

10029

10087

Hvordan opplever kvinner som har gjennomgått brystkreft sin seksualitet?

Antall ord: 8250

Bacheloroppgave i SY300215 Bachelor i sykepleie

Veileder: Marianne Kjelsvik

Mai 2021

10029

10087

Hvordan opplever kvinner som har gjennomgått brystkreft sin seksualitet?

Antall ord: 8250

Bacheloroppgave i SY300215 Bachelor i sykepleie

Veileder: Marianne Kjelsvik

Mai 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Fakultet for medisin og helsevitenskap

Institutt for helsevitenskap i Ålesund



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Bakgrunn: Brystkreft er den vanligste kreftformen blant kvinner, hvor i underkant av 4000 kvinner rammes årlig.

Problemstilling: Hvordan opplever kvinner som har gjennomgått brystkreft sin seksualitet?

Hensikt: Hensikten med oppgaven er å finne ut hvordan kvinner som har gjennomgått brystkreft opplever sin seksualitet.

Metode: Systematisk litteraturstudie med åtte inkluderte forskningsartikler.

Resultat: Etter gjennomgått brystkreft er det individuelt hvordan kvinner opplever sin seksualitet. Faktorer som behandlingsvalg, alder, sivilstatus, samfunn og kultur er avgjørende.

Konklusjon: Kvinner i studien med høyest gjennomsnittsalder og stabile forhold taklet den seksuelle utfordringen bedre, uavhengig av behandlingsvalg. De yngre kvinnene og de uten fast partner hadde større utfordringer seksuelt som følge av endret selvbilde. Behandlingsvalget blir tatt på bakgrunn av hva leger og samfunn forventer, da kvinner er redd for å bli stigmatisert. En viktig rolle for sykepleier er å gi kvinner med brystkreft og deres eventuelle partner tilstrekkelig informasjon og veiledning, om mulige bivirkninger av kreftdiagnosen og behandlingen for å forebygge seksuell dysfunksjon. Kvinner som diagnostiseres med brystkreft har som oftest kort tid på å ta en avgjørelse angående behandling. Beslutningen bør tas i samråd med helsepersonell og eventuell partner, da det finnes flere aktuelle behandlingsalternativer.

Nøkkelord: Brystkreft, kvinner, seksualitet, opplevelse

Abstract

Background: Breast cancer is the most common form of cancer for women and approximately 4000 women are affected every year.

Problem: How do women experience their sexuality after going through breast cancer?

Purpose: The purpose of this study is to figure out how women going through breast cancer experience their sexuality.

Methods: A systematic literature study including eight research articles.

Results: After suffering from breast cancer it is individual how the women experience their sexuality. Choice of treatment, age, relationship status, society and culture are factors that all are important.

Conclusion: The women in the study with highest average age and stable relationships coped better with the sexual challenge, regardless of treatment choice. The younger women and the ones without a permanent partner had bigger challenges sexually because of changed self-image. Choice of treatment is based on what doctors and society expect, because the women are afraid of being stigmatized. An important role for nurses is to give breast cancer women and their potential partners sufficient information and guidance about possible cancer side effects and treatment to prevent sexual dysfunction. Women diagnosed with breast cancer often have a short amount of time making a treatment decision. The decision should be taken in consultation with health professionals and a potential partner, as there are several possible treatment options.

Keywords: Breast cancer, women, sexuality, experience

Forord

Vi vil få takke Marianne Kjelsvik som har vært vår veileder gjennom denne prosessen. Hun har gitt oss god veiledning og trygghet gjennom arbeidet med bacheloroppgaven.

Innhold

1	Innledning	9
1.1	Bakgrunn for valg av tema	9
1.2	Oppgavens hensikt og problemstilling	9
1.3	Avgrensning	10
1.4	Oppgavens oppbygging	10
2	Teoribakgrunn	11
2.1	Brystkreft.....	11
2.1.1	Behandling.....	11
2.1.2	Oppfølging	11
2.2	Seksualitet	12
2.2.1	Seksualitet og sykdom.....	12
2.3	PLISSIT-modell	12
2.4	Kari Martinsen	13
3	Metode	14
3.1	Datainnsamling	14
3.1.1	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	14
3.1.2	Søkehistorikk	15
3.1.3	Kvalitetsvurdering	15
3.1.4	Etiske vurderinger.....	16
3.2	Analyse.....	16
4	Resultat.....	18
4.1	Å velge sin fremtidige seksuelle kropp.....	18
4.2	Brystenes betydning for selvbildet og opplevelsen av femininitet	19
4.3	Brystenes betydning for andre	20
5	Diskusjon.....	21
5.1	Metodediskusjon	21
5.2	Resultatdiskusjon	21
5.2.1	Kvinneres nye seksuelle kropp.....	21
5.2.2	Endringer i relasjoner som følge av brystkreft	24
5.2.3	Sykepleiers rolle	25
6	Konklusjon.....	27
	Referanser	28
	Vedlegg	31

1 Innledning

I det første kapittelet presenteres bakgrunn for valg av tema, samt oppgavens hensikt og problemstilling. I siste del av kapittelet beskrives avgrensninger og oppgavens videre oppbygging.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Tema i oppgaven er kvinners opplevelse av seksualitet etter gjennomgått brystkreft. Oppgaven tar for seg ulike erfaringer disse kvinnene har gjort seg rundt sin seksualitet. Brystkreft er den hyppigste kreftformen blant kvinner (Sørensen et al., 2016, s. 437). Tidligere diagnostikk og forbedret behandlingsmetoder har ført til en høyere overlevelsesrate. I 2019 var det 3696 nye tilfeller av brystkreft i Norge (Kreftregisteret, 2019). Ifølge Schlichting (2016, s. 443) viser prognosen en femårsoverlevelse på ca. 90%. Økende overlevelse har ført til at flere kvinner må leve med senskader som påvirker både livsutfoldelsen og livskvaliteten (Sørensen et al., 2016, s. 440).

Kirurgi er primærbehandlingen ved brystkreft, hvor hele eller deler av brystet fjernes (Schlichting, 2016, s.448). Fjerning av bryst ved brystkreft påvirker selvbildet, tanker rundt kvinnelighet og utseende (Kreftforeningen, u.å.). Brystene har betydning for opplevelsen av seg selv som en seksuell person og et endret selvbilde kan føre til seksuell dysfunksjon (Gamnes, 2016, s. 397-398). Ifølge Schlichting (2017, s.452) får alle kvinner som fjerner bryst tilbud om gjenoppbygging av brystet, men færre enn halvparten ønsker det.

Det er viktig å belyse dette temaet for å redusere de negative belastningene brystkreft og dens behandling utsetter kvinner for. Sykepleier er ansvarlig for at kvinner får nødvendig informasjon og veiledning om behandling og prognose, slik at den psykiske belastningen reduseres. Informasjon er viktig gjennom hele behandlingsforløpet og de fleste sykehus har egne sykepleiere med spesialkompetanse på brystkreft (Sørensen et al., 2016, s. 438).

1.2 Oppgavens hensikt og problemstilling

Hensikten med denne systematiske litteraturstudien er å belyse hvordan kvinner opplever sin seksualitet etter gjennomgått brystkreft. Det er normalt å være bekymret for hvordan sykdom og behandling påvirker seksualiteten, uavhengig av alder, sivilstatus, seksuell legning, samfunn og kultur (Kreftforeningen, u.å.). Selv om kvinner er mer enn brystene sine, er brystene en stor del av identiteten og opplevelsen av seg selv som en seksuell kvinne. Problemstillingen belyses fra et pasientperspektiv, der pasientens egne erfaringer og opplevelser står i fokus. Målet med studien er å finne ut hvilke faktorer som påvirker kvinners opplevelse av seksualitet etter gjennomgått brystkreft. Med dette som utgangspunkt, blir problemstillingen følgende:

Hvordan opplever kvinner som har gjennomgått brystkreft sin seksualitet?

1.3 Avgrensning

Vi har valgt å fokusere på kvinners erfaringer etter gjennomgått brystkreft, hvor valg av kirurgisk behandling står i fokus. Vi går derfor ikke i dybden på den medisinske behandlingen som cytostatika, strålebehandling og endokrin behandling.

1.4 Oppgavens oppbygging

I neste kapittel presenteres teori og pensum som er relevant for å besvare problemstillingen. I kapittel tre kommer redegjørelsen av metoden, hvor det presiseres hvordan vi fant forskningsartiklene. Videre vil resultatet av hovedfunnene i artiklene bli presentert i kapittel fire, før funnene blir diskutert i kapittel fem. Konklusjonen presenteres i det siste kapittelet.

2 Teoribakgrunn

Relevant teori for oppgaven presenteres i dette kapittelet.

2.1 Brystkreft

Brystkreft er en ondartet svulst i brystet, hvor kreftceller dannes ved mutasjoner av melkekjertelceller. Dette forekommer hyppigst etter 50-årsalderen (Schlichting, 2016, s. 446). Årsakene til brystkreft er sammensatte. Både arvelige faktorer, forhold i fosterlivet og påvirkninger gjennom livet øker risikoen for brystkreft, uten at vi kan påvirke dem. I tillegg finnes det faktorer vi kan påvirke som reduserer risikoen for å få brystkreft, for eksempel å føde sitt første barn før fylte 25 år, amming og regelmessig mosjon (Sørensen et al., 2016, s. 438). Kvinner som diagnostiseres med brystkreft har ofte ingen symptomer før den alvorlige diagnosen stilles (Sørensen et al., 2016, s. 437). Regelmessig undersøkelse av brystene er nødvendig for å oppdage forandringer. Dagens diagnostisering foregår etter retningslinjer som kalles trippeldiagnostikk, som innebærer klinisk undersøkelse, bildediagnostikk og nålebiopsi. Alle kvinner i alderen 50-69 år får tilbud om mammografiscreening, som er en radiologisk undersøkelse for å oppdage forandringer (Schlichting, 2016, s. 447-448).

2.1.1 Behandling

Kirurgi er den viktigste brystkreftbehandlingen, enten alene eller i kombinasjon med cytostatika, strålebehandling og endokrin behandling. Kirurgisk behandling består enten i å fjerne hele brystet (mastektomi), rekonstruksjon eller brystbevarende kirurgi. Mastektomi er en operasjon der hele brystkjertelen blir fjernet. Rekonstruksjon er en operasjon hvor en silikonprotese eller eget vev fra mage eller rygg, settes inn under den store brystmuskelen etter at hele brystet er fjernet. Brystbevarende operasjon fjerner derimot bare svulsten, med god margin rundt (Sørensen et al., 2016, s. 442). Etter brystbevarende operasjon trengs det postoperativ strålebehandling for å fjerne eventuelle gjenværende kreftceller (Kreftforeningen, u.å.). Annen behandling som cytostatika og endokrin behandling kan forårsake varig eller forbigående menopause. Hos fertile kvinner bør det tas hensyn til ønske om barn og det kan da eventuelt fryses ned eggstokkvev eller befruktete egg med tanke på senere graviditet (Bioteknologirådet, u.å.). Risikoen for å utvikle tidligere menopause avhenger av kvinnens alder, jo eldre kvinnen er desto større er risikoen for varig menopause. For tidlig menopause kan gi bivirkninger som osteoporoseutvikling, hjerte- og karsykdom, vektøkning og seksuelle problemer (Schlichting, 2017, s. 452). I tillegg kan mange kvinner oppleve nedsatt seksuell lyst etter menopausen (Gamnes, 2016, s. 387).

2.1.2 Oppfølging

Ifølge helsedirektoratets nasjonale handlingsplan med retningslinjer for pasienter med brystkreft (2021) skal kvinner på rutinemessige oppfølginger etter kurativ behandling av brystkreft. Første postoperative kontroll er 2-4 uker etter utskrivelse. Vanligvis følges kvinner opp i 10 år etter primærbehandlingen, men hvor omfattende og hyppig kontrollene skal være avhenger av prognosen. Som et minimum anbefales det årlig

legeundersøkelse og mammografi. Etter utskrivelse fra sykehus skal kvinner ha fått informasjon og brosjyremateriell fra Brystkreftforeningen. Brystkreftforeningen er en interesse- og likepersonsorganisasjon for brystkreftberørte som arrangerer ulike kurs og samlinger (Sørensen et al., 2016, s. 448). I tillegg til dette finnes informasjons- og kursstedet Montebello-Senteret i Mesnali, hvor det arrangeres opphold med kurs for brystkreftererte (Schlichting, 2017, s. 452). I kommunene finnes det en kreftkoordinator som bidrar med å tilrettelegge og gi oversikt over tilbud som finnes (Kreftforeningen, u.å.).

2.2 Seksualitet

Verdens helseorganisasjon (WHO, 2021) beskriver seksualitet som et grunnleggende behov som angår alle mennesker uansett alder og livssituasjon. Seksualitet omfatter samleie, kjønnsidentitet, seksuell legning, erotikk, glede, intimitet og reproduksjon, samt hvordan den oppleves og uttrykkes i tanker, fantasier, ønsker, verdier, adferd, og relasjoner. Seksualiteten påvirkes av blant annet samspillet mellom biologiske, psykologiske og sosiale faktorer. Ut ifra denne beskrivelsen kommer det frem at seksualitet omfatter mye mer enn samleie, den skaper en driv til å søke etter kjærlighet, kontakt, varme og nærhet. Det er en nær sammenheng mellom livskvalitet og seksualitet. Et godt seksualliv betyr mye for velværet, en god psykisk helse og gode relasjoner til mennesker rundt oss. Seksuell lyst er individuelt og varierer i de ulike livsfasene (Gamnes, 2016, s. 374).

