

Bachelorgradsoppgave

Seksuelle problemer knyttet til mastektomi og kjemoterapi hos kvinner med brystkreft

Sexual problems associated with mastectomy and chemotherapy in women with breast cancer

June Thomsen

SPU 110

Bachelorgradsoppgave i

Sykepleiefaglig fordypningsemne

2013

Kull 2010



Avdeling for Helsefag

Levanger

Abstrakt

Introduksjon: Det å miste et bryst kan oppleves som tap av kvinnelighet og identitet, og fører til endringer i kroppsbildet. Forandringer i kroppsbilde etter mastektomi kan ha direkte innvirkning på kvinnenes seksualitet, seksuelle respons, seksuell rolle og forhold. Kjemoterapi kan føre til prematur menopause. Kvinner med brystkreft opplever ofte vasomotoriske symptomer og nedsatt seksualfunksjon, samt problemer knyttet til seksualitet som følge av menopausen **Hensikt:** Hensikten med denne litteraturstudien vil være å få innsikt i hvordan mastektomi og kjemoterapi virker inn på seksualiteten hos kvinner med brystkreft. **Metode:** Denne studien er et allment litteraturstudium, som er skrevet på bakgrunn av tolv forskningsartikler. Studien er skrevet etter IMRaD-struktur. **Resultat:** kjemoterapi førte til prematur menopause hos flere av kvinnene. Dette førte til endringer i kroppslige funksjoner som påvirket seksualiteten. Mastektomi skapte endring i kroppsbilde hos mange av kvinnene. Endret kroppsbilde førte til at seksualiteten ble påvirket. **Diskusjon:** De ulike funnene i denne studien ble diskutert opp mot forskning, litteratur og Joyce Travelbees sykepleiefilosofi. **Konklusjon:** Mastektomi og kjemoterapi virker inn på kvinners seksualitet ved å skape endringer i kroppsbilde og kroppslige funksjoner.

Innholdsfortegnelse

1.0.	Introduksjon	1
1.1.	Behandling av brystkreft	1
1.2.	Plager relatert til behandling.....	2
1.3.	Presentasjon av Joyce Travelbees sykepleiefilosofi	3
1.4.	Relevansen av studien og betydning for sykepleiefaget.....	3
1.5.	Hensikt.....	4
2.0.	Metode	5
2.1.	Inklusjon og eksklusjonskriterier	5
2.2.	Etiske overveielser.....	6
2.3.	Analyse	6
2.3.1.	Tabell 1. Oversikt over sub-kategorier og kategorier.....	7
2.4.	Søkeprosessen / fremgangsmåte.....	8
2.5.	Tabell 2. Oversikt over søkestrategier.....	8
2.6.	Tabell 3. Oversikt over inkluderte artikler.....	9
3.0.	Resultat.....	12
3.1.	Fysiske forandringer	12
3.2.	Forandringer i kroppsbildet.....	13
3.3.	Forandringer i forholdet til partner.....	15
4.0.	Diskusjon	18
4.1.	Metodediskusjon.....	18
4.2.	Resultatdiskusjon	19
4.2.1.	Kvinnens problemer i forhold til seksualitet knyttet til menopausen som følge av kjemoterapi	20
4.2.2.	Kvinnens problemer i forhold til seksualitet knyttet til mastektomi	21
4.2.3.	Sykepleierens rolle	23
5.0.	Konklusjon	26
	Litteraturliste.....	27

1.0. Introduksjon

Brystkreft er i dag den mest vanlige kreftformen blant kvinner verden over, og forekomsten av brystkrefttilfeller bare øker og øker (Swedish Cancer Society 2009). Brystkreft utgjør omlag 40 % av all kreft hos kvinner i alderen 30-54 år (Sosial- og helsedirektoratet 2007). I 2010 fikk 2839 kvinner i Norge diagnosen brystkreft, og 88,7 % av disse kvinnene hadde 5 års relativ overlevelse (Cancer Registry of Norway 2010). Brystkreft rammer først og fremst kvinner over 50 år. Kun 5,6 % (140) av nye tilfeller inntraff hos kvinner under 40 år i 2004 (Sosial- og helsedirektoratet 2007).

1.1. Behandling av brystkreft

Behandling av tidlig brystkreft består av flere elementer som kirurgi, strålebehandling og adjuvant systemisk behandling. Kirurgisk behandling for brystkreft er vanligvis delt inn i to kategorier: brystbevarende kirurgi og mastektomi. Mastektomi er en kirurgisk prosedyre der alle eller en del av et bryst blir fjernet som en del av en behandlingsplan for brystkreft (Norsk bryst cancer gruppe 2003). Strålebehandling består i hovedsak av Intern og ekstern stråling. Og benyttes når kirurgi ikke kan gjennomføres (Schjølberg 2008). Adjuvant systemisk behandling innebefatter endokrinbehandling, kjemoterapi og eventuelt behandling med trastuzumab, som er antistoff rettet mot HER2-reseptor (Norsk bryst cancer gruppe 2003). Svulstens størrelse, beliggenhet, egenskaper, lymfeknutespredning samt pasientens alder vil ha betydning for hvilken behandlingsform som velges (Norsk bryst cancer gruppe 2003). Adjuvant behandling gis etter kirurgi som tilleggsbehandling for å redusere risiko for tilbakefall. Behandling med cytostatika i en adjuvant setting dreier seg om behandling i en periode på 6-8 måneder. Flere behandles endokrint i opptil 5 år etter at diagnosen er stilt (Norsk bryst cancer gruppe 2003) Flere behandlingsmåter kan ofte kombineres for å øke sjansen for overlevelse, og for å sikre best mulig behandlingsresultat. Retningslinjer for behandling av brystkreft oppdateres kontinuerlig, og publiseres av Norsk Brystcancer Gruppe (Norsk bryst cancer gruppe 2003).

1.2. Plager relatert til behandling

All type behandling for brystkreft kan føre til omfattende fysiske og psykiske plager samt forandringer i funksjonene og selvbildet (Berterö og Wilmoth 2007). Mange rapporterer om flere emosjonelle og fysiske utfordringer når de gjennomgår mastektomi og langvarig aggressiv behandling med kjemoterapi (Berterö og Chamberlain 2007).

Det å miste et bryst kan oppleves som tap av kvinnelighet og identitet og føre til endringer i kroppsbildet (Berterö og Chamberlain 2007). Forandringer i kroppsbilde etter mastektomi kan ha direkte innvirkning på kvinnenens seksualitet, seksuelle respons, seksuell rolle og forhold (Dizon 2009). Kjemoterapi kan føre til prematur menopause. Kvinner med brystkreft opplever ofte vasomotoriske symptomer og nedsatt seksualfunksjon, samt problemer knyttet til seksualitet som følge av menopausen (Lammerink 2012, Rogers og Kristjanson 2002).

Seksualitet er dypt gjennomgripende og en integrert del av den totale menneskelige personlighet (Sheppard og Ely 2008). Seksualitet er en kompleks og subjektiv opplevelse som endres etter hvert som personen eldres og får mer erfaring. Seksualitet finnes i alle interaksjoner og kontekster. Seksualitet kan relateres direkte til menneskets velvære og opplevelse av oss selv som seksuelle vesener (Ganz m.fl. 2002)

Begrepet seksualitet inneholder mer enn bare å være i fysisk stand til å gjennomføre et samleie eller å unnfange et barn (Pelusi 2006). Seksualitet kan også inkludere selvbylde, hvordan en person ser sitt fysiske jeg og oppfatter sin samlede helse. Seksualitet, seksuell respons som innebefatter interesse, funksjon og tilfredsstillelse, og seksuelle roller og forhold (Ganz 2002).

Seksualitet er også ens personlig uttrykkelse av seg selv, og ens forhold til andre. Seksualitet og seksuell uttrykkelse kan for mange ha betydning for det å være menneske og være i live (Pelusi 2006). Denne meningen av seksualitet er viktig for kvinner med brystkreft, på grunn av at sykdom og behandling ofte kan forårsake at kvinner betviler sin humanitet og eksistens (Pelusi 2006).

Begrepet kroppsbilde omhandler mer enn bare fysiske kjennetegn. Uttrykket inneholder også en persons helhet, funksjonalitet, og evnen til å forholde seg til andre. kroppsbildet er en del av hver persons selvverd (Pelusi 2006). Endringer i kroppsbilde oppstår når det er uoverensstemmelse mellom måten noen oppfattet seg selv på tidligere, og hvordan samme person nå ser seg selv som et resultat av kreft og behandling (Hopwood 1993).

1.3. Presentasjon av Joyce Travelbees sykepleiefilosofi

Joyce Travelbees sier selv at hun er inspirert av eksistensialistisk filosofi og humanistisk psykologi representert ved psykoterapeutene Victor Frankl og Rollo May (Travelbee 2001).

