøkkelord:** "Mastektomi", "Rekonstruksjon", "Seksualitet", "Selvbilde", "Sykepleie".

Antall ord: 8564

## Innhold

1.0	Innledning.....	1
1.0	Behandling.....	1
1.1.1	Mastektomi .....	1
1.1.2	Rekonstruksjon av det fjernede brystet.....	2
1.2	Brystkreft, seksualitet og selvbilde.....	3
1.3	Hensikt, problemstilling og avgrensning.....	4
2.0	Metode.....	5
2.1	Litteratursøk.....	5
2.2	Databaser og søkeord.....	5
2.3	Vurdering, inklusjon- og eksklusjonskriterier .....	5
2.4	Etiske overveielser.....	6
2.5	Analysemetode .....	7
3.0	Resultat.....	8
3.1	Selvbilde og seksualitet etter utført mastektomi.....	8
3.2	Å velge rekonstruksjon.....	9
3.3	Betydningen av rekonstruksjon for selvbilde og seksualitet .....	10
3.4	Betydningen av informasjon og oppfølging .....	11
4.0	Diskusjon.....	14
4.1	Metodediskusjon.....	14
4.2	Resultatdiskusjon.....	16
4.2.1	Selvbilde og seksualitet etter utført mastektomi .....	16
4.2.2	Å velge rekonstruksjon .....	17
4.2.3	Betydningen av rekonstruksjon for selvbilde og seksualitet.....	19
4.2.4	Betydningen av informasjon og oppfølging .....	20
5.0	Avslutning .....	23

Vedlegg 1: Tabeller på søk

Vedlegg 2: Oversikt over inkluderte artikler

Vedlegg 3: Eksempler på subkategorier og kategorier

## 1.0 Innledning

«I 2010, fikk nesten 1,5 millioner mennesker beskjeden: “du har brystkreft”»

(Worldwidebreastcancer 2011).

Brystkreft er den kreftformen som rammer flest kvinner. I Norge har antallet rammede mer enn fordoblet de siste femti årene. I tidsrommet 1956-1960 var det 37,7 personer per 100 000 som ble rammet, og i 2011 var dette tallet økt til 78,8 per 100 000 (Norsk bryst cancer gruppe 2014). Tidligere diagnostisering og bedre behandling har ført til at flere overlever denne krefttypen. På 70-tallet var 5 års relativ overlevelse 66,5 %. Dette tallet er i dag økt til nærmere 90 % (Kreftregisteret 2011).

Økningen i kreftammede og i overlevelsesraten har ført til at flere kvinner sitter igjen med både fysiske og psykiske utfordringer etter kreften. De fleste kvinnene som opereres årlig for brystkreft gjennomfører en Mastektomi, som er kirurgisk fjerning av et bryst. Rekonstruksjon er en viktig del av kreftkirurgien, og etter gjennomgått mastektomi må pasientene ta valget mellom å leve uten det ene eller begge brystene, eller gjennomgå rekonstruktiv kirurgi for å gjenoppbygge brystet (Tindholdt 2004).

## 1.0 Behandling

Hovedmålet med behandlingen av brystkreft er å fjerne primærsulsten, redusere faren for tilbakefall og redusere faren for sekundærsulster andre steder i kroppen. Lokalbehandling er kirurgi og strålebehandling. I tillegg blir det gitt adjuvant behandling, som er en kombinasjon av strålebehandling, kjemoterapi og hormonterapi. Kjemoterapi og hormonterapi går under systemisk behandling, som påvirker hele kroppen. Hvilken type behandling pasienten får, avhenger av diagnosen (Andersen 2002).

### 1.1.1 Mastektomi

Ved kirurgisk behandling fjernes mest mulig av kreftcellelev fra brystet. Denne operasjonen er nesten alltid det første trinnet i behandlingen. Det er ikke alltid nødvendig å fjerne hele brystet, noe som da kalles brystbevarende operasjon eller delvis mastektomi. Det finnes tre typer mastektomi: Radikal-, modifisert- og total- mastektomi (Andersen 2002).

Ved radikal mastektomi, fjernes hele brystet, det vil si huden, brystvorten, lymfeknuten, fett og musklene. Resultatet er da en brystkasse kun dekket av hud og et langt arr. Ved modifisert mastektomi blir selve brystet, noen av lymfeknutene og de minste to brystmusklene fjernet. Denne behandlingen er mindre omfattende, da den største brystmuskelen blir bevart, noe som fører til et

finere resultat og bedre armfunksjon. Totalmastektomi betyr operativ fjerning kun av selve brystet, og her blir ikke brystmuskelen fjernet (Andersen 2002).

### **1.1.2 Rekonstruksjon av det fjernede brystet**

Rekonstruksjon er blitt en vesentlig del av kreftkirurgien. Det gir kvinnene valget mellom å gjennomgå kirurgi eller å leve uten det ene eller begge brystene. Rekonstruksjonen kan utføres umiddelbart i forbindelse med selve kreftoperasjonen, noe som kalles primær rekonstruksjon. Eller det kan bli utført etter noen måneder eller opp til flere år senere, noe som kalles for sekundær rekonstruksjon (Tindholdt et.al 2004).

En rekke undersøkelser viser til fordelene ved primær rekonstruksjon. Blant annet at pasienten må gjennom færre operasjoner, det psykologiske traumet hos pasienten grunnet mastektomi blir mindre og brystet blir også lettere å gjenskape fordi den gjenværende brysthuden er uskadet (Tindholdt et.al 2004). Fordelene ved sekundær rekonstruksjon vil være at kvinnene får lengre tid på å avgjøre om de ønsker rekonstruksjon og det blir ingen risiko for forsinkelse av eventuell annen behandling, som cellegift og strålebehandling (Helsedirektoratet 2012).

Rekonstruksjon kan utføres på forskjellige måter. Det tapte brystet kan enten rekonstrueres med implantat, eget vev eller ved å kombinere disse metodene. Brystrekonstruksjon er en tidkrevende prosess uansett hvilken metode som velges, noe som er viktig å understreke ovenfor pasienten. Spørsmålet rundt rekonstruksjon skal drøftes med legen, og det tas opp vanligvis opp under 6-månederskontrollen. For noen kvinner kan dette være alt for tidlig, men for andre kan det også føles for sent (Sørensen & Almås 2011). Brystrekonstruksjon kan styrke selvbildet og er derfor et godt tilbud til kvinner som blir mastektomert. Likevel er det ikke alle kvinner som velger å rekonstruere brystet. (Tindholdt et. al. 2004).

## 1.2 Brystkreft, seksualitet og selvbilde

Brystkreft rammer en kvinnes kropp, selvbilde og seksualitet. George H. Meads teori om selvbilde eller selvoppfatning går ut på at menneskers selvbilde i stor grad blir til gjennom de signalene andre gir oss. Selvet oppstår gradvis ved at personen oppfatter seg selv som et objekt (Brown & Granberg 2004). Vi legger ulik vekt på de vurderingene andre mennesker gjør av oss. Avhengig av hvem de kommer fra, kan de signalene og tilbakemeldingene vi får ha stor innvirkning på vår selvoppfatning. I tillegg til andres vurderinger kan vi selv også ha en oppfatning av hvordan vi ønsker å være, dette kan handle om krav vi prøver å leve opp til (Gjørund & Huseby 2011). Meads teori viser et grunnleggende behov hos mennesker for å bli akseptert av andre og at andres og ens egen oppfatning av en selv påvirker selvbildet (Brown & Granberg 2012).

Selvbilde er et mentalt bilde av det «fysiske selv» som blir påvirket av holdninger, oppfatninger, utseende, helsetilstand, ferdigheter og seksualitet (Sheppard & Ely 2008). Selvbilde handler om hvordan vi oppfatter oss selv. Både oppfatning av egen personlighet og kroppslig oppfatning. Kreftbehandling kan påvirke kroppsbilde negativt på flere måter. Blant annet ved fysiske endringer på kroppen som fjerning av organer og arrdannelse (Fosså et.al 2009). Når den fysiske skjønnheten av en kvinnes kropp blir truet av sykdom eller skjemmende behandling, forandrer oppfattelsen av henne selv og andre seg. Dette påvirker selvbildet og den feminine identiteten, noe som truer hennes fysiske attraktivitet og kan føles som en fornærmelse (Sheppard & Ely 2008).

Kroppsbildet er sentralt for å føle seg seksuelt tiltrekkende og følelsen av redusert tiltrekningskraft er en av de vanligste grunnene til nedsatt seksualitet etter brystkreft (Fosså et. al. 2009).

Seksualitet er en dyp og integrert del av det totale mennesket og påvirker personligheten. Seksualitet eksisterer i all sammenheng og samhandling, og er direkte relatert til vår trivsel og opplevelse av oss selv som seksuelle vesener. Seksualitet kan ikke vurderes separert fra helsebegrepet, fordi seksualitet påvirker menneskets følelse av velvære og selvbilde (Store norske leksikon 2014). I følge WHO handler seksuell helse om velvære, og ikke kun om fravær fra sykdom. Det sies også at seksuell helse er viktig for mennesker gjennom hele livsløpet, ikke kun i forhold til reproduksjon (WHO 2014).

Etter sykdom blir den seksuelle helsen ofte bedre over årene, da sykdommen og behandlingen kommer mer på avstand. Her spiller alder og seksuell funksjon før sykdommen en viktig rolle. Selv om mange opplever bedring i årene etter avsluttet behandling, er det en betydelig andel av kvinnene som opplever en langvarig reduksjon av den seksuelle interessen og økte seksuelle problemer (Fosså et.al. 2009). Seksualitet er en kilde til både glede, nytelse og nærhet, og i velferdsstatene regnes seksualitet som en forutsetning for livskvalitet (Store norske leksikon 2014). Særlig hos yngre

brystkreftoverlevende, førte de seksuelle problemene til en opplevelse av redusert livskvalitet (Fosså et.al. 2009).

### **1.3 Hensikt, problemstilling og avgrensning**

Hensikten med denne oppgaven er å belyse hvilken betydning rekonstruksjon har for seksualitet og selvbilde, hos kvinner som har fått utført terapeutisk eller profylaktisk mastektomi. Oppgaven tar kun for seg hvordan mastektomi og rekonstruksjon påvirker kvinnes seksualitet og selvbilde, og ikke hvordan selve kreften og annen type behandling kan ha innvirkning på kvinnes psyke og livskvalitet.

I resultatkapittelet vil denne studien ha et pasientperspektiv der statistikk blir presentert og kvinners behov og refleksjoner. Da det er en stadig økning av brystkreftrammede og overlevende vil det være hensiktsmessig å bringe inn sykepleierperspektivet i diskusjonskapittelet. Kunnskap rundt dette temaet er viktig både hos sykepleiere og pasienter. Dette fordi sykepleiere skal bidra til å sørge for at pasientene skal kunne ta et overveid valg som de kan være tilfreds med i fremtiden.



## 2.0 Metode

### 2.1 Litteratursøk

Det har blitt gjort en allmenn litteraturstudie. Formålet med en slik studie er å vise til kunnskap innenfor et spesielt område. I en allmenn litteraturstudie beskrives og analyseres valgte studier, men sjeldent på en systematisk måte (Forsberg & Wengstrøm 2013).

