

BACHELOROPPGAVE

Emnekode: SPU 110

Navn: Edel Askim og Merete Amundal

Cancer mammae og seksualitet

Cancer mammae and sexuality

Dato: 18.05.16

Totalt antall sider: 42

Abstrakt

Introduksjon: Cancer mammae er den vanligste formen for kreft blant kvinner. I 2014 var det 3324 kvinner som fikk diagnosen cancer mammae. Av de som overlevde, opplevde mange at deres seksualitet ble påvirket og forandret. Kvinner som fikk utført mastektomi hadde ett dårligere kroppsbilde av seg selv på grunn av det tapte brystet. **Hensikt:** Hensikten med denne studien var å belyse pasientens erfaringer til seksualitet etter cancer mammae diagnostisering. **Metode:** 13 forskningsartikler ble funnet og inkludert i studien og de inneholdt både kvantitative og kvalitative data. De ble gransket og analysert for å finne ut om de var relevante til hensikten. **Resultat:** Forskning viste at mange kvinner opplevde problemer knyttet til seksualfunksjonen etter diagnostisering og behandling. Pasienter som har fjernet et bryst får et endret kroppsbilde og mange kvinner opplevde dette som vanskelig, noe som ofte førte til depresjon og lavt selvbilde. **Diskusjon:** Ut i fra den analysen som ble gjort i resultatet ble det tatt opp forskjellige tema for videre belysning i diskusjon. Funnene som ble gjort i resultatet ble belyst med pensum og annen relevant litteratur. **Konklusjon:** Pasientene får for lite informasjon og sykepleiere har lite erfaring om seksualitet. Det er noe uklart om aldringsprosessen har størst påvirkning på seksualiteten til pasientene, eller om det er selve diagnosen cancer mammae. Dette er noe det bør forskes mer på.

Nøkkelord: Brystkreft, seksualitet, mastektomi, kvinner, intimitet

Antall ord: 8303

Innholdsfortegnelse

Abstrakt	i
Nøkkelord: Brystkreft, seksualitet, mastektomi, kvinner, intimitet	i
Innholdsfortegnelse	ii
1.0 Introduksjon	1
1.1 Relasjoner av studiens betydning for sykepleiefaget	3
1.2 Hensikt	3
2.0 Metode.....	4
2.1 Søkestrategi:	4
2.2 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier:.....	5
2.3 Analyse.....	6
2.4 Ethiske overveielser:	7
3.0 Resultat.....	8
3.1 Fysiske forandringer:.....	8
3.2 Psykiske forandringer.....	9
3.3 Pasientens erfaringer til informasjon:	10
3.4 Kroppsbilde:	11
4.0 Diskusjon.....	12
4.1 Metodediskusjon:	12
4.2 Resultatdiskusjon	13
5.0 Konklusjon	21
6.0 Litteraturliste	22
Vedlegg 1.	26
Vedlegg 2.	36

1.0 Introduksjon

Dette litteraturstudiet handler om seksualitet hos kvinner som er rammet av cancer mammae. Sett ut ifra pasientperspektivet, der pasientens egne erfaringer og opplevelser står i fokus.

Brystkreft, cancer mammae, er den klart hyppigste kreftformen hos norske kvinner og utgjør ca. tre-fjerdedel av krefttilfellene hos kvinner. Det betyr at hver 10 – 11 kvinne her i landet vil utvikle brystkreft (Wist, 2010). I 2014 var det 3324 kvinner som fikk diagnosen brystkreft (Norske kreftregistret, 2016).

Kreft er en gruppe sykdommer som skyldes ukontrollert cellevekst eller celledeling. Kreftcellene reagerer ikke normalt på de mekanismene som regulerer celledeling og celledeling. Kreftcellene utvikler seg til en svulst som kan vokse inn i tilstøtende vev og organer (lokal spredning). De kan også spre seg med lymfe eller blod til andre steder i kroppen, som lunger, lever, skjelett og hjerne (fjernspredning). Når kreftcellene har spredt seg til andre organer, kalles dattersvulstene i de nye organene metastaser (Loge, 2014).

Cancer mammae er kreft i brystkjertelens melkeganger eller melkekjertler (Schlichting, 2011). Årsaken er vanskelig å fastslå, ved unntak av påviste spesifikke gen forandringer (Almås og Sørensen, 2011). Det finnes flere disponerende faktorer til cancer mammae: Kvinne, tidlig menstruasjon, sen menopause, overvekt etter menopause, alkohol, arv, hormonell behandling etter overgangsalder, p-pillebruk, over 30 år ved første svangerskap, tidligere cancer mammae selv og slektshistorie (Wist, 2010). Pasienter med cancer mammae er som regel «en frisk» kvinne som har fått en alvorlig diagnose. Hun har ofte ingen symptomer før diagnosen stilles. Det at hun ikke føler seg syk, samtidig som hun har fått en kreftdiagnose, kan gjøre det vanskelig å identifisere seg med pasientrollen (Almås et al, 2011). Cancer mammae kan være vanskelig å oppdage, forløpet kan være snikende og man trenger ikke ha smerter. Man kan oppdage en fast kul, eller flere kuler i brystet eller i armhulen som kvinnen selv kjenner. Det tar oftest lang tid fra de første forandringene oppstår, til det kjennes en merkbar kul i brystet (Almås et al, 2011). Det kan oppdages merkelige funn ved mammografi uten at det er noen tegn til smerter (Wist, 2010). Senere kan også andre symptomer oppstå: smertefri kul eller masse, sekresjon fra brystvorten og hudforandringer: rødflammet hud eller appelsinhud, kul i armhulen og kul over/under kragebeinet (Wist, 2010). Cancer mammae oppstår lokalt i brystet, men kan også rive seg løs og gi spredning via lymfebaner til skjelettet, lunger og leveren. Cancer mammae klassifiseres i fire stadier: I, II, III og IV. Denne inndelingen danner utgangspunktet for valg av behandlingsstrategi. (Almås et al, 2011). Faktorer som reduserer risikoen for cancer mammae er: sen menarke, tidlig menopause, fjerning av eggstokkene før fylte 35år, barnefødsel i alderen 20-25år, mange barn før 30år og mosjon (Wist, 2010).

Behandling av cancer mammae har som hovedmål å fjerne primærsvulsten, redusere faren for tilbakefall i brystet eller armhulen (lokal residiv), samt redusere faren for sekundærsvulster andre steder i kroppen (regional spredning). Lokalbehandling består av kirurgi og strålebehandling og er rettet mot knuten i brystet og lymfeknutene i armhulen. Behandling som blir gitt i tillegg til kirurgi kalles adjuvant behandling. Det er en kombinasjon av strålebehandling, kjemoterapi og hormonterapi (Buckman & Whittaker, 2002). All behandling av cancer mammae her i landet skjer etter retningslinjer utarbeidet av Norsk brystkreftgruppe, NBCG. Denne gruppen består av: Onkologer og kirurger fra flere sykehus, som to ganger i året oppdaterer behandlingen av brystkreft basert på all ny forskning foretatt på verdensbasis. Kirurgi er den viktigste behandlingsmetoden for cancer mammae, enten alene eller i kombinasjon med cytostatika, strålebehandling og endokrin behandling. Brystbevarende kirurgi utføres dersom svulsten er mindre enn 4 cm i diameter. Selve svulsten blir fjernet med god margin. Pasienten får beholde brystet, men kvinnen må ha postoperativ strålebehandling for å redusere risikoen for tilbakefall av kreft i det opererte brystet. Ved mastektomi fjernes hele brystkjertelen (Almås et al, 2011).

Seksualitet er en integrert del av ethvert menneskes personlighet. Den er et grunnleggende behov og et aspekt ved det å være menneske. Seksualitet er ikke det samme som samleie. Det er det som driver oss til å søke etter kjærlighet, varme og intimitet. Det uttrykkes i den måten vi føler, beveger oss, rører ved og berøres av andre på. Det er like mye det å være sensuell som å være seksuell. Seksualiteten har innflytelse på våre tanker, følelser, handlinger og vårt samspill med andre mennesker, og derved på vår mentale og fysiske helse. Og etter som helse er en grunnleggende menneskerett, så må også seksuell helse være det samme (Borg, 2010: 121).

Det angis at mellom femti og hundre prosent av pasienter med kreft vil oppleve seksuelle problemer i tilknytning til diagnose og behandling. Det kan da være viktig å vite at slike problemer er normale og at for de fleste vil seksuallivet etter hvert gjenoppnas til det vanlige (Borg, Borgheim & Dahl, 2009). Brystet er i den vestlige verden et uttrykk for fruktbarhet og seksualitet. En kvinne, som rammes av cancer mammae, rammes også av sin seksualitet. Ut over den direkte konsekvensen for kvinnens kroppoppfatning, som påføres ved operative inngrep, kan den medisinske etterbehandlingen ha betydelig innflytelse på seksualiteten (Johansen, 2013). Psykiske symptomer som angst og depresjon er vanlig for denne pasientgruppen. Mange sitter med frykt for tilbakefall, følelse av sårbarhet, manglende mestring og endret kroppsbilde. Kroppsbildet omhandler personens holdninger og følelser til egen kropp, og er en viktig del av det seksuelle. Kreftbehandlingen kan påvirke kroppsbilde negativt på flere måter, et moment som er svært sentralt med tanke på betydningen av det å føle seg attraktiv (Borg et al, 2009).

1.1 Relasjoner av studiens betydning for sykepleiefaget

Denne litteraturstudien er viktig for sykepleiere, da den kan bidra til å øke fokuset og kunnskapen om seksualitet i forbindelse med diagnostisering og behandling av cancer mammae.

Siden mange kvinner har cancer mammae og det er den vanligste kreftformen blant kvinner er det viktig å belyse dette temaet. Andelen kvinner som er i live fem år etter å ha blitt diagnostisert med brystkreft har økt kraftig (Kreftregisteret, 2016). Det betyr at det er mange som sitter igjen med et endret kroppsbilde og forandret seksualliv. Ofte er dette et tema som helsepersonell unnviker da de har for lite kunnskap, derfor er dette viktig å belyse og ikke ignorere. For å kunne gi god informasjon til pasientene i forhold til seksualitet er det viktig at sykepleieren har en god kunnskap og føler seg selv trygg på sin egen. Når man arbeider med pasientens seksualitet er det også viktig at man kontinuerlig arbeider med sin egen. Et avklart forhold til sin egen seksualitet er en forutsetning for å være til støtte for andre med seksuelle problemer (Borg, 2010).

1.2 Hensikt

Hensikten med denne oppgaven er å belyse pasienters erfaringer ved seksualitet etter cancer mammae.