Travelbee forholder seg til et hvert menneske som en unik person (Travelbee 2001). Travelbee legger stor vekt på etableringen av et menneske til menneskeforhold. Dette beskriver hun gjennom fem ulike faser:

- **Det innledende møtet:**
Handler om at sykepleieren har evnen til å se mennesket i pasienten uten å ha forutinntatte holdninger om hvordan denne personen er. Det innebærer at man møter denne personen med åpent sinn. Dette er viktig for å kunne gi personsentrert omsorg.
- **Fremveksten av identiteter:**
Identiteten trer fram etter hvert som interaksjonen mellom sykepleieren og pasienten utvikler seg.
- **Empati:**
Evnen til å sette seg inn i det andre menneskets psykiske tilstand der og da. Dette fører til opplevelse av nærhet og kontakt menneskene imellom
- **Sympati:**
Man gir uttrykk for sympati ovenfor et annet menneske når man er engasjert i denne som person, og bryr seg om hvordan han har det.
- **Etablering av gjensidig forståelse og kontakt:**
Dette er et resultat av de foregående fasene. Og utvikles når sykepleieren i handling har vist forståelse og ønske om å hjelpe pasienten med å få det bedre.

Travelbee mener videre at kommunikasjon er et av sykepleierens viktigste redskaper ved etablering av et menneske til menneske forhold (Travelbee 2001).

1.4. Relevansen av studien og betydning for sykepleiefaget

Kvinneres bryst er referert til å være den viktigste kroppsdel som opprettholder kvinners identitet og følelse av å være seksuelle vesener, og er den kroppsdel som sterkt assosierer kvinners

seksualitet (Sheppard og Ely 2008). Forskning viser at mastektomi har stor innvirkning på kvinners seksualitet, og seksualfunksjon (Karaöz m.fl. 2010, Sheppard og Ely 2008). Flere studier viser til at også adjuvant terapi bestående av kjemoterapi også skaper problemer knyttet til seksualitet (Berterö og Wilmoth 2007, Rogers og Kristjanson 2002, Emilee m.fl. 2010).

Det foreligger forskning på at mange kvinner har flere problemer knyttet til seksualitet etter brystkreft, uten å få den hjelpen de har behov for (Lavin og Hyde 2006). Det foreligger også forskning som sier noe om sykepleierne i denne sammenhengen. Sykepleierne i studien til Lavin og Hyde (2006) følte at de manglet kunnskap om hvordan mastektomi og kjemoterapi kan virke inn på seksualiteten hos kvinner med brystkreft.

Relevansen av denne studien vil være å gi kunnskap, og bevisstgjøre sykepleiere om hvordan mastektomi og kjemoterapi virker inn på seksualiteten hos kvinner. Dette vil kanskje bidra til å hjelpe sykepleieren til å oppdage seksuelle problemene som er forårsaket av mastektomi og kjemoterapi, hos kvinner med brystkreft.

Ved at sykepleierne har kunnskap om hvordan mastektomi og kjemoterapi påvirker seksualiteten hos kvinner med brystkreft står de også i en unik posisjon til å kunne iverksette tiltak for å redusere eventuelle problemer knyttet til seksualitet (Emilee m.fl. 2010).

Seksualitet er en subjektiv opplevelse, og oppleves forskjellig fra menneske til menneske. Etter gjennomgått mastektomi og kjemoterapi har kvinnene forskjellig grunnlag til å takle ettervirkninger, og flere faktorer virker inn på seksualiteten. Forutsetningen for at man som sykepleier kan hjelpe disse kvinnene på best mulig måte er å finne ut av deres egne subjektive opplevelser (Sheppard og Ely 2008).

1.5. Hensikt

Hensikten med denne litteraturstudien vil være å få innsikt i hvordan mastektomi og kjemoterapi virker inn på seksualiteten hos kvinner med brystkreft.

Ved at sykepleiere er bevisst hvordan mastektomi og kjemoterapi påvirker seksualiteten hos kvinner med brystkreft vil man kunne redusere eventuelle problemer knyttet til seksualitet hos kvinnene. Det forutsettes at sykepleierne har grunnleggende kunnskap knyttet til dette.

2.0. Metode

Litteraturstudie er en undersøkelse av tidligere dokumentert kunnskap. Det finnes flere ulike typer litteraturstudier som for eksempel allmenn litteraturstudie og systematisk litteraturstudie. En allmenn litteraturstudie kan sees på som en litteraturoversikt, litteraturgjennomgang eller forskningsoversikt. En allmenn litteraturstudie beskriver og analyserer de valgte studiene, men sjelden på en systematisk måte. En allmenn litteraturstudie har til hensikt å gi oversikt over kunnskap som finnes på et bestemt område. En systematisk litteraturstudie skal inkludere alle relevante artikler om et bestemt emne, som deretter skal analyseres og vurderes systematisk. Det er en forutsetning at det finnes tilstrekkelig med studier av god kvalitet som kan være grunnlaget for resultatet (Forsberg og Wengström 2003).

Denne studien er skrevet som en allmenn litteraturstudie, og studien følger IMRaD-struktur. For å besvare denne litteraturstudien er det i hovedsak benyttet forskning. Siden den subjektive opplevelsen kvinnene har er viktig for å belyse hensikten, ble det benyttet en del kvalitative artikler. Søkeprosessen resulterte i mange artikler, og studien er basert på et utvalg av disse. Alle artiklene er analysert og kvalitetsvurdert. Studien bør ikke oppfattes som at den beskriver all viten, men gir et bilde av hvilken kunnskap som er publisert.

2.1. Inklusjon og eksklusjonskriterier

Studien omfatter kvinner i alle aldersgrupper som har gjennomgått mastektomi og kjemoterapi. Men på grunn av at kvinnene kan ha forskjellig opplevelse på grunn av alder, ble det derfor praktisk å omtale kvinnene som yngre og eldre kvinner. Yngre kvinner vil i denne studien innebefatte kvinner fra 18 – 50 år, Eldre kvinner innebefatter kvinner fra 51 – 85 år.

Videre fokuserer studien også på kjemoterapi som adjuvant behandling. Studien vil se på de seksuelle problemene som oppstår som følge av disse behandlingsalternativene. Kvinnene er for uten brystkreftdiagnosen fysisk og psykisk frisk. Studien vil videre inkludere alle kvinner på tross av deres sivilstatus. Kvinner med annen legning ble ekskludert i denne studien.

Mange faktorer kan ha stor betydning for kvinnenes opplevelse av seksuelle problemer knyttet til mastektomi og kjemoterapi. Dette kan for eksempel være kvinnenes etniske og eller kulturelle

bakgrunn, tidligere psykisk og fysisk sykdom. Dette er faktorer som ikke blir prioritert i denne studien.

Studien blir presentert ut fra pasient perspektiv. Videre vil studien legge vekt på de somatiske aspektene mastektomi og kjemoterapi skaper for kvinnene, siden det er disse som i størst grad virker inn på seksualiteten.

2.2. Ethiske overveielser

Forskning utført i Norge eller forsker ansatt av norsk arbeidsgiver skal følge forskningsetikkloven. Loven skal bidra til at forskning i offentlig og privat regi skjer i henhold til anerkjente etiske normer (Forskningsetikkloven 2006).

Resultatet fra disse artiklene er presentert uavhengig av om de støtter eller ikke støtter antagelser og tidligere funn. All henvisning er gjort redelig for å anerkjenne andres arbeid. Ikke alle forskningsartiklene som ble benyttet i denne studien opplyste om de hadde fått godkjenning hos etisk komite. Det ble derfor foretatt en nøye kvalitetsvurdering på artiklene. Artiklene ble på bakgrunn av dette allikevel inkludert i studien.

2.3. Analyse

Et hovedtrekk ved en kvalitativ innholdsanalyse er å lage kategorier. En kategori er en gruppe med innhold som deler felles innhold. Kategoriene må være dekkende og alminnelig begrenset. Dette vil si at ingen relevante data bør bli ekskludert på grunn av en mangel på egen kategori. Videre bør ingen data falle mellom to kategorier, eller passe inn i mer enn en kategori. Kategorier inneholder ofte en rekke sub-kategorier eller sub underkategorier med varierende grad av abstraksjon (Granheim og Lundman 2004)

Hensikten med denne litteraturstudien vil være å få innsikt i hvordan mastektomi og kjemoterapi virker inn på seksualiteten hos kvinner med brystkreft.

Nedenfor presenteres kategorier som ble dannet av å analysere og kategorisere innholdet i artiklene. Disse ble ansett på som sentrale for å kunne beskrive hvordan mastektomi og kjemoterapi virket inn på seksualiteten hos kvinner med brystkreft.

Alle artiklene er analysert og kvalitetsvurdert.

