

BRÖSTCANCER OCH SEXUALITET
Med inriktning på hormonell behandling

BREAST CANCER AND SEXUALITY
With focus on endocrine therapy

Examinationsdatum: 23 augusti 2012
Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng
Kurs: K37
Examensarbete, 15 högskolepoäng

Författare: Charlotta Dahlin och Sara Bergstedt

Handledare: Gudrun Evén

Examinator: Gunilla Björling

SAMMANFATTNING

Bakgrund

Bröstcancer är den vanligaste cancersjukdomen bland kvinnor idag och var tionde kvinna drabbas någon gång av sjukdomen. Genetiska faktorer kan öka risken för att drabbas av bröstcancer. Tidig menarche och sen menopaus hör även de till riskfaktorerna. De behandlingsmetoder för bröstcancer som finns tillgängliga är kirurgisk behandling, strålbehandling, cytostatika, hormonpreparat samt annan medicinsk behandling. Indikationen för hormonell behandling är om tumörcellerna har östrogenpositiva receptorer på sin cellyta. Hormonell behandling innefattar i huvudsak Tamoxifen och aromatashämmare. Kvinnor som genomgår en behandling med hormonpreparat kan uppleva typiska biverkningar som liknar de som uppkommer vid menopausen såsom vallningar och svettningar, torra och sköra slemhinnor i underlivet, fatigue, nedsatt sexuell lust samt dyspareuni (smärta vid samlag). Sexualiteten berör våra djupaste känslor och bidrar till njutning och lycka. Det sexuella behovet är individuellt men är en essentiell del i människors hälsa. Vårdpersonal måste ha kunskap om sexualitet för att kunna ge denna patientgrupp råd om hur man kan främja den sexuella hälsan under behandlingsperioden. Livskvalitet är ett individuellt fenomen. Samma sjukdom, symtom och behandling kan därför upplevas olika av olika individer. Livskvalitet beror på många faktorer, varav sexualiteten är en av dem.

Syfte

Syftet var att undersöka hur kvinnor som får hormonell behandling mot bröstcancer upplevde sin sexualitet.

Metod

En forskningsöversikt gjordes i enlighet med Forsberg och Wengström (2008). Totalt inkluderades 14 vetenskapliga artiklar i studiens resultat. Inklusionskriterier var att artiklarna skulle vara originalartiklar samt granskade enligt Ulrich.

Resultat

Resultatet visade att den hormonella behandlingen påverkade kvinnans sexualitet. Hormonpreparaten gav biverkningar i form av exempelvis dyspareuni, nedsatt sexuell lust samt torra slemhinnor i vagina och detta ledde ofta till att kvinnornas sexuella aktivitet minskade. Sjuksköterskan ansåg att diskussionen om sexualitet var en del av sjuksköterskans profession. Trots detta togs ämnet inte upp i den omfattning det borde vilket delvis kan bero på okunskap och osäkerhet inom området. En försämrad sexuell hälsa bidrog även till en sämre livskvalitet hos patienterna.

Slutsats

Hormonell behandling för kvinnor med bröstcancer påverkar kvinnans sexualitet i olika grad. Biverkningar av behandlingen kan leda till att kvinnan får en försämrad livskvalitet. Vårdpersonal måste ha kunskap om hur behandling och diagnos kan påverka kvinnans sexualitet.

Nyckelord: Breast neoplasms, Endocrine therapy, Sexuality, Nursing, Quality of Life

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Bröstets anatomi och fysiologi	1
Bröstcancer	1
Behandlingsmetoder	2
Hormonell behandling	3
Biverkningar vid hormonell behandling	4
Sexualitet	5
Livskvalitet	6
Problemformulering	7
SYFTE	7
Frågeställningar	7
METOD	7
Val av metod	7
Datainsamling	8
Urvalskriterier	8
Bearbetning av data	9
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	9
RESULTAT	10
Bröstcancer och sexualitet	10
Sexuell livskvalitet hos kvinnor med bröstcancer	13
DISKUSSION	14
Metoddiskussion	14
Resultatdiskussion	16
Slutsats	19

Fortsatta studier	19
REFERENSER	20
BILAGA 1 och 2	

INLEDNING

Varje år drabbas cirka 7000 kvinnor av bröstcancer i Sverige (Onkologiskt centrum Stockholm-Gotland, 2009). Enligt svenska bröstcancergruppen (2008) är bröstcancer den vanligaste cancersjukdomen bland kvinnor idag och var tionde kvinna drabbas någon gång under livet. Även män kan drabbas av sjukdomen och i Sverige diagnostiseras omkring fyrtio män årligen bröstcancer (Svenska bröstcancergruppen, 2008).

Att drabbas av bröstcancer är vanligare efter 40 års ålder och risken att insjukna ökar med stigande ålder (Ericson & Ericson, 2008). Hos kvinnor under 50 år är det en av de vanligaste, enskilda dödsorsakerna. Bröstcancersjukdomen innebär förutom ett hot mot hälsa och liv även ett hot mot den kvinnliga identiteten då bröstet är en central del av kvinnans femininitet (Svenska bröstcancergruppen, 2008). Möjligheten att tillfriskna efter en bröstcancerdiagnos har förbättrats sedan 1970-talet. Detta beror sannolikt på att behandlingsmetoderna har effektiviserats och att tumörerna varit av mindre avancerad grad vid diagnostillfället (Onkologiskt centrum Stockholm-Gotland, 2009).

BAKGRUND

Bröstets anatomi och fysiologi

Bröstets anatomi består till största delen av fettvävnad men även av bröstkörtlar, körtelvävnad och mjölkgångar. Varje bröstkörtel består av 15-20 lober med körtelvävnad och i loberna mynnar mjölkgångarna. Dessa mynnar på ytan av bröstvårtan, och dess uppgift är att transportera bröstmjölken från körtlarna till bröstvårtan (Bjålie et al., 2006).

Bröstcancer

Definition

Bröstcancer definieras som en malign tumör som utgår från körtelrör eller körtellobuli i bröstkörteln. Bröstcancer kan uppträda som icke-invasiv cancer, så kallad cancer in situ (CIS). Cancercellerna har i dessa fall inte angripit närliggande vävnader. Cancer in situ kan delas in i duktal typ (DCIS) samt lobulär typ (LCIS). Duktal typ innebär att cancercellerna utgår från körtelrör. Utgår tumören från körtellobuli talas det istället om lobulär typ av icke-invasiv cancer. Invasiv cancer innebär att cancercellerna angripit närliggande vävnad. Den invasiva bröstcanceren kan metastasera (Svenska bröstcancergruppen, 2008).

Bröstcancer uppträder vanligen till en början i mjölkkörtlarnas celler och kan senare spridas till övriga delar av bröstet. Mjölkkörtlarnas celler behöver normalt det kvinnliga könshormonet östradiol för att kunna växa och mutera. Omkring 50 procent av bröstcancercellerna har så kallade östradiolreceptorer, vilket gör dem beroende av hormonet. Dessa tumörers tillväxthastighet avtar om de inte stimuleras med östradiol. Övriga bröstcancerceller är dock inte beroende av detta hormon då cellerna saknar dessa receptorer. Detta medför att de kan växa och mutera oberoende av stimulering av hormonet. Den medicinska behandlingen beror på vilken typ av cancerceller som tumören består av (Bjålie et al., 2006).

Risikfaktorer för bröstcancer

Förekomst av bröstcancer hos ”förstagsgradsanhöriga” såsom mor och syster, ökar risken för att själv drabbas av bröstcancer. Har flera nära anhöriga i familjen drabbats ökar risken ytterligare (Bjålie et al., 2006). BRCA-1 genen är den först beskrivna bröstcancer-genen på kromosom 17 och mutationer i denna gen beräknas kunna förklara omkring en tredjedel av familjär bröstcancer. Bärare av denna gen löper hög risk av drabbas av sjukdomen (Svenska bröstcancergruppen, 2008). Mutationer av kromosom 17 är inte den enda genetiska faktorn vid familjär bröstcancer. I vissa fall har även en BRCA-2 gen på kromosom 13 kunnat identifiera vissa fall av bröstcancer (Onkologiskt centrum Stockholm-Gotland, 2009). En annan gen, HER-2/neu, har också kunnat påvisas i vissa aggressiva former av bröstcancer. Denna gen aktiverar cellcykeln och gör att delningshastigheten i cellerna ökar. Omkring 20-30 procent av kvinnor med diagnostiserad bröstcancer har tumörer som uttrycker genen HER-2/neu (Bergh et al., 2007). Majoriteten av kvinnor som drabbas av bröstcancer saknar ärftlig bakgrund vilket namnges som sporadisk bröstcancer (Svenska bröstcancergruppen, 2008).

Andra riskfaktorer för att drabbas av bröstcancer är tidig menarche, sen menopaus samt sen graviditet. Användandet av p-piller före 20-årsåldern har också visat på en något ökad risk för att drabbas av bröstcancer. Livsstilsfaktorer såsom övervikt, rökning samt överkonsumtion av alkohol hör också till riskfaktorerna (Bjålie et al., 2006).

Sjukdomstecken

Vid upptäckt av bröstcancer är det vanligaste symtomet en knöl i bröstet. Vissa kvinnor känner smärta eller att bröstet blivit större. Avvikelser i bröstets symmetri kan även vara ett tecken på bröstcancer (Ericson & Ericson, 2008).

Kontakt med sjukvården skall även tas om man upptäcker sår över bröstet som inte läker eller om bröstvårtan dragits in. Ett ytterligare symtom på bröstcancer kan vara sekretion från bröstet, som är klar eller blodtillblandad. Andra tecken är röd och svullen hud med förstörade porer, så kallad ”apelsinhud”, samt om kvinnan känner ett lokalt obehag och en främmande stickande känsla som inte enbart uppkommer vid menstruation (Almås, 2006).

Behandlingsmetoder

För att fastställa diagnosen bröstcancer hos en kvinna som uppvisat symtom används så kallad trippeldiagnostik som innefattar klinisk undersökning, bröstradiologisk undersökning (mammografi) och cytologisk undersökning (cellprov eller biopsi) (Ringborg, Danlianis & Henriksson, 2008).

Bröstcancer kan behandlas med kirurgi, strålbehandling, cytostatika, annan medicinsk behandling eller hormonpreparat. Kirurgisk behandling omfattar partiell mastektomi eller total mastektomi. Partiell mastektomi, så kallad bröstbevarande kirurgi, innebär att endast den angripna delen av bröstet opereras bort. Då tumörväxten är mer omfattande görs en total mastektomi, det vill säga hela bröstet samt lymfkörtelvävnad i axillen opereras bort. Kirurgi är den vanligaste behandlingsmetoden vid bröstcancer (Ericson & Ericson, 2008).