2.2.1 Seksualitet og sykdom

Kvinner som får brystkreft opplever usikkerhet rundt diagnosen med tanke på metastase, smerte og død, men også problematikk rundt utseende og kvinnelighet (Sørensen et al., s. 440). Kvinner som mister et bryst har vansker med å se på seg selv som en fullverdig kvinne. Hvor stor betydning det har for den enkelte avhenger av mange forhold. Noen kvinner opplever mindreverd og en ødeleggelse av kroppen, mens andre kvinner opplever det å bli frisk som viktigere enn tapet av brystet (Sørensen et al., 2016, s. 446). Ved mastektomi vil ikke kroppen oppleves som før, da tap av kroppsdeler, forandret utseende og nedsatt funksjon fører til en sorgreaksjon hos kvinner (Gamnes, 2016, s. 395). Endringen kan også få negative konsekvenser for kvinners selvbilde, livsutfoldelse og seksualitet. Kreftforeningen (u.å.) belyser at brystets betydning som seksualorgan før diagnosen, har betydning for hvordan kvinnen opplever tapet av brystet. Brystet er et symbol på kvinnelighet og forandret selvbilde kan føre til seksuell dysfunksjon (Sørensen et al., 2016, s. 441-442). Å gjenopprette tillit til kroppen og korrigere sitt eget selvbilde kan bli nødvendig (Sørensen et al., 2016, s. 446).

2.3 PLISSIT-modell

Gamnes (2016, s. 399) beskriver PLISSIT-modellen som en modell som tar for seg ulike nivåer man kan forholde seg til og behandle seksuelle problemer på. PLISSIT står for Permission (tillatelse), Limited Information (begrenset informasjon), Specific Suggestions (spesifikke forslag), og Intensive Therapy (intensiv terapi).

P-nivået er hvor alle inviteres til å snakke om seksualitet. LI-nivået handler om å få god og begrenset informasjon. Behandler trenger ikke spesialkompetanse. SS-nivået er for de som trenger å stille spørsmål rundt sin situasjon og få spesifikke forslag til løsninger. Behandler trenger mer kunnskap og erfaring. IT-nivået er for de som har behov for

spesialiserte behandlingstilbud. Behandler trenger spesialkompetanse (Gamnes, 2016, s. 400).

Modellen viser at de fleste som trenger informasjon om eller hjelp med seksuelle problemer befinner seg på nivå P, deretter færre på nivåene over LI og SS, og færrest på det øverste nivået IT. Ut ifra dette ser vi at få trenger eksperthjelp og at de fleste kan få hjelp fra personer uten spesialkompetanse (Gamnes, 2016, s. 399).

2.4 Kari Martinsen

Kari Martinsen er en norsk sykepleier som gjennom et langt forfatterskap har utviklet sin omsorgsfilosofi. Omsorg er grunnleggende i sykepleiers møte med pasienter. Martinsen deler omsorgsperspektivet i tre dimensjoner: relasjonell, praktisk og moralsk (Kristoffersen, 2016, s. 53)

Omsorgens relasjonelle side innebærer at sykepleier må kunne gjøre seg kjent med pasientens situasjon og ut ifra den kunne gi den hjelpen pasienten trenger. Samtidig er det viktig å bygge tillit for å skape en god relasjon til pasienten (Kristoffersen, 2016, s. 60).

Omsorgens praktiske side innebærer at sykepleier kan sette seg inn i pasientens situasjon, få en forståelse av hva som er best for pasienten og handle ut ifra det. Dette ved å bruke kunnskap og kompetanse til å best mulig hjelpe pasienten (Kristoffersen, 2016, s. 62).

Omsorgens moralske side deler Martinsen inn i to. Primær moral er den omsorgen som utøves spontant uten å tenke, mens normmoral er handlinger som viser til regler og prinsipper som uttrykkes i kjærlighet. Ifølge Martinsen vil sykepleier og andre omsorgsgivere ved å kombinere disse to moralene kunne praktisere optimal omsorg. Sykepleier bruker sin kunnskap og sine erfaringer for å gi god og riktig omsorg til pasientens beste (Kristoffersen, 2016, s. 62).

3 Metode

I metodedelen beskrives en systematisk litteraturstudie og hva som kjennetegner metodene i forskningsartiklene. Søkeprosessen er beskrevet, samt kvalitetsvurderinger og etiske vurderinger.

Metode blir brukt som et redskap til å besvare noe som skal undersøkes. Ved å benytte dette redskapet tilegner man seg den kunnskapen som trengs for den aktuelle undersøkelsen (Dalland, 2017, s. 52). Metoden sier noe om fremgangsmåten man bruker for å skaffe seg kunnskap. I denne oppgaven er det metoden systematisk litteratursøk som er brukt for å besvare problemstillingen. Forsberg og Wengstöm (2015, s. 27) beskriver dette som en studie som besvarer en tydelig formulert problemstilling gjennom systematisk og kritisk vurderte søk hvor funn fra forskningslitteraturen analyseres.

3.1 Datainnsamling

Arbeidet med denne systematiske litteraturstudien ble startet høsten 2020 og fortsatte våren 2021. Det ble utarbeidet en søkestrategi, samt inklusjons- og eksklusjonskriterier. For å avgrense problemet ble metoden PICO benyttet, som er en strukturert metode der man ut ifra problemstillingen kan sette sammen søkestrategier. PICO er en forkortelse for Patient/population (hvem), Intervention (hva), Control (kontrollgruppe, dersom aktuelt) og Outcome (utfall/resultat) (Forsberg & Wengström, 2015, s. 60). Kontrollgruppe er ikke aktuelt for problemstillingen og derfor benyttes PIO-skjema som vist under i *tabell 1*. Søkeordene ble lagt inn i vitenskapelige databaser anbefalt av NTNUs bibliotek. Denne systematiske litteraturstudien inkluderer åtte forskningsartikler, hvor alle har IMRaD-struktur.

P	I	O
Patient/population	Intervention	Outcome
Kvinner med brystkreft	Opplevelse av seksualitet etter gjennomgått brystkreft	Opplevelsen er individuell, alt etter behandlingsvalg, alder, sivilstatus, samfunn og kultur

Tabell 1: PIO-skjema

3.1.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

I prosessen med å søke etter relevant litteratur, legger man til grunne kriterier for å vurdere relevansen for forskningen. Inklusjons- og eksklusjonskriterier presenteres under i *tabell 2*.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"> • IMRAD-struktur • Fra år 2010-2020 • Språk: norsk, svensk, dansk og engelsk • Peer reviewed • Abstrakt • Pasientperspektiv • Kvinner med brystkreft • Kvalitativ og kvantitativ forskning • Fagfellevurdert nivå 1 og 2 	<ul style="list-style-type: none"> • Forskning før 2010 • Andre språk enn norsk, svensk, dansk og engelsk • Andre perspektiv enn pasientperspektiv • Menn med brystkreft • Ikke fagfellevurdert

Tabell 2: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

3.1.2 Søkehistorikk

I det første søket ble databasen Cinahl Complete benyttet for å finne forskningsartikler. Cinahl er ifølge Forsberg og Wengström (2015, s. 65) relevant for søk på sykepleieforskning. Ut ifra problemstillingen valgte vi å bruke søkeordene: «breast cancer», «women», «experience» og «sexuality». Vi prøvde oss frem med ulike søkeord og inkluderte «mastectomy» og ekskluderte «cancer mammae». I tillegg byttet vi søkeordet «patient» til «women» for å være mer konkret på pasientgruppen. Søkeordene ble kombinert med «AND». Vi fikk da 11 treff etter å ha krysset av inklusjons- og eksklusjonskriteriene som vist over i *tabell 1*, hvor 5 av disse var aktuelle for problemstillingen. To av artiklene er fra europeiske land, nemlig Sverige (Fallbjörk et al., 2012) og Tyskland (Schmidt et al., 2017), en fra USA (Rubin & Tanenbaum, 2011), en fra Taiwan (Chang et al., 2019) og en fra Ghana (Tetth, 2015). I tillegg til dette søket utførte vi et nytt søk i Cinahl Complete hvor vi brukte søkeordene: «sexual health» og «breast cancer survivors». Også her ble søkeordene kombinert med "AND", og det ble krysset av for inklusjons- og eksklusjonskriterier. Dette søket ga 39 treff og ut ifra dette inkluderte vi en fransk artikkel, ettersom den støttet opp mot problemstillingen (Blouet et al., 2019). Den tar for seg kvinner under 35 år og det gir oss et bredere perspektiv med tanke på alder.

Vi utførte et manuelt søk i google scholar, hvor vi skrev setningen: "sexual function in women after mastectomy" og inkluderte en artikkel fra Belgia (Aerts et al., 2014), ettersom den støttet opp mot problemstillingen. Den tar for seg hvordan behandlingen av brystkreft kan påvirke den seksuelle funksjonen basert på fysiologiske og psykososiale mekanismer. Vi utførte også et håndsøk i Sykepleien.no, da vi ønsket å ha med en norsk studie. Søkeordene «brystkreft» og «seksualitet» ble benyttet. Resultatet ble da den norske artikkelen «Kvinner har ulike opplevelser av mestring ni år etter brystkreftkirurgi», som er en kortversjon av den engelske artikkelen med samme tema (Dragset et al., 2020). Da den norske artikkelen ikke hadde en klar IMRaD-struktur, valgte vi å benytte den engelske versjonen.

3.1.3 Kvalitetsvurdering

Sjekklisten for kvalitetsvurdering av Forsberg og Wengström (2015, s. 191) ble brukt i vurderingen av kvaliteten på de åtte inkluderte artiklene. Verdien av en systematisk litteraturstudie kommer an på hvordan man identifiserer og vurderer de relevante

forskningsartiklene. Hver artikkel bør vurderes i flere steg og det viktigste er å ta stilling til artikkelens formål, om resultatet ble oppnådd og om resultatet er gyldig (Forsberg & Wengström, 2015, s. 104). Det er brukt artikler fra ulike land hvor kulturen og synet på helsetjenesten er annerledes. Derfor er det viktig å vite at studien kunne ha gitt et annet resultat om den var utført i Norge. Alle artiklene er peer reviewed, noe som er viktig for kvalitetssikring.

Videre ble artiklene kvalitetssikret ved bruk av Nasjonal samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD) som vurderer artiklenes publiseringskanal. Publiseringskanalene gjennomgår en rekke vurderingskriterier som gir dem riktig kvalitetsgrunnlag, nivå 1 eller nivå 2. Alle artiklene overholdt kravene, der fire av artiklene ble satt til nivå 1 og fire av artiklene ble satt til nivå 2. I denne oppgaven var et av kriteriene at artiklene skulle være fagfellevurdert. Det innebærer at artiklene kvalitetssikres av et ekspertpanel i faget før publisering (Svartdal, 2021).

Av de åtte artikkelen er sju av dem kvalitative og en kvantitativ. Kvalitative forskningsmetoder er en fellesbetegnelse på metoder som beskriver eller tolker et fenomen og dets egenskaper så nøyaktig som mulig (Forsberg & Wengström, 2015, s. 117). Kvantitativ forskning er basert på aksepterte teorier og prinsipper basert på objektivitet og nøytralitet som referanseramme (Forsberg & Wengström, 2015, s. 42). I oppgaven er det svært relevant å benytte kvalitativ forskningsmetode ettersom den undersøker og beskriver menneskers opplevelser og erfaringer. Gjennom bruk av denne metoden får vi et innblikk i hvordan kvinner som har gjennomgått brystkreft opplever og erfarer sin seksualitet.

3.1.4 Etske vurderinger

I arbeidet med vitenskapelige studier skal det gjennomføres etiske vurderinger, i samsvar med Helsinkideklarasjonen (Forsberg & Wengström, 2015, s. 59; Førde, 2014). Ifølge helseforskningsloven (2008, §1) er formålet at helsefaglig og medisinsk forskning skal skje på en forsvarlig og etisk god måte. Deltakerne skal vises respekt med tanke på sine menneskerettigheter og menneskeverd, samt at deltakerne skal gå foran vitenskapens og samfunnets interesser (Helseforskningsloven, 2018, §5). I denne systematiske litteraturstudien ble det sett på om kvinner som deltok i de ulike undersøkelsene ble ivaretatt, samt at informasjonen de fikk ble formidlet riktig og var tilpasset hver enkelt. I tillegg ble det presisert at de ble anonymisert, at taushetsplikten ble overholdt og at de hadde muligheten til å trekke seg fra studien om ønskelig. Artiklene i studien oppfylder de etiske kravene, selv om det i tre av artiklene ikke nevnes at de var blitt godkjent av en etisk komite. Deltakerne i de ulike artiklene ga erklæring til at forskerne kunne benytte deres data i forskningen, samt at ingen av deltakerne skulle bli utsatt for belastninger. Det fremheves i flere av artiklene at taushetsplikt er et viktig moment å overholde, da kvinner i disse studiene befinner seg i en sårbar situasjon. Det å fjerne eller rekonstruere bryst er et tabubelagt tema som for kvinner kan være vanskelig å snakke om, da redselen for stigmatisering er stor. God etikk er viktig i all vitenskapelig forskning. Individene som deltar i en studie skal alltid tas vare på og beskyttes når det innhentes ny kunnskap (Forsberg & Wengström, 2015, s. 132).