2.3.1. Tabell 1. Oversikt over sub-kategorier og kategorier

Sub-kategorier	Kategorier
<p>Kvinner som opplevde kjemoterapiindusert menopause rapporterte ofte om smerter ved samleie, nedsatt lubrikasjon, begrenset eller manglende seksuell lyst, vektnedgang og hårtap. Det ble vist at disse symptomene i stor grad virket negativt inn på kvinnenes seksualdrift og engasjement til seksuell aktivitet</p> <p>Mastektomi viste seg å føre til fysiske endringer som hadde påvirkning på kvinnenes seksualitet og selvbilde. Endringer som ble rapportert hyppigst var skjemmende arr, og endret proporsjon av brystet</p>	Fysiske forandringer
<p>Mastektomi førte til at noen kvinner opplevde følelsen av å miste seg selv som kvinne og person. Noen kvinner beskrev mastektomi som lemlesting av kroppen, som gjorde det umulig for kvinnene å se seg selv naken</p>	Forandringer i kroppsbildet
<p>Store fysiske forandringer forårsaket av mastektomi og kjemoterapi hadde negativ innvirkning på noen av kvinnenes seksuelle forhold til partneren</p> <p>Generelt viste mastektomi og sette begrensninger i forhold til hvordan kvinnene uttrykte seg seksuelt ovenfor partner</p> <p>Kjemoterapi ledsaget ofte menopausale symptomer som nedsatt lubrikasjon. På bakgrunn at det ville kreve planlegging og mere tid på forspill for å sikre tilstrekkelig lubrikasjon, hadde dette negativ innvirkning på kvinnenes seksuelle forhold til partneren</p>	Forandringer i forholdet til partner

2.4. Søkeprosessen / fremgangsmåte

For å finne frem til de 12 utvalgte artiklene som utgjør resultatkapittelet ble det utført en søkeprosess. Søkeprosessen startet med å formulere søkeord ut fra den valgte hensikten, som skulle utgjøre grunnlaget for søkingen. Flere ulike databaser som medline, svemed+, cinal og psycinfo ble benyttet for å gjøre oversiktssøk. Medline var databasen som ga desidert flest treff innenfor det valgte temaet. Databasen Medline ble derfor bruk ved all søking av artikler.

Kjennskap til søkeord, og formulering av rette søkeord var viktig for å få tilgang til flest mulig artikler. MeSH-termer som: Breast neoplasms, sexuality, body image, mastectomy ble brukt i kombinasjon med nøkkelord som: sexual problems og breast cancer i søk etter artikler.

Artiklenes publiserings år ble satt til et minimum. I hovedsak ble artikler eldre en ti år ekskludert fra søkingen. På tross av dette er to artikler eldre en ti år inkludert. Disse to artiklene ble i hovedsak inkludert på grunn av relevansen for å besvare hensikten. Språket på artiklene ble avgrenset til svensk, engelsk, dansk og norsk. Avgrensinger ble også gjort til Kvinner og abstrakt.

Ved hjelp av andre artiklers litteraturliste ble det funnet to relevante artikler. Ved å søke på artiklenes tittel i medline ble de funnet.

2.5. Tabell 2. Oversikt over søkestrategier.

Database	Avgrensinger	Søkeord	Antall treff	Lest artiklenes tittel	Lest artiklenes abstrakt	Lest artikkelen i sin helhet	Artikkel utvalgt ut for gransking og vurdering
Medline	Abstrakt, dansk, norsk, svensk, engelsk, kvinner	Breast Neoplasms AND Sexuality	130	101	18	7	6

Medline	Engelsk språk	Breast cancer OR Breast Neoplasms AND Sexuality OR Sexual problems	43	43	5	5	3
Medline	Engelsk, kvinner, 5 år	Breast cancer AND Sexual problems	23	12	3	1	1

2.6. Tabell 3. Oversikt over inkluderte artikler

Forfattere År Land	Studiens hensikt	Design/ intervensjon/ instrument	Deltakere/bortfall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
Anderson m.fl. (2011) Australia European Journal of Cancer Care	Å utforske kvinners oppfatninger og overbevisninger om menopausale symptomer og deres måte å takle å takle brystkreft på. Studien sammenlignet også yngre og eldre kvinners erfaringer med menopausen.	Kvalitativ studie Fokusgruppe- Intervju	16 deltakere (6 deltakere < 40 år, 10 deltakere < 40 år)	Deltakerne opplever at problemer med samleie er et av de største problemene. Ulike symptomer opptrer som prioriteringer for de yngre og eldre kvinnene	Relevant for å besvare hensikten med oppgaven.
Avis m.fl. (2004) USA/Amerika Psycho- Oncology	Identifisere hvilke problemområder kvinner erfarer etter brystkreft.	Kvantitativ studie. Tverrsnitt- studie.	204 av 220 Deltakere. (Bare kvinner med brystkreft i stadiet I, II eller III ble inkludert)	Type kirurgi innvirker på kroppsbilde, kjemoterapi påvirker seksuell funksjon. Disse problemene opptar særlig yngre kvinner.	Noen av deltakerne ble diagnostisert for 3 år siden
Brédart m.fl. (2011) Frankrike Psycho- Oncology	Målet med denne studien var å kartlegge omfanget, og tilknyttede faktorer av seksuell aktivitet, seksuelle problemer eller	Kvantitativ Tverrsnitt- studie	Av de 850 kvinnene som ble valgt ut, sa 453 ja til å delta. 378 returnerte utfyllende spørreskjema	Psykologiske faktorer, inkludert oppfatningen av parforholdet var fremtredende i opplevelse av seksuelle	

	seksuell tilfredsstillelse blant brystkreft overlevende i tidlig stadium			problemer	
Fallbjörk m.fl. (2012) Sverige Cancer Nursing	Å beskrive hvordan mastektomi innvirker på brystkreftkvinnens liv, og i denne sammenheng forstå deres refleksjoner rundt rekonstruksjon	Kvalitativ studie Narrativ tilnærming	15 kvinner ble strategisk valgt fra en tidligere populasjonsbasert studie om mastektomi	Opplevelsen av mastektomi er veldig individuell og kontekstuell. Å miste et bryst kan være av mindre eller større betydning	Liten studie God kvalitet
Fobair m.fl. (2006) USA / Amerika Psycho-Oncology	Å fastslå frekvensen av problemer knyttet til kroppsbilde og seksualitet i de første månedene etter behandling blant kvinner diagnostisert med brystkreft	Kvantitativ studie Spørre-Undersøkelse Populasjonsbasert tilnærming	391 kvinner deltok av 332 forespurte	Problemer med kroppsbilde og seksualitet oppleves av en betydelig andel av kvinnene i de første månedene etter diagnose, kirurgi og adjuvant behandling	
Garussi og Faezee (2008) Iran	Å identifisere seksuell dysfunksjon og relaterte faktorer hos kvinner etter diagnostisering av brystkreft	Kvantitativ studie Spørreskjema	82 kvinner deltok i studien (gjennomsnittstid siden diagnose var 2.5 år)	Seksuelt begjær blir redusert hos 70% av kvinnene. Relaterte faktorer er alder, ekteskapeleg status, pasientens utdanning eller jobb, og oppfatning av kroppsbilde og ektefellens holdninger	
Holmberg m.fl. (2001) New York Cancer Nursing	Å undersøke brystkreftens innvirkning på bestemte dimensjoner av parforhold, og rollen som kvinne	Kvalitativ studie Fokusgruppeintervju Pilot study	15 deltakere (Ti kvinner og 5 menn)	Brystkreften førte til at parforhold ble forsterket Skriv mer?	Publisert for 12 år siden.
Klaeson m.fl. (2011) Sverige	Å utforske hvordan middelaldrende kvinner behandlet for brystkreft opplevde sin	Kvalitativ studie Fokusgruppeintervju	12 deltakere	Kvinnene opplever kroppen på en helt ny og uvant måte, som påvirker	

European Journal of Cancer Care	seksuelle identitet knyttet til samfunnets normer og verdier			seksualitet dypt. Disse følelsene påvirker deres kvinnelige roller og overskygger tidligere erfaringer i livet.	
Manganiello m.fl. (2011) Brasil European Journal of Oncology Nursing	Å vurdere seksualfunksjonen hos brystkreftkvinner etter mastektomi, i tilknytning til livskvalitet	Kvantitativ studie Tverrsnittstudie	100 deltakere (Kvinner med metastatisk kreft ble ekskludert)	Majoriteten av kvinnene hadde dårlig seksualfunksjon etter mastektomi	
Speer m.fl. (2005) USA / Amerika The Breast Journal	Å identifisere faktorer som behandling, personlige og mellommenneskelige forhold og hormoner som kan forårsake seksuell dysfunksjon hos brystkreft overlevende	Kvantitativ studie Spørreskjema	55 deltakere	Det ble vist at kvinnene opplevde forskjellige seksuelle problemer som følge av behandling	
Takahashi m.fl. (2008) Japan Psycho-Oncology	Å undersøke de seksuelle endringene brystkreftpasienter opplever etter operasjon, og deres behov for informasjon i relasjon til seksualiteten.	Kvantitativ studie Tverrsnittstudie	85 deltakere	De fleste pasientene som er seksuelt aktive før kirurgien gjenopptar sex etter kirurgien. Men de fleste som gjenopptar sex opplever endringer i seksualfunksjonen og nedgang i antall samleier.	Lite resultat kapittel
Wilmoth (2001) USA / Amerika Cancer Nursing	Hensikten med denne studien var å beskrive aspekter ved seksualitet som var forandret hos kvinner etter behandling for brystkreft	Kvalitativ Studie Intervju	18 deltakere	De fleste kvinnene opplevde tap av menstruasjon, seksuell lyst og følelse av å være kvinnelig som følge av behandling	Publisert for 12 år siden

3.0. Resultat

3.1. Fysiske forandringer

Forskning viste at Mastektomi og kjemoterapi forårsaket at mange kvinner opplevde en rekke fysiske forandringer som følge av behandlingen (Fobair m.fl. 2006, Holmberg m.fl. 2001). Et stort antall av kvinnene opplevde menopausen som en bivirkning av kjemoterapi. I studien til Fobair m.fl. (2006) rapporterte 2/3 av kvinnene om uregelmessig eller ingen menstruasjon (76% av de behandlet med kjemoterapi / 43% av de som ikke var behandlet med det). Det ble funnet ut at et stort antall (67%) kvinner som gjennomgikk kjemoterapi opplevde problemer og symptomer som var knyttet til menopause. Disse symptomene virket inn på seksualiteten hos kvinnene (Avis m.fl. 2004 Manganiello m.fl. 2011, Holmberg m.fl. 2001, Garrusi og Faezee 2008). Studier viste at Kvinner som gjennomgikk kjemoterapi også opplevde håravfall. Spesielt tap av øyenbryn og øyenvipper viste å ha negativ innvirkning på hvordan kvinnene opplevde seg selv (Wilmoth 2001).