Postoperativ strålbehandling ges efter alla typer av bröstcancerkirurgi och vanligen ges denna strålning lokalt. Traztuzumab är den aktiva substansen i preparatet Herceptin (Farmaceutiska Specialiteter i Sverige, FASS, 2012) som ges till patienter där HER-2/neu genen påvisats.

Trastuzumab är en antikropp mot ett av cancercellens proteiner, och således ingår detta preparat inte i hormonell behandling mot bröstcancer.

Omkring 20-30 procent av kvinnor med bröstcancer kan behandlas med antikroppen trastuzumab eftersom de har tumörer där cancergenen HER-2/neu påvisats på cellytan (Bergh et al., 2007). Behandling med hormoner eller cytostatika, eller en kombination av dessa, förekommer frekvent. Cytostatika väljs i första hand då cancercellerna saknar hormonkänsliga receptorer (Ericson & Ericson, 2008). Cytostatikabehandling ges även för att minska risken för återfall (Svenska bröstcancergruppen, 2008). Indikation för hormonell behandling kan ske genom identifikation av östradiolreceptorpositiva tumörceller (Ericson & Ericson, 2008).

Hormonell behandling

De hormoner som finns i kroppen är nödvändiga då de påverkar kroppens funktion (Karolinska Institutet, 2011). Östrogen och progesteron är essentiella hormoner för kvinnans fortplantningsfunktion. Östrogen och progesteron bildas av äggstockarna, progesteron produceras även till viss del av binjurarna. Östrogen bidrar bland annat till att slidan blir fuktig och att erogena områden svarar på stimulering. Progesteron stimulerar bland annat kvinnans sexlust och förbereder slemhinnorna i livmodern för befruktning (Clark, 2004).

Vissa hormoner kan bidra till en patologisk celledning, vilket kan ske vid vissa typer av bröstcancer. Vid behandling av bröstcancer som anses känslig för hormonbehandling ges ett så kallat antihormon. Dess verkningsmekanism innebär att antihormonet binder sig till hormonkänsliga receptorer som finns på cancercellen. Östradiol kan därför inte binda sig till dessa receptorer. Antihormonet söker således sina målceller och därför kallas hormonell behandling även för målsökande behandling. Innan insättning av hormonbehandling ska cancercellerna genom analys ha påvisat en känslighet för något av de kvinnliga könshormonerna, östrogen eller progesteron, eller för båda (Karolinska Institutet, 2011).

Omkring 75 procent av diagnostiserad bröstcancer har östrogen- och/eller progesteronreceptorer och är därför tillgängliga för hormonella behandlingar. Hormonbehandling har visat sig vara en lika effektiv tilläggsbehandling som cytostatika. Den hormonella behandlingen borde fungera på alla tumörer som är hormonreceptorpositiva, men precis som vid cytostatikabehandling ska patienten medvetandegöras om att behandlingen inte alltid har önskad effekt (Bergh et al., 2007).

Behandling med Tamoxifen

Den rekommenderade hormonella behandlingen för premenopausala kvinnor med bröstcancer är Tamoxifen (Marín et al., 2011). Tamoxifen har använts de senaste 30 åren och är ett väletablerat hormonpreparat (Bergh et al., 2007). I en studie visades att på de kvinnor som var bärare av BRCA-1 genen, och som hade hormonreceptorpositiv bröstcancer, användes Tamoxifen som behandling i drygt 50 procent av fallen (Goodwin et al., 2012). Läkemedlet ger bättre effekt om det används under en femårsperiod (Marín et al., 2011; Bergh et al., 2007; Ringborg et al., 2008) jämfört med om behandling endast ges under två år (Marín et al., 2011; Bergh et al., 2007). Risken för lokalt återfall halveras vid behandling med läkemedlet under en femårsperiod. Även mortaliteten har visat sig minska, med 25 procent, vid behandling med Tamoxifen. Genom att binda sig till östrogenreceptorer förhindrar Tamoxifen östrogenets tillväxtstimulerande effekt på cancercellerna (Bergh et al., 2007).

Friska kvinnor kan skyddas från att insjukna i bröstcancer vid behandling med Tamoxifen. Kvinnor med en hög cancerrisk löper mindre risk att insjukna om de behandlas med Tamoxifen i profylaktiskt syfte (Bergh et al., 2007).

Behandling med aromatashämmare

Aromatashämmare förhindrar produktion av östrogen (Bergh et al., 2007). Läkemedlet används till kvinnor med hög risk för återfall i bröstcancer (Bergh et al., 2007; Ringborg et al., 2008). Aromatashämmare kan också användas för att minska tumörens storlek (Ringborg et al., 2008). Premenopausala kvinnor som behandlas med aromatashämmare har en ökad risk att drabbas av benigna förändringar på äggstockarna och läkemedlet ger inte en adekvat nedsättning av östrogensyntesen (National Comprehensive Cancer Network, NCCN, 2010). På grund av detta måste patienterna ha haft utebliven menstruation under tolv månader innan behandling med aromatashämmare inleds (Marín et al., 2011). NCCN:s riktlinjer (2010) rekommenderar att premenopausala kvinnor bör behandlas med Tamoxifen under två till tre år. Därefter bör en utredning göras och om patienten fortfarande är premenopausal bör behandlingen fortsätta med Tamoxifen. Om patienten däremot vid detta skede är postmenopausal är det indikerat att fortsätta den hormonella behandlingen med aromatashämmare. Användning av endast Tamoxifen under en femårsperiod då kvinnorna är postmenopausala är endast lämplig då aromatashämmare är kontraindicerat eller då kvinnorna avböjer enna typ av behandling.

Biverkningar vid hormonbehandling

Kvinnor som behandlas med hormoner upplever liknande symtom som uppkommer vid menopausen, exempelvis blodvallningar och svettningar. Kvinnorna får dessa symtom på grund av att läkemedlet påverkar äggstocksfunktionen, vilket blir speciellt påtagligt hos yngre kvinnor som ännu inte nått menopausen. Dessa biverkningar brukar dock på sikt avta (Bergh et al., 2007). Torra och sköra slemhinnor är en annan vanlig biverkning vid hormonell behandling och har dokumenterats hos cirka 50 procent av kvinnorna (Svenska Bröstcancergruppen, 2008). Behandling med Tamoxifen och aromatashämmare ger båda upphov till biverkningar såsom exempelvis vallningar, nattliga besvär med svettningar samt torra slemhinnor i vagina (NCCN, 2010). Aromatashämmare har dock visat sig ge mer uttalade besvär på leder och muskler (NCCN, 2010; Bergh et al., 2007) såsom exempelvis stelhet och smärta (Ringborg et al., 2008). Denna typ av läkemedel kan också bidra till utveckling av osteoporos och frakturer (NCCN, 2010). Behandling med Tamoxifen kan ge ökad risk för livmodercancer (NCCN, 2010; Bergh et al., 2007). Menstruationen kan upphöra hos premenopausala kvinnor vid användning av Tamoxifen och vid samtidig användning av cytostatika ökar risken för att drabbas av tromboemboliska komplikationer (FASS, 2012).

Menopaus

Ägglossningen avtar under övergången mellan den tid då kvinnan börjar uppleva menopausala symtom till den dagen då menstruationen upphör helt. Detta leder till att äggledarna börjar producera allt mindre mängd med östrogen (Clark, 2004). För flertalet kvinnor inträffar menopausen i 50-årsåldern. I studier rapporterar knappt 75 procent av alla kvinnor att de upplevt vasomotoriska symtom, såsom vallningar och svettningar, under övergångsåldern. För cirka en tredjedel av kvinnorna kvarstår symtomen efter fem år. Om symtomen kommer regelbundet och ofta under dagen kan de upplevas av kvinnan som generande och utmattande. Symtomen kan även ha en inverkan på kvinnans arbete, sociala liv samt fritid (Andersson et al., 2001).

Andra symtom vid menopaus inkluderar sömnsvårigheter och orkeslöshet. Symtom såsom torra slemhinnor i underlivet, smärta vid samlag samt nedsatt sexuell lust har också dokumenterats. Vissa kvinnor har återkommande och regelbundna besvär av vallningar, medan andra kvinnor inte upplever vallningarna som ett stort problem. Även humörsvängningar, depression och irritabilitet är vanligt förekommande problem i övergångsåldern. I en studie beskrev en kvinna att hon upplevde att hon endast hade energi till att gå till arbetet för att sedan återvända direkt hem och vila. En annan deltagare i samma studie beskrev sin treåriga menopaus som en period av lidande (Theroux, 2009).

Fatigue

Fatigue kännetecknas av konstant trötthet (Reitan & Schølberg, 2003; Dizon, 2009), kraflöshet och koncentrationssvårigheter. En del lider också av sömnsvårigheter trots att de alltid känner sig trötta (Reitan & Schølberg, 2003). Studier har visat att fatigue är en vanlig cancerrelaterad biverkning hos såväl patienter som genomgår behandling och för de som avslutat behandling för bröstcancer (Kornblith & Ligibel, 2003). Patienter upplever att fatigue kan vara en av de svåraste biverkningarna i samband med bröstcancersjukdomen och dess behandling. Till skillnad från andra biverkningar, exempelvis illamående och smärta, är fatigue svårt att behandla ur ett medicinskt perspektiv. Cancerrelaterad fatigue påverkar livskvaliteten då det innebär att patienterna upplever att de är för trötta för att delta i aktiviteter som gör livet meningsfullt (NCCN, 2010). Enligt Kornblith och Ligibel (2007) uppgav hela 80 procent av patienterna med bröstcancer att fatigue var ett problem i deras vardagliga liv under behandlingsperioden. Fatigue var förknippat med en förhöjd risk för att drabbas av depression, smärta samt sömnsvårigheter. Enligt många kvinnor är biverkningarna från en hormonell behandling betydligt lindrigare än de som uppkommer vid en cytostatikabehandling. En del kvinnor upplever dock biverkningarna som mycket påfrestande och risken med biverkningarna från hormonell behandling skall därför inte förringas (Bergh et al., 2007).

Sexualitet

Att få diagnosen bröstcancer och sedan genomgå olika behandlingsformer för sjukdomen kan ha en inverkan på kvinnans sexualitet (Kornblith & Ligibel, 2003). Under behandlingsperioden, och ibland en tid efter avslutad behandling, kan kvinnor uppleva bland annat fatigue och ett minskat intresse för sexuellt umgänge. Brösten upplevs av många kvinnor som en viktig del av den kvinnliga kroppen och en förlust av dessa skulle kunna leda till en försämrad kroppsuppfattning och att den feminina identiteten i viss mån kan gå förlorad (Katz, 2011). Studier har visat att total mastektomi har negativa effekter på kroppsuppfattningen i jämförelse med de kvinnor som genomgår partiell mastektomi (Ringborg et al., 2008). Cytostatika kan innebära en för tidig menopaus och hormonell behandling kan förvärra kvinnans menopausala symtom såsom exempelvis torra slemhinnor i vagina och dysparenu (smärta vid samlag) (Kornblith & Ligibel, 2003).