Det har blitt brukt relevante søkeord for å finne artikler som belyser studiens hensikt. Søkene har blitt avgrenset til kun å inkludere artikler fra de siste 10 år, artikler med språkene: Norsk, Engelsk og Dansk og kun artikler som er tilgjengelige i fulltekst. Søkeordene blir kombinert på ulike måter for å finne relevante artikler. Tittelen på artikkelen blir lest, og dersom de virker relevante blir abstraktet lest. Deretter går artikkelen videre til gransking, og blir mulig inkludert i denne studien. Artiklenes resultater blir så sammenlignet for å finne likheter og ulikheter som danner grunnlaget for videre granskning.

### 2.2 Databaser og søkeord

Databasene som er blitt brukt til søk er Medline og Cinahl. Disse er valgt fordi de hovedsakelig inneholder vitenskapelige originalartikler (Støren 2010).

De første søkeordene som ble brukt ble valgt ut ifra hensikten i denne studien. Disse søkeordene var: "sexuality", "mammoplasty", "mastectomy", "breast neoplasms", "quality of life", "self-image" og "reconstruction". Videre ble det sett på nøkkelord i funnene, og det ble brukt søkeord som: "self-image", "body-image" og "sosial perception".

15 ulike forskningsartikler ble brukt i denne studien. Til sammen ble 116 titler lest, 38 abstrakt ble lest, 22 artikler ble lest i sin helhet og til slutt ble de 15 artiklene valgt ut fra denne granskningen og vurderingen.

Se vedlegg 1. Tabeller på søk.

### 2.3 Vurdering, inklusjon- og eksklusjonskriterier

Forsberg og Wengstrøm (2013) viser til ulike steg i prosessen for å vurdere og velge forskningsartikler. Denne metoden er blitt brukt for å komme frem til artiklene i denne studien.

- Steg 1: Identifisere hensikt og se på søkeord

- Steg 2: Begrense søket
- Steg 3: Gjennomføre søket i hensiktsmessige databaser
- Steg 4: Se etter artikler andre steder enn kjente databaser
- Steg 5: Velge relevante titler og lese abstraktet. Å velge relevante artikler til videre granskning
- Steg 6: Les artikkelen i sin helhet og gjør en kvalitetsvurdering

De inkluderte artiklene i denne litteraturstudien er vurdert etter relevans, publikasjonsår, faglig i artikkelen og etisk standard.

Inklusjonskriterier:

Kvinner som har utført profylaktisk- eller terapeutisk - mastektomi

Kvinner som har utført rekonstruksjon

Kvinner som er i faresonen for å få brystkreft eller som har hatt brystkreft

Artikler som tar for seg hvordan rekonstruksjonen påvirker seksualiteten og selvbilde

Pasientperspektivet

Forskning som blir utført i land som tilbyr rekonstruksjon

Eksklusjonskriterier:

Andre perspektiver enn pasientperspektivet

Artikler som tar for seg andre årsaker til påvirkning av sekularitet og selvbildet

I hovedsak forskning som er eldre enn 10 år

Forskning som blir utført i land der de ikke har tilbud om rekonstruksjon

Ut ifra disse kriteriene ble det valgt 9 kvantitative og 6 kvalitative artikler. Det ble i denne oppgaven valgt å bruke både kvantitativ og kvalitativ forskning for å best belyse hensikten (Dalland 2011).

## 2.4 Etiske overveielser

Etiske overveielser ble gjort i denne litteraturstudien. Målet har vært å finne relevante artikler som er godkjent av en etisk komité. Hvis det mangler kvalitetsvurdering i allmenn litteraturstudie er risikoen stor for at man kan dra feilkonklusjoner (Forsberg & Wengström 2013). De fleste artiklene som ble brukt i denne studien, har dokumentert at de er blitt godkjent av en etisk komité. Et fåtall av studiene som ble benyttet har refererer ikke til at de er etisk vurdert, men i og med at studiene er publisert i anerkjente tidsskrift, ansees de som kvalitetsmessig gode og blir derfor benyttet i studien. De fleste artiklene som er brukt i denne studien understreker også at deltakerne har deltatt under informert frivillig samtykke. Dette vil si at de sier seg villig til å være med i en undersøkelse.

Deltakerne skal da være tilstrekkelig informert og ha forstått hva det innebærer å delta i undersøkelsen, deretter samtykker de frivillig. Dette for å beskytte deltakere mot å bli ført bak lyset eller bli utsatt for press (Dalland 2011).

## **2.5 Analysemetode**

Likheter og ulikheter i artiklenes resultater ble sammenlignet. Og fire hovedtema gikk igjen i de ulike studiene. Disse temaene ble grunnlaget for de fire kategoriene i resultatdelen. Subkategorier blir belyst i resultatet som så i diskusjonsdelen blir diskutert opp i mot teori for å belyse studiens hensikt.

Se vedlegg 3. Eksempel på subkategorier og kategorier.

## 3.0 Resultat

Ut i fra tekstanalysen ble disse fire hovedkategoriene valgt:

Selvbilde og seksualitet etter utført mastektomi

Betydningen av rekonstruksjon for selvbilde og seksualitet

Å velge rekonstruksjon

Betydningen av informasjon og oppfølging

### 3.1 Selvbilde og seksualitet etter utført mastektomi

Brystet blir sett på som mye mer enn en kroppsdel. Det signaliserer femininitet, kvinnelighet, og det å være en mor. Mastektomi gir et synlig bevis på sykdom og at man er annerledes, noe som påvirker kvinners selvbilde. Mangelen på et bryst fungerer da som en konstant påminnelse på sykdommen og det kan gjøre det vanskelig å føle seg frisk og feminin. Noen føler også at de mister sin identitet og har vansker med å føle seg hel igjen. Nesten alle kvinner som blir diagnostisert med brystkreft, og som deretter må fjerne et eller begge brystene, har bekymringer i forhold til kroppsbildet (a:Fallbjörk et. al. 2012, Manganiello et. al. 2011 og McKean et. al. 2013 ).

Hvordan kvinner reagerer på tapet av et bryst er veldig individuelt og blant de som har gjennomgått mastektomi vises det 3 ulike hovedsyn. Kvinner med en gjennomsnittsalder på 60 år, som er godt etablert og som ser på andre ting i livet som viktige verdier, synes ikke at mastektomien har noen innvirkning på dem i forhold til deres selvbilde og seksualitet. Femininiteten er også viktig for dem, men de mener det handler mer om hvordan man kler seg, personlige egenskaper, hvordan de fungerer i dagliglivet og det å ta vare på dem selv og dem som betyr mest for dem. Andre kvinner derimot ser på det å miste et bryst som å miste seg selv og for dem blir rekonstruksjon noe av det viktigste for å kunne føle seg som en kvinne igjen. For disse kvinnene er mastektomien en grusom opplevelse, som gjør det vanskelig å se på sin egen kropp igjen. De har alltid likt brystene sine og elsker å kle seg i utfordrende klær. Det er da viktig for dem å kunne fortsette å bruke de klærne som gjør at de føler seg bra og ikke bli begrenset i sine valg grunnet mastektomien. For disse kvinnene vil mastektomien derfor påvirke deres selvbilde og seksualitet.

Noen kvinner føler at mastektomien påvirker feminiteten og selvbildet, men ikke at den endrer dem som person. De vil fortsatt klare å gå videre med livet og føle seg som seg selv etter mastektomien. Disse kvinnene ser på rekonstruksjonen som en gave, en bonus og noe som gjør det lettere å føle seg som en kvinne igjen og bevare sin seksualitet (a:Fallbjörk et. al. 2012).

For noen er to bryster viktig for å føle seg normal fordi «en ekte kvinne» har to bryster, ikke ett eller ingen. De kvinnene som føler at kvinneligheten og feminiteten har tilknytningen til brystet har vanskeligere med å godta det tapte brystet, i motsetning til de kvinnene som ikke synes at brystet i like stor grad påvirker deres kvinnelighet og feminitet. De kvinnene som føler at brystet er viktig ved seksuell aktivitet synes at det tapte brystet også påvirker det seksuelle forholdet til partneren. Dette er ofte fordi de ikke føler seg komfortabel med sin egen kropp, noe som gjør dem mindre selvsikre. Dermed påvirker det seksuallivet deres negativt og disse kvinnene uttrykte derfor ofte følelsen av å ha et dårligere seksualliv. (b: Fallbjörk et. al. 2012, McKean et. al. 2013 og Marshall & Kiemle 2005).

Problemer relatert til kroppsbilde og seksualitet sees hos all kvinner som har gjennomgått mastektomi, uansett etnisitet. Likevel ser vi at de som er mest påvirket er de som har lavere utdanning, eldre partnere og de som ikke har utført rekonstruksjon av det tapte brystet (Manganiello et. al. 2011).

### 3.2 Å velge rekonstruksjon

Antallet kvinner som velger brystrekonstruksjon er lavere enn forventet og flertallet velger ikke å få gjennomført rekonstruktiv kirurgi etter mastektomi. Antallet som velger rekonstruksjon har allikevel sakte men sikkert steget de siste årene (Duggal et. al. 2013 og Harcourt & Rumsey 2004).

De fleste kvinner tar raske valg når det kommer til rekonstruksjon (Harcourt & Rumsey 2004 og Duggal et. al. 2012). Noen av disse kvinnene har allerede vurdert alternativene før konsultasjonen, mens andre har lite kunnskap om brystrekonstruksjon før de tok sitt valg (Harcourt & Rumsey 2004).

En av de vanligste grunnene for å velge rekonstruksjon er selvbildet. Flere av kvinnene sliter med å se seg selv i speilet og føler at mastektomien har tatt en del av dem selv. Seksualitet er i flere tilfeller også en faktor, men er ikke av høyeste prioritet når det kommer til valg av rekonstruksjon (a: Fallbjörk et. al. 2012, Ditsch et. al. 2013, Denford et. al. 2011, Duggal et. al. 2012 og McKean et. al. 2013).

Flere kvinner gir også uttrykk at for de velger rekonstruksjon for å føle seg hele igjen, og ikke lenger føle seg syke. Ved å ikke behøve å se seg selv med et manglende bryst eller med en protese kan de slippe å ha en konstant påminner på sykdommen og hva de har gjennomgått (Denford et. al. 2011, McKean et. al. 2013, a: Fallbjörk et. al. 2012 og Duggal et. al. 2012). Ønske om å se normal ut for omverdenen og å kunne gjennomføre hverdagslige aktiviteter, uten å føle seg hindret av protese eller ubehag, er også en viktig faktor (Denford et. al. 2011).

Klær påvirker også valget om rekonstruksjon. De fleste kvinner synes det er viktig å kunne velge de klærne de selv vil gå i, uten å føle seg hindret grunnet mastektomi. De ønsker også å føle at de ser bra ut i de klærne de velger å gå i og se normal ut i forhold til andre (Duggal et. al. 2012, Denford et. al. 2011 og McKean et. al. 2013).