Kvinner som opplevde kjemoterapiindusert menopause rapporterte ofte om smerter ved samleie, nedsatt lubrikasjon, begrenset eller manglende seksuell lyst og vektøkning eller vektnedgang. Det ble vist at disse symptomene i stor grad virket negativt inn på kvinnenes seksualdrift og engasjement til seksuell aktivitet (Anderson 2011, Bredart m.fl. 2011, Takahashi m.fl. 2008, Speer m.fl. 2005). Mange av disse symptomene forårsaket også stress hos kvinnene, og hadde en stor innvirkning på kvinnenes livskvalitet og forhold til partner (Anderson m.fl.2011). Kvinnene i studien til Anderson (2011) rapporterte om flere symptomer relatert til irritabilitet og depresjon. Dette mente de skyldtes menopausen, eller at det kom som et resultat av andre symptomer av menopausen.

Studier viste også at kvinner rapporterte om begrenset lyst og begrenset seksuell respons, ofte på bakgrunn av fatigue eller depresjon forårsaket av menopausen (Holmberg m.fl. 2001, Klaeson m.fl. 2011). Hetetokter ble også rapportert, og ble sett på som svært belastende for parforholdet og kvinnenes funksjon i dagliglivet (Avis m. fl. 2004).

Flere studier viser at kvinnene opplevde sorg i forbindelse med opphør av menstruasjon. Sorgen oppsto uavhengig om kvinnene ønsket flere barn eller ikke (Avis m.fl. 2004, Wilmoth 2001). Studier viste videre at kvinner forbandt menstruasjon med det å fremstå som fertil (Wilmoth 2001, Holmberg

m.fl. 2001). Kvinner som opplevde opphør av menstruasjon rapporterte derfor ofte om manglende følelse av å være kvinnelig (Avis m.fl. 2004, Anderson m.fl. 2011).

Funn tydet på at mastektomi og kjemoterapi påvirket yngre kvinners seksualitet i større grad enn hos eldre kvinner (Wilmoth 2001). Menopausen førte ofte til at yngre kvinner også hadde en tendens til å oppleve tap i forhold til fremtiden og livsmål, dette innebar fertilitet og familieplanlegging (Wilmoth 2001, Anderson m.fl. 2011, Avis m.fl. 2004). Det ble funnet motstridende funn om hvor vidt de negative aspektene med menopausen virket inn på alle kvinnene. Alder synes å spille en rolle for hvor vidt kvinnene fant positive aspekter med menopausen (Anderson 2011, Avis 2004).

De fysiske symptomene forårsaket av mastektomi ble rapportert som mer belastende for seksualfunksjonen enn tapet av selve menstruasjonen (Holmberg m. fl 2001). Mastektomi viste seg å føre til fysiske endringer som hadde påvirkning på kvinnes seksualitet og selvbilde. Endringer som ble rapportert hyppigst var skjemmende arr, og endret proporsjon av brystet. (Holmberg m.fl 2001). Fysiske endringer forårsaket av mastektomi hadde innvirkning på kvinnes følelse av å være i kroppslig balanse, dette hadde med den utseendemessige følelsen å gjøre (Avis m.fl. 2004).

Studier viste at om ikke kvinnene opplevde at seksualiteten ble vanskelig på grunn av mastektomi og kjemoterapi, var den ikke så spontan som den hadde vært før diagnose og behandling. Manglende lubrikasjon og smerter som følge av menopausen, ble i hovedsak rapportert som årsak Nedgangen i antall samleier viste seg å være størst hos aldersgruppen 40-59 år (Garussi og Faezee 2008) .

De fysiske endringene mastektomi førte til påvirket kvinnes følelse av å være tilstrekkelig i rollen som kvinne og partner (Klaeson m.fl. 2012). Flere studier viste at dårligere rollefunksjon ble assosiert med mindre seksuell nytelse (Brødart m. fl. 2011). Det ble funnet en klar sammenheng mellom dårlig kroppsbilde og negativ opplevelse med seksualiteten hos kvinner som hadde gjennomgått mastektomi (Speer m.fl. 2005).

De fleste kvinnene anså symptomer som påvirker seksualdriften som det største problemet. Det mest urovekkende for kvinnene var at de ikke var i stand til å ha samleie på grunn av tidligere omtalte symptomer selv om mange ønsket det (Anderson 2011, Brødart m.fl. 2011).

3.2. Forandringer i kroppsbildet

På mange forskjellige måter opplevde kvinnene med brystkreft å ha psykologiske følgesykdommer på grunn av mastektomien. Flere studier viste til at det psykologiske omfanget av mastektomi

varierte mellom kvinnene (Fallbjörk m.fl. 2012, Anderson m.fl. 2011). Flere kvinner opplevde endret kroppsbylde, som følge av å eliminere seg selv samtidig som de eliminerte kreften (Klaeson m.fl. 2011, Fallbjörk m.fl. 2012).

Flere studier viste til at mastektomi forårsaket at kvinnene opplevde skam over egen kropp (Anderson m.fl. 2011). Andre beskrivelser indikerte at mastektomi førte til følelser av tapt verdighet og forlegenhet. Også depresjon, lav selvtillit og problemer med å se egen kropp ble forårsaket av mastektomi (Holmberg m.fl. 2001). Mange av endringene som ble forårsaket av mastektomi førte til at en stor del av kvinnene opplevde ikke å kjenne seg igjen i egen kropp, og førte til at dette hadde konsekvenser for seksualiteten (Klaeson m.fl. 2012).

I studien gjort av Fobair m.fl. (2006) oppga halvparten av kvinnene at de hadde problemer med kroppsbylde etter mastektomi. Det ble vist at kroppsbylde etter mastektomi hadde stor innvirkning på kvinnenes seksuelle aktivitet (Garrusi og Faezee 2008). Mastektomi førte til at noen kvinner opplevde følelsen av å miste seg selv som kvinne og person. Noen kvinner beskrev mastektomi som lemlesting av kroppen, som gjorde det umulig for kvinnene å se seg selv naken (Manganiello 2011, Avis 2004, Fallbjörk 2012). Å miste et bryst er å miste sin seksualitet og følelse av å være attraktiv. En kvinne oppga at det følte som at de hadde fjernet hennes feminitet og seksualitet, i alle fall deler av den. Mangle opplever følelsen av bare å være halvt kvinne (Fallbjörk m.fl. 2012).

I studien gjort av Klaeson m.fl. (2012) ble det gjort funn som viste at mange kvinner opplevde svekket følelse av feminitet etter behandling for brystkreft. Ikke alle kvinnene uttrykte at det var det manglende brystet som var årsaken til dette (Klaeson m. fl. 2012). Kvinnenes følelse av feminiteten viste seg også å bli svekket av endringer i kroppsbylde. Det viste seg at mange kvinner opplevde at den nye kroppen signaliserte aldring og sykdom, og at dette var en faktor som destruerte følelsen av feminitet (Klaeson m.fl. 2012, Fallbjörk m.fl. 2012).

Mastektomi forårsaket at mange kvinner følte at det ble stilt spørsmål ved kvinneligheten deres. Spesielt i situasjoner som innebattet nakenhet. Hele $\frac{3}{4}$ av kvinner som hadde gjennomgått mastektomi følte at mastektomien satte begrensninger i forhold til situasjoner som innbattet nakenhet. Mastektomi hadde derfor stor negativ innvirkning på kroppsbylde (Manganiello 2011, Holmberg m.fl. 2001). Kvinnene var takknemlig for å være i live. Men var samtidig ambivalente, fordi de måtte oppleve tap av en kroppsdel, og forandringer i deler av dem selv som definerer at de er kvinner (Wilmoth 2001). Det viste seg imidlertid at kvinner som assosierte brystet med sykdom, ikke hadde like store problemer med å godta mastektomi (Fallbjörk m.fl. 2012).

Forandringer knyttet til kjemoterapi viste seg å ha stor innvirkning på kvinnenes egen opplevelse av kroppen (Fobair m.fl.2006, Garussi og Faezee 2008). Det ble funnet ut at mange av kvinnene følte at kroppen var uforutsigbar, og at den hadde sveket dem. Mange kvinner konkluderte med at kroppen var ustyrkelig (Avis m.fl. 2004). Mange av kvinnene opplevde kroppen som ukjent på bakgrunn av arr og hårtap. Det ble funnet en sammenheng mellom kvinner som opplevde kroppen som ukjent og kvinner som var ukomfortable i eget liv og som hadde svekket seksualfunksjon (Klaeson m.fl. 2012). Det viste seg også kjemoterapi førte til fysiske forandringer som inkludert vekt økning eller nedgang og hormonelle forandringer som ledsaget andre fysiske endringer som utmattelse, vaginal tørrhet, og tap av seksualdrift. Disse symptomene kombinert med svekket seksualfunksjon ble sett på som fundamentale faktorer i endringen av kroppsbildet og identitet (Avis m.fl. 2004, Fobair m.fl. 2006).