2.0 Metode

Denne oppgaven er en allmenn litteraturstudie, som skal beskrive et valgt område der temaet er cancer mammae og seksualitet. Studien er basert på artikler som er både kvalitative og kvantitative. De kvantitative metodene tar sikte på å formere informasjonen om målbare enheter som regneoperasjoner og det å finne gjennomsnitt av en større mengde. De kvalitative metodene tar for seg å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2010). Man får da et innblikk i pasientens egne erfaringer og opplevelser.

Forskningsmetode er teknikken som forskere bruker for å strukturere en studie og for å samle og analysere informasjon relevant til hensikt/problemstilling (Polit & Beck, 2011).

2.1 Søkestrategi:

I søket etter forskningsartikler ble det brukt databaser som Cinahl, Medline og Pubmed. Dette i tidsrommet januar frem til mai 2016. Ut ifra hensikten ble det valgt forskjellige søkeord blant annet «Breast cancer, Breast Neoplasm, Mastectomy, Sexuality, Women, Intimity» og disse søkene ble det søkt på i ulike kombinasjoner med AND. Ved å velge ut artikler ut fra overskrift ble det lest abstrakt der enkelte artikler ble valgt videre til analyse og vurdering, hvorav 13 av dem er inkludert i studien.

På Medline ble det brukt breast cancer, der breast neoplasms exp. AND sexuality exp. Til sammen ble det 82 treff. Der det ble sett på 50 overskrifter, og lest 20 abstrakt. Det ble tatt ut 9 artikler for å lese i sin helhet og 3 artikler ble inkludert i studien.

I Cinahl ble søkeordene breast cancer, breast neoplasm exp. AND sexuality exp. Videre avgrenset til fulltext og antall søkeord ble tilslutt 105. Her ble det lest 50 overskrifter, 15 abstrakt og 8 ble plukket ut til lesning av fulltekst, der 3 ble inkludert i studien.

På Pubmed ble det søkt på breast cancer AND sexuality med videre avgrensning i fulltext, free fulltext og 5 years. Da kom det opp 87 artikler. Alle artiklene ble det lest overskrift på, videre ble 20 abstract lest og det ble plukket ut 12 til å lese i sin helhet. Deretter ble det plukket ut 7 som er inkludert.

Utdrag fra Tabell 1: Inneholder databaser som ble brukt, søkeord, avgrensninger, antall treff, antall utvalgte artikler, antall utvalgte for dypere granskninger og inkluderte artikler.

Database	Avgrensninger	Søkeord	Antall treff	Utvalgt 1	Utvalgt 2	Utvalgt 3	Utvalgt 4
Medline	Fulltext AND Exp.	Breast cancer AND sexuality	82	50	20	17	3
Pubmed	Fulltext 5 years free fulltext	Breast cancer AND sexuality	87	alle	20	12	7
Cinahl	Fulltext AND Exp.	Breast cancer, Brest neoplasm AND sexuality	105	50	15	8	3

- Utvalg 1: lest artiklenes tittel
- Utvalg 2: lest artiklenes abstrakt
- Utvalg 3: lest artikkelen i sin helhet
- Utvalg 4: artikkelen valgt ut for granskning og vurdering

2.2 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier:

Ut fra litteraturstudiets hensikt ble det valgt kriterier for inklusjon og eksklusjon i artiklene. Viktige kriterier i søkestrategien var at resultatet sto i pasientens perspektiv. Alle artikler måtte ha kvinner som deltakere. Det ble ikke satt noe aldersbegrensning, men de aller fleste artiklene hadde aldersgruppe mellom 30-70 år. Artikler der det var mange mannlige deltagere ble ekskludert. For at artiklene skulle inkluderes måtte de omhandle seksualitet og cancer mammae og ikke andre typer kreftdiagnoser.

Deres syn på seksualitet og erfaringer etter diagnosen cancer mammae var viktige kriterier. Det ble gjort avgrensninger i søket der det er nyere forskning fra 2010 og frem til 2014. Det er to forskningsartikler som er eldre enn 2010. En fra 1997 og en fra 2002 som likevel er valgt til å ta med, da de er relevant til hensikten, selv om forskningen er fra en tid tilbake.

2.3 Analyse

Artiklene ble gransket i forhold til hensikten. For å komme fram til hovedkategoriene ble artiklene lest nøye for å finne ut om de meningsbærende enhetene var relevante. De ble inndelt i fargekoder, noe som gjorde det lettere og samle de meningsbærende enheter inn i sub-kategorier. Videre ble hovedfunnene ut i fra sub-kategoriene delt inn i fire hovedkategorier, som er utgangspunkt for overskriftene i resultatet. Det dannet seg raskt et bilde av hovedkategoriene når alle sub-kategorier var analysert.

Ordet analyse kjenner vi blant annet fra grammatikken, der det betyr å finne ut hvilke og hva slags setningsledd en setning er bygd opp av, og beskrive det innbyrdes forholdet mellom leddene. Analyse er et granskningsarbeid der utfordringen ligger i å finne ut hva materialet har å fortelle (Dalland, 2010: 123).

Utdrag fra Tabell 2. Tabellen inneholder meningsbærende enheter, sub-kategori og kategori.

Database	Meningsbærende enheter	Subkategorier	Kategorier
Medline	Brystkreft rammer en intim del av kvinnekroppen. De føler seg ukomfortable når mannen berører brystet, og det fører til liten interesse for seksuell aktivitet.	Selvbilde	Kroppsbilde
Medline	Pasienter manglet nøyaktig kunnskap om seksuelle problemer etter brystkreft.	Mangel på kunnskap	Informasjon
Pubmed	Etter diagnosen har hyppigheten av seksuelle aktiviteter sunket betraktelig.	Seksuelle aktiviteter	Fysiske erfaringer
Pubmed	Pasienter klager over at kjemoterapi fører til endringer i menopause, vaginal tørrhet og det gjør samleiet utfordrende og smertefullt.	Vaginal tørrhet og smerter	Fysiske erfaringer
Pubmed	Mange partnere ble pleiere for sine	Psykisk støtte	Psykiske erfaringer

	kvinner under behandlingen. Emosjonell støtte og hjelp til de praktiske problemene i hverdagen.		
--	--	--	--

2.4 Etiske overveielser:

Ifølge Forskningsetikkloven (2006) skal denne loven bidra til at forskning i offentlig og privat regi skjer i henhold til anerkjente etiske normer. Det er lagt vekt på at artiklene som er med i litteraturstudien er relevant til hensikten. Alle resultatene som er funnet i artiklene er forsøkt oversatt til norsk så riktig som mulig.

Ifølge Den Nasjonale Forskningsetiske komite er et av hovedpunktene i sjekklisten å beskrive at data skal være anonymisert. Noen av artiklene er ikke godkjent av etisk komite, men alle har anonymisert innsamlet data, og krenker ikke personvernet til deltakerne. På bakgrunn av den Nasjonale Forskningsetiske komite har artiklene blitt gransket og vurdert nøye og dermed inkludert i studien (Forskningsetikkloven, 2006).

Personopplysningsloven har som formål å beskytte den enkelte mot at personvernet blir krenket gjennom behandling av personopplysninger. Loven skal bidra til at personopplysninger blir behandlet i samsvar med grunnleggende personvern hensyn, som behovet for personlig integritet, privatlivets fred og tilstrekkelig kvalitet på personopplysninger (Dalland, 2010: 240).

3.0 Resultat

Analysen falt under fire kategorier; Fysiske erfaringer, psykiske erfaringer, informasjon og kroppsbilde. Innholdet i kategoriene vil presentere hovedfunnene i artiklene som er knyttet opp mot hensikten i denne litteraturstudien.

3.1 Fysiske forandringer:

Analysen viste at seksuallivet hos kvinner med cancer mammae hadde blitt betydelig redusert etter diagnostisering. Seksuell dysfunksjon var svært utbredt blant disse kvinnene. Etter diagnose hadde hyppigheten for seksuelle aktiviteter sunket betraktelig (Wang, Chen, Huo, Xu, Wu, Wang & Lu, 2013).

Kvinnene opplevde at alder og kjemoterapi var forbundet med seksuell dysfunksjon (Christie, Meyerowitz & Maly, 2011). En annen analyse viser at pasienter som gjennomgikk hormonbehandling hadde mer seksuelle dysfunksjoner enn andre uten hormonbehandling (Safarinejad, Shafiei & Safarinejad, (2012). Strålebehandling, kjemoterapi og hormonbehandling var forbundet med seksdoblet risiko for vaginal tørrhet, som mange av deltakerne beskriver som svært ubehagelig og smertefullt (Safarinejad et al, 2012). Pasienter som behandles med kjemoterapi, klager over endringer i menopause. Det fører til vaginal tørrhet og gjør samleiet utfordrende og smertefullt. Noen av kvinnene rapporterte at det var bekymringer og vanskeligheter i det seksuelle livet, spesielt i forhold til vaginal tørrhet. Det var også ofte slik at kvinnene ikke klarte å slappe av godt nok til å oppnå orgasme (Vieira, Santos, Santos & Giami, 2014). Analysen viser at det skjedde en del endringer i seksuelt velvære etter diagnose cancer mammae (Wang et al, 2013). Det var en del fysiske endringer; vaginal tørrhet, seksuell lyst, opphisselse og fravær av bryst. Følsomme og ømme bryst ble beskrevet som en utfordring angående seksuallivet. Andre fysiske forandringer som vektøkning og tretthet ble også assosiert med redusert seksuell funksjon (Ussher, Peerz & Gilbert, 2012). Kvinnene beskrev at de hadde avslått samleie. De hadde manglete evne til å slappe av, noe som gjorde samleie utfordrende (Holmberg, Scott, Alexy & Fife, 2000). Kvinnene hadde manglende lyst, og samleie ble smertefullt på grunn av vaginal tørrhet (Wang et al, 2013). En tredjedel av deltakerne klaget over at det var vanskelig å oppnå orgasme og hadde manglete interesse for sin partner (Barni & Modin, 1997).

Analysen viser at mange av deltakerne var redde for å ha intim kontakt etter operasjon, og litt over halvparten av deltakerne rapporterte at de hadde hatt seksuell avholdenhet den siste måneden. Litt under halvparten erklærte ingen interesse for samleie i løpet av den siste måneden (Quintard, Constant, Lakdja & Labeyrie-lagardere, 2014). Flere studier viser at seksuell dysfunksjon rammer mange pasienter med cancer mammae (Harirchi, Montazeri, Bidokhti, Mamishi & Zendehtel, 2012). Litt under halvparten av deltakerne rapporterte at de aldri hadde hatt seksuelle problemer før diagnosen (Barni et al, 1997). I studien hadde noen kvinner opplevd et forbedret seksualliv, andre uttalte at det

ble det samme som før, og noen deltakere forklarte at det ble en forverring (Vieira et al, 2014). Mange pasienter opplevde vaginal tørrhet som lidelse, det å bli tilfredsstilt, og det å bli tent var utfordringer som dukket opp under samleie. Pasienter med cancer mammae rapporterte om klinisk merkbare endringer i seksuell dysfunksjon (Safarinejad et al, (2012).

