



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Bacheloroppgave

SY 301813 - Sykepleie VI

Seksualitet og relasjon til partner etter mastektomi

Kandidatnr: 10006

Totalt antall sider inkludert forsiden: 50 sider og 3 Vedlegg

Innlevert Ålesund,

Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. **Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.**

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter NTNUs studieforskrift.	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng:

Veileder: Eva Walderhaug Sæther

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten ([Åndsverkloven §2](#)).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage med forfatter(ne)s godkjenning.

Opgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved NTNU i Ålesund en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?
(Båndleggingsavtale må fylles ut)

ja nei

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

(inneholder taushetsbelagt informasjon. [Jfr. Offl. §13/Fvl. §13](#))

ja nei

Dato: 18.08.2017

Antall ord: 8751

Forord

Sammendrag Bakgrunn:

Brystkreft er den vanligste kreftformen hos kvinner i verden, og bare i Norge blir det oppdaget 2800 nye tilfeller hvert år. Mastektomi er den viktigste behandlingsformen.

Hensikt:

Oppgaven vil finne ut hvordan kvinner opplever seksualitet og relasjon til partner etter utført mastektomi på grunn av brystkreft.

Metode: Fremgangsmetoden var et systematisk litteratursøk, hvor tre utvalgte databaser ble brukt. Fra søkene ble det brukt seks kvalitative og to kvantitative artikler som ble analysert.

Resultat: Hovedfunnene var at kvinnene i studiene opplevde forskjellige psykososiale reaksjoner. Kvinnene opplevde endring i kroppsbilde. pasientene opplevde at mastektomien påvirket relasjon med partner positivt og negativt.

Konklusjon: Kvinnene opplevde psykososiale endringer etter mastektomi som påvirket tilværelsen i perioden etter. Relasjon til partner ble påvirket fordi kvinnene endret oppfatning av seg selv og oppfatning om hvordan partner oppfattet de. Sykepleier trenger mer informasjon om hvordan de kan møte kvinnene og partner.

Summary Background: Breast cancer is the most common cancer for women in the world, and only in Norway, it is discovered 2800 new cases each year. Mastectomy is the most important treatment method.

Purpose: The paper will determine how women experience sexuality and relationship with partner after they conducted mastectomy because of breast cancer.

Method: Method was a systematic literature where three selected databases were used. From the searches six qualitative and two quantitative articles were analyzed.

Result: The main findings were that the women in the studies experienced various psychosocial reactions. Womens experienced change in the body image. The womens experienced that the mastectomy affected their relationship with partner.

Conclusion: The women experienced psychosocial changes after mastectomy that affected life in some period. Relation to partner were affected because women changed

perception of themselves and perception of how partner looked at them. Nurses must get more information about how to meet the women and the partner.

Innhold

1.0 Innledning	
3 1.1 Bakgrunn for valg av tema	3
1.2 Oppgavens hensikt	3
1.3 Problemstilling	3
1.4 Begrepsavklaring.....	4
1.5 Avgrensinger og spesielt fokus	4
1.6 Oppgavens oppbygging	4
2.0 Teori	
5 2.1 Brystkreft	5
2.2 Mastektomi	5
2.3 Kroppsbilde	6
2.4 Kommunikasjon	6
2.5 Traumatisk krise.	8
3.0 Metode	
10 3.1 Datainnsamling	
10 3.1.1 Søkestrategi	11
3.1.2 Inklusjonskriterier	13
3.1.3 Eksklusjonskriterier.....	14
3.1.4 Kvalitetsvurdering	14
3.1.5 Etisk hensyn	14 3.2
Analyse	15 4.0
Resultat	17
4.1 Psykososiale endringer som påvirket seksualitet etter mastektomi	17
4.2 Hvordan mastektomi påvirket relasjon til partner	18
5.0 Diskusjon	
20 5.1 Metodediskusjon	
20 5.2 Resultatdiskusjon	
22 5.2.1 Psykososiale endringer som påvirket seksualitet etter mastektomi	22
5.2.2 Hvordan mastektomi påvirker relasjonen til partner.	25 6.0
Konklusjon	29

7.0 Litteraturliste	
31	
2	
Vedlegg 1 – Søkehistorikk	
33 Vedlegg 2 – Resultattabell	
.....	34 Vedlegg 3 -
Litteraturmatriser	37

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Tema for oppgaven er seksualitet og relasjon til partner hos kvinner som har fått utført mastektomi. Brystkreft ble valgt som utgangspunkt fordi det er den hyppigste krefttypen i verden hos norske kvinner. Det forekommer omtrent 2800 nye tilfeller hver år (Sørensen og Almås 2011:439). Oppgaven er basert på pasientperspektiv, slik at opplevelsene kvinner har i forhold til mastektomi kan belyses. Grunnen til at det ble valgt seksualitet og relasjon til partner som tema i problemstillingen, er fordi det sees som et viktig tema som blir lite omtalt i utdanningsløpet og i praksisstudiene. Ved mastektomi fjernes brystkjertelen (ibid:444). Kvinner som fjerner et bryst er ofte på sykehuset et døgn eller opptil et par dager, noe som gjør møtet med sykepleier. Dette skaper en utfordring i å forberede pasienten på livet etter inngrepet (Sørensen og Almås 2011:439).

1.2 Oppgavens hensikt

Hensikten med denne oppgaven er å belyse de opplevelsene kvinner kan ha rundt seksualitet og relasjon til partner etter utført mastektomi. Ifølge Borg (2010:126) kan sykepleierne som møter disse kvinnene ha mangel på kunnskap om temaet seksualitet og kan mene at er et tabu tema å snakke om, med kvinnene og deres partner. Temaet kan være nedprioritert grunnet mangel på tid (ibid). Oppgaven kan belyse ulike utfordringer som kvinnene møter etter en mastektomi, og gi sykepleiere informasjon om hva kvinnenes behov kan vær på et oppfølgingsmøte.

1.3 Problemstilling

Hvordan kan seksualitet og relasjon til partner oppleves for kvinner som har gjennomgått en mastektomi?

1.4 Begrepsavklaring

Adjuvant behandling: Behandling som minsker muligheten for spredning etter operasjon (Buckman, Whittaker og Cleese 2002:50).

Brystkreft: Brystkreft er en malign tumor som fastsetter seg i brystkjertelen (Sørensen og Almås 2011:440).

Mastektomi: mastektomi er et inngrep hvor brystkjertelen blir tatt bort. Musklene mellom brystkassen og brystkjertelen forblir urørt (Sørensen og Almås 2011:444).

Partner: person av motsatt kjønn.

Seksualitet: WHO (Verdens helseorganisasjon) forklarer seksualitet som en medfødt del av mennesket, en del av det å være menneske, og det kan ikke skilles fra andre deler av det å være menneske. Seksualitet er ikke bare sex mellom mann og kvinne, men omhandler et vidt spekter av følelsesmessige relasjoner mellom mennesker som påvirker tenkemåte, handlinger, følelser og mellommenneskelig respons, og derfor mennesket psykiske og fysiske helse (Borg 2010:121).

1.5 Avgrensinger og spesielt fokus

Oppgaven er avgrenset til kvinner som er fylt 18 år og oppover, og har en mannlig partner. Kvinnene skal ha vært i gjennom en fullstendig mastektomi og artiklene skal uttrykke seg om seksualitet og/eller relasjon til partner. Arenaen kvinnene blir møtt på er gjennom oppfølgingsmøter på sykehuset to uker etter inngrepet.

1.6 Oppgavens oppbygging

Oppgaven består av en teoridel, hvor relevant teori blir belyst. Videre en metodedel som beskriver søkestrategien og analysen i oppgaven. Deretter blir resultatet fra artiklene belyst i en syntese og oppgaven avsluttes med en metodediskusjon og resultatdiskusjon som munner ut i en konklusjon.

2.0 Teori

Her presenteres relevant kunnskap om det aktuelle temaet, som er seksualitet og relasjon til partner. Det blir beskrevet hva brystkreft og mastektomi er og hvilken innvirkning en mastektomi har på kroppsbilde i forhold til seksualitet, og kommunikasjon i forhold til relasjon til partner. Teoretiker som blir presentert i oppgaven er Cullbergs kriseteori og Travelbees kommunikasjonsteori.

2.1 Brystkreft

Brystkreft (cancer mammae) er en malign tumor som fastsetter seg i brystkjertelen. Kreftcellene ved brystkreft angriper ofte begrenset, men de kan løsne og spre seg til lymfeknuter i områder rundt (Sørensen og Almås 2011:440). Brystkreft blir fremdeles mye

forsket på med det formål om å forebygge sykdommen. Forskning har gjort det mulig å oppdage kreften tidlig i forløpet slik at prognosen blir bedre for de rammede. Den rammede, pårørende og helsevesenet kan oppleve at brystkreft er belastende (Sørensen og Almås 2011:439). Ifølge Sørensen og Almås (2011:446) tilbyr de fleste sykehus oppfølgingsgrupper for pasienter som har gjennomgått inngrep mot brystkreft. Etter inngrepet vil kvinnene få informasjon og tilbudt samtale sammen med kvinner som er i lignende situasjon (ibid). Et sykehus ble kontaktet for å finne ut hvilke tilbud de hadde i forhold til oppfølging. De bekreftet at der var tilbud om oppfølgingssamtaler med sykepleier til stede, en representant fra brystkreftforeningen og opp til tre andre kvinner som hadde fjernet brystet. Sykepleieren kan ta kontakt over telefon for å kunne gjenta informasjonen som ble gitt (Sørensen og Almås 2011:447).

2.2 Mastektomi

Ved behandling av brystkreft er kirurgi den mest essensielle, enten alene eller i kombinasjon med adjuvant behandling. Ved å kirurgisk fjerne svulsten i brystet blir det fjernet så mye som mulig av brystkjertelen, dette kalles en mastektomi (Sørensen og Almås 2011:444). Når en har fjernet hele brystkjertelen vil det være igjen et arr, uten bryst og brystvorte. Tilhelingen av arret kan vare fra seks måneder til et år. Kvinnene kan deretter bruke protese (Gjertsen 2010:441). I litteraturen til Kvåle (2002:74) blir det presisert at mastektomi blir gjennomført dersom det ikke er mulig å bevare brystet. I oppgaven har kvinnene gjennomført en mastektomi.

2.3 Kroppsbilde

Kvåle (2002:28) beskriver at mange pasienter med kreft vil gå i gjennom behandling som vil påvirke utseende. Kroppsbilde består gjerne av tre komponenter: kroppens egentlige utseende (kroppssrealitet), den ettertraktede kroppen (kroppsideal) og kroppens visning (kroppspresentasjon). Å miste en kroppsdel, som i denne situasjonen, kan få kvinnene til å føle at de har mistet en del av seg selv (Borg 2010:126). En nødvendig del av å føle seg trygg i sitt seksualliv kan påvirkes av hvordan en ser på seg selv som tiltrekkende (Kvåle 2002:29). Sørensen og Almås (2011:442) skriver at noen kvinner kan få en opplevelse av forandring i kroppen. Dette kan gi en negativ effekt på kvinnens identitet og seksualitet. I norsk kultur blir brystene sett på som en vesentlig del av kvinnenens oppfattelse av seksualitet (ibid:448). "Å miste et bryst betyr for mange at de ikke lenger opplever seg selv

som fullverdig kvinne” (Sørensen og Almås 2011:448). Hvordan en klarer å komme seg gjennom dette kan variere fra kvinne til kvinne (ibid:448).

2.4 Kommunikasjon

For å forstå hva som foregår mellom sykepleier og pasient, mener Travelbee at en må forstå alle sider ved sykepleie (Kirkevold 2012:113). Travelbees teori mener at sykepleier må fokusere på den rammedes opplevelse av sykdomssituasjon enn på den gitte diagnosen (ibid:115). “En hver sykdom eller skade er en trussel mot en selv, og måten den syke personen oppfatter sin sykdom på er viktigere enn noen helsearbeiders kategoriseringssystem. En helsearbeider kan ikke vite hvordan individet opplever sin sykdom(...)” (Kirkevold 2012:115).