Studier viste at mastektomi og kjemoterapi skapte identifiseringsproblemer hos kvinnene. Men kvinnenes alder var en faktor for hvor vidt det skapte store problemer hos kvinnene (Klaeson 2012, Anderson m.fl. 2011). I studien gjort av Klaeson (2012) der den ene fokusgruppen var yngre, var det synlig at kvinnene hadde identifiseringsproblemer og problemer med kroppsbildet, og at de opplevde en større sårbarhet på grunn av kroppsforandringer. Det ble funnet ut at eldre kvinner ikke opplevde disse type identifiseringsproblemer på lik linje med yngre kvinner. Grunnen til dette var at eldre kvinner hadde større aksept for kroppsforandringene (Klaeson m.fl. 2012).

Studier viste at mastektomi førte til forandret utseende både med og uten klær. For noen kvinner resulterte dette i en del praktiske og emosjonelle utfordringer for kvinnene på grunn av stort behov for å skjule brystprotese. Disse kvinnene så på det som umulig å kunne uttrykke sin seksualitet gjennom utringede topper og sensuelt undertøy (Fallbjørk m.fl. 2012, Anderson m.fl. 2011). En annen studie viste at kvinner syntes at klær ble spesielt viktig for å opprettholde sin seksualitet etter mastektomi. Det ble funnet at mange av disse kvinnene også brukte klær og sminke som middel for å kamuflere sykdom, og vise omverden at de var sunne og friske (Wilmoth 2001).

Felles for mange kvinner var at de følte de måtte bruke brystprotese i sosiale sammenhenger for å kamuflere mastektomien og sykdommen. All den innsatsen kvinnene la i å skjule forandringer på kroppen, og late som at var bra, var slitsomt for kvinnene (Fallbjørk m.fl. 2012).

3.3. Forandringer i forholdet til partner

Det ble funnet motstridene funn om hvordan mastektomi og kjemoterapi påvirket det seksuelle forholdet kvinnene hadde med partner (Fallbjørk m.fl. 2012).

Forskning viste at store fysiske forandringer forårsaket av mastektomi og kjemoterapi hadde negativ innvirkning på noen av kvinnenes seksuelle forhold til partneren (Avis m.fl. 2004). Flere av disse kvinnene oppnevnte at en stor del av symptomene forårsaket av menopause og kirurgi påvirket deres selvtillit og beredskap til å ta initiativ til seksuell aktivitet med partneren (Anderson m.fl. 2011, Avis m.fl. 2004).

Forskning viste til at andre kvinner opplevde at det seksuelle forholdet de hadde med partneren ble styrket gjennom sykdom og behandlingen. Dette var på grunn av at paret følte på viktigheten av å ha hverandre. Livet fikk et annet perspektiv i sykdomstiden (Avis m.fl.2004, Fallbjörk .fl. 2012). Det ble vist at kvinner som opplevde det intime forholdet som styrket, også opplevde mindre seksuelle problemer knyttet til brystkreft og kjemoterapi (Avis m.fl. 2004).

Endringer forårsaket av behandling for brystkreft viste seg å føre til at noen kvinner opplevde manglende seksuell tiltrekning ovenfor menn. På bakgrunn av kirurgi og behandling opplevde ofte single kvinner problemer med å innlede nye forhold (Klaeson m.fl. 2012).

Generelt viste mastektomi seg og sette begrensninger i forhold til hvordan kvinnene uttrykte seg seksuelt ovenfor partner. Generelt dreide dette seg om at kvinne ikke ville eksponere det kirurgiske arret for partneren (Holmberg m.fl. 2001).

Studier viste at kvinner som gjennomgikk mastektomi og kjemoterapi kunne føle emosjonell separasjon i parforholdet, og at dette hadde konsekvenser for det seksuelle forholdet. Det ble også vist at kroppsforandringer som følge av behandlingen førte til at kvinnene var redde for at partneren manglet ønske om sex. Dette ble vist å ha negativ innvirkning på kvinnenes initiativ til sex (Holmberg m.fl. 2001, Klaeson m.fl. 2011).

Kjemoterapi ledsaget ofte menopausale symptomer som manglende lubrikasjon. På bakgrunn at det ville kreve planlegging og mere tid på forspill for å sikre tilstrekkelig lubrikasjon ved samleie, hadde dette negativ innvirkning på kvinnenes seksuelle forhold til partneren. Dette bidro også til at kvinnene mistet følelsen av å være seksuelt attraktiv (Manganiello 2011, Takahashi 2008, Holmberg m.fl. 2001).

Studier viste at forandringer forårsaket av mastektomi og kjemoterapi ble sett på som fundamentale faktorer som påvirket kvinnenes omgang med andre, dette inkluderte også forholdet til partner (Holmberg m.fl. 2001, Anderson 2011, Avis 2004).

I studien gjort av Wilmoth (2001) ble funnet at symptomer og kroppslige endringer som var forårsaket av mastektomi og kjemoterapi bidro til å endre meningen med å opprettholde seksuallivet med partneren. Disse symptomene førte til at kvinnene opplevde en reduksjon i seksuelle behov.

4.0. Diskusjon

4.1. Metodediskusjon

Alle artiklene som er benyttet i denne studien er publisert på engelsk. Det er forsøkt å oversette de engelske tekstene til norsk på en fullverdig måte. De kvalitative studiene i denne studien inneholder en del sitater og beskrivelser fra deltakerne. De har også blitt tolket. Disse sitatene er oversatt til norsk og noe av innholdet i sitatet kan derfor ha blitt endret eller feil oversatt. Det er i hovedsak benyttet primærlitteratur i arbeidet med denne studien. Det er gjort et bevisst valg for å unngå sekundærkilder. Det er en viss sjanse for å arve andres feiltolkninger og unøyaktigheter ved bruk av sekundærkilde. Primærkilden er derfor benyttet så sant det var mulig (Dalland 2004).

På grunn av begrenset tilgang til artikler måtte kravet om artiklenes alder senkes. På tross av dette er det i hovedsak benyttet forskning som er nyere enn 10 år. To av artiklene som var eldre enn 10 år ble allikevel inkludert på grunn av god kvalitet. Artiklene var også relevante for å belyse hensikten. Valg av databaser kan ha vært en medvirkende årsak til begrenset funn av nyere forskning. Databaser som cinahl og SveMed+ ble også benyttet i søkingen, men ga ingen treff på relevante søkeord, foruten artikler som allerede var funnet i medline. Tiden som var til rådighet har også i større eller mindre grad påvirket søkningsstrategien. Det er blitt benyttet noen små studier i denne besvarelsen, som har bidratt til at det er vanskelig å trekke generelle slutninger.

Takahashi m.fl. (2008) Utførte sin studie på japanske kvinner og, Garrusi og Faezee (2008) utførte sin studie på iranske kvinner. Kulturen i disse landene er kanskje vanskeligere å overføre til norsk kultur, i motsetning til de andre 10 artiklene. Men på tross av dette tar ingen av forskningsartiklene høyde for kulturelle forskjeller. Dermed kan det tolkes at kvinner uansett Kultur/etnisitet har like stor risiko for seksuelle problemer knyttet til mastektomi og kjemoterapi. Artiklene ble på bakgrunn av dette inkludert i oppgaven.

Denne studien tok for seg seksualitet blant kvinner i alle aldre. Flere studier har vist at alder er en assosierende faktor for hvordan kvinner tilpasser seg brystkreften (King m.fl. 2000, Anderson m.fl. 20011). Det ville derfor kanskje vært hensiktsmessig å begrense alderen blant kvinnene for å kunne identifisere hvilke seksuelle problemer som var størst i en gitt aldersgruppe. Så si alle av forskningsartiklene som er brukt i studien tar for seg kvinner med et stort spenn i alder. Artiklene som ble benyttet i denne studien kom frem til at problemene kvinnene erfarer er lik på tross av alder, men graden av hvordan kvinnene opplever problemene på varierer. Dette er knyttet til faktorer som alder, personlige relasjoner og kroppsbilde. Uansett konkluderer flere studier med at en viss grad av

seksuelle problemer oppstår hos kvinner i alle aldre som har gjennomgått mastektomi og kjemoterapi (Anderson m.fl. 2011, Klaeson m.fl. 2011).

I denne studien ble det fokusert på kvinner med mastektomi og adjuvant terapi i form av kjemoterapi. I noen av studiene fikk kvinnene flere typer adjuvant terapi. Blant annet Kvinnene i studiene til Bredart m.fl. (2011) og Holmberg m.fl. (2001) fikk flere typer adjuvant behandling etter mastektomien. I studien til Bredart m. fl (2001) fikk kvinnene en tilleggsbehandling med stråling, og i studien til Holmberg m.fl. (2001) ble kvinnene behandlet med adjuvant terapi som ikke ble spesifisert i forskningen. Dette kan derfor ha forårsaket misvisende resultat, på grunn av at også disse behandlingsformene kan føre med seg en del bivirkninger.