3.2 Analyse

Hver enkelt studie ble analysert ved hjelp av innholdsanalysen etter metoden presentert av Evans (2002). Analysen beskrives med utgangspunkt i de fire stegene som blir omtalt i det følgende.

Det første steget er «innsamling av data» (Evans, 2002). Her fant vi artiklene som kunne belyse problemstillingen: Hvordan opplever kvinner som har gjennomgått brystkreft sin seksualitet? Dette gjennom søk i databaser og andre kilder, som beskrevet tidligere i søkeprosessen. Studiene som identifiseres under søket, ble valgt for inkludering og har gått gjennom flere vurderingskriterier som vist i metoddelen. Vi fant åtte artikler som vi kvalitetsvurderte og analyserte hver for oss, før vil til slutt sammenlignet resultatene.

Det andre steget er «identifisering av hovedfunnene» (Evans, 2002). Vi startet med å lese studiene flere ganger og deretter identifisere funnene. Vi ønsker å finne ut hvordan kvinner opplever sin seksualitet og kropp etter gjennomgått brystkreft. I tillegg er vi interesserte i å se hva som ligger bak kvinners valg av behandling og om faktorer som alder, sivilstatus, samfunn og kultur påvirker valget. For å få en god oversikt over artiklenes funn, gikk vi strategisk gjennom alle åtte artiklene for å finne svar på problemstillingen.

Det tredje steget er «å vurder studiene i forhold til hverandre» (Evans, 2002). Vi vurderte artiklene opp mot hverandre ved å sammenligne, finne fellestrekk og temaer som gikk igjen. Vi brukte fargekoder for å få best mulig oversikt over de relevante temaene som gikk igjen i artiklene. Det gjorde at vi satt igjen med følgende tre hovedtema: å velge sin fremtidige seksuelle kropp, brystenes betydning for selvbildet og opplevelsen av femininitet, og brystenes betydning for andre. De tre temaene gikk igjen i alle de åtte artikkelen og vi valgte dem for å finne svar på problemstillingen. Ved å dele opp i tre ulike tema fikk vi en bedre oversikt, samt at fargekodene hjalp til med å strukturere arbeidet.

Det fjerde steget er «bruk funnene til å beskrive fenomenet» (Evans, 2002). Vi brukte funnene til å belyse problemstillingen. Temaene vil bli gjort rede for videre i oppgaven. Hvert tema blir skrevet opp med henvisning til den opprinnelige studien for å kontrollere nøyaktigheten av beskrivelsen. Resultatene som beskriver alle temaene er skrevet opp og underbygges med eksempler.

Hovedtema	Tema
Å velge sin fremtidige seksuelle kropp	<ul style="list-style-type: none"> • Behandlingsmetode • Påvirkning
Brystenes betydning for selvbildet og opplevelsen av femininitet	<ul style="list-style-type: none"> • Den postoperative kroppen • Femininitet • Seksuell identitet
Brystenes betydning for andre	<ul style="list-style-type: none"> • Partner • Samfunn og kultur

Tabell 3: Hovedtema og tema

4 Resultat

I dette kapittelet vil resultatene fra artiklene som belyser problemstillingen presenteres, dette med utgangspunkt i de tre hovedtemaene som vist i *tabell 3*.

4.1 Å velge sin fremtidige seksuelle kropp

I alle artiklene kommer det frem at type kirurgisk behandling har noe å si for den seksuelle funksjonen (Aerts et al., 2014; Blouet et al., 2019; Chang et al., 2019; Dragset et al., 2020; Fallbjörk et al., 2012; Schmidt et al., 2017; Rubin & Tanenbaum, 2011; Tetteh, 2015). Kvinner som har gjennomført mastektomi rapporterte problemer med seksuell lyst, opphisselse og evne til å oppnå orgasme, mens kvinner som har utført rekonstruksjon merket liten forskjell før og etter operasjonen (Aerts et al., 2014; Blouet et al., 2019; Chang et al., 2019; Fallbjörk et al., 2012; Schmidt et al., 2017). Flere artikler viser til at alder og livssituasjon er avgjørende for valg av type kirurgisk inngrep. For eldre kvinner (gjennomsnittsalder på over 60 år) er helsen viktigere enn utseende (Chang et al., 2019; Dragset et al., 2020; Fallbjörk et al., 2012). Eldre kvinner i stabile parforhold mener deres partner ikke så på mastektomi som et problem og at det seksuelle forholdet var uendret (Chang et al., 2019; Fallbjörk et al., 2012). I tillegg til alder og livssituasjon er det også andre faktorer som påvirker kvinners beslutninger rundt behandlingsalternativ. Flere kvinner med kreft i nære relasjoner tar beslutningen om valg av behandling på bakgrunn av relasjonens valg og erfaringer (Rubin & Tanenbaum, 2011).

Kvinner påvirkes også av helsepersonell og samfunn, når det gjelder valg av behandlingsmetode. Måten behandlingsalternativene omtales og presenteres kan påvirke kvinners valg. Leger trekker frem rekonstruksjon som et naturlig trinn i behandlingen etter mastektomi (Chang et al., 2019; Rubin & Tanenbaum, 2011). I studien til Rubin og Tanenbaum (2011) uttrykker kvinner misnøye med manglende informasjon om alternativet som innebar å ikke utføre rekonstruksjon. Flere kvinner beskrev press fra både leger og overlevende i samfunnet om gjenoppbygging av kroppen, samtidig følte de at de måtte rettferdiggjøre sine grunner for å ikke ønske rekonstruksjon. En deltaker i samme studie sa: «I think they all assumed that I would want it and they didn't really talk about not having it» (Rubin & Tanenbaum, 2011, s. 406). Kultur og samfunn har ulike synspunkter på behandlingsalternativene. Den vestlige kulturen oppmuntrer til bruk av rekonstruksjon for å skape en kropp som representerer velvære, selv om selve operasjonen er knyttet til ytterligere kroppslig risiko og nedbrytning (Fallbjörk et al., 2012; Rubin & Tanenbaum, 2011). I Ghana er mastektomi mest vanlig. Kulturen mener brystene er nødvendig for å bli sett på som «hel» og vakker. Av den grunn blir ikke mastektomi sett på som et godt alternativ, da det stigmatiserer kvinners femininitet (Tetteh, 2015). I Rubin og Tanenbaums (2011) studie belyses ulike seksuelle legninger. Heteroseksuelle ser på rekonstruksjon som det beste alternativ, mens biseksuelle og lesbiske er åpne for begge mulighetene da mastektomi hos dem ikke er tabubelagt, men et like godt alternativ.

Studiene viser at flertallet av kvinner utfører rekonstruksjon. Dette på bakgrunn av ønske om symmetri, unngå eksterne proteser, kunne føle seg «hel» og se «normal» ut. I tillegg ønsket noen å transformere en syk kropp tilbake til en sunn kropp. Grunnen til at et fåtall ikke ønsket rekonstruksjon var bekymringer om implantater og ønsket om å unngå videre kirurgi og smerte (Aerts et al., 2014; Dragset et al., 2020; Fallbjörk et al., 2012; Rubin & Tanenbaum, 2011). Rekonstruksjon er nødvendig for å bli gjenopprettet som kvinne, og det vil gjøre det lettere å føle seg feminin og attraktiv (Fallbjörk et al., 2012; Schmidt et al., 2017; Rubin & Tanenbaum, 2011). En deltaker i Rubin og Tanenbaums (2011) studie sa:

I was not about to be flat-chested, and it's not even like if you have a double mastectomy that you have a beautiful, regular, human-looking body. You have these, like, concave areas ... you look sick and I didn't want to be sick (Rubin & Tanenbaum, 2011, s. 405).

4.2 Brystenes betydning for selvbildet og opplevelsen av femininitet

Brystene har stor betydning for kvinners femininitet, hvor brystkreft truer kvinners skjønnhet og identitet. Det å miste et bryst er ikke bare en fysisk forandring, men også en forandring av ens seksuelle identitet og attraktivitet. Den postoperative kroppen vil aldri føles som før operasjonen, det rekonstruerte brystet blir en visuell erstatning og det manglende brystet vil gi en redusert følelse av femininitet (Aerts et al., 2014; Chang et al., 2019; Dragset et al., 2020; Fallbjörk et al., 2012; Schmidt et al., 2017; Rubin & Tanenbaum, 2011; Tetteh, 2015). Tilstrekkelig informasjon om brystkreft vil gjøre det mulig for kvinner å opprettholde en følelse av kontroll under og etter behandlingen, noe som har vist seg å være av betydning i den seksuelle tilpasningen (Aerts et al., 2014; Schmidt et al., 2017; Rubin & Tanenbaum, 2011).

Ifølge Rubin og Tanenbaum (2011) blir brystkreft ofte portrettert som en kosmetisk krise. De estetiske aspektene ved mastektomi har en dyp innvirkning og beskrives som en forferdelig lemlestelse av kroppen. Det gjør det vanskelig for kvinner å se på seg selv og de får et svekket selvbilde. Kvinner som har utført mastektomi rapporterer problemer med å se seg selv i speilet, redusert følelse av femininitet, problemer med seksualitet, begrensninger angående klær og påminnelse om kreft (Chang et al., 2019; Fallbjörk et al., 2012; Schmidt et al., 2017; Rubin & Tanenbaum, 2011). I studien til Chang et al. (2019) kommer det frem at bevarelse av brystvorten ved mastektomi gir et bedre utseende.

Rekonstruksjon blir sett på som en mulighet for kvinner å skjule kreften og arret, det er også et middel for å gjenopprette den «hele» kvinnen. Kvinner velger rekonstruksjon på bakgrunn av å styrke sin identitet og attraktivitet. De vil da kunne kle seg mer sensuelt og beholde kroppssymmetrien som gir et bedre helhetsbilde (Dragset et al., 2020; Fallbjörk et al., 2012; Schmidt et al., 2017; Rubin & Tanenbaum, 2011). Kvinner som utfører rekonstruksjon opplever problemer som manglende følelse i brystet, manglende brystvorte, asymmetri og vansker med å være intim med andre (Schmidt et al., 2017). En kvinne i samme studie sa:

The first time after surgery I did not wash the breast. It was a disgusting feeling. You did not have a feeling in the breast. It felt like a kind of dead flesh. It did not move. But now I have really accepted it. But it took some time. (Schmidt et al., 2017, s. 830)

4.3 Brystenes betydning for andre

Behandling, alder og kommunikasjon med partner påvirker seksuallivet.

Behandlingsvalget og resultatet av behandlingen er avgjørende for selvbildet og hvordan intimiteten med andre vil fungere (Chang et al., 2019; Dragset et al., 2020). Kvinner uten en fast partner føler seg sårbare over utsiktene til å date og er redd for hvordan andre skal se på dem (Fallbjörk et al., 2012). Uansett behandling vil kroppsbildet bli forstyrret og ofte assosiert med andre problemer relatert til seksuell dysfunksjon (Aerts et al., 2014; Chang et al., 2019; Fallbjörk et al., 2012; Rubin & Tanenbaum, 2011). Det endrede kroppsbildet gjør at kvinner er redd for at partneren skal føle avsky, samt at smerter og arrdannelse kan være en årsak til at den seksuelle lysten avtar (Fallbjörk et al., 2012). En av deltager i Chang et al. (2019) sin studie sa:

I had engaged in sex approximately twice per month before surgery but the frequency changed to once a month for the reason of wound pain. Sometimes my husband wanted to have sex, but I refused due to wound pain. (Chang et al., 2019, s. 3)

God kommunikasjon mellom kvinnen og hennes partner er en viktig faktor som påvirker følelsesmessig intimitet, seksuell tilfredshet og tilfredsstillelse i forholdet (Chang et al., 2019). Dermed vil informasjon og veiledning til både kvinnen og hennes partner om mulige seksuelle bivirkninger av kreftdiagnosen og dens behandling være viktig for å unngå seksuell dysfunksjon (Aerts et al., 2014). En kvinne i Schmidt et al. (2017) sin studie sa:

The breast is a part of my body. When I fall in love, I love the whole body of my partner. For me it is important to feel whole during intercourse. And the breast is also important to feel sexual arousal. (Schmidt et al, 2017, s. 830)

For single kvinner ble det å være seksuell et problem ettersom de ikke følte seg «hel» som kvinne (Fallbjörk et al., 2012). Men for noen av parene var belastningen rundt kreft og forandret kroppsbilde utfordrende. I studien fra Ghana kom det frem at enkelte menn skilte seg fra konen sin etter brystkreftdiagnosen og behandlingen. Dette delvis som et resultat av den tradisjonelle forestillingen om en «hel» kropp og delvis av økonomiske grunner (Tetteh, 2015).