Kvinnene som velger umiddelbar rekonstruksjon vil unngå å måtte se seg etter mastektomi og mener selv at selvbildet deres ville blitt forstyrret uten rekonstruksjon. Kvinnene som velger senere rekonstruksjon ønsker først og fremst å konsentrere seg om kreftbehandlingen og å bli frisk før de tar avgjørelsen om rekonstruksjon. I noen tilfeller kan tilbudet om rekonstruksjon kreve flere uker med ekstra venting, noe som gjør at noen velger mastektomi uten rekonstruksjon for å bli kvitt kreften fortest mulig (Harcourt & Rumsey 2004, a: Fallbjörk et. al. 2012 og Duggal 2012).

De som ikke velger rekonstruksjon begrunner dette med at de vil unngå flere operasjoner og "unødvendig" behandling som kan føre til komplikasjoner. Noen gir også uttrykk for at de frykter at rekonstruksjon kan trigge kreften eller hindre at man oppdager eventuell spredning (Harcourt & Rumsey 2004, a: Fallbjörk et. al. 2012 og Duggal et. al. 2012). For flere er derfor ikke det å få et eller begge bryst erstattet, verdt risikoen forbundet med rekonstruksjon (a: Fallbjörk et. al. 2012).

Valget mellom å utføre rekonstruksjon eller ikke blir også påvirket av alder. Eldre kvinner er mindre tilbøyelige til å få utført rekonstruksjon (Fallbjörk et. al. 2010, a: Fallbjörk et. al. 2012 og Duggal et. al. 2012). Kvinner med høyere utdannelse velger også oftere rekonstruksjon (Fallbjörk et. al. 2010).

### **3.3 Betydningen av rekonstruksjon for selvbilde og seksualitet**

Rekonstruksjon av det fjernede brystet kan påvirke selvfølelsen, selvtilliten, selvbildet og seksualiteten. Å ha utført rekonstruksjon og få tilbake det fjernede brystet kan gi en følelse av å være fri fra sykdommen og kvinnene kan slippe å bli minnet på diagnosen hver gang de ser på sin egen kropp. Kvinnene uttrykker følelse av kontroll over eget liv og at det bidrar til at de føler seg som seg selv igjen (Neto et. al. 2013, McKean et. al. 2013 og b: Fallbjörk et. al. 2012).

De kvinnene som utfører rekonstruksjon viser seg å ha et bedre sexliv enn de som ikke utfører det. Grunnen til dette er fordi rekonstruksjon kan ha ført til et bedre selvbilde. Ved et dårlig selvbilde, synker selvtilliten og seksualiteten blir da påvirket. Rekonstruksjon gjør det også lettere å kle seg i de klærne de ønsker, uten å bli minnet på om kreften. Enkelte kvinner sier det at det å ha utført rekonstruksjon føles som et «plaster på såret» (Neto et. al. 2013, McKean et. al. 2013 og b: Fallbjörk et. al. 2012).

De fleste ønsker å være diskrete angående diagnosen sin til medarbeidere og andre. De ønsker å bli sett på som samme person som før de ble syke, men med tap av et bryst føler de at dette blir

vanskelig. De fleste uttrykker rolleforandring og sier at de blir sett annerledes på, både på jobb og hjemme. Denne rolleforandringen har innvirkning på kvinnenes selvbilde.

De kvinnene som er mødre viser også bekymring for hvordan mastektomien har påvirket barna deres. Dette i forhold til at de føler at de blir hindret i dagligdagse aktiviteter. Mødrene ønsker ikke at barna skal se dem som syke. De vil bli oppfattet på lik linje med de andre mødrene, men med ett bryst føler de at de får en annen identitet og at relasjon til barna har blitt påvirket i negativ retning. Å utføre rekonstruksjon kan hjelpe til å bevare rollen som mor og ikke som syk. Det kan beskytte barna mot uønsket oppmerksomhet og eventuelt baksnakking fra andre barn (McKean et. al. 2013).

De kvinnene som utfører rekonstruksjon umiddelbart etter mastektomi føler ikke at selvbildet blir påvirket i så stor grad, i motsetning til dem som utfører sekundær rekonstruksjon. Disse kvinnene har dårligere selvbilde og flere bekymringer over egen kropp. De føler at de må gjemme kroppen sin fordi de er misfornøyd med formene sine og vil ikke at noen skal se det. De som utfører umiddelbar rekonstruksjon mener også at hvis de hadde ventet med å utføre rekonstruksjon ville de ha følt seg usikre på sitt eget ytre, noe som ble støttet opp av de som fikk rekonstruksjon senere (McKean et. al. 2013 og Metcalfe et al. 2012).

### **3.4 Betydningen av informasjon og oppfølging**

I hvilken grad kvinnene er involvert i beslutningsprosessen er avgjørende for hvilket valg de tar for eller imot rekonstruksjon og for deres tilfredshet med dette valget (b: Fallbjörk et.al. 2012, Ditsch et. al. 2013 og Duggal et. al. 2012).

80,9 % uttrykker at de baserer sitt valg av type rekonstruksjon på råd fra behandlende lege og det medisinske teamet (Ditsch et. al. 2013). Flere kvinner gir uttrykk for at de føler seg lite involverte og rapporterer flere store mangler i mengden informasjon de får rundt prosessen de skal gjennom (Harcourt et. al. 2002, b: Fallbjörk et. al. 2012 og Ditsch et. al. 2013). De beskriver en følelse av å måtte kjempe, både for å få tak i informasjonen og for å få brystrekonstruksjonen. Flere føler at de selv må samle informasjon, blant annet fra internett og samtalegrupper (b: Fallbjörk et.al. 2012 og Ditsch et. al. 2013).

Mangelen på informasjon gjør at pasientene føler seg uforberedte for den slitsomme og smertefulle prosessen de må gjennom. De er ikke forberedte på antallet operasjoner de må gjennom, smerten de opplever og lengden på rekonvalesensperioden. De har heller ikke realistiske forventninger til utfallet av rekonstruksjon (b: Fallbjörk et.al. 2012 og Harcourt & Rumsey 2004). Flere kvinner uttrykker skuffelse etter rekonstruksjon, dette fordi forventningene deres ikke har blitt innfridd. Hvilke

forventninger pasientene har til utfallet av rekonstruksjon har veldig ofte en sammenheng med hvilken informasjon og veiledning de får i den preoperative prosessen. (Denford et. al. 2011, Ditsch et. al. 2013 og Harcourt & Rumsey 2004).

Det legges vekt på viktigheten av detaljert preoperativ rådgivning for å forenkle tilpasningen for kvinner etter rekonstruksjon (Ditsch et. al. 2013). Informasjon må gis rundt både de fysiske og psykiske konsekvensene av mastektomi og rekonstruksjon (Harcourt et. al. 2002). I tillegg må mulige negative og positive konsekvensene av brystrekonstruksjon etter mastektomi, både kortsiktig og langsiktig, være med i informasjonen som gis til kvinnene som vurderer rekonstruksjon (Heijer et. al. 2012). Dette krever kompetanse innenfor både onkologi og plastisk kirurgi ved klinikkene der kvinnene får gjennomført rekonstruksjon (b: Fallbjörk et. al. 2012). Kvinnene selv uttrykker også at de ville satt pris på å få møte kvinner som har vært gjennom samme operasjoner tidligere (b: Fallbjörk et. al. 2012 og Harcourt et. al. 2002).

Rett etter diagnostisering vil kvinnene kunne ha mye annet å tenke på i forhold til sykdommen og er kanskje ikke i stand til å vurdere konsekvensene av det valget de tar omkring rekonstruksjon. Dette kan gjøre at de kvinnene som tar raske valg for eller i mot rekonstruksjon i ettertid ønsker at de hadde bedre tid og mer informasjon før de tok avgjørelsen sin (Heijer et. al. 2012, Harcourt & Rumsey 2004 og Harcourt et. al. 2002). Av de som tar raske avgjørelser er det noen som i ettertid oppsøker informasjon for å bekrefte den avgjørelsen de har tatt, mens andre holder seg unna informasjon slik at de ikke skal bli usikre på sin avgjørelse (Harcourt & Rumsey 2004). Kvinner som skal ta avgjørelsen ønsker informasjon og veiledning, men samtidig viser det seg at mye informasjon kan skape forvirring og fortvilelse (Harcourt & Ramsey 2004). Det er derfor viktig å kartlegge hva de ulike pasientene oppfatter som normalt og hva som er viktig for dem i forhold til rekonstruksjon. Dette kan gjøre kommunikasjonen mellom pasient og behandler bedre, hjelpe til med å gi pasientene riktige forventninger og dermed gjøre pasientene mer fornøyd med utfallet av rekonstruksjonen (b: Fallbjörk et. al. 2012, Harcourt et. al. 2002, Denford et. al. 2011 og Harcourt & Rumsey 2004).

Pasientene som følte seg velinformerte var mer fornøyd med det estetiske resultatet i 88 % av tilfellene. En dårlig konsultasjon var assosiert med høyere misnøye med resultatet og god konsultasjon og aktiv deltakelse i beslutningsprosessen var direkte knyttet sammen med et bedre selvilde etter inngrepet (Ditsch et. al.2013). De kvinnene som ikke er deltakende i beslutningsprosessen er generelt mindre tilfreds med behandlingen, har dårligere resultat på livskvalitet og gir oftest uttrykk for at de ville vært mindre tilbøyelig til å velge samme type rekonstruksjon igjen (Ashraf et. al. 2013). Med økt pasientdeltakelse og velinformerte beslutninger er



det sannsynlig at påkjenningen etter rekonstruksjon kan bli mindre og a tilfredsheten med resultatet kan bli bedre. (Ashraf et. al 2013, Fallbjörk et. al. 2010 og Harcour & Rumsey 2002).

## 4.0 Diskusjon

Hensikten med denne studien er å belyse hvilken betydning rekonstruksjon har for selvbilde og seksualitet hos kvinner som har fått utført terapeutisk eller profylaktisk mastektomi på et eller begge bryst. Resultatet viser at selvbilde og seksualitet på ulike måter blir påvirket hos alle kvinner som har gjennomgått mastektomi. I hvilken grad kvinnene blir påvirket av mastektomien er avgjørende for om de ønsker å gjennomgå rekonstruktiv kirurgi. Selv om brystrekonstruksjon er blitt en vesentlig del av kreftkirurgien, er likevel tallet på kvinner som velger rekonstruksjon lavere enn forventet. Rekonstruksjon er et omfattende inngrep og forskning viser hvor viktig informasjon og veiledning er for at kvinnene skal kunne ta et overveid valg og dermed være fornøyd med det valget de tar.

### 4.1 Metodediskusjon

En fordel med denne litteraturstudien er at den belyser selvbilde og seksualitet hos alle kvinner som har gjennomgått mastektomi, den er ikke begrenset kun til kvinner som har hatt brystkreft. I studien er det blitt brukt både kvantitativ og kvalitativ forskning. Fordelen med å bruke kvantitativ forskning er at det kommer frem statistikk fra et representativt utvalg og at informasjonen er målbar og relevant for en større mengde mennesker. Fordelen med å bruke kvalitativ forskning er at hver enkelt kvinnes refleksjoner og opplevelse blir belyst på en måte som ikke lar seg gjøre med tall og statistikk. Dette gjør at studien får ett stort overblikk og at selve pasientopplevelsen kommer frem (Dalland 2011).