Travelbee forklarer forholdet mellom sykepleier og pasient som et person til person forhold. Ifølge henne er det ikke et autoritært skille, men et forhold hvor man er likestilt som menneske (Kirkevold 2012:116). Ifølge Eide og Eide (2012:137) er kommunikasjon nødvendig for å kunne anlegge en person til person relasjon. Kirkevold (2012:117) beskriver Travelbees modell som er oppdelt i fem faser for å kunne se relasjonen. De fem fasene er: det første møte, utvikling av identiteter, medfølelse, forstår personen og at en forstår hverandre og får et godt bekjentskap (Kirkevold 2012:117). Sykepleierens oppgave i et slikt møte vil da være å se etter tegn som viser at kvinnene trenger å snakke om følelser rundt tapet av brystet (Sørensen og Almås 2011:449). Sykepleiere vil få innblikk i hvordan personen oppfatter sin situasjon og pasienten vil derfor se på sykepleier som et likestilt menneske, enn som en autoritær rolle (Kirkevold 2012:117). Når det gjelder kommunikasjon er det noe som foregår mellom mennesker for å bli kjent, både den nonverbale og den verbale kommunikasjon (Ibid:119). Ifølge Eide og Eide (2012:198) kan den nonverbale kommunikasjonen avsløre hvordan noen reagerer ved å se på kroppsspråket.

Ifølge Sørensen og Almås (2011:448) er støtte en viktig faktor. Sykepleier må ta seg tid til å prate med personen, gi råd og være tilgjengelig til å kunne besvare spørsmål. Støtte er noe kvinnene kan trenge fra partner. Partneren kan likevel oppleve behov for hjelp selv for å kunne gi den støtten den rammede partner har behov for. Det betraktes at kvinnen og partner blir sett på som en enhet. Dette fordi partene virker inn på hverandre når det kommer til å være usikker og redd. Kvåle (2002:29) mener at sykepleiere skal bidra til å

hjelpe pasientene til å mestre seksuelle problem og at det er en alminnelig del av hjelpen som gies. Årsaken til at sykepleierne ofte ikke tar opp temaet kan være fordi temaet oppleves tabu og intimt. Det finnes derfor modeller som sykepleier kan ta i bruk for at kreftpasienter og deres partnere lettere skal mestre seksuelle problem. Det betyr ikke bare samleie, men nærhet og annen fysisk berøring (ibid:29). En av de mest kjente modellene er PLISSIT-modellen, se tabell 1. Ved oppfølgingsmøtene vil bokstavene PLISS være relevante. Punktene bygger på å innrømme at man trenger hjelp, nøyaktig informasjon og praktiske råd (Kvåle 2002:29).

Tabell 1, PLISSIT-Modellen

Modell for mestring av seksuelle problem som følge av sykdom eller behandling:

P - Permisjon, og gi lov. Pasienten trenger å få lov til å innrømme at han eller hun trenger hjelp. Dette kan ofte vær den eneste hjelpen pasienten trenger.

L.I - Står for limited information. Det betyr at informasjonen må være nøyaktig og må bli gitt med følsomhet i forhold til pasientens behov og respons.

S.S - Står for specific suggestion. Det innebærer at noen trenger mer praktiske råd for å bli i stand til å endre holdninger eller oppførsel. Forslagene må være knyttet til pasientens behov og evne.

I.T - Står for intensive therapy. Dette er et systematisk program til pasienter som trenger mer intensiv behandling gitt av en trent terapeut med formell utdanning.

Kvåle (2002:29)

2.5 Traumatisk krise

Kvinnene kan oppleve en traumatisk krise etter inngrepet. En traumatisk krise er en ytre hendelse med så signifikant innvirkning at den står i fare for å påvirke den rammedes fysiske eksistens, sosiale identitet, grunnleggende livsmuligheter og trygghet. Krisen kan forklares ut fra hva som er årsaken til sjokket og/eller ut i fra den personlige erfaring den rammede opplever (Cullberg 2010:108). Den kan oppstå når nære relasjoner går bort, ved sykdom eller invaliditet (Cullberg 2010:110-111). Kvinnene har fjernet et bryst ved inngrepet og kan oppleve depresjon og svekket identitet på grunn av tapet. Kvinnene kan oppleve dramatisk endring i tilværelsene ved fjerning av et bryst. Depresjon, opplevelsen av å vær lemlestet og tap av attraktivitet kan oppstå (Ibid).

Kvinnene kan oppleve fire faser av krise. Fasene viser til ulike stadier kvinnene går igjennom ved en traumatisk krise, for så ved siste fase oppnå normal selvfølelse og håp (Cullberg 2010:130-140). Sjokkfasen kan vare noen timer eller flere dager. En person i sjokkfasen kan prøve å holde virkeligheten på avstand fordi personen ikke er forberedt på å ta inn den nye situasjonen. Under overflaten vil det vær kaos, uansett om personen kan oppleves som rolig på utsiden (Cullberg 2010:130-131). Den rammede kan ha problemer med å huske hva som ble sagt og derfor er det viktig at informasjon blir gjentatt (Cullberg 2010:130-131). Fasen kan begynne når personen prøver å forstå hva som har skjedd etter en periode med fornektelse. Nå vil personen ta i bruk forsvarsmekanismer for å kunne ta inn over seg hva som har skjedd i et rolig, kontrollert tempo. Personen prøver å finne mening i situasjonen med spørsmål om hvorfor akkurat han er blitt rammet og at det oppleves urettferdig. Fornektelse, regresjon, rasjonalisering, isolering og undertrykkelse er vanlige reaksjoner i fasen (ibid). I bearbeidelsesfasen begynner den rammede å se fremover og prøver å lære sin nye sosiale rolle i forhold til skaden. Personen slutter å benekte situasjonen og symptomer og adferd som har oppstått på grunn av sjokket begynner å forsvinne gradvis (ibid:138). I nyorienteringsfasen må personen leve med et arr resten av livet, men det hindrer ikke personen i å ha normal kontakt med andre mennesker. Personen har fått håpet og selvfølelsen tilbake og krisen har blitt en del av erfaringene (ibid:140).

Eide og Eide (2012:182) tar for seg kognitiv kontroll i møte med mennesker i krise. Kognitiv kontroll omhandler informasjon og undervisning. Manglende og dårlig informasjon kan skape utrygghet og forvirring i en ny, fremmed situasjon. Dårlig informasjon om situasjonen og eventuelle bivirkninger vil kunne vær roten til bekymring og usikkerhet. Kognitiv kontroll baseres på at personen har så mye informasjon om situasjonen at den oppleves som forutsigbar og åpenbar. Sykepleier har derfor ansvar for å gi informasjon om situasjonen, for eksempel informasjon om diagnosen, og behandling som skal skje (ibid). Personen vil kunne oppleve trygghet om han får utfyllende informasjon. Da det er mulighet til å forutse hva som kan skje eller hva som kommer til å skje fremover. Slik kan personen føle kontroll over situasjonen. Informasjon som blir gitt i grupper kan oppleves som positivt for den rammede siden en kan møte personer i lignende situasjon som opplever det samme. Slik kan situasjonen godtas lettere (ibid).

3.0 Metode

Retningslinjene for oppgaven baserer seg på minimum åtte forskningsartikler og oppgaven er en systematisk litteraturstudie. Metod delen inneholder en datasamling, søkestrategi og inklusjon- og eksklusjonskriterier for artiklene. I tillegg blir det forklart hvordan studiene er kvalitetsbedømt og hvilke etiske hensyn som er blitt gjort. Deretter blir det visst analysen som ble gjort av artiklene (Forsberg og Wengström 2013:27).

3.1 Datainnsamling

Høsten 2016 ble oppgaven presentert og tema for oppgaven måtte leveres. Det ble laget prosjektplan til seminar en. Søkeordene ble plassert i PIO-skjerma etter hva ideen for problemstillingen var. Det ble brukt et PIO-skjema for å strukturere søkeordene i hvem det gjaldt (P) hva som var årsaken (I) og hva som skulle oppnås (O), når det skulle søkes i databasene. Tabell 2 viser PIO-skjema. C- i PICO skjemaet ble ikke anvendt i denne oppgaven fordi det ikke var nødvendig å måle forskjellige resultater (Forsberg og Wengström 2013:70-71).

Tabell 2, PIO – Skjema

P- Pasient/ Population (hvem?)	I- intervensjon (hva) eller hva de utsettes for	O- outcome/utfall resultater.
Women Breast cancer	Mastectomy After surgery	Sexuality Relationship/ Partner Womens experience

Forsberg og Wengström (2013:73).

Oppgaven ble basert på pasientperspektiv, og fokuset var på kvalitative artikler. Ved kvalitative forskningsartikler fokuserer en på å tolke, skape en mening og få en forståelse for menneskets subjektive opplevelse av omverden (Forsberg og Wengström 2013:54)

Kvantitative artikler ble ikke utelukket i søket for å ikke miste eventuell informasjon som omfattet problemstillingen i kvantitative artikler (Forsberg og Wengström 2013:57).

Oppgaven startet med å gjøre litteratursøk i forskjellige databaser og lese relevant faglitteratur. Ved søk i databaser ble søkeordene: after surgery, breast cancer, mastectomy and sexuality utformet i PIO skjema. Ved søk i databasene ble årstallet avgrenset til 2008-2014. Oppgaven ble derfor bygd på moderne og nyere forskning. Bjørk og Solhaug (2013:67) skriver at det er viktig å dokumentere litteratursøket underveis. Dette ble gjort for å få en oversikt over hva som ble gjort underveis.

3.1.1 Søkestrategi

I forhold til problemstillingen var fokuset på pasientperspektivet og søkeordene ble rettet inn mot hvordan kvinnene opplever seksualitet og relasjon til partner etter en mastektomi. Det ble valgt å innsnevre problemstillingen inn til opplevelsen rundt seksualitet og relasjon til partner fordi temaene var mye brukt i artiklene som ble funnet. Siden disse to temaene ble valgt, ble det gjort et prøvesøk på "partner" i databasene for ikke å utelukke funn. Artiklene som ble funnet med "partner" som søkeord var allerede inkludert i oppgaven. I vedlegg 1 vises det en søkehistorikken som gir oversikt over hvilke databaser som ble søkt i, antall treff, hvor mange artikler som ble lest og hvilke som ble inkludert.

Det ble brukt tre søkeord i tre forskjellige databaser, Cinahl Complete, Cinahl og Academic Search Elite, deretter tre nye søkeord i samme databasene. I søkene ble overskriftene lest for å se hvilke som var relevante, og om artiklene ble oppfattet som relevante ble abstraktet lest. Om abstraktet var relevant ble artiklene lest og vurdert opp mot inklusjons - og eksklusjonskriteriene. Den boolske søkeoperatøren AND ble brukt for å finne relevant forskning. Ved å bruke denne til å kombinere søkeordene, ble søkingen begrenset til et mindre resultat (Forsberg og Wengström 2013:79).

Søkeprosess 1

I søkeprosess 1 ble følgende søkeord brukt: Breast cancer AND Mastectomy AND Sexuality. Disse ble trukket ut fra PIO- skjema.

Søket gjort 17.02.17 i Cinahl Complete, ga 36 treff. Overskriftene i søket ble studert og sju av artiklene ble ekskludert grunnet annen kultur og språk, tre grunnet rekonstruksjon, åtte omhandlet annen behandling. Ni sammendrag ble lest og ekskludert fordi fem omhandler før eller under operasjonen, tre på grunn av arvelighet og nylig fått diagnosen og en grunnet smerter. Videre ble 11 artikler lest hvor to manglet IMRAD struktur og to artikler var inkludert fra tidligere søk. Fem nye artikler i ble inkludert i oppgaven fra søket.

Søk gjort 17.0.17 i Cinahl, ga 28 treff. Sju av overskriftene ble studert hvor de videre ble ekskludert, grunnet annet språk. Tre sammendrag ble lest og ekskludert grunnet arvelighet og studiene ikke omhandlet mastektomi. Videre ble det lest 18 artikler hvor seks av artiklene ble ekskludert fordi de omhandlet rekonstruksjon og annen behandling. Seks nye artikler ble ekskludert fordi de ikke omhandlet vestlig kultur og en grunnet mangel på IMRAD. Fem av artiklene var allerede inkludert fra tidligere søk og ingen nye artikler ble inkludert.

Søk i Academic Search Elite gjort 19.02.17, ga 22 treff. Overskriftene ble gjennomlest og fem av artiklene ble ekskludert grunnet annet språk. Fire av artiklene ble ekskludert etter å ha studert sammendragene, fordi de omhandlet rekonstruksjon og andre krefttyper. 13 artikler ble videre studert hvor to ble ekskludert grunnet annen kultur, to artikler manglet IMRAD struktur, en var ikke referee bedømt og to var ikke etisk godkjent. Fire av artiklene var allerede inkludert i oppgaven fra tidligere søk og en artikkel ble ekskludert fordi deltakerne ble møtt i pre- operativ fase. En ny artikkel ble inkludert.