Analysen viser at det var en opplevelse av frykt for tap av seksuell aktivitet og frykten for avvisning av partner. Mange ble redde for å ha sex, og lot vær å ha samleie etter behandling på grunn av manglende seksuell lyst på mannen (Vieira et al, (2014). I analysen kommer det også fram at enkelte hadde seksuelle problemer med partner, for eksempel erektil dysfunksjon som følge av høyt blodtrykk og alder. Dette vakte mer bekymring enn diagnosen kreft. Kvinnene sa at det ble større nedgang i seksuell aktivitet og nytelse etter menopause enn det å få diagnosen kreft. Sykdommen og de ulike behandlingene hadde varierende virkning på seksuallivet (Barni et al, (1997). En studie viser at litt under halvparten av deltakerne føler seg mindre seksuelt attraktive etter operasjon enn før operasjon (Brandberg, Sandelin, Erikson, Jurell, Liljegren, Lindblom, Linden, Wachenfeldt, Wichman & Arver, 2008). Det kommer også frem at yngre kvinner er mer preget av seksuell dysfunksjon enn eldre (Haririchi et al, 2012).

En annen analyse viser at nedgang i seksuell respons ofte er knyttet til bivirkninger av behandlingen. De vanligste plagene var tretthet, kroppslige endringer som gjorde det vanskelig å kle av seg, og kroppslige endringer forårsaket av menopause symptomer. Kvinnene følte også mangel på seksuell lyst og hadde følelser av depresjon (Holmberg et al, 2000).

3.2 Psykiske forandringer

I nesten alle artikler som er analysert er det rapportert om at pasientene lider av depresjon og tap av seksuell lyst etter kreftdiagnose (Wang et al, 2013). Angsten ble redusert over tid, men det var ingen tilsvarende funn om depresjon (Brandberg et al, 2008).

Det ble avdekket flere ulike psykologiske reaksjoner i intervjuene. Mange kvinner følte skyld og skam. Andre beskriver tap av verdighet og skamløshet over kroppens forandringer, depresjon, lav selvfølelse og vanskeligheter med å akseptere kroppen sin slik den er (Holmberg et al, 2000). Det påvirker den psykiske helsen når kvinnen mister ett av sine bryst og får diagnosen cancer mammae. En stor andel av kvinnene rapporterte også sorg på grunn av seksuelle endringer (Ussher, Perz & Gilbert, 2012).

Kvinnene beskrev en opplevelse av å være støl, og at en intim del av kroppen var fjernet. De følte seg bare som en halv kvinne, men de så fortsatt på seg selv som verdifulle mennesker til tross for sin manglende kroppsdel (Fallbjørk, Salander & Rasmussen, 2011). I situasjoner der kvinnen kom ut av

komfortsonen, for eksempel ble avkledd og det manglete bryste ble vist frem, ble det spesielt problematisk for kvinner uten partner (Fallbjørk et al, 2011).

Det var ikke bare det å miste et bryst som var vanskelig, men det å føle seg som en kvinne i sin rolle med partner som ble vanskelig etter operasjon (Holmberg et al, 2000). Manglende støtte og aksept fra partner gjorde seg også gjeldende. Noen av kvinnene følte at kommunikasjon som tidligere hadde vært bra, ble svært anstrengt etter diagnose, spesielt i forhold til partner (Gilbert et al, 2012). Mange partnere ble pleiere for sine kvinner under behandlingen. De fikk en svært viktig funksjon, både som emosjonell støtte og hjelp til de praktiske problemene i hverdagen (Vieira et al, 2014). Deltakerne i studien rapporterte om at seksuell lyst var mindre tilstede hos kvinnene selv enn hos partneren. Det bunner i at kvinner vier sine bekymringer om familien, barnepass, husarbeid og arbeid, fremfor fokuset på seksualitet. Kvinnen må ha kjærtegn og romanse for at samleie skal bli i gang satt (Vieira et al, 2014).

Det var en del forskjeller mellom kvinner med partner og kvinner uten partner. Kvinnene som ikke hadde fast forhold var mer triste, frustrerte og hadde mer vondt enn kvinner med partner (Holmberg et al, 2000). Analysen viser at enslige kvinner hadde betydelig dårligere score enn kvinner som hadde partner når det gjaldt depresjon (Christie et al, 2011).

Misnøye med utseende og endret kroppsbilde etter mastektomi påvirket seksualitet og var en stor bekymring blant kvinnen (Wang et al, 2013). Analysen viser at de hadde større problemer med å slappe av og nyte sex. Problemer med seksuell opphisselse og vansker med å oppnå orgasme etter diagnose forekom også (Christie et al, 2011).

3.3 Pasientens erfaringer til informasjon:

I flere studier ble det rapportert om mangelen på kunnskap når det gjaldt seksuelle problemer etter cancer mammae. En stor andel av pasientene rapporterte om sine ønsker for faglig konsultasjon om seksuelle problemer etter kreftdiagnose (Wang et al, 2013). I analysen ble det gitt tilbakemelding på hvordan de ønsket å motta informasjon, og flertallet ønsket skriftlig informasjon i form av brosjyrer, nyhetsbrev og nettsted. Det var få som ønsket å motta informasjon gjennom gruppemøter, telefonhjelpelinje, samtale med en profesjonell eller støttegrupper. De fleste ville ha informasjonen skriftlig (Ussher et al, 2012). Få leger ga faglige råd om sex-relaterte spørsmål. Leger og sykepleiere har for lite kunnskap om sex etter cancer mammae. Pasienter utveksler informasjon med hverandre og bruker internett for å søke kunnskap. Mye av slik informasjon har ikke vitenskapelig dekning. Dermed blir pasientene usikre på hva slags fakta som er gjeldende eller ikke (Wang et al, 2013).

Det er viktig at kvinnen blir informert om mulige endringer i seksuallivet fra begynnelsen av diagnostisering (Vieira et al, 2014). Til de som fikk informasjon angående seksuelle problemer viste det

seg at diskusjon om seksualitet sammen med partner og helsepersonell hjalp deltakerne til å bli inkluderende, og gjorde hverandre trygge (Vieira et al, 2014). Viktig at sykepleierne tilbyr konkret og meningsfull støtte og informasjon rundt seksualitet hos pasienter med cancer mammae (Manganeillo, Hoga, Reberte, Miranda & Rocha, 2011).

Informasjon om fysiske endringer, seksuell respons, forholdets problemer, psykiske konsekvenser, bekymringer om kroppsbildet, og hvordan det er å kommunisere med helsepersonell om seksuell trivsel ble vurdert og sett på som svært viktig (Ussher et al, 2012). Enslige kvinner var spesielt bekymret for hvordan de skulle formidle om sin nye kreftdiagnose og endrede utseende til en eventuelt ny partner (Holmberg et al, 2000).

Analysen viser at de vanligste rapportene om informasjon gikk på: Effekten av kreftbehandling angående seksuell trivsel, kroppslige endringer, rekonstruksjon, kroppsbilde, utseende, seksuell funksjon og informasjon med samarbeidspartnere. Deltakerne i denne studien var moderat fornøyd med den informasjonen de hadde fått, og omtrent halvparten av deltakerne rapporterte at de var fornøyd med informasjonen som de hadde fått (Ussher et al, 2012).

3.4 Kroppsbilde:

Analysen viser at mastektomi, medførte at kvinnene ble misfornøyd med utseende, og at et endret selvbilde påvirket seksuallivet (Wang et al, 2013). Analysen viser også at kvinner som fikk utført mastektomi hadde større bekymring for kroppsbilde og selvfølelse, enn de som gjennomgikk brystbevarende kirurgi (Christie et al, 2011).

Cancer mammae rammer en intim del av kvinnekroppen, de føler seg ukomfortable når mannen berører brystet, og det fører til liten interesse for intimitet og seksuell aktivitet (Wang et al, 2013). En betydelig andel av kvinnene rapporterte at de hadde problemer med kroppsbilde ett år etter operasjon. Litt under halvparten av kvinnene hadde misnøye med arr etter operasjon. (Brandberg et al, 2008). Noen av deltakerne beskrev at de følte seg vakker, men ikke seksuelt attraktive. Seksuell attraktivitet ble knyttet opp mot kropp, skjønnhet og velvære. Deltakerne som var yngre var bevisste på dette. De som var eldre vektla ikke dette spesielt (Vieira et al, 2014).

Klesvalget ble en utfordring for kvinner som hadde gjennomgått mastektomi. De fokuserte alltid på å skjule brystprotesen, de sluttet å gå på treningsstudio og svømmebasseng fordi de ikke ønsket å utsette seg for stirrende blikk fra andre (Fallbjørk et al, 2011). Å fremstå som seksuell og attraktiv ved å ha langt hår, feminine klær, kjole med utringet hals, ble ikke lenger sett på som gjennomførbart for disse kvinnene. (Holmberg et al, 2000). Oppfatningen av andre var viktig i forhold til deres egne inntrykk av kroppsbilde og utseende. Feminisme og seksuell tiltrekning var en egenskap som ble høyt verdsatt. Seksuell attraktivitet, skjønnhet og det kulturelle var også av betydning (Vieira et al, 2014).

4.0 Diskusjon

4.1 Metodediskusjon:

Resultatet i denne litteraturstudien har vært basert på originale forskningsartikler som omhandler cancer mammae og seksualitet. Dette har vært hovedkriteriene for litteratursøkingen. Søkeordene ble valgt ut fra oppgavens hensikt. Temaet ble belyst på en bred måte, noe som gjør at mange sider av temaet er inkludert. Det er viktig å ha kunnskap om ulike aspekter som påvirker kvinnens seksualitet etter cancer mammae.

Det er gjort flere søk i forskjellige databaser som Pubmed, Cinhal og Medline. Pubmed og Medline var de som ble brukt mest, fordi kjennskapet til disse var størst. Det er hovedsakelig brukt Pubmed som database til å finne forskningsartikler, da dette er den databasen det er mest kjennskap til.

Det å søke etter forskningsartikler har vært noe utfordrende, da det eksisterer for lite kunnskap om hvordan man utnytter databasen, og det har vært lite undervisning om artikkelsøking.

Forskning er en systematisk undersøkelse hvor man bruker ulike metoder for å svare på spørsmål eller problemer. Det endelige målet med forskningen er å utvikle, formidle og utvide kunnskap (Polit et al, 2012).