En annen styrke med studien er at all forskning som var eldre enn 10 år ble ekskludert, med unntak av en artikkel fra 2002 som ble tatt med på grunn av god kvalitet. Dette gjør at studien er relevant i forhold til innovasjon og nytenkning som er gjort på området, og er oppdatert på utviklingen i helsesektoren (Dalland 2011).

I studien er det brukt artikler fra ulike deler av verden. Noe som gjør at studien får et heterogent utvalg og gjør studien mer pålitelig (Polit & Beck 2012). Det er hentet forskning både fra Europa og Amerika, og i hovedsak i-land. Dette for å få mest mulig forskning fra land som har gode ressurser og der tilbudet om rekonstruksjon er realistisk. Fordelen med begrensingen er at forskningen belyser vår hensikt som omhandler rekonstruksjon. Ulempen er at vi ikke får belyst hvordan mastektomi og rekonstruksjon påvirker seksualiteten og selvbildet i andre land som har tilbudet om rekonstruksjon.

I studien er det blitt benyttet pensumlitteratur og annen litteratur som har blitt drøftet opp imot resultat fra 15 forskningsartikler. Det er blitt gjort søk i biblioteksdatatabasen: Bibsys, og litteraturen

som ble valgt støtter opp forskningen og belyser studiens hensikt. Litteraturen og forskningen som er brukt er blitt henvist til ved kilder, dette for å vise troverdighet og faglighet i studien, og vise at verken litteraturen eller forskningen er blitt misbrukt (Dalland 2011).

Det er noen begrensninger ved denne studien og enkelte ting som kunne vært gjort annerledes. Noen av begrensningene skyldes begrensninger i tid og andre skyldes for dårlig planlegging. Tekstanalysen i denne studien kunne blitt gjort mer systematisk. Hver valgte artikkel ble analysert og like funn ble plukket ut og kategorisert. Problemer oppstod da man skulle se tilbake på funnene i artiklene, fordi de ulike funnene ikke hadde blitt merket i teksten. Dette førte til at artiklene måtte analyseres flere ganger. Dataen som ble samlet inn kunne blitt sortert og satt sammen slik at det hadde blitt oversiktlig og ulike fargekoder kunne ha blitt brukt for å opprettholde et system (Dalland 2011).

Søkene ble utført i to ulike databaser: Medline og Cinahl. Disse databasene ble valgt på grunnlag av at de inneholder sykepleieforskning og annen medisinsk forskning. I tillegg er alle artiklene på disse databasene faglig overveid. Ulempen med å begrense søket til to databaser, er at de samme artiklene ofte kommer frem ved søkene og at andre gode studier kan bli oversett. Begrensningen til kun to databaser ble gjort på grunn av tidsbegrensning, og fordi artikler av god kvalitet ble funnet på disse databasene tidlig i prosessen av studien.

Se vedlegg 1. Tabeller på søk.

## 4.2 Resultatdiskusjon

### 4.2.1 Selvbilde og seksualitet etter utført mastektomi

Brystet blir av mange sett på som mye mer enn en kroppsdel. Det signaliserer femininitet, kvinnelighet og naturlighet og tapet kan derfor føles som en trussel mot kvinnene (a: Fallbjörk et. al. 2012, Manganiello et. al. 2011 og McKean et. al. 2013). Det å miste et bryst kan være en sterk påkjennelse for en kvinne og en mastektomi kan derfor føles som en trussel mot hennes selvbilde og seksualitet. Mastektomien kan etterlate kvinner med en følelse av å være bar og redusert, både psykologisk og i forhold til mer ytre kroppslige aspekter (Hammer 1998). Resultatet i denne studien viser at selvbildet til de fleste kvinner blir påvirket etter gjennomført mastektomi, deriblant fordi mastektomien gir et synlig bevis på sykdom. Dette gjør at selv om de blir kvitt kreften, vil de kunne føle seg syke på grunn av mangelen på ett eller begge brystene.

Hvordan tapet av et bryst vil påvirke hver enkelt kvinne er veldig individuelt. Både alder, sivilstatus og utdanning påvirker deres måte å takle påkjennelsen (a: Fallbjörk et. al. 2012). Antonowsky er opptatt av hvordan mennesker med ulike forutsetninger klarer å opprettholde sin helse når de blir utsatt for sterke påkjennelser. Han bruker betegnelsen salutogenese, som handler om hvilke faktorer som kan bidra til å fremme helse. En grunnleggende opplevelse av sammenheng er knyttet til en persons identitet. Hvordan kvinnenes livssituasjon har vært i tidligere faser bidrar til hvilken oppfatning de har av sammenheng i tilværelsen (Kristoffersen 2011).

Som sykepleier møter en stadig mennesker som er preget av endring, trussel og tap, som påvirker deres livssituasjon. En person kan være i en vanskelig situasjon og likevel oppleve den som forståelig, meningsfull og håndterbar, men da må personen være i stand til å velge en aktiv tilnærming til situasjonen, mener Antonowsky. For at kvinner som har utført mastektomi skal ha en opplevelse av sammenheng, må sykepleieren hjelpe personen slik at situasjonen gir mening, er håndterbar og forståelig, selv om den er vanskelig. Det er derfor viktig at sykepleiere har den kunnskapen som er nødvendig for å kunne tilrettelegge situasjonen til den enkelte. På den måten kan sykepleiere styrke pasientens muligheter til å kunne opprettholde sin egen helse (Kristoffersen 2011).

Forskning viser at problemer relatert til kroppsbilde og seksualitet sees hos flertallet av kvinner som har gjennomgått mastektomi. Disse problemene påvirker deres helse og livskvalitet (Manganiello et. al. 2011). Antonowsky forteller at mennesket må føle en opplevelse av sammenheng for å ha god helse. For at kvinnene skal mestre denne situasjonen og føle en opplevelse av sammenheng, har de behov for sykepleie (Kristoffersen 2011). Benner & Wrubel tar for seg begrepet mestring. De mener

at sykepleiernes overordnede mål er å hjelpe den enkelte til å leve med sykdom, tap eller lidelse. Et viktig mål er at personen skal mestre sin livssituasjon som i dette tilfellet innebærer å ha mistet ett eller begge brystene. De sier at sykepleieren skal tilnærme seg den enkelte pasienten ved å ta utgangspunkt i den meningen pasienten selv tillegger situasjonen (Kristoffersen 2011).

Selvbildet og seksualitet er knyttet opp i mot hverandre. Hvis kvinnene ikke føler seg komfortabel i sin egen kropp, føler de seg mindre selvsikre, og dette påvirker seksualiteten deres (b: Fallbjörk et. al. 2012, McKean et. al. 2013 og Marshall & Kiemle 2005). De kvinnene som føler at brystet er viktig ved seksuell aktivitet, synes også at tapet av et bryst i større grad påvirker deres seksualliv. At seksualiteten blir påvirket, kan oppleves som en sterk påkjenning. Kvinnenes helse blir truet, fordi situasjonen kan bli vanskelig å håndtere (Kristoffersen 2011).

Resultatet viser hvor forskjellig kvinnene reagerer, fra å føle at de har mistet seg selv til å føle at det ikke har noe å si (a: Fallbjörk et. al. 2012). Benner & Wrubel påpeker at det er menneskets spesielle anliggender som bestemmer hvordan situasjonen oppleves for mennesket, og det er dette som bestemmer hvordan mennesket reagerer og handler. Med «anliggender» menes det som betyr noe for oss, og i resultatet kommer nettopp dette frem, at hva som kvinnene ser på som viktig for deres livskvalitet og velvære påvirker hvordan de opplever tapet av ett bryst. De kvinnene som så på brystet som en viktig del av det å føle seg hele og feminine nevnte f.eks. ofte klær og utseende som viktige deler av deres liv. I tillegg til spesielle anliggender, mener Benner & Wrubel at kroppslig kunnskap og kulturell bakgrunnsforståelse påvirker menneskets eksistens i verden, noe som kan knyttes til forståelsen av helse og helsesvikt. Kroppslig kunnskap er evnen til å handle hensiktsmessig i en situasjon på en ureflektert måte, og kulturell bakgrunnsforståelse er de meningene alle innenfor en kultur deler. Hvordan kvinnenes livssituasjon er før de blir syke og må gjennomgå en mastektomi, påvirker hvordan de håndterer og reagerer på den nye situasjonen. Om de håndterer den hensiktsmessig blir også påvirket av kulturen de er i (Kristoffersen 2011). På grunn av dette vil betydningen av mastektomi for selvbilde og seksualitet være veldig individuell.

#### **4.2.2 Å velge rekonstruksjon**

Resultatet viser at tallene over antallet kvinner som velger brystrekonstruksjon har steget de siste årene (Duggal et. al. 2012 og Harcourt & Rumsey 2004).

Det viser seg at en av de vanligste grunnene for valg av rekonstruksjon er selvbildet. Kvinnene ønsker å føle seg hele igjen og synlige tegn på sykdommen, vil de skjule (a: Fallbjörk et. al. 2012, Ditsch et. al. 2013, Denford et. al. 2011, Duggal et. al. 2012 og McKean et. al. 2013). Hammer viser til at kvinner

som velger rekonstruksjon ønsker å bli kvitt rollen som den syke. De vil føle seg normal slik de gjorde før de ble sykdommen og vil gjenvinne sin selvidentitet (Hammer 1998).

Samfunnet er bygd opp på troen om at de fleste mennesker er friske, at de fungerer i forhold til arbeid, familie og det sosiale livet. Følelsen av å være normal henger derfor sammen med det å være frisk (Norvoll 2010). Resultatet viser at det er viktig for kvinnene å føle at de kan oppfylle den rollen de hadde før mastektomien, som mor, ektefelle, arbeidstaker o.l. (McKean et. al. 2013). Kvinnene uttrykker et behov for å føle seg normale i forhold til samfunnsnormen og rekonstruksjon kan hjelpe til å gjenvinne denne følelsen (Denford et. al. 2011).

For å kunne se normal ut i forhold til andre, er klær en viktig faktor for mange av kvinnene under valget av rekonstruksjon (Duggal et. al.2012, Denford et. al. 2011 og McKean et. al. 2013). Kvinnene ønsker ikke at mennesker rundt dem skal kunne se at de har vært syke (Denford et. al. 2011, McKean et. al 2013, a: Fallbjörk et al 2012 og Duggal et. al. 2012). Dette støttes opp av studiene gjort av Hammer, der det kommer frem at det å kunne presentere seg som andre kvinner betyr mye. Flere av kvinnene føler at de må endre sin klesstil etter mastektomien, noe som påvirker deres selvbilde. De som velger rekonstruksjon mener derfor at det kan hjelpe dem til å få flere valgalternativer i klesveien, noe som er viktig for mange kvinner for å føle seg vell (Hammer 1998).