Rundgren och Dehlin (2004) beskriver att sexualitet berör våra känslor och uttryck. Människan är en sexuell varelse, oavsett om han eller hon har en partner eller inte och oavsett om personen använder sig av sin sexualitet eller inte. Sexualitet är således inte förenat med enbart sexuellt umgänge. Sexualitet berör våra djupaste känslor och ger möjligheter till bland annat njutning, lycka och gemenskap. Sex är beröring och kan uttryckas i till exempel kyssar, massage, smekningar, onani eller samlag. Människans sexualitet är medfödd och behovet av

sexuell intimitet varierar mellan olika individer och under olika perioder i livet. Människan behöver kroppskontakt, kärlek, värme, ömhet och bekräftelse. Individer vill höra att de är älskade och att de duger som de är.

World Health Organization, WHO, (2012) beskriver sexualitet på följande sätt:

”Sexual health is a state of physical, mental and social well-being in relation to sexuality. It requires a positive and respectful approach to sexuality and sexual relationships, as well as the possibility of having pleasurable and safe sexual experiences, free of coercion, discrimination and violence”.

Behovet av sexualitet kan variera mellan olika individer. Sexualiteten är en viktig del i en individs identitet och är ofta en förutsättning för god hälsa. Undersökningar tyder på att de flesta människor som förlorat en del av sin sexualitet påverkas negativt av detta (Reitan & Schølberg, 2003). Vårdpersonal måste ha kunskap om sexualitet för att ta upp dessa samtal tillsammans med patienten. Information angående sexualiteten bör vara återkommande under varje patients behandlingsperiod, då denna kan komma att ändras över tid (Thomé & Hellbom, 2011). I samtalet med patienten är det viktigt att sjuksköterskan försöker att hitta lösningar som främjar den sexuella hälsan. Detta kan innebära att konkreta förslag ges för att kunna skapa eller upprätthålla ett välfungerande sexualliv. En kommunikationsmodell som sjuksköterskor kan använda sig av när det gäller vägledning i sexuella frågor är PLISSIT-modellen. Bokstäverna, översatta från engelska, står för tillåtelse, begränsad information, konkreta förslag samt intensiv terapi. Målet med modellen är att ge patienten råd för att hantera olika situationer som rör sexualiteten (Reitan & Schølberg, 2003).

Det är viktigt att sjuksköterskan förstår patientens syn på sin sexualitet och kroppsuppfattning, och hur sexualiteten eventuellt kan påverkas av sjukdomen och dess behandling. Sexualiteten är en viktig del i livet för de flesta människor och skall finnas med i samtalet med patienten om hon så önskar. Sjuksköterskor kan sannolikt erbjuda en bättre omvårdnad genom att inhämta ökad kunskap kring sexualitet och hur sexualiteten kan påverkas av hormonell behandling (Pelusi, 2006).

Livskvalitet

En livshotande sjukdom påverkar det psykiska välbefinnandet. Sjukdomen kan exempelvis leda till ekonomiska förluster på grund av sjukskrivning. Lever patienten i en parrelation kan förändring ske då aktiviteter i patientens vardag kan komma att begränsas, vilket dessutom kan påverka patientens partner. Dessa faktorer tillsammans kan göra att det psykiska välbefinnandet påverkas negativt (Thomé & Hellbom, 2011).

De flesta sjukhus i Sverige har en onkologisk avdelning där specialutbildade sjuksköterskor arbetar och vårdar patienter som genomgått kirurgisk behandling mot bröstcancer. Dessa sjuksköterskor kan informera, samordna, vägleda och svara på praktiska frågor. Genom samtal och stöd kan sjuksköterskan vara till stor hjälp vid den psykiska bearbetningen. Det upplevs av många kvinnor som en stor trygghet att veta att de kan få tala med en och samma person under de olika faser de går igenom under och efter behandlingen (Almås, 2006).

Det råder oenigheter om hur begreppet livskvalitet bör definieras. Att begreppet är subjektivt och flerdimensionellt är de flesta överens om samt att det inbegriper både sociala, psykiska och fysiska aspekter (Reitan & Schølberg, 2003). Livskvalitet är ett individuellt fenomen och

samma sjukdom, symtom samt behandling kan upplevas olika av olika individer (Carlsson, 2007). Två amerikanska sjuksköterskor har definierat livskvalitet som ”en individs känsla av tillfredsställelse eller otillfredsställelse med de områden i livet som han/hon upplever som viktiga” (Reitan & Schølberg, 2003, s. 38). Denna definition delas in i fyra områden, hälso- och fysiskt funktionsområde, psykologiskt område, familjeområde och socioekonomiskt område, där sexualitet ingår i det hälso- och fysiska funktionsområdet (Reitan & Schølberg, 2003). Majoriteten av kvinnor med bröstcancer upplever att de måste hantera fatigue och smärta, vilket leder till en försämrad livskvalitet (Aching, Padilla, Tejero & Kagawa-Singer, 2003). Livskvaliteten är viktigt att ha i åtanke för patienter med bröstcancersjukdom (Dizon, 2009). Patienterna mår bättre om det finns en person på sjukhuset som de kan kontakta angående status, behandling och uppföljning (Akechi et al., 2010). Det är viktigt att se patienten ur ett holistiskt perspektiv, och inte bara fokusera på den medicinska diagnosen. Livskvaliteten hos denna patientgrupp påverkas också av många andra faktorer, däribland sexualiteten (Dizon, 2009).

Problemformulering

Bröstcancer är den vanligaste cancersjukdomen bland kvinnor i Sverige idag. Omkring var tionde kvinna kommer någon gång att drabbas av sjukdomen (Svenska bröstcancergruppen, 2008). Sjukdomen och dess behandlingsmetoder kan påverka kvinnans sexualitet (Kornblith & Ligibel, 2003), exempelvis genom minskade östrogennivåer (Bergh et al., 2007) som kan bidra till torra slemhinnor i vagina (Theroux, 2009). Sexualitet är ett komplext begrepp som innefattar mycket mer än endast samlag (Rundgren & Dehlin, 2008).

En forskningsöversikt som rör hur den hormonella behandlingen påverkar en kvinnas sexualitet är av stort intresse då bröstcancer är en vanlig sjukdom i Sverige idag. I sjuksköterskans profession samt som privatperson är det vanligt att möta denna patientgrupp. För att kunna bemöta dessa kvinnor och ge god omvårdnad är det viktigt att sammanställa forskning för att öka kunskapsläget.

SYFTE

Syftet var att undersöka hur kvinnor som får hormonell behandling mot bröstcancer upplevde sin sexualitet.

Frågeställningar

Hur upplever kvinnor med bröstcancer att den sexuella livskvaliteten förändras vid hormonell behandling?

Hur ser omvårdnaden ut kring patientens sexualitet?

METOD

Val av metod

En forskningsöversikt har gjorts. Det anses som en bra metod för att få en överblick över vad som skrivits om ämnet (Backman, 2008; Cormack, 2000; Forsberg, 2008). Avsikten var att belysa det aktuella forskningsläget inom det valda området. Detta utfördes genom sökning i olika databaser efter relevanta vetenskapliga artiklar.

Datainsamling

Sökning skedde från tre olika databaser: PubMed, Cinahl samt PsycINFO. Vedertagna sökord användes. Vissa av sökningarna var så kallade ämnesordsökningar då utgångspunkten var databasernas egna ämnesordlistor. Ämnesordssökningar användes för att säkerställa relevanta sökord och undvika stavfel (Forsberg & Wengström, 2008). Då ämnesordsökning inte använts har författarna använt sig av fritextsökning med vedertagna sökord. Grunden till detta var att artiklar ville inkluderas som inte framkom av ämnesordsökningen. I enlighet med Forsberg & Wengström (2008) tog författarna hjälp av Sophiahemmet Högskolas bibliotekarier, då dessa är bekanta med de olika databasernas struktur och indexeringsätt.

Anledningen till att sökning skedde från olika databaser var att inriktningen skiljer sig åt. PubMed är en bred databas där artiklar inom medicin, omvårdnad och odontologi publiceras. Databasen Cinahl täcker bland annat omvårdnadsforskning och sjukgymnastik. PsycINFO har en psykologisk inriktning på medicin samt omvårdnad (Forsberg och Wengström, 2008).

Manuell sökning

Enligt Forsberg och Wengström (2008) kunde även en så kallad manuell sökning användas för att hitta relevanta artiklar. Då en vetenskaplig artikel som rörde problemområdet hittades kunde referenslistan till studien studeras för att då eventuellt finna ytterligare intressant forskning. Detta medförde att två artiklar inkluderades med hjälp av manuell sökning.

Urvalskriterier

Sökningen begränsades till artiklar skrivna på engelska och som var publicerade de senaste fem åren. Då studiens syfte var att undersöka hur kvinnor med bröstcancer som får hormonell behandling uppfattar sin sexualitet inkluderades endast studier som fokuserade på kvinnor. Tidsbegränsningen gjordes på grund av att sökningen annars gav för många träffar. I Cinahl och PsycINFO begränsades sökningen till endast artiklar som var "peer-reviewed". Då PubMed saknar denna begränsningsfunktion användes den inte då sökning utfördes i PubMed. Endast originalartiklar användes till studiens resultat. Ett inklusionskriterie var att artiklarna skulle vara granskade enligt Ulrich, som är en databas som publicerar alla slags tidskrifter (UlrichWeb, 2011). Andra forskningsöversikter uteslöts av författarna. I de fall en intressant review hittades sparades denna för att eventuellt i ett senare skede kunna användas för att finna primärartiklar. I studiens resultat redovisas två artiklar som är funna enligt denna metod. Både kvalitativa och kvantitativa vetenskapliga artiklar inkluderades i studien.

Söktabell

Valda artiklar som ingår i studiens resultat har kvalitetsgranskats samt redovisats i en tabell (se Tabell 1. Datainsamling). Även granskade abstracts kan utläsas i tabellen. I samtliga databaser har följande limits använts: "published in the last 5 years", "english" samt "female". De sökningar som inte gav några träffar redovisas inte i tabellen. I denna tabell kan även de funna artiklarna via manuell sökning utläsas.

Tabell 1. Datainsamling.

