

Bachelorgradsoppgave

Brystkreft og seksualitet

Breast Cancer and Sexuality

Med fokus på mastektomi

Focus on mastectomy

Ingrid Arnesen

SPU 110

Bachelorgradsoppgave i sykepleie

2013

Kull 2010



Avdeling for helsefag,
Levanger

Abstrakt

Introduksjon: Brystkreft er den vanligste kreftformen blant kvinner, og forekomsten er økende. Diagnosen og behandlingen kan ha lang tids innvirkning, både fysisk og psykisk for overlevende. Mange opplever at deres seksualitet påvirkes og forandres. Kvinner som gjennomgår mastektomi opplever problemer relatert til tapet av et bryst. **Hensikt:** Hensikten med denne studien var å belyse seksualiteten til kvinner som har overlevd brystkreft, med fokus på kvinner som har gjennomgått mastektomi. **Metode:** Det ble utført en allmenn litteraturstudie, der tretten forskningsartikler ble analysert og gransket for å finne likheter og ulikheter i forskningen rundt temaet. **Resultat:** Mange kvinner opplevde problemer med seksualfunksjonen etter diagnose og behandling for brystkreft. Noen kvinner som gjennomgikk mastektomi opplevde seksuelle problemer, mens andre ikke fikk problemer på grunn av mastektomien. Noen studier fant ut at type kirurgi var uvesentlig for seksualfunksjonen etter brystkreft, men at andre faktorer var av betydning. **Diskusjon:** Resultatet fra studien ble diskutert opp mot annen relevant litteratur. **Konklusjon:** Mastektomi kunne ha både stor og liten betydning for seksualfunksjonen etter brystkreft. Andre faktorer som blant annet adjuvant behandling, kroppsbilde, parforhold, psykisk helse, alder og seksualfunksjonen før diagnosen var av større betydning. Sykepleiere og annet helsepersonell var for dårlige til å informere pasienter, og eventuelt deres partnere, om sykdommen og behandlingens innvirkning på seksualiteten.

Nøkkelord: breast neoplasms, sexuality, adult, young women, mastectomy, sexual dysfunction.

Innholdsfortegnelse

Abstrakt	
1.0 Introduksjon.....	1
1.1 Om brystkreft.....	1
1.2 Brystkreft og seksualitet	2
1.3 Hensikten med studiet.....	3
1.4 Betydningen av studiet i en sykepleiesammenheng	4
2.0 Metode	5
2.1 Litteratursøk.....	5
2.1.1 Brukte databaser og søkeord	5
2.1.2 Utvelging av forskningsartikler	5
2.1.3 Inklusjon og eksklusjonskriterier	5
2.1.4 Vurdering av forskningsartiklene og tekstanalyse.....	6
2.1.5 Etske overveielser	7
3.0 Resultat	8
3.1 Behandlingens effekt på seksualiteten.....	8
3.1.1 Mastektomi.....	8
3.1.2 Adjuvant behandling og dens innvirkning på seksualiteten	10
3.2 Forhold til partner.....	11
3.3 Livskvalitet, kroppsbilde og seksualitet	12
3.4 Betydningen av informasjon og kommunikasjon	13
4.0 Diskusjon.....	15
4.1 Resultatdiskusjon	15
4.1.1 Type kirurgi og brystrekonstruksjon.....	15
4.1.2 Adjuvant behandling og dens innvirkning på seksualiteten.....	17
4.1.3 Betydningen av parforholdet	18
4.1.4 Livskvalitet, endret kroppsbilde og seksualitet	20
4.1.5 Informasjon, kommunikasjon og helsepersonellens rolle	21
4.2 Praktisk betydning av litteraturstudien	23
4.3 Metodediskusjon	23
4.3.1 Fordeler med studien	23
4.3.2 Litteraturstudiens begrensninger	24
5.0 Konklusjon	26
Referanseliste.....	27
Vedlegg 1: Oversikt over søkestrategier	
Vedlegg 2: Vurderingsskjema for forskningsartikler	
Vedlegg 3: Oversikt over inkluderte artikler	
Vedlegg 4: Tabell – eksempel på subkategorier og kategorier	

1.0 Introduksjon

1.1 Om brystkreft

Brystkreft, *cancer mammae*, er en ondartet svulst i brystkjertelen. Det er den vanligste formen for kreft hos kvinner, både i Norge og internasjonalt. Antallet som overlever har økt de siste årene, men likevel dør ca. hver fjerde pasient av sykdommen. I Norge oppdages det årlig ca. 2800 nye tilfeller. Hovedsakelig rammes kvinner som er over 50 år, og ca. 70 % av tilfellene forekommer i denne aldersgruppen. Kun 5,6 % av de som rammes er under 40 år. Brystkreft representerer en stor belastning for pasienten, pårørende og helsevesenet. På grunn av sykdommens høye insidens, er den i dag den kreftformen det forskes mest på (Sørensen og Almås 2010).

Forekomsten av brystkreft øker generelt, men mest i velutviklede land. Det kjennes til en del disponerende faktorer, blant annet tidlig menarke og sen menopause, at man er over gjennomsnittet høy, høyt alkoholinntak og overvekt (Blomhoff 2006, Sørensen og Almås 2010). De fleste tilfellene av brystkreft er spontant oppstått kreft, og bare 5-10 % antas å være arvelig (Kåresen og Wist 2006). Det er i hovedsak kvinner med førstegradsslektninger, altså foreldre eller søsken, som har brystkreft, som har økt risiko for å utvikle sykdommen. Noen gener har vist seg å være assosiert med utvikling av brystkreft. Genene BRCA1 og BRCA2 er mest kjent og er årsak til ca. 2 % av all brystkreft i vestlige land. Pasienter som får påvist BRCA-gener har 80 % risiko for å utvikle sykdommen (Jacobsen m.fl. 2010).

Det kan være svært få symptomer på et tidlig stadium. Kvinnen oppdager ofte tilfeldig en kul, for eksempel når hun vasker seg. Symptomer som tyngdefornemmelse, moderate smerter og blodig sekresjon fra brystvorten kan oppstå på senere stadier. Brystet kan bli asymmetrisk og brystvorten inndratt, og svulsten kan feste seg til huden (Jacobsen m.fl. 2010). Rygg- og beinsmerter, tungpusthet, og kvalme og ubehag kan være tegn på spredning (Sørensen og Almås 2010).

I Norge blir all behandling for brystkreft fulgt etter retningslinjer utarbeidet av Norsk brystkreftgruppe, NBCG. Gruppen består av onkologer og kirurger fra flere sykehus, som to ganger i året oppdaterer behandlingen ut i fra all ny forskning som er gjort på verdensbasis. Kirurgi er den viktigste behandlingsformen, enten alene eller i kombinasjon med kjemoterapi, strålebehandling og hormonbehandling. Brystbevarende kirurgi kan trygt gjøres dersom svulsten er mindre enn 4 cm i diameter, og hvis det ikke er flere svulster i brystet. Kvinnen får beholde brystet, men må gjennom postoperativ strålebehandling for å redusere risikoen for tilbakefall av kreft i det opererte brystet. Ved mastektomi fjernes hele brystkjertelen (Sørensen og Almås 2010).

1.2 Brystkreft og seksualitet

«Et bryst er for en kvinne ikke bare et 'symbol på kvinnelighet', ei heller bare et morsorgan. Et bryst er også en meget viktig del av følelseslivet. Skjæres det i det, skjæres det direkte inn i dette følelsesliv, i det mest elementære psykiske og erotiske» (Sørensen og Almås 2010, s. 441).

Brystkreft påvirker en kvinnes seksualitet og kroppsbilde. Seksualitet er en dyp, gjennomtrengende, og integrert del av mennesket. Den finnes i alle interaksjoner og sammenhenger, og relateres direkte til vår trivsel og oppfattelse av oss selv som seksuelle vesener. Seksualitet er et konsept som ikke kan skilles fra helsen. Det er sentralt i en persons følelse av velvære og selvbylde. Kroppsbilde er også et integrert konsept til seksuell helse. Kroppsbilde er et mentalt bilde av det fysiske selv. Det inkluderer holdninger og oppfatninger om ens fysiske utseende, helsetilstand, evner og seksualitet (Sheppard og Ely 2008).

Diagnosen og behandlingen av brystkreft kan ha lang tids innvirkning, både fysisk og psykisk for kvinner (Davis m.fl. 2010). De fleste pasientene tilpasser seg situasjonen, men psykiske plager som angst og depresjon er vanlig hos 20-30 %. Det tar lang tid å akseptere seg selv på nytt og at man har hatt kreft. Mange er deprimerte og engstelige lenge etter operasjonen. De frykter for tilbakefall av sykdommen. I tillegg er arret en konstant påminning om sykdommen. Kroppslige plager og en forandret kropp kan gi negative konsekvenser for kvinnens selvbylde og livsutfoldelse, blant annet seksuallivet (Sørensen og Almås 2010). Brystkreftrammede kvinner opplever ofte mange negative emosjonelle forandringer som et resultat av forandringer i deres seksualitet. Disse er blant annet frykt for å miste fertiliteten, negativt kroppsbilde, følelsen av å være lite seksuelt attraktiv, tap av feminitet, og endringer i seksuell selvtillit. Seksualiteten blir også påvirket av tolkningen av hva som er «normal» seksualitet og feminitet, og om kvinnen har en partner eller ikke (Emilee m.fl. 2010).

Kreften kan påvirke livskvaliteten i mange dimensjoner, inkludert det fysiske, psykososiale, funksjonelle, sosiale og seksuelle. Det virker som langtidsvirkningen på den seksuelle livskvaliteten avhenger av pasientens alder og andre aspekter av behandlingen. Yngre kvinner har ofte mer problemer med forandret kroppsbilde, forandring i forplantningsevnen, og endret seksualfunksjon, særlig hvis de tillegger brystet høy verdi, eller hvis de har tidlig menopausale hormonforandringer (Henson 2002).

Blant vestlige kvinner, kan forstyrrelser i seksualfunksjonen etter diagnose og behandling for brystkreft, være blant annet: dyspareuni, fatigue, vaginal tørrhet, redusert seksuell interesse eller lyst, redusert seksuell opphisselse, nummenhet i tidligere følsomme bryst, vanskeligheter med å oppnå orgasme, og mangel på seksuell nytelse. I ikke-vestlige kulturer har det blitt funnet liknende

resultater: redusert seksuell lyst og orgasme, vaginal tørrhet, dyspareuni, redusert seksuell aktivitet, forverrelse av det seksuelle forholdet, mindre interesse for sin partner, og seksuell misnøye. Dette tyder på at diagnosen og ettervirkningene av behandlingen for brystkreft, ikke trenger å påvirkes nevneverdig av kulturforskjeller (Emilee m.fl. 2010).

En kvinnes bryst er ofte en veldig viktig del av dem selv, og for kvinner som gjennomgår mastektomi blir det å ha kun et bryst ofte assosiert med å være en «halv kvinne» (Emilee m.fl. 2010). Det viser seg også at mastektomi kan forårsake signifikant psykologisk, sosial og seksuell morbiditet (Al-Ghazal m.fl. 2000). Mastektomi assosieres også med større kroppsbildeproblemer, og med større problemer med seksuell interesse, sammenliknet med de som ikke gjennomgår denne typen kirurgi (Avis m.fl. 2004).

Problemer knyttet til seksualitet er særlig relevant i kreftomsorg. Dette er fordi de vanlige behandlingsformene for kreft, som kirurgi, kjemoterapi, strålebehandling, hormonbehandling og/eller biologiske responser kan påvirke seksualiteten. Selv om seksualitet er identifisert som et viktig aspekt i pasientomsorgen i sykepleielitteraturen, antydes det at sykepleiere ofte ikke utfører denne rollen tilstrekkelig i praksis. Sykepleiere ser ofte ikke seksualitet som en viktig del av deres sykepleierolle. Sykepleiere unngår også temaet på grunn av manglende erfaring, mangelfull utdanning, tidsmangel, mangel på private steder for å diskutere temaet, eller av frykt for å gjøre noe feil eller fornærme noen (Lavin og Hyde 2006).

Selv om alle former for kreftsykdom påvirker seksualiteten, har brystkreft en del unike konsekvenser. Dette er fordi brystet blir sett på som en viktig del av kvinnens seksualitet, og på grunn av dets rolle som en kilde for erotisk tilfredsstillelse og stimulans. Dette foreslår at helsepersonell må være spesielt oppmerksom på konsekvensene brystkreft har for en kvinnes kroppsbilde og seksualitet, samt konsekvensene det har for kvinnenenes eventuelle partnere (Emilee m.fl. 2010).

Seksualitet som et aspekt av sykepleieomsorg har imidlertid fått økt fokus de siste tiår, i tråd med utviklingen av holistisk sykepleie (Lavin og Hyde 2006).

1.3 Hensikten med studiet

Hensikten med dette studiet er å belyse seksualiteten til kvinner som har overlevd brystkreft, med fokus på kvinner som har gjennomgått mastektomi.

Denne litteraturstudien har et fokus på pasientene, og deres opplevelser rundt brystkreft og behandling, og innvirkningen dette har på deres seksualitet. Gjennom pasienterfaringene kommer

det frem hvordan sykepleieren best mulig kan hjelpe brystkreftoverlevende til å mestre tapet av et bryst, og forandringer i seksualiteten etter diagnose og behandling.