Brystrekonstruksjon innebærer risikofaktorer. Og de kvinnene som ikke velger rekonstruksjon mener at de mulige utfordringene med å leve uten et eller begge bryster ikke er så store at de kan rettferdiggjøre å gjennomgå operasjonen (a: Fallbjörk 2012). De vanligste begrunnelsene for ikke å velge rekonstruksjon er for å unngå flere inngrep med risiko for ytterligere komplikasjoner og å unngå lengre rekonvalesenstid med smerter og begrensninger. Noen uttrykker også bekymringer for at rekonstruksjon vil kunne øke faren for at kreften skal komme tilbake og for at det skal bli vanskeligere å oppdage den (Harcourt & Rumsey 2004, a: Fallbjörk et. al. 2012 og Duggal et. al. 2012).

Å velge rekonstruksjon krever mot, da valget er forbundet med risiko og smerte, tillegg til å kunne oppleve fordømmelse av mennesker rundt. Silikon kan hos noen assosieres med overdrevent fokus rundt utseende og det estetiske, noe som gjør at de som velger dette kan bli sett på som kropps- og skjønnhetsfikserte. Flere kvinner uttrykker at de som velger rekonstruksjon kan ses på som svake og at det ofte oppfattes som at de gir etter for press fra mennesker og samfunnet rundt dem. Kvinnene som velger rekonstruksjon opplever derfor å måtte rettferdiggjøre valget sitt (Hammer 1998).

### 4.2.3 Betydningen av rekonstruksjon for selvbilde og seksualitet.

Hvordan kvinnene oppfatter eget selvbilde henger også sammen med hvordan mennesker rundt dem oppfattet dem og hvilke tilbakemeldinger de opplever (b: Fallbjörk et. al. 2012 og McKean et. al. 2013). Dette støttes opp av Mead som beskriver at et menneskes selvbilde blir skapt og endret ved påvirkning fra andre. Enkeltpersoners signaler og tilbakemeldinger vil kunne ha stor innvirkning på vår selvoppfatning avhengig av hvem de kommer fra (Brown & Granberg 2004). I resultatet kommer det frem at flere er bekymret for hvordan deres roller og identitet vil bli påvirket av mastektomien, noe som gjenspeiles i deres bekymring over hvordan de vil bli oppfattet av familie, venner og arbeidskollegaer. De kvinnene som er mødre uttrykker også bekymring for hvordan deres barn ville bli påvirket. Dette i forhold til deres deltakelse på ulike aktiviteter og det at de ser annerledes ut enn andre mødre. De tilbakemeldingene og signalene kvinnene får på morsrollen, påvirker selvbildet. Resultatet viser at rekonstruksjon kan hindre uønsket oppmerksomhet rundt barna og mor, noe som videre kan hindre at mors selvbilde blir truet (McKean et. al. 2013).

Resultatet viser at rekonstruksjon kan ha en positiv effekt på selvbildet og seksualiteten. Tidspunktet rekonstruksjon blir utført på er forskjellig. Dette kan enten være på grunn av ventetiden, eller fordi noen trenger lengre tid på å bestemme seg for om de vil utføre inngrepet. Det viser seg at de som fikk utført umiddelbar rekonstruksjon etter mastektomi ikke føler at selvbildet ble påvirket i like stor grad, i motsetning til dem som fikk utført sekundær rekonstruksjon. De som venter med rekonstruksjon har dårligere selvbilde og flere bekymringer over egen kropp (McKean et. al. 2013 og Metcalfe et al. 2012). Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten anbefaler at rekonstruksjon og vurderingen av den skal være en del av tilbudet for de kvinnene som er brystkreftoperert i Norge. De anbefaler en individuell og medisinsk faglig vurdering, og en fastsatt frist for behandlingen (Helsedirektoratet 2014).

Alle brystkreftpasienter får i dag en frist for helsehjelp når de kommer inn i behandlingsforløpet med nyoppdaget brystkreft. Dette er en frist for utredning og oppstart av behandling. Selv om denne fristen er innfridd, og pasienten er kommet inn i spesialisthelsetjenesten, er ikke nødvendigvis helsehjelpen fullført. Det nasjonale handlingsprogrammet for brystkreft angir anbefalte tidsfrister for rekonstruksjon, og i en forsvarlighetsvurdering skal dette legges til grunn. Brystkreftopererte som har fjernet brystet og som ikke har fått primær rekonstruksjon bør få tilbud om sekundær rekonstruksjon tidligst 12 måneder etter avsluttet adjuvant cellegiftbehandling og/eller strålebehandling. Dette oppfattes som en integrert del av det samlede behandlingsforløpet (Helsedirektoratet 2014).

Resultatet viser hvor viktig rekonstruksjon er for enkelte kvinner, og hvordan det påvirker deres selvbilde og seksualitet. Det viser også hvordan tidspunktet de får rekonstruksjon påvirker dem (McKean et. al. 2013 og Metcalfe et al. 2012). For de kvinnene som ikke utfører primær

rekonstruksjon, kan de mer enn 12 månedene de må vente for sekundær rekonstruksjon være lange måneder (Helsedirektoratet 2014). Dette kan bety at de må gå i mange måneder der følelsen av å være syk fortsatt er der, noe som kan påvirke deres selvbilde. Det kan også gjøre det vanskeligere å kle av seg og å være diskret i forhold til sykdommen ovenfor venner, kollegaer osv (McKean et. al. 2013, Metcalfe et al. 2012 og Helsedirektoratet 2014).

#### 4.2.4 Betydningen av informasjon og oppfølging

Brystrekonstruksjon kan være et godt tilbud til kvinner som har gjennomgått mastektomi, men inngrepet er omfattende og avgjørelsen om å gjøre det må være gjennomtenkt. Det er sannsynlig at kvinner som gjennomgår inngrepet ville fått en bedre opplevelse hvis de på forhånd var bedre informert og dermed forberedt på det de skulle gjennom (Fallbjörk et al. 2010 og b: Fallbjörk et. al. 2012).

Ved første konsultasjon får pasienten svært mye informasjon, i forhold til både operasjonen og videre behandling. I sjokkfasen så vil ofte kroppslige forandringer ligge i skyggen av redselen rundt kreftdiagnosen og eventuell spredning. Enkelte studier har vist at pasientene oppfatter så lite som 20 % av informasjonen like etter å ha fått en kreftdiagnose (Sørensen og Almås 2011). Det er derfor viktig å ta hensyn til at kvinnene rett etter diagnostisering vil kunne ha mange bekymringer og er ikke i stand til å ta til seg all informasjonen de får. Resultatet viser også at flere av kvinnene uttrykte at de hadde ønsket seg bedre tid og mer informasjon før avgjørelsen (Heijer et. al. 2012, Harcourt & Rumsey 2004 og Harcourt et. al. 2002).

Resultatet av denne studien viser at kvinnes behov for informasjon varierer. Noen hadde et stort behov for informasjon og veiledning. Disse kvinnene ønsket ofte å få råd fra behandlende lege i forhold til hvilken avgjørelse de burde ta. Behovet for informasjon og veiledning varierte fra de som ønsker å være delaktige i prosessen og ta et selvstendig velinformert valg til de som nærmest ønsket at helsepersonell skulle ta valget for dem. Andre ønsket å være mindre delaktige og noen syntes at for mye informasjon kunne føre til ytterligere forvirring (Harcourt & Rumsey). Dette støttes av litteratur som også viser til at for mye informasjon lett preller av, dermed risikerer man at pasienten ikke evner å forholde seg til informasjonen som blir gitt (Eide og Eide 2011).

Helsepersonell er bundet av lovverket til å så langt som mulig sikre seg at mottakere har forstått innholdet og betydningen av opplysningene (Pasient- og brukerrettighetsloven 1999). Man må derfor kartlegge hva hver enkelt pasient trenger av informasjon og sørge for at informasjonen som formidles blir forstått og oppleves som relevant for hver enkelt pasient. Dette vil gjøre pasientene så



selvhjulpne som mulig og gir pasientene en følelse av at de mestrer sin egen situasjon. Dette viser et behov for tilrettelagt informasjon. Eide og Eide peker på tre hovedoppgaver for helsepersonell for en god informasjonssamtale.

- 1) Undersøke hva pasienten trenger av informasjon og kunnskap.
- 2) Skaffe informasjon, planlegge og å identifisere mål, gjerne i dialog.
- 3) Informere på en god måte, dvs. gjennom dialog og samhandling.

(Eide & Eide 2011).

Det er et behov for detaljert preoperativ rådgivning hos kvinner som skal ta valget omkring rekonstruksjon (Ditsch et. al. 2013). God informasjon må gis omkring mulige konsekvenser av rekonstruksjonen. Kvinnene må være klar over mulige fysiske og psykiske konsekvenser, da både negative og positive, kortsiktige og langsiktige. (Harcourt et. al. 2002 og Heijer et. al. 2012). Pasientene trenger konkret informasjon om eventuelle komplikasjoner og bivirkninger og omkring den videre oppfølgingen (Sørensen & Almås 2011).

Antowsky støtter opp under behovet for å ha innsikt i egen situasjon ved å peke på at personer som utvikler en sterk opplevelse av sammenheng i tilværelsen, ofte opplever sin situasjon som forståelig, meningsfull og håndterlig. For å oppnå dette er det viktig at personen har en grunnleggende tillit og forventning om at dette kommer til å gå bra (Kristoffersen 2011). Usikkerhet omkring behandling og utfall kan skape uro hos pasientene. Informasjonen må bidra til å gjøre situasjonen så forutsigbar som mulig, slik at pasientene vet hva som venter dem og kan forberede seg på det. Hvis riktig informasjon blir gitt til rett tid har pasientene mulighet til å på forhånd få en bedre forståelse for hvordan de skal forholde seg til situasjonen og hvilke forventninger de burde ha til utfallet (Eide & Eide 2011).

Videre sier Antonowsky at situasjonen må være meningsfull. Det å gjennomgå en rekonstruksjon kan bli oppfattet som meningsfullt dersom forventningene blir møtt. Hvis kvinnene opplever mening i situasjonen de er i vil de være motivert til innsats. Dette gir motivasjon til å kjempe, anstrenge seg og holde ut, og kan også gi motivasjon til å gå videre med livet og legge sykdommen bak seg (Kristoffersen 2011). Hvis kvinnene har urealistiske forventninger til rekonstruksjon uttrykker de skuffelse over resultatet. Disse forventningene henger sammen med informasjon og veiledning de har fått i den preoperative fasen (Denford et. al. 2011, Ditsch et. al. 2013 og Harcourt & Rumsey 2004). For at rekonstruksjon skal oppleves som vellykket er sykepleierens oppgave som veileder

viktig. Pasientens forventninger må kartlegges og informasjonen må oppleves som forståelig. Dette kan forhindre at kvinnene har mål som ikke er realistiske og dermed forhindre at de opplever skuffelse (b: Fallbjörk et. al 2012, Harcourt & Rumsey 2004). For at situasjonen skal være forståelig må kvinnene vite hva som skjer for å ha en oversikt. Trygghet og kontroll i tilværelsen kan fremme opplevelse av sammenheng (Kristoffersen 2011).