De ulike artiklene som er brukt er fra forskjellige land. Spennvidden strekker seg fra Europeiske land som Sverige til Brasil, Iran og Australia, det er artikler fra mange ulike kontinenter utenfor Skandinavia. Dette kan bidra til å påvirke studien på grunn av ulike kulturforskjeller og helsesystemer. Mange av forskningsartiklene fra de ulike landene viste seg å ha mye av de samme pasienterfaringene til tross for ulik kultur og helsesystemer. Cancer mammae og seksualitet er et universielt tema, og kan tenkes at forskningen gjelder like mye i Europeiske land som i resten av verden.

I resultatet ble artikler som var eldre enn år 2010 ekskludert. Det er en fordel at forskningen ikke er for gammel, derfor er nesten alle artiklene fra 2010 og oppover til 2014. Det er to artikler som er eldre og de er datert til 2002 og senere, de er likevel valgt å ta med, da de er relevante til hensikten. Gode artikler som ikke var tilgjengelig i fulltekst ble også ekskludert.

Det gikk mye tid til å lese artiklene i fulltekst, mange av artiklene som ble utvalgt til videre granskning, ble lest i sin helhet. Artiklene kunne vært bedre vurdert ut fra abstraktet, da tiden i studien var begrenset. Alle artiklene som ble inkludert i studien er skrevet på engelsk, og ble underveis i analysen oversatt etter beste evne til norsk. Det kan medføre eventuelle feiltolkninger, men de er analysert og oversatt etter beste evne.

Denne studien er basert på forskning av både kvantitative og kvalitative artikler.

I etterkant sees det at det kunne ha vært med flere kvalitative artikler som fremhever mer av pasientens erfaringer. Det å ha kombinasjon av kvalitative og kvantitative artikler kan være en fordel i studien. Kvalitative studier beskriver pasienterfaringer og kvantitative gir målbare funn i resultatet (Dalland, 2010). Alle artiklene i resultatet er originalartikler og det er det som kalles primærlitteratur. I litteraturstudiens diskusjon ble det brukt sekundærlitteratur slik som oversiktsartikler. Det ble også brukt originalartikler i diskusjonen (Dalland, 2010).

I løpet av skriveperioden ble det startet på flere deler av studien samtidig, men ikke alt ble fullført. Dette kan være en svakhet i studien. Det er viktig å være bevisst på hva som gjenstår og hva som er ferdig. Ved å fullføre delene fortløpende får man bedre oversikt over oppgaven i sin helhet.

4.2 Resultatdiskusjon

Hensikten med denne studien er å beskrive pasientens erfaringer med seksualitet etter cancer mammae. Denne studiens hovedresultat diskuteres opp mot annen relevant litteratur. Funnene i resultatet viser at mange av pasientene slet med seksuell dysfunksjon etter behandling av cancer mammae, og at informasjonen angående seksualitet til pasientene ikke var tilstrekkelig nok.

Resultatet viser at kvinner har betydelig redusert seksualitet etter cancer mammae. Ifølge Gjertsen (2010) er seksuelle problemer ikke uvanlige når kvinner opplever seg selv som lite attraktiv, med bare ett bryst og et arr over halve brystveggen. Det at partneren godtar disse forandringene betyr mye for pasientens egen akseptering av kroppsbildet. For kvinnen har brystene betydning for opplevelsen av seg selv som en seksuell person. Fjerning av bryst kan derfor virke inn på selvbilde (Gamnes, 2011). I analysen kommer det frem at det er mange som er redde for å ha intim kontakt med sin partner etter operasjon. Gjertsen (2010) sier at det å ha kvinnebryst til alle tider har vært symbol på det absolutte feminine. Det å fjerne et bryst kan bli stor belastning for pasienten, hvor aspekter som: selvpoppfatning, identiteten som kvinne, mor og seksuell partner, sosial rolle og fysisk helse blir truet.

Det er mange faktorer som påvirker kvinners seksualitet og bidrar til at utredning av seksuelle problemer hos kvinner kan være krevende. Disse faktorene inkluderer anatomiske forhold, hormoner, aldring, hvor lenge et forhold har vart, kvaliteten på et forhold, fysisk helse, kroniske sykdommer, bruk av medikamenter, utdanningsnivå og psykisk helse (Øverlie, 2014).

Det å få kreft medfører ofte slitsom og langvarig behandling som kan virke nedbrytende både fysisk og psykisk. Det å ha en kreftdiagnose kan gi pasienten vansker med å oppleve seg selv som seksuelt attraktiv (Gamnes, 2011).

Ifølge Dahl (2016) kan kreftsykdom med tilhørende behandling ha en markert virkning på pasientens intimitet og seksualitet uansett krefttype, alder, kjønn, kultur eller samlivsstatus. Dette støttes av Agger (2006) som sier at de som får diagnosen kreft opplever at sykdom og behandling påvirker den

seksuelle funksjon negativt, både under diagnoseperioden, behandling og rehabiliteringsfasen. Det gjelder i særlig grad hvis kreftsykdommen har relasjon til kjønnsorganer eller erogene soner.

Resultatet viser at pasienter som gjennomgikk hormonbehandling hadde flere seksuelle dysfunksjoner enn andre uten hormonbehandling. Dahl (2016) forteller at vekst av kreftceller stimuleres av kjønnshormoner, og hormonbehandling blir ofte brukt ved cancer mammae. Hormonbehandling blokkerer virkningen av slike hormoner, som har en negativ virkning på seksuallivet. Ifølge Kreftforeningen (2016) har flere brystkreftsvulster egenskaper som gjør at de spesielt stimuleres av hormonene østrogen og progesteron, såkalt hormonfølsomme svulster. Hormonfølsomheten undersøkes i forbindelse med at cancer mammae diagnostiseres. Hormonfølsomme svulster behandles med medisiner som på ulike måter enten stanser hormonets påvirkning på kroppen og kreftsvulsten (anti-østrogener), eller hemmer produksjonen av østrogen (aromatasehemmere). Hensikten er å hindre brystkreftceller i å dele seg. Vanligvis gis antihormonbehandling i 5 år etter operasjon.

Seksualiteten har et biologisk aspekt, dette forutsetter fysiologiske prosesser som hormonproduksjon, nerveforsyning og blodsirkulasjon for å skape et tilfredsstillende seksualliv. Disse fysiologiske prosessene forstyrres av kreftbehandling i form av kirurgiske inngrep, strålebehandling og hormonbehandling, eller kombinasjoner av disse. Dette vil derfor, nesten alltid få konsekvenser for pasientenes seksualliv. Disse behandlingsformene vil virke direkte og indirekte inn på den seksuelle responssyklus: Lyst, Opphisselse, orgasme og avslapningsfasen blir berørt (Borg, 2010).

Både kjemoterapi og antihormonbehandling fører til at kvinner i fertil alder kommer i overgangsalder. Det er ikke selve operasjonen som fører til nedsatt seksuallyst men det er den medisinske etterbehandlingen sier Kroman (2013).

Det blir nevnt i flere anledninger at operasjon har en innvirkning på kroppsbilde. Det fører til at kvinnen føler seg ukomfortabel når hun skal ha intim kontakt. Ifølge Bakewell & Deborah (2005) er yngre kvinner spesielt sårbare for seksuell dysfunksjon. De opplever tidlig overgangsalder relatert til kjemoterapi for behandling av brystkreft. For tidlig overgangsalder kan fremkalle en rekke emosjonelle og fysiske endringer som resulterer i seksuell dysfunksjon. Dette støttes av Jankowska (2013) som sier at kjemoterapi er en av de største risikofaktorene for seksuelle dysfunksjoner, spesielt når det resulterer i medisinsk fremkalt menopause. Antihormon-behandling kan forverre plagene ved overgangsalderen og cellegift-behandling kan lede til for tidlig overgangsalder. Det er uklart om Tamoxifen eller behandling med andre aromatase-hemmere, som gis over flere år, gir økte sjanser for seksuelle problemer. (Dahl, Borgheim & Borg, 2009)

En analyse fra resultatet viser at andre fysiske forandringer som vektøkning og tretthet også ble assosiert med redusert seksuell funksjon.

Borg (2010) forteller at uansett kreftform vil de fleste behandlinger på en eller annen måte få konsekvenser for seksuell helse til pasienter med kreft, selv om kreften ikke er lokalisert til

urogenitalregionen. En kvinne som mister et bryst vil ofte føle seg mindre verdt som seksuell partner. Mange pasienter med kreft rammes også av fatigue. Det er en tilstand som i stor grad påvirker både lyst og evne til et seksuelt samliv. Fatigue kan defineres som opplevelsen av å være trøtt, sliten, kjenne seg svak eller manglende energi. Fatigue kan opptre i alle faser av kreftsykdom. Både før og etter diagnosen er stilt og i forbindelse med behandling (stråleterapi, kjemoterapi og kirurgi) (Loge, 2009). Dahl et al, (2009) bygger videre på at det var av stor betydning for kvinnene at de hadde en partner som var støttende og engasjert når det gjaldt seksuell tilfredshet. Det at partneren fortsatt hadde lyst og tente på dem var avgjørende for seksuell kontakt etter behandling. Mannens vurdering av kvinnenes utseende var viktigere enn egen kroppsoppfatning.

Det antas at partnerens oppfatning av kroppen til kvinnen har betydning for selvtilliten og selvbilde og har en positiv innvirkning til kroppsforandring hos kvinnen. Når kvinnen føler seg trygg på partneren og får støtte, kan dette føre til at den intime kontakten blir lettere og ikke så skremmende.

De mest uttalte seksuelle problemene før diagnose og behandling, var tørrhet i skjeden og følelse av redusert seksuell tiltrekningskraft. Dahl et. al. (2009) sier at noen av disse kvinnene føler seg mindre verdt som kvinner. De som har blitt behandlet for kreft i bryst, har ofte den subjektive følelsen av å være mindre attraktive. Kvinner som ikke føler seg attraktive, har mindre seksuallyst. Dette bekrefter at diagnostisering og behandling av cancer mammae kan ha skadelig effekt på seksuell helse på grunn av endringer i kroppsbygge, fruktbarhet, fysisk velvære, emosjonelle plager og seksuell dysfunksjon (Bakewell & Deobrah, 2005).

Smerter i kjønnsorganene kan gjøre at seksuell aktivitet blir umulig, eller at nytelsen nedsettes eller blir borte. Det tar gjerne lengre tid for kvinnene enn for mannen å bli klar for samleie (Dahl, 2016). Ifølge Agger (2006), prøvde noen pasienter med cancer mammae å unngå kroppslig intimitet. Mange hadde avstått fra samleie. Behandlingen hadde ført til vaginal tørrhet, ubehagelig følelse i huden samt skremmende kroppslige forandringer. Tørrhet i skjeden under onani og eller samleie kan føre til kløe, svie og smerter hos kvinnen. I tillegg har mange kvinner prestasjonsangst og manglende lyst (Gamnes, 2011).