Datum för sökning: 2012-02-03-2012-02-13	Databaser	Antalet träffar	Granskade abstract	Artiklar som granskats
Breast neoplasms AND sexuality	PubMed	126	19	6
	Cinahl	57	9	2
	PsycINFO	18	7	1
Breast neoplasms AND endocrine therapy	PubMed	1313	72	1
	Cinahl	147	13	0
	PsycINFO	6	3	0
Breast neoplasms AND endocrine therapy AND sexuality	PubMed	6	2	1
	Cinahl	0	0	0
	PsycINFO	0	0	0
Sexuality AND nurses	PubMed	215	29	1
	Cinahl	121	10	0
	PsycINFO	19	4	0
Manuell sökning		2		2
		Totalt	168	14

Bearbetning av data

Efter genomförd databassökning granskades artiklarnas titel. Om titeln på den vetenskapliga artikeln föreföll intressant lästes artikelns abstract för att se om artikeln svarade mot studiens syfte. Totalt hittades 14 artiklar som sedan granskades (se Tabell 1. Datainsamling). De artiklar som valdes ut lästes in i sin helhet. Till föreliggande studie analyserades de valda artiklarna av författarna först var och en för sig för att sedan diskutera innehållet sinsemellan och säkerställa att samma slutsatser dragits. Vidare identifierades olika huvudområden, också detta gjordes först var för sig. De huvudområden som identifierats jämfördes och diskuterades för att i slutändan utgöra studiens resultat. Dessa formulerades utifrån de områden som var återkommande i de valda artiklarna enligt Forsberg och Wengström (2008).

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

Etiska överväganden bör göras beträffande urval och presentation av resultat i forskningsöversikter. Det innebar att alla granskade artiklar redovisades oavsett vad resultatet visade (Forsberg & Wengström, 2008; Helgesson, 2006). Detta gjordes i en matris.

Enligt Helgesson (2008) är validitet samt reliabilitet allmänna krav på god vetenskaplig forskning. Begreppet validitet syftar exempelvis på noggrannhet och kvalitet på frågeställningarna samt insamlad data. Resultaten måste bygga på verkligheten och det som är relevant för studiens syfte, och inte bestå av felaktiga tolkningar. Validitet innebär också att endast undersöka och analysera information inom det område som är studiens syfte. Reliabilitet innebär exempelvis att resultatet skall vara tillförlitligt och att andra forskare ska kunna komma fram till samma resultat. Resultatet får således inte enbart bygga på en tillfällighet som beror på en slumpartad händelse eller på den enskilde forskaren. Författarna hade för avsikt att tillämpa dessa begrepp på ett forskningsetiskt vis.

Förfalskning samt plagiat är exempel på överträdelse inom forskningsetiken. Begreppet förfalskning innebär att information ändras, ofta till forskarnas fördel. Plagiering innebär att man kopierar annan forskning som egentligen tillhör någon annan individ och använder forskningen i sitt eget namn (Forsberg & Wengström, 2008). Författarna till föreliggande studie har inte haft för avsikt att använda sig av oetisk forskning.

RESULTAT

Studiens resultat presenteras utifrån huvudområden som identifierats i de granskade artiklarna. Återkommande områden är ”bröstcancer och sexualitet”, ”den hormonella behandlingens påverkan på kvinnans sexualitet”, ”Sjuksköterskans omvårdnadsfunktion – i samtal med patienter angående deras sexualitet”, ”patientens syn på i vilken omfattning ämnet sexualitet diskuteras i vården” samt ”livskvalitet hos patienter med bröstcancersjukdom”. Dessa områden utgör rubrikerna i studiens resultat. Artiklarnas referenser som använts i resultatet presenteras i matrisen, se Bilaga 1. I studiens resultat benämns första författaren till studien, de övriga författarna kan åter ses i studiens matris eller i studiens referenslista.

Bröstcancer och sexualitet

Studier visar att kvinnor varit nöjda med sitt sexualliv innan de diagnostiserats med bröstcancer (Abasher, 2009; Panjari et al., 2010; Karaöz et al, 2010). De kände mer sexuell lust och hade lättare för att bli sexuellt upphetsade (Karaöz et al, 2010; Ochayon et al., 2010). Efter att ha insjuknat i bröstcancer uppgav majoriteten av de tillfrågade kvinnorna att de hade sexuella problem (Panjari et al., 2010; Karaöz et al, 2010; Ochayon et al., 2010; Brédart et al., 2011). Detta innefattade bland annat minskad frekvens av samlag, minskat intresse för sex samt oförmåga att få orgasm (Brédart et al., 2011). I en studie beskrev en kvinna att hon efter att ha diagnostiserats med sjukdomen och genomgått behandling kände sig likgiltig i sin sexualitet (Karaöz et al., 2010).

En kvinna berättade att hon innan bröstcancersjukdomen hade samlag med sin partner flera gånger i veckan (Karaöz et al., 2010). Efter att ha genomgått exempelvis kirurgisk behandling uppgav majoriteten av kvinnorna att de inte hade samlag med sin partner längre eller att de hade samlag med sin partner mer sällan (Karaöz et al., 2010; Abasher, 2009). Vissa uppgav att detta berodde på att de hade viktigare saker att göra (Abasher, 2009) medan andra uttryckte att det kändes som att deras partner inte längre fann dem attraktiva (Abasher, 2009; Panjari et al., 2010). Vissa kvinnor uppgav att det kändes som att partnern var rädd för att röra vid dem eller för att ha samlag (Karaöz et al., 2010; Brédart et al., 2011). Ytterligare anledningar till den minskade sexuella aktiviteten kunde vara att kvinnorna var äldre (över 55

år gamla) eller att de inte levde i ett stadigt förhållande. Vissa kvinnor uppgav att den negativa kroppsuppfattningen bidrog till att det sexuella intresset minskade (Brédart et al., 2011). En annan anledning till minskad sexuell aktivitet berodde på att kvinnorna upplevde en försämrad livskvalitet (Brédart et al., 2011; Panjari et al., 2010). Kvinnor som uppgav att de led av vasomotoriska biverkningar hade dessutom ofta sexuella problem (Panjari et al., 2010).

I en studie gjord i Sudan framkom att ju högre utbildning kvinnorna som drabbades av bröstcancer hade, desto mer tillfreds var kvinnorna med sitt sexualliv. De kvinnor som nyligen gift sig med sin partner rapporterade färre sexuella problem än de kvinnor som hade varit i ett äktenskap under en längre period (Abasher, 2009).

Sjuksköterskans omvårdnadsfunktion – i samtal med patienter angående deras sexualitet

Sjuksköterskors syn på patienters sexuella hälsa har studerats i ett flertal studier. Majoriteten av sjuksköterskorna såg diskussionen om sexualitet som en del av sjuksköterskans profession. Trots detta tog sjuksköterskorna sällan upp ämnet i samtal med patienten (Olsson et al., 2011; Saunamäki et al., 2009). En del sjuksköterskor ansåg att detta berodde på tidsbrist (Saunamäki et al., 2009) medan andra sjuksköterskor uppgav att anledningen var att de inte hade tillräcklig kunskap inom området (Olsson et al., 2011).

Sexualitet och en cancersjukdom sågs av sjuksköterskorna som tabubelagda ämnen och känsliga att diskutera (Olsson et al., 2011; Saunamäki, 2009). Sjuksköterskorna i studien beskrev att de var rädda för att förolämpa eller generera patienten om de tog upp frågor angående sexualitet. Av intervjuer framkom att sjuksköterskorna ansåg att ämnet sexualitet borde diskuteras mer med patienterna. Trots detta rådde osäkerhet angående när ämnet skulle diskuteras och av vem. Vissa sjuksköterskor uttryckte att de skulle kunna diskutera ämnet om patienten själv tog initiativet, vilket sällan skedde. I vissa fall ignorerade sjuksköterskorna patientens önskan om att tala om ämnet. Enligt de tillfrågade sjuksköterskorna ansågs att patienter som levde i en relation ofta löste sina sexuella problem på egen hand och därför inte behövde någon hjälp från vårdgivarna (Olsson et al., 2011).

De få sjuksköterskor som tog upp ämnet sexualitet med patienterna uppgav att det var viktigt att känna sig tillräckligt mogna för att ta upp ämnet samt att sjuksköterskan i fråga kände sig säker på sin egen sexualitet (Olsson et al., 2011). Äldre sjuksköterskor kände större självförtroende i denna fråga och diskuterade sexualitet i större omfattning med patienterna, jämfört med sina yngre kollegor. Sjuksköterskor med längre erfarenhet hade lättare att ta upp ämnet sexualitet med patienterna än sjuksköterskor med mindre erfarenhet. De sjuksköterskor som hade en vidareutbildning inom exempelvis onkologi diskuterade ämnet sexualitet oftare än de utan en förlängd utbildningsperiod (Saunamäki et al., 2009). En annan viktig aspekt enligt sjuksköterskorna var att det krävdes en etablerad kontakt, gärna upprepade möten, med patienten innan intima frågor kunde diskuteras. De uppgav också att miljön för att hålla dessa samtal var viktig (Olsson et al., 2011).

De sjuksköterskor som ansåg att diskussionen angående patientens sexuella hälsa var viktig hade en ökad förståelse för hur sjukdomen och behandlingen kunde påverka patientens sexualitet. Dessa sjuksköterskor tog sig mer tid att diskutera ämnet i samtalet med patienten (Saunamäki et al., 2009).

Patientens syn på i vilken omfattning ämnet sexualitet diskuteras i vården

I en intervjustudie gjord i Turkiet intervjuades 20 kvinnor som blivit diagnostiserade med

bröstcancer. Ingen av dessa kvinnor fick sexuell rådgivning av vårdpersonal. Kvinnorna uppgav att vårdgivarna inte tog upp frågor angående sexualitet. En del av kvinnorna berättade att de inte ville ta upp vårdpersonalens tid med dessa frågor, medan andra ansåg att då sexualitet är ett privat ämne ville de inte ta upp dessa frågor med sjuksköterskor (Karaöz et al., 2010).

I en annan studie framkom att nästan hälften av kvinnorna var mycket intresserade av att erhålla omvårdnad som fokuserade på sexuella problem. Trots detta hade endast sju procent av deltagarna faktiskt sökt hjälp från vårdpersonal. Knappt 40 procent av kvinnorna uppgav att de var intresserade av att träffa en vårdgivare relaterat till området. I samma studie visades att yngre kvinnor var mer intresserade att få sexuell rådgivning än äldre kvinnor (över 65 år) (Hill et al., 2011).

Den hormonella behandlingens påverkan på kvinnans sexualitet

Ett flertal studier visar att den hormonella behandlingen har betydelse för kvinnans sexuella funktion (Abasher, 2009). Många kvinnor fick under behandlingsperioden nedsatt sexuell lust, torra slemhinnor i underlivet samt kände smärta vid samlag (Ochayon et al., 2010; Mourits et al., 2002). Drygt hälften av kvinnorna i en studie påverkades negativt av biverkningarna av hormonpreparaten, varav drygt 95 procent av de tillfrågade kvinnorna inte erhöll någon form av läkemedel för att minska dessa besvär (Ochayon et al., 2010). De fick inte heller någon information av vårdpersonal angående biverkningarna (Abasher, 2009). I en studie jämfördes de kvinnor som hade fått hormonell behandling mot en kontrollgrupp som bestod av friska kvinnor. Resultatet visade att de kvinnorna som erhöll hormonpreparat för bröstcancer hade en sämre sexuell hälsa än kontrollgruppen (Abasher, 2009). Torra slemhinnor och nedsatt sexuell lust var biverkningar som var förknippade med den hormonella behandlingen. En nedsatt sexuell lust hos kvinnorna grundade sig i att dessa kvinnor hade torra slemhinnor i underlivet samt dysparenu. Några kvinnor i en studie var helt oförmögna till sexuella aktiviteter på grund av dysparenu och total avsaknad av sexuell upphetsning (Mourits et al., 2002).