Søkeprosess 2

I søkeprosess 2 ble følgende søkeord brukt: Breast cancer AND After surgery AND Sexuality. Den 17.01.15 ble det utført et nytt søk i databasene. Søkeordet "mastectomy" ble endret til "after surgery" for å se om det var andre artikler som var relevant til

13

oppgaven. Dette var et søkeord som gikk igjen i mange artikler og ble derfor et relevant søkeord for søkeprosessen.

Det ble gjort et søk i Cinahl Complete med ti treff. Ti overskrifter ble studert og vurdert, tre artikler ble ekskludert grunnet annen kultur. Det ble lest to sammendrag hvor begge ble ekskludert, fordi deltakerne var under behandling og nylig diagnostisert med brystkreft. Fem artikler ble lest, hvor fire av artiklene allerede var inkludert i oppgaven. Inkluderte en artikkel.

I Cinahl ble det 10 treff. Fire overskrifter ble ekskludert fordi de ikke var vestlig kultur. Sammendraget til to artikler ble lest hvor de ble ekskludert fordi de omhandlet nylig diagnostisert brystkreft, postoperativ pleie og annen behandling. Det har blitt lest fire artikler hvor tre allerede var inkludert i oppgaven. Det ble inkludert en artikkel.

Søk i Academic Search Elite ga 11 treff. Fire av artiklene var på et annet språk og ble derfor ekskludert. Sammendraget til fire artikler ble lest, hvor tre ble ekskludert fordi to artikler omhandlet rekonstruksjon og en omhandlet postoperativ pleie. Videre ble det tre artikler lest, hvor to ble ekskludert fordi de omhandlet nylig oppdaget brystkreft og cellegift behandling, en var inkludert fra tidligere studie. Ingen nye artikler ble inkludert.

3.1.2 Inklusjonskriterier

- Omhandle brystkreft og mastektomi
- Fylt 18 år og oppover
- Artikler fra den vestlige verden
- År 2008-2014
- Gjennomgått en fullstendig mastektomi
- Opplevelser i forhold til seksualitet og relasjon til partner
- Oppfølging etter inngrepet, to uker eller mer.

14

- Referee bedømte og etisk godkjente

3.1.3 Eksklusjonskriterier

- Andre språk enn norsk, engelsk, svensk og dansk
- Ikke oppfyller standard for IMRAD
- Kvinner under annen behandling, utenom adjuvant behandling
- Artikler som omhandler rekonstruksjon

- Ikke mannlig partner

3.1.4 Kvalitetsvurdering

Etter å ha gjennomgått 35 artikler, ble det videre lest kritisk igjennom artiklene med fokus på artikkelens spørsmål og resultatet. IMRAD struktur ble sett etter i alle artiklene. Ifølge Dalland (2012:79) blir IMRAD strukturen ofte brukt som en mal for artikkelens oppbygging og struktur. Sjekklistene for kvalitativ og kvantitative artikler ble tatt i bruk (Forsberg og Wengström 2013:197-210). Styrker og svakheter i artiklene ble vurdert og tatt hensyn til. Etter nøye gjennomgang ble åtte artikler inkludert i oppgaven. Disse åtte artiklene ble igjen sjekket opp på nettsiden NSD som står for ”norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste”. Ved bruk av nettsiden ble det mulig å sjekke om artiklene var referee bedømte og godkjent for bruk i oppgaven. Fire av artiklene var nivå en og de andre fire var nivå to. Alle artiklene var referee bedømte. Bjørk og Solhaug (2013:69) beskriver at de vitenskapelige artiklene som er referee bedømte har blitt vurdert av eksperter før de ble publisert. Det er likevel ikke en absolutt kvalitetsgaranti, men det kan vise at artikkelen inneholder en viss standard.

3.1.5 Etisk hensyn

I en systematisk litteraturstudie skal en ta til betraktning etiske hensyn (Forsberg og Wengström 2013:167). De inkluderte artiklene ble det sjekket for godkjenning av etisk komité. Fire av artiklene var godkjent av en etisk komité, to var godkjent av noe som heter kommisjon av bioetisk. Den ene var etisk godkjent og på den siste artikkelen var det beskrevet av forfatter at de hadde tatt moralsk og etisk hensyn i forhold til spørsmålene deltakerne hadde blitt stilt. Ut i fra Forsberg og Wengström (2013:70) ble det brukt studier som har fått godkjenning fra en etisk komité eller det var mulig å se at studien har tatt etiske hensyn. Etiske hensyn som ble tatt i betraktning i oppgaven var å ikke krenke deltakerne som har deltatt i studiene. Dette ved å bruke hva kvinnene har sagt og ikke forandre andre sitt arbeid. Den Norske Legeforening (2013) legger frem helsinkideklarasjonen som sier at ved publisering av forskningsresultater skal resultatene bevares slik de er når studien ble utført. Funnene i oppgaven baseres derfor på ekte funn og resultatet som ikke er blitt endret. Dette er blitt gjort for å være tro mot oppgaven og deltakerne i de inkluderte studiene (ibid).

3.2 Analyse

I denne delen beskrives det hvordan artiklene ble analysert. En analyse blir beskrevet som å dele opp noe i mindre biter. I en systematisk litteraturstudie er det viktig å analysere resultatet til hver artikkel (Forsberg og Wengström 2013:167). Artiklene ble sammenlignet opp mot hverandre og hvordan de samsvarte med problemstilling og oppgavens hensikt. Det blir deretter presentert temaer og kategorier som skal belyse problemstillingen videre. Utgangspunkt for gjennomføring av analysen har vært innholdsanalysen til Forsberg og Wengström (2013:167) som er delt inn i fem steg. Steg en innebærer å lese, steg to innebærer å finne ut hva teksten handler om og se etter nøkkelfunn, steg tre handler om å legge nøkkelfunn inn i kategorier og steg fire innebærer å legge kategoriene inn i et tema og se etter likheter og ulikheter. Det siste steget skal tolke og diskutere resultatene (ibid). I vedlegg 2 blir analysen beskrevet i en tabell og utfra denne ble steg tre og fire forklart.

I steg en i innholdsanalysen ble artiklene lest nøye igjennom. Artiklene ble deretter lest gjennom nøye og deretter sammenligne med hverandre. Slik kunne jeg få en forståelse for hva alle artiklene omhandlet og om de var relevante for oppgaven (Forsberg og Wengström 2013:167).

I steg to ble det diskutert hva artiklene omhandlet. Det kom tydelig frem at artiklene viste felles fokus mot opplevelsen etter mastektomi og hvordan relasjon til partner ble tiden etter inngrepet. Artiklene ble lest en gang til hvor fokuset var på opplevelsen etter mastektomi og relasjon til partner. Etter gjennomlesingen ble det bestemt flere nøkkelord som skulle fargekodes. Det ble bestemt at setninger om psykososiale faktorer som kvinnene opplevde skulle farges rosa og setninger som omhandlet relasjon til partner skulle farges grønn (Forsberg og Wengström 2013:167)

Steg tre innebærer å samle nøkkelordene inn i kategorier (Forsberg og Wengström 2013:167). Det ble laget en tabell (se vedlegg 2) hvor nøkkelfunnene ble delt inn i kategorier. Kategoriene ble bestemt ut ifra hva nøkkelord som ble funnet i temaene “psykososiale faktorer hos kvinnene” og “relasjon til partner”. Kategoriene ble “opplevelsen etter en mastektomi” som ble en sammenfattende overskrift etter å ha analysert nøkkelordene som ble funnet under temaet “psykososiale faktorer hos kvinnene”, og kategorien “relasjon til partner” ble en sammenfattende overskrift etter å ha analysert nøkkelordene som ble funnet under temaet “relasjon til partner” (ibid).

I steg fire kan det sees et mønster (Forsberg og Wengström 2013:167). Kategoriene som ble funnet ble plassert inn i en tabell for å skape en oversikt (Se vedlegg 2). Vedlegg 2 er en tabell hvor de to hovedkategoriene ”opplevelsen etter en mastektomi” og ”relasjon til partner” ble plassert som overordnede kategorier på venstre side. Deretter står nøkkelfunnene som ble funnet på hver av kategoriene i ruten til høyre for kategoriene. Deretter kommer setninger som er tatt ut fra artiklene som nøkkelordene ble funnet i. Tallene som står før setningene er tallene som har blitt gitt hver enkelt artikkel for å kunne finne tilbake til hvilken artikkel funnene har blitt hentet i fra.

I steg fem skal forfatter tolke og diskutere resultatet (Forsberg og Wengström 2013:167). Hovedfunnene fra analysen ble det sett, og det kom tydelig frem to tema som gikk igjen. Dette var ”psykososiale endringer som påvirket seksualitet etter mastektomi” og ”hvordan mastektomi påvirker relasjonen til partner”. Disse to overskriftene ble brukt i resultatdelen.

4.0 Resultat

I denne delen blir det tatt for seg hovedfunn som var sentrale etter å ha analysert forskningsartiklene.

4.1 Psykososiale endringer som påvirket seksualitet etter mastektomi

En mastektomi oppleves individuelt. Studiene har alle visst forskjellige psykososiale faktorer som hadde påvirket kvinnene etter en mastektomi (Fallbjörk, Salander og Rasmussen 2012; Andrzejczak, Markocka-Mączka og Lewandowski 2013; Sheppard og Ely 2008; Skrzypulec mfl. 2009; Karabulut og Erci 2009; Salonen mfl. 2009; Raggio mfl. 2014; Quintard mfl. 2014). Under blir det tatt for seg hvilke psykososiale faktorer som hadde innvirkning på seksualiteten til kvinnene i de ulike studiene.

Et av funnene til Sheppard og Ely (2008); Karabulut og Erci (2009); Quintard mfl. (2014); Salonen mfl. (2009); Skrzypulec mfl. (2009) viste at psykososiale faktorer ble påvirket etter en mastektomi. Kroppsbilde, feminitet, personlig karakter, identitet, seksualitet og selvtillit var psykososiale faktorer påvirket kvinnene i studiene. Karabulut og Erci (2009) viser til funn av at et dårlig kroppsbilde hadde innvirkning på kvinnenens seksualliv og sexlyst. Fallbjörk, Salander og Rasmussen (2012); Karabulut og Erci (2009) rapporterte at

feminiteten til kvinnene i de gjeldende studiene ble negativt påvirket etter inngrepet. Karabulut og Erci (2009) rapporterte om et økt behov for støtte for at kvinnene i studien skulle opprettholde følelsen av feminitet og opprettholde et normalt kroppsbilde. Tap av feminitet og dårligere kroppsbilde etter inngrepet virket negativt inn på seksuallivet og sexlysten.

Sheppard og Ely (2008); Andrzejczak, Markocka-Mączka og Lewandowski (2013); Fallbjörk, Salander og Rasmussen (2012); Salonen mfl. (2009) sier at kvinnene opplevde seg selv som mindre attraktive etter inngrepet, og Sheppard og Ely (2008) viste til at kvinnene hadde problemer med å venne seg til arret etter operasjonen. Salonen mfl. (2009) har i sin studie funnet at kvinnelige deltakere over 55 år opplevde høyere livskvalitet sammenlagt enn de som var yngre enn 55 år, som opplevde dårligere kroppsbilde enn før inngrepet. Andrzejczak, Markocka-Mączka og Lewandowski (2013) sin studie visste at grad av selvfølelse etter operasjonen ble dårligere ved høyere alder, noe som er et motsatt funn av det Salonen mfl. (2009) kom frem til i studien sin. En deltaker i alder 61 år beskrev hvordan hun så på det å miste et bryst i forhold til utseende og helse. "At this age... it is not important what you look like, what is important is health. When you are older, imperfections count for less... you actually should have some rips in your sail when you get older" (Fallbjörk, Salander og Rasmussen 2012:44). Kvinnene i to av studiene beskrev at de opplevde at kroppen ble utsatt for alvorlig overgrep og lemlestelse etter inngrepet (Fallbjörk, Salander og Rasmussen 2012; Sheppard og Ely 2008).