Hvis pasientene har liten kontroll over egen situasjon og ikke blir tilstrekkelig inkludert i beslutningsprosessen kan det skape avmakt. Som mennesker ønsker vi å unngå avmakt, og evnen til å være selvstendig er høyt verdsatt. Avmakt kan føre til følelser av aggresjon og frykt og kan oppleves som nedverdiggende for pasienten. Gjennom brukermedvirkning kan det lettere fanges opp individuelle forskjeller mellom pasientene og for å øke livskvaliteten og opplevelsen av behandlingen (Norvoll 2010).

Kvinnene må føle at de har innflytelse på situasjonen og har mulighet til å påvirke den, på denne måten blir situasjonen håndterlig (Kristoffersen 2011). Dette ser vi også i resultatet, da kvinnene som ikke var deltakende i beslutningsprosessen var mindre tilfreds med

behandlingen, utfallet og hadde mindre livskvalitet. Disse kvinnene gir også uttrykk for at de ikke ville valgt samme behandling igjen (Ashraf et. al. 2013). Kvinnene i resultatet uttrykte også et ønske om å få muligheten til å treffe kvinner som har vært gjennom det samme som dem (b: Fallbjörk et. al. 2012 og Harcourt et. al. 2002). Pasientskoler eller oppfølgingsgrupper for pasientene kan være gode hjelpemiddel for å bedre pasientopplevelsen. Der vil også pasientene ha mulighet til å møte kvinner i samme situasjon (Sørensen & Almås 2011). Dette vil kunne styrke kvinnenens situasjon og hjelpe dem til å ta en selvstendig, velinformert avgjørelse. Gjennom de yrkesetiske retningslinjene har sykepleiere et ansvar for å fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig tilpasset informasjon og å forsikre oss om at informasjonen er forstått (Norsk sykepleierforbund 2011).

## 5.0 Avslutning

Studien viser at rekonstruksjon kan bidra til å gjenoppbygge selvbilde og ha en positiv innvirkning på seksualiteten hos kvinner som har utført profylaktisk eller terapeutisk mastektomi. Selv om det er enkelte kvinner som gir uttrykk for at mastektomien har liten eller ingen innvirkning på deres selvbilde og seksualitet, så kommer det tydelig fram at dette kun gjelder for et mindretall og at for de fleste kvinner vil en mastektomi ha stor betydning for deres selvbilde og seksualitet. Fordi kvinnene reagerer så ulikt på å ha gjennomgått mastektomi, vil rekonstruksjon være et godt tilbud for mange. Dette gjelder trolig spesielt for de yngre pasientene, av både kosmetiske og emosjonelle grunner.

”Det hjalp meg mye til å komme meg videre, fordi når jeg tok av meg klærne på kvelden ble jeg påminnet at jeg hadde hatt kreft. Nå tenker jeg ikke på det lengre. Jeg har pene bryster, jeg er veldig fornøyd med dem og jeg kan kle meg i de klærne jeg ønsker.” (b: Fallbjörk et. al. 2012).

Tilfredsheten med rekonstruksjon viser seg i resultatet å være direkte knyttet opp mot hvor godt informert pasientene er, hvilke forventninger de har til utfallet og i hvilken grad de er inkludert i beslutningsprosessen. Hvis disse forventningene ikke blir innfridd, kan kvinnene føle både skuffelse og anger. Derfor må pasientenes forventninger kartlegges. Det er også viktig at informasjonen tilrettelegges, og at tidspunktet for når informasjonen blir gitt, blir tatt hensyn til (Eide og Eide 2011). Pasienten kan være i en sjokktilstand, noe som kan gjøre at informasjonen som blir gitt, ikke blir oppfattet (Sørensen og Almås 2011). Helsepersonell er forpliktet til å gi informasjon til pasientene på en slik måte at det sikrer at de har forstått innholdet og betydningen av informasjonen (Pasient- og brukerrettighetsloven 1999). Studien viser at de kvinnene som ikke var delaktig i beslutningsprosessen var mindre tilfreds med behandlingen og utfallet av rekonstruksjonen (Ashraf et. al. 2013). Ved at informasjonen formidles på rett måte vil pasientene få mulighet til å være en aktiv del av beslutningsprosessen. Dette er også jamført i lov, som sier at pasientene har rett til medvirkning (Pasient- og brukerrettighetsloven 1999).

Viktigheten av tilrettelagt preoperativ rådgiving kommer frem som et hovedfunn i denne studien. Kommunikasjonsteknikken til behandleren i forhold til rekonstruktiv kirurgi vil derfor ha en direkte innvirkning på pasientenes tilfredshet og livskvalitet (Ashraf et. al 2013, Fallbjörk et. al. 2010 og Harcour & Rumsey 2002). For at rekonstruksjon skal være et godt tilbud for kvinnene som har gjennomgått terapeutisk eller profylaktisk mastektomi, må sykepleiere kjenne til helsepersonells plikter og pasientens rettigheter, i tillegg til å ha kunnskapen som er nødvendig for å kunne tilrettelegge situasjonen slik at den understøtter og styrker den enkeltes opplevelse av sammenheng.

På denne måten kan helsepersonell legge til rette for at kvinnene selv kan opprettholde sin helse (Kristoffersen 2011).

I denne studien, der hensikten er å belyse hvilken betydning rekonstruksjon har for selvbilde og seksualitet hos kvinner som har fått utført mastektomi, viser forskningen at det finnes store kontraster hos målgruppen. Hos enkelte kvinner vil en rekonstruksjon kunne være avgjørende for deres livskvalitet, mens andre ikke ønsker en såpass ressurskrevende operasjon med gjentakende inngrep. Selv om forskning har avdekket og løst mange spørsmål rundt hvilken effekt rekonstruksjon kan ha på kvinners psykiske helse, varierer resultatet veldig og viser ulike syn. Kontrastene som finnes hos pasientene tyder på at det fremdeles er et stort behov for videre forskning innenfor området.

## Litteraturliste

A: Fallbjörk, U., Salander, P. & Rasmussen, B. H. (2012) From «No big deal» to «Losing oneself» - Different meaning of mastectomy, *Cancer nursing*, 35(5), 41-48.

Andersen, I. W. (2002) *Behandling og pleie, Alt du trenger å vite om brystkreft*. Oslo: Notabene Forlag.

Ashraf, A. A., Colakoglu, S., Nguyen, J. T., Anastasopoulos, A. J., Ibrahim, A. M. S., Yueh, J. H...Lee, B. T. (2013) Patient involvement in the decision-making process improves satisfaction and quality of life in postmastectomy breast reconstruction, 184, 665-670.

B: Fallbjörk, U., Frejeus, E. og Rasmussen, B. H. (2012) A preliminary study into womens experience of undergoing reconstructive surgery after breast cancer, *European journal of oncology nursing*, 16, 220-226.

Brown, E. og Granberg, A. (2012) *Hva er et menneske? – En innføring i filosofiske spørsmål om menneskets natur og dets forhold til resten av virkeligheten*, 2. Utgave, Bergen: fagbokforlaget.

Dalland, O. (2011) *Metode og oppgaveskriving for studenter*, 4. Utgave, Oslo: Gyldendal akademisk.

Denford, S., Harcourt, D., Rubin, L. & Pusic, A. (2011) Understanding normality, a qualitative analysis of breast cancer patients concept of normality after mastectomy and reconstructive surgery, *Psycho-oncology*, 20, 553-558.

Ditsch, N., Bauerfeind, I., Vodermaier, A., Tripp, B. L., Toth, B., Himsl, I... Lenhard, M. (2013) A retrospective investigation of women's experience with breast reconstruction after mastectomy, *Gynecologic oncology*, 287, 555-561.

Duggal, C. S., Metcalfe, D., Sackeyfio, R., Carlson, G. W. & Losken, A. (2012) Patient motivation of choosing postmastectomy breast reconstruction, *Research paper*, 70(5), 574-579.

Eide, H. og Eide, T. (2011) *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk*, 2. Utgave, Oslo: Gyldendal akademisk.

Fallbjörk, U., Salander, P. og Rasmussen, B. H. (2010) Differences between women who have and have not undergone breast reconstruction after mastectomy due to breast cancer, *Informa Healthcare*, 49, 174-179.

Forsberg, C. og Wengstrøm, Y. (2013) Att göra systematiska litteraturstudie – Värdering, analys och presentation av amvårdnadsforskning, 3. Utgave, Stockholm: Natur og Kultur.

Fosså, S. D., Loge, J. H. og Dahl, A. A. (red.). (2009) *Kreftoverlevelse – Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Gjøvsund, P. og Huseby, R. (2011) *Psykologi 2, Mennesket i gruppe og samfunn – psykologi for studiespesialiserende utdanningsprogram*, Oslo: Cappelen damm.

Hammer, A. S. (1998) *Å miste et bryst- noe mer enn å miste en kroppsdel?* Levanger: Naturvitenskapelig universitet.

Harcourt, D. M., Rumsey, N. J., Ambler, N. R., Cawthorn, S. J., Reid, C. D., Maddox, P. R... Umpleby, H. C. (2002) The psychological effect of mastectomy with or without breast reconstruction: a prospective, multicenter study, *Plastic and reconstructive surgery*, 111(3), 1060-1068.

Harcourt, D. & Rumsey, N. (2004) Mastectomy patients decision-making for or against immediate breast reconstruction, *Psycho-oncology*, 13, 106-115.

Heijer, M. D., Seynaeve, C., Timman, R., Duivendoorn, H. J., Vanheusden, K., Tilanus-Linthorst, M... Tibben, A. (2012) Body image and psychological distress after prophylactic mastectomy and breast reconstruction in genetically predisposed women: A prospective long-term follow-up study, *European journal of cancer*, 48, 1263-1268.

Helsedirektoratet (2012) *Rapport fra arbeidsgruppe vedrørende rekonstruksjon etter brystkreft*. Hentet 4. Mars 2014 fra: <http://helsedirektoratet.no/Om/nyheter/Documents/Rapport-rekonstruksjon-etter-brystkreft.pdf> .

Helsedirektoratet (2014) *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter med brystkreft*. Hentet 27. Mars 2014 fra <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonalt-handlingsprogram-med-retningslinjer-for-diagnostikk-behandling-og-oppfolging-av-pasienter-med-brystkreft/Sider/default.aspx>.

Kreftregisteret - Institutt for populasjonsbasert kreftforskning (2011), *Brystkreft*. Hentet 4. Mars 2014 fra: <http://www.kreftregisteret.no/no/Generelt/Fakta-om-kreft-test/Brystkreft-Alt2/> .

Kristoffersen, N. J. (2011) Helse og sykdom. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E-A (red.), *Grunnleggende sykepleie, bind 1* (s.31-72), Oslo: Gyldendal akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2011) Teoretiske perspektiver på sykepleie. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E-A (red.), *Grunnleggende sykepleie, bind 1* (s.207-270), Oslo: Gyldendal akademisk.

Manganiello, A., Hoga, L. A. K. H., Roberte, L. M., Miranda, C. M. & Rocha, C. A. M. (2011) Sexuality and quality of life of breast cancer patients post mastectomy, *European journal of oncology nursing*, 15, 167-172.