Hensikten kunne med fordel vært litt mer spissformulert da det har oppstått problemer med avgrensninger i denne studien. Studiens omfang ble noe omfattende i forhold til disponibel tid og lengde på oppgaven. Det kunne vært hensiktsmessig å avgrense studien til å gjelde en bestemt aldersgruppe og en bestemt behandlingstype.

Ingen av artiklene som ble inkludert i denne studien opplyser om hvor vidt de er vurdert av etisk komite. Ved å analysere og kvalitets vurdere artiklene ble det funnet ut at de sannsynlig hadde blitt vurdert av etisk komite. Artiklene ble på bakgrunn av dette allikevel inkludert i studien.

4.2. Resultatdiskusjon

Hensikten med denne litteraturstudien vil være å få innsikt i hvordan mastektomi og kjemoterapi virker inn på seksualiteten hos kvinner med brystkreft. Ved at sykepleiere er bevisst hvordan mastektomi og kjemoterapi påvirker seksualiteten hos kvinner med brystkreft vil man kunne redusere eventuelle problemer knyttet til seksualitet hos kvinnene.

De viktigste funnene fra resultatet viste at mastektomi og kjemoterapi virket inn på seksualiteten hos kvinnene i større eller mindre grad. Resultatet viste at kjemoterapi førte til at mange kvinner opplevde menopause. Resultatet viste videre at menopausen påvirket seksualiteten til kvinnene ved å skape endringer i de naturlige funksjonene. Resultatet viste også at mastektomi skaper endringer i kvinnenens kroppsbilde og måten de opplever seg selv på. Disse endringene i kroppsbilde førte ofte til at kvinnenens seksualitet ble påvirket.

4.2.1. Kvinnens problemer i forhold til seksualitet knyttet til menopausen som følge av kjemoterapi

Studien viste at et stort antall av kvinnene hadde problemer knyttet til menopausen som følge av kjemoterapi.

Forskning viser til at kvinner har ulik opplevelse av det å komme i menopausen, og bekrefter at alder er en faktor som påvirker opplevelsen med menopausen (Avis 2004). På den ene siden er det vist at særlig eldre kvinner som kommer i menopausen ikke har så mange negative opplevelser etter behandlingen som de yngre (Anderson m.fl. 2011). Ifølge en av studiene oppgir faktisk en del av kvinnene at de opplever positive aspekter ved menopausen. Årsaken til dette kan blant annet være at mange eldre kvinner føler det som en lettelse at det stadig er mindre sjanse for å bli gravid. Man slipper å tenke på prevensjon og har lettere for å unngå uønsket graviditet (Anderson m.fl. 2011). Det er også normalt at den seksuelle lysten og aktiviteten avtar i høyere alder, og ikke lenger blir så viktig for kvinnen. Det kan også for enkelte føles som en lettelse å unngå seksuell aktivitet. På den andre siden bør det også trekkes frem at ikke alle opplever det slik, en del er også seksuelt like aktive når de blir eldre (Gamnes 2005). Her vil nok også den sivile status spille en rolle. Noen har ektemenn, samboere eller faste partnere, mens noen igjen lever alene. Kvinner som lever i parforhold kan til en viss grad oppleve press fra partneren om å være seksuell aktiv. Sett fra en annen side, er menopause en naturlig del av det å bli eldre, og kan derfor knyttes til normal aldring av kvinnekroppen. Det er ikke nødvendigvis et sykdomstegn (Farmen og Hol 2005).

På den andre siden er det vist at yngre kvinner opplever de negative aspektene i større grad enn de eldre. I utgangspunktet er ikke unge kvinner fysisk og psykisk forberedt på menopausen. Det er i hovedsak vist at menopausen fører til fertilitetsbekymringer hos de yngre kvinnene. Dette viser seg å være på bakgrunn av at unge kvinner føler at menopausen setter begrensninger i forhold til framtid og familieplanlegging. For flesteparten av unge kvinnene er det ofte et overordnet mål å stifte familie og få barn (Anderson m.fl. 2011). For kvinner som ikke er i etablerte forhold kan det å være i menopause by på ekstra utfordringer med å ta initiativ til å skaffe seg en partner. Dette kan gi dårligere selvbilde og føre til at kvinnen føler seg utilstrekkelig i rollen som kvinne. For noen kvinner kan infertilitet føre til at de betviler sin rolle som kvinne. På en annen side ytrer ikke alle yngre kvinner ønske om barn. Men det har vist seg at kvinner som ikke har noe foreliggende ønske om å få barn allikevel opplever de negative aspektene med menopausen. En årsak til dette kan være at disse kvinnene ikke lenger er i besittelse av å ha valget om å få barn (Anderson m.fl. 2011).

Ut fra litteratur kan det se ut til at enkelte av kvinnenes seksualliv med partneren kan få en oppblomstring på grunn av sykdom og behandling (Farmen og Hol 2005). En mulig årsak til dette kan være at kvinnene kommer nærmere partneren i løpet av sykdomsperioden. Når alvorlig sykdom oppstår blir det naturlig å snakke med sine nærmeste. Det åpner også opp tanker om livet, og setter ting i et nytt perspektiv. Paret lærer hverandre å kjenne på en ny og annen måte, og dette kan videre føre til at paret blir tryggere på hverandre (Holmberg m.fl. 2001). Dette bidrar igjen til at de får muligheten til å leve ut seksualiteten på en annen måte. Det kan også tenkes at kvinnene har fått et annet syn på livet gjennom å erfare sykdom. Som fører til at kvinnene opplever at det er viktig å ta vare på øyeblikkene i hverdagen. Dette er noe den humanistiske psykologien underbygger. Selv om alle mennesker opplever lidelse før eller siden i livet så er lidelsen personlig. I følge Travelbee (2001) har mennesket evne til å søke etter mening i sykdom og lidelse. På denne måten har mennesker en spesiell mulighet til å oppleve personlig vekst og utvikling (Travelbee 2001).

4.2.2. Kvinnens problemer i forhold til seksualitet knyttet til mastektomi

Studien viste at kvinner som gjennomgikk mastektomi opplevde problemer i forhold til seksualiteten på grunn av endret kroppsilde, lavere selvtillit, problemer i forhold til partner og problemer med å innlede nye forhold.

I følge studien så det ikke ut til å være så store forskjeller på yngre og eldre kvinner når det gjaldt problemer knyttet til utseende ved mastektomi. Årsakene til dette kan være sammensatte, men for de fleste har brystene mye å si for det å føle seg feminin og kvinnelig uansett alder. Det er selvsagt forståelig at det er vanskeligere for en ung kvinne å måtte akseptere å fjerne ett bryst enn for en eldre kvinne. En ung kvinne er gjerne i den situasjonen at hun har ønske om å amme sine barn. Ved at utseende forandres, forandrer også selvbildet seg (Anderson m.fl. 2011). Ved mastektomi oppleves tap av en betydelig kroppsdel. Det kirurgiske inngrepet vil etterlate seg et stort arr som kan være vanskelig å akseptere for kvinnen (Sheppard og Ely 2008). En kreftrammet beskriver opplevelsen slik:

“ Forandringen i mitt ytre ble kolossal. Jeg ble forvandlet til en satt konetype, og det passet på ingen måte med mitt indre. Plutselig henger ikke kropp og sjel sammen lenger. Helt utenfor min kontroll ble min kropp til noe som var fremmed for meg, og den ble jeg tvunget til å leve med.”

(Valand og Fodstad 2005 s. 247).

Som eksempelet viser, oppleves forandringen kolossal for denne kvinnen. Og det er grunn til å tro at dette gjelder for mange av kvinnene i samme situasjon. Det er lett å tenke seg at dette skaper problemer hos kvinnen i forhold til nakenhet. Det kan være en vanskelig prosess å akseptere sitt nye jeg. Kvinnen må erkjenne at kroppen er endret, der det før var et bryst er det nå et arr, og det må de bare godta og leve med. De skjemmes av kroppen sin. Kvinnene har lett for å føle seg mindre attraktive, og det igjen gjør at de har problemer med å vise seg naken for partneren sin. Det er en forutsetning å føle seg vel for å oppleve seg selv som et seksuelt vesen (Wilmoth 2001, Sheppard og Ely 2008). Det kan oppstå seksuelle problemer hvis ikke kvinnen føler seg tiltrekkende for partneren. Mange kvinner er også opptatt av å kle seg fint og feminint, og kan oppleve at det er vanskeligere etter mastektomi. Det kan også nevnes at mange velger å erstatte det tapte brystet med en brystprotese. Ved tap av bryst kan det være viktig å styrke andre faktorer som påvirker velvære. Dette kan være for eksempel personlig hygiene, sminke, feminine klær og smykker (Klaeson m.fl. 2011).