1.4 Betydningen av studiet i en sykepleiesammenheng

Brystkreft og seksualitet har stor aktualitet i sykepleiefaget siden sykdommen er den vanligste kreftformen blant kvinner, og siden insidensen er økende. Antall kvinner som overlever sykdommen har økt, og derfor sitter mange igjen etter endt behandling med et forandret kroppsbilde, og en forandret seksualitet. De forskjellige behandlingsformene for kreft har innvirkning på seksualfunksjonen. Det viser seg at mastektomi kan ha innvirkning på en kvinnes psykiske velvære, kroppsbilde og seksualitet. En kvinnes bryst blir sett på som en viktig del av en hennes seksualitet. Derfor er dette aspektet av behandling for brystkreft relevant å undersøke. Mange brystkreftrammede kvinner får også depresjon og angst. Alle disse aspektene ved sykdommen påvirker kvinnenenes livskvalitet og seksualitet. Siden seksualiteten har stor betydning for livskvaliteten, er det essensielt at temaet belyses og diskuteres fremfor at det ignoreres. Det er viktig at sykepleieren har kunnskap om temaet, og innehar kompetanse og ferdigheter til å møte situasjoner i praksis hvor seksualitet er et viktig aspekt av pasientomsorgen.

2.0 Metode

2.1 Litteratursøk

Det har blitt gjort en allmenn litteraturstudie i denne studien. En allmenn litteraturstudie kan betegnes som en litteraturoversikt, litteraturgjennomgang eller en forskningsoversikt. Formålet med en slik litteraturstudie kan være å beskrive kunnskap rundt et bestemt tema. I en allmenn litteraturstudie blir utvalgte studier beskrevet og analysert, men sjelden på en systematisk måte. I slike litteraturstudier der det ikke blir gjort en kvalitetsbedømming av inkluderte artikler, er risikoen stor for at feilaktige slutninger blir tatt (Forsberg og Wengström 2013).

Når det ble søkt etter artikler, ble det brukt relevante søkeord i ulike databaser. Overskriftene på artiklene ble lest, og hvis de virket relevante ble abstraktet lest. Om artikkelen virket interessant og relevant, ble den lest i sin helhet for vurdering og granskning. Artiklene ble sammenliknet for å finne likheter og ulikheter.

2.1.1 Brukte databaser og søkeord

Søkeordene som ble brukt i søket etter forskningsartikler: breast cancer, sexuality, adult, young women, mastectomy, sexual dysfunction(s), psychological sexual dysfunction (s), female sexual dysfunction, clinical nursing, nursing care, nursing research.

Databaser som ble brukt var Medline og Cinahl. En oversikt over søkene finnes som tabell i vedlegg 1.

2.1.2 Utvelging av forskningsartikler

Artiklene som ble lest i sin helhet ble vurdert for sin relevans og tilknytning til temaet og hensikten i litteraturstudien. Artiklene som var relevante ble valgt ut, mens de som var mindre relevante eller hadde dårlig kvalitet, ble utelatt. Etter litteratursøket ble tretten artikler inkludert i resultatdelen. Det var elleve kvantitative og to kvalitative forskningsartikler.

2.1.3 Inklusjon og eksklusjonskriterier

I et søk ble det gjort avgrensninger for årstall 2005-2013 (vedlegg 1, tabell 4). Ved andre søk ble det ikke gjort avgrensninger på årstall, men artikler som var eldre enn år 2000 ble ekskludert for videre vurdering. I studiens resultatdel ble det valgt artikler fra 2005 eller senere, med unntak av to artikler fra år 2000 og 2001. Disse artiklene ble inkludert i resultatet fordi de ble ansett som interessante og relevante for temaet, selv om forskningen ble gjort en tid tilbake. Artiklene som er valgt ut er skrevet på engelsk, og er i hovedsak fra vestlig kultur, som kan relateres til Norge. Unntaket er tre artikler fra Japan, Kina og Brasil. Selv om disse artiklene har gjort forskning i ikke-vestlige land, ble de inkludert på grunn av deres relevans for temaet. Det ble kun fokusert på resultatet, og eventuelle

kulturforskjeller ble ikke presentert og diskutert. Dette var fordi studiens omfang ville blitt for stor. Kun disse tre artiklene fra ikke-vestlig kultur ble inkludert. Artikler som fokuserte på kvinner med en annen seksuell legning enn heteroseksuell, ble også utelatt for å begrense omfanget av studien.

Artiklene som ble inkludert i studien gjorde undersøkelsene på forskjellige tidspunkt etter diagnose og behandling for brystkreft. Noen gjorde undersøkelsene like etter kirurgien eller i løpet av det første året, mens andre gjorde langtidsundersøkelser over flere år etterpå. Disse artiklene ble inkludert for å få et innsyn i om tid hadde betydning for tilpasningen etter overlevelse fra brystkreft. I tillegg var det utfordrende å finne nok forskningsartikler som tok utgangspunkt i studier fra samme tidsramme.

Det er ikke gjort avgrensninger i forhold til alder, fordi brystkreft er sjeldent blant yngre kvinner, og mest vanlig blant kvinner som er 50 år eller eldre. Det er tatt med noen resultater fra forskning på yngre kvinner, og noen resultat med forskning på eldre. Det er for å kunne sammenlikne og eventuelt finne forskjeller blant aldersgrupper.

2.1.4 Vurdering av forskningsartiklene og tekstanalyse

Artiklene som ble valgt for å leses i sin helhet ble kritisk vurdert og gransket opp i mot hensikten. Vurderingen ble foretatt ved hjelp av et vurderingsskjema for forskningsartikler (se vedlegg 2). Her ble kvaliteten på artiklene vurdert, og hovedfunnene skrevet ned. I denne fasen ble artikler som ikke var relevante nok, eller som hadde for dårlig kvalitet, ekskludert. Forskningsartikler som skulle brukes i studien ble valgt ut og bedømt kritisk. Etter at kvalitetsbedømmingen var gjennomført, ble informasjonen overført i oversiktstabeller (se vedlegg 3).

Etter at alle artiklene til resultatdelen var funnet og lest igjennom, ble tekstanalysen gjort for å finne forskjeller og likheter med forskningen. Tekstanalysen ble inspirert av punktene i innholdsanalysen til Granheim og Lundman (2004). Analysen ble gjort i tre trinn. Først ble meningsenhetene i artiklene identifisert. Meningsenheter vil si ord, setninger, eller avsnitt som inneholder aspekter som relater til hverandre gjennom deres innhold og kontekst. Disse meningsenhetene ble skrevet ned på et stort ark. Deretter ble likheter og ulikheter funnet ved å trekke fargekoder mellom hva som var likt og ulikt. Dette ble gjort for å oppnå oversikt over analysens funn, og for å finne mønster i resultatet. Videre ble meningsenhetene fordelt i subkategorier, og så i kategorier, som utgjorde innholdet. Disse kategoriene ble skrevet ned i tabeller for å få en oversikt, og de ble brukt som overskrifter i resultatdelen (se Vedlegg 4). Mange av artiklene hadde resultater som ble knyttet opp til forskjellige overskrifter (ibid).

2.1.5 Etiske overveielser

Det ble gjort etiske overveielser i litteraturstudien. Det finnes retningslinjer innenfor god medisinsk forskning, og juks og uhederlighet får ikke forekomme. God etikk er et viktig aspekt i all vitenskapelig forskning, og det kreves at alle vitenskapelige studier er etisk overveid. Det er viktig at de vitenskapelige artiklene som brukes i denne litteraturstudien er godkjent av en etisk komité, fordi dette er et kvalitetsstempel på artiklene. Nesten alle artiklene som ble brukt i denne studien hadde skrevet at de var godkjent av en etisk komité. Noen av artiklene hadde ikke nevnt om de var godkjent eller ikke, men de var publisert i anerkjente tidsskrift som krever etisk godkjenning. Derfor ble de inkludert og ansett som etisk godkjent. I denne studien er det referert til forfatter(e) for å vise at resultatet er funnet av noen andre, og for å unngå plagiat. Alle relevante resultater er tatt med uavhengig om de støtter tidligere antagelser og resultater. Dette viktig for at forfatteren ikke påvirker resultatet med egne meninger om hva som skal presenteres (Forsberg og Wengström 2013).

3.0 Resultat

Ut i fra tekstanalysen ble følgende tema valgt ut:

- Behandlingens effekt på seksualiteten, med underkapitlene: mastektomi, og adjuvant behandling og dens innvirkning på seksualiteten
- Forhold til partner
- Livskvalitet, kroppsbilde og seksualitet
- Betydningen av informasjon og kommunikasjon

3.1 Behandlingens effekt på seksualiteten

Mange kvinner som har gjennomgått behandling for brystkreft opplever at de får problemer med ulike aspekter i sin seksualitet (Burwell m.fl. 2006, Den Oudsten m.fl. 2010, Panjari m.fl. 2011, Takahashi m.fl. 2008, Ussher m.fl. 2013).

Vaginal tørrhet, seksualfunksjonen før diagnosen, og følelsen av å være mindre seksuelt attraktiv forutså sterkest seksuelle problemer etter behandling for brystkreft. Følelsen av å være mindre seksuelt attraktiv kunne være et resultat av behandling med kjemoterapi, eller på grunn av et generelt negativt selvbilde. Kroppsbilde, forhold til partner eller livskvalitet var ikke relatert til seksuelle problemer (Burwell m.fl. 2006).

Kvinnene opplevde mer problemer i seksualfunksjonen sammenliknet med før de fikk diagnosen. Mange rapporterte problemer med seksuell interesse, opphisselse, vanskeligheter med å slappe av og nyte sex. De hadde vanskeligheter med å oppnå orgasme i de tidlige månedene etter kirurgien (Burwell m.fl. 2006). Liknende funn ble gjort av Speer m.fl. (2005), der brystkreftoverlevende hadde større seksuell dysfunksjon enn den gjennomsnittlige kvinnelige befolkningen. Derimot hadde de bedre seksualfunksjon enn kreftfrie kvinner som fikk terapi for seksuelle lidelser (ibid). Yngre kvinner med brystkreft sammenliknet med kvinner som ikke hadde kreft, hadde betydelig lavere seksualfunksjon på områder som interesse, lyst, opphisselse, orgasme, tilfredsstillelse og forhold til partner. De hadde større seksuelle problemer generelt. Unntaket var masturbering, hvor de rapporterte hyppigere aktivitet (Herbenick 2008). Gjennomsnittlig 23 måneder etter diagnosen opplevde mange kvinner fortsatt redusert lyst og seksuell aktivitet, og de var bekymret over dette og ønsket en bedring (Panjari m.fl. 2011).

3.1.1 Mastektomi

Det ble funnet tre ulike hovedgrupper på kvinners syn på mastektomi 4,5 år etter kirurgien (Fallbjörk m.fl. 2012). Hos noen var ikke mastektomien så farlig, hos andre ble den assosiert med følelsen av «å miste seg selv», og den siste var en mellomting mellom de to første.

I gruppen der kvinnene ikke synes det var så farlig å miste et bryst, reduserte de brystets betydning ved å se på det som en «syk» del av deres kropp som måtte fjernes. I tillegg hadde det utført sin viktigste oppgave i livet, nemlig å gi næring til deres barn. De vektla helsen som viktigere enn brystet. Rekonstruksjon var ikke aktuelt siden det å miste brystet ikke var så farlig. I tillegg beskrev de potensielle kirurgiske problemer med rekonstruksjon. Ulempene de opplevde, som å bruke protese og tildekking av arret, var overkommelige og ble mindre over tid (Fallbjörk m.fl. 2012).

Den andre gruppen var kvinner som assosierte det å miste et bryst med «å miste seg selv». Mastektomien beskrevet som en forferdelig lemlestelse av kroppen. Det ble umulig for kvinnene å se på seg selv. Kvinnene hadde alltid vært glade i brystene sine. Etter mastektomien følte de at de hadde begrensede muligheter til bekledding og alltid tenkte at de måtte skjule brystprotesene. De sluttet å gå til treningsstudio og svømmehaller fordi de ikke ville eksponere seg selv for andres blikk. Tapet av brystet betydde at de mistet sin seksualitet, og følelsen av å være seksuelt attraktiv. Disse kvinnene hadde skyldfølelse fordi de ikke var glade for å være i live. Brystrekonstruksjon var uunngåelig for dem, og var en nødvendighet for å føle seg som et helt menneske igjen (Fallbjörk m.fl. 2012).

I den tredje gruppen følte kvinnene at det å miste et bryst skadet deres feminitet. Likevel så de på seg selv som verdifulle mennesker, som kvinner, selv om de manglet et bryst. De opplevde praktiske ulemper med protesene, men følte at det gav dem muligheten til å føle seg normal. Det var annerledes når de var avkledd og det manglende brystet ble eksponert. Dette var spesielt vanskelig for kvinner uten en fast partner. De var takknemlige for muligheten til brystrekonstruksjon (Fallbjörk m.fl. 2012).