Marshall, C. & Kiemle, G. (2005) Breast reconstruction following cancer: its impact on patient's and partners sexual functioning, *Routledge Taylor & Francis group*, 20(2), 155-177.

McKean, L. N. (2013) Feeling like me again: A grounded theory of the role of breast reconstruction surgery in self-image, *European journal of cancer care*, 22, 493-502.

Metcalfe, K. A., Semple, J., Quan, M-L., Vadaparampil, S.T., Holloway, C., Brown, M...Narod, S. A. (2012) Changes in psychosocial functioning 1 year after mastectomy alone, delayed breast reconstruction, or immediate breast reconstruction, *Surgical oncology official journal of the society of surgical oncology*, 19, 233-241.

Neto, M. S., Menezes, M. V. D. A., Moreira, J. R., Garcia, E. B., Abla, F. E. L. & Ferreira, M. L. (2013) Sexuality after breast reconstruction post mastectomy, *Aesth plast surg*, 37, 643-647.

Norsk bryst cancer gruppe (2014) Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter med brystkreft, 3. Utgave, Oslo: helsedirektoratet.

Norvoll, R. (2010) Makt og avmakt, I Brodtkorb, E. & Rugkåsa, M. (Red.), *Mellom mennesker og samfunn – Sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene*, 2. Utgave, (s.67-97) Oslo: Gyldendal akademiske.

Norvoll, R. (2010) Sosiale avvik og sosial kontroll, I Brodtkorb, E. & Rugkåsa, M. (Red.) *Mellom mennesker og samfunn - Sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene*, 2. Utgave, (s.99-121) Oslo: Gyldendal akademiske.

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). (2014). *Retten til medvirkning og informasjon: Informasjonens form*, Hentet 19. Mars 2014 fra [http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient+og+brukerrettighetsloven\\*#KAPITTEL\\_3](http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient+og+brukerrettighetsloven*#KAPITTEL_3)

Sheppard, L. A. og Ely, S. (2008), Breast Cancer and sexuality, *The Breast Journal*, 14 (2), 176-181.

Store norske leksikon (2014) *Seksualitet*. Hentet 4. Mars fra <http://snl.no/seksualitet>.

Støren, I. (2013) Bare søk – Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier, 2. Utgave, Oslo: Cappelen damm.

Norsk sykepleierforbundet (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*, Oslo: Norsk sykepleierforbund.

Polit, D. F. og Beck, C. T (2012), *Nursing research, Generating and assessing evidence for nursing practice*, 9. Utgave, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Sørensen, E-M. og Almås, H. (2011), *Sykepleie ved brystkreft*, i: Almås, H., Stubberud, D-G. og Grønseth, R. (red.). *Klinisk sykepleie 2*, 4. Utgave (S.439-453), Oslo: Gyldendal akademisk.

Tindholt, T. T., Tønseth, K. A., Solberg, U. S., Mei, H., Buic, V. og Begic, A. (2004) Brystkonstruksjon etter mastektomi, *Tidsskrift for den norske legeforening*, 124 (12), 1629-32.

WHO (2014) *Sexual and reproductive health, Defining sexual health*. Hentet 4. Mars 2014 fra [http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual\\_health/sh\\_definitions/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/)

Worldwide breast cancer (2011) *Search results world statistic breast cancer*. Hentet 26. Februar fra: <http://www.worldwidebreastcancer.com/?s=world+statistic+breast+cancer>.



## Vedlegg 1: Tabeller på søk

Utvalg 1: Lest artikkelens tittel

Utvalg 2: Lest artikkelens abstrakt

Utvalg 3: Lest artikkelen i sin helhet

Utvalg 4: artikkel valgt ut fra granskning og vurdering

Tabell 1 (26.02.14)

Database	Avgrensing	Søkeord	Antall treff	Utvalg 1	Utvalg 2	Utvalg 3	Utvalg 4
Medline		1)Sexuality	4656				
		2)Mammoplasty	7487				
		3)Breast neoplasms	209351				
		1,2,3 and 4	15				
	Last 10 years, Norwegian, English or Danish, Abstract and full text	1,2,3 and 4	7	3	3	2	1

Tabell 2 (26.02.14)

Database	Avgrensning	Søkeord	Antall treff	Utvalg 1	Utvalg 2	Utvalg 3	Utvalg 4
Medline		1)Breast neoplasms	211214				
		2)Reconstruction	113894				
		3)Quality of life	912969				
		1 and 2	3620				
		4)Sexuality	27166				
		3 and 5	139532				
		4 and 6	184				
	Full text, English and Norwegian and last 10 years	4 and 6	79	7	1	1	1

Tabell 3 (27.02.14)

Database	Avgrensning	Søkeord	Antall treff	Utvalg 1	Utvalg 2	Utvalg 3	Utvalg 4
Medline		1)Body image , self image or Social pereption	30732				
		2)Mastetomy	22733				
		1 and 2	400				
	Full text, English or norwegian and last 10 years		107	10	7	5	3

Tabell 4 (28.02.14)

Database	Avgrensning	Søkeord	Antall treff	Utvalg 1	Utvalg 2	Utvalg 3	Utvalg 4
Medline		Mastectomy	15460				
		Sexuality	4661				
	Full text, English, Norwegian or Danish		1784				
		And 2)	20	20	8	5	3

Tabell 5 (7.03.14)

Database	Avgrensning	Søkeord	Antall treff	Utvalg 1	Utvalg 2	Utvalg 3	Utvalg 4
Medline		Mammoplasty	7543				
		Mastectomy	15512				
		Sexuality					
		Self-image or body image	11	11	3	1	1
		1 and 2	1776				
		3 or 4	18998				
		5 and 6	89				
	English or Norwegian and last 10 years		60	60	10	6	4

Tabell 6 (28.02.14)

Database	Avgrensning	Søkeord	Antall treff	Utvalg 1	Utvalg 2	Utvalg 3	Utvalg 4
Cinahl	English, Norwegian, last 10 years.	Reconstruction and sexuality and body image	12	12	9	3	2

Vedlegg 2: Oversikt over inkluderte artikler

En skala (1-5) viser til hvor godt forskningen belyser studiens hensikt.

Artikkel 1: From «No big deal» to «Losing oneself».

Forfattere År Land Tidsskrift	Studiens hensikt	Design Intervensjon Instrument	Deltakere Bortfall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
Fallbjörk U, Salander P og Rasmussen B H. (2012) Sverige Cancer Nursing	Å belyse hvordan mastektomi påvirker livet til kvinner som har harr brystkreft og deres refleksjoner rundt rekonstruksjon av bryst.	Kvalitativ studie  Intervju	126 av 149	Studien viser tre hovedfunn i måten kvinner reagerer på mastektomi. De rangerte fra de som syntes at det å leve med et bryst ikke hadde noe betydning til de som mente rekonstruksjon var det viktigste for å føle seg som en kvinne igjen.	Godkjent av etisk komité.  Ikke randomisert utvalg  Retrospektiv studie, kan ha endret oppfatning.  Karakter: 5 Belyser betydningen av rekonstruksjon i forhold til både seksualitet og selvbilde.

Artikkel 2: Sexuality after breast reconstruction post mastectomy.

Forfattere År Land Tidsskrift	Studiens hensikt	Design Intervensjon Instrument	Deltakere Bortfall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
Neto s m et. Al (2013) Brazil Aesth plast surg	Å evaluere og sammenligne de kvinnene som utførte rekonstruksjon og de som ikke utførte rekonstruksjon etter utført mastektomi.	Kvantitativ studie  Spørreskjema	36 av 36	Studien viser at de som utførte rekonstruksjon har en bedre seksualitet enn de andre. Dette fordi mastektomien påvirker selvfølelsen og selvtilliten, som igjen påvirker seksualiteten til kvinnen.	Ikke tydeliggjort godkjenning av etisk komité.  Relativt homogent utvalg.  Karakter: 4, belyser betydningen av rekonstruksjon i forhold til både seksualitet og selvbilde.

Artikkel 3: A preliminary study into womens experience of undergoing reconstructive surgery after breast cancer.

Forfattere År Land Tidsskrift	Studiens hensikt	Design Intervensjon Instrument	Deltakere Bortfall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
Fallbjörk U, Frejeus E og Rasmussen B H (2012)  Sverige  European journal of oncology nursing	Å undersøke kvinnens opplevelse av å gjennomgå rekonstruksj on etter mastektomi.	Kvalitativ studie  Intervju	126 av 149	Studien viste at rekonstruksjon kan være et godt tilbud for kvinner etter mastektomi, men at informasjon er nødvendig for at kvinnene skal kunne ta et velinformert valg og at dette skaper et bedre utfall av rekonstruksjonen.	Godkjent av etisk komité.  Et lite og relativt homogent utvalg.  Karakter: 3 Belyser hvilke faktorer som er viktig for at brystrekonstruk sjon skal være betydningsfull. Lite fokus på seksualitet.

Artikkel 4: Feeling like me again: A grounded theory of the role of breast reconstruction surgery in self-image.

Forfattere År Land Tidsskrift	Studiens hensikt	Design Intervensjon Instrument	Deltakere Bortfall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
McKean L N (2013)  England  European journal of cancer care	Hvilken rolle brystrekonstru ksjon har for kvinner selvbilde.	Kvalitativ studie  Intervju	10 av 10	Studien viser at rekonstruksjon kan bidra til å føle seg normal igjen og å gå videre med livet etter mastektomi.	Godkjent av etisk komité.  Retrospektiv studie, kan ha endret oppfatning.  Relativt homogent utvalg.  Karakter: 3, Belyser hvordan rekonstruksjon påvirker selvbilde. Lite i forhold til seksualitet.

Artikkel 5: The psychological effect of mastectomy with or without breast reconstruction: a prospective, multicenter study.

Forfattere År Land Tidsskrift	Studiens hensikt	Design Intervensjon Instrument	Deltakere Bortfall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
Harcourt D M et.al. (2002)  England  Plastic and reconstructive surgery	Belyse de psykologiske konsekvensene av kvinners valg for eller imot brystrekonstruksjon.	Kvantitativ studie  Intervju	75 av 103	Studien viser et behov for tilrettelagt informasjon for at kvinners valg rundt rekonstruksjon skal bli vellykket.	Godkjent av etisk komité.  Lite utvalg.  Eldre enn 10 år gammel.  Karakter: 3, belyser betydningen av ulike typer rekonstruksjon for generelt velvære.



Artikkel 6: Differences between women who have and have not undergone breast reconstruction after mastectomy due to breast cancer.

Forfattere År Land Tidsskrift	Studiens hensikt	Design Intervensjon Instrument	Deltakere Bortfall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
Fallbjörk U, Salander P og Rasmussen B H. (2010)  Sverige  Informa Healthcare	Å belyse hvilke kvinner som velger rekonstruksjon etter mastektomi.	Kvantitativ studie  Spørreskjema	126 av 149	Denne studien viser at de som valgte å utføre rekonstruksjon etter mastektomi var yngre. Høyere utdannelse, bedre jobbsituasjon, seksuell aktivitet og fokus på selvbildet var også oftere av betydning hos de som valgte å utføre rekonstruksjon.	Godkjent av etisk komité.  Relativt lite utvalg for en kvantitativ studie.  Karakter: 3, har mer fokus på hvem som velger rekonstruksjon og hvorfor.