5 Diskusjon

I dette kapittelet vil resultatene fra artiklene som belyser problemstillingen diskuteres. Kapittelet innledes med en metodediskusjon.

5.1 Metodediskusjon

Forsberg, Wengström (2015) og Evans (2002) har vært sentrale gjennom hele litteraturstudien. Det er åtte forskningsartikler som har innfridd et utvalg av inklusjonskriterier i denne systematiske litteraturstudien. Vi utarbeidet en prosjektplan i starten av bacheloroppgaven som vi har forsøkt å følge. Analysen og diskusjonen tok lengre tid enn antatt, så noen unnvikelser har det vært. Søk etter relevante forskningsartikler startet i november 2020 og ble ferdig i april 2021. Vi brukte databasene Cinahl Complete, Google scholar og Sykepleien.no. Ved at vi benyttet flere databaser har vi fått et mer utvidet søk noe som er med på å styrke oppgaven vår.

Oppgaven tar for seg åtte artikler der sju er kvalitative og en er kvantitativ. At mange artikler er kvalitative er en styrke, da disse tar for seg kvinners erfaringer og opplevelser av det å leve med brystkreft. Det gir oss et overblikk over resultatene og vi kan knytte dette sammen med relevant teori. En annen styrke er at artiklene er av nyere forskning, mindre enn ti år. Forsberg og Wengströms (2015) sjekklister og NSDs nettside ble tatt i bruk under kvalitetsvurderingen av artiklene. De ulike søkeordene som er brukt, belyser problemstillingen på en god måte. Studier utført i utlandet kan være en svakhet for oppgaven vår ettersom helsesystemet er ulikt det norske. Samtidig kan det være en styrke ettersom vi får sammenlignet og sett på kvinner i ulike kulturer. Vi har med to skandinaviske artikler som kan brukes i sammenligning med det norske helsevesenet.

Gjennom arbeidet med oppgaven har vi samarbeidet godt med hverandre, veileder og medstudenter. Vi har fått gode tilbakemeldinger med konstruktiv kritikk om innhold og struktur, som har vært nyttig for det videre arbeidet med oppgaven.

5.2 Resultatdiskusjon

I resultatdiskusjonen vil vi diskutere og drøfte rundt problemstillingen vår: Hvordan opplever kvinner som har gjennomgått brystkreft sin seksualitet?

Formålet med oppgaven er å finne ut hvordan kvinner som har gjennomgått brystkreft opplever sin seksualitet. Opplevelsen er individuell, alt etter behandlingsvalg, alder, sivilstatus, samfunn og kultur.

5.2.1 Kvinners nye seksuelle kropp

Alle artiklene viser til at type kirurgisk behandling har noe å si for den seksuelle funksjonen (Aerts et al., 2014; Blouet et al., 2019; Chang et al., 2019; Dragset et al., 2020; Fallbjörk et al., 2012; Schmidt et al., 2017; Rubin & Tanenbaum, 2011; Tetteh, 2015). Ifølge Gamnes (2016, s. 395) fører tap av kroppsdeler, forandret utseende og nedsatt funksjon til en sorgreaksjon. Å utføre mastektomi er for mange kvinner sårt, da det rammer tanker rundt kvinnelighet og utseende. I tillegg reduseres kvinners selvbilde

og livsutfoldelse, som igjen påvirker seksuallivet. Å miste et bryst kan gjøre at man ikke ser på seg selv som en fullverdig kvinne, men dette igjen oppleves individuelt og er basert på kvinnens personlige verdier og preferanser.

Tap av brystet er en traumatisk opplevelse og gir kvinner en følelse av mindreverd, ettersom kroppen er «maltraktert» (Sørensen et al., 2016, s. 446). Det kommer frem i studien til Chang et al. (2019) at bevarelse av brystvortene ved mastektomi gir bedre utseende, som bidra til bedre selvbilde og igjen fører til bedre seksuell opplevelse. Dette fordi brystvorten er et symbol på kvinnelighet. Kvinner som har utført mastektomi opplever problemer med å se seg selv i speilet, redusert følelse av feminitet, problemer med seksualitet, begrensninger angående klær og påminnelser om kreft (Chang et al., 2019; Fallbjörk et al., 2012; Schmidt et al., 2017; Rubin & Tanenbaum, 2011). Mastektomi har ført til at enkelte kvinner slutter med sosiale aktiviteter, som for eksempel svømming og trening. Dette for å unngå å vise seg for andre, da de ikke ønsker å bli utsatt for blikk (Fallbjörk et al., 2012). Andre kvinner er ikke så opptatt av dette, og stiller seg likegyldig til mastektomi og rekonstruksjon vurderes ikke. De ønsker ikke bekymringer om implantater eller videre kirurgi og smerte. Flertallet av disse kvinnene er eldre og føler at brystene ikke har like stor betydning lengre, ettersom de har ammet sine barn. De mener også at rekonstruksjon vil føles fremmed, men har stor forståelse for at rekonstruksjon blir verdsatt hos yngre kvinner (Fallbjörk et al., 2012).

Studiene viser at rekonstruksjon er nødvendig for å bli gjenopprettet som kvinne. Ved å fjerne den syke delen av kroppen, brystene, fjernes også måten å se på seg selv som en «hel» kvinne og mange føler de har «mistet seg selv». Derfor er rekonstruksjon for disse kvinnene uunngåelig (Aerts et al., 2014; Dragset et al., 2020; Fallbjörk et al., 2012; Rubin & Tanenbaum, 2011). På den andre siden er det kvinner som ser på rekonstruksjon som en bonus. Det gjør det lettere å både føle seg som og se ut som en kvinne. Ingen kan se på disse kvinnene at de mangler et bryst og de har derfor ikke problem med å opptre i sosiale settinger. Ved å utføre rekonstruksjon prøver man å gjenopprette sin tidligere kropp, i et håp om å få sykdomsopplevelse på avstand. Likevel vil den postoperative kroppen aldri føles som før operasjonen, og det rekonstruerte brystet vil være en visuell erstatning. Kvinner opplever problemer med manglende følelse, manglende muskler, asymmetri og vansker med å være intim med andre. Når de skal være naken og intim oppleves det ubehagelig grunnet lavere selvbilde. Det er spesielt problematisk hos kvinner uten fast partner (Aerts et al., 2014; Chang et al., 2019; Dragset et al., 2020; Fallbjörk et al., 2012; Schmidt et al., 2017; Rubin & Tanenbaum, 2011; Tetteh, 2015). Rekonstruksjon gjør det derimot lettere å kle seg og presentere klær på en fin måte, noe som påvirker feminiteten og attraktiviteten (Schmidt et al., 2017). Det som viser seg i studiene er at kvinner som velger rekonstruksjon oftere setter feminiteten og attraktiviteten høyere enn de som ikke velger å utføre rekonstruksjon (Fallbjörk et al., 2012; Schmidt et al., 2017; Rubin og Tanenbaum, 2011).

Uansett kirurgisk behandling kan kvinner oppleve stigmatisering fra samfunnet. Kvinner som utfører rekonstruksjon er redd for at omgivelsene skal assosiere dem med den «type person» som utfører kosmetisk kirurgi, mens kvinner som utfører mastektomi er redd for å fremstilles som aseksuell. Gjennom begge alternativene trues kvinners seksualitet (Rubin & Tanenbaum, 2011). Det kommer tydelig frem i Tettehs (2015) studie hvordan kulturelle forventninger i samfunnet påvirker kvinners tankegang når det kommer til valg av behandling. Et eksempel på dette er kvinner som velger å holde mastektomien skjult for samfunnet rundt, i frykt for stigmatisering. Det er ingen hemmelighet at kvinners

bryst er seksualisert, og da gjerne rettet i mannens favør. I vår kultur betraktes brystene som en viktig del av kvinners seksuelle identitet. Å miste et bryst kan gi kvinner følelsen av å miste seg selv som person og ikke oppleve seg selv som en fullverdig kvinne (Sørensen et al., 2016, s. 437).

Tall fra 2014 viser at 70% av alle brystkreftoperasjoner er brystbevarende, mens de resterende 30% fjerner hele brystet (Schlichting, 2016, s.448). Det nasjonale handlingsprogrammet med retningslinjer for pasienter med brystkreft (2019) sier at ved kirurgisk behandling prioriteres de onkologiske prinsippene fremfor de kosmetiske hensyn. Grunnet bedre oppfølging og tidligere oppdagelse får i dag flere kvinner med små svulster muligheten til å beholde brystet. De som likevel må fjerne brystet grunnet større svulster, får muligheten til å utføre rekonstruksjon med innleggelse av silikon i samme operasjon. Rekonstruksjon kan også utføres ved bruk av eget vev, men dette er lite benyttet i Norge da det er ressurskrevende og få passende kandidater (Kreftregisteret, u.å.).

Brystene spiller en viktig rolle for seksuallivet, da brystene har stor betydning for opplevelsen av seg selv som en seksuell person. Seksualitet er en del av vår personlighet, og finnes i den energien som driver oss mot å søke kjærlighet, varme og nærhet. Etter brystkreftbehandling skjer det endringer både fysisk og psykisk. Fysiske årsaker til nedsatt seksuell lyst er endret kroppsbilde, arrdannelse og fatigue. Psykiske konsekvenser kan være sorg over sin egen forandrede kropp. Brystets betydning for seksualiteten før brystkreftdiagnosen, har betydning for hvordan kvinner opplever tapet av brystet. Brystet er et symbol på kvinnelighet, og forandret selvbylde kan føre til seksuell dysfunksjon (Sørensen et al., 2016, s. 441-442). Uavhengig av kirurgisk inngrep vil det virke inn på selvbildet. Dette gjelder både eldre og yngre kvinner. I flere studier kommer det frem at eldre kvinner ser på helsen som viktigere enn utseendet (Chang et al., 2019; Dragset et al., 2020; Fallbjörk et al., 2012). Likevel gjelder ikke dette alle, eldre kan også ha et like stort behov som yngre når det gjelder å føle seg tiltrekkende og kvinnelig. Endringer i seksuell aktivitet kan ha mindre innvirkning på eldre kvinner, ettersom den seksuelle lysten avtar med alderen (Chang et al., 2019).

Brystene er i mange kulturer seksualisert. I den vestlige verden blir brystene ofte seksualisert gjennom media, hvor de fremstilles i utfordrende antrekk eller som et symbol på den ideelle kvinne. Kulturen i Ghana fremstiller brystene som nødvendig for å bli sett på som en fullverdig kvinne. Mennene oppfordres til å undersøke kvinnens bryst, som fremstiller kvinner som det svake kjønn fordi de «trenger» hjelp med å få sjekket dem (Tetteh, 2015). Vi ser et tydelig skille mellom de ulike kulturene i artiklene. Flere kvinner i Ghana unngikk å gå til legen fordi de fleste leger er menn. Kvinner opplever manglende informasjon om diagnose, bivirkninger og behandlingsalternativer (Tetteh, 2015). I studiene fra den vestlige kulturen er kvinner mer autonome og velger selv behandling uavhengig av partnerens ønske, men gjerne i samråd med helsepersonell (Aerts et al., 2014; Dragset et al., 2020; Fallbjörk et al., 2012; Schmidt et al., 2017; Rubin & Tanenbaum, 2011). I Ghana er samfunnets oppfatning av kvinner tradisjonell og bygger på at kvinner må ha begge brystene sine for å bli sett på som vakker og «hel» (Tetteh, 2015). Et slikt kvinnesyn er i stor kontrast til den vestlige kulturen, men de blir også stigmatisert her. Den vestlige kulturen oppmuntrer til bruk av rekonstruksjon for å skape en kropp som ikke skiller seg ut, men representerer velvære (Fallbjörk et al., 2012; Rubin & Tanenbaum, 2011).

5.2.2 Endringer i relasjoner som følge av brystkreft

For kvinner som er i parforhold, kan partnerens reaksjon på det tapte brystet være avgjørende for følelsen av den seksuelle interessen etter kreftbehandlingen. Ved at partneren fortsatt viser samme interesse for kvinnen som før inngrepet, uttrykker han at hun er like attraktiv som før. På den måten vil kvinnen få bekreftelse på at hun ikke vil bli forlatt, som virker inn på hennes selvfølelse. Et redusert selvbilde kan føre til mindre seksuell lyst hos kvinnen. Åpenhet og god kommunikasjon fører til større opplevelse av fellesskap og nærhet (Kreftforeningen, u.å.). Kvinners og eventuelt partnerens forståelse og holdninger til forandringer i livet vil ha innvirkning på personens seksualitet (Gamnes, 2016, s. 396). Også kvinners følelse av seksuell interesse avhenger av partnerens reaksjon på sykdommen og behandlingen. Informasjon og eventuell oppfølging i forbindelse med eventuell forandret seksuell funksjon vil derfor være nødvendig for paret (Sørensen et al., 2016, s. 442).