Kvinner som gjennomgikk mastektomi hadde flere seksuelle problemer, og problemer med å føle seg seksuelt attraktiv enn kvinner som fikk brystbevarende kirurgi. I tillegg hadde de som gjennomgikk mastektomi større sannsynlighet for å ha seksuelle problemer 2 år etter kirurginngrepet (Pérez m.fl. 2010). I Manganiello m.fl. (2011) sin studie var også mange kvinner misfornøyde med sexlivet og sin seksualfunksjon etter gjennomgått mastektomi. Tilfredsheten med sexlivet var bedre blant kvinner som hadde gjennomgått brystrekonstruksjon (Manganiello m.fl. 2011). Flere kvinner som gjennomgikk brystbevarende kirurgi gjenopptok samleie enn kvinner som fikk mastektomi, med eller uten rekonstruksjon, i månedene etter det kirurgiske inngrepet. De som fikk brystbevarende kirurgi følte også mer seksuell opphisselse enn de som fikk mastektomi. Kvinner som gjennomgikk brystbevarende kirurgi eller mastektomi, hadde betydelig lettere for å få orgasme og hadde bedre seksuell tilfredsstillelse, enn kvinner som gjennomgikk mastektomi med rekonstruksjon (Yurek m.fl. 2000).

Hovedsakelig personlighet og psykologiske faktorer hadde innvirkning på kvinners seksualitet etter kirurgisk behandling. Ingen kliniske faktorer bidro til å forutsi kvaliteten på sexlivet, seksualfunksjonen eller seksuell nytelse 12 måneder etter kirurgien. Seksualfunksjonen skilte seg ikke ut blant kvinner som hadde gjennomgått mastektomi sammenliknet med de som fikk brystbevarende kirurgi (Den Oudsten m.fl. 2010). Det samme ble funnet av Lam m.fl. (2012), hvor type kirurgi hadde liten innvirkning på selvbilde og seksualitet. Burwell m.fl. (2006) fant også ut at seksuelle problemer blant yngre kvinner ikke var knyttet til sosiodemografiske faktorer eller type kirurgi. Det samme ble funnet av Panjari m.fl. (2011), der det ikke var forskjell på type kirurgi blant kvinner som hadde seksuelle problemer, og de som ikke hadde det. Speer m.fl. (2005) fant heller ingen sammenheng mellom type kirurgi (mastektomi eller brystbevarende kirurgi), og seksualfunksjonen gjennomsnittlig 4,4 år etter diagnosen.

3.1.2 Adjuvant behandling og dens innvirkning på seksualiteten

Kvinnene som fikk adjuvant kjemoterapi hadde flere seksuelle problemer enn de som ikke fikk slik behandling. De opplevde større problemer med seksuell interesse og hadde problemer med å føle seg seksuelt attraktiv (Pérez m.fl. 2010). Flere kvinner som hadde fått behandling med kjemoterapi hadde redusert seksuell lyst. Derimot hadde ikke denne behandlingen sammenheng med redusert seksuell nytelse eller dyspareuni (Takahashi m.fl. 2008). Behandling med kjemoterapi førte til midlertidig hårtap, som var vanskelig for mange. Dette gjaldt særlig tapet av øyenvipper og øyenbryn, fordi kvinnene følte seg «ansiktsløse». Noen tok kontroll, og klippet av seg håret selv. Dette gav dem en følelse av tilfredshet og kontroll i en periode hvor de ellers ikke følte de hadde det (Wilmoth 2001).

Tidligere behandling med kjemoterapi hadde ikke betydning for om kvinnene opplevde seksuelle problemer eller ikke (Panjari m.fl. 2011). Mangianello m.fl. (2011) fant heller ikke noen signifikant sammenheng mellom kjemoterapi og seksualfunksjonen, og seksuell tilfredsstillelse, 1-2 år etter mastektomien. Dette ble også funnet av Speer m.fl. (2005), som ikke fant noen sammenheng med kjemoterapi og forandringer i seksualfunksjonen 4,4 år etter diagnosen.

Strålebehandling og/eller hormonbehandling hadde ikke betydningsfulle sammenhenger med seksualfunksjonen (Mangianello m.fl. 2011, Takahashi m.fl. 2008). Kvinnene som fikk adjuvant strålebehandling og behandling med aromatasehemmere, hadde færre problemer med å føle seg seksuelt attraktiv sammenliknet med pasienter som ikke fikk slik adjuvant behandling (Pérez m.fl. 2010). Kvinner med bedre fysisk og sosialt velvære, kvinner som følte seg seksuelt attraktive og de som fikk strålebehandling, rapporterte færre seksuelle problemer enn de som fikk kjemoterapi eller hormonbehandling (Burwell m.fl. 2006).

Kvinner som hadde større sannsynlighet for å ha problemer med sin seksualfunksjon, hadde opplevd vasomotoriske symptomer, brukt aromatasehemmere og blitt postmenopausale siden diagnosen og behandlingen. De som opplevde vasomotoriske symptomer som følge av menopausen, hadde dobbelt så stor sannsynlighet for å ha problemer i deres seksualfunksjon enn de som ikke opplevde disse symptomene (Panjari m.fl. 2011). Liknende funn ble gjort av Wilmoth (2001) der noen kvinner hadde midlertidig eller varig opphøring av menstruasjonen som følge av kjemoterapibehandling. Dette førte til at de måtte mestre menopausale bivirkninger. De fysiske symptomene av menopausen var vanskelig å takle, særlig vaginal tørrhet, hetetokter og forandringer i seksualfunksjonen. Forandringene i seksualiteten inkluderte blant annet lyst på sex, opphisselse og evnen til å oppnå orgasme. Dette var vanskelig for mange, særlig de som før hadde hatt stor seksuell lyst og som hadde bygd mye av deres identitet rundt sin seksualitet. De fleste kvinnene trengte forsikring om at de fortsatt kunne prestere seksuelt (ibid).

3.2 Forhold til partner

Støtte fra en partner eller andre nære relasjoner var viktig for kvinnene når de skulle håndtere sykdommen, behandlingen og dens bivirkninger, og lære seg å leve med konsekvensene sykdommen hadde for seksualiteten. Noen kvinner var sårbare, og ønsket ikke å forlate et ulykkelig ekteskap eller forhold fordi de følte det var bedre å ha noen, enn ingen (Wilmoth 2001). Kvinner som hadde eldre partnere (60 år eller eldre) hadde dårligere seksualfunksjon og tilfredsstillelse, enn de som hadde yngre partnere (Manganiello m.fl. 2011).

Kvinnene som hadde større problemer i forholdet, som for eksempel vanskeligheter med å løse problemer, mangel på emosjonell støtte og generelt mer bekymringer rundt deres forhold med partneren, hadde dårligere seksuell opphisselse, orgasme og seksuell tilfredsstillelse. Vanskeligheter i forholdet ble ikke assosiert med lyst eller dyspareuni (Speer m.fl. 2005).

Kvinner som var gift og ikke var seksuelt aktive, hadde flere problemer med seksuell interesse og nytelse, og følelsen av å være seksuelt attraktiv sammenliknet med kvinner som ikke var gift og som var seksuelt aktive (Pérez m.fl. 2010). Kvinner som anså deres seksuelle forhold med en partner som viktig før kirurgien, hadde større sannsynlighet for å bevare hyppigheten av sex etter det kirurgiske inngrepet (Takahashi m.fl. 2008).

De som ikke opplevde mastektomien som så farlig, levde i stabile forhold og mente at deres partnere ikke så på mastektomien som et problem. Deres seksuelle forhold var uforandret (Fallbjörk m.fl. 2012). Blant kvinner som hadde gjennomgått ulike typer kirurgiske inngrep, var det ingen betydelig forandring over tid om at partneren mistet interesse for sex eller var misfornøyd med sexlivet

(Burwell m.fl. 2006). Derimot fant Fallbjörk m.fl. (2012) at en av kvinnene prøvde å være seksuelt aktiv som før mastektomien, men følte seg veldig hemmet. Hun ønsket ikke å ta av brystholderen og ønsket å ha lyset av. En annen kvinnes partner taklet ikke forandringen i forholdet deres, og forlot henne.

3.3 Livskvalitet, kroppsbilde og seksualitet

Gjennomsnittlig livskvalitet til kvinner etter mastektomi var dårlig til normal. Bedre tilfredsstillelse i sexlivet ble forbundet med bedre livskvalitet. Bedre livskvalitet ble også assosiert med sosiale aspekter, psykisk helse, fysisk fungering og livsglede. En betydelig sammenheng mellom seksuell tilfredsstillelse og livskvalitet ble sett i forhold til fysisk fungering, livsglede og følelsesmessige begrensninger (Manganiello m.fl. 2011).

Kvinner med seksuelle problemer etter brystkreft, hadde større sjanse for å være misfornøyd med kroppsbildet sitt, eller følte at partneren var mindre fornøyd med deres utseende. De som hadde gjennomgått mastektomi, hadde større sjanse for få et endret kroppsbilde enn de som hadde blitt behandlet med brystbevarende kirurgi. Kroppsbildet var ikke påvirket av om kvinnene hadde fått rekonstruksjon mellom 10 og 23 måneder etter operasjonen (Panjari m.fl. 2011).

Deprimerte kvinner hadde tendenser til å ha et negativt kroppsbilde. Depresjon ble også assosiert med seksuell lyst, men ikke med seksuell opphisselse, orgasme eller dyspareuni. Kvinner som gikk på antidepressiva hadde betydelig større problemer med å bli opphisset og til å ha orgasmer enn de som ikke gikk på antidepressiva. De som hadde dårlig kroppsbilde var i tillegg mer misfornøyd med deres seksuelle forhold til partneren. Et dårlig kroppsbilde hadde ikke innvirkning på andre aspekter av seksualfunksjonen. Tiden som hadde gått siden diagnosen, mastektomien eller den brystbevarende kirurgien hadde ikke betydning for kroppsbildet (Speer m.fl. 2005).

Kvinner som fikk brystbevarende kirurgi, gjennomgikk mindre traumatisk stress, som var uttrykt ved påtrengende tanker og unnvikende atferd angående brystforandringer. Derimot hadde de som fikk mastektomi, med eller uten rekonstruksjon, høyere grad av traumatisk stress. Disse forskjellene var store. Kvinner med brystkreft som fikk mastektomi, med eller uten rekonstruksjon, opplevde også signifikant større seksuelle forstyrrelser og stress relatert til kroppsforandringer, enn kvinner som fikk mer konservativ kirurgi (Yurek m.fl. 2000).

Kvinnene som hadde stabilt og godt selvbilde i tiden etter kirurgien, hadde best selvbilde og seksualitet 6 år senere. De hadde også få problemer med beslutningsprosesser i behandlingen, og var fornøyd med behandlingsresultatet. Derimot hadde kvinner med lavt selvbilde etter kirurgien større problemer med beslutningsprosesser i behandlingen, var mindre fornøyd med resultatet av

behandlingen, og hadde signifikant større langsiktige psykiske plager. I tillegg opplevde de større postoperative psykologiske plager enn kvinnene som hadde stabilt og høyt selvbilde. Hvordan kvinnene reagerte på diagnosen og behandlingen innvirket på selvbildet, og var en viktig indikator for lengre tids psykologiske utfall (Lam m.fl. 2012).

3.4 Betydningen av informasjon og kommunikasjon

To tredjedeler av pasientene ønsket informasjon om brystkreft og seksuell velvære. De ønsket informasjon om fysiske forandringer, innvirkning på seksualiteten, problemer i parforhold, psykologiske konsekvenser, kroppsbilde og hvordan man skal kommunisere med helsepersonell om seksualitet. Dette ble sett på som veldig viktig av over to tredjedeler av deltakerne som ønsket informasjon (Ussher m.fl. 2013). Hvilke temaer som ble foretrukket å ha med i informasjonshefter ble undersøkt. Uavhengig av alder ønsket mange informasjon om virkningen forskjellig behandling hadde på seksualiteten. Kvinner i 20-40 års alderen ønsket informasjon om temaer som relaterte til gjenopptagelse av sex, mens eldre kvinner var mer interessert i temaer relatert til problemer med partneren eller forhold (Takahashi m.fl. 2008).

Kun omtrent halvparten av kvinnene hadde innhentet eller fått informasjon om seksuell velvære etter brystkreft. Informasjon som var innhentet eller mottatt var: behandlingens virkning på seksualiteten, kroppsforandringer, brystrekonstruksjon, kroppsbilde og utseende, seksuell fungering og informasjon om partnere. Kun omtrent halvparten av de som fikk informasjon var fornøyde (Ussher m.fl. 2013).

Tre fjerdedeler av kvinnene hadde ikke problemer med å finne informasjon om effekten brystkreft har på seksualiteten. De som hadde problemer med å finne informasjon, hadde enten ikke prøvd å finne informasjon, visste ikke hvor de skulle lete eller så var ikke informasjonen tilfredsstillende. Flere kvinner følte at deres behov og bekymringer ble ubetydeliggjort av helsepersonellet, eller at informasjonen som var tilgjengelig ikke strakk til. De følte at deres seksualitet ble ignorert. Dette var fordi de følte de ble sett på som for gamle eller for unge, fordi de var i det samme seksuelle forholdet, eller fordi de ikke var i noe fast seksuelt forhold (Ussher m.fl. 2013).