Vissa kvinnor upplevde att de menopausala symtomen blev värre efter en cytostatikabehandling, men ökade betydligt mer då endokrin behandling inleddes. En tydlig ökning av dessa biverkningar syntes hos kvinnorna efter ett år. Omkring 85 procent av kvinnorna i en studie erhöll hormonell behandling (Tamoxifen) efter avslutad cytostatikabehandling. Drygt två tredjedelar av dessa kvinnor hamnade i menopausen. Den sexuella hälsan hos dessa kvinnor försämrades efter ett år med hormonbehandling (Biglia et al., 2011).

Många kvinnor som uppgav att de hade sexuella problem var postmenopausala och hade behandlats med aromatashämmare (Panjari et al., 2010). Vasomotoriska symtom, såsom vallningar och nattliga svettningar, ökade under den hormonella behandlingen (Biglia et al., 2011). Behandlades kvinnan med aromatashämmare och hade vasomotoriska symtom var risken drygt tre gånger så stor att hon dessutom hade sexuella problem. Om kvinnan behandlades med Tamoxifen och led av vallningar och svettningar, var risken två gånger så stor att kvinnan också upplevde sig ha besvär med den sexuella hälsan (Panjari et al., 2010).

I en randomiserad studie gjord i Korea analyserades funktionen av ett sexuellt främjande program för kvinnor med bröstcancer. Syftet med studien var att, efter sex veckor, undersöka programmets effekt och om sexuallivet hade förbättrats. De flesta kvinnor som deltog i studien behandlades med Tamoxifen. Två tredjedelar av kvinnorna uppgav sig ha sexuella

problem, såsom exempelvis smärta vid samlag, innan programmet påbörjades. Resultatet visade att de kvinnor som deltog i det sex veckor långa programmet hade förbättrat sin sexuella funktion samt sin förmåga till sexuell njutning. Kontrollgruppen, de som inte hade deltagit i programmet, visade en försämrad sexuell aktivitet (Jun et al., 2011). I en annan studie uppgav 35 procent av kvinnorna att de skulle vilja bli kontaktade om ett specifikt program fanns utformat för att förbättra kvinnans sexualitet (Hill et al., 2011).

I en studie framkom orsaker till varför kvinnor erhöll hormonell behandling som komplement framför andra behandlingsmetoder för bröstcancer. I en del fall hade den behandlande läkaren rekommenderat behandlingen. I andra fall hade kvinnorna genomgått smärtsamma biopsier under diagnostiken och ville inte utsätta sig för ytterligare operation. Dessutom ansåg de att det kunde vara värt ett försök att prova hormonell behandling och om behandlingen inte hjälpte fanns kirurgisk behandling (mastektomi) kvar som alternativ (Husain et al., 2007).

I en studie undersöktes kvinnors följsamhet på hormonbehandlingen mot bröstcancer och om faktorer såsom exempelvis socioekonomi eller demografi hade en inverkan på kvinnornas följsamhet. Resultatet visade att följsamheten var högre hos yngre kvinnor i åldrarna 40-49 år jämfört med äldre kvinnor. Kvinnor som var ogifta tenderade att ha en lägre följsamhet än de kvinnor som levde i ett äktenskap. De kvinnor som bytte hormonpreparat under behandlingsperioden hade en lägre följsamhet jämfört med de kvinnor som enbart behandlats med Tamoxifen. Studien visade på en lägre följsamhet hos kvinnor som var födda utanför ett nordiskt land (Wigertz et al., 2012).

Sexuell livskvalitet hos kvinnor med bröstcancer

Livskvaliteten hos kvinnor med en bröstcancersjukdom var förknippad med hur många biverkningar som kvinnan led av. Desto fler biverkningar som behandlingen gav desto sämre livskvalitet rapporterades hos kvinnorna med bröstcancersjukdom. Kvinnor som fick diagnosen bröstcancer och som var postmenopausala vid diagnostillfället upplevde färre symtom än de kvinnor som var premenopausala vid diagnostillfället. En försämrad livskvalitet hos kvinnorna var starkt förknippad med irritabilitet och humörsvängningar, vilket var biverkningar som många av kvinnorna upplevde sig ha. En utebliven sexuell lust tydde också på en försämrad livskvalitet (Ochayon et al., 2010). Ett samband kunde ses mellan de psykiska bieffekterna av hormonbehandlingen och påverkan på livskvaliteten (Ochayon et al., 2010).

I en enkätstudie uppgav de deltagande kvinnorna att smärta i leder och brist på energi var de mest psykiskt påfrestande biverkningarna och påverkade kvinnornas livskvalitet negativt (Ochayon et al., 2010). Vallningar och nattliga svettningar, oavsett hur ofta de kom och hur intensiva de var, hade inget samband med den försämrade livskvaliteten. Studiens resultat visade ingen skillnad på livskvaliteten hos kvinnor som erhöll behandling med Tamoxifen jämfört med om dessa kvinnor behandlades med aromatashämmare (Ochayon et al., 2010).

Kroppsförändringarna som uppkom i samband med behandling mot bröstcancer hade en stor inverkan på kvinnornas kroppsuppfattning. Kvinnorna upplevde att kroppen hade svikit dem, och att de var oförmögna till att fortsätta med sitt dagliga liv. Den okända kroppen med exempelvis ärr efter bröstborttagning försvårade det dagliga livet för kvinnorna. Att försöka dölja förändringarna i kroppen för att uppträda friskt och normalt upplevdes som uttröttande. Dessutom upplevde många behandlingsrelaterad fatigue. Dessa faktorer påverkade också kvinnans livskvalitet negativt (Klaeson et al., 2011).

Äldre kvinnor som hade levt med bröstcancersjukdom under en längre period hade överlag lättare att acceptera kroppsförändringarna. Detta berodde enligt kvinnorna på att väninnor i umgängeskretsen också hade kommit in i övergångsåldern och uppgav samma symtom. De kände sig inte ensamma i sin situation trots att de var den enda i umgängeskretsen med bröstcancersjukdom (Klaeson et al., 2011).

Yngre kvinnor kände sig mer påverkade på grund av att kroppen ändrades snabbt och uppgav att de inte visste vilken feminin grupp de tillhörde – om de tillhörde de äldre kvinnorna med samma menopausala symtom, eller med den yngre populationen i samma ålder men utan dessa symtom. De yngre kvinnorna kände sig åsidosatta och upplevde att de inte passade in någonstans. Kvinnorna upplevde sig inte lika kvinnliga som innan diagnosen och de trodde inte att orsaken var att de genomgått kirurgisk behandling. Orsaken, enligt kvinnorna, låg istället i att kroppsuppfattningen förändrades och kroppen signalerade åldrande och sjukdom. Biverkningarna av behandling samt menopaus, såsom exempelvis vallningar, bidrog också till att kvinnorna kände att den feminina identiteten i viss mån hade gått förlorad (Klaeson et al, 2011).

Majoriteten av kvinnorna i en studie beskrev att de var oroliga inför framtiden, att bröstcancersjukdomen skulle bli värre (Ochayon et al., 2010; Karaöz et al., 2010). Många kvinnor kände sig dock fortfarande hoppfulla och tyckte att de hanterade sin sjukdom på ett, för dem, tillfredställande sätt (Ochayon et al., 2010).

Många kvinnor fick socialt stöd från familj och partner, och också från vänner (Ochayon et al., 2010). Känslan att ha en nära relation med sina barn, vänner, partner, samt andra kvinnor i samma situation innebar en bättre livskvalitet (Klaeson et al, 2011). Vissa kvinnor i studien gav intrycket av att vara osäkra på att uppfylla deras äktenskapliga ”plikter” i sin relation. De var rädda för att bli ensamma, men vågade inte bryta sin relation på grund av att de inte längre kände sig attraktiva. Vissa kvinnor skyllde på cancersjukdomen, att sjukdomen var orsaken till att deras äktenskap försämrats (Klaeson et al, 2011).

Efter diagnostiserad bröstcancersjukdom och påbörjad behandling kunde känslan av sexuell upphetsning fortfarande uppbibras men krävde mental förberedelse och tid. I vissa fall uteblev upphetsningen ändå (Klaeson et al, 2011).

Att bli bekräftad som kvinna var viktigt för kvinnornas livskvalitet (Klaeson et al, 2011). Kvinnorna uppgav att känslorna gällande sexuell attraktion inte var som innan diagnosen, vilket påverkade den feminina identiteten. Då de skulle interagera med andra män än sina partners, till exempel kollegor, kände de att dynamiken med det motsatta könet inte längre existerade. Detta var något de saknade i sitt liv. Under samlag med sin partner kände sig kvinnan inte avslappnad, de kunde inte ge sig hän till den sexuella aktiviteten som de kunde göra tidigare. Deltagarna uppgav att saknaden av den sexuella lusten var mycket stor och de längtade efter att få återgå till att vara den kvinna som de var innan bröstcancersjukdomen (Klaeson et al, 2011).

Många av kvinnorna levde i harmoniska relationer tillsammans med sin partner och uttryckte att de kände sig älskade och uppskattade. Istället för att ha samlag, kunde de ligga nära sin partner för att öka känslan av intimitet som gav något förbättrad balans i sitt kärleksliv. Detta gjorde att de kände sig mer säkra på sig själva. Dessa känslor uppgav kvinnorna var viktiga för kvaliteten på sin kärleksrelation tillsammans med sin partner (Klaeson et al, 2011).

DISKUSSION

Metoddiskussion

En litteraturoversikt har gjorts i enlighet med Forsberg och Wengström (2008). Denna metod valdes eftersom den ansågs som den mest lämpliga för att kunna besvara studiens syfte.

Genom att styrka de fynd som identifierats med andra vetenskapliga artiklar ökade resultatets trovärdighet (Forsberg & Wengström, 2008). För studien valdes att inkludera 14 artiklar till studiens resultat, vilket ansågs ge tillräcklig information för att besvara studiens syfte i relation till studiens omfattning och den tidsram som gällde.