I studien til Chang et al. (2019) kommer det frem at når støtten fra partneren er sterk, står kvinnen overfor sykdommen med redusert psykologisk trykk og har dermed bedre resultat. God kommunikasjon er med på å påvirke den seksuelle relasjonen og intimiteten på en positiv måte. Verdens helseorganisasjon (WHO, 2021) viser til at seksualitet omfatter mye mer enn bare samleie, den skaper driv til å søke etter kjærlighet, kontakt, varme og nærhet. Et forhold bygger på gjensidig støtte og kommunikasjon. For lite informasjon skaper usikkerhet i et parforhold. Usikkerheten kan gjøre at intimitet og nærhet unngås (Langhelle et al., u.å., s. 36). Sykepleier kan ved bruk av PLISSIT-modellen invitere til samtale og gi konkret informasjon om endringer i seksuallivet som følge av sykdom og behandling. Ved å stille åpne spørsmål inviterer sykepleier til samtale og stiller seg tilgjengelig for kvinnens behov (Langhelle et al., u.å., s. 39). Ved at kvinner får relevant informasjon opprettholdes en følelse av kontroll, noe som er viktig i den seksuelle tilpasningen (Aerts et al., 2014; Schmidt et al., 2017; Rubin og Tanenbaum, 2011).

Det kommer frem i studien til Fallbjörk et al. (2012) at kvinner uten fast partner føler seg sårbare over utsiktene til å date og er redd for hvordan andre skal se på dem. Et endret selvbilde er med på å redusere følelsen av attraktivitet. Rekonstruksjon for disse kvinnene fungerer som en «beskyttelse» overfor partner, familie og venner, fra å møte påminnelsen om kreften (Rubin & Tanenbaum, 2011). For single kan det være umulig å søke kontakt med andre for eventuell seksuell nærhet når man ikke føler seg «hel» som kvinne. Frykten for å bli avvist er kanskje større enn ønsket om å prøve. Likevel viser det seg at de fleste klarer å ha et seksualliv de har glede av etter gjennomgått brystkreft. Dette ved at man klarer å bearbeide forventningspresset og prestasjonsangsten som har oppstått og prøve å finne praktiske løsninger (Gamnes, 2016, s. 394). God og tydelig kommunikasjon er en forutsetning for å få det til, enten du er i et parforhold eller singel. Det er viktig å ha noen å snakke med om forventninger, ønsker og behov. For partneren kan det å trekke seg unna, gjøre kvinnen mer usikker og mindre komfortabel ved samleie. Flere kvinner kjenner på at de ikke føler seg attraktiv nok for den andre parten. De første gangene etter operasjonen er det flere kvinner som ønsker å skjule arret, noen velger å dekke til overkroppen, eventuelt beholde bh-en på. En kvinne i Fallbjörk et al. (2012) sin studie ønsket ikke å ta av seg bh-en og måtte holde rommet mørkt i redsel for at partneren skulle føle avsky. Flere kvinner ble single i løpet av perioden med brystkreft, noe som opplevdes tungt. Partneren kan ha vansker med å takle forandringer som følge av kreften og dermed forlate kvinnen. Det kommer frem brutale fakta i studien fra

Ghana, hvor menn skilte seg fra konen sin etter brystkreftdiagnosen og behandlingen (Tetteh, 2015).

Utroskap er noe flere kvinner i artiklene har opplevd i etterkant av brystkreft (Fallbjörk et al., 2012). Dette er med på å påvirke kvinners psyke, da kvinner har mer enn nok med å tenke på seg selv og den store forandringen kreften har gjort mot kroppen. Utroskap kan gi en ekstra knekk i selvtilliten, og føre til depresjon og drastiske forandringer i seksuallivet. Samtidig skal man tenke over hvordan det er for den friske parten. Det kan være overveldende for den friske å plutselig få en syk partner, og all den informasjonen og endringene som følger med. Begge parter er i en sårbar situasjon, hvor kommunikasjon og støtte er avgjørende. For sykepleier er det viktig å informere begge parter da usikkerhet og frykt hos ene parten påvirker den andre (Sørensen et al., 2016, s. 446).

5.2.3 Sykepleiers rolle

Seksualitet er en viktig del av ens personlighet gjennom livet (Eriksen et al., u.å., s. 19). En av sykepleiers viktigste roller er å ivareta grunnleggende behov og å fremme helse. Dette grunnlaget bygger på oppdatert kunnskap, respekt og skikkethet for menneskers autonomi og medbestemmelse (Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning, 2019, §2). Kvinner som har gjennomgått brystkreft er i en sårbar situasjon, hvor sykepleiers oppgave er å være en god støttespiller og finne ut hva som er viktig for den enkelte kvinnen. At sykepleier tar kvinners behov på alvor, vil styrke sykepleier-pasient-relasjonen (Langhelle et al., u.å., s. 34-35).

Det poengteres i flere artikler at informasjonen og kommunikasjonen mellom helsepersonell og kvinner er for dårlig (Chang et al., 2019; Rubin & Tanenbaum, 2011; Tetteh, 2015). Kvinner som får brystkreft trenger informasjon og veiledning, noe som krever omtanke fra sykepleier. Sykepleier skal gjennom individuelt tilpasset informasjon få frem det viktigste angående sykdom, behandling, prognose og bivirkninger på en god og forståelig måte. Det er sykepleiers ansvar at kvinnen forstår informasjonen som blir gitt og eventuelt gjentar denne ved behov (Eide & Eide, 2017, s. 218). På den måten føler kvinner seg sett og får muligheten til å gjenvinne kontrollen over livet sitt. Informasjon er viktig gjennom hele behandlingsforløpet og de fleste sykehus har egne sykepleiere med spesialkompetanse på brystkreft (Sørensen et al., 2016, s. 438). Ved hjelp av PLISSIT-modellen kan sykepleier gi veiledning om seksualitet til kvinner med brystkreft. Sykepleier trenger evne til empati for å forstå den andres problem, og bør føle seg kompetent til å gi råd om problem rundt seksualitet. Modellen brukes for å forebygge slike problemer. Manglende informasjon kan føre til unødvendige bekymringer og i verste fall fraværende seksualliv (Gamnes, 2016, s. 395).

Informasjon om behandlingsalternativer, samt potensielle bivirkninger er viktig for å forebygge usikkerhet (Sørensen et al., 2016, s. 438). I studien til Rubin og Tanenbaum (2011) kommer det frem at kvinner manglet informasjon når tiden for å ta avgjørelsen om behandlingsvalg kom. Det er viktig at helsepersonell vurderer brystets individuelle betydning hos kvinnen, dette gjennom god kommunikasjon og veiledning. Både i helsepersonelloven og pasient- og brukerrettighetsloven poengteres det at kvinner har lovfestet rett til informasjon om konsekvenser av den behandlingen de får. Dette får også betydning for konsekvenser angående seksuallivet (helsepersonelloven, 1999, §10; pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §§3-2 til 3-4).

Ifølge Kari Martinsen er det viktig at sykepleier skaper en god relasjon til kvinnen for å kunne snakke med henne om aktuelle problemer som for eksempel seksualitet. Tilliten i relasjonen gjør kvinnen trygg på å formidle problemene sine. Martinsen er også opptatt av å se den enkelte og å bruke sansene til å forstå. For at sykepleier skal kunne føre en slik samtale er det viktig med kunnskap om gode og riktige handlinger. Sykepleier gir omsorg gjennom konkrete handlinger, ut ifra en faglig vurdering til pasientens beste. Kunnskap og kompetanse vil være sykepleiers autoritet som vil komme pasienten til gode. Alle dimensjonene må være på plass for å yte god omsorg (Kristoffersen, 2016, s. 60). Samtidig kommer det frem i Gamnes (2016, s. 401) at pasienter som i forbindelse med sykdom og behandling har fått seksuelle problemer og kan ha vanskeligheter med å dele dette med noen. Sykepleier inviterer til samtale og kan ved å skape en relasjon gjøre det lettere for pasienten å åpne seg. Tilstrekkelig informasjon rundt brystkreft vil gjøre det mulig for kvinner å opprettholde en følelse av kontroll under og etter behandlingen, noe som har vist seg å være en betydelig faktor i den seksuelle tilpasningen (Aerts et al., 2014; Schmidt et al., 2017; Rubin og Tanenbaum, 2011).

En utfordring sykepleier står overfor er å kunne gi kvinner den nødvendige informasjonen hun trenger og forberede henne på livet etter operasjonen i løpet av den korte innleggelsen (Sørensen et al., 2016, s. 437). Vår erfaring er at sykepleier grunnet stort tidspress ikke rekker å gi kvinner tilstrekkelig informasjon og muligheten til å reflektere over sin nye hverdag. I tillegg opplever kvinner i den stressede perioden å ikke få med seg den gitte informasjonen. De fleste sykehus har oppfølgingsgrupper hvor de får informasjon fra helsepersonell, samt kan treffe andre kvinner i samme situasjon og utveksle erfaringer (Sørensen et al., 2016, s. 445) Det finnes for andre diagnoser ulike oppfølgingstilbud, et eksempel på dette er det digitale lærings- og mestringsprogrammet for kvinner med underlivskreft kalt Gynea (Gynea, u.å.). Et lignende tilbud kan også passe for kvinner med brystkreft, slik at de kan få et godt oppfølgingstilbud for å minske de store belastningene kreftdiagnosen gir.

For videre forskning vil det være viktig å fokusere på kvinners erfaringer, hvor mangel på informasjon og kommunikasjon fra helsevesenet er hovedproblemet. Som sykepleierstudenter har vi selv erfart og sett hvor krevende en arbeidsdag kan være. Mange sitter igjen med dårlig samvittighet fordi de ikke har kapasitet til å gi den omsorgen de ønsker til pasientene. Dette er ugunstig både for sykepleier og de som trenger hjelp. Derfor er det viktig å fokusere på det å se pasientene og ha god nok tid.

6 Konklusjon

I denne studien har vi undersøkt hvordan kvinner opplever sin seksualitet etter gjennomgått brystkreft. Artikkene viser at kvinner har en individuell opplevelse knyttet til sin seksualitet, som baserer seg på personlige verdier og preferanser. I tillegg er faktorer som behandlingsvalg, alder, sivilstatus, samfunn og kultur avgjørende.

Kvinnens opplevelse av seksualitet påvirkes av type kirurgiske behandling. Ved å utføre mastektomi påvirkes selvbildet mer enn ved rekonstruksjon. Et påvirket selvbilde gjør at kvinners tanker og handlinger rundt seksualitet blir vanskelig. For å bedre selvbildet og opplevelsen av seksualitet prøver man å gjenopprette utseende ved å bevare brystvorten eller rekonstruere brystet. Alder og sivilstatus påvirker behandlingsvalget kvinner tar. Kvinner i stabile forhold med høyest gjennomsnittsalder takler den seksuelle utfordringen bedre enn yngre, single kvinner uavhengig av behandlingsvalg. Helsepersonell og samfunnet har også en påvirkning, da kvinner er redde for å bli stigmatisering ved å handle motstridende til hva andre forventer.

Sykepleiers viktigste rolle er å sikre seg at kvinner og eventuell partner får informasjon og veiledning om brystkreft. Brystkreft er en alvorlig diagnose som skaper stor usikkerhet, særlig når behandlingen fører til kroppslige forandringer. Tilstrekkelig og forståelig informasjon om diagnose, behandling og det å leve med kreft, gjør kvinner mer forberedt på den nye situasjonen. I tillegg kan det være lettere å akseptere sin nye kropp og kunne leve med de utfordringer den gir. Kvinner har da større muligheter til å være tilfreds med sin seksualitet selv om de har gjennomgått brystkreft.