Artikkel 7: Patient involvement in the decision-making process improves satisfaction and quality of life in postmastectomy breast reconstruction.

Forfattere År Land Tidsskrift	Studiens hensikt	Design Intervensjon Instrument	Deltakere Bortfall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
Ashraf A A et. Al. (2013)  New York  Journal of surgical research	Å belyse hvilken rolle pasientens innvirkning har for resultatet av rekonstruks jon etter mastektomi .	Kvantitativ studie  Spørreskjema	465 av 707	Studien viser at kommunikasjonstekni kken til behandleren i forhold til rekonstruktiv kirurgi vil ha en direkte innvirkning på pasientenes tilfredshet og livskvalitet. Økt pasient deltakelse gjennom velinformerte deltakende avgjørelser er viktig for å forbedre pasientopplevelsen, tilfredshet og livskvalitet.	Ikke tydeliggjort godkjenning av etisk komité.  Karakter: 3, mest fokus på hvilken rolle pasientens involvering har for resultatet av rekonstruksjo nen.

Artikkel 8: Patient motivation of choosing postmastectomy breast reconstruction.

Forfattere År Land Tidsskrift	Studiens hensikt	Design Intervensjon Instrument	Deltakere Bortfall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
Duggal C S et. Al. (2012)  Atlanta  Research paper	Å belyse hvorfor kvinner velger rekonstruksjon etter mastektomi.	Kvantitativ studie  Spørreskjema	155 av 155	Studien viser at hovedårsakene for å velge rekonstruksjon er for å føle seg hele igjen, for å slippe protese, for ikke å føle seg deformert og for å føle seg feminine.	Ikke tydeliggjort godkjenning av etisk komité.  Utvalget var kun kvinner som allerede var interesserte i rekonstruksjon.  Karakter: 3, mer omkring hvorfor pasientene velger rekonstruksjon.

Artikkel 9: Changes in psychosocial functioning 1 year after mastectomy alone, delayed breast reconstruction, or immediate breast reconstruction.

Forfattere År Land Tidsskrift	Studiens hensikt	Design Intervensjon Instrument	Deltakere Bortfall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
Metcalfe K A et. Al (2012)  Canada  Surgical oncology official journal of the society of surgical oncology	Å belyse psykososiale forskjeller mellom kvinner som valgte umiddelbar rekonstruksjon, de som valgte sekundær rekonstruksjon og de som valgte å ikke gjennomføre rekonstruksjon.	Kvantitativ studie  Spørreskjema	158 av 190	Studien viste at kvinnene som utførte umiddelbar rekonstruksjon hadde bedre resultat på selvbilde og mindre bekymringer over egen kropp.	Ikke tydeliggjort godkjenning av etisk komité.  Karakter: 3, sammenligner valget mellom umiddelbar rekonstruksjon, forsinket rekonstruksjon og ingen rekonstruksjon. Noe fokus på selvbilde og seksualitet.

Artikkel 10: Sexuality and quality of life of breast cancer patients post mastectomy

Forfattere År Land Tidsskrift	Studiens hensikt	Design Intervensjon Instrument	Deltakere Bortfall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
Manganiello A et. al (2011)  Brazil  European journal of oncology nursing	Å evaluere seksualiteten til de kvinnene som har utført mastektomi og hvordan dette påvirker tankene rundt rekonstruksjon og behandling.	Kvantitativ studie  Spørreskjema	100 av 142	Studien viser at alle kvinner som blir diagnostisert med brystkreft, uansett etnisitet har bekymringer i forhold til seksualitet og kroppsbilde. Studien viser at rekonstruksjon kan påvirke seksualiteten positivt.	Godkjent av etisk komité.  Karakter: 5, belyser seksualitet og selvbilde hos kvinner som har undergått mastektomi.

Artikkel 11: Body image and psychological distress after prophylactic mastectomy and breast reconstruction in genetically predisposed women: A prospective long-term follow-up study.

Forfattere År Land Tidsskrift	Studiens hensikt	Design Intervensjon Instrument	Deltakere Bortfall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
Heijer M D et. Al. (2012)  Nederland  European journal of cancer	Å belyse psykologiske plager og selvbilde gjennom langvarig oppfølging (6-9 år) etter profylaktisk mastektomi og brystrekonstruksjon.	Kvantitativ studie	36 av 36	Studien belyser viktigheten av god og tilrettelagt informasjon til kvinnene om problemene som kan oppstå i forhold til en rekonstruksjon, både kortsiktige og langsiktige.	Godkjent av etisk komité.  Retrospektiv studie, kan ha endret oppfatning.  Karakter: 4, belyser spesielt selvbilde etter mastektomi og brystrekonstruksjon.

Artikkel 12: A retrospective investigation of women's experience with breast reconstruction after mastectomy.

Forfattere År Land Tidsskrift	Studiens hensikt	Design Intervensjon Instrument	Deltakere Bortfall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
Ditsch N et. al (2013)  Berlin  Gynecologic oncology	Å belyse effekten av rekonstruksjo n etter mastektomi på funksjonell og emosjonell tilpasning for pasientene.	Kvantitativ studie  intervju	89 av 139	Studien belyser viktighet av detaljert preoperativ rådgivning for å gjøre pasientens forventninger realistiske og dermed skape en bedre postoperativ prosess.	Godkjent av etisk komité.  Retrospektiv studie, kan ha endret oppfatning.  Karakter: 3, omhandler i større grad beslutningsprosess en i forhold til grad av informasjon og veiledning osv. og utfallet av det valget de tok. Belyser også selvbilde.

Artikkel 13: Understanding normality, a qualitative analysis of breast cancer patients concept of normality after mastectomy and reconstructive surgery

Forfattere År Land Tidsskrift	Studiens hensikt	Design Intervensjon Instrument	Deltakere Bortfall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
Denford S et. Al (2011)  USA  Psycho- oncology	Å forstå pasientenes syn på hva som er normalt etter mastektomi og rekonstruktiv kirurgi.	Kvalitativ studie  intervju	35 av 35	Studien viser at hva som er pasientenes syn på normalt etter mastektomi er veldig individuelt. Det er viktig for helsepersonell å kartlegge hva hver enkelt pasient anser som normalt for å bedre kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient.	Godkjent av etisk komité.  Karakter: 3, belyser selvbilde i forhold til det å føle seg normal etter rekonstruksjon.



Artikkel 14: Mastectomy patients decision-making for or against immediate breast reconstruction.

Forfattere År Land Tidsskrift	Studiens hensikt	Design Intervensjon Instrument	Deltakere Bortfall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
Harcourt D & Rumsey N (2004)  England  Psycho- oncology	Å forstå hvorfor kvinner som har gjennomgått mastektomi velger å gå for eller i mot brystrekonstruksjon og hvilken innvirkning det valget har.	Kvalitativ studie  intervju	65 av 93	Studien viser viktigheten av passende, tilrettelagt informasjon og tilstrekkelig med tid for å ta avgjørelsen for et godt resultat.	Godkjent av etisk komité.  Retrospektiv studie, kan ha endret oppfatning.  Karakter: 3, omhandler hovedsakelig beslutningspros essen i forhold til rekonstruksjon.

Artikkel 15: Breast reconstruction following cancer: its impact on patient's and partners sexual functioning.

Forfattere År Land Tidsskrift	Studiens hensikt	Design Intervensjon Instrument	Deltakere Bortfall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
Marshall C & Kiemle G (2005)  Nottingham  Routledge Taylor & Francis group	Å identifisere faktorer som påvirker seksuallivet etter rekonstruksjon hos kvinner som har gjennomgått mastektomi og deres partner.	Kvalitativ studie	12 av 22 kvinner 10 av 16 partnere	Studien viser at informasjon og oppfølging er viktig etter rekonstruksjon. Dette bør tilrettelegges både for kvinnen og partneren.	Godkjent av etisk komité. Karakter: 4, omhandler seksualitet etter rekonstruksjon for kvinnene og deres partnere.

### Vedlegg 3: Eksempel på subkategorier og kategorier

Hensikten med denne studien var å belyse hvilken betydning rekonstruksjon har for selvbilde og seksualitet, hos kvinner som har fått utført terapeutisk eller profylaktisk mastektomi på et eller begge bryst.

<u>Subkategorier</u>	<u>Kategorier</u>
<p><b>Mastektomi og selvbilde</b></p> <p>Mastektomi gir et synlig bevis på sykdom og at man er annerledes, noe som påvirker kvinners selvbilde. De blir hele tiden minnet på om sykdommen, og det gjør det vanskelig å føle seg frisk og feminin.</p> <p><b>Mastektomi og seksualitet</b></p> <p>Problemer relatert til kroppsbilde og seksualitet sees hos all kvinner som har gjennomgått mastektomi, uansett etnisitet.</p>	<p><b>Selvbilde og seksualitet etter utført mastektomi</b></p>
<p><b>Rekonstruksjon påvirker selvbildet</b></p> <p>En av de vanligste grunnene for å velge rekonstruksjon er selvbildet. Flere av kvinnene sliter med å se seg selv i speilet og føler at mastektomien har tatt en del av dem selv.</p> <p><b>Rekonstruksjon og seksualitet</b></p> <p>Seksualitet er i flere tilfeller også en faktor for at kvinner velger rekonstruksjon, men er ikke den største årsaken.</p>	<p><b>Å velge rekonstruksjon</b></p>

<p><b>Betydningen av rekonstruksjon for selvbildet</b></p> <p>Å ha utført rekonstruksjon, og få tilbake det fjernede brystet, gir en følelse av å være fri fra sykdommen. Og kvinnene slipper å bli minnet på diagnosen hver gang de ser på sin egen kropp. Kvinnene uttrykker følelse av kontroll over eget liv igjen og det bidrar til at de føler seg som seg selv igjen.</p> <p><b>Betydningen av rekonstruksjon for seksualiteten</b></p> <p>De kvinnene som utfører rekonstruksjon viser seg å ha et bedre sexliv, enn de som ikke utfører det. Grunnen til dette er fordi rekonstruksjon har ført til et bedre selvbilde. Ved et dårlig selvbilde, synker selvtilliten og seksualiteten blir også påvirket.</p>	<p><b>Betydningen av rekonstruksjon for selvbilde og seksualitet</b></p>
<p><b>Å være delaktig</b></p> <p>Med økt pasientdeltakelse og velinformerte beslutninger er det sannsynlig at påkjenningen etter rekonstruksjon kunne blitt mindre og tilfredsheten med resultatet kunne blitt bedre.</p> <p><b>Informasjon til rett tid</b></p> <p>Rett etter diagnostisering vil kvinnene kunne ha mye annet å tenke i forhold til sykdommen og er kanskje ikke i stand til å vurdere konsekvensene av om de velger rekonstruksjon eller ikke. Dette kan gjøre at de kvinner som tar raske valg for eller i mot rekonstruksjon i ettertid ønsker at de hadde bedre tid og mer informasjon før de tok avgjørelsen sin.</p>	<p><b>Betydningen av informasjon og oppfølging</b></p>