Ifølge (Gamnes, 2011) skjer det permanente endringer i hormonbildet hos kvinner i 40 – 50års alderen. Overgangsalderen er et kjent begrep for kvinner, og den markerer avslutningen på den fertile perioden. I kvinnens overgangsalder, klimakteriet, skjer det store hormonelle forandringer. Ovariens gradvis synkende evne til å produsere østrogen har stor betydning. Kvinnen merker kanskje at menstruasjonen blir mer uregelmessig og med kraftigere blødninger allerede av slutten av 30 årene. Etter menopausen merker kvinnen ytterligere forandringer, først og fremst på grunn av fall i østrogennivået. Slimhinnene i skjeden blir tynnere, tørrere og lettere irritert. Mange kvinner opplever nedsatt seksuell lyst etter menopausen. Agger (2006) forteller at for mange mennesker avtar den seksuelle aktiviteten med alderen. Over tre- fjerdedel av alle kreftpasienter er eldre enn 65 år, og

mange er i en alder hvor betydningen av seksualitet er avtakende.

De viktigste faktorene som var relatert til fysisk ubehag var blant annet vaginal tørrhet, smerter, tretthet og hetetokter som følge av behandling av cancer mammae og medisinsk behandling som fører til tidlig overgangsalder. De fysiske plagene ble nevnt som årsaker til nedgangen i seksuell lyst og hyppigheten av seksuelle relasjoner (Cesnik & Santos, 2012). Det antas at kvinner i overgangsalderen ikke merker at de er kommet i overgangsalderen før de får diagnosen cancer mammae, der den hormonelle behandlingen spiller en rolle i forhold til menopausen. Når de får stilt diagnosen brystkreft legger de raskere merke til ubehag som skjer med kroppen på grunn av diagnosen enn da de var friske.

Resultatet viser også at klesvalget ble en utfordring for kvinner som hadde gjennomgått mastektomi. Å ha langt hår, ha på seg kjole med utringet hals, ble ikke lenger sett på som gjennomførbart for disse kvinnene. Dette støttes av Dahl (2016) som sier at negative aspekter ved kroppsilde hos pasienter med cancer mammae omfatter misnøye med utseende, opplevd tap av femininitet og kroppsintegritet, vansker med å se seg selv naken, følelse av å være mindre seksuelt tiltrekkende, utvikling av lymfeødem, negativ selvbevissthet omkring utseende og misnøye med arr etter kirurgi. Kvinnene kan få et negativt blick på seg selv. Når et bryst blir fjernet vil det ta tid å kunne bli vant til det nye kroppsilde og godta situasjonen slik den er.

Et kroppsilde forteller noe om hvordan en person oppfatter kroppen sin. Kroppsbildet (det fysiske selvet) omfatter alle oppfatninger en person har av seg selv, når det gjelder kroppsfunksjoner og utseende. Kroppsilde er en viktig komponent i selvbilde (det personlige selvet). Selvbilde er det indre mentale bilde personen til enhver tid har av seg selv, der det karakteriserer hvordan den enkelte opplever seg selv i sitt miljø, involverer personlig oppfatning av egen kropp og utvikles over tid som en del av personligheten (Schjølberg, 2010).

En analyse fra resultatet viser at oppfatningen av andre var viktig i forhold til egne inntrykk av kroppsilde og utseende. Feminisme og seksuell tiltrekning var en egenskap som var høyt verdsatt. Endret kroppsilde vil kunne få betydning for forhold til familie, venner, arbeid og øvre sosiale omgivelser. Enkelte problemer kan vise seg i form av psykiske eller seksuelle problemer, eller de kan være av mer fysisk eller praktisk art. Families, venners og omgivelsenes respons på det endrede kroppsilde har stor betydning forteller Schjølberg (2010). Dette støttes av Solvoll (2011) som hevder at problemene er avhengige av hva pasienten selv tenker om sin kropp og dens utseende og hvilke holdninger omgivelsene har. Det at pasienten ikke kan gi seksualiteten det samme uttrykket som tidligere på grunn av de fysiske forandringene som sykdom og behandling fører med seg, blir en trussel for selvbilde. Opplevelsen av både kropp og sinn blir endret på en måte som gjør det vanskelig for pasienten å forstå at andre fremdeles kan finne ham eller henne attraktiv og verdt å elske. Kvinner uttrykker ofte at de føler seg som intetkjønn. Tapet av denne formen for seksuell helse fører til

sorgreaksjoner, og intensiteten i sorgreaksjonene er relatert til hvor viktig den tapte kroppsfunksjonen eller kroppsdelene har vært for pasienten. En kvinne som mister et bryst, libido eller sin fertilitet føler at de mister noe av seg selv forteller Borg (2010).

For pasienter som ikke er i et parforhold kan det å finne seg en ny kjæreste by på store utfordringer. For de som er i et forhold kan sykdommen endre tryggheten i forholdet slik at det har en negativ innvirkning på seksualiteten (Dahl et al, 2009). Resultatet viser at det å få endret kroppsbygge, gjorde til at kvinnene var misfornøyde med utseende sitt på grunn av mastektomi. Det påvirket seksuallivet og var til stor bekymring for kvinnene.

Hummelvoll (2012) forteller at det er avgjørende for selvaktelsen at man har et godt forhold til sin egen kropp. Derfor blir personens syn på egen kropp viktig i forståelsen av selvbegrepet. Når deler av det fysiske selv blir berørt av tap, for eksempel av en kroppsdel eller når kroppen ikke fungerer som den skal, kan selvbildet få alvorlige sprekker. Det vil da være behov for å reorientere det fysiske selv og finne andre måter å erstatte den tapte funksjonen på. Når det fysiske selv må endres, kommer gjerne en periode med depresjon. Å akseptere at man har en endret kroppsfunksjon eller et endret utseende, tar ofte lang tid. Mye tyder på at jo mer en person godtar og liker kroppen sin, desto tryggere og fri for angst blir han. Holdning til sin egen kropp kan ifølge Solvoll (2011) gjenspeile viktige sider ved identiteten til en person. En følelse av at kroppen er for stor, for liten, tiltrekkende, svak eller sterk, kan fortelle noe om ens måte å oppleve seg selv på. Kroppsbygget er særlig interessant fordi sykdom og lidelse ofte relaterer seg til kroppen. Dette støttes av Dahl (2016) som sier at misnøye med kroppsbygge er generelt forbundet med dårlig selvfølelse, sosialangst, økt selvbevissthet og depressive symptomer og redusert livskvalitet. Disse sammenhengene er vanlige hos pasienter med kreft. Det er viktig at helsepersonell hjelper pasienten til å bedre sin situasjon i forhold til bedre kroppsbygge og bevare livskvaliteten til tross for å ha fått fjernet et bryst.

Mange pasienter får lav selvtillit og mange føler at de har mistet sin femininitet. Ved økt hjelp, ivaretagelse og god informasjon til pasienten, vil dette bidra til å bedre livskvaliteten.

Kvinner som fikk utført mastektomi hadde større bekymringer for kroppsbygget og selvfølelsen enn de som gjennomgikk brystbevarende kirurgi. Ifølge Dahl (2016) er kroppsbygget hos kvinner med cancer mammae dårligere etter mastektomi sammenlignet med brystbevarende kirurgi. Derimot sier Lam, Li, Bonanno, Mancini, Chan, Or & Fielding (2011) at seksualfunksjonen skilte seg ikke ut blant kvinner som hadde mastektomi sammenlignet med de som fikk brystbevarende kirurgi. Type kirurgi hadde liten innvirkning på selvbildet og seksualiteten.

Forandringer i kroppens funksjon og utseende inntreffer ofte når en person blir syk. Dette får på ulike måter konsekvenser for det opprinnelige kroppsbygget. På den måten kan sykdom få konsekvenser for menneskets opplevelse og egenverd (Solvoll, 2011). Ifølge Schjølberg (2010) kan en kreftdiagnose gi varige forandringer i forhold til egen kropp og kroppsbygget. Både strålebehandling, kjemoterapi,

hormonbehandling og kirurgisk behandling kan gi omfattende fysiske og psykiske plager og funksjonsforandringer. Endringer i kroppsbildet forårsaket av kreftbehandling kan være omfattende. Å få fjernet et bryst kan for kvinners vedkommende muligens ha størst betydning. Mye henger sammen med at inngrepet er dramatisk og gir synlige fysiske forandringer, men i tillegg er bryster i vår kultur et viktig symbol for femininitet og seksualitet. Cancer mammae rammer en intim del av kvinnekroppen og de føler seg ukomfortable når mannen berører brystet, og det fører til liten interesse for intimitet og seksuell aktivitet.

Ifølge pasient og brukerrettighetsloven §3-2 første ledd sies det derfor at «pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen». Bak plikten ligger det generelle hensynet til at pasientene skal kunne vite om det som gjelder dem selv, herunder om det som på kort og lang sikt er viktig å vite, for å kunne planlegge og ha oversikt over eget liv (Pasient- og brukerrettighetsloven, Molven, 2014: 160).

Ifølge resultatet viser sykepleierne at det er mangel på kunnskap når det gjelder seksuelle problemer etter cancer mammae. Få leger ga faglige råd om seksualrelaterte spørsmål. Pasientene utveksler informasjon med hverandre og bruker Internett for å skaffe seg kunnskap. Det er viktig at kvinnen blir informert om mulige endringer i seksuallivet fra begynnelsen av diagnostiseringen. Informasjon om fysiske endringer, seksuell respons, forholdets problemer, psykiske konsekvenser, bekymringer om kroppsbildet, og hvordan det er å kommunisere med helsepersonell om seksuell trivsel ble vurdert og sett på som svært viktig. Informasjonen bør bidra til å gjøre situasjonen så forutsigbar som mulig for pasienten. Den bør komme på rett tidspunkt og i god tid, slik at pasienten vet hva som skal skje og hvordan han skal forholde seg. Informasjonen bør også gis på et språk som er forståelig for pasienten (Eide & Eide, 2011).

Mange helsepersonell unngår å snakke om seksualitet med pasientene og deres partnere. Noen sykepleiere sa at de var for sjenerte til å ta opp temaet. Andre sa at de ville ikke ta opp det på grunn av hensynet til pasienten, mens noen sa at det var mangel på tid og kunnskap (Borg, 2010). Ifølge Jankowska (2013) så kreves det mer kunnskap om seksuelle problemer som kan oppstå hos pasienter med cancer mammae. Det er viktig å formidle om risikofaktorer slik at pasientene blir oppmerksomme på eventuelle seksuelle dysfunksjoner som kan oppstå. Videre sier Agger (2006) at behandlere og pleiepersonell sjelden har gitt informasjon til pasientene om behandlingens seksuelle konsekvenser.