Referanser

- Aerts, L., Christiaens, M. R., Enzlin, P., Neven, P. & Amant, F. (2014). Sexual functioning in women after mastectomy versus breast conserving therapy for early-stage breast cancer: A prospective controlled study. *The Breast*, 23(5), 629-636. <https://doi.org/10.1016/j.breast.2014.06.012>
- Bioteknologirådet (u.å.). *Assistert befruktning etter nedfrysing av eggstokkvev*. Hentet 4. mai 2021 fra <https://www.bioteknologiradet.no/2012/01/nedfrysing-av-eggstokkvev/>
- Blouet, A., Zinger, M., Capitain, O., Landry, S., Bourgeois, H., Seegers, V. T. & Pontreau, Y. (2018). Sexual quality of life evaluation after treatment among women with breast cancer under 35 years old. *Supportive Care in Cancer*, 27(3), 879-885. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4374-z>
- Chang, Y.-C., Hu, W.-Y., Chang, Y.-M. & Chiu, S.-C. (2019). Changes in sexual life experienced by women in Taiwan after receiving treatment for breast cancer. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 14(1), 1-9. <http://dx.doi.org/10.1080/17482631.2019.1654343>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Dragset, S., Lindstrøm, T. C. & Ellingsen, S. (2020). «I Have Both Lost and Gained». Norwegian Survivors' Experience of Coping 9 Years After Primary Breast Cancer Surgery. *Cancer Nursing*, 43(1), 30-37. [10.1097/NCC.0000000000000656](https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000656)
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Eriksen, S., Gjessing, R. & Sellevold, G. S. (u.å.). Sykepleierne kan ikke overse seksualiteten. *Det glemte primærbehovet*. https://sykepleien.no/sites/default/files/2021-03/sy_2021-03-05%20mini.pdf
- Fallbjörk, U., Salander, P. & Rasmussen, B. H. (2012). From «no big deal» to «losing oneself»: Different meanings of mastectomy. *An international journal for cancer care research*, 35(5), 41-48. <http://dx.doi.org/10.1097/NCC.0b013e31823528fb>
- Forsberg, C. & Engeström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Natur och kultur.
- Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning. (2019). *Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning* (FOR-2019-03-15-412). Lovdata. Hentet 6. mai 2021 fra <https://lovdata.no/LTI/forskrift/2019-03-15-412>
- Førde, R. (2014). *Helsinkideklarasjonen*. De nasjonale forskningsetiske komiteene. Hentet 12. mai 2021 fra <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>

- Gamnes, S. (2016). Seksualitet og helse. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 2* (s. 373-405). Gyldendal Akademisk.
- Gynea (u.å.). *Velkommen til Gynea*. Hentet 13. mai 2021 fra <https://gynea.no/>
- Helseforskningsloven. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning* (LOV-2008-06-20-44). Lovdata.
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m. v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.
- Kreftforeningen (u.å.). *Kreftformer som ofte påvirker seksuallivet for kvinner*. Hentet 4. mai 2021 fra <https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/kreft-og-seksualitet/kreftformer-som-ofte-pavirker-seksuallivet-for-kvinner/>
- Kreftforeningen (u.å.). *Seksualitet, kropp og selvbilde*. Hentet 4. mai 2021 fra <https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/kreft-og-seksualitet/seksualitet-kropp-og-selvbilde/>
- Kreftforeningen (u.å.). *Til deg som partner*. Hentet 4. mai 2021 fra <https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/kreft-og-seksualitet/til-deg-som-partner/>
- Kreftregisteret. (2019). *Årsrapport*. Hentet 11. mai 2021 fra <https://www.kreftregisteret.no/globalassets/publikasjoner-og-rapporter/arsrapporter/publisert-2020/arsrapport-2019-nasjonalt-kvalitetsregister-for-brystkreft.pdf>
- Kreftregisteret. (u.å.). *Ulik praksis ved gjenoppbygging av nytt bryst*. Hentet 11. mai 2021 fra <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Nyheter/ulik-praksis-for-oppbygging-av-nytt-bryst/>
- Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3* (s. 17-77). Gyldendal Akademisk.
- Langhelle, T. H., Paulsen, A., Fredly, K. & Søkse, R. J. T. (u.å.). Sykepleiere kan hjelpe pasientene til bedre seksuell helse. *Det glemte primærbehovet*. https://sykepleien.no/sites/default/files/2021-03/sy_2021-03-05%20mini.pdf
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata.
- Rubin, L. R. & Tanenbaum, M. (2011). «Doses That Make Me A Woman?»: Breast Cancer, Mastectomy, and Breast Reconstruction Decisions Among Sexual Minority Women. *Psychology of Women Quarterly*, 35(3), 401-414. <https://doi.org/10.1177/0361684310395606>
- Schlichting, E. (2016). Sykdommer i brystene. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (s. 443-452). Gyldendal Akademisk.

Schmidt, J. L., Wetzel, C. M., Lange, K. W., Heine, N. & Ortmann, O. (2017). Patients' experience of breast reconstruction after mastectomy and its influence on postoperative satisfaction. *Arch Gynecol Obstet*, 296, 827-834.
<https://doi.org/10.1007/s00404-017-4495-5>

Svartdal, F. (2021, 10. januar). *Fagfelle vurdering*. Hentet 26. april 2021 fra
<https://snl.no/fagfelle vurdering>

Sørensen, E. M., Lorvik, M. K., Erntsen, N. G. & Almås, H. (2016). Sykepleie ved brystkreft I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (s. 437-450). Gyldendal Akademisk.

Tetteh, D. A. (2015). The breast cancer fanfare: Sociocultural factors and women's health in Ghana. *Health care for women international*, 38(4), 316-333.

Vedlegg 1: Litteraturmatriser

Litteraturmatrise 1

Referanse (komplett)	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/Key words	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg/vi bruke denne artikkelen i min/vår oppgave?
Chang, Y.-C., Hu, W.-Y., Chang, Y.-M. & Chiu, S.-C. (2019). Changes in sexual life experienced by women in Taiwan after receiving treatment for breast cancer. <i>International journal of qualitative studies on health and well-being</i> , 14(1), 1-9. http://dx.doi.org/10.1080/17482631.2019.1654343	Hensikten med studien var å undersøke de seksuelle problemene til de som har overlevd brystkreft, samt å finne ut av mestringsstrategiene og forandringene i deres seksuelle atferd etter behandling.	Breast cancer, kvalitative, sex life, sexual problem, in Taiwan	Studien brukte kvalitativ metode ved semistrukturerte intervju med brystkreftoverlevende fra mai 2017-februar 2018. Deltakerne var 20 kvinner med brystkreft mellom 36-64 år. Alle var i et forhold med en mann. Tiden fra diagnosen ble stilt til intervjuet tok sted varierte fra 2 måneder til 5,7 år. Brystkreftstadiene til deltakerne varierte fra I-IV. For å beskytte deltakernes privatliv ble pseudonym brukt. De ble informert om studiens hensikt før de fikk utdelt skriftlig informasjon. Deltakerne ble også sikret konfidensialitet og anonymitet. De fikk også granske studiens data og bestemme om innholdet var riktig eller trengte å bli tilføyd mer.	Studien viste at faktorer som påvirket sexlivet til pasienter med brystkreft inkluderte alder, religiøs tro, behandling og kommunikasjon med sexpartner. Sexlivsendringer pasientene fikk inkluderte utvikling av negativt kroppsbilde, minsket sexlyst eller problemer med kjønnsorganene, påvirkning fra familiemedlemmer, alder, og at partner var utro. Det mest generelle var utilfredshet med operasjonen vedvarende smerte og arr, som gjerne gikk utover sexlivet. Dette ga pasientene mindre selvtillit, som påvirker deres sexlyst. Kjemoterapi som førte til hårtap, ga tristhetsfølelse og lavere selvtillit. Det samme gjaldt menopause, som førte til seksuell dysfunksjon og inaktivitet etter behandling. Familiemedlemmers reaksjon påvirket også deltakernes sexliv, ved å gi pasienten informasjon som ikke nødvendigvis var riktig. Kvinnens alder påvirker hennes sexliv, da en mer moden kvinne ofte har lavere sexlyst. Partners utroskap er en stor smelle for kvinnen, som fører til stort fysiologisk stress og depresjon, og forandringer i sexlivet. De som var religiøse, fant fred og bedring av helse ved å tro. Studien fant at når partner var mer støttende, minsket pasientens fysiologiske stress, som førte til bedre prognose.	Denne artikkelen viser hvordan pasient og partner håndterer den vanskelige tiden. Det vises både negative sider og positive. Dette er viktig for vår oppgave, ettersom studien belyser måter som kan gi pasienten et godt liv, til tross for de konsekvenser brystkreft har med seg. I tillegg tar studien for seg kvinner i Taiwan med brystkreft, men likevel ser vi likheter til hvordan kvinner i vestlige land opplever diagnosen. Samtidig er østasiatisk kvinnelig kultur mer konservativ enn vestlige land, og pasientens leger er ofte menn, noe som fører til mindre snakk med legen om seksuelle helseproblemer.

			<p>Studien fokuserte på å gi deltakerne tre spørsmål vedrørende deres seksuelle atferd:</p> <p>1) Hva er hovedgrunnen til forandringene i ditt sexliv?</p> <p>2) Forklar dine følelser angående forandringene du har opplevd i ditt sexliv etter behandlingen.</p> <p>3) Hvordan håndterer du forandringene i ditt sexliv etter behandling?</p> <p>Hvert intervju varte fra 30-60 minutter og tok plass i Taiwan på sykehusets kreftressurscenter.</p>	<p>Positiv kommunikasjon blant par, viste seg å påvirke den seksuelle intimiteten og forholdet positivt. Studien konkluderte med at forandringer i deltakernes kroppsbilde forklarte den negative fysiske påvirkningen av operasjon og adjutant kjemoterapi, særlig det første året etter operasjonen. Uavhengig av behandling, vil kroppsbildet bli negativt og ofte assosiert med for eksempel seksuell dysfunksjon blant de med brystkreft. Å tilby sosiale støttesystemer, kan påvirke pasientens livskvalitet, og kanskje redusere dødelighetsrisiko. Slike støttesystemer gir pasientene verbal oppmuntring og fysisk støtte. Alder er ikke hovedfaktoren til hva som påvirker sexlivet. Studien viser at også kvinner i 60-årene hadde et sunt sexliv. Intimitet kan bli opprettholdt ved å holde hender, klemme og kysse. Gjensidig omsorg, kommunikasjon og samhold er de primære faktorene for å vedlikeholde langvarige forhold.</p>	
--	--	--	--	---	--

Litteratormatrise 2

Referanse (komplett)	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg/vi bruke denne artikkelen i min/vår oppgave?
<p>Fallbjörk, U., Salander, P. & Rasmussen, B. H. (2012). From "no big deal" to "losing oneself": Different meanings of mastectomy. <i>An international journal for cancer care research</i>, 35(5), 41-48. http://dx.doi.org/10.1097/NCC.0b013e31823528fb</p>	<p>Hensikten med studien var å beskrive hvordan kvinner som har mistet et bryst grunnet brystkreft håndterer endringer i livet, samt refleksjoner rundt rekonstruksjon.</p>	<p>Body image, Breast cancer, Femininity, Mastectomy, Reconstruction, Sexuality</p>	<p>Denne kvalitative studien inviterte alle kvinner i Norrland, Sverige, som hadde undergått mastektomi grunnet brystkreft i årene 2003-2007, til å delta på et undersøkelsesprosjekt om mastektomi og brystrekonstruksjon.</p> <p>Av de 400 kvinnene som hadde en brystkreftdiagnose samtidig som studien fant sted, hadde 149 utført mastektomi og var derfor invitert til å delta på undersøkelsen.</p> <p>Som en del av en tidligere undersøkelse, ble kvinnene sendt et spørreskjema om livet etter mastektomi, som fokuserte på erfaringer ved å ikke ha bryster og tanker rundt brystrekonstruksjon. 126 kvinner (85%) svarte.</p> <p>Denne studien er en fortsettelse, ved at den fortsetter å utforske de beskrivende funnene fra spørreskjemaet. 56% av deltakerne fra den tidligere undersøkelsen ble også med på denne studien.</p> <p>For å opprettholde maksimal variasjon, ble et strategisk utvalg valgt basert på alder, utdanningsnivå, yrke, sivilstatus,</p>	<p>Studien viser at 6 av kvinnene hadde hatt forsinket brystrekonstruksjon, og 9 hadde avstått. Det kom tydelig frem at kvinnene ikke hadde noe annet valg enn å operere, da det var nødvendig.</p> <p>I de tre gruppene ble forskjellige perspektiv reflektert over. I den første ble mastektomi beskrevet som «ingen stor greie», og rekonstruksjon var ikke engang tatt i betraktning. Gjennomsnittsalderen for disse kvinnene var 60 år, og alle bodde med en partner. De så på andre aspekter av fysisk utseende, som hvordan man kler seg, men også personlige kvaliteter, som å bry seg om andre. I tillegg var det ikke like viktig å måtte se bra ut, når man var kommet opp i denne alderen. Folk forventet ikke like mye da, mente flere. Kvinnene hadde stabile forhold og mente at partnerne deres ikke brydde seg om mastektomien, ettersom det ikke hadde endret deres seksuelle forhold. De hadde forståelse for at kanskje yngre kvinner ønsket brystrekonstruksjon, men mente for sin egen del at det kunne potensielt ført til flere kirurgiske inngrep og problemer.</p> <p>I den andre ble mastektomi beskrevet som truende mot personen og føre til at man "mister seg selv", og brystrekonstruksjon var beskrevet som essensielt for å reparere kvinnen som person. Her var gjennomsnittsalderen 57 år. En kvinne var i et forhold, og de to andre ble single i forbindelse med</p>	<p>Studien viser hvordan kvinner i Sverige har opplevd å miste et bryst, og hvilke tanker de har gjort seg om rekonstruksjon av bryster. Dette kommer godt med i søket om å forstå hvordan brystkreft oppleves for de rammede.</p>