4.2 Hvordan mastektomi påvirket relasjon til partner

Flertallet av studiene viste at mastektomi hadde enten en positiv eller negativ innvirkning på relasjon til partner (Fallbjörk, Salander og Rasmussen 2012; Andrzejczak, MarkockaMączka og Lewandowski 2013; Sheppard og Ely 2008; Skrzypulec mfl. 2009; Salonen mfl. 2009; Raggio mfl. 2014; Quintard mfl. 2014).

De fleste av studiene viste at en mastektomi påvirket negativt relasjonen til partner, i forhold til seksualitet (Fallbjörk, Salander og Rasmussen 2012; Andrzejczak, MarkockaMączka og Lewandowski 2013; Sheppard og Ely 2008; Karabulut og Erci 2009; Salonen mfl. 2009; Raggio mfl. 2014; Quintard mfl. 2014). Kvinnene rapporterte at partneren kunne virke emosjonell utilgjengelig, gi de mindre oppmerksomhet og vise lite interesse ovenfor kvinnen etter en mastektomi (Sheppard og Ely 2008; Andrzejczak,

Markocka-Mączka og Lewandowski 2013). I studien av Sheppard og Ely (2008) viste det seg at kvinnene likevel kunne feilbedømme partneren i å være uinteressert og kvinnene reagerte med fjerne seg emosjonelt og seksuelt. I Sheppard og Ely (2008) studie kunne det seksuelle forholde opphøre i minst et år og opp til fem år etter operasjonen. Den seksuelle aktiviteten ble ikke den samme og mangel på seksuell tilfredshet kunne vær en av grunnene til at mennene initierte til separasjon.

Kvinnene følte det å miste et bryst betydde å miste seksualiteten og følelsen av å være attraktiv for en annen person (Fallbjörk, Salander og Rasmussen 2012). Noen av kvinnene

beskrev seg selv som lite attraktiv (Andrzejczak, Markocka-Mączka og Lewandowski 2013; Sheppard og Ely 2008). Funnene viste at kvinnene ofte dekket seg til under samleie med partner, som ved å slå av lyset og la brystholderen bli værende på (Fallbjörk, Salander og Rasmussen 2012; Andrzejczak, Markocka-Mączka og Lewandowski 2013). Funnene til studien av Fallbjörk, Salander og Rasmussen (2012) viste at noen kvinner kunne føle seg tom innvendig og var derfor ikke i stand til å være intim med sin partner. I noen av funnene viste det seg at partneren kunne ha en positiv innvirkning på seksualiteten etter en mastektomi (Andrzejczak, Markocka-Mączka og Lewandowski 2013; Sheppard og Ely 2008; Raggio mfl. 2014). Om partneren ga kvinnen tid til å akseptere sin egen situasjon kunne dette bidra til å styrke forholdet (Sheppard og Ely 2008; Andrzejczak, Markocka-Mączka og Lewandowski 2013). I studien av Sheppard og Ely (2008) ser det ut til at en brystkreftdiagnose hadde en måte å få problemer i ekteskapet til å blusse opp, mens flere kvinner og deres partnere opplevde at brystkreft skapte nærhet i forholdet. I studien av Andrzejczak, Markocka-Mączka og Lewandowski (2013); Fallbjörk, Salander og Rasmussen (2012) ble det funnet ut at det seksuelle forholdet forble uforandret i enkelte tilfeller.

I studien til Fallbjörk, Salander og Rasmussen (2012) beskrev en kvinne i alderen 53 år sin ektemann slik, "I'm still a women, and I guess that's very much thanks to my husband.. He likes me despite what I've been through.. He loves me as I am and locks upon me as a woman though i have only one breast" (Fallbjörk, Salander og Rasmussen 2012:45). Partneren hadde en viktig rolle i hvordan pasienten tilpasset seg sykdommen. Det at både kvinnene og mannen kjempet for det samme kunne ha stor betydning for hvordan forholdet ble. Det ble beskrevet i studien at kvinnene kunne være redd for hvordan partneren ville

reagere når de kom hjem etter utført en mastektomi (Andrzejczak, Markocka-Mączka og Lewandowski 2013; Raggio mfl. 2014).

To artikler visste at inngrepet ikke hadde hatt noen innvirkning på relasjon til partner (Fallbjörk, Salander og Rasmussen 2012; Andrzejczak, Markocka-Mączka og Lewandowski 2013). Kvinnene i studien oppfattet ikke at partneren så på de annerledes, ga mindre interesse, eller forandring i intime situasjoner (Fallbjörk, Salander og Rasmussen 2012; Andrzejczak, Markocka-Mączka og Lewandowski 2013).

5.0 Diskusjon

Diskusjonsdelen består av en metodediskusjon og en resultatdiskusjon. I metodediskusjonen blir svakheter og styrker presentert i forhold til datasamling, søkestrategi og analyse. I resultatdiskusjonen blir det diskutert og reflektert over forskningsartiklenes funn opp imot oppgavens hensikt og problemstilling. Teori, forskning, konsekvenser for sykepleie og egne erfaringer blir tatt med. Til slutt blir det en oppsummering av hovedfunn og konsekvenser for praksis samt anbefalinger for videre forskning.

5.1 Metodediskusjon

Boken "Att göra systematiska litteraturstudier" av Forsberg og Wengström (2013) ble brukt som et utgangspunkt i oppgaven. Veiledning under arbeidet av oppgaven har vært til stor hjelp for videre skriving. I forhold til litteratur ble det funnet teori innenfor pensumlisten, men det ble og brukt mye tid på å finne litteratur ved bibliotek på høyskolen. Relevant teori i form av bøker ble funnet, noe som styrker oppgaven ved at det ikke har blitt utelatt noe tilgjengelig teori i nærområdet.

Dagene etter jul ble brukt til å lete etter relevant forskning og finne en problemstilling som passet til temaet. Jeg har erfaring med litteratursøk fra tidligere, men jeg har ikke arbeidet med systematisk litteratursøk før. Det har blitt gjennomført søkekurs med bibliotekar i utdanningsløpet, dette har vært en fordel for oppgaven når relevant forskning skulle samles. Bibliotekar har vært til stor hjelp ved å bestille artikler som ikke var tilgjengelig i fulltekst (Forsberg og Wengström 2013:75). Forfatteren har arbeidet tett gjevnt gjennom hele bachelorperioden på alle delene i oppgaven. Noen deler ble delt opp, men dagene ble

planlagt slik at delene ble gjennomgått. Forfatteren jobbet med oppgaven i tette mellomrom for å få mer oversikt.

I søkestrategien ble det benyttet tre databaser: Cinahl, Cinahl Complete og Academic Search Elite. Bruk av kun tre databaser kan være en svakhet for oppgaven, fordi annen relevant forskning kan bli utelukket som har vært tilgjengelig i andre databasene. Det ble valgt å bruke disse databasene for å begrense søket (Forsberg og Wengström 2013:75). Søkeordene som ble benyttet var: Mastectomy, Sexuality, After surgery og Breast cancer. Disse ble funnet ut i fra et PIO skjema (Forsberg og Wengström 2013:71). Sammen med søkeordene viste dette relevante funn, som omhandlet seksualitet, mastektomi og relasjon til partner. Partner var ikke et søkeord som ble brukt, men likevel ble det funnet relevant forskning som omhandlet relasjon til partner i artiklene. Det ble utført et prøvesøk hvor det ble brukt "partner" som søkeord, men søket ga kun artikler som allerede var inkludert i tidligere søk. Ved at det ble utformet en søkeprosess angående hvilke artikler som ble lest og hvorfor de ble ekskludert, kan styrke oppgaven. Slik kan en gå tilbake i de tidligere søkene og kontrollere at artiklene ble ekskludert på grunn av eksklusjonskriteriene.

Annet som kan styrke oppgaven er at det er blitt brukt både kvalitative og kvantitative studier. Fordelen med dette er at det å belyse opplevelsen etter en mastektomi fra ulike synsvinkler (Forsberg og Wengström 2013:57). Ifølge Forsberg og Wengström (2013:57) kan det å blande både kvalitative og kvantitative gi forskeren ulike typer informasjon om et tema. Det tok lang tid å finne artikler som var skandinaviske og lik norsk kultur. Inklusjonskriterien ble derfor utvidet til den vestlige verden, noe som kan være en svakhet for oppgaven fordi kulturer og holdninger som er ulik vestlige kultur ble inkludert. Det ble funnet en artikkel fra Tyrkia som var relevant for oppgaven. Funnene var relevant for problemstillingen og artikkelen var kun basert på kvinnes syn på mastektomien, partner var ikke tatt med studien. Dette var hovedgrunnen til at artikkelen ble inkludert. Det kan være en svakhet for oppgaven at artikkelen er tyrkisk siden deltakerne har annen kultur og holdninger og at det kan ha hatt innvirkning på resultatet til artikkelen. Studier som ble inkludert i oppgaven skulle omhandle brystkreft og mastektomi. Oppgaven tok for seg studier av brystkreftrammede kvinner fra fylte 18 år og oppover. Kvinner under 18 år kommer på barneavdelingen ved innleggelse på sykehus og er grunnen til at oppgaven ekskluderte yngre enn 18 år. Det ble også ekskludert artikler som ikke omhandlet mannlig partner fordi partner av annet kjønn kan ha et annet syn og holdning i møte med den

rammede. Det har ikke blitt tatt hensyn til hvorvidt deltakerne får adjuvant behandling etter mastektomien. Adjuvant behandling er behandling som skal hindre videre spredning av kreft etter inngrep (Buckman, Whittaker og Cleese 2002:50). Behandlingen kan ha bivirkninger som påvirker kvinnes opplevelse etter mastektomien, noe som ikke kommer frem i oppgaven (Buckman, Whittaker og Cleese 2002:50)

Analysedelen var den mest tidskrevende delen, men svært spennende. Analysen gikk ut fra innholdsanalysen til Forsberg og Wengström (2013:167). Partene samarbeidet om denne delen hvor artiklene ble gjennomgått og analysert. Når det gjelder etiske hensyn var det to artikler som hadde blitt godkjent av den bioetiske kommisjonen. Ifølge Hofmann (2012:229) brukes bioetisk internasjonalt for å kunne referere til etikk i forhold til det å håndtere utfordringer innen medisinsk forskning.

5.2 Resultatdiskusjon

Her blir de to hovedkategoriene diskutert opp mot problemstillingen. Det har vært vanskelig å skille de to kategoriene, fordi de ulike funnene går inn i hverandre.

5.2.1 Psykososiale endringer som påvirket seksualitet etter mastektomi

Ifølge Sørensen og Almås (2011) blir kvinner som har brystkreft oppfattet som "friske", men som likevel har en farlig sykdom. Kvinner med kreft merker ofte ikke til noe av sykdommen og har derfor problemer med å se på seg selv som en pasient. Damene kan oppleve at diagnosen er en trussel mot deres identitet og verdighet. Når kvinner gjennomfører et inngrep mot brystkreft er tiden hvor de ligger inne ofte veldig kort. På grunn av så kort tid på sykehuset kunne det oppstå utfordringer hvor de ikke føler seg sett, og at kvinnene ikke er forberedt på tiden som kommer etter operasjonen (Sørensen og Almås 2011:439). Når kvinnene skal utskrives får de snakke med sykepleier om hvordan de opplever tiden etter inngrepet (Kvåle 2002:77). De kan vær i en sjokkfase når de drar fra sykehuset (Cullberg 2010:130). Det kan skje at kvinnene under innleggelse ved sykehuset er for stresset til å kunne ta opp spørsmål de eventuelt har. Derfor bør informasjon som ble gitt av sykepleier, gjentas flere ganger (Sørensen og Almås 2011:447).

De fleste sykehus gir tilbud om oppfølgingsmøter til brystkreftrammede kvinner etter utskrivning (Sørensen og Almås 2011:446). Ved samtale med sykepleier på sykehuset ble

det informert om at det første oppfølgingsmøtet fant sted to uker etter utskrivning. Artiklene i oppgaven viser at kvinner som har gjennomgått en mastektomi har forskjellige psykososiale opplevelse i tiden etter, og derfor har ulikt behov for oppfølging etter inngrepet (Fallbjörk, Salander og Rasmussen 2012; Andrzejczak, Markocka-Mączka og Lewandowski 2013; Sheppard og Ely 2008; Skrzypulec mfl. 2009; Karabulut og Erci 2009; Salonen mfl. 2009; Raggio mfl. 2014; Quintard mfl. 2014). Kvåle (2002:77) sier at fjerning av et bryst ikke nødvendigvis oppleves som et stort tap eller gir redusert selvbilde, men at dette er individuelt. Derfor er det viktig at direkte spørsmål blir stilt i oppfølgingsmøtet slik at deltakerne får muligheten til si hva de opplever. Sykepleier må lytte og ikke påvirke pasientens meninger med sine egne meninger, såkalt projisering (ibid).