Mange sykepleiere stiller alt for høye krav til egen kunnskap og unngår derfor å snakke med pasientene om temaet seksualitet. Når helsepersonell unngår å diskutere seksuelle problemer med pasientene, styrkes fordommene om at seksualitet er et avsluttet kapittel for denne gruppen. Man bør være åpen og nysgjerrig. Pasienten kan ha andre uttrykk for seksualiteten enn en selv har. Det er viktig å forstå sin egen seksualitet når man skal jobbe med andres og man bør også jobbe jevnlig med sin

egen seksualitet (Borg, 2010).

Informasjon om seksualitet kan ofte oppleves som tabubelagt, da helsepersonell er usikre i forhold til temaet eller har lite kunnskap om dette. Dette er noe som tas opp gjentatte ganger i flere artikler. Det antydes at sykepleiere ikke er trygge nok på sin egen seksualitet, noe som kan føre til at de unngår å ta opp temaet. Det kan antas at det er stor respekt for dette temaet. Det gjør at det blir vanskelig å ta opp en slik samtale.

Borg (2010) forteller at det er viktig å ha kunnskap om fysiske og psykiske utfordringer som pasienten står overfor. Det trengs kunnskap, men også et emosjonelt engasjement. Ved å vise pasienten medfølelse vil dette gi pasienten en trygghet som gjør at samtaler om følelser og seksualitet går lettere. Det å tilpasse informasjon og formidling til pasientens behov, krever omtanke. Pasienten skal både høre, forstå og huske det som er nødvendig og oppleve å bli ivaretatt på en god måte. Å gi informasjon og veiledning er en av hjelpernes viktigste kommunikative oppgaver. Det å gi hjelpende informasjon er å formidle kunnskap som pasienten har behov for og er i stand til å ta imot. (Eide et al, 2011)

Borg (2010) forteller også at noen pasienter ikke ønsker å snakke om seksualitet. Det må helsepersonell akseptere, men alle pasienter bør få tilbudet. Før pasientene har begynt med behandling for kreftsykdommen, opplever de det å bli frisk som viktigst, og den seksuelle helsen kommer i andre rekke. Ikke alle orker å snakke om disse temaene. Likevel er det viktig å åpne for slike samtaler i starten av behandlingen, slik at dialogen eventuelt kan tas opp igjen når pasienten er klar for det. Det vil alltid være pasientens eget utgangspunkt som er fokus for veiledningen. I følge Eide et al. (2011) bør informasjonen være så fullstendig som mulig. Samtidig er det viktig å dosere informasjonen slik at pasienten kan fordøye innholdet underveis.

Seksualiteten er som oftest noe man deler med en annen person. Seksuell veiledning bør ha som mål å få pasienten og pasientens partner til å snakke sammen om seksualiteten. Hovedmålsettingen i veiledningen vil være å hjelpe pasienten til å bevare seksuell helse uansett årsaker til problemene og uansett livssituasjon (Borg, 2010). Informasjon om sykdom, behandling, og eventuelle konsekvenser for seksuell helse skal helst gis til pasient og pasientens partner sammen (Borg, 2010). Det bidrar til større åpenhet og vil skape forståelse hos pasienten og partneren samtidig som at det blir gitt felles informasjon. Dette støttes av Almås & Sørensen (2010) som sier at et par påvirker hverandre når det gjelder frykt og usikkerhet knyttet til kreftsykdommen. Dette støttes igjen av Gamnes (2011) som sier at seksuelle vanskeligheter i forbindelse med sykdom og skade kan bli betydelig mindre hvis den syke og eventuell partner får informasjon om hvordan deres situasjon påvirker seksuallivet.

Psykiske reaksjoner kom opp gjentatte ganger i intervjuene. Kvinnene følte skyld og skam, tap av verdighet, skamløshet over kroppens forandringer, depresjon, lav selvfølelse og vanskeligheter med å akseptere kroppen slik den er. Depresjon som psykisk lidelse opptrer hos om lag 15% av pasientene

med kreft, mens tilsvarende andel av befolkningen er 7%. En mye større andel av pasientene med kreft får en viss depressiv symptoms byrde som ikke er sykdom, men en plage (Dahl, 2016).

Med hensyn til den trusselen mot liv og helse som kreftsykdommene representerer, er økt nivå av angst og depresjonssymptomer vanlige psykiske følgetilstander. Ifølge resultatet gjør det noe med den psykiske helsen når kvinnen mister et av sine bryst og får diagnosen cancer mammae. En stor andel av kvinnene rapporterte om sorg på grunn av seksuelle endringer. Forekomsten av psykiske plager hos pasienter med kreft varierer med krefttypen og kreftens stadium, så vel som med pasientens alder, kjønn, personlighet og tidligere psykiske status (Dahl, 2016). Kvinner som nylig hadde blitt diagnostisert med cancer mammae, men hadde ikke på det tidspunktet gjennomgått noen form for kirurgisk behandling var mer deprimert i motsetning til kvinner som har gjennomgått mastektomi for ett år siden. De følte seg også deprimerte på grunn av endret kroppsilde, men hadde en mildere depresjon (Cordero, Villar, Sanchez, Pimentel-Remirez, Gracia-Rillo & Valverde, 2014).

De som nettopp har fått diagnosen cancer mammae kan virke mer nedstemt enn de som har fjernet hele brystet. Årsaken kan være at de føler seg lettet over å ha fått operert bort svulsten og eventuelt blitt friskmeldt.

Dahl & Grov (2014) sier at ved andre kroniske alvorlige somatiske sykdommer er forekomsten av depresjon høyere blant pasienter med kreft enn blant den øvrige befolkningen

Prevalensen av depresjon er høyest like etter kreftdiagnose, for så å reduseres videre i forløpet, holder den økte prevalensen av angstlidelser seg over i lang tid.

5.0 Konklusjon

Denne litteraturstudien viser at pasienter med cancer mammae har ulike erfaringer om sin seksualitet etter diagnose. Det er forskjellige faktorer som har en innvirkning på seksualiteten. Blant annet fysiske, psykiske, kroppslige utfordringer og informasjon. I tillegg kommer det frem at menopausale symptomer er sterkt fremtredende. Det kan virke uklart om det er aldringsprosessen eller diagnosen cancer mammae som har størst påvirkning på seksuell dysfunksjon.

Det kommer frem at sykepleiere er for dårlig til å informere og diskutere temaet seksualitet. Funn viser at helsepersonell vegrer seg når det gjelder å ta opp temaet seksualitet. Sykepleiere og annet helsepersonell burde få mer opplæring og veiledning på hvordan seksualiteten påvirkes ved sykdom som for eksempel ved cancer mammae. For å få kjennskap til pasientens egne utfordringer og erfaringer om seksualitet er det viktig at det er en god kommunikasjon mellom sykepleier og pasient. Man kan se viktigheten av å inkludere partneren ved informasjon i kvinnens situasjon. Partneren kan også føle angst for tilbakefall. Det er viktig å se partneren og kvinnen som i en enhet. Da partneren har en stor betydning for støtten til sin kreftrammede partner. Viktig at partneren blir inkludert i prosessen fra begynnelsen av.

Litteraturstudien belyser et relevant tema. Det å øke kunnskapen rundt cancer mammae og seksualitet vil gi sykepleiere mer erfaring om hvilke faktorer som har betydning for overlevende etter cancer mammae. I litteraturstudien ble det funnet ut at mange hadde dårlig selvtillit etter operasjon på grunn av endret utseende, og dette fikk innvirkning på livskvaliteten.

6.0 Litteraturliste

Agger N. P. (2006). Kræft og seksualitet. I: Graugaard, C., Møhl, B. & Hertoft, P. Krop, sykdom og seksualitet. 1.utg, København: Hans Reitzels Forlag AS: 261-279

Bakewell R. T & Deobrah V., (2005), *Sexual dysfunction related to the treatment of young women with breast cancer*, Clinical journey of oncology nursing, doi: 10.1188/05.CJON.697-702

Barni S. & Modin R., (1997), *Sexual dysfunction in treated breast cancer patients*, Division of Radiation Oncology, Nedlastet fra:

<http://annonc.oxfordjournals.org/content/8/2/149.full.pdf+html?sid=e3000904-25c8-4f40-8b33-7da8b15c8037>

Borg, T. (2010). Seksualitet I: Reitan, A. M. & Schjølberg, T. K., *Kreftsykepleie: Pasient – utfordring – handling*. 3.utg, Oslo: Akribe Forlag AS: 121-130

Brandberg Y., Sandelin K., Erikson S., Jurell G., Liljegren A., Lindblom A., Lindèn A, Wachenfeldt A., Wickman M. & Arver B., (2008), *Psychological Reactions, Quality of Life, and Body Image After Bilateral Prophylactic Mastectomy in Women At High Risk for Breast Cancer: A Prospective 1- Year Follow-Up Study*, Journal of clinical oncology, doi: 10.1200/JCO.2007.13.9568

Buckman, Dr. R. (2002). Behandling og pleie I: Alt du trenger å vite om brystkreft. Oslo: Notabene Forlag AS: 34-54

Cesnik V. M. & Santos M. A., (2012), *Do the physical discomforts from breast cancer treatments affect the sexuality of women who underwant mastectomy*, Revista da Escola de Enrermagem da UPS, doi: dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000400031

Christie K. M., Meyerowitz B. E. & Maly R. C., (2011) – *Depression and Sexual Adjustment Following Breast Cancer in Low-income Hispanic and non-Hispanic White women*, Psychooncology, doi: 10.1002/pon.1661

Cordero M. J. A., Villar N. M., Sanchez M. N., Pimentel-Remferez M. L., Garcia-Rillo A. & Valverde E. G., (2014), *Breast cancer and body image as a prognostic factor of depression: a case study in México City*, Nutricion Hospitalaria, doi:10.3305/nh.2015.31.1.7863

Dahl, A. A. & Grov, E. K. (2014) Komorbiditet. I: Dahl, A. A., Aarre T. F. & Loge J. H. Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom – Symptomer, diagnostikk og behandling. 1. utg. Oslo:

Capelendamm AS: 293-309

- Dahl, A. A & Sørensen, T. (2016). Kroppsbildet I: *Kreftsykdom – psykologiske og sosiale perspektiver*. 1. utg, Oslo: Cappelen Damm: 211-231
- Dahl, A. A & Sørensen, T. (2016). Seksualitet. I: *Kreftsykdom – psykologiske og sosiale perspektiver*. 1. utg, Oslo: Cappelen Damm: 232-253
- Dahl, A. A. & Sørensen, T. (2016). Sårbarheten for psykiske reaksjoner. I: *Kreftsykdom – psykologiske og sosiale perspektiver*. 1. utg, Oslo: Cappelen Damm AS: 57-79
- Dahl, A. A., Borgheim, R. G. & Borg, T. (2009). Problemer med seksualitet og fruktbarhet. I: Fosså, S. D., Loge, J. H. & Dahl, A. A. *Kreftoverlevende – ny kunnskap om nye muligheter i et langtidsperspektiv*. 1.utg, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS: 136-153
- Dalland, O. (2010). Etske overveielser og personvern. I: *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4. utg. Oslo: Gyldendal norsk forlag AS: .234-255
- Dalland, O. (2010). Gangen i en undersøkelse – hvordan gjør vi det? I: *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4. utg. Oslo: Gyldendal norsk forlag AS: 100-129
- Dalland, O. (2010). Kildebruk og kildekritikk. I: *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4. utg. Oslo: Gyldendal norsk forlag AS: 62-81
- Eide & Eide (2010). Informerende ferdigheter. I: *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag: 292-308
- Erikson M. G. (2010). Riktig kildebruk – Kunsten å referere og sitere. 1. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Fallbjørk U., Salander P. & Rasmussen B. H., (2011), *From «No Big Deal» to «Losing Oneself»*, Cancer Nursing, doi: 10.1097/NCC.0b013e31823528fb
- Forskningsetikkløven (2006). *Lov om behandling av etikk og redelighet i forskning (forskningsetikkløven)*. Nedlastet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2006-06-30-56?q=forskning>. [Lesedato: 25.04.16]
- Gamnes S. (2011). Nærhet og seksualitet I: Kristoffersen N. J., Nordtvedt F. & Skaug E. A., *Grunnleggende sykepleie bind 3*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS: 72-104
- Gjertsen, T. (2010). Sykepleieutfordringer ved brystkreft. I: Reitan, A. M. & Schjølberg, T. K., *Kreftsykepleie: Pasient – utfordring – handling*. 3. utg, Oslo: Akribe Forlag AS: 440-447
- Harirchi I., Montazeri A., Bidokhti F. Z., Mamishi N. & Zendehdel K., (2012), *Sexual function in breast cancer patients: a prospective study from Iran*, Journal of Experimental & Clinical Cancer Research, doi: 10.1186/1756-9966-31-20

- Holmberg S. K., Scott L. L., Alexy W. & Fife B. L., (2000), *Relationship Issues of Women With Breast Cancer*, *Cancer Nurs.* 24(1): 53-60
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Selvbilde I: Helt – Ikke stykkevis og delt – Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. 7.utg, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS: 133-151
- Jankowska, M. (2013). *Sexual functioning in young women in the context of breast cancer treatment*, *Clinical Psychology Unit*, doi: dx.doi.org/10.1016/j.rpor.2013.04.032
- Kreftregisteret (2014) *Brystkreft*, Nedlastet fra: <http://www.kreftregisteret.no/no/Generelt/Fakta-om-kreft-test/Brystkreft-Alt2/> [Lesedato: 28.04.16]
- Kroman, N. (2013). *Brystkræft, I: Johansen C. Kræft – Senfølger og rehabilitering*, 1.utg, København: Hans Reitzels Forlag AS: 15-28
- Kåresen, R. & Wist, E. (2012). *Svulster i mamma. I: Kreftsykdommer – en basisbok for helsepersonell*. 4.utg. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS: 316-339
- Lam W. T., Li W. Y., Bonanno G. A., Mancini A. D., Chan M., Or A. & Fielding R., (2011), *Trajectories of body image and sexuality during the first year following diagnosis of breast cancer and their relationship to 6 years psychological outcomes*, *Breast Cancer Res Treat*, doi: 10.1007/s10549-011-1798-2
- Loge, J. H. (2009). *Fatigue og depresjon. I: Fosså, S. D., Loge, J. H. & Dahl, A. A. Kreftoverlevende – ny kunnskap om nye muligheter i et langtidsperspektiv*. 1.utg, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS: 97-112
- Loge, J. H. (2014) *Kreftsykdommer I: Dahl A. A., Aarre T. F. & Loge J. H. Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom – Symptomer, diagnostikk og behandling*. 1 utg, Oslo: Cappelen Damm AS: 632-649
- Manganiello A., Hoga L. A. K., Reberte 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*, doi: 10.1016/j.ejon.2010.07.008
- Molven, O. (2014). *Medvirkning og informasjon, I: Sykepleie og jus* 4. utg. Oslo: Gyldendal norsk forlag AS: 157-168
- Perez M., Liu Y., Schootman M., Aft R. L., Schechtman K. B., Gillanders W. E. & Jeffe D. B., (2010), *Changes in sexual problems over time in women with and without early-stage breast cancer, Menopause*, doi: 10.1097/gme.0b013e3181d5dd26
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2012). *Foundations of nursing research I: Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 9th ed. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health: 3-24

- Safarinejad M. R., Shafiei N. & Safarinejad S., (2012), *Quality of life and sexual functioning in young women with early-stage breast cancer 1 year after lumpectomy*, *Psycho-Oncology*, doi: 10.1002/pon.3130
- Schlichting E. (2012). Sykdommer i brystene I: Ørn, S., Mjell, J. & Gansmo, E. B. *Sykdom og behandling.*, 1 utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS: 431-441
- Schjølberg, T. K. (2010). Endret kroppsbildet. I: Reitan, A. M. & Schjølberg, T. K., *Kreftsykepleie: Pasient – utfordring – handling.* 3. utg, Oslo: Akribe Forlag AS: 131-141
- Solvoll, B. A. (2011). Identitet og egenverd I: Kristoffersen N. J., Nordtvedt F. & Skaug E. A. *Grunnleggende sykepleie bind 3.* 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS: 16-39
- Sørensen, E. M. & Almås, H. (2011). Sykepleie ved brystkreft I: Almås, H., Stubberud, D. G. & Grønseth, R. *Klinisk sykepleie 2,* 4. utg, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS: 439-452
- Ussher J. M., Perz J. & Gilbert E., (2011), *Changes to Sexual Well-Being and Intimacy After Breast Cancer*, *Cancer Nursing*, doi: 10.1097/NCC.0b013e3182395401
- Ussher J. M., Perz J. & Gilbert E., (2012), *Information needs associated with changes to sexual well-being after breast cancer*, *Journal of Advanced Nursing*, doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06010.x
- Vieira E. M., Santos D. B., Santos M. A. & Giami A., (2014), *Experience of sexuality after breast cancer: a qualitative study with women in rehabilitation*, *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, doi: 10.1590/0104-1169.3258.2431
- Wang F., Chen F., Huo X., Xu R., Wu L., Wang J. & Lu C., (2013), *A neglected issue on sexual well-being following Breast cancer diagnosis and treatment among chinese women*, *Public Library of Science*, doi: 10.1371/journal.pone.0074473
- Wist, E. (2010). Brystkreft. I: Reitan, A. M. & Schjølberg, T. K., *Kreftsykepleie: Pasient – utfordring – handling.* 3. utg, Oslo: Akribe Forlag AS: 431-438
- Quintard, B., Aymery, C., Lakdja, F. & Labe-Lagardère, H. (2014) Factors predicting sexual functioning in patients 3 months after surgical procedures for breast cancer: The role of the Sense of Coherence, *European Journal of Oncology Nursing*, doi: dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2013.09.008
- Øverlie I., (2014). Kvinnesykdommer og svangerskap I: Dahl A. A., Aarre T. F. & Loge J. H. *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom – Symptomer, diagnostikk og behandling.* 1 utg, Oslo: Cappelen Damm AS: 574-586

Vedlegg 1.

Tabell 3. tabellen viser forfattere, år, tittel, tidsskrifter, land, studiens hensikt, design og intervensjon, deltakere, hovedresultat og kommentar i forhold til kvalitet.

Artikkel 1: From «No Big Deal» to «Losing Oneself» - Different Meanings of Mastectomy

Forfattere Tidsskrift Tittel år og land	Studiens hensikt	Design intervensjon Instrument	Deltakelse bortfall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
Fallbjørk U. et al. (2011) Sverige Cancer Nursing	Målet med denne studien var å beskrive hvordan kvinner som hadde mistet et bryst på grunn av brystkreft forteller sin innvirkning på deres liv og i denne sammenheng å forstå deres refleksjoner om rekonstruksjon	Blandet metode: Kvalitativ og kvantitativ Spørreundersøkelse og tematisk narrativ-intervju over telefon	149 ble invitert, 126 kvinner deltok, 15 kvinner deltok i intervju og 1 bortfall	Tre forskjellige fortellinger ble identifisert. I den første ble mastektomi sett på som «ikke så farlig», den andre ble det sammenliknet med «å miste seg selv» og den tredje var en blanding mellom de to første.	Godkjent av etisk komite Faculty of Medicine, Umeå University

Artikkel 2: Information needs associated with changes to sexual well-being after breast cancer

Forfattere Tidsskrift Tittel år og land	Studiens hensikt	Design intervensjon instrument	Deltakelse bortfall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
--	-----------------------------	---	--------------------------------	----------------------	---

Ussher et. al. (2012) Australia Journal of Advanced Nursing	Å undersøke behov for informasjon angående seksualitet. Opplevelser av å innhente slik informasjon, og kommunikasjon om seksualitet med helsepersonell, etter brystkreft.	Blandet metode: Både kvalitativ og kvantitativ	2210 som ble tatt med, men 1965 som besvarte alle spørsmål. Bortfall: 245 Antall deltakere som fullførte 1965	De fleste av deltakerne følte at de manglet informasjon om forandringene, og opplevde forandringer i seksuell velvære.	Etisk godkjent av University Human committee
--	---	--	---	--	--

Artikkel 3: Changes to sexual well-being and intimacy after breast cancer

Forfattere Tidsskrift Tittel år og land	Studiens hensikt	Design intervensjon instrument	Deltakelse bortfall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
Ussher et al. (2011) Australia Cancer Nursing	Målet med denne studie var å undersøke om endringer i seksuell velvære og intime relasjoner hos personer som har opplevd brystkreft.	Blandet metode: Både kvalitativ og kvantitativ	2210 deltakere, 1965 som besvarte alle spørsmål. Bortfall: 245 Antall deltakere som fullførte: 1965	Seksuell trivsel er sentrale for psykisk velvære og livskvalitet. Mange rapporterte plager med kroppsbilde, psykiske plager, tretthet, smerter, følte seg lite feminin og fysiske forandringer.	Etisk godkjent av University Human Committee

Artikkel 4: Relationship issues of women with breast cancer

Forfattere Tidsskrift Tittel år og land	Studiens hensikt	Design intervensjon instrument	Deltakelse Bortfall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
Holmberg et. al. (2000) Philodelphia Cancer Nursing	Studien fokuserte på to brede dimensjoner av sosialt velvære og relasjoner berørt av brystkreft for både partner og single kvinner	Kvalitativ metode	10 kvinner og 5 menn deltok	Det ble gjort 4 store funn: 1: partners relasjoner var plaget før diagnose. 2: Partnere forsøkte på å beskytte hverandre. 3: Kvinner uten partner, mer utsatt for problemer med negativ justering. 4: Deltakerne bekrefter for omfattende inngrep for å takle problemer i forhold til relasjon, intimitet og seksualitet.	Ingen formell godkjenning av etisk komite. Artikkelen er anonymisert.