		<p>og brystrekonstruksjon (ja/nei) blant 16 kvinner. I 2008 var disse kvinnene invitert på telefon, og alle unntatt en samtykket. Alle kvinnene var født i Sverige. Studien var godtatt av den etiske komiteen av det medisinske fakultet, Umeå Universitet. Deltakerne fikk utdelt pseudonymer til undersøkelsen.</p> <p>En tematisk intervjuguide ble konstruert basert på funnene fra spørreskjema-studien. Intervjuene ble gjennomført i en narrativ form, og startet med «Kan du fortelle meg om reisen du har opplevd siden du fant ut at hele brystet ditt ville bli fjernet?» Oppfølgingsspørsmålene handlet om kroppsbilde, seksualitet, og motiver for/imot rekonstruering, for å få så unike og detaljerte beskrivelser som mulig. Alle intervjuene ble tatt opp på lydopptak og transkribert ordrett.</p> <p>Intervjuene ble gjennomført rundt 4,5 år etter mastektomi, og varte fra 30-80 minutter hver. Etter hvert intervju, skrev deltakeren refleksjonsnotater som fokuserte på intervjuetsetting, om det var noen forstyrrelser under intervjuet og intervjuerens inntrykk og tanker om intervjuerens utstråling måte å respondere til intervjuet på.</p>	<p>bryskreftdiagnosen og mastektomien. I prosessen oppdaget kvinnene at de ikke bare hadde fjernet kreften, noe de var glade for, men de innså også at de hadde mistet måten de så på seg selv som mennesker. For disse kvinnene var diagnosen et sjokk som trigget sterke følelser av angst. De hadde alltid likt å bruke kjoler som fremhevet brystpartiet, men etter mastektomien beskrev de at kjolene de kjøpte skjulte brystpartiet. De stoppet å gå på treningssenter og i svømmehallen, fordi de ikke ville blottlegge seg for andre kvinner og barn. De følte også at de hadde mistet sin seksualitet og det å føle seg attraktiv. Å være seksuelt aktiv førte til å ikke ville ta av bh-en og samtidig måtte ha av lyset. Den ene kvinnens partner taklet ikke forholdets forandring, og forlot henne. Disse kvinnene følte seg skyldig for å ikke være glad for å være i live. Det var nødvendig for dem med brystrekonstruksjon for å gi håp om å bli seg selv som person og kvinne. Ikke alle ble like fornøyde med resultatet, men samtidig var det nødvendig for dem å utføre operasjonen.</p> <p>Den tredje falt mellom de to over, med brystrekonstruksjon beskrevet som å være en gave, bonus, eller en velkomst som gjør det lettere å både se og føle seg som en kvinne. Kvinnenes gjennomsnittsalder var 48 år. 3 av de bodde med en partner, og 2 bodde alene. Her var meningene ganske like den andre historien. Kvinnene beskrev opplevelser av å være lemlestet, følelse av å kun være halv kvinne, og gråting da de så seg selv i speilet. Likevel snakket de om seg selv som verdifulle mennesker, som kvinner, til tross for deres mangel på bryster. De opplevde det som at</p>	
--	--	---	--	--

		<p>Studien benyttet tematisk analyse, og den analytiske prosessen ble gjennomført i 4 stadier:</p> <p>1) Alle forskerne leste intervjuene separat for å gi et førsteinntrykk av opplevelsene av å leve uten et bryst og tanker om å gjennomgå eller avstå fra brystrekonstruksjon.</p> <p>2) Hvert intervju ble lest på nytt for å identifisere og tolke viktige uttrykk for samlingen av kvinnenens historier. Deltakernes refleksjonsnotater ble brukt for å supplementere hvert transkript.</p> <p>3) De godkjente utdragene fra hvert transkript ble samlet og strukturert kronologisk i 15 historier knyttet til kvinnenens egne ord. På denne måten ble 3 forskjellige opplevelser av å miste et bryst og refleksjoner om rekonstruering identifisert.</p> <p>4) Innad i de 3 gruppene ble historiene og transkriptene nok en gang gjennomgått og sammenlignet.</p>	<p>ingen kunne se at de manglet bryster. Samtidig var det vanskelig å være lettkledd, da de manglende brystene ble blottlagt, slik at deres femininitet ble stilt spørsmålsteget ved. Dette var spesielt problematisk for kvinnene uten permanent partner. På den andre siden, som i historie 1, vil et stabilt og aksepterende forhold legge til rette for å lindre den ødelagte femininiteten. Arrene fra operasjonen eller amputasjonen var en konstant påminnelse om brystkreften. Rekonstrueringen ble sett på som en mulighet til å gjemme arrene, men også for å gjenopprette den knuste femininiteten.</p> <p>Studien viser at opplevelser av mastektomi grunnet brystkreft er individuell. Den fasen i livet kvinnen er i må bli tatt i betraktning. Hvordan kvinnen selv forteller sine meninger om å miste et bryst er ekstremt viktig for helsepersonell og lyttet til, istedenfor å kun å stole på hva hun trenger grunnet hennes alder og fase i livet, ettersom det hvordan man definerer seg som kvinne er veldig individuelt.</p>	
--	--	---	--	--

Litteratormatrise 3

Referanse (komplett)	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg/vi bruke denne artikkelen i min/vår oppgave?
<p>Tetteh, D. A. (2015). The breast cancer fanfare: Sociocultural factors and women's health in Ghana. <i>Health care for women international</i>, 38(4), 316-333. https://doi.org/10.1080/07399332.2016.1215465</p>	<p>Studiens hensikt er å analysere fremstillingen av brystkreft i Ghanas medier, ettersom media er den vanligste kilden til helseinformasjon i Afrika sør for Sahara.</p> <p>Studien fokuserer på dette for å belyse hvordan kulturelle forestillinger av kvinnekroppen og de ghanesiske kvinnenes status avslører synet på brystkreft og forklarer hvordan pågående framstillinger av sykdommen kan føre til dominante</p>	<p>Breast cancer, mastect omy</p>	<p>Metoden som ble brukt var en tekstlig analyse ved å bruke et kritisk feministisk rammeverk, om mediedekningen om brystkreft i Ghana.</p> <p>Forskeren drar inn sine egne erfaringer som kvinne født og oppvokst i Ghana, til å informere om den meningsskapende prosessen. Ved å legge til et kritisk feministisk perspektiv i analysen, drar forskeren inn samfunnets oppmerksomhet om hvordan tilsynelatende harmløse referanser til seksualiseringen av kvinnebrystene innenfor brystkreft, bidrar til en helhetlig forståelse av sykdommen og forvrengte livserfaringene til kvinner.</p> <p>Artikler publisert mellom januar 2011 til februar 2015 ble analysert ved å bruke den kritiske feministlinsen. Årstallene ble valgt fordi Ghana fikk informasjon om brystkreft i 2011 gjennom</p>	<p>Dødeligheten av brystkreft er veldig høy i landene sør for Sahara, noe som henger sammen med sen diagnostisering. 60% blir diagnostisert i trinn 3 eller 4 av forløpet, noe som gir dårligere prognose og behandlingsresultat. De fleste behandles med mastektomi nettopp grunnet sen diagnostisering, men også på grunn av lavere kostnader enn andre behandlingsformer. Brystkreft antas å være forårsaket av overnaturlige krefter og hekserier. Mange prøver derfor alternative behandlinger som for eksempel «healing» og bønn, noe som forsinker den medisinske hjelpen. Enkelte kvinner må ha tillatelse av mannen for å kunne få helsehjelp, og andre kvinner, spesielt de med islamsk tro, må skjule deler av kroppen sin. Leger, som ofte er menn, antas å vite mer og tar derfor beslutninger om behandlingsmetoder for kvinnene. Uten bryster blir ikke kvinnene sett på som helhetlige og vakre kvinner. De som har undergått mastektomi forventes derfor å utføre brystrekonstruksjon for å skjule feilen og gjenopprette sin helhetlige kropp. Mange kvinner kan derfor benekte risikoen av brystkreft og unngå behandling i frykt for å bli «ufullstendige» av sykdommen.</p> <p>Det er ikke uvanlig at mennene skiller seg fra konene etter de har fått brystkreftdiagnosen. Dette delvis grunnet de tradisjonelle forestillingene om den "hele" kroppen som definisjonen av skjønnhet og rollene kvinnene spiller i samfunnet, men også på grunn av kvinners arbeid i huset og på markedet, noe ektemannen er motvillig til å miste i flere måneder grunnet sykdom og behandling.</p>	<p>Studien er relevant fordi funnene bidrar til en forståelse av problemer med kvinners helse globalt, hvor Ghana brukes som eksempel i denne studien.</p>

	syn om kvinnelighet og kvinnekroppen.		brystkreftorganisasjonen til Susan Komen. Totalt 110 brystkreftrelaterte historier ble gjennomgått og analysert. De som handlet om sykdommen, men ikke var relatert til Ghana, ble ekskludert fra analysen.	Ghana og andre land sør for Sahara har en manglende forståelse av brystkreft. Opplæringen er minimal, og skjer gjennom offentlige kampanjer, taler og marsjer. Disse marsjene viser seg å ikke være så fredelige, fine og livlige som de vil ha det til. Oppfatninger av at kvinnens bryst er et symbol på oppfostring og seksuell fantasi, fører til at kvinnene som har undergått mastektomi blir brakt til taushet, fordi de blir presset til å ha en kropp etter inngrepet som tilsvarer en "full" afrikansk kvinne. Det er på tide å la historiene om brystkreft i Ghana bli fortalt av kvinner som har opplevd det.	
--	---------------------------------------	--	---	---	--

Litteratormatrise 4

Referanse (komplett)	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegr ep/Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg/vi bruke denne artikkelen i min/vår oppgave?
<p>Rubin, L. R. & Tanenbaum, M. (2011). "Doses That Make Me A Woman?": Breast Cancer, Mastectomy, and Breast Reconstruction Decisions Among Sexual Minority Women. <i>Psychology of Women Quarterly</i>, 35(3), 401-414. https://doi.org/10.1177/0361684310395606</p>	<p>Hensikten med studien var å forstå hvordan seksuelle minoritetskvinner forhandler bekymringer om utseende, seksualitet og identitet i sammenheng med brystkreft og beslutninger om brystrekonstruksjon.</p>	<p>Breast cancer, mastectomy, breast reconstruction sex orientation, sex orientation, decision making, health</p>	<p>Studien bruker en kvalitativ metode, hvor deltakerne gjennomførte et personintervju på omtrent en time. Deltakerne til studien ble rekruttert gjennom et nyhetsbrev fra en New York City-basert organisasjon for lesbiske og bifile kvinner. Totalt 13 lesbiske og bifile kvinner som har gjennomgått enkelt- eller bilateral mastektomi som behandling av brystkreft deltok. Deltakerne var fra 29 til 56 år. De var fra New York City, hvite og høyt utdannede. Deltakerne var forsikret gjennom Medicaid eller HMO. Sju av deltakerne var i langvarige forhold, fem var single og ei var skilt. Totalt tok 11 av de 13 deltakere brystrekonstruksjon, mens to ikke. Personintervjuene fant sted i en universitetsbygning eller på et alternativt sted valgt av deltakerne selv, som for eksempel hjemmet eller arbeidsstedet. Intervjuene ble lydinnspilt, og deltakerne fikk 50 dollar for deres tid og reiseutgifter. Deltakerne ble spurt om en rekke spørsmål ut ifra en intervjuprotokoll. Intervjuene ble analysert ved hjelp av TA som er en metode for å identifisere, analysere og rapportere ulike temaer.</p>	<p>Kvinnene valgt rekonstruksjon av grunner som å ønske symmetri, unngå eksterne proteser ønsker å føle seg hel og å se normal ut. Ved at leger og sykepleiere innrammet brystrekonstruksjon som en naturlig prosess i behandlingen etter mastektomi, ble kvinnene utsatt for press om gjenoppbygging. Beslutningene forandres i pasientens personlige verdier og preferanser, egenskaper som allerede er formet av det kulturelle miljøet, personlige verdsettelse av risikoer og fordeler ved kirurgi. Brystkreft er en stor helsekrise for en kvinne og brystkreft blir sett på som en trussel mot kvinners skjønnhet, og dermed mot hennes kvinnelige identitet. Brysttap er ikke bare en fysisk forandring, men en fjerning av ens seksuelle identitet og attraktivitet. Rekonstruksjon kan bli sett på som kvinnes måte å gjenopprette følelsen av selvtilit etter sykdom. Brystrekonstruksjon kan fungere for å «beskytte» andre, som for eksempel venner, familie, elskere, kollegaer, fremmede, fra å møte påminnelser om dødelighet. Det kan oppleves stigmatiserende.</p>	<p>Studien viser hvordan seksuelle minoritetskvinner opplever bekymringer om utseende, seksualitet og identitet i sammenheng med brystkreft og beslutninger om brystrekonstruksjon. Dette er viktig for vår oppgave, ettersom den belyser både positive og negative siden ved brystrekonstruksjon. I tillegg tar studien for seg forskjeller hvordan forhold påvirker beslutningen om en eventuell brystrekonstruksjon, samt leger og sykepleiere.</p>