Studien viste også at mange kvinner opplevde problemer i forhold til partneren. En mulig årsak til dette kan være at kvinnene opplevde negative tanker om egen kropp og utseende som et resultat av mastektomi (Klaeson m.fl. 2011). En hypotese er at de negative tankene og følelsene kvinnen hadde om seg selv blir overført til partner (DeMers 2001). Når kvinnen føler seg lite attraktiv kan det være lett å trekke seg tilbake i samvær med partneren. Kvinnen tror at hun kan virke avskyelig på partneren, og trekker seg mer og mer unna. Mange av kvinnene føler seg frastøtende og blir ekstra følsomme for det de tolker som tegn på at omgivelsene synes det samme. Dette kan også oppleves dramatisk for partneren, og han blir usikker på både situasjonen og på kvinnens følelser. Dette kan være en årsak til at partneren separerer seg emosjonelt fra kvinnen og ikke tar initiativ til seksuelt nærvær og samleie (Demers 2001).

Det kan også være andre årsaker til at partneren trekker seg unna kvinnen når hun gjennomgår mastektomi. Dette handler om at partneren trekker seg unna for å gi kvinnen tid til å helbredes. I følge Sheppard og Ely (2008) mener mennene selv at det å ikke yte et ønske om samleie eller seksuell aktivitet er med på å vise respekt for partnerens sykdom. På tross av at dette går utover seksuallivet mellom kvinnen og partner i fasen med behandling, mener partnere også at dette er med på å styrke det seksuelle forholdet på sikt.

Et annet forhold som påvirker forholdet til partneren er at kvinner opplever en krise som følge av kreft og behandling. Det vil føre til at kvinnene bruker mye tid og energi på å holde følelser og tanker under kontroll, og at dette kan føre til emosjonell separasjon ved at kvinnene setter partneren til side

i stedet for å inkludere han i den smerten hun opplever i denne tiden (DeMers 2001). I denne tiden trenger kvinnen mye støtte fra sine nærmeste, og spesielt fra sin partner. For at partneren skal kunne forstå og støtte kvinnen forutsetter det at partneren også har akseptert og forstått situasjonen kvinnen befinner seg i (Speer m.fl. 2005). På den andre siden må man vise forståelse for at partneren kan ha problemer med å skille mellom sine egne negative følelser og ønske om å vise at kvinnens kropp er like attraktiv for ham nå som før operasjonen (DeMers 2001). Kvinner som snakker med partneren sin om følelser og bekymringer knyttet til den utseendemessige forandringen etter mastektomi, har bedre forutsetning for å føle seg forstått og elsket av partneren. Disse kvinnene opplever en større emosjonell nærhet i forholdet til partneren. Videre ser det ut til at dette igjen kan bidra til et bedre seksuelt forhold (Speer m.fl. 2005).

Kvinner som har hatt et godt og stabilt seksuelt forhold til partneren sin før mastektomien opplever i større grad mindre emosjonelle og seksuelle problemer etter behandling. (Garussi og Faezee 2008).

4.2.3. Sykepleierens rolle

Sykepleierens sentrale rolle er å gi omsorg for det mennesket som har fått kreft. For å kunne gi omsorg er det en forutsetning at sykepleieren har kunnskap om sykdommen, behandlingen og pasientens reaksjoner. Derneft kommer også omsorg for pasientens pårørende. Pasienten og de pårørende påvirker hverandre gjensidig, og er avhengig av hvordan den andre parten har det. For at sykepleieren skal yte god omsorg er det viktig å møte pasienten på hennes premisser (Valand og Fostad 2005). En annen viktig forutsetning for at sykepleieren skal kunne gi informasjon og god omsorg er at sykepleieren er bevisst betydningen av kommunikasjon. Travelbee (2001) mener at kommunikasjon er et av de viktigste redskapene i etableringen av menneske til menneske forholdet. Gjennom kommunikasjonen blir sykepleieren kjent med pasienten, og kan utføre tiltak som pasienten har behov for (Travelbee 2001).

Det å gi omsorg til pasienter med seksuelle problemer krever at man trår varsomt og at man jobber på en yrkesetisk og profesjonell måte. Når det gjelder omsorg i forhold til seksualitet omfatter det mange ømtålige tema, og da er det spesielt viktig at sykepleieren har god innsikt og et avklart forhold til egen seksualitet. Dette er nødvendig for at sykepleieren skal kunne diskutere disse aspektene med kvinnen og hennes pårørende. I motsatt fall er det større sjanse for at sykepleieren unngår å ta opp slike problemstillinger, og vil dermed bli en dårlig veileder for kvinnen (Gamnes2005).

Når sykepleieren skal gi god omsorg til en kvinne med mastektomi er det en forutsetning at sykepleieren klarer å opparbeide et nært og godt tillitsforhold til kvinnen. Det er mange følsomme tema som kan komme opp til diskusjon og da må grunnlaget for en åpen og god dialog være tilstede (Gamnes 2005). For å forklare dette nærmere brukes Joyce Travelbees sykepleieteori. Hun snakker om viktigheten av å opprette et menneske til menneskeforhold gjennom det innledende møtet, framveksten av identiteter, empati, sympati og etablering av gjensidig forståelse og kontakt (Travelbee 2001).

Utfordringen for sykepleieren er å se pasienten, i denne sammenhengen, kvinnen slik hun er uten å ha forutinntatte meninger. Dette er viktig for å kunne gi denne kvinnen den omsorgen akkurat hun har behov for. I motsatt fall vil sykepleieren bare gi den omsorgen hun tror kvinnen har behov for. Etter hvert som sykepleieren og kvinnen blir bedre kjent med hverandre etableres dette menneske til menneskeforholdet som omtales av Joyce Travelbee (Travelbee 2001).

Sykepleieren som støttespiller for kvinner med kjemoterapiindusert menopause:

For kvinner som opplever menopause etter kjemoterapi er det viktig med informasjon slik at de kan forstå de fysiske forandringene som skjer med kvinnekroppen i denne fasen (Gopal m.fl. 2005). Behovet for å informere kan variere i forhold til alder på kvinnene. Dette har sammenheng med at menopausen er en naturlig del av kvinnens aldring. Unge kvinner kan derimot oppleve dette svært vanskelig og har behov for god informasjon om hva menopausen innebærer av forandringer med kvinnekroppen. Studien viser at mange kvinner sliter med selvbildet og lavere selvtillit og føler seg mindreverdige etter kjemoterapiindusert menopause. Sykepleieren spiller en viktig rolle for motivasjon, og for å lede fokuset bort fra det negative (Valand og Fodstad 2005).

Sykepleieren som støttespiller for kvinner med mastektomi:

Her forutsettes at sykepleieren og kvinnen har lagt grunnlaget for et menneske til menneske forhold da dette er viktig for at sykepleieren skal kunne yte den hjelpen som er nødvendig. Det vil med andre ord si at grunnlaget for god kommunikasjon er lagt i forholdet mellom kvinnen og sykepleieren (Travelbee 2001). Mastektomi resulterer i at kvinnens utseende blir forvandlet. Fra å være en frisk kvinne med to bryster, går man inn i en livsfase preget av sykdom og tap av kroppsdel. Kvinnen kan oppleve dette som et nederlag og føler at hun ikke lenger er en fullverdig kvinne. Dette påvirker også selvbildet og blir ofte opplevd som et stort problem i forhold til seksualiteten (Sheppard og Ely 2008). Kvinnen har et stort behov for informasjon om selve behandlingsformen, bivirkninger og hvilke utfordringer hun må regne med å møte. Pasienten har rett til å få informasjon, og sykepleieren bør

strekke seg langt for å gi denne informasjonen. God informasjon gir mestringsfølelse for pasienten (Valand og Fodstad 2005). Selv om sykepleieren bør møte pasienten der hun er, og vise forståelse for problemene hun opplever, er det også sykepleierens oppgave å hjelpe kvinnen til å få fokuset bort fra de negative tankene og opplevelsene (Valand og Fodstad 2005). Studien viste at mange kvinner opplevde kroppen sin stygg og avskyelig, og at de trakk seg seksuelt unna i nærvær med partneren sin. Her kan sykepleieren motivere til at kvinnen ivaretar sitt eget selvbilde ved å ivareta egen personlige hygiene, både av hensyn til seg selv og partneren. I motsatt fall vil det forverre kvinnens selvbilde (Valand og Fodstad 2005). I tillegg er det også viktig å informere partner eller annen nær pårørende når det gjelder sykdomsforløpet og kvinnens opplevelse av egen situasjon. Sykepleieren må også være åpen for at partneren opplever situasjonen som vanskelig, og at han føler utilstrekkelighet i forhold til kvinnen (Sand 2005).

5.0. Konklusjon

Hensikten med denne litteraturstudien var å få innsikt i hvordan mastektomi og kjemoterapi virker inn på seksualiteten hos kvinner med brystkreft. Ved at sykepleiere er bevisst hvordan mastektomi og kjemoterapi påvirker seksualiteten hos kvinner med brystkreft vil man kunne redusere eventuelle problemer knyttet til seksualitet hos kvinnene. Forutsetningen var at sykepleierne hadde grunnleggende kunnskap knyttet til dette.

Studien viser at mange kvinner som har vært gjennom mastektomi og kjemoterapi har problemer med å akseptere forandringene som skjer med kroppen, og at dette påvirker deres seksualitet.

Gjennom arbeidet med denne litteraturstudien ble det funnet ut at sykepleiere mangler kunnskap om seksuelle problemer knyttet til kjemoterapi og mastektomi. Det er også viet lite fokus på dette i pensumet i sykepleieutdanningen.