Å oppleve tap av bryst kan føre til krise (Cullberg 2010:111). Kvinnene kan oppleve alle fire krisefasene, hvor fasenes varighet kan variere. Kvinnene kan gå frem og tilbake mellom fasene (Sørensen og Almås 2011:440). Sykepleier bør vær bevisst på muligheten for å møte alle fire krisene i møte med kvinne på oppfølgingsmøte. Buckman, Whittaker og Cleese (2002:68) sier at mange kvinner opplever en følelse av å vær bortkommen etter inngrepet, og Gjertsen (2010:441) beskriver at kvinnene kan oppleve sorg over å føle seg mindre kvinnelig og oppleve tap av identitet. Kvinnene kan begrenses aktivt og har ikke lenger jevnlig kontakt med helsepersonellgruppen som fulgte de opp på sykehuset. Fysiske og psykiske endringer forekommer og kvinnene kan oppleve savn etter støtte. To av artiklene viser at behovet for støtte for å opprettholde følelsen av feminitet og et normalt kroppsbilde er stor (Skrzypulec mfl. 2009; Karabulut og Erci 2009). At sykepleier er til stede, viser at hun lytter, støtter følelsene kvinner opplever og gir utfyllende informasjon vil derfor vær viktig. Ifølge Eide og Eide (2012:182) vil utfyllende informasjon om situasjonen gi kvinnene en oppfatning av forutsigbarhet og forebygge for engstelse og usikkerhet. Informasjon gitt i grupper vil vær positivt fordi kvinnene er med likesinnede som kan oppleve mye av det samme ved tap av brystet (ibid). Det kan tenkes at i oppfølgingsmøtet kan kvinnene dele egne erfaringer og opplevelser som kan bekreftes av de andre til stede og sykepleier, noe som kan gi kvinnene en følelse av støtte, forståelse og aksept.

Kvinnene i to av studiene opplever at kroppen er utsatt for alvorlig overgrep og lemlestelse etter inngrepet (Fallbjörk, Salander og Rasmussen 2012; Sheppard og Ely 2008).

PiotZiegler mfl. (2010) skriver at mastektomi er en smertefull opplevelse av ødeleggelse av kroppen. Kroppsendringer er assosiert med opplevelsen av maltraktering av kroppen, følelsen av å være unormal og påvirkning av det psykiske, emosjonelt sosialt, symbolikk og relasjons-dimensjoner av de rammedes kvinnelige identitet. Depresjon, hat av seg selv, opplevelse av å være vansiret og tap av tiltrekningskraft er reaksjoner som kan oppstå ved krise (Cullberg 2010:111). Kroppsbilde er sentralt i forhold til kvinnenes identitet, selvoppfatning og forhold, og aspektene blir satt på spill ved brystkreft. Kroppsbilde står for hvordan menneske oppfatter seg selv, hvordan kroppen fungerer og hvordan de ser ut. Endring i kroppsbilde kan derfor gi endring i seksualiteten (Schjølberg 2012:131). (Fallbjörk, Salander og Rasmussen 2012; Sheppard og Ely 2008). Schjølberg (2010:134) beskriver at å fjerne et bryst er det som muligens har størst betydning for endring i kroppsbilde. Synlige forandringer oppstår, og brystet i norsk kultur symboliserer feminitet og seksualitet. Derfor har endringen en signifikant innvirkning for kvinnene. Damene kan oppleve at de ikke kan gi seksualiteten den samme meningen som før siden de fysiske forandringene behandlingen har ført med seg utgjør en trussel mot selvbilde (Borg 2010:126).

Fallbjörk, Salander og Rasmussen (2012); Sheppard og Ely (2008) viser at kvinnene mener at å miste et bryst er tap av seksualitet og synet på seg selv som et seksuelt vesen. Ved endret kroppsbilde må sykepleier evne å se sammenhengen mellom endret kroppsbilde og velvære, siden disse to faktorene har innvirkning på hverandre. Rehabilitering av pasienten kan påvirkes negativt ved et dårlig kroppsbilde eller selvbilde. Sykepleier må klare å se kvinnenes totalsituasjon, det opprinnelige kroppsbilde, ressurser, mestringsstrategier og sorgmønster ved kartlegging av pasienten. Sykepleier må også ha forståelse for hvordan andres utseende kan påvirke kvinnene og hvordan sykepleiers egne holdninger til endret kroppsbilde er (Borg 2010:126). Kvinnenes kroppsrealitet, kroppsideal og kroppspresentasjon er viktige stikkord når sykepleier vil finne ut om pasienten opplever endret kroppsbilde. Hvilket kroppsbilde kvinnene har etter mastektomien kan påvirke hvor attraktiv de opplever seg selv (Kvåle 2002:28). Fallbjörk, Salander og Rasmussen (2012); Karabulut og Erci (2009) rapporterer at feminiteten til deltakerne er negativt påvirket etter inngrepet. Hvilken rolle mastektomien har på pasientens kroppsfunksjon vil ha mye og si for hvordan sykepleier kan hjelpe pasienten (Schjølberg 2010:137). Gjertsen (2010:441) sier at kvinnene kan oppleve problemer med å se sitt eget speilbilde etter inngrepet og

Fallbjörk, Salander og Rasmussen (2012); Karabulut og Erci (2009) sine funn viser at kvinnene opplever seg selv som en halv kvinne og gråter når de ser seg selv i speilet.

5.2.2 Hvordan mastektomi påvirker relasjonen til partner

Som tidligere nevnt er oppholdet på sykehuset kort (Sørensen og Almås 2011:446). Ifølge Cullberg (2010:108) kan kvinnene være i en traumatisk krise når de blir møtt av sykepleier ved oppfølgingsmøte. At partner er tilstede kan være positivt for kvinnen i form av informasjon som blir gitt og at han blir klar over støtten kvinnen trenger (Sørensen og Almås 2011:440). I forhold til å prate om seksualitet, kan partneren bli med slik det ikke oppstår feiltolkninger av det som blir sagt (Kvåle 2002:78). Dersom kvinnen føler seg utrygg i seksuallivet, er det nødvendig at hun snakker med partner om følelsene slik at hun kan oppnå trygghet igjen (Kvåle 2002:29).

I forhold til Travelbees teori er det beskrevet hvordan sykepleier skal kommunisere med pasienten. Sykepleier bør fokusere på opplevelsen kvinnene har i forhold til det å fjerne et bryst, enn å bare forholde seg til sykdommen (Kirkevold 2012:115). I forhold til at kvinnene kan være i en krise, vil deres fysiske utseende og identiteten vær truet (Cullberg 2010:108). Endret kroppsbildet kan virke inn på forholdet kvinnene har til andre personer. Dette i form av psykiske og seksuelle problemer (Lorentsen og Grov 2011:406; Fallbjörk, Salander og Rasmussen 2012; Andrzejczak, Markocka-Mączka og Lewandowski 2013; Sheppard og Ely 2008; Skrzypulec mfl. 2009; Karabulut og Erci 2009; Salonen mfl. 2009; Raggio mfl. 2014; Karabulut og Erci 2009). Kvinnene sier at partneren gir de mindre oppmerksomhet, er emosjonelt utilgjengelig og viser kvinnene lite interesse etter inngrepet (Sheppard og Ely 2008; Andrzejczak, Markocka-Mączka og Lewandowski 2013). I følge Cullberg (2010:110-111) kan kvinnene føle at de skaper avsky hos andre når de kler av seg på overkroppen. Studien til Sheppard og Ely (2008) viser at det seksuelle forholdet kan opphøre en stund etter operasjonen. Kvinnene kan fjerner seg ofte emosjonelt og seksuelt 26 fra partneren, noe som er grunnen til at mennene vil separeres. Ifølge Borg (2010:126) kan kvinnene fjerne seg fremfor å møte situasjonen.

Ifølge Fallbjörk, Salander og Rasmussen (2012); Karabulut og Erci (2009) kan kvinnene stille spørsmål ovenfor sin femininet når brystene er synlig ved avkledning. I studien til Fallbjörk, Salander og Rasmussen (2012); Andrzejczak, Markocka-Mączka og

Lewandowski (2013) kommer det frem at kvinnene kan dekke seg til under samleie, enten ved at de beholder lyset av eller at de beholder brystholderen på (ibid). Det kan tenkes at dette kan være en måte å reagere på i den nye situasjonen. Ifølge Buckman, Whittaker og Cleese (2002:69) bør kvinnene snakke med partneren om hvor langt de føler seg trygg på å gå. Om de synes det er for tidlig med samleie er ofte mer lette berøringer i form av en klem en god måte å starte intimiteten etter inngrepet (ibid). Det at partneren godtar at kvinnene bare har et bryst, kan hjelpe kvinnen å godta den nye situasjonen (Gjertsen 2010:441). Å fjerne et bryst kan være vanskelig for kvinnene i forhold til å føle seg attraktiv. De kan oppleve at det å bare ha et bryst, og et arr etter inngrepet, kan føre til seksuelle utfordringer med partner (ibid). Kvåle (2002:29) beskriver at sykepleieren må være den som motiverer kvinnen og hennes partner til å kunne bevare den intime kontakten.

Ifølge Eide og Eide (2012:177) kan det å bli konfrontert med et tema som seksualitet være vanskelig for kvinnene. De kan oppleve utfordrende følelser som de ikke ønsker å snakke om (ibid). PLISSIT-modellen blir ofte anvendt når sykepleier skal snakke med kvinnene om seksualitet (Kvåle 2002:29). Sykepleieren bør tilnærme seg og anvende spørsmål på en hensynsfull måte (Kvåle 2002:77). Likevel er det kvinnene som styrer hva de ønsker å prate om (Borg 2010:127). Seksualitet kan innebære nærhet, ømhet og annen fysisk berøring (Kvåle 2002:77). Ifølge Sørensen og Almås (2011:449) skal sykepleieren se etter tegn som viser at kvinnene trenger å snakke om den ⁺mistede brystet. Travelbee beskriver kommunikasjon som en måte å bli kjent med noen, både når det gjelder kroppsspråk og muntlig kommunikasjon (Kirkevold 2012:119).

Sykepleier må observere kvinnens nonverbale kommunikasjon under samtalen. Tegnene vil ofte avsløre hvordan en reagerer på temaet, om hun er bekreftende eller avvisende. At kvinnen ikke er klar for å snakke om dette kan vise ved kroppsspråket (Eide og Eide 2012:198). Opplevelsen av både kropp og sinn blir forandret på en slik måte at det blir vanskelig for kvinnen å forstå at andre kan se på henne som attraktiv og verdt å elske (Borg 2010:126). Ifølge Andrzejczak, Markocka-Mączka og Lewandowski (2013); Raggio mfl. (2014) må kvinnene og partner være enige om hva de vil få til i forhold til utfordringene de møter, slik at samarbeidet mellom de blir optimalt. I Sheppard og Ely (2008); Quintard mfl. (2014); Karabulut og Erci (2009) mener de at sykepleiere bør få mer informasjon om hvilke innvirkning brystkreft har på seksualitet og kroppsbildet. Slik kan de føle seg komfortable på å snakke med kvinnene og partner etter inngrepet.

Buckman, Whittaker og Cleese (2002:69) beskriver at det er nødvendig for partene i et forhold å snakke sammen. Likevel kan det være vanskelig å starte opp igjen fra der en avsluttet. Etter en mastektomi kan kvinnene oppleve utrygghet i hvordan de ser ut (ibid). Kommunikasjonen mellom partner og kvinnen bør prioriteres og kvinnen må høre hva han har å si (Ibid). Sykepleier bør være klar over at kvinner opplever mastektomi forskjellig, og hva de ser på som viktig når det gjelder feminitet, seksualitet og velvære (Fallbjörk, Salander og Rasmussen 2012). Kvinner som har gått igjennom en mastektomi kan få følelsen av å ha mistet noe og ikke føle seg god nok som seksualpartner (Borg 2010:126). I studien til Sheppard og Ely (2008) blir det beskrevet at kvinnene synes at det er vanskelig å tilpasse seg arret etter brystkreft, og kan feilbedømme partneren ved å tro at han føler avsky. Sosial støtte viser seg å være viktig i forhold til hvordan kvinnen bearbeider og mestrer det å ha fjernet et bryst (Skrzypulec mfl. 2009; Quintard mfl. 2014). I studien av Sheppard og Ely (2008) og Andrzejczak, Markocka-Mączka og Lewandowski (2013) kan det at partner gir kvinnene tid til å akseptere sin egen situasjon først hjelpe til å styrke forholdet.