Till studiens resultat inkluderades främst kvalitativa artiklar, då dessa beskrev kvinnornas upplevelse och uppfattning på ett innehållsrikt sätt. Denna metod anses enligt Forsberg och Wengström (2008) som mest lämplig för omvårdnadsforskning då läsaren kan få en insikt och förståelse för vad som ligger till grund för individens beteenden. De artiklar som inte var av kvalitativ design och som ändå inkluderades i studiens resultat, ansågs som vedertagna och innehöll värdefull information för studiens syfte. Artiklar som var relevanta för studiens syfte kan ha missats i och med den tidsbegränsning som gjordes vid databassökningen. Om tidsramen hade varit större för denna studie hade författarna kunnat analysera samtliga artiklar som återfanns i sökningarna. Detta kan ha bidragit till att studiens trovärdighet har påverkats.

Studien begränsades inte till något specifikt land eller område i världen. En geografisk begränsning användes inte då författarna ville inkludera kvinnors uppfattning och upplevelser oavsett etnisk tillhörighet. Däremot exkluderades artiklar som enbart koncentrerade sig på homosexuella kvinnors upplevelser angående sexualiteten, då detta inte var generaliserbart på hela den kvinnliga befolkningen samt att biverkningar hos kvinnorna fortfarande är desamma oavsett sexuell läggning.

Det eftersträvades att enbart använda sig av primärkällor i föreliggande studie. Detta var stundtals svårt att uppfylla. Litteratur såsom exempelvis Bergh, et al., (2007) innehöll ingen referenslista. Författarna försökte att ta kontakt med den ansvariga författaren via e-post men detta gav inget resultat. Den ovan nämnda litteraturen inkluderades dock ändå då den ansågs innehålla värdefull information för studien. För att undvika feltolkning har lexikon använts samt att innebörden av de engelska orden diskuterats. Trots detta reserverar sig författarna för eventuella feltolkningar som kan ha uppstått vid översättning. Det kan även uppstå tolkningsfel då texterna tolkas och översätts av information som redan har analyserats och tolkas av annan läsare. När arbetet med studien påbörjades diskuterades hur en originalartikel såg ut samt hur de artiklar som inte uppfyllde dessa kriterier kunde exkluderas. På Karolinska Institutet (2010) beskrevs att en artikel ofta följer mönstret IMRaD, vilket står för introduktion, metod, resultat och diskussion. Denna modell användes i studien för att inkludera artiklar som var vedertagna.

I en studie gjord av Wigertz, Ahlgren, Holmqvist, Fornander, Adolfsson, Lindman, Bergkvist och Lambe (2012) som undersökte följsamheten hos kvinnor som erhöll hormonell behandling mot bröstcancer var bortfallet relativt högt vilket enligt Forsberg och Wengström (2008) kan sänka trovärdigheten i studiens resultat. Artikeln ansågs relevant för studien, trots bortfallet, då det till stor del var forskarna till studien som uteslöt kvinnor som exempelvis inte fick hormonell behandling och som således inte svarade på studiens syfte. Denna artikel var inte publicerad i PubMed då den publicerats nyligen i en tidskrift. Författarna hörde talas om den ovan nämnda artikel genom media och var således tvungna att ta kontakt med den ansvariga journalisten för att få tillgång till originalartikeln.

En artikel publicerad i The Oncologist som författarna fann i PubMed kunde inte öppnas i sin helhet, utan att ha speciell tillgång till tidskriften. Denna artikel verkade utifrån abstractet vara relevant utifrån det aktuella syftet, men var på grund av detta tvungen att exkluderas (Kate, Mok, Bennetta, Lloyd, Friedlander, Juraskova, Goldstein, 2011). Detta kan också ha påverkat studiens trovärdighet.

Resultatdiskussion

I studiens resultatdiskussion analyseras varje stycke i resultatet. Samma huvudrubriker används.

Bröstcancer och sexualitet

Att bröstcancerbehandlingen påverkade sexualiteten har påvisats i ett flertal studier (Abasher, 2009; Panjari et al., 2010; Karaöz et al., 2010; Ochayon et al., 2010; Brédart et al., 2011). Kvinnor beskrev att de inte hade samlag med sin partner efter exempelvis kirurgisk behandling av olika anledningar (Karaöz et al., 2010). Detta skulle eventuellt kunna förhindras med tidig information om biverkningar och hjälpmedel. Dessutom skulle kvinnor som har sexuella problem eventuellt uppskatta att få träffa andra kvinnor i samma situation. Om kvinnan har biverkningar i form av torra slemhinnor i underlivet (Svenska Bröstcancergruppen, 2008; NCCN, 2010: Kornblith & Ligibel, 2003) kan detta leda till smärta vid samlag. Detta kan i sin tur leda till en minskad sexuell lust (Mourits et al., 2002). Om kvinnorna får lubrikationsökande medel, kanske detta kan bidra till att kvinnan inte får ett försämrat sexualliv. De kvinnor som uppgav att de hade viktigare saker att göra än att ha samlag med sin partner (Abasher, 2009) kan ha haft en restriktiv inställning till sexuallivet innan diagnosen. Det kan också bero på att de under intervjun inte ville uppges att de var påverkade av den minskade sexuella aktiviteten. Detta problem kanske ansågs som en bagatell i relation till den livshotande sjukdomen. I de fall där kvinnorna ansåg att anledningen till den minskade sexuella aktiviteten låg hos partnern, borde kanske båda parter inkluderas i behandling och vård i större utsträckning. Detta skulle eventuellt kunna öka partnernes förståelse för sjukdomsförloppet och vilka biverkningar som kvinnan kan komma att drabbas av.

Med ökad utbildning var kvinnorna mer tillfreds med sin sexuella hälsa (Abasher, 2009). För studien tycktes det intressant att detta kunde urskiljas i studiens resultat. Det är sedan tidigare känt att människor med högre utbildning exempelvis motionerar mer än andra, vilket ökar det fysiska och psykiska välbefinnandet. Eventuellt har den fysiska aktiviteten en betydelse för den sexuella hälsan. Kanske är kvinnor med högre utbildning mer insatta i den sexuella hälsan och hur sexualiteten kan påverkas av en livshotande sjukdom. Dessa kvinnor är eventuellt mer angelägna om att fördjupa sig i sin sjukdom, dess behandling, och vilka effekter en behandling kan föra med sig.

Sjuksköterskans omvårdnadsfunktion – i samtal med patienter angående deras sexualitet

Anledningen till att sjuksköterskor inte tog upp frågor angående sexualitet kan ha flera orsaker - okunskap, tidsbrist och osäkerhet (Olsson et al., 2011; Saunamäki et al., 2009). Det är viktigt att sjuksköterskor har kunskap om sexualitetens betydelse för hälsan för att dessa frågor ska diskuteras (Thomé & Hellbom, 2011; Pelusi, 2006). I detta sammanhang kan det vara viktigt att fokusera på utbildning och vikten av att ämnet diskuteras i större omfattning. På avdelningar där majoriteten av patienterna lider av dessa problem borde tydliga riktlinjer utarbetas för hur sjuksköterskorna kan få hjälp med hur dessa frågor ska belysas.

Sjuksköterskor skulle med fördel kunna använda sig av kommunikationsmodellen PLISSIT vars syfte är att ge patienten verktyg för att hantera situationer som rör den sexuella hälsan (Reitan & Schølberg, 2003). Denna modell skulle eventuellt underlätta kommunikationen för de sjuksköterskor som känner osäkerhet angående att ta upp ämnet sexualitet i samtalet med patienten. De sjuksköterskor som tar upp frågor angående sexualitet önskar upprepade möten med patienten för att underlätta diskussionen kring sexuella problem (Olsson et al., 2011). Det kan underlätta för både sjuksköterskor och patienter om de etablerat en kontakt innan sexualitet diskuteras. I de fall där sjuksköterskan är rädd för att förolämpa eller generera patienten då ämnet tas upp är det viktigt att sjuksköterskan håller sig uppdaterad inom ny vetenskaplig forskning. Patienter önskar enligt senare rön att denna typ av samtal ingår i behandlingen (Reitan & Schølberg, 2003; Hill et al., 2011).

Att vissa sjuksköterskor valde att ignorera patientens önskan om att tala om sexualitet (Olsson et al., 2011) kan eventuellt bero okunskap och osäkerhet. Osäkerheten skulle kunna grunda sig i sjuksköterskans ålder, att en yngre sjuksköterska kan uppleva åldern som ett hinder för att uppbära denna typ av samtal. En ytterligare anledning kan vara att sjuksköterskor inte reflekterat över sexualitetens betydelse för hälsan, utan mer fokuserat på det patologiska perspektivet. Vissa sjuksköterskor utgår från att de patienter som lever i en relation löser sina sexuella problem på egen hand (Olsson et al., 2011). Dock anses detta inte är något som vårdgivare kan utgå ifrån, då det i alla relationer inte är självklart att sexuella problem diskuteras.

Patientens syn på i vilken omfattning ämnet sexualitet diskuteras i vården

I den studie som utfördes i Turkiet visades att ingen kvinna fick sexuell rådgivning (Karaöz et al., 2010). Detta kan, förutom de anledningar som diskuterats i föregående stycke, bero på kulturella skillnader. I länder utanför Västeuropa finns ett annat förhållningssätt angående sexuella aspekter, vilket också kan ha påverkat resultatet i studien. Eventuellt vill patienter inte ta upp vårdpersonalens tid med frågor som vårdpersonalen inte tar initiativ till. Då vårdpersonalen inte tar initiativ till diskussion kring sexuella problem upplever kanske patienterna det som att sjukvårdspersonalen inte anser att sexualitet är ett viktigt ämne.

Den hormonella behandlingens påverkan på kvinnans sexualitet

De biverkningar relaterade till den hormonella behandlingen som finns beskrivna i studiens bakgrund bekräftas ha ett samband med sexualiteten i studiens resultat. Tamoxifen är ett hormonpreparat som används på premenopausal kvinnor, och användandet av preparatet ger bäst effekt om det används under en längre period. Aromatshämmare används till kvinnor som är postmenopausal (Marín et al., 2011). Därmed inleds ofta den hormonella behandlingen mot bröstcancer med Tamoxifen, då kvinnan fortfarande är premenopausal, och avslutas med aromatshämmare (NCCN, 2010). Följsamheten har dock visat sig vara försämrad hos de kvinnor som byter preparat under behandlingsperioden (Wigertz et al., 2012). Detta kan bero på brist på information och ökade besvär med biverkningar. Då aromatshämmare ger andra typer av biverkningar än Tamoxifen, såsom exempelvis smärta i leder och muskler (NCCN, 2010; Bergh et al., 2007) kanske kvinnorna inte vill fortsätta med behandlingen. Vårdpersonal kanske inte ger information om hur viktigt det är att fortsätta med den hormonella behandlingen, då byte av preparat sker. Yngre kvinnor har visat sig ha en högre följsamhet än äldre kvinnor (Wigertz et al., 2012). Detta skulle möjligtvis kunna bero på att yngre kvinnor är mitt i livet, har yngre barn och vill göra karriär. Detta resonemang motsägs dock av att äldre kvinnor ofta upplever färre biverkningar av hormonbehandlingen än yngre kvinnor, då dessa redan är postmenopausal då behandling inleds (Ochayon et al.,

2010). Därmed kan anledningen inte vara att följsamheten enbart är beroende på intensiteten och frekvensen av biverkningarna. Gifta kvinnor hade högre följsamhet än ogifta kvinnor (Wigertz et al., 2012). Detta kan bero på det sociala stödet som många kvinnor i ett äktenskap upplever.