Det viser seg at det å snakke om seksualitet fortsatt er et tabubelagt område og at sykepleierne bør fokusere mer på dette området.

Gjennom arbeidet med denne litteraturstudien har det vist seg at det finnes lite forskning på områder som sier noe om hva sykepleieren kan bidra med hos disse kvinnene og deres partnere.

Kvinnens seksuelle behov har fått liten oppmerksomhet av sykepleiere. Seksualiteten oppfattes som en privat sak, selv om sykdom og behandling medfører forandringer som har negativ innvirkning på seksualiteten.

Siden det har vist seg å eksistere forholdsvis lite forskning på dette temaet bør det i fremtiden vies mer oppmerksomhet. Dette på bakgrunn av at det kommer frem gjennom arbeidet med denne studien at disse kvinnene opplever store problemer knyttet til seksualiteten etter kjemoterapi og mastektomi.

Litteraturliste

Adachi K, Ueno T, Fujioka T, Fujitomi Y og Ueo H (2007) Psychosocial factors affecting the therapeutic decision-making and postoperative mood states in Japanese breast cancer patients who underwent various types of surgery: Body image and sexuality, *Jpn Clin Oncol*, 37 (6), s. 412-418

Anderson DJ, Yates P, Mccatthy A, Lang CP, Hargraves M, Mccarthy N og Steele JP (2011) Younger and older women's concerns about menopause after breast cancer, *European Journal of Cancer Care*, 20, s. 785-794

Avis NE, Crawford S og Manuel J (2004) Psychosocial problems among younger women with breast cancer, *Psycho-Oncology*, 13, s. 295-308

Berterö og Wilmoth (2007) Breast Cancer Diagnosis and Its Treatment Affecting the Self, *Cancer Nursing*, 30, s. 194-202

Blood SK (2005) *Body Work: The social construction of women's body image*, Routledge, New York, USA

Brédart A, Dolbeault S, Savignoni A, Besancent C, This P, Giami A, Michaels S, Flahault C, Falcou MC, Asselain B og Copel L (2011) *Psycho-Oncology*, 20, s. 841-850

Cancer Registry of Norway. *Cancer in Norway 2010 - Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway*, Oslo: Cancer Registry of Norway, 2012.

Dalland O (2004) *Metode og oppgaveskriving for studenter*, 3. utg., Oslo, Gyldendal Akademisk

DeMers DT (2001) Intimacy issues: Sexuality, fertility, and relationships, *Oncology Nursing*, 4 (17), s. 255-262

Dizon DS (2009) Quality of Life after Breast Cancer: Survivorship and sexuality, *The Breast Journal*, 15, s. 500-504

Emilee G, Ussher JM og Perz A (2010) Sexuality after breast Cancer: A review, *Article info*, 66, s. 397-407

Fallbjörk U, Salander P og Rasmussen BH (2012) From "No Big Deal" to "Losing Oneself" Different Meanings of Mastectomy, *Cancer Nursing*, 35, s. 41-48

Farmen ME og Hol MS (2005) Gynekologisk sykepleie, I: Almås H (red.) (2005) *Klinisk sykepleie 2*, s. 1012-1070, Oslo, Gyldendal akademisk

Fobair P, Stewart SL, Chang S, D'onofrio C, Banks PJ og Bloom JR (2006) Body image and sexual problems in young women with breast cancer, *Psycho-Oncology*, 15, s. 579-594

[Forskningsetikkloven] (2006) Lov om behandling av etikk og redelighet i forskning, (Henvis ikke rett!)

Forsberg C og Wengström Y (2003) Att göra systematiska litteraturstudier, *Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*, kapittel 2, Stockholm, Natur og kultur

- Gamnes S (2005) Kjærlighet, nærhet og seksualitet, I: Kristoffersen NJ, Nortvedt F og Skaug EA (red.) (2005) *Grunnleggende sykepleie*, bind 3, s. 39-79, Oslo, Gyldendal akademisk
- Ganz P A, Desmond K A, Leedham B, Rowland J H, Meverowitz B E og Belin R T (2002) Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer: a follow-up study, *Natl Cancer Inst*, 94 (1), s. 39-49
- Garrusi B og Faezee (2008) How do Iranian Women with Breast Cancer Conceptualize Sex and Body Image?, *Sex Disabil*, 26, s. 159-165
- Goodman A (2004) Premature Menopause in Young Breast Cancer Survivors: Effects on Quality of Life Not Well Studied, *Oncology Times*, (26), s. 35-37
- Gopal RLR, Beaver K, Barnett T og Ismaili NSN (2005) A comparison of the information needs of women newly diagnosed with breast cancer in Malaysia and the United Kingdom, *Cancer Nursing*, 2 (28), s. 132-140
- Granheim UH og Lundman B (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness, *Nurse Education Today*, 24, s. 105-112
- Haines RJ, Bottorff JL, McKeown SB, Ptolemy E, Carey J og Sullivan K (2010) Breast cancer messaging for younger women: Gender, Femininity, and risk, *Qualitative health research*, 20 (6), s. 731-742
- Holmerg SK, Scott LL, Alexy W og Fife BL (2001) Relationship Issues of Women With Breast Cancer, *Cancer Nursing*, 24, s. 53-60
- Hopwood P (1993) The assessment of body image in cancer patients, *European journal of cancer care*, 2 (29), s. 276-281
- Karös B, Aksu H og Küçük M, A qualitative study of the information needs of premenopausal women with breast cancer in terms of contraception, sexuality, early menopause, and fertility, *International journal of gynecology and obstetrics*, 109, s. 118-120
- King MT, Kenny P, Shiell A, Hall J, Boyages J (2000) Quality of life three months and one year after first treatment of early stage breast cancer: influence of treatment and patient characteristics, *Quality of life research*, 9, s. 789-800
- Klaeson K, Sandell K og Berterö CM (2011) To feel like an outsider: focus group discussions regarding the influence on sexuality caused by breast cancer treatment, *European Journal of Cancer Care*, 20, s. 728-737
- Kreftforeningen (2013) *Brystkreft*, <<https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/brystkreft/>> [lastet ned 28.04.2013]
- Kristoffersen NJ (2005) Teoretiske perspektiver på sykepleie, I: Kristoffersen NJ, Nortvedt F og Skaug E-A (red) (2005) *Grunnleggende sykepleie*, bind 4
- Lammerink EAG, Bock GH, Schröder CP og Mourits MJE (2012) The management of menopausal symptoms in breast cancer survivors: A case-based approach, *Maturitas*, 73, s. 265-268

Manganiello A, Hoga LAK, Reberte LM, Miranda CM og Rocha CAM (2011) Sexuality and quality of life of breast cancer patients post mastectomy, *European Journal of Oncology Nursing*, 15, s. 167-172

Norsk bryst cancer gruppe (2003) *Blåboka*, <<http://www.nbcg.no/nbcg.blaaboka.html>> [lastet ned 27.04.13]

Pelusi J (2006) Sexuality and body image, research on breast cancer survivors documents altered body image and sexuality, *State of the Science*, 3 (106), s. 32-38

Rogers M og Kristjanson L J (2002) The Impact on Sexual Functioning of Chemotherapy-induced Menopause in Women With Breast Cancer, *Cancer Nursing*, (25), s. 57-65

Sand AM (2005) Se også meg – om å være pårørende til en syk, I: Almås H (red.) (2005) *Klinisk sykepleie 1*, s. 31-47, Oslo, Gyldendal akademisk

Schjøberg TK (2008) Sykepleie til pasienter med kreft, I: Kunutstad U (red.) (2008) *Sykepleieboken 3*, s. 83-128, Oslo, Akribe

Sheppard LA og Ely (2008) Breast cancer and sexuality, *The Breast Journal*, 2 (14), s. 176-181

Sosial- og helsedirektoratet (2007) Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter med brystkreft, <<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonalt-handlingsprogram-med-retningslinjer-for-diagnostikk-behandling-og-oppfolging-av-pasienter-med-brystkreft/Publikasjoner/handlingsprogram-brystkreft.pdf>> [lastet ned 29.04.2013]

Speer JJ, Hillenberg B, Sugrue DP, Blacker C, Kresge CL, Decker VB, Zakalik D og Decker DA (2005) Study of Sexual Functioning Determinants in Breast Cancer Survivors, *The Breast Journal*, 11, s. 440-447

Swedish Cancer Society (2009) *Cancer i siffror*, <<http://www.cancerfonden.se>> [lastet ned 25.04.2013]

Takahashi M, Ohno S, Inoue H, Kataoka A, Yamaguchi H, Uchia Y, Oshima A, Abiru K, Ono K, Noguchi R og Kai I (2008) Impact of breast cancer diagnosis and treatment on womens' sexuality: a survey of Japanese patients, *Psycho-Oncology*, 17, s. 901-907

Travelbee J (2001) *Mellommenneskelige forhold I sykepleie*, Oslo, Gyldendal akademisk

Valand E og Fostad G (2005) Generell onkologisk sykepleie, I: Almås H (red.) (2005) *klinisk sykepleie*, s. 247-270, Oslo, Gyldendal akademisk

Wilmoth M (2001) The Aftermath of Breast Cancer: An Altered Sexual Self, *Cancer Nursing*, 24, s.278-286