Borg (2010:121) beskriver at sykepleier må forstå at alle mennesker er seksuelle individ, uansett hvilke livssituasjon og hvor gamle de er. Om kvinnene har en partner eller er alene er det like nødvendig å beholde seksualiteten og det intime forholdet (borg 2010:123). Ifølge Buckman, Whittaker og Cleese (2002) er det å ha et seksualliv en svært nødvendig bit av forholdet. Sykepleieren har en viktig rolle når det gjelder å snakke med disse kvinnene om seksualitet (Fallbjörk, Salander og Rasmussen 2012; Sheppard og Ely 2008; Skrzypulec mfl. 2009; Karabulut og Erci 2009). Likevel er det mange sykepleiere som unngår å snakke om dette med pasientene og deres partnere (Borg 2010; Sheppard og Ely 2008). Sykepleierne er de første som møter kvinnene å skal være lyttende og gi støtte til pasient og pårørende. Sykepleierens oppgave skal også være å se etter forandringer og hjelpe pasienten til å tilpasse seg den nye situasjonen (Skrzypulec mfl. 2009; Karabulut og Erci 2009).

Å ikke diskutere seksualitet med kvinnene vil øke fordommene som allerede eksisterer mot temaet. Slik holdning kan gi kvinnene bekreftelse på at seksualitet ikke er relevant lenger (Borg 2010:126). Tiltak vil derfor være at sykepleieren er åpen og interessert og forstå at kvinnene kan ha forskjellige syn på seksualitet (ibid:126). I flere av studiene kom

det frem at sykepleiere trenger mer informasjon om hvilken innvirkning brystkreft har på seksualitet og kroppsbildet. På denne måten kan sykepleier bli mer komfortabel i å snakke med pasient og partner om temaet (Sheppard og Ely 2008; Quintard mfl. 2014; Karabulut og Erci 2009)

6.0 Konklusjon

Hovedfunnene viser til at opplevelsen av en mastektomi varierer. Noen opplevde en dramatisk endring i form av skadet identitet, feminitet, selvbilde og negativ innvirkning på andre psykososiale faktorer. Kvinnene kunne miste en del av seg selv og kunne oppleve en krise ved tap av kroppsdeler. Andre kvinner så på mastektomien som en bagatell og at det ikke påvirket deres opplevelse som hel kvinne eller følelsen av å være attraktiv og feminin.

Kvinnene møtte utfordringer i møte med partner etter inngrepet. Bekymringer om avvisning og at partner så på de som mindre attraktiv kunne påvirke forholdet. Kvinnene trakk seg unna og isolerte seg på grunn av det tapte brystet. De hadde problemer ved avkledning og intimitet med partner. En andel av kvinner hadde partnere som ga mindre oppmerksomhet etter inngrepet og kvinnene mente at dette skjedde på grunn av det endrede utseende. Det er viktig med kommunikasjon mellom partene hvor sykepleier kan virke som en buffer i konflikten. Om kvinnene og deres partner er åpne ovenfor hverandre og gir støtte kan misforståelser bli unngått.

Kvinnene mente at det var mangel på informasjon om hvordan tiden etter mastektomien kom til å bli. Det kan antas at kvinnenes oppfatning av mangel på informasjon er en konsekvens av at sykepleierne ikke har nok kunnskap om hvordan de skal prate med kvinnene tiden etter inngrepet. Sykepleierne tok ikke initiativ til å prate om seksualitet og relasjon til partner etter inngrepet fordi temaene oppleves tabu og intime. Mer informasjon om hvordan sykepleier skal møte pasientene etter inngrepet vil kunne gjøre at pasientene mestrer tiden etter bedre. Sykepleierne må få gitt utfyllende, konkret informasjon på tiden de har med kvinnene før utskriving. Pasientene er uforberedt på hva de møter etter inngrepet og vil kunne føle seg mer forberedt med informasjon før utreise og i tiden etter. Sykepleierne burde få mer kunnskap om hvordan de kan følge opp kvinnene for å gjøre

perioden etter inngrepet så optimal som mulig. Sykepleierne må vær forberedt på at partner trenger informasjon og støtte for å vær til stede for kvinnene etter operasjonen.

Videre forskning burde fokusere på hvilken oppfølging kvinnene har behov for etter en mastektomi og hvilke fordeler oppfølgingen kan gi. Forskning på oppfølging som kan ha en forebyggende effekt kan gjør at kvinnene unngår mange av de negative, psykososiale opplevelsene, og at kvinnene og partner kan møte utfordringene på en bedre måte.

7.0 Litteraturliste

Andrzejczak, E., Markocka-Mączka, K. og Lewandowski, A. (2013). Partner relationships after mastectomy in women not offered breast reconstruction. *Psycho – oncology*. 22(7), s. 1653- 1657. Doi:10.1002/pon.3197

Bjørk, IT. og Solhaug, M. (2013). *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie*. Oslo: Akribe.

Borg, T. (2010). Seksualitet. I: Reitan, AM. og Schjølberg, TK. (Red.). *Kreftsykepleie pasient – utfordring – handling*. (s. 121-130). Oslo: Akribe.

Buckman, R., Whittaker, T. og Cleese, J. (2002). *Alt du trenger å vite om brystkreft*. Oslo: Notabene forlag AS.

Cullberg, J. (2010). *Mennesker i krise og utvikling*. Oslo: Universitetsforlaget. Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Den Norske Legeforening. (2013).

Helsinkideklarasjonen fra verdens legeforening. [Online]. legeforening. [Online]. Lastet ned den 02. Mars 2015, fra:

<http://legeforeningen.no/Emner/Andreemner/Etikk/Internasjonalt/Helsinkideklarasjonen/helsinkideklarasjonen-fraverdens-legeforening/>

Eide, H. og Eide, T. (2012). *Kommunikasjon i relasjoner - samhandling, konfliktløsning, etikk*.

Oslo: Gyldendal Akademisk.

Fallbjörk, U. og Salander, P. og Rasmussen, BH. (2012). From "No Big Deal" to "Losing Oneself". *Cancer Nursing*. 35(5), s. 41-48. Doi: 10.1097/NCC.0b013e31823528fb

Forsberg, C. og Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur & kultur.

Gjertsen, T. (2010). Sykepleieutfordringer ved brystkreft. I: Reitan, AM. og Schjølberg, TK. (Red.). *Kreftsykepleie pasient – utfordring – handling*. (s. 440-447). Oslo: Akribe.

Hofmann, B. (2012). Utvalgte utfordringer innenfor bioetikk. I: Brinchmann, BS. (Red.). *Etikk i sykepleien*. (s. 227-253). Oslo: Gyldendal Akademisk

Karabulut, N. og Erci, B. (2009). Sexual desire and satisfaction in sexual life affecting factors in breast cancer survivors after mastectomy. *Journal of psychosocial oncology* 27(3), s. 332-343. Doi: 10.1080/07347330902979101.

Kirkevold, M. (2012). *Sykepleieteorier - analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal

Kvåle, K. (2002). *Sykepleie til mennesker med kreft*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Lorentsen, VB. og Grov, EK. (2011). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I: Almås, H., Stubberud, DG. og Grønseth, R. (Red.). *Klinisk sykepleie 2*. (s. 401 - 437). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Piot-Zegler, C., Sassi, ML., Raffoul, W. og Delaloye, JF. (2010). Mastectomy, body deconstruction, and impact on identity: A qualitative study. *British Journal of Health Psychological*. 15(3), s. 479-510. Doi: 10.1348/135910709X472174

Quintard, B., Constant, A., Lakdja, F. og Labeyrie-Lagardère, H. (2014). Factors predicting sexual functioning in patients 3 months after surgical procedures for breast cancer: The role of the Sense of Coherence. *European Journal of Oncology Nursing*. 18(1), s. 41-45. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2013.09.008>

Raggio, GA., Butryn, ML., Arigo, D., Mikorski, R. og Palmer, SC. (2014). Prevalence and correlates of sexual morbidity in long term breast cancer survivors. *Psychology and health*. 29(6), s. 632-650. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/08870446.2013.879136>
<http://dx.doi.org/10.1080/08870446.2013.879136>

Salonen, P., Tarkka, MT., Kellokumpu-Lehtinen, PL., Astedt-Kurki, P., Luukkaala, T. og Kaunonen, M. (2009). Telephone intervention and quality of life in patients with breast cancer. *Cancer Nursing*. 32(3), s. 177-9. Doi:

<http://dx.doi.org/10.1097/NCC.0b013e31819b5b65>

Schjølberg, TK. (2010). *Endret kroppsbilde*. I: Reitan, AM. og Schjølberg, TK. (Red.). *Kreftsykepleie pasient – utfordring – handling*. (s. 131-141). Oslo: Akribe. Sheppard, LA. og Ely, S. (2008). Breast Cancer and Sexuality. *Breast Journal*. 14(2), s. 176-81. [Online]. lastet ned den 16.01.2015, fra.

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=1c6902f2-d1f2-4be49b29-000caefc42da%40sessionmgr4003&vid=8&hid=4207>

Skrzypulec, V., Tobor, E., Droszol, A. og Nowosielski, K. (2009). Biopsychosocial functioning of women after mastectomy. *Journal of clinical Nursing*. 18(4), s. 613-619.

Doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02476.x>

Sørensen, EM. og Almås, H. (2011). *Sykepleie ved brystkreft*. I: Almås, H., Stubberud, DG., og Grønseth, R. (Red.). *Klinisk sykepleie 2*. (s. 439 - 455). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Vedlegg 1 – Søkehistorikk

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste artikler	Inkluderte artikler
Breast cancer AND Mastectomy AND Sexuality	17.02.2017	Cinhal	28	13 artikler	Ingen
Breast cancer AND Mastectomy AND Sexuality	18.02.2017	Cinhal complete	36	9 artikler	Breast cancer and sexuality Biopsychosocial functioning of women after mastectomy From "no big deal" to "losing oneself": different meanings of mastectomy Partner relationships after mastectomy in women not offered breast reconstruction Prevalence and correlates of sexual morbidity in long-term breast cancer survivors.
Breast cancer AND Mastectomy AND Sexuality	17.02.17	Academic search elite	22	7 artikler	Sexual Desire and Satisfaction in Sexual Life Affecting Factors in Breast Cancer Survivors After Mastectomy.
Breast cancer AND After surgery AND Sexuality	17.02.17	Cinahl Complete	10	5 artikler	Telephone intervention quality of life in patients with breast cancer
Breast cancer AND After surgery AND Sexuality	18.02.17	Academic seach elite	11	3 artikler	ingen
Breast cancer AND After surgery AND 11Sexuality	18.02.17	Cinahl	10	4 artikler	Factors predicting sexual functioning in patients 3 months after surgical procedures for breast cancer: The role of the Sense of Coherence

Vedlegg 2 – Resultattabell

Tema	Kategorier	Nøkkelfunn fra artikler
Opplevelsen av mastektomi	Aldersforskjeller	<p>1 - "At this age... it is not important what you look like, what is important is health. When you are older, imperfections count for less... you actually should have some rips in your sail when you get older. 2 - Flere eldre kvinner har vanskeligheter for å akseptere kroppen etter en utført mastektomi. Vurdering av aldersgruppene viste at nedgang i selvfølelse etter operasjonen blir større ved høyere alder.</p> <p>4 - Høyere alder ved inngrep og høg score på angst og depresjon ga lavere score på seksuell tilfredshet</p>
	livskvalitet	<p>4 - Lavere level av fordommer og problem koblet til intimitet ble observert ved økning i livskvalitet. Et alvorlig problem som påvirket livskvaliteten til pasienten var å ikke få støtte i perioden ette inngrepet.</p> <p>6 - Kvinnelige deltakere over 55 år rapporterte høyere livskvalitet sammenlagt enn de som var yngre.</p>
	Kroppsbilde	<p>3 - Seksualitet og kroppsbilde er opplagt sentralt i forhold til kvinnenens identitet, selvoppfatning og forhold, og alle disse aspektene blir satt på spill ved brystkreft.</p> <p>7 - Mastektomi var signifikant assosiert med med stress på grunn av endring av kroppen, problem ved seksuell funksjon og lavere score på FSF1 ved spørsmål om smerte og tilfredshet ved sex livet.</p> <p>6 - Kvinnelige deltakere under 55 år hadde et dårligere kroppsbilde enn de som var eldre.</p>
	Feminitet/ kvinnelighet	<p>1 - Bare en halv kvinne , gråt når de så seg selv i speilet. Ved avkleddning ble det tapte brystet synlig og da ble deres feminitet stilt spørsmål til.</p> <p>5 - Behovet for støtte for å opprettholde følelsen av feminitet og et godt kroppsbilde var stor.</p>