--	--	--	--	--	--

Artikkel 5: A neglected issue on sexual well-being following breast cancer diagnosis and treatment among chinese women

Forfattere Tidsskrift Tittel år og land	Studiens hensikt	Design intervensjon instrument	Deltakelse bortfall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
Wang et al. (2013) Kina Public Library of Science	Målene med studien var å evaluere endringer i seksuell trivsel etter brystkreft, for å få kjennskap til kropp og kunnskap knyttet til brystkreft og seksualitet, og å gi nødvendig informasjon for å i gang sette fremtidige tiltak som kan bidra til å forbedre kvaliteten av livet til brystkreftpasienter.	Kvalitative og kvantitative	Kvantitative var det 200. Og kvalitative var det 20 kvinner ble invitert	Resultater fra den kvantitative undersøkelsen videre støttet funnene fra den kvalitative analysen, der endringer i seksuell trivsel var vanlig etter kreftdiagnose og behandling, og det var et stort problem blant kinesiske kvinner.	The Institutional Review Board of Nanjing Medical University godkjente studien.

Artikkel 6: Experience of sexuality after breast cancer: A qualitative study with women in rehabilitation

Forfattere Tidsskrift Tittel	Studiens hensikt	Design intervensjon instrument	Deltakelse bortfall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet

år og land					
Vieira et al. (2014) Brasil Revista Latino-Americana de Enfermagem.	Å forstå de psykososiale og kulturelle konsekvenser av brystkreft og dens behandling på seksualitet for kvinner.	Kvalitativ studie	23 kvinner deltok	Hver kategori er relatert til et seksuelt punkt. Seksuell tiltrekning og seksualitet ble fremhevet. Det ble fokusert på kommunikasjon om seksualitet etablert med partner og helsepersonell. Det ble rapportert om både bedring, ingen endring og forverring av det seksuelle liv etter kreft ble diagnostisert	Offentlig godkjent av en etisk komite: Research ethics committee, National Health Council. Signerte skriftlig samtykke, og studien er anonymisert.

Artikkel 7: Factors predicting sexual functioning in patients 3 months after surgical procedures for breast cancer: the role of the sense of coherence.

Forfattere Tidsskrift Tittel år og land	Studiens hensikt	Design intervensjon instrument	Deltakelse bortfall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
Quintard et. al. (2014) Frankrike	Målet med denne studie var å vurdere seksuell funksjon 3 mnd etter kirurgiske inngrep for brystkreft.	Kvalitativ	100 deltakere ble invitert. 87 kvinner deltar.	Pasienter med brystkreft synes og oppleve betydelig problemer i	Godkjent av lokal forskningsetisk komite og samtykke ble

European Journal of Oncology Nursing	Undersøker også nytten av skjønnhetsbehandling som indikator for seksuell funksjon.		Bortfall: 13	seksuell aktivitet 3 mnd etter operasjon. Halvparten av dem erklærte ingen seksuell aktivitet og 42% hadde ingen interesse for sex.	innhentet fra alle deltakerne.
--------------------------------------	---	--	--------------	---	--------------------------------

Artikkel 8: Quality of life and sexual functioning in young women with early-stage breast cancer 1 year after lumpectomy.

Forfattere Tidsskrift Tittel år og land	Studiens hensikt	Design intervensjon instrument	Deltakelse bortfall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
Safarinejad et. al. (2012) Iran Psycho Oncology	Målet var å evaluere seksuell funksjon, livskvalitet og selvfølelse hos unge kvinner med tidlig stadium av brystkreft.	Kvantitativ	236 ble kontaktet, og 186 kvinner deltok Bortfall: 50	Over halvparten av deltakerne opplevde vaginal tørrhet som lidelse. Mange hadde problemer med tilfredsstillelse, og litt under halvparten hadde problemer med opphisselse. Hormonpasienter rapporterte mer seksuelle dysfunksjoner.	Medical Ethics committee godkjente studien

Artikkel 9: Sexuality and quality of life of breast cancer patients post mastectomy.

Forfattere Tidsskrift Tittel år og land	Studiens hensikt	Design intervensjon instrument	Deltakelse bortfall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
Manganiello et.al. (2011) Brasil European Journal of Oncology	Evaluering av seksualitet for brystkreftpasienter med fokus på mastektomi og livskvalitet.	Kvantitativ spørreundersøkelse	Spørreundersøkelse 100 kvinner inkludert i studien	Effekten på seksualitet etter mastektomi bør utredes. Seksualiteten var bedre blant kvinner som gjennomgikk brystrekonstruksjon. Sykepleierne må tilby konkret og meningsfull støtte og informasjon rundt seksualitet for brystkreftpasienter.	Offentlig godkjent av etisk komite: Faculty of Medicine of University of São Paulo. Signerte skriftlig

Artikkel 10: Sexual function in breast cancer patients: a prospective study from Iran.

Forfattere Tidsskrift Tittel	Studiens hensikt	Design intervensjon instrument	Deltakelse bortfall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
---	-----------------------------	---	--------------------------------	----------------------	---

år og land					
Harirchi et al. (2012) Iran Journal of Experimental & Clinical Cancer Research	Som mål å vurdere seksuell funksjon blant iranske brystkreftpasienter.	Kvantitativ.	277 var tilgjengelige, der 231 deltakere ble med i studien. Bortfall: 46	Seksuell funksjon over tid ble dårligere. Yngre alder, endokrin behandling og dårlig seksuell funksjon ved diagnose, var de viktigste funnene til seksuell lidelse etter behandling.	Godkjent av etisk komite: Tehran University of Medical Sciences

Artikkel 11. Psychological reactions, quality of life, and body image after bilateral prophylactic mastectomy in women at high risk for breast cancer: a prospective 1-year follow-up study.

Forfatter	Studiens hensikt	Design	Deltakelse	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
Tidsskrift		Intervensjon	Bortfall		
Tittel		Instrument			
År og land					
Brandber et al. (2008) Sverige	Å evaluere kroppsbilde, seksualitet, følelsesmessige reaksjoner(angst,depresjon), livskvalitet hos kvinner som har økt risiko for brystkreft. Og ett år etter diagnose.	Kvantitativ	98 deltakere 90 ble inkludert Bortfall: 8	En betydelig andel av kvinnene rapporterte problemer med kroppsbilde 1 år etter operasjon.	Etisk Godkjent av local ethics committee at the Karolinska University Hospital.

Journal of clinical oncology				Seksuell nytelse ble lavere etter operasjon enn sammenlignet med før.	
------------------------------	--	--	--	---	--

Artikkel 12: Depression and sexual adjustment following breast cancer in low-income hispanic and non.hispanic white women

Forfattere Tidsskrift Tittel År og land	Studiens hensikt	Disign Intervensjon Instrument	Deltakelse Bortfall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
Cristie et al. (2011) California Psycho Oncology	Depresjon og seksuell erfaring etter brystkreft i lavinntekts spanske og ikke-spanske hvite kvinner. Brystkreft er den vanligste typen kreft hos spanske kvinner. Det fokuseres på overlevende, seksuell funksjon, kroppsbilde og depresjon.	Kvantitativ	677 deltakere. 425 Spanske og 252 ikke Spanske.	Kvinner som hadde operert mastektomi hadde større bekymring for kroppsbilde enn kvinner som gjennomgikk brystbevarende kirurgi. Spanske kvinner rapporterte at de klarte å slappe av og nyte sex bedre enn ikke Spanske.	Etisk godkjent av UCLA Human Subjects protection Committee and all participants provided informed consent.

Artikkel 13: Sexual dysfunction in treated breast cancer patients

Forfattere Tidsskrift Tittel År og land	Studiens hensikt	Disign Intervensjon Instrument	Deltakelse Bortfall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
Barni S. et al. 1997 Italy Division of Radiation Oncology	Studien undersøkte effekten av brystkreft terapi på kvinnens seksualitet.	Anonymt spørreskjema	50 kvinner gjennomførte	Brystkreftpasienter opplevde seksuell dysfunksjon. Det var lettere å diskutere problemene med partner i løpet av sykdommen, enn med leger eller psykologer.	Ingen formell godkjenning av etisk komite. Artikkelen er anonymisert.

Vedlegg 2.

Granskningsprotokollen som er anvendt under prosessen; utvalg og granskning.

Artikkelgranskning/vurdering

(Sjöblom & Rygg (2012),

inspirert av Hellzén, Johanson & Pejler for urval i SBU-rapport (1999).

Database :..... Dato:

Tittel:.....
.....

Forfattere:.....
.....

År:..... Tidsskrift/journal:.....

Land hvor studien ble gjennomført:.....

Type studie: Original Review Andre

Kvantitativ Kvalitativ

Nøkkelord:

.....
.....
.....
.....

Kvalitetsvurdering: Høy (I) Middels (II) Lav (III)

Kommentar/begrunnelse.....
.....
.....

Fortsatt vurdering: Ja Nei

Motivering:.....

KVALITETSVURDERING

Problemstilling/hypotese:.....
.....
.....

Type studie

Kvalitativ: Deskriptiv Intervensjon
Andre

Kvantitativ: Retrospektiv Prospektiv
Randomisert Kontrollert
Intervention Andre

Studiens omfang: Antall forsøkspersoner (N):..... Frafall (N)

Tidspunkt for studien?..... Studiens lengde.....

Betraktes: Kjønnforskjeller? Ja Nei Aldersaspekter? Ja Nei

Kvalitative studier

- Tydelig avgrensing/Problemformulering? Ja Nei
- Er perspektiv/kontekst presentert? Ja Nei
- Finns et etisk resonnement? Ja Nei
- Er utvalget relevant? Ja Nei
- Er forsøkspersonene vel beskrevet? Ja Nei
- Er metoden tydelig beskrevet? Ja Nei
- Kommuniserbarhet: Er resultatet klart beskrevet? Ja Nei
- Gyldighet: Er resultatet logisk, forståelig, i
overensstemmelse med virkeligheten, fruktbar/nyttig? Ja Nei

Kvantitative studier

Utvalg: Fremgangsmåten beskrevet Ja Nei

Representativt Ja Nei

Kontekst beskrevet Ja Nei

Frafall: Analysen beskrevet Ja Nei

Størrelsen beskrevet Ja Nei

Intervensjonen beskrevet Ja Nei

Adekvat statistisk metod Ja Nei

Hvilken statistisk metode ble brukt?

.....

.....

Etisk resonnement Ja Nei

Hvor troverdig er resultatet?

Er instrumentet -valide Ja Nei

-reliable Ja Nei

Er resultatet generaliserbart? Ja Nei

Hovedfunn:

.....

.....

.....

.....