Mange hadde ikke rådført seg med noen om forandringer i deres seksuelle velvære etter brystkreften. Av kvinnene som hadde snakket med sin partner om seksuell velvære, var omtrent halvparten fornøyde. De som hadde snakket med en bryst-sykepleier var mest fornøyde (60 %). Omtrent halvparten var også fornøyde etter å ha snakket med en psykolog, eller en venn eller slektning. Færre var fornøyde etter samtale med lege (38 %) eller onkolog (34 %) (Ussher m.fl. 2013).

I Takahashi m.fl. (2008) sin studie hadde kun 10 % rådført seg med noen om deres forandringer i seksualiteten, og disse personene var hovedsakelig venner og ikke helsepersonell (ibid). Noen kvinner hadde ikke sex som prioritet i sitt liv. Andre diskuterte ikke forandringer i seksuell velvære, fordi de ventet til etter behandlingen for å se om ting forbedret seg. Noen var ikke opptatt av seksuell velvære fordi de var single, men antydte at når de ble seksuelt aktive i fremtiden, ville de søke hjelp (Ussher m.fl. 2013).

Vanskeligheter med å få informasjon om seksualitet og brystkreft ble i noen tilfeller relatert til helsepersonellet. Noen pasienter opplevde at helsepersonellet manglet interesse eller syntes temaet var ubehagelig. Noen pasienter som selv var helsepersonell, sa at det ble forventet at de visste hvordan de skulle mestre situasjonen (Ussher m.fl. 2013). Informasjonskontroll var viktig for mange, som å bestemme behandling og finne informasjon om symptomlindring. Dessverre opplevde mange at informasjonen og støtten de fikk av helsepersonell, inkludert sykepleiere, var mangelfull. De som tok kontroll og leste bøker eller krevde informasjon fra helsepersonell, tilpasset seg bedre forandringene behandlingen førte med seg. Disse kvinnene kom seg gjennom diagnosen og behandlingen lettere (Wilmoth 2001).

Med tanke på hvordan informasjonen bør formidles, ønsket mange informasjon i form av hefter (62 %), nyhetsbrev (60 %) eller internettsider (57 %). Informasjon i form av verbal kommunikasjon i informasjonsmøter (18 %), telefon-hjelp (10 %), eller møte alene med en profesjonell eller støttegruppe (< 2 %) var mindre ønsket (Ussher m.fl. 2013).

4.0 Diskusjon

4.1 Resultatdiskusjon

Hensikten med denne studien var å belyse seksualiteten til kvinner som har overlevd brystkreft, med fokus på kvinner som har gjennomgått mastektomi.

Kvinneres seksualitet ble ofte forandret etter brystkreft, og ulike aspekter av seksualiteten ble påvirket av kirurgiske inngrep og bivirkninger av behandlingen. For noen kvinner som gjennomgikk mastektomi, hadde dette stor betydning for seksualiteten, mens for andre var det ikke av signifikant betydning. Seksualiteten hadde også sammenheng med livskvalitet og kroppsbilde, som også ble påvirket av sykdommen og behandlingen. Behovet var ofte stort for å kommunisere og få informasjon rundt temaet seksualitet og brystkreft. Dessverre var ikke alle like fornøyde med informasjonen de fikk, eller med samtaler med helsepersonell eller med mennesker i nære relasjoner.

4.1.1 Type kirurgi og brystrekonstruksjon

Resultatet viser at mange kvinner som gjennomgikk mastektomi hadde flere problemer med seksualfunksjonen, enn kvinner som fikk brystbevarende kirurgi. Imidlertid opplevde ikke alle kvinner mastektomien som en alvorlig hendelse som påvirket deres seksualliv. Dette viser til at det å gjennomgå en mastektomi ikke trenger å være ensbetydende med at seksualfunksjonen blir forverret. Dette støttes av Rowland m.fl. (2000), som fant få forskjeller i psykososiale eller helserelaterte utfall blant kvinner som gjennomgikk enten brystbevarende kirurgi, mastektomi, eller mastektomi med rekonstruksjon, ett år eller lengre tid etter diagnosen. Dette viser at en kvinnes kirurgiske inngrep er mindre viktig for å bestemme hennes livskvalitet etter brystkreft. Andre faktorer som alder, eksponering for adjuvant behandling, og andre helseproblemer har større betydning (ibid). Det virker også som en kvinnes generelle psykologiske helse, tilfredsstillende med partnerforhold, og seksuallivet før diagnosen, bedre forutsier seksuell tilfredsstillende etter kreften, enn omfanget av skader på brystet gjør (Schover 1991). Dette støttes også av Hordern (2000), som sier at hvordan kvinnen håndterer forandringer i seksualiteten og intimitet etter brystkreftdiagnosen, avhenger av kvinnens psykologiske helse, hvor hun befinner seg i livsløpet, og hvordan hun så på seg selv og sin seksualitet før kreftdiagnosen. Dette viser også til andre funn fra studiens resultat, som sier at hovedsakelig personlighet og psykologiske faktorer hadde innvirkning på kvinneres seksualitet etter kirurgisk behandling.

Selv om mastektomi ikke trenger å påvirke seksualfunksjonen, kommer det frem av resultatet at kvinner som gjennomgikk mastektomi hadde større problemer med å føle seg seksuelt attraktiv enn

kvinner som fikk brystbevarende kirurgi. Dette støttes av Rowland m.fl. (2000), som fant ut at type kirurgi spilte en viktig rolle for kvinnenes kroppsbilde og følelsen av å være seksuelt attraktiv. Kvinner som gjennomgikk brystbevarende kirurgi opplevde mindre problemer rundt dette, enn kvinner som gjennomgikk mastektomi, med eller uten rekonstruksjon. Al-Ghazal m.fl. (2000) fant ut at hvor seksuelt attraktiv kvinnen følte seg etter gjennomgått mastektomi og brystrekonstruksjon, hadde mye å si for seksualfunksjonen. Emilee m.fl. (2010) sier også at den sterkeste indikatoren på seksuelle problemer etter brystkreft, er at kvinnen oppfatter seg selv som mindre seksuelt attraktiv.

I resultatet kom det frem at rekonstruksjon av brystet var viktig for noen kvinner for at de skulle oppnå optimal funksjon igjen. I den vestlige verden har kvinners bryster alltid blitt sett på som viktige seksualobjekter, og brystene må ikke undervurderes (Lindebrække og Midtbø 2003). For noen kvinner er brystet en veldig viktig del av dem selv. Ofte er det skaden på brystet og de plagene det medfører, som dessverre fører til at mange kvinner i etterkant av kreften kan oppleve problemer med å fungere normalt (ibid). Sykehus i Norge prioriterer ikke rekonstruksjon av bryst på grunn av liten kapasitet, og ventetiden er mellom tre og fem år. Fortvilelsen hos kvinner som ønsker brystrekonstruksjon blir ikke mindre av det. I tillegg blir mange kvinner som ønsker et nytt bryst møtt med et skuldertrekk hos legen, og får beskjed om at de skal være glade for at de er i live (ibid). Dette støttes også av Al-Ghazal m.fl. (2000), som fant at kvinner som fikk forsinket brystrekonstruksjon, ca. 12 måneder etter mastektomien, følte seg mindre seksuelt attraktiv, var mer deprimerte og plaget med angst. Kvinner som fikk umiddelbar rekonstruksjon hadde ikke like store problemer på disse områdene.

Studiens resultat viser også at kvinner som gjennomgikk mastektomi med rekonstruksjon av brystet, hadde betydelig mer problemer med å oppnå orgasme og var mindre tilfreds med seksuallivet, enn kvinner som gjennomgikk kun mastektomi eller brystbevarende kirurgi. Dette betyr at rekonstruksjon ikke reduserer belastninger med kroppsforandringer i den tidlige postoperative fasen (Huber m.fl. 2006). Fobair m.fl. (2006) fant ut at kvinner som hadde gjennomgått mastektomi med rekonstruksjon, eller ønsket rekonstruksjon, var minst fornøyd med deres kroppsbilde. Dette kan være en mulig årsak til at de ønsket å rekonstruere brystet (ibid). Dette støttes også av Henson (2002), som sier at rekonstruksjon av brystet ikke nødvendigvis bedrer seksualfunksjonen, og at det kan være mange faktorer som har innvirkning på kvinnens seksualliv. Selv om brystrekonstruksjonen kan skape et bryst som er tilnærmet lik slik det var, er det ikke uten begrensninger. Kvinnene kan oppdage at det rekonstruerte brystet er asymmetrisk til deres eget. I tillegg kan de håpe at rekonstruksjonen hjelper dem å glemme kreften, men oppdager at det ikke er mulig. Problemer i forhold til livskvalitet, og særlig seksualiteten, kan fortsatt eksistere selv om brystet er rekonstruert (ibid).

4.1.2 Adjuvant behandling og dens innvirkning på seksualiteten

Studiens resultat viser at kvinner som fikk behandling med kjemoterapi opplevde flere seksuelle problemer, og hadde problemer med å føle seg seksuelt attraktiv. Det viser seg at behandling med kjemoterapi assosieres med større seksuelle problemer (Avis m.fl. 2004, Emilee m.fl. 2010). I tillegg reduserer kjemoterapi seksuell aktivitet under og etter kreftbehandling. Tidligere behandling med kjemoterapi er også en indikator for dårlig seksualfunksjon blant kvinner i alle aldre (Berglund m.fl. 2001). Siden kjemoterapi også kan forårsake vaginal irritasjon i løpet av behandlingen og flere uker etterpå, kan det være årsaken til at mange kvinner hadde seksuelle problemer, og var plaget med vaginal tørrhet (Hordern 2000). Ettersom de fleste kjemoterapeutika har immunsuppressive egenskaper, kan det føre til at mange kvinner vil oppleve plager med sopp, herpes eller vorter i underlivet. Sykepleieren bør oppfordre par til å bruke kondom i perioden kvinnen behandles med kjemoterapi. Dette kan også være en årsak til at flere kvinner som ble behandlet med kjemoterapi opplevde seksuelle problemer (ibid). I tillegg kan kjemoterapibehandling føre til akutte bivirkninger som vektøkning, hårtap, blekhet, kvalme og oppkast, og fatigue. Disse bivirkningene kan påvirke en kvinnes kroppsbilde og følelsen av å være seksuelt attraktiv, og på den måten innvirke på seksualfunksjonen (Bakewell og Volker 2005).

Det kommer også frem av resultatet at kvinner som hadde blitt menopausale på grunn av kjemoterapibehandling, hadde problemer med å mestre symptomene og forandringene i seksualfunksjonen. Redusert eggstokkfunksjon er en viktig faktor som påvirker seksuell tilpasning etter brystkreft. Eggstokksvikt kan oppstå hos så mange som 89 % av brystkreftpasienter som behandles med kjemoterapi, noe som fører til menopause (Henson 2002). Dette støttes også av Hordern (2000), som også sier at kjemoterapi kan føre til tidlig menopause og dermed gi symptomer som hetetokter, redusert libido, vaginal tørrhet og atrofi. Disse symptomene er ofte mer alvorlig enn når de oppstår ved naturlig menopause. Ved for tidlig menopause vil slimhinnen i vagina forbli tynn og skjør, og blir dermed lettere irritert ved samleie (ibid). Siden kjemoterapibehandling fører til forandringer i kvinnens syklus og slimhinner i vagina, skulle man tro at det vil føre til problemer med dyspareuni og redusert nytelse. Imidlertid fant en studie i resultatet ut at kjemoterapibehandling reduserte seksuell lyst, men at behandlingen ikke hadde sammenheng med seksuell nytelse eller dyspareuni. Årsaken til dette kan være at kvinnene hadde fått og avsluttet kjemoterapibehandling før studien fant sted, da undersøkelsen ble gjort ca. 3,5 år etter det kirurgiske inngrepet. Dermed var kvinnene mindre plaget av bivirkningene. På den annen side indikerer dette også at kjemoterapibehandling kan føre til redusert seksuell lyst, lenge etter behandlingen er avsluttet (Takahashi m.fl. 2008). Kjemoterapibehandling varer vanligvis i 15 uker (Lindebrække og Midtbø 2003).

Studiens resultat viser at strålebehandling ikke hadde betydningsfull sammenheng med seksualfunksjonen. Akutte bivirkninger som kan oppstå av behandlingen er kvalme (Hordern 2000) og hudreaksjoner. De akutte bivirkningene er stort sett reversible, og kan forklare hvorfor pasientenes seksualfunksjon ikke påvirkes nevneverdig. Fatigue og sårhet i strålefeltet kan merkes etter kort tid, og kan vare i mange uker etter at behandlingen er avsluttet. En skulle tro at fatigue ville virke inn på seksualfunksjonen til kvinnene, men kanskje tilstanden går raskt tilbake for mange, slik at fatigue ikke får signifikant betydning for seksualfunksjonen over lengre tid (Lorentsen og Grov 2010). Siden stråledosene gis mot hele brystkjertelen, vil ofte brystvegg og deler av lunge også bestråles. Det kan føre til respirasjonsavhengige stikkinger i brystet. Bivirkningen er lett og kan lindres med for eksempel paracetamol. Denne bivirkningen av strålebehandlingen er trolig ikke så plagsom at den virker inn på seksualfunksjonen, i tillegg til at den er lett å håndtere med legemidler (Langberg 2006).