	<p>identitet</p>	<p>1 - Deltaker nr 2 sa at identiteten ble knust etter inngrepet og at opplevdes som en lemlestelse av kroppen.</p> <p>2 - 31% opplevde forverring i attraktivitet og 31% opplevde forverring i velvære.</p> <p>3 - Alvorlig overgrep på kroppen som påvirket kvinnens oppfatning av seg selv som et seksuelt vesen.</p>
<p>Relasjon til partner</p>	<p>Innvirkning på partner</p>	<p>1 -- å miste et bryst betydde å miste seksualiteten og det å være attraktiv for en person</p> <p>2- Kvinner som har kreft kan ofte stri med problemet med redusert selvfølelse og en redusert følelse av fysisk attraktivitet. Dette kan føre til følelsesmessig ustabilitet, irritabilitet og nervøsitet, noe som gjør at forholdet blir vanskelig. Tilfredshet med et positivt samarbeid og støtte samt partnerens fulle forståelse har en betydelig innvirkning på psykologisk aksept av sykdommen. Den eldste gruppen bemerket at deres partnere viet mindre oppmerksomhet til dem</p> <p>3 – Noen følte at partneren var emosjonell utilgjengelig- viste at brystkreft ga både pasient og partner et nærere forhold. Om partneren var mindre fornøyd og tilfreds med seksuallivet kunne dette føre til separasjon. Gi kvinnen tid og rom – for dette kan bidra til å styrke deres forhold. det seksuelle forholdet gikk gjennom en helbredende prosess i forhold til brystkreft. Seksualitet er en del av oss fra liv til død</p> <p>4 - Pasienter som opplever økt livstilfredshet har også større vansker med å akseptere sin tilstand og anerkjennelse av deres partnere</p> <p>6 - Til yngre kvinner, som hadde mistet et bryst viste resultatene at kroppsbildet kan påvirke kvinners kvinnelighet og dermed deres seksuelle funksjon og partnerskap</p> <p>7 – Det viser seg at å ha en partner er den beste forutsetningen for å få en bedre seksual funksjon</p>

		8 – Over halvparten av kvinnene rapporterte at de trakk seg unna partner den måneden som hadde vært. Litt under halvparten av kvinnene sa at de ikke hadde interesse for sex den siste måneden
	Ingen innvirkning på partnerskapet	1- Kvinner som var i et stabilt forhold syns ikke at partnerene så på mastektomien som et problem og hadde ingen forandringer på deres seksuelle liv 2 - Kvinner oppfattet intim kontakt med deres partnere som like behagelig nå som før operasjonen. Annså ingen endring i deres attraktivitet i forhold til partnerens syn. Ingen innvirkning på relasjon til parter etter en mastektomi. De aller fleste (88%) av alle kvinner oppfattet ikke at deres partnere viet mindre oppmerksomhet til dem.

	Dekke seg til under intime situasjoner	1- Ville ikke ta av seg brystholderen og ville ha det mørkt på rommet. "I would die without breast, i could never live without breasts". Føler seg tom innvendig og klarer ikke å være intim med partner. 2- Begynte å dekke seg til under intime situasjoner 3 - Seksualitet og kroppsbilde er helt klart sentralt til ens identitet, selvoppfatning og relasjoner, og alle disse aspektene er alvorlig kompromittert under brystkreft.
	Partnerens rolle	1 – Mennene hjalp mye til med å få kvinnene til å føle seg som en kvinne igjen. Det at han viser hvordan han føle det uansett om kvinnene bare har et bryst 2 - Partneren har en viktig rolle i pasientens adopterelse til sykdommen. Det at både kvinnene og mannen kjemper for det samme, kan ha stor betydning på hvordan forholdet blir.
	Seksualitet	2 - De eldste kvinnene var mindre fornøyd med samleie. De yngste kvinnene var mest fornøyd med samleie.

Vedlegg 3 – Litteraturmatriser

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep Keywords	Metode	Resultat/funn/ diskusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Andrzejczak, E., MarkockaMączka, K. og Lewandowski, A. (2013). Partner relationships after mastectomy in women not offered breast reconstruction. <i>Psycho - oncology</i>. 22(7), s. 1653-1657. Doi:10.1002/po n.3197</p>	<p>Denne studien målte i hvilken grad en mastektomi uten rekonstruktiv kirurgi negativt påvirker pasientens psykiske tilstand. Studien fokuserer på kroppsbilde og selvfølelse samt påvirkning av mastektomi på pasient sexliv og relasjon til partner.</p>	<p>Breast cancer AND Mastectomy AND sexuality</p>	<p>Kvalitativ metode</p> <p>60 kvinner var deltakerne i studien. Aldersgruppen var fra 34-75år. De var enten gift eller i et hetroseksuelt forhold, utført mastektomi og ingen etterfølgende rekonstruktiv kirurgi.</p> <p>Et spørreskjema ble anvendt for å finne svar på problemstilling. Spørreskjemaet rettet seg mot kvinnenens følelser rundt oppfatningen av egen kropp, selvtilitt, evaluering av deres relasjon til partner og intime forhold.</p>	<p>Det viste seg at positivt samarbeid og støtte samt partnerens fulle forståelse har en betydelig innvirkning på aksept av sykdommen til kvinnen. Den eldste gruppen bemerket at deres partnere viet mindre oppmerksomhet til dem, men partner relasjonen etter operasjonen forble uendret for flertallet av kvinnene. Mastektomi førte til dårligere seksualliv til de fleste respondentene. Det var ingen signifikant reduksjon i selvfølelse etter fjerning av bryst.</p>	<p>Artikkelen omhandler endring av selvbilde og selvfølelsen etter mastektomien og hvordan partnerskapet har blitt påvirket etter inngrepet. Resultatet av undersøkelsen kan brukes i oppgaven for å vise hvordan en mastektomi kan påvirke kvinnen, som endring av selvbilde, selvfølelse og endringer i et ekteskap eller parforhold.</p>

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

<p>Fallbjörk, U. og Salander, P. og Rasmussen, BH. (2012). From "No Big Deal" to "Losing Oneself" Cancer Nursing. 35(5), s. 41-48. Doi: 10.1097/NCC.0b013e31823528fb</p>	<p>Studien ser nærmere på hvordan mastektomi har påvirket deltagerens liv etter operasjonen og deres tanker rundt brystrekonstruksjon</p>	<p>Breast cancer AND mastectomy AND sexuality</p>	<p>Kvalitativ metode</p> <p>Det ble gjort et strategisk utvalg bassert på alder, utdanning, yrke, forholdstatus og brystrekonstruksjon.</p> <p>15 deltakere fra en tidligere populasjonsbasert studie om mastektomi. Kvinnene ble invitert med på tematisk narrativ inspirert intervjuer 4,5 år etter mastektomi.</p> <p>Det ble brukt en tematisk analyse for å forstå kvinnenes erfaringer over å ha mistet et bryst og deres tanker om rekonstruksjon av brystet.</p>	<p>Tre forskjellige oppfatninger ble analysert. Den ene gruppen beskrev mastektomien som en bagatell, mens den andre sa at operasjonen hadde ødelagt identiteten til deltakerene og at deltakerene ikke så på seg selv som et seksuelt vesen, ikke som kvinne og ikke som en person lenger. Den tredje intervjuede gruppen beskrev at det feminine ble skadet, men ikke så mye at de ikke følte seg som en kvinne lenger.</p> <p>Funnene viser at opplevelsene etter en mastektomi etter brystkreft er individuell og basert på konteksten. Å miste et bryst kan enten vær av stor eller liten betydning.</p>	<p>Artikkelen viser at opplevelsen etter en mastektomi er individuell. Noen føler at det manglende brystet har påvirket identiteten og selvfølelsen drastisk, mens andre ser på det manglende brystet som en bagatell og med liten eller ingen innvirkning på følelsen som kvinne og person. Artikkelen viser at sykepleier kan møte ulik grad av aksept og håndtering av situasjonen etter en mastektomi. Det viser at sykepleier må være forberedt på de ulike reaksjonene etter en mastektomi siden disse reaksjonene kan variere drastisk.</p>
<p>Karabulut, N. og Erci, B. (2009). Sexual desire and satisfaction in sexual life affecting factors in breast cancer survivors after mastectomy. Journal of psychosocial oncology. 27(3), s. 332-343. Doi: 10.1080/07347330902979101</p>	<p>Hensikten med studien var å studere innvirkningen av behandling, personlighetstrekk, behovet for støtte ved feminitet, kroppsbilde på seksuell lyst og seksuell tilfredsstillelse hos kvinner som har gjennomgått en mastektomi</p>	<p>Breast cancer AND mastectomy AND sexuality</p>	<p>Kvalitativ metode</p> <p>Studien tok i bruk et beskrivende design. 123 gifte kvinner med tidligere brystkreft deltok i studien. Alle kvinnene hadde tidligere gjennomgått en mastektomi og var fra 20-45år. Studien ble utført poliklinisk og ved innleggelse i medisinsk onkologisk klinikk hvor pasientene ble undersøkt som en regelmessig oppfølging.</p> <p>Kvinnene ble valgt gjennom en tilfeldig prøvetaking - metode fra studiegruppen. Kriterene for å være egnet for</p>	<p>Seksuell lyst for kvinnene i studien var redusert, og de var litt tilfreds med samlivet. Behovet for støtte for feminitet og kroppsbilde var stor for kvinnene i undersøkelsen. Behandlingen, personlig karakter, feminitet, kroppsbilde og tilfredshet med samlivet påvirket sexlysten. Alder, tilfredshet med samlivet, og røyking var individuelle faktorer som og påvirket sexlysten til kvinnene. Der var statistisk merkbart forhold mellom alder eller røyking og tilfredshet med sexlivet og sexlysten. Alder,</p>	<p>Artikkelen omhandler seksuell tilfredshet og lyst i forhold til kvinner som har utført en mastektomi etter brystkreft. Undersøkelsen viser at kvinner har behov for støtte for feminitet og kroppsbilde og at disse og andre faktorer nemt i undersøkelsen påvirker sexlysten til kvinnene.</p> <p>Relevans til problemstillingen er at resultatet kan brukes til å vise at pasienter som har gjennomgått en mastektomi etter brystkreft har behov for støtte og at ulike faktorer må forebygges for at sexlysten ikke skal bli redusert. Mange</p>

			studien var at kvinnen skulle vær registrert i klinikken som overlevende etter mastektomi på grunn av brystkreft, 18 år eller eldre og gift, utført kirurgisk behandling, i stand til å lese og forstå tyrkisk språk og ingen metastaser.	seksuell lyst og behovet for støtte i forhold til feminitet og kroppsbilde hadde en statistisk effekt på tilfredshet med seksuallivet.	av faktorene kan sykepleier være med på å forebygge i oppfølgingen.
--	--	--	---	--	---