Många kvinnor erhåller inte någon form av läkemedelsbehandling för att minska besvär som är relaterade till den hormonella behandlingen (Ochayon et al., 2010). Om kvinnorna skulle få behandling för biverkningarna skulle detta möjligtvis kunna öka följsamheten samt bidra till att kvinnorna får en ökad sexuell hälsa. Torra slemhinnor och nedsatt sexuell lust är biverkningar av den hormonella behandlingen som leder till en nedsatt sexualitet. Om kvinnorna behandlades med hormonpreparat och besvärades av symtom såsom vallningar och svettningar var risken större att kvinnorna dessutom hade sexuella problem (Panjari et al., 2010). Vallningar och svettningar kan leda till att kvinnan inte längre känner sig attraktiv och får en försämrad kroppsuppfattning. Detta kan påverka kvinnans vardagliga liv i interaktion med andra människor.

Friska kvinnor kan behandlas med Tamoxifen i profylaktiskt syfte (Bergh et al., 2007). Enligt författarna till föreliggande studie kan detta ha både för- och nackdelar. Nackdelarna kan vara att kvinnan hamnar i förtidig menopaus och då drabbas av de biverkningar som uppkommer vid hormonell behandling och menopausen utan att vara diagnostiserade med bröstcancer. Fördelen kan vara att dessa kvinnor känner sig tryggare för att risken att drabbas av bröstcancer minskar i och med denna behandlingsform.

I den koreanska studien (Jun et al., 2011) analyserades ett program som skulle främja den sexuella hälsan. Om programmet hade pågått längre än sex veckor skulle möjligtvis ett tydligare resultat ha uppnåtts beträffande kvinnornas kroppsuppfattning och kvinnornas äktenskapliga samliv. Programmet består av många andliga frågor och aspekter baserat på den koreanska kulturen, vilket kanske skulle behöva anpassas till det västerländska samhället för att ge liknande resultat i Sverige. Många kvinnor skulle vilja delta i ett sådant program om det fanns ett utformat (Hill et al., 2011). Detta belyser vikten, enligt författarna, till att det finns utbildning och program utformade vars mål är att främja dessa kvinnors sexuella hälsa.

Livskvaliteten hos patienter med bröstcancersjukdom

Kvinnor som fick diagnosen bröstcancer och var postmenopausala upplevde färre symtom än premenopausala kvinnor (Ochayon et al., 2010). Detta kan bero på att kvinnorna redan upplevt de typiska menopausala symtomen innan hormonbehandlingen inleddes och därmed inte påverkades av biverkningarna i lika stor utsträckning som de yngre kvinnorna. De äldre kvinnorna kunde även identifiera sig i sin omgivning, då exempelvis väninnor upplevde samma menopausala symtom (Klaeson et al., 2011). Detta kan också bidra till att äldre kvinnor inte upplever biverkningar som ett lika stort problem jämfört med yngre kvinnor. Då livskvaliteten är ett individuellt fenomen och biverkningar av samma behandling kan upplevas olika av olika individer (Carlsson, 2007) är det svårt att sammanställa vetenskaplig evidens för att bevisligen kunna uttrycka att en speciell biverkning leder till en försämrad livskvalitet för samtliga kvinnor med bröstcancer. Hur kvinnan påverkas är beroende på kvinnans individuella syn på livskvalitet. Det har dock kunnat påvisas att biverkningarna av behandlingen mot bröstcancer påverkar kvinnans livskvalitet negativt, men detta kan delvis vara beroende av hur många biverkningar som kvinnan lider av (Ochayon et al., 2010).

Vallningar och svettningar ansågs av kvinnor i en studie inte ha en påverkan på dess livskvalitet (Ochayon et al., 2010). Detta kan vara ett resultat som framgick i just den studien,

och behöver inte vara ett generaliserbart resultat då vissa kvinnor möjligtvis upplever vallningarna som ett stort problem. Dessutom kan vallningarna leda till exempelvis ett försämrat socialt liv samt fritid (Andersson et al., 2001) vilket i sin tur kan leda till att livskvaliteten blir försämrad. Det har påvisats att vallningar och svettningar leder till en försämrad sexuell hälsa (Panjari et al., 2010) samt att femininiteten gått förlorad (Klaeson et al., 2011). I andra studier visas att sexuella problem kan leda till att kvinnan får en sämre livskvalitet (Ochayon et al., 2010). Därmed kanske de vasomotoriska symtomen i sig inte innebär en försämrad livskvalitet men konsekvenserna av symtomen kan leda till att kvinnans livskvalitet påverkas negativt.

Behandlingsrelaterad fatigue ansågs ha en negativ effekt på kvinnornas livskvalitet (Klaeson et al., 2011; NCCN, 2010; Kornblith & Ligibel, 2007). Fatigue kan innebära att kvinnan är för trött för att delta i aktiviteter i det dagliga livet (Kornblith & Ligibel, 2007; NCCN, 2010). Om kvinnan efter ett avslutat arbetspass endast går hem och vilar kan detta leda till att även kvinnans sociala liv blir lidande (Kornblith & Ligibel, 2007).

Alla biverkningar vid hormonbehandlad bröstcancer kan påverka en kvinnas livskvalitet i olika utsträckning. Hur påverkad livskvaliteten blir är beroende av kvinnans uppfattning och syn på livskvalitet samt hur kvinnan upplever intensiteten av biverkningarna. Att mäta hur en viss biverkning påverkar livskvaliteten blir inte generaliserbart på hela den kvinnliga befolkningen då allas definition på begreppet kan se olika ut.

Slutsats

Bröstcancer är den vanligaste cancersjukdom bland kvinnor idag och den hormonella behandlingen påverkar kvinnans sexuella funktion i olika grad. Sexualitet är fortfarande ett något tabubelagt ämne som inte diskuteras i den utsträckning det borde i relation till det behov som finns. Yngre sjuksköterskor med mindre erfarenhet uppbringade sällan samtal om sexualitet och var rädda att förolämpa eller genera patienten om dessa frågor diskuterades. Sjuksköterskor bör ha kunskap om hur sjukdom och behandling påverkar sexualiteten. Biverkningar av behandling kan innebära en försämrad livskvalitet för kvinnan.

Fortsatta studier

Sjuksköterskor och vårdpersonal måste ha kunskap om sexualitetens betydelse för att kunna ge patienten den omvårdnad som hon önskar. Fortsatta studier skulle exempelvis kunna inkludera ett sexuellt främjande program, utformat för den västerländska kulturen. Ett ytterligare alternativ skulle kunna vara att utforma en studie där man fokuserar på partnern till den som blir drabbad av bröstcancer. Det är möjligt att det då skulle innebära att parets sexualliv förbättras om båda parter vet vilka biverkningar som kan uppstå i samband med behandlingen och vilka hjälpmedel som finns att tillgå. Dessutom skulle fortsatta studier kunna inkludera att prova PLISSIT-modellen för sjuksköterskor som arbetar med denna patientgrupp. Detta skulle eventuellt innebära att de sjuksköterskor som ingick i studien kände sig mer säkra på att tala om sexualitet i samtalet med patienten.

REFERENSER

*Artiklar som ingår i studiens resultat

*- Artiklar som ingår i studiens resultat och som är funna genom manuell sökning

*Abasher, S.-M. (2009). Sexual health issues in Sudanese women before and during hormonal treatment for breast cancer. *Psycho-Oncology* 18: 858–865.

Akechi, T., Okuyama, T., Endo, C., Sagawa, R., Uchida, M., Nakaguchi, T., Akasawa, t., Yamashita, H., Toyama, T., Toshiaki, A., Furukawa, a. (2010). Patient's perceived need and psychological distress and/or quality of life in ambulatory breast cancer patients in Japan. *Psycho-Oncology* 20. 497–505.

Ashing, K.-T., Padilla, G., Tejero, J., Kagawa-Singer, M. (2003). Understanding the breast cancer experience of Asian American Women. *Psycho-Oncology*. 12:38-58.

Almås, H. (2006) *Klinisk omvårdnad 1*. Liber: Finland

Andersson, B., Bixo, M., Bergqvist, C., Bäckström, T., Helström, L., Lindblom, B., Mattson, L.-Å., Mellström, D., Nyström, E., Wiklund, I. (2001). *Kvinnohälsa – en antologi om kvinnors hälsa ur ett östrogenperspektiv*. Uddevalla.

Backman, J. (2008). *Rapporter och uppsatser* (2: uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Baucoma, D., Porter, L., Kirby, J., Gremore, T., Keefeb, F. (2005-2006). Psychosocial Issues Confronting Young Women with Breast Cancer. *Breast disease* 23. 103-113.

Bergh, J., Brandberg, Y., Ernberg, I., Frisell, J., Furst, C.-J., Hall, P. (2007). *Bröstcancer*. Kristianstad: Karolinska Institutet University Press.

*Biglia, N., Moggio, G., Peano, E., Sgandurr, P., Ponzzone, R., Nappi, R.-E., Sismondi, P. (2010). Effects of Surgical and Adjuvant Therapies for Breast Cancer on Sexuality, Cognitive Functions, and Body Weight. *J Sex Med*, 7:1891–1900.

Bjålie, J., Haug, E., Sand, O., Sjaastad, Ö. (2006). *Människokroppen, fysiologi och anatomi*. Stockholm: Liber.

*Brédart, A., Dolbeault, S., Savignoni, A., Besancenet, C., This, P., Giami, A., Michaels, S., Flahault, C., Falcou, M.-C., Asselain, B., Copel, L. Prevalence and associated factors of sexual problems after early-stage breast cancer treatment: results of a French exploratory survey. *Psycho-Oncology* 20: 841–850.

Carlsson, M. (2007). *Psykosocial cancervård*. Lund: Studentlitteratur.

Clark, J. (2004). *Östrogen? Hormonbehandling eller naturliga alternativ*. Kina.

Cormack, D. (2000). *The research process in nursing*. (4: e uppl.). Oxford: Blackwell.

Dizon, D. (2009). Quality of life after breast cancer: Survivorship and sexuality. *15(5):500-4*.

Ericson E., Ericson T. (2008). *Illustrerade medicinska sjukdomar, specifik omvårdnad, medicinsk behandling, patofysiologi*. Lund: Studentlitteratur.