I litteraturstudiets resultat viser det seg også at hormonell behandling heller ikke hadde vesentlig påvirkning på seksualfunksjonen. Behandling med antiøstrogener fører til at yngre kvinner blir menopausale, med de plagene det medfører. Andre vanlige bivirkninger er kvalme og en følelse av væskeansamling i kroppen. Kvalmen gir seg gjerne etter noen uker (Sørensen og Almås 2010). Det er tankevekkende at flere kom frem til at kvinnenes seksualfunksjon ikke ble påvirket av hormonbehandling, da det er funnet i resultatet at kvinner som opplevde menopausale symptomer hadde større seksuelle problemer. På den annen side, er det ikke spesifisert hva slags type hormonbehandling kvinnene i studiene fikk.

Resultatet viser at kvinner som hadde problemer med seksualfunksjonen hadde blant annet høyere sannsynlighet for å ha blitt behandlet med aromatasehemmere. Aromatasehemmere brukes til postmenopausale kvinner. En del kvinner vil få ubehag med leddsmerter som bivirkning (Sørensen og Almås 2010). Aromatasehemmere kan forverre symptomene og plagene ved menopause, og kan ha vært en innvirkende årsak til at kvinner som fikk slik behandling opplevde større problemer med seksualfunksjonen (Panjari m.fl. 2011).

4.1.3 Betydningen av parforholdet

Resultatet viser at kvinner som hadde seksuelle problemer etter brystkreft hadde større sannsynlighet for å ha dårlig kroppsbylde, eller følte at partneren var mindre fornøyd med deres utseende. Dette gjaldt særlig kvinner som hadde gjennomgått mastektomi. Mastektomi kan ha en innvirkning på hvordan kvinnen oppfatter seg selv, og hvor seksuelt attraktiv hun føler seg. Kvinner kan ha vanskeligheter med å forsones seg med arret på brystet, og kan feilaktig oppfatte at deres partnere blir frastøtt og preget av deres kroppslige endringer (Sheppard og Ely 2008).

Studiens resultat viser også at det å ha en støttende partner var viktig for kvinnene når de skulle mestre sykdommen og behandlingens innvirkning på seksualiteten. Kvinner som levde i et ulykkelig ekteskap ønsket ikke å forlate ektefellen fordi de ikke ønsket å være alene. Holmberg m.fl. (2001) fant i sin studie at single kvinner, eller de som opplevde samlivsbrudd på grunn av kreftsykdommen, hadde mer negative følelser rundt sykdommen, enn kvinner som var i parforhold. Dette kunne være følelser som sinne, tristhet og sårbarhet. Single kvinner kunne også få signifikant mindre emosjonell støtte fra sine tidligere partnere, og opplevde å bli kritisert eller ignorert. I tillegg fikk de mindre sosial støtte fra familie eller andre sosiale nettverk. Dette indikerer at single kvinner kan oppleve større vanskeligheter rundt sykdommen enn kvinner som er i parforhold (ibid). Det viser seg at det å ha en støttende relasjon ved kreftsykdom er en viktig del av helbredelsesprosessen. I tillegg lever gifte kreftpasienter lengre enn enslige (Zachariae og Christensen 2004). Dette støttes også av Ussher m.fl. (2012), som fant ut at det å ha et trygt forhold før brystkreften var viktig for mange kvinner, da dette styrket parets mestringsevne rundt forandringer i seksuell lyst eller aktivitet. God støtte, samtaler, og bare å være sammen, var viktigere enn å ha samleie.

Av resultatet kommer det også frem at gifte kvinner som ikke var seksuelt aktive, hadde større seksuelle problemer enn kvinner som ikke var gift, og som var seksuelt aktive. Dette samsvarer med funn fra Fobair m.fl. (2005) sin studie, som fant at seksuell aktivitet var mer vanlig blant brystkreftrammede kvinner som ikke var gift, enn blant de som var gift (ibid). I tillegg kan kvaliteten på parforholdet ha vært av betydning, da dette assosieres med seksualfunksjonen til pasienter som har overlevd brystkreft. Dette ble ikke undersøkt i studien som kom frem til dette resultatet (Pérez m.fl. 2010). Det kom også frem av resultatet at kvinner som anså sitt seksuelle forhold med en partner som viktig, ivaretok hyppigheten av sex etter kirurgien. Dette samsvarer med Ganz m.fl. (1999) sin studie, som fant ut at kvinner som anså et aktivt sexliv som viktig, ivaretok dette etter brystkreftdiagnosen.

Litteraturstudiets resultat viser at kvinner som hadde større problemer med forholdet til partneren, hadde mer seksuelle problemer på enkelte områder. I parforhold hvor kvinnen ikke mente at partneren så på mastektomien som et problem, var deres seksuelle forhold uforandret. Derimot opplevde en annen kvinne at partneren forlot henne, fordi han ikke taklet forandringen i forholdet deres. Det viser seg at brystkreft kan ha innvirkning på parforholdet. Omtrent 25 % opplever sykdommen som en belastning på forholdet (Sheppard og Ely 2008). Brystkreftdiagnosen kan i noen tilfeller være årsaken til at ulykkelige eller destruktive forhold tar slutt (Holmberg m.fl. 2001). Det samme ble funnet av Avis m. fl. (2004), hvor brystkreften styrket allerede gode parforhold. For parforhold som var dårlige, virket brystkreften som en kritisk fase som førte til at forholdet ble avsluttet (ibid). Hos noen virker det som brystkreften bringer frem allerede eksisterende

ekteskapsproblemer, mens for andre par styrker brystkreften deres forhold. Mannen kan også unngå seksuelle tilnærmelser på grunn av kvinnens angst, depresjon eller endrede kroppsbilde. Par som opplever problemer i forholdet, og problemer i forhold til kroppsbilde og seksualitet, kan ha vanskeligere for å kommunisere om det (Sheppard og Ely 2008). Mange par synes at det er vanskelig å diskutere kreften i forbindelse med deres forhold. Både kvinnene og deres partnere er redde for å gjøre hverandre opprørt (Decker m.fl. 2012). Det viser seg at kvaliteten på partnerforholdet til kvinner med brystkreft er et av de viktigste elementene til å forutsi deres seksuelle helse. Faktisk forutsier kvaliteten på en kvinnes partnerforhold bedre seksuell tilfredsstillelse, seksualfunksjonen og seksuell lyst etter brystkreft, enn de fysiske eller kjemiske skadene kroppen har fått av behandlingen (Emilee m.fl. 2010).

4.1.4 Livskvalitet, endret kroppsbilde og seksualitet

I litteraturstudiets resultat viser det seg at bedre tilfredsstillelse i sexlivet til kvinner etter gjennomgått mastektomi, ble forbundet med bedre livskvalitet. Dette samsvarer med Krebs (2008) uttalelse om at seksualitet er integrert i hver person, og er en viktig komponent for en persons livskvalitet, generelle velvære og helse.

Resultatet viser at kvinner som gjennomgikk mastektomi opplevde vesentlig større problemer med seksualiteten og kroppsbildet, enn kvinner som gjennomgikk brystbevarende kirurgi. De opplevde også høyere grad av traumatisk stress. Siden kvinnene fikk fjernet en del av sin kropp, er det naturlig at de opplevde en høyere grad av traumatisk stress og seksuelle problemer. Brystet er en så viktig del av kvinnes kropp at det å miste det kan føles som å være «en halv kvinne». Kvinner som har et dårlig kroppsbilde etter brystkreft har også lavere seksuell tilfredsstillelse, og er mer misfornøyd med deres seksuelle forhold med partneren, enn de med et positivt kroppsbilde. Det antydes at seksualitet og kroppsbilde er mest påvirket det første året etter behandlingen, og at kroppsbildet blir mer påvirket av mastektomi enn av brystbevarende kirurgi (Emilee m.fl. 2010). Dette støttes også av Fobair m.fl. (2006) som fant ut at mastektomi ble assosiert med større problemer med kroppsbildet. Studiens resultat viser også at kvinner med seksuelle problemer etter brystkreft hadde større sannsynlighet for å være misfornøyd med kroppsbildet sitt. Dette samsvarer også med Dalton m.fl. (2009), som sier at mange kvinner opplever forstyrrelser i kroppsbildet og seksualitet etter behandling for brystkreft. Disse forstyrrelsene kan innvirke på andre funksjonsområder, og understreker viktigheten av å identifisere kvinner som opplever disse forstyrrelsene, og behandle dem.

Imidlertid trenger ikke mastektomi å være ensbetydende med dårlig kroppsbilde og seksualfunksjon, da resultatet kom fram til at noen kvinner ikke oppfattet mastektomien som et problem. De følte

ikke at mastektomien påvirket deres seksualitet og forhold til partneren. Kvinnene som følte det slik var litt eldre enn kvinnene som hadde mer problemer rundt mastektomien, og de levde i stabile familieforhold. I tillegg så de det som normalt å ha «riper i seilene» (Fallbjörk m.fl. 2012). Disse kvinnenes alder kan ha vært av betydning, og de så det som normalt å bli preget av livet. Deres stabile familieforhold hadde trolig en positiv innvirkning også, ved at de ikke opplevde problemer i nære relasjoner etter mastektomien. Dette støttes av Wenzel m.fl. (1999), som fant ut at kvinner som var 50 år eller yngre, hadde dårligere livskvalitet, dårligere emosjonell velvære, symptomer på depresjon og mer bekymringer rundt sykdommen. En årsak til dette kan være at yngre kvinner ofte får mer aggressiv behandling. I tillegg har yngre kvinner ofte mindre mestringsstrategier og ressurser som er nødvendig for å håndtere alvorlig sykdom.

Resultatet viser at kvinner som var deprimerte hadde tendenser til et mer negativt kroppsbilde og lavere seksuell lyst. Kvinnene med dårlig kroppsbilde var mer misfornøyde med sitt seksuelle forhold til partneren enn de som ikke hadde dårlig kroppsbilde. I tillegg hadde kvinnene som gikk på antidepressiva betydelig større problemer med orgasme og seksuell opphisselse enn de som ikke gikk på det. Dette støttes Henson (2002), som sier at selv i normalbefolkningen, blir depresjon og angst assosiert med en økning i kvinnelig seksuell dysfunksjon og ekteskapelige problemer. Kvinner med en ubehandlet alvorlig depresjon hadde problemer med seksuell lyst, og mange hadde redusert seksuell opphisselse. Det viser seg også at antidepressiva kan forverre seksuelle problemer.

Monoaminoksidasehemmere, benzodiazepiner og trisykliske antidepressiva kan føre til redusert vaginal lubrikasjon, og redusert libido. Selektive serotoninreopptakshemmere (SSRI) kan variere i sin innvirkning på seksualfunksjonen, men kan forårsake forsinket eller mangelfulle orgasmer (ibid).

I litteraturstudiets resultat ble det funnet at kvinner som hadde godt selvbilde etter kirurgien også hadde best selvbilde seks år senere. Mens kvinner som hadde lavt selvbilde etter det kirurgiske inngrepet, og som opplevde postoperative psykologiske plager, hadde større langsiktige psykiske plager som følge av brystkreften. Hordern (2000) sier at mange kvinner tilpasser seg til et forandret kroppsbilde over tid, og mange fortsetter å ha fullverdige intime forhold og liv etter brystkreft (ibid). Det kan være at kvinnene som hadde psykologiske plager følte en manglende kontroll over situasjonen. Deres respons på diagnosen og behandlingen innvirker på selvbildet, og er en indikator for lengre tids psykososiale utfall. Ved å identifisere kvinner som har risiko for å utvikle dårlig selvbilde, kan man forhindre denne utviklingen og tilby støtte (Lam m.fl. 2012).

4.1.5 Informasjon, kommunikasjon og helsepersonellens rolle

I litteraturstudiets resultat kom det frem at kvinner som hadde dårlig selvbilde etter kirurgien, hadde større problemer med beslutningsprosesser i behandlingen. Kvinner som var aktivt med på

behandlingsprosessen, og leste bøker eller krevde informasjon fra helsepersonell, tilpasset seg bedre forandringene behandlingen førte til. Dette viser til at det er viktig at kvinnene får nøyaktig og oppdatert informasjon, og kontinuerlig støtte. Dette gjelder særlig rundt seksualitet og intimitet. Dette bør bli lagt ekstra vekt på blant kvinner som har dårlig selvbilde. På denne måten vil de kunne få styrke til å ta velinformerte beslutninger om deres behandlingsmuligheter, slik at de gjenvinner en følelse av kontroll over sin kropp og helse (Hordern 2000).