Litteratormatrise 5

Referanse (komplett)	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegr ep/Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg/vi bruke denne artikkelen i min/vår oppgave?
<p>Schmidt, J. L., Wetzel, C. M., Lange, K. W., Heine, N. & Ortman, O. (2017). Patients' experience of breast reconstruction after mastectomy and its influence on postoperative satisfaction. <i>Arch Gynecol Obstet</i>, 296, 827-834. https://doi.org/10.1007/s00404-017-4495-5</p>	<p>Målet med studien er å undersøke brystets betydning blant brystkreftpasienter som har eller ikke har utført brystrekonstruksjon, og dets sammenheng med den postoperative tilfredsheten.</p>	<p>Breast cancer, breast reconstruction, femininity, sexuality, satisfaction, impairment</p>	<p>Studien bruker en kvalitativ metode, hvor ti pasienter uten brystrekonstruksjon og ti pasienter med øyeblikkelig brystrekonstruksjon etter mastektomi intervjues. Fire av kvinnene som rekonstruerte brukte implantater, mens de seks andre hadde en autolog rekonstruksjon. Pasientene ble operert på brystkreftsenteret ved Universitetets medisinske senter i Regensburg. Gjennomsnittsalderen hos pasientene uten rekonstruksjon var 58,5 år mens 50,1 hos pasientene med rekonstruksjon. Pasientene ble via telefon spurt om å delta i studien, og de som ønsket deltok i intervju som fant sted på sykehuset. Ved semistrukturerte intervjuer ble den dypere forståelsen av pasientenes oppfatning av sitt eget bryst, opplevelsen av mastektomi og brystrekonstruksjon undersøkt. Alle intervjuene ble tatt opp og transkribert. I tillegg til intervjuene ble pasientene bedt om å fylle ut et spørreskjema, hvor hensikten var å kvantifisere viktigheten av brystet innen femininitet, attraktivitet og seksualitet. Og måle den pre- og postoperative estetiske tilfredsheten. Datasamlingen ble utført fra juli til november 2012.</p>	<p>Pasienter som hadde bestemt seg for brystrekonstruksjon vurderte brystets betydning for femininitet og attraktivitet betydelig høyere enn pasienter uten rekonstruksjon. Legens oppgave er å støtte kvinnen i beslutningen for eller mot og derfor er det fornuftig å vite hva brystet betyr for kvinnens identitet. I løpet av det første postoperative året følte pasientene som utførte brystrekonstruksjon avsky mot det rekonstruerte brystet og kvinner har spesielt det første postoperative året vansker med å godta det nye brystet. Det ses ingen sammenheng mellom den preoperative betydningen av brystet og postoperative tilfredsheten med det rekonstruerte brystet.</p>	<p>Denne artikkelen tar for seg brystets betydning blant brystkreftpasienter som har eller ikke har utført brystrekonstruksjon. Det blir også sett på betydningen av femininitet og attraktivitet, i forhold til valget om brystrekonstruksjon. Dette kommer godt med i oppgave hvor vi skal ta for oss pasientenes seksualitet, og gjennom valg om å ta eller ikke ta operasjon kan vi reflektere over brystets betydning.</p>

Litteratormatrise 6

Referanse (komplett)	Studiens hensikt/mål	Nøkkel begrep /Keyw ords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg/vi bruke denne artikkelen i min/vår oppgave?
<p>Dragset, S., Lindstrøm, T. C. & Ellingsen, S. (2020). «I Have Both Lost and Gained». Norewegian Survivors' Experience of Coping 9 Years After Primary Breast Cancer Surgery. <i>Cancer Nursing</i>, 43(1), 30-37. 10.1097/NCC.0000000000000656</p>	<p>Hensikten med studien er å belyse kvinners erfaringer med mestring ni år etter deres primære brystkreftkirurgi.</p>	<p>Brystkreft, mestring, overlevelse.</p>	<p>Femten kvinner ble individuelt intervjuet både ett og ni år etter gjennomgått primær brystkreftkirurgi. Studien er kvalitativ.</p>	<p>I studien var det tre fremtredende hovedfunn: Livet blir endret, det er nødvendig å tenke positivt, og forståelse og aksept er viktig. Under punktet «livet blir endret» handler det om å finne mening i vanskelige situasjoner, noe som er en motiverende faktor som er avgjørende for mestring. Det å være i arbeid har viste seg å ha stor betydning for kvinnenens identitet og en følelse av normalitet, mestring og å være en aktiv deltaker i samfunnet. Men det var mange som ikke klarte å gå tilbake til sitt tidligere funksjonsnivå grunnet mindre energi, tretthet, mindre livsglede og mindre selvtillit. Mange var ikke forberedt på disse endringene, noe som gjorde det vanskelig å akseptere situasjonen og holde ut. Mange følte de hadde fått for lite informasjon om mulige langtidseffekter.</p> <p>«Det er nødvendig å tenke positivt» er et annet punkt og handler om nødvendigheten av å bruke denne mestringsstrategien for at kvinnene skulle klare å holde de negative tanker om kreften på avstand. Håp og indre styrke er en viktig ressurs, og unngå selvmedlidenhet. Se fremover og håndter situasjonen steg for steg var viktig for å holde det negative på avstand. Kvinnene prøvde å unngå å tenke på kreft og tilbakefall, og heller fokusere på overlevelse.</p> <p>Under punktet «forståelse og aksept er viktig» ses det på hvordan kommunikasjon om situasjonen ga kvinnene aksept og styrket deres relasjonelle bånd. Støtte ble opplevd som nødvendig og utfordrende. Anerkjennelse av plager etter behandling ble vektlagt. Å være mer sosialt selektiv og foretrekke positive mennesker var viktig.</p>	<p>Økt overlevelse av brystkreft gjør at mange kvinner lever med senskader av kreft og behandling. Kunnskap om deres mestring er viktig for å bedre livskvaliteten, noe som er viktig for oss å belyse i oppgaven.</p>

Litteratormatrise 7

Referanse (komplett)	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbe grep/Key words	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg/vi bruke denne artikkelen i min/vår oppgave?
<p>Aerts, L., Christiaens, M. R., Enzlin, P., Neven, P. & Amant, F. (2014). Sexual functioning in women after mastectomy versus breast conserving therapy for early-stage breast cancer: A prospective controlled study. <i>The Breast</i>, 23(5), 629-636. DOI:https://doi.org/10.1016/j.breast.2014.06.012</p>	<p>Brystkreft og behandling av brystkreft kan påvirke seksuell funksjon basert på fysiologiske og psykososiale mekanismer. Hensikten med studien er å undersøke seksuelle tilpasninger av brystkreftpasienter i en oppfølgingsperiode på ett år etter utført mastektomi eller brystbevarende behandling.</p>	<p>Breast cancer, female, sexual function, mastectomy</p>	<p>Alle nydiagnostiserte brystkreftpasienter på et tidlig stadium, planlagt for kirurgisk behandling på et tertiært universitetssykehus ble invitert til å delta i studien. Pasientene som var yngre enn 18 år, som var homofile eller hadde sykdom i avansert stadium, tilbakefall eller en historie med annen type kreft, ble ekskludert. Alle pasientene ble behandlet i henhold til samme protokoll og operasjonene ble utført av fem erfarne brystkirurger. Kontrollgruppen med friske kvinner ble rekruttert på tre måter: i poliklinikken for gynekologi, i organisasjoner for eldre kvinner og ved hjelp av en online undersøkelse. Kvinner med tidligere krefthistorie ble ekskludert. Kvinnene med brystkreft fylte ut et spørreskjema for å kartlegge depresjon, kroppsbilde, livskvalitet og seksuell funksjon i forkant av operasjonen. Kvinnene med brystkreft fylte ut det samme spørreskjemaet seks måneder og ett år etter den kirurgiske behandlingen. Kontrollkvinnene fullførte spørreskjemaet bare en gang.</p>	<p>Totalt fullførte 149 kvinner med brystkreft og 149 kontrollkvinner undersøkelsen. Sammenlignet med situasjonen før brystkreftkirurgien rapporterte signifikant flere kvinner med brystbevarende behandling problemer med seksuell opphisselse seks måneder etter operasjon, og signifikant flere kvinner med mastektomi rapporterte problemer med seksuell lyst, opphisselse og evne til å oppnå en orgasme seks måneder og ett år etter operasjonen. I sammenligning med kontrollkvinnene ble det ikke funnet signifikante forskjeller i seksuell funksjon etter brystbevarende operasjon, mens større forskjeller sammenlignet med kvinner som har gjennomgått mastektomi.</p> <p>Selv om det er liten forskjell i seksuell funksjon mellom kvinnene med brystbevarende operasjon og kontrollkvinnene, viste analysen at kvinnene med mastektomi er i fare for postoperative seksuelle dysfunksjoner.</p>	<p>Tidligere påvisning og fremskritt innen adjuverende behandling har resultert i et økende antall brystkreftoverlevende. Derfor har livskvaliteten etter brystkreft blitt viktigere noe som er viktig for oss å belyse i oppgaven.</p>

Litteratormatrise 8

Referanse (komplett)	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg/vi bruke denne artikkelen i min/vår oppgave?
<p>Blouet, A., Zinger, M., Capitain, O., Landry, S., Bourgeois, H., Seegers, V. T. & Pontreau, Y. (2018). Sexual quality of life evaluation after treatment among women with breast cancer under 35 years old. <i>Supportive Care in Cancer</i>, 27(3), 879-885. https://doi.org/10.1007/s00520-018-4374-z</p>	<p>Studiens hensikt er å vurdere kvaliteten av seksuallivet til kvinner under 35 år med brystkreft etter behandling, og sammenligne resultatet med litteratur.</p>	<p>Sexuality, Sexual health, Breast cancer, BISF-W, FSFI</p>	<p>Denne kvantitative, tverrsnittlige og beskrivende studien tar for seg kvinner som har vært til behandling hos onkologisk avdeling enten i Angers eller Le Mans i Frankrike. Kvinner mellom 18-35 år ved diagnostetidspunktet ble valgt ut mellom 2008-2012. Denne 5 år lange perioden tillot et høyere antall pasienter og slutten på hormonell terapi for noen av dem.</p> <p>Fire spørreskjema ble sent til pasientene. Svarene deres ble anonymisert og sendt på mail til de to avdelingene. Evalueringen av seksuallivet ble gjennomført med to selvrapporterte spørreskjema: BISF-W (Brief Index of Sexual Functioning for Women) og FSFI (Female Sexual Function Index).</p> <p>De 22 BISF-W-spørsmålene tok for seg 7 former for seksualitet; lyst, seksuell opphisselse, hyppighet, mottakelighet, orgasme, tilfredshet i forholdet og problemer som påvirker seksuell funksjon.</p> <p>De 19 FSFI-spørsmålene tok for seg 6 former for seksualitet; lyst,</p>	<p>43 kvinner svarte på spørreskjemaene. Gjennomsnittsalderen var 32,1 år. Åtte pasienter ble diagnostisert i 2008, fire i 2009, ni i 2010, ti i 2011 og tolv i 2012. Resultatet viser at kvinner uten barn hadde samme score som kvinner med barn. Blant de 43 pasientene, hadde 37 av de partner og 32 hadde vært seksuelt aktive de siste 4 ukene. Alle pasientene var heteroseksuelle.</p> <p>Spørreundersøkelsen viste at 95% av pasientene er i forhold, og 76% av dem til samme partner som før brystkreften inntraff. 14% av kvinnene hadde et tilfredsstillende seksualliv, 65% tilfredsstillende og 21% utmerket. Før diagnosen var det ingen som kjente på utilfredshet knyttet til deres seksualliv.</p> <p>Artikkelen viser at halvparten av kvinnene ønsket å ha en oppfølging av deres seksualitet gjennom kreftbehandlingen. Dette beviser at dette er et viktig tema å ta tak i på legevisitt, ettersom det ikke er realisert godt nok. Kvinnene i spørreundersøkelsen scorer lavere sammenlignet med gjennomsnittsbefolkningen, men artikkelen viser at forskjellen kunne</p>	<p>Denne artikkelen tar for seg kvinners seksualliv etter brystkreft, og bidrar dermed til å underbygge vår oppgave. I tillegg har artikkelen avgrenset kvinnenes alder, og tar for seg kvinner under 35 år, som vil gi et interessant bilde på om det er noen forskjell på kvinners seksualitet i ettertid av brystkreftdiagnosen, sammenlignet med eldre kvinner som vi har funnet i andre artikler.</p>

			<p>seksuell opphisselse, vaginalt glidemiddel, orgasme, tilfredshet og smerte.</p> <p>De to andre spørreskjemaene tok for seg pasientenes seksuelle tilfredshet før brystkreftdiagnosen, og hvilke spørreskjema de foretrekker å se hvis de må følge opp deres seksualitet etter kreftbehandling.</p>	<p>vært redusert ved god medisinsk tilnærming.</p> <p>Studien bekrefter at det er en avstand mellom kvinner og det å skulle spørre om oppfølging av deres seksualitet, og hvor viktig det er at pasienters seksualitet blir fulgt opp og tatt hånd om. Konsultasjon utført av for eksempel en gynekolog, for så å diskutere seksuell helse og adressere seksuelle vansker, er grunnleggende.</p>	
--	--	--	---	--	--

Vedlegg 2: Søkehistorikk

Søkehistorikktabell

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracter (antall)	Leste artikler (antall)	Inkluderte artikler (forfatter, årstall)
Breast cancer AND women AND experience AND sexuality	25/11-20	Cinahl Complete	11	10	7	5
Sexual health AND breast cancer survivors	06/04-21	Cinahl Complete	39	15	8	1
"Sexual function in women after mastectomy"	04/04-21	Google scholar				1
Brystkreft OG seksualitet	04/04-21	Sykepleien.no				1