Fass, 2011. *Källan till kunskap om läkemedel*. Läkemedelsindustriföreningen Service AB. Hämtad 20120214.

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Falkenberg: Natur & Kultur.

Goodwin, PJ., Phillips, K-A., West, DW., Ennis, M., Hopper, JL., John, EM., O'Malley, FP., Milne, RL., Andrulis, IL., Friedlander, ML., Southey, MC., Apicella, C., Giles, GG., Longrace, TA. (2011). Breast Cancer Prognosis in BRCA1 and BRCA2 Mutation Carriers: An International Prospective Breast Cancer Family Registry Population-Based Cohort Study. *J Clin Oncol.* 1;30(1):19-26.

Helgesson, G. (2006). *Forskningsetik, för medicinare och naturvetare*. Lund: Studentlitteratur.

*Hill, E.-K., Sandbo, S., Abramsohn, E., Makelarski, J., Wroblewski, K., Wenrich, E.-R., McCoy, S., Temkin, S.-M., Yamada, D.-S., Lindau, S.-T. (2010). Assessing Gynecologic and Breast Cancer Survivors' Sexual Health Care Needs. *Cancer* 2011;117:2643–51.

*Husain, A., Collins, K., Reed, M., Wyld, L. (2007). Choices in cancer treatment: a qualitative study of the older women's (>70 years) perspective. *Psycho-Oncology.* 17(4):410-6.

*Jun, E.-Y., Kim, S., Chang, S.-B., Oh, K., Kang, H.-S., Kang, S.-S. (2011). The Effect of a Sexual Life Reframing Program on Marital Intimacy, Body Image, and Sexual Function among Breast Cancer Survivors. *Cancer Nursing.* 34(2):142-9.

*Karaöz, B., Aksu, H., Küçük, M. (2010). A qualitative study of the information needs of premenopausal women with breast cancer in terms of contraception, sexuality, early menopause, and fertility. *International Journal of Gynecology and Obstetrics.* 109(2):118-20.

Karolinska Institutet (2010). Hämtad 20120320 från http://kib.ki.se/sites/kib.ki.se/files/A4_vad%20är%20en%20skaplig%20artikel%20-%20artikel_100708.pdf

Karolinska Institutet, Onkologiska kliniken. (2011). *Hormonell behandling vid bröstcancer*. Karolinska Universitetssjukhuset: Solna. Hämtad den 20120212 från: http://www.karolinska.se/upload/Radiumhemmet/Endokrinbehandling_Webb.pdf

Katz, A. (2011). Breast cancer and women's sexuality - Acknowledging and discussing the consequences of treatment. *AJN. No:4 Vol. 111.*

*Klaeson, K., Sandell, K., Berterö, C.-M. (2011). To feel like an outsider: focus group discussions regarding the influence on sexuality caused by breast cancer treatment. *European Journal Of Cancer Care.* 20, 728–737.

Kornblith, A., Ligibel, J. (2003). Psychosocial and Sexual Functioning of Survivors of Breast Cancer. *Semin Oncol.* 30(6):799-813.

Marín, A., García, A-I., Perón, Y., Sánchez, L., Cobo, S., Aunón, Z. (2011). Adjuvant Hormonal Therapy in Perimenopausal Patients. *Suppl 6:39-49*.

Medicinska forskningsrådet, forskningsetisk policy och organisation i Sverige. 2003. *Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning*. Uppsala: Almqvist & Wiksell Tryckeri.

*Mourits, M.-J., Böckermann, I., De Vries, E.-G., Van der Zee, A.-G., Ten Hoor, K.-A., Van Der Graaf, W.-T., Sluiter, W.-J., Willemse, P.-H. (2002). Tamoxifen effects on subjective and psychosexual well-being, in a randomised breast cancer study comparing high-dose and standard-dose chemotherapy. *British Journal of Cancer (2002) 86, 1546 – 1550*.

*Ochayon, L., Zelker, R., Kaduri, L., Kadmon, I. (2010). Relationship Between Severity of Symptoms and Quality of Life in Patients With Breast Cancer Receiving Adjuvant Hormonal Therapy. *Oncology nursing forum. Vol. 37, No, 5*.

*-Olsson, C., Berglund, A-L., Larsson, M., Athlin, E. (2011). Patient's sexuality - A neglected area of cancer nursing? *European Journal of Oncology Nursing*.

Onkologiskt centrum Stockholm Gotland. (2009). *Bröstcancer. Diagnostik, behandling och uppföljning i Stockholm-Gotland regionen*. Solna: Karolinska Universitetssjukhuset.

*Panjari, M., Bell, R.-J., Davis, S.-R. (2010). Sexual Function after Breast Cancer. *International Society for Sexual Medicine. 2011;8:294–302*.

Reitan, A.-M., Schølberg, T. (2003). *Onkologisk omvårdnad*. Stockholm: Liber.

Ringborg, U., Danlianis, T., Henriksson, R. (2008). *Onkologi*. Stockholm: Liber.

*Saunamäki, N., Andersson, M., Engström, M. (2009). Discussing sexuality with patients: nurses' attitudes and beliefs. *Journal of Advanced Nursing 66(6), 1308–1316*.

Svenska bröstcancergruppen. (2008). *Nationella riktlinjer för behandling av bröstcancer*. Solna: Karolinska institutet.

Theroux, R. (2009). *Women's decision making during the menopausal transition*. Graduate School of Nursing, University of Massachusetts, Worcester, Massachusetts.

Thomé, B., Hellbom, M. (2011). *Perspektiv på onkologisk vård*. Lund: Studentlitteratur.

UlrichWeb. (2011). Global Serials Directory. Hämtad 20120219 från <http://ulrichsweb.serialsolutions.com/>

*-Wigertz, A., Ahlgren, J., Holmqvist, M., Fornander, T., Adolfsson, J., Lindman, H., Bergkvist, L., Lambe, M. (2012). Adherence and discontinuation of adjuvant hormonal therapy in breast cancer patients: a population-based study. *Breast Cancer Res Treat. 133(1):367-73*.

World Health Organization, WHO. (2012). Hämtad 20120220 från http://www.who.int/topics/sexual_health/en/

BILAGA I

Tabell 1. Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats, modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011).

KOD OCH KLASSIFICERING	VETENSKAPLIG KVALITET		
	I = Hög kvalitet	II = Medel	III = Låg kvalitet
<p>Randomiserad kontrollerad studie/ Randomised controlled trial (RCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan en kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper.</p>	<p>Större välplanerad och välgenomförd multicenterstudie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen.</p> <p>Adekvata statistiska metoder.</p>	<p>*</p>	<p>Randomiserad studie med få patienter/deltagare och/eller för många delstudier, vilket ger otillräcklig statistisk styrka. Bristfälligt antal patienter/deltagare, otillräckligt beskrivet eller stort bortfall.</p>
<p>Klinisk kontrollerad studie/Clinical controlled trial (CCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper. Är inte randomiserad.</p>	<p>Välplanerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.</p>	<p>*</p>	<p>Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.</p>
<p>Icke- kontrollerad studie (P) är prospektiv men utan relevant och samtida kontrollgrupp.</p>	<p>Väldefinierad frågeställning, tillräckligt antal patienter/deltagare och adekvata statistiska metoder.</p>	<p>*</p>	<p>Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.</p>
<p>Retrospektiv studie (R) är en analys av historiskt material som relateras till något som redan har inträffat, exempelvis journalhandlingar.</p>	<p>Antal patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Väl planerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder.</p>	<p>*</p>	<p>Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.</p>
<p>Kvalitativ studie (K) är vanligen en undersökning där avsikten är att studera fenomen eller tolka mening, upplevelser och erfarenheter utifrån de utforskades perspektiv. Avsikten kan också vara att utveckla begrepp och begreppsmässiga strukturer (teorier och modeller).</p>	<p>Klart beskriven kontext (sammanhang). Motiverat urval. Välbeskriven urvalsprocess; datainsamlingsmetod, transkriberingsprocess och analysmetod. Beskrivna tillförlitlighets/ reliabilitetshänsyn. Interaktionen mellan data och tolkning påvisas. Metodkritik.</p>	<p>*</p>	<p>Dåligt/vagt formulerad frågeställning. Patient/deltagargruppen för otillräckligt beskriven. Metod/analys ej tillräckligt beskriven. Bristfälligt resultatredovisning.</p>

BILAGA 2

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Ochayon, L., Zelker, R., Kaduri, L., Kadmon, I. (2010). Israel.	Relationship Between Severity of Symptoms and Quality of Life in Patients With Breast Cancer Receiving Adjuvant Hormonal Therapy	Att beskriva symtom och livskvalitet för patienter med bröstcancer som får hormonell behandling. Syftet var även att undersöka möjliga samband mellan symtom och livskvalitet.	Två olika sorters enkäter delades ut till deltagarna. För att delta i studien skulle man vara minst 18 år gammal och de skulle ha behandlats med hormonpreparat under minst 3 månader.	n=155 (23)	10 vanliga symtom identifierades i studiens resultat. Resultat visade inget signifikant samband mellan den hormonella behandlingens inverkan på livskvalitén. Däremot sågs skillnader i vilken sorts behandling kvinnan fått, samt hur många av dessa 10 symtom kvinnan besvärades av.	K 1
Jun, E.-Y., Kim, S., Chang, S.-B., Oh, K., Kang, H.-S., Kang, S.-S. (2011). Korea.	The Effect of a Sexual Life Reframing Program on Marital Intimacy, Body Image, and Sexual Function among Breast Cancer Survivors	Studiens syfte var att utveckla och prova ett sexuellt främjande program för kvinnor som överlevt bröstcancer samt att undersöka programmets effekt efter 6 veckor gällande äktenskapligt samliv, kroppsuppfattning, sexuell funktion (sexuellt intresse samt sexuell njutning).	Intervjustudie med en experimentgrupp och en kontrollgrupp. Kvinnorna som deltog i studien skulle vara gifta och leva tillsammans med sin make, vara mellan 30-59 år gamla, vara i bröstcancerstadiet 1-3 samt ha avslutat cytostatikabehandling.	n=22 (8)	Resultatet visade att de kvinnor som deltog i det sex veckor långa programmet hade förbättrat sin sexuella funktion samt sin förmåga till sexuell njutning i jämförelse med kontrollgruppen. Studiens resultat visade inget signifikant samband mellan grupperna vad gäller det äktenskapliga samlivet eller kroppsuppfattningen.	RCT 2

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (Bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Brédart, A., Dolbeault, S., Savignoni, A., Besancenet, C., This, P., Giami, A., Michaels, S., Flahault, C., Falcou, M.- C., Asselain, B., Copel, L. (2011). Frankrike.	Prevalence and associated factors of sexual problems after early-stage breast cancer treatment: results of a French exploratory survey	Var att undersöka prevalens samt