Studiens resultat viser også at mindre enn halvparten av kvinnene hadde innhentet eller mottatt informasjon om seksuell velvære etter brystkreft. Kun omtrent halvparten av de som hadde fått informasjon var fornøyde. Det er bekymringsverdig, med tanke på at pasienter har rett til informasjon i henhold til loven om pasient- og brukerrettigheter. Paragraf 3-2 sier at: «*Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen*» (Lov om pasient- og brukerrettigheter 2011). Pasienten skal få vite det som gjelder dem selv, inkludert det som er viktig å vite på kort og lang sikt, for å ha muligheten til å ha oversikt over sitt liv (Molven 2010). Årsaken til manglende informasjon om seksualitet kan ligge i at helsepersonellet og pasientene kan være ukomfortable med å diskutere problemer med seksualiteten (Davis m.fl. 2010). Det kan også være fordi mange pasienter sjeldent spør om informasjon om innvirkningen sykdommen kan ha på deres seksualitet. Leger unngår temaet, og antar at siden pasientene ikke stiller spørsmål, indikerer det at pasientene tilpasser seg situasjonen tilfredsstillende (Hordern 2000). Dette støttes også av Henson (2002) som sier at veiledning er det mest oversette aspektet av behandling for seksuell dysfunksjon. Mange pasienter følte ikke at helsepersonellet diskuterte seksuelle problemer, til tross for at de fleste av helsepersonellet følte at det å veilede og svare på spørsmål var viktig (ibid). Tiltak bør settes inn for å forbedre kommunikasjonen mellom helsepersonell og kvinnene (Davis m.fl. 2010).

Litteraturstudiets resultat viser at helsepersonell ofte unngår å diskutere seksualitet med pasientene, fordi de synes det er ubehagelig eller fordi de ikke er interesserte i å diskutere temaet. Resultatet er at informasjonen blir mangelfull. Sykepleiere følte seg utilstrekkelig forberedt av utdanningen til å diskutere seksualitet med pasientene. Noen sykepleiere uttrykte frustrasjon over hindringer for å inkludere seksualitet i sin praksis, blant annet et stressende og forstyrrende arbeidsmiljø, og for store arbeidsmengder. De følte også at sykepleiere ofte undervurderer viktigheten av å ta opp seksuelle problemer med pasienter. Forlegenhet var også ofte en grunn til at temaet seksualitet ble unngått, og noen sykepleiere er redde for å gjøre pasienten opprørt ved å si noe galt. Sykepleiere kan også ha forskjellige meninger om hvor viktig seksualiteten er i pasientsentrert omsorg, der noen mener det er veldig viktig, mens andre mener at det ikke er en vesentlig komponent i deres sykepleieromsorg (Lavin og Hyde 2006). Det virker som at til og med i

dag, hvor det er et økende fokus på holistisk og primær omsorg, blir ikke seksuelle problemer tatt opp av helsepersonell (Lorraine og Ely 2006). Sykepleiere og annet helsepersonell må lære seg å være komfortable med å ta opp temaet seksualitet. De må gjøre det lettere for pasientene å overkomme ubehag eller forlegenhet med å diskutere bekymringer rundt seksualiteten. Dette er for å forsikre at en helhetlig vurdering gjøres og hensiktsmessige tiltak blir innarbeidet i pasientens pleieplan (Krebs 2008).

Resultatet viser også at mange kvinner ikke hadde rådført seg med noen om forandringer i seksuell velvære etter brystkreften. Av ulike årsaker ønsker noen kvinner kanskje ikke å diskutere dette, og helsepersonellet må respektere disse kvinnes ønsker. Samtidig må helsepersonellet være klar over at kvinner med brystkreft kan være for flau til å ta opp problemet, eller at de ikke er klar over at hjelp er tilgjengelig. Derfor hviler ansvaret på å ta opp temaet på helsepersonellet, og til å gi informasjon, hvis det er ønskelig (Ussher m.fl. 2013).

Av resultatet kommer det frem at mange kvinner ønsket skriftlig informasjon heller enn verbal kommunikasjon. Det viser seg at kvinner med brystkreft foretrekker en blanding av skriftlig og verbal informasjon, men at etter en tid foretrekker mange skriftlig informasjon. I tillegg har internett blitt mer brukt for å finne informasjon de siste årene, særlig blant yngre kvinner. Det kan også være lettere å finne informasjon på nettet, fordi man unngår eventuell forlegenhet som oppleves av både pasientene og helsepersonellet når seksualitet blir diskutert ansikt til ansikt (Ussher m.fl. 2013).

4.2 Praktisk betydning av litteraturstudien

Litteraturstudien belyser et relevant tema, som er av stor aktualitet i en sykepleiesammenheng. Sykepleiere er ofte helsepersonellet som tilbringer mest tid med pasientene og deres pårørende, og de er tilnærmelige og tilgjengelige. Sykepleieren har derfor en viktig rolle i å bidra til å identifisere kvinner som har risiko for å utvikle problemer med sin seksualitet som følge av brystkreften og behandlingen. Litteraturstudien bidrar til å øke bevisstheten og kunnskap rundt faktorer som har betydning for pasienters seksualfunksjon etter brystkreft. Sykepleiere som har kunnskap om temaet kan bidra til å hjelpe pasienter, slik at de oppnår best mulig seksualfunksjon og livskvalitet. Sykepleiere kan også gjennom informasjon og kontinuerlig støtte bidra til at pasienter og eventuelt deres partnere, bedre mestrer forandringene sykdommen fører med seg.

4.3 Metodediskusjon

4.3.1 Fordeler med studien

Fordeler med denne litteraturstudien er at temaet er belyst på en bred måte, som gjør at mange sider av temaet er inkludert. Dette er hensiktsmessig for å oppnå mer kunnskap rundt viktige

aspekter som har betydning for hensikten i studien. For at sykepleieren skal kunne gi helhetlig omsorg, er det viktig å ha kunnskap om mange ulike aspekter som innvirker på en kvinnes seksualitet etter brystkreft.

I resultatet ble artikler som var eldre enn fra år 2000 ekskludert. I tillegg var alle artiklene unntatt to datert til 2005 eller senere. Det er en fordel, ved at forskningen som presenteres ikke er gammel. Derimot er det brukt en del eldre artikler i diskusjonsdelen. Dette ble gjort fordi denne forskningen var relevant for temaer som skulle diskuteres, og tilføyde relevant fakta til studien.

4.3.2 Litteraturstudiens begrensninger

Denne litteraturstudien har flere begrensninger. Blant annet var det også en ulempe med at studien ble belyst på en bred måte. På grunn av dette ble det derfor opp til forfatteren å velge temaer som skulle inkluderes og fokuseres på, da studien kunne ha inkludert atskillig flere komponenter, eller gått mer i dybden på enkelte aspekter rundt temaet. I tillegg ble det utfordrende å få oversikt over studien når den inneholdt så mange komponenter.

Tekstanalysen som ble foretatt kunne vært gjort på en annen måte. Funnene fra artiklene ble skrevet ned på et stort ark, og likheter og forskjeller ble knyttet sammen med ulike fargekoder. Problemet som oppstod, var at det ble utfordrende å få en oversikt. Det hadde muligens vært en fordel å foreta en ny tekstanalyse på en annen måte, men på grunn av studiens tidsbegrensning fortsatte arbeidet videre med den tekstanalysen som var gjort. Det kunne vært funnet bedre forskningsartikler til studiens resultatdel, men på grunn av tidsbegrensninger ble ikke dette gjort.

Det er en overvekt av kvantitative forskningsartikler i studien. Hvis det hadde blitt inkludert flere kvalitative artikler ville resultatet kunne blitt litt annerledes. Selv om kvantitative metoder kan gi informasjon om endringer i store utvalg av individer, mangler de kompleksiteten i kvinnens levde erfaring rundt seksuell velvære etter brystkreft (Ussher m.fl. 2012). Med andre ord ville selve pasientopplevelsen kanskje blitt mer fremhevet, og ikke bare de kliniske symptomene og bivirkningene av behandlingen.

En kvantitativ forskningsartikkel som er brukt i resultatdelen hadde få deltakere (55 kvinner), og en annen kvantitativ studie hadde stort frafall av deltakere. Dette kan senke troverdigheten av resultatene i studiene. På den annen side, brukes det studier med større svarprosent og flere deltakere som kom frem til samme resultater. Dette understøtter resultatet fra de mindre troverdige artiklene.

I begynnelsen av studien var det tenkt å avgrense temaet til en bestemt aldersgruppe for å snevre inn omfanget, men dette ble ikke gjort. Dette var fordi det ikke ble funnet nok forskningsartikler som

fokuserte på enkelte aldersgrupper. Forskningsartiklene hadde også gjort undersøkelsene på forskjellig tidspunkt etter diagnosen og behandling, noe som kan ha påvirket resultatet og gjort det uoversiktlig. Det er heller ikke presisert hvilket kreft-stadium kvinnene hadde, men i forskning på kvinner med spredning eller tilbakefall ble ekskludert.

Fokuset i studien var på brystkreft og mastektomi. Likevel ble det inkludert en del andre aspekter, som innvirkningen av adjuvant behandling, parforhold, livskvalitet, kroppsbilde og kommunikasjon og informasjon. Dette var fordi det i løpet av studien ble oppdaget at disse temaene var viktige aspekter for hensikten som burde inkluderes.

Søket etter forskningsartiklene ble gjort i to databaser som inneholder sykepleieforskning og annen medisinsk forskning. En ulempe med at det ble søkt i få databaser, var at det ofte ble funnet samme forskningsartikler på ulike søk. Søkene kunne vært gjort på en annerledes måte. Selv om det var tilgang til mange artikler i fulltekst, hendte det også at noen relevante artikler ble ekskludert fordi de ikke var tilgjengelige i fulltekst.

Tre av studiene fra resultatdelen er gjort i ikke-vestlige land, noe som kan ha påvirket resultatet i studien ved at kulturforskjeller ikke ble vektlagt.

5.0 Konklusjon

Mastektomi kan både ha stor betydning, og være av liten betydning for kvinners seksualitet etter brystkreft, avhengig av kvinnen som individ og hennes respons på sykdommen. Andre faktorer som har vesentlig innvirkning på seksualfunksjonen er: kvinnens personlige egenskaper som individ, kvaliteten på parforhold, adjuvant behandling, alder, psykisk helse, seksuallivet før diagnosen, kroppsbilde, menopausale symptomer, og hvor seksuelt attraktiv kvinnen føler seg. En brystrekonstruksjon bedrer ikke nødvendigvis seksualfunksjonen etter mastektomi.

Informasjon og kommunikasjon om seksualitet under og etter behandling for brystkreft, har også betydning for kvinnenes seksualfunksjon. Dessverre er sykepleiere for dårlige til å informere og diskutere temaet seksualitet rundt brystkreft. I tillegg har informasjon og medbestemmelse om ulike behandlingsmuligheter, betydning for kvinnens selvbylde og psykisk helse i lang tid etterpå. For å kunne foreta en helhetlig vurdering av pasientene, må sykepleierne våge å ta opp temaet. På denne måten kan hensiktsmessige tiltak utføres for å forebygge seksuell dysfunksjon blant utsatte pasienter, og for å styrke pasientenes mestringsevner.

Siden seksualiteten viser seg å være av signifikant betydning for livskvaliteten, er det viktig at temaet blir inkludert i omsorgen for brystkreftpasienter. Dette er også vesentlig fordi nærhet og en god seksualitet er av betydning for helbredelsesprosessen.

Studien belyser et relevant tema som er aktuelt i sykepleiefaget. Ved å øke kunnskapen rundt brystkreft og seksualitet, og om type kirurgi er av avgjørende betydning, vil sykepleiere bli mer bevisst på hvilke faktorer som har betydning for den seksuelle livskvaliteten til brystkreftoverlevende.

Tiltak for å forbedre sykepleieres kunnskap rundt temaet bør iverksettes. Det bør være et større fokus på seksualitet i pasientomsorgen til kreftpasienter i utdanningsplanene for sykepleiefaget. Sykepleiere trenger også mer trening i å møte slike situasjoner i praksis. Eventuelle partnere til kvinnene bør inkluderes i samtaler om seksualitet, siden parforholdet er av betydning for seksualiteten. Tiltak på hvordan sykepleieren kan redusere brystkreftpasienters ubehag rundt å diskutere temaet seksualitet, bør også undersøkes og diskuteres.

Det er nødvendig med videre forskning som undersøker barrierer som hindrer at seksualitet diskuteres blant sykepleiere og brystkreftpasienter. Forskning som undersøker hvilke faktorer som spiller inn på en kvinnes mestring etter gjennomgått mastektomi bør også undersøkes mer i detalj.

Referanseliste

- Al-Ghazal S K, Sully L, Fallowfield L & Blamey R W (2000), The psychological impact of immediate rather than delayed breast reconstruction, *European Journal of Surgical Oncology*, 26, s. 17-19.
- Avis N E, Crawford S & Manuel J (2004), Psychosocial Problems Among Younger Women With Breast Cancer, *Psycho-Oncology*, 13, s. 295-308.
- Bakewell R T & Volker D L (2005), Sexual Dysfunction Related to the Treatment of Young Women With Breast Cancer, *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 9 (6), s. 697-702.
- Berglund G, Nystedt M, Bolund C, Sjöden P-O & Rutquist L-E (2001), Effect of Endocrine Treatment on Sexuality in Premenopausal Breast Cancer Patients: A Prospective Randomized Study, *Journal of Clinical Oncology*, 19 (11), s. 2788-2796.
- Blomhoff R (2006), Kreft og kosthold, i: Kåresen, R & Wist E (red.), *Kreftsykdommer – en basisbok for helsepersonell*, 2. utgave, 2. opplag, s.106-117, Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Burwell S R, Case L D, Kaelin C & Avis N E (2006), Sexual Problems in Younger Women After Breast Cancer Surgery, *Journal of Clinical Oncology*, 24 (18), s. 2815-2821.
- Dalton E J, Rasmussen V N, Classen C C, Grumann M, Palesh O G, Zarocone J, Kraemer H C, Kirshner J J, Colman L K, Morrow G R & Spiegel D (2009), Sexual Adjustment and Body Image Scale (SABIS): A New Measure for Breast Cancer Patients, *The Breast Journal*, 15 (3), s. 287-290.
- Davis S C, Meneses K & Messias D K H (2010), Exploring sexuality & quality of life in women after breast cancer surgery, *The Nurse Practitioner*, 35 (9), s. 25-31.
- Decker C L, Pais S, Miller K D, Goulet R & Fife B L (2012), A Brief Intervention to Minimize Psychosexual Morbidity in Dyads Coping With Breast Cancer, *Oncology Nursing Forum*, 39 (2), s. 176-185.
- Den Oudsten B L, Van Heck G L, Van der Steeg A F W, Roukema J A & De Vries J (2010), Clinical factors are not the best predictors of quality of sexual life and sexual functioning in women with early stage breast cancer, *Psycho-Oncology*, 19, s. 646-656.
- Emilee G, Ussher J M & Perz J (2010), Sexuality after breast cancer: A review, *Maturitas*, 66, s. 397-407.

- Fallbjörk U, Salander P & Rasmussen B H (2012), From “No Big Deal” to “Losing Oneself” – Different Meanings of Mastectomy, *Cancer Nursing*, 35 (5), s. 41-48.
- Fobair P, Stewart S L, Chang S, D’Onofrio C, Banks P J & Bloom J R (2005), Body Image and Sexual Problems in Young Women with Breast Cancer, *Psycho-Oncology*, 15, s. 579-594.
- Forsberg C & Wengström Y (2013), *Att göra systematiska litteraturstudier-Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*, 3. utgåve, 1. opplag, Stockholm, Författarna og Bokförlaget Natur & Kultur.
- Ganz P A, Desmond K A, Belin T R, Meyerowitz B E & Rowland J H (1999), Predictors of Sexual Health in Women After Breast Cancer Diagnosis, *Journal of Clinical Oncology*, 17 (8), s. 2371-2380.
- Granheim U H & Lundman B (2004), Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness, *Nurse Education Today*, 24, s. 105-112.
- Henson H K (2002), Breast Cancer and Sexuality, *Sexuality and Disability*, 20 (4), s. 261-275.
- Herbenick D, Reece M, Hollub A, Satinsky S & Dodge B (2008), Young Female Breast Cancer Survivors – Their Sexual Function and Interest in Sexual Enhancement Products and Services, *Cancer Nursing*, 31 (6), s. 417-425.
- Holmberg S K, Scott L L, Alexy W & Fife B L (2001), Relationship Issues of Women With Breast Cancer, *Cancer Nursing*, 24 (1), s. 53-60.
- Hordern A (2000), Intimacy and Sexuality for the Woman With Breast Cancer, *Cancer Nursing*, 23 (3), s. 230-236.
- Huber C, Ramnarace T & McCaffrey R (2006), Sexuality and Intimacy Issues Facing Women With Breast Cancer, *Oncology Nursing Forum*, 33 (6), s.1163-1167.
- Jacobsen D, Kjeldsen S E, Ingvaldsen B, Buanes T & Røise O (2010), *Sykdomslære – Indremedisin, kirurgi og anestesi*, 2. utgåve, 2. opplag, Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Krebs L U (2008), Sexual Assessment in Cancer Care: Concepts, Methods, and Strategies for Success, *Seminars in Oncology Nursing*, 24 (2), s. 80-90.
- Kåresen R & Wist E (2006), Svulster i mammae, i: Kåresen, R & Wist E (red.), *Kreftsykdommer – en basisbok for helsepersonell*, 2. utgåve, 2. opplag, s. 259-285, Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Lam W W T, Li W W Y, Bonanno G A, Mancini A D, Chan M, Or A & Fielding R (2012), Trajectories of body image and sexuality during the first year following diagnosis of breast cancer and their relationship to 6 years psychosocial outcomes, *Breast Cancer Research and Treatment*, 131, s. 957-967.
- Langberg C W (2006), Strålebehandling, i: Kåresen, R & Wist E (red.), *Kreftsykdommer – en basisbok for helsepersonell*, 2. utgave, 2. opplag, s.70-78, Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lavin M & Hyde A (2006), Sexuality as an aspect of nursing care for women receiving chemotherapy for breast cancer in an Irish context, *European Journal of Oncology Nursing*, 10, s. 10-18.
- Lindebrække K & Midtbø N (2003), *Sterk Dame – Kvinner, brystkreft og norsk helsepolitikk*, Oslo, Aschehoug & Co.
- Lorentsen V B & Grov E K (2010), Generell sykepleie ved kreftsykdommer, i: Almås H, Stubberud D-G & Grønseth R (red.), *Klinisk Sykepleie 2*, 4. utgave, 1. opplag, s. 401-437, Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven) (2011)
<<http://www.lovdatab.no/all/tl-19990702-063-003.html>> [lastet ned 06.05.2013]
- 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*, 15, s. 167-172.
- Molven O (2010), *Sykepleie og jus*, 3. utgave, 2. opplag, Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS
- Panjari M, Bell R J & Davis S R (2011), Sexual Function after Breast Cancer, *The Journal of Sexual Medicine*, 8, s. 294-302.
- Pérez M, Liu Y, Schootman M, Aft R L, Schechtmann 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: The Journal of The North American Menopause Society*, 17 (5), s. 924-937.
- Rowland J H, Desmond K A, Meyerowitz B E, Belin T R, Wyatt G E & Ganz P A (2000), Role of Breast Reconstructive Surgery in Physical and Emotional Outcomes Among Breast Cancer Survivors, *Journal of the National Cancer Institute*, 92 (17), s. 1422-1429.
- Schover L R (1991), The Impact of Breast Cancer on Sexuality, Body Image and Intimate Relationships, *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 41 (2), s. 112-120.

- Sheppard L A & Ely S (2008), Breast Cancer and Sexuality, *The Breast Journal*, 14 (2), s. 176-181.
- Speer J J, Hillenberg B, Sugrue D P, Blacker C, Kresge C L, Decker V B, Zakalik D & Decker D A (2005), Study of Sexual Functioning Determinants in Breast Cancer Survivors, *The Breast Journal*, 11 (6), s. 440-447.
- Sørensen E M & Almås H (2010), Sykepleie ved brystkreft, i: Almås H, Stubberud D-G & Grønseth R (red.), *Klinisk Sykepleie* 2, 4. utgave, 1. opplag, s. 439-453, Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Takahashi M, Ohno S, Inoue H, Kataoka A, Yamaguchi H, Uchida Y, Oshima A, Abiru K, Ono K, Noguchi R & Kai I (2008), Impact of breast cancer diagnosis and treatment on women's sexuality: a survey of Japanese patients, *Psycho-Oncology*, 17, s. 901-907.
- Ussher J M, Perz J & Gilbert E (2012), Changes to Sexual Well-Being and Intimacy After Breast Cancer, *Cancer Nursing*, 35 (6), s. 456-465.
- Ussher J M, Perz J & Gilbert E (2013), Information needs associated with changes to sexual well-being after breast cancer, *Journal of Advanced Nursing*, 69 (2), s. 327-337.
- Wenzel L B, Fairclough D L, Brady M J, Cella D, Garrett K M, Kluhsman B C, Crane L A & Marcus A C (1999), Age-Related Differences in the Quality of Life of Breast Carcinoma Patients after Treatment, *Cancer*, 86 (9), s.1768-1774.
- Wilmoth M C (2001), The Aftermath of Breast Cancer: An Altered Sexual Self, *Cancer Nursing*, 24 (4), s. 278-286.
- Yurek D, Farrar W & Andersen B L (2000), Breast Cancer Surgery: Comparing Surgical Groups and Determining Individual Differences in Postoperative Sexuality and Body Change Stress, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (4), s. 697-709.
- Zachariae B & Christensen S (2004), De sociale relationers betydning for helbred og kræft, i: Zachariae B & Mehlsen M Y (red.), *Kræftens Psykologi – Psykologiske og sociale aspekter ved kræft*, s.46-61, Gylling, Hans Reitzels Forlag.

Vedlegg 1: Oversikt over søkestrategier, per. 2013-05-20

Tabell 1

Database	Avgrensninger	Søkeord	Antall treff	Utvalg 1	Utvalg 2	Utvalg 3	Utvalg 4
Medline		1) Breast Neoplasms	201 040				
		2) Sexuality AND adult	1447				
		Combine 1 AND 2	68	33	17	7	5

Utvalg 1: lest artikkelens tittel

Utvalg 2: lest artikkelens abstrakt

Utvalg 3: lest artikkelen i sin helhet

Utvalg 4: artikler valgt ut for granskning og vurdering

Tabell 2

Database	Avgrensninger	Søkeord	Antall treff	Utvalg 1	Utvalg 2	Utvalg 3	Utvalg 4
Medline		1) Breast Neoplasms	203128				
		2) Sexuality	26209				
		3) Clinical Nursing OR Nursing Care OR Nursing Research	246557				
		Combine 1 AND 2 AND 3	12	6	5	4	1

Tabell 3

Database	Avgrensninger	Søkeord	Antall treff	Utvalg 1	Utvalg 2	Utvalg 3	Utvalg 4
Medline		1) Breast Neoplasms	203128				
		2) Sexuality	26209				
		3) Mastectomy	21830				
		4) Combine 1 OR 3	206214				
		Combine 2 AND 4	171	61	23	4	1

Tabell 4

Database	Avgrensninger	Søkeord	Antall treff	Utvalg 1	Utvalg 2	Utvalg 3	Utvalg 4
Cinahl		1) Breast Neoplasms	32732				
		2) Sexuality OR Sexual Dysfunction, Female	21657				
	2005-2013	Combine 1 AND 2	164	50	23	7	2

Tabell 5

Database	Avgrensning	Søkeord	Antall treff	Utvalg 1	Utvalg 2	Utvalg 3	Utvalg 4
Medline		1) Breast Neoplasms	203128				
		2) Sexual Dysfunction, Psychological	22331				
		3) Mastectomy	21830				
		Combine 1 AND 2 AND 3	15	7	5	3	1

Tabell 6

Database	Avgrensninger	Søkeord	Antall treff	Utvalg 1	Utvalg 2	Utvalg 3	Utvalg 4
Medline		1) Breast Neoplasms	203128				
		2) Sexual dysfunctions, Psychological	26039				
		3) Mastectomy	21830				
		Combine 1 AND 2 AND 3	29	15	9	5	2

Vedlegg 2: Vurderingsskjema for forskningsartikler

Tabell 4 Vurdering av forskningsartikler Et eksempel

Vurdering av forskningsartikkel

Artikkel nr

Tittel _____

Hovedområde _____

Forfatter/e _____

Land _____ Språk _____ År _____

Type studie _____

Original _____ Review _____ Annet _____

Resultater: _____

Kommentarer: _____

Kvalitetsbedømming _____

Viktige stikkord:

Vedlegg 3: Oversikt over inkluderte artikler

Artikkel 1: *Sexual Problems in Younger Women After Breast Cancer Surgery*

Forfattere År Land Tidsskrift	Studiens hensikt	Design/ Intervensjon/ Instrument	Deltakere/ bortfall	Hovedresultat	Relevans/ kommentar i forhold til kvalitet
Burwell m.fl. (2006) USA Journal of Clinical Oncology	Å undersøke seksuelle problemer blant unge kvinner diagnostisert med brystkreft i løpet av det første året etter kirurgien, og identifisere sosiodemografiske, medisinske og psykososiale faktorer som forutsier seksuelle problemer	Kvantitativ Spørreskjema	209	Seksuelle problemer var større umiddelbart postkirurgisk sammenliknet med før diagnosen. Problemene ble redusert over tid, men de var fortsatt større 1 år etter kirurgien enn de var før diagnosen. Den sterkeste indikatoren på seksuelle problemer etter brystkreft var følelsen av å være mindre seksuelt attraktiv.	Relevant for hensikten

Artikkel 2: *Clinical factors are not the best predictors of quality of sexual life and sexual functioning in women with early stage breast cancer*

Forfattere År Land Tidsskrift	Studiens hensikt	Design/ Intervensjon/ Instrument	Deltakere/ bortfall	Hovedresultat	Relevans/ kommentar i forhold til kvalitet
Den Oudsten m.fl. (2010) Nederland	Å utforske faktorene som bestemmer kvaliteten på seksuallivet, seksualfunksjonen,	Kvantitativ Spørreskjema Sammenlikner to grupper: en	799 Bortfall: 190 Antall som fullførte	Kliniske faktorer forutså ikke kvaliteten på seksuallivet, seksualfunksjonen eller seksuell	Ny forskning Relevant for hensikten

Psycho-Oncology	og seksuell nytelse 6 og 12 måneder etter kirurgisk behandling	gruppe med kvinner med tidlig kreftstadium, og en gruppe med en benign bryst tilstand	studien: 609	nytelse. Enkelte faktorer forutså de ulike seksualfunksjonene på forskjellige tidspunkt etter behandlingen. Hovedsakelig personlighet og psykologiske faktorer påvirket pasientenes seksualitet etter kirurgisk behandling.	Mange deltakere
-----------------	--	---	--------------	---	-----------------

Artikkel 3: From "No Big Deal" to "Losing Oneself" – Different Meanings of Mastectomy

Forfattere År Land Tidsskrift	Studiens hensikt	Design/ Intervensjon/ Instrument	Deltakere/ bortfall	Hovedresultat	Relevans/ kommentar i forhold til kvalitet
Fallbjörk m.fl. (2012) Sverige Cancer Nursing	Å undersøke kvinners fortellinger om innvirkningen mastektomien har på deres liv, samt deres refleksjoner rundt rekonstruksjon	Kvalitativ Tematiske fortellingsinspirerte intervju 4,5 år etter mastektomi	15	Tre typer fortellinger ble identifisert. I den første ble mastektomien sett på som «ikke så farlig», i den andre ble den sammenliknet med «å miste seg selv», den tredje var en blanding mellom de to første	Veldig relevant for temaet i oppgaven. Artikkelen fra Sverige, noe som gjør at resultatene er overførbare til norske forhold. Artikkelen er fra 2012

Artikkel 4: Young Female Breast Cancer Survivors – Their Sexual Function and Interest in Sexual Enhancement Products and Services

Forfattere År Land Tidsskrift	Studiens hensikt	Design/ Intervensjon/ Instrument	Deltakere/ bortfall	Hovedresultat	Relevans/ kommentar i forhold til kvalitet
Herbenick m.fl. (2008)	Å vurdere seksualfunksjonen	Kvantitativ	115	Sammenliknet med normative	Er relevant for

USA Cancer Nursing	til unge overlevende etter brystkreft og deres interesse for seksuelt tilleggsutstyr	Spørreskjema Tverrsnitt undersøkelse		kontroller hadde pasientene lavere seksualfunksjon. De fleste var litt eller veldig interessert i seksuelt tilleggsutstyr	hensikten.
--------------------------	---	--	--	--	------------

Artikkel 5: Trajectories of body image and sexuality during the first year following diagnosis of breast cancer and their relationship to 6 years psychosocial outcomes

Forfattere År Land Tidsskrift	Studiens hensikt	Design/ Intervensjon/ Instrument	Deltakere/ bortfall	Hovedresultat	Relevans/ kommentar i forhold til kvalitet
Lam m.fl. (2012) Kina Breast Cancer Research and Treatment	Å undersøke faktorer som bestemmer endring i kroppsbilde og seksualitet i løpet av det første året etter brystkreftdiagnosen for å skille kroppsbilde og seksualitetsforløp. Deretter utforsket om forskjeller i forløp spådde seks års psykososiale utfall	Kvantitativ Spørreskjema	405 Bortfall: 67 Antall deltagere som fullførte: 338	De fleste kvinnene hadde stabilt selvbilde og seksualitet. Vanskeligheter med beslutnings- prosesser i behandlingen, tilfredsstillelse med utfall av behandlingen, fysiske symptomer og psykologisk stress forutså forløpsmønster.	Relevant fordi det er en langtidsstudie som bl.a. måler utfall av sykdommen flere år etterpå.

Artikkel 6: Sexuality and quality of life of breast cancer patients post mastectomy

Forfattere År Land Tidsskrift	Studiens hensikt	Design/ Intervensjon/ Instrument	Deltakere / bortfall	Hovedresultat	Relevans/ kommentar i forhold til kvalitet
Manganiell o m.fl. (2011) Brasil	Å vurdere seksuell fungering hos brystkreft pasienter post mastektomi	Kvantitativ studie Tverrsnittsundersøkel se 2 spørreskjema om	100 kvinner	Mange kvinner hadde dårlig til normal seksuell funksjon og tilfredsstillelse. Seksualfunksjonen	Relevant for studiens hensikt Ny

European Journal of Oncology Nursing	og dens assosiasjon med deres livskvalitet, personlige egenskaper til kvinnene og deres partner, bryst rekonstruksjon, kreft stadium og adjuvant behandling	seksualfunksjon ble brukt		var bedre blant kvinner som gjennomgikk brystrekonstruksjon Kvinner med eldre partnere (60 år eller eldre) hadde dårligere seksualfunksjon og seksuell tilfredsstillelse.	forskning
--------------------------------------	---	---------------------------	--	--	-----------

Artikkel 7: *Sexual Function after Breast Cancer*

Forfattere År Land Tidsskrift	Studiens hensikt	Design/ Intervensjon/ Instrument	Deltakere/ bortfall	Hovedresultat	Relevans/ kommentar i forhold til kvalitet
Panjari m.fl. (2011) Australia The Journal of Sexual Medicine	Å vurdere innvirkningen den første diagnosen av invasiv brystkreft og behandling hadde, menopausale symptomer, og kroppsbilde og seksualfunksjon	Kvantitativ Langtids/ Prospektiv kohort studie? Spørreskjema	1 684 Bortfall: 673 Deltakere i avsluttende analyse: 1 011	Mange opplevde seksuelle problemer og vasomotoriske symptomer. Behandling med aromatasehemmere og kroppsbilde problemer gav utslag i større problemer med seksualfunksjonen	Artikkelen er ny. Mange deltakere.

Artikkel 8: *Changes in sexual problems over time in women with and without early-stage breast cancer*

Forfattere År Land Tidsskrift	Studiens hensikt	Design/ Intervensjon/ Instrument	Deltakere/ bortfall	Hovedresultat	Relevans/ kommentar i forhold til kvalitet
Pérez m.fl. (2010) USA The Journal of The North American	Å undersøke om kvinner i samme alder med og uten tidlig stadium av brystkreft opplevde	Kvantitativ En pasientgruppe og en kontrollgruppe Fire intervju 4-	1 096 1 033 fullførte ett eller flere telefonintervju Bortfall: 137	Pasienter og kontrollgruppen hadde få seksuelle problemer i gjennomsnitt. Pasienter med kreft-stadium 1	Relevant fordi undersøkelsen er over lengre tid. Dermed kan brystkreftens innvirkning over tid

Menopause Society	seksuelle problemer forskjellig over tid og om forandringer i pasientenes problemer varierte med type kirurgi	6 uker, 6 måneder, 1 og 2 år etter tumorreseksjon eller negativ mammografi screening	Deltakere som fullførte undersøkelsen: 959	hadde større sjanse for å ha problemer med å føle seg seksuelt attraktiv. Kvinner som gjennomgikk mastektomi hadde 2,7 ganger større sannsynlighet for å ha seksuelle problemer 2 år etter kirurgien.	studies. Mange deltakere
-------------------	---	--	--	---	-----------------------------

Artikkel 9: *Study of Sexual Functioning Determinants in Breast Cancer Survivors*

Forfattere År Land Tidsskrift	Studiens hensikt	Design/ Intervensjon/ Instrument	Deltakere/ bortfall	Hovedresultat	Relevans/ kommentar i forhold til kvalitet
Speer m.fl. (2005) USA The Breast Journal Distress	Å identifisere behandlingen, personlige, mellommenneskelige, og hormonelle faktorer hos brystkreft overlevende som bestemmer seksuell dysfunksjon.	Kvantitativ Spørreskjema	55 kvinner	Ingen sammenheng mellom type kreftbehandling, hormonnivåer, og seksualfunksjon. Brystkreft pasientene hadde dårligere seksualfunksjon enn normalt på alle områder unntatt lyst. Pasientenes grad av problemer i forholdet påvirket betydelig opphisselse, orgasme, lubrikasjon, tilfredsstillelse og dyspareuni.	Tar for seg relevante tema knyttet til hensikten. Få deltakere.

Artikkel 10: *Impact of breast cancer diagnosis and treatment on women's sexuality: a survey of Japanese patients*

Forfattere År Land Tidsskrift	Studiens hensikt	Design/ Intervensjon/ Instrument	Deltakere/ bortfall	Hovedresultat	Relevans/ kommentar i forhold til kvalitet
Takahashi m.fl. (2008) Japan Psycho- Oncology	Å undersøke seksuelle forandringer erfart av brystkreft pasienter i Japan etter kirurgi, og deres seksual- relaterte informasjonsbehov	Kvantitativ Tverrsnitt undersøkelse Spørreskjema	210 fikk spørreskjema 124 svarte på spørreskjema et I studien: data fra 85 deltakere ble brukt Dette var fordi disse kvinnene hadde et aktivt seksualliv med partneren før kirurgien, og de hadde gjennomgått kirurgi minst 1 år før studien fant sted. Dette var fordi forfatterne ønsket en lang nok observasjons periode.	Seksualiteten forandrer seg etter brystkreft. De som anså seksuallivet som viktig før diagnosen var mer sannsynlig i å bevare hyppigheten av sex. Deltakerne ønsket informasjon om behandlingen s påvirkning på seksualiteten.	Relevant for hensikten. Tar for seg behov for informasjon. Studien har et stort fracfall av deltakere.

Artikkel 11: *Information needs associated with changes to sexual well-being after breast cancer*

Forfattere År Land Tidsskrift	Studiens hensikt	Design/ Intervensjon/ Instrument	Deltakere/ bortfall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet

Ussher m.fl. (2013)	Å undersøke behov for informasjon om seksualitet, erfaringer med å få slik informasjon og pasient kommunikasjon om seksualitet med helsepersonell, etter brystkreft	Blandet metode analyse: primært kvantitativ, med en kvalitativ komponent	2210, med 1965 som besvarte alle spørsmål Bortfall: 245 Antall deltakere som fullførte: 1965	De fleste opplevde forandringer i seksuell velvære. Mange ønsket informasjon om forandringene.	Veldig relevant. Artikkelen er helt ny, tidsskriftet er anerkjent. Mange deltakere.
------------------------	---	--	--	--	---

Artikkel 12: *The Aftermath of Breast Cancer: An Altered Sexual Self*

Forfattere År Land Tidsskrift	Studiens hensikt	Design/ Intervensjon/ Instrument	Deltakere/ bortfall	Hovedresultat	Relevans/ kommentar i forhold til kvalitet
Wilmoth, M C (2001) USA Cancer Nursing	Å beskrive seksualitetsaspekter som var viktige for kvinner etter behandling for brystkreft	Kvalitativt beskrivende	18	To hovedkategorier ble identifisert: tap (manglende deler, tap av menstruasjon, tap av seksuelle følelser, tap av kvinnelighet) og påvirkende faktorer (informasjonskontroll og parforhold)	Litt gammel, men temaet er relevant for hensikten

Artikkel 13: *Breast Cancer Surgery: Comparing Surgical Groups and Determining Individual Differences in Postoperative Sexuality and Body Change Stress*

Forfattere År Land Tidsskrift	Studiens hensikt	Design/ Intervensjon/ Instrument	Deltakere/ bortfall	Hovedresultat	Relevans/ kommentar i forhold til kvalitet
Yurek m.fl. (2000) USA Journal of Consulting and Clinical Psychology	Å undersøke kvinner diagnostisert og behandlet for regional brystkreft for å bestemme forandringer i kropp og seksualitet. Sammenliknet	Kvantitativ Spørreskjema	190	Seksualiteten til kvinner som fikk rekonstruksjon var betydelig annerledes enn for kvinner som fikk mastektomi eller brystbevarende kirurgi. Kvinner som fikk mastektomi hadde mer traumatisk stress og situasjonsbestemte	Studien er gammel, men tar for seg relevante temaer i forhold til hensikten

	effekten av de ulike kirurgiske inngrepene			plager vedrørende brystforandringene. Individuelle forskjeller i seksualiteten ble relatert til resultat av både seksualitets- og kroppsforandringstress	
--	--	--	--	--	--

Vedlegg 4: Tabell – eksempel på subkategorier og kategorier

Målet med denne tverrsnittsundersøkelsen var å vurdere seksualfunksjonen til brystkreftpasienter etter mastektomi, og dens assosiasjoner med deres livskvalitet, de personlige egenskapene til kvinnene og deres partnere, brystrekonstruksjon, kreft-stadium, og adjuvant behandling.

Subkategorier	Kategorier
Kvinner som gjennomgikk mastektomi var mer misfornøyde med sitt seksualliv og seksualfunksjon, enn kvinner som i tillegg gjennomgikk brystrekonstruksjon	Mastektomi
Strålebehandling, kjemoterapi og hormonbehandling hadde ikke betydningsfull sammenheng med seksualfunksjonen	Behandlingens bivirkninger og innvirkning på seksualiteten
Gjennomsnittlig livskvalitet til kvinner etter mastektomi var dårlig til normal Bedre livskvalitet ble assosiert med sosiale aspekter, psykisk helse, fysisk fungering og livsglede Det ble sett en betydelig sammenheng mellom seksuell tilfredsstillelse og livskvalitet i forhold til fysisk fungering, livsglede og følelsesmessige begrensninger	Livskvalitet, kroppsbylde og seksualitet
Kvinner som hadde eldre partnere (60 år eller eldre) hadde dårligere seksualfunksjon og seksuell tilfredsstillelse, enn de som hadde yngre partnere	Forhold til partner

Kilde: 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*, 15, s. 167-172.