Quintard, B., Constant, A., Lakdja, F. og LabeyrieLagardère, H. (2014). Factors predicting sexual functioning in patients 3 months after surgical procedures for breast cancer: The role of the Sense of Coherence. <i>European Journal of Oncology Nursing</i> . 18(1), s. 41 - 45. Doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2013.09.008	Kvinner med brystkreft kan ha betydelige problemer med å tilpasse seg til sykdommen og behandlingen, på grunn av de betydelige endringene i kroppsbilde og seksualitet. Målet med denne studien var å 1) vurdere seksuell funksjon 3 måneder etter kirurgiske prosedyre for brystkreft, og 2) fremad undersøke nytten av en følelse av sammenheng og skjønnhetsbehandling som predikator for seksuell funksjon.	Breast cancer AND after surgery AND sexuality	kvalitativ metode 100 kvinner med brystkreft ble randomisert inn i en gruppe som mottar skjønnhetsbehandling i løpet av sykehusinnleggelse, den andre halvdel ble kontrollgruppe. SOC (Sense Of Coherence) underskalaene ble vurdert dagen før operasjon. Psykiske plager og kroppsbilde ble vurdert på dag 6 etter operasjonen og seksuell funksjon ble vurdert etter tre måneder.	Pasienter med brystkreft synes å oppleve betydelige problemer i seksuell funksjon ved kontroll etter tre måneder etter operasjonen. Halvparten av dem rapporterte ingen seksuell aktivitet og 42% hadde ingen interesse for sex. I form av Sense av Coherence, oppfatning at der fantes tilgjengelige tiltak for å møte sykdommen (dvs. administrasjon) hadde en positiv innvirkning på seksuell funksjon. Skjønnhetsbehandling var også assosiert, men den mest statistisk signifikant predikator for seksuell funksjon var en yngre alder. Konklusjon er at studien gir bevis for at mestringsressurser, og spesielt den oppfatning at ressursene er tilgjengelige for å møte sykdomsrelaterte forstyrrelser, har en positiv innflytelse på seksuell funksjon. Tiltak for å bedre pasientens oppfatning av tilgjengelige	Oppgaven har tatt for seg hvordan kvinnene opplever den seksuelle funksjonen etter en mastektomi tre måneder etter inngrepet og sett på hvordan skjønnhetsbehandling og følelsen av sammenheng påvirket den seksuelle funksjonen. Studien konkluderer med at bruk av mestringsressurser, spesielt oppfatning av at der fins tiltak/ressurser som er tilgjengelig for å møte sykdomsrelaterte problem har en positiv innvirkning på den seksuelle funksjonen. Vi kan bruke artikkelen til å vise i hvilken grad funksjonen kan bli påvirket av en mastektomi og hvilken tiltak som kan brukes for å forebygge dette utfallet, dvs de nemte mestringsressursene.
---	---	---	--	--	--

				ressurser kan kanskje være nyttig for å forbedre seksuell funksjon hos pasienter med brystkreft.	
Raggio, GA., Butryn, ML., Arigo, D., Mikorski, R. og Palmer, SC. (2014). Prevalence and correlates of sexual morbidity in long-term breast cancer survivors. <i>Psychology & Health</i> , 29(6), s. 632 - 650. Doi: http://dx.doi.org/10.1080/08870446.2013.879136	Studien omhandler hyppigheten og prediktorer som er grunnlag for problemer ved seksuell funksjon og kroppsbilde hos overlevende tre år eller mer etter behandling mot brystkreft	Breast cancer AND mastektomy AND sexuality	<p>Kvantitativ metode</p> <p>83 deltakere som tidligere hadde deltatt i en foreldrestudie som tok for seg psykatiske problem i tidlig fase av brystkreft. Studien ble utført på et nasjonalt kreft institutt i philadelphia. En samling av deltakerne fra den tidligere nevnte studien ble rekruttert for denne studien, bestående av deltakere med en median på 7 år siden de fikk kreftdiagnosen. Alle deltakerene ble kontaktet på telefon, hvorav de som ikke var interessert i og delta og de som var syke ble ekskludert fra studien.</p> <p>Dataene ble analysert ved bruk av SPSS statistikk</p>	<p>De fleste deltakerene rapporterte god psykisk helse og minimalt tilbakefall i krefttilfeller, så ble det også rapportert høyere statistikk av seksuelle problem enn friske kvinner i sammenlignbar alder. Disse funnene kopierer allerede tidligere data som omhandler sex og kroppsrelatert stress. viktigheten av seksuelle problem kan også støtte av en psykososial model. Helsepersonell bør informere pasientene om risikoen for langsiktige seksuelle problem på grunn av behandlingen, spesielt etter en mastektomi.</p> <p>Grunner til seksuell dysfunksjon var blant annet mastektomi, som var koblet til stress ved endring, som påvirket seksualiteten og kroppsbilde og vektøkning ved postoperativ behandling, som spådde større misnøye med egen kropp / stress på grunn av endringer som skjer med kroppen.</p>	I funnene finner studien at deltakere som hadde utført en mastektomi var spesielt utsatt for seksuell dysfunksjon og utsatt for dårligere kroppsbilde enn de andre behandlingene. Resultatet i denne studien er relevant i forhold til vår oppgave.

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

<p>Salonen, P., Tarkka, MT., KellokumpuLehtinen, PL., Astedt-Kurki, P., Luukkaala, T. og Kaunonen, M. (2009). Telephone Intervention and Quality of Life in Patients With Breast. Cancer. Cancer Nursing. 32(3), s. 177 - 190. Doi: http://dx.doi.org/10.1097/NCC.0b013e31819b5b65</p>	<p>Målet med denne kvasiekperimentelle studien var å undersøke effektiviteten av telefoninterven sjon en uke etter operasjonen på livskvalitet til pasienter med brystkreft.</p>	<p>Breast cancer AND after surgery AND sexuality.</p>	<p>Kvalitativ metode</p> <p>Det har blitt brukt to ulike grupper, en gruppe som mottok telefonstøtte og informasjon, den andre gruppen var kontrollgruppe</p> <p>Kvasiekperimentell design ble valgt for å teste virkningene av telefonstøtte på livskvalitet av pasienter med brystkreft. Kvinner som fikk oddetall ble plassert i intervensjonsgruppen, og kvinner som fikk partall ble plassert kontrollgruppe. Inklusjonskriteri er for deltakelse var følgende: kvinne, i alderen 18 til 75 år, nylig diagnostisert og har utført kirurgi og hadde tilstrekkelig kunnskap om å snakke finsk til å kunne være i stand til å fullføre studiespørreskje maene.</p>	<p>Telefonintervensjon som studien utførte en uke etter operasjonen hvor personlige bekymringer var fokuset, visste seg å ha en gunstig effekt på livskvalitet. Kvinner med brystkreft var relativt fornøyd med livet, og deres livskvalitet var ganske høy til tross for diagnosen de hadde fått, den kirurgiske prosedyren og påfølgende fysiske og psykiske symptomer. Det er imidlertid viktig å være klar om viktigheten av livskvalitet hos pasienter med brystkreft og spesielt for å vurdere de vanskelighetene yngre kvinner opplevde umiddelbart etter operasjonen. Problemer med kroppsbilde krever spesiell oppmerksomhet for å hindre problemer i familien og i partnerrelasjoner. Basert på disse resultatene, er det absolutt god grunn til å anbefale telefonkontakt som en alternativ metode for postoperativ intervensjon, selv om de ikke viser forbedring i alle livskvalitetens domener.</p>	<p>Telefonstøtte er en mulig måte å kontakte en stor mengde av pasientene, og det er lett å gjennomføre i praksis, fordi det ikke opptar mye ressurser. Kvinner bør tilbys systematisk støtte og informasjon om ulike oppfølgingsalternativer, inkludert rehabilitering og støtte grupper, slik at de ikke føler seg alene i situasjonen sin. Det er viktig å være klar over pasientenes individuelle behov for støtte og for målrettet støtte inn mot problemene. Klinisk støtte og utdanning er en viktig del av omsorgen for pasienter med brystkreft. I klinisk praksis er samarbeidet mellom onkologiske sykepleiere og fysioterapeuter viktig når du gjenkjenner og møter den støtte og utdanningskravene hos pasienter med brystkreft, og planlegger oppfølgingen for å hjelpe pasientene å takle situasjonen på en god måte.</p>
<p>Sheppard, LA. og Ely, S. (2008). Breast Cancer and Sexuality. Breast Journal. 14(2), s. 176-81. [Online] lastet ned den 16.01.2015, fra http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=1c6902f2-</p>	<p>Denne studien utforsker ektefellens oppfatninger av kroppsbilde, seksualitet i forhold til brystkreft pasienter og hvilke implikasjoner disse holder for</p>	<p>Breast cancer AND mastectomy AND sexuality</p>	<p>Kvalitativ metode</p> <p>Det ble brukt dybde intervjuer (semistrukturerte) som inneholdt spørsmål om erfaring og følelser rundt seksualitet. Alle intervjuene ble</p>	<p>Områder som ble diskutert var veldig personlige og følsomme temaer.</p> <p>Sentrale temaer som ble funnet var: a) Oppfatningen av hver partner og brystkreft</p>	<p>Den er relevant i forhold til oppgaven for å kunne drøfte at de syntes sykepleiere og helsepersonell skal få hjelp til å bli mer klar over virkningen brystkreft har på</p>

<p>d1f2-4be49b29000caefc42da%40sessionmgr4003&vid=8&hid=4207</p>	<p>forholdet.</p> <p>Forskningen skal videre forstå brystkreft pasientens erfaring og behov ektefelle.</p>		<p>tapet med tillatelse og transkribert ved hjelp av tematisk koding. Fire deltakere ble valgt.</p> <p>En partner, en kvinne og den tredje deltakeren ga informasjon til de med dårlig seksual helse og den siste var en person som var en kommunal støtte person for kreftforeningen.</p> <p>Tematisk analyse ble brukt for å identifisere alle data som var relatert til forsknings klassifisert temaer. Disse temaene ble deretter katalogisert inn i mønstre og undertemaer.</p>	<p>rammende kan være feil og forvirrende.</p> <p>b) Prosessen fra kreftdiagnosen og behandling er en reise som tar tid å jobbe seg gjennom.</p> <p>c) Ingen informasjon ble gitt angående samliv og erkjennning av at informasjon om seksuell funksjon var nødvendig.</p> <p>Denne forskningen belyser det faktum at brystkreft har betydelige konsekvenser for pasienten og hennes ektefelle i forhold til kroppsbilde, seksualitet og deres forhold. I oppsummering, de viktigste funnene i denne studien: Mastektomi er en amputasjon, som forstyrrer kroppsbilde og utsletter seksuelle relasjoner for en betydelig periode. Kvinner finner det særdeles vanskelig å komme til enighet med brystet arr, og kan feilaktig oppfatter sine partnere for å bli frastøtt og forstyrret av endringer i kroppen.</p>	<p>seksualitet og kroppsbilde, og være komfortabel å diskutere disse spørsmålene med pasienten og hennes ektefelle.</p> <p>En mastektomi hadde invirkning på kvinnen og hennes partner i forhold til kroppsbilde, seksualitet og forholdet.</p>
<p>Skrzypulec, V., Tobor, E., Drosdzol, A. og Nowosielski, K. (2009). Biopsychosocial functioning of women after mastectomy. Journal of clinical Nursing. 18(4), s. 613-619. Doi: http://dx.doi.org/10.1111/j.13652702.2008.02476.x</p>	<p>Studiens hensikt var å se hvem som hadde problemer i forhold til seksualitet, feminitet og livskvalitet etter et kirurgisk inngrep av brystkreft ramende kvinner. Dette var etter at kvinnene hadde fjernet hele eller deler av brystet.</p>	<p>Breast cancer AND mastectomy AND sexuality</p>	<p>Kvantitativ metode.</p> <p>Det ble samlet inn data av 550 kvinner som hadde gjennomgått en operativ behandling av brystkreft. Disse kvinnene ble trukket ut randomisert fra forskjellige klinikker i Polen. Gruppen ble delt inn i to og etter eksklusjonskriteriene var det totalt 494 kvinner i studien.</p>	<p>Resultatene i denne studien ble arrangert etter hva pasientene hadde svart i spørreskjemaet.</p> <p>Det viste seg å være en statistisk signifikant forskjell når det gjaldt skala for symptomer og alder som gikk under spørreskjemaet om livskvalitet. Dette var for de som var i undersøkelsesgrupp</p>	

			<p>Spørreundersøke n var delt inn i fem ulike målbare skalaer.</p> <p>Hovedgruppen: Inklusjonskriteriene var en total fjerning av brystet, hadde samtykket til å delta og gjennomføre spørreskjemaet. Totalt ble 403 kvinner etter eksklusjonskriteriet i alderen 28-84år.</p>	<p>en, mens i kontrollgruppen viste det ingen forskjell. Det viste en statistisk signifikant forskjell på både undersøkelsesgruppen og kontrollgruppen når det gjaldt livets tilfredstillelse og hvordan dette hadde hatt inntrykk på pasienten.</p> <p>Når det gjaldt det siste punktet, seksuell tilfredstillelse spilte livskvalitet en stor rolle. Dette kunne tyde på at pasientene som følte at de ikke ble ivaretatt hadde større vansker med å akseptere sin tilstand og få anerkjennelse av deres partnere.</p>	
--	--	--	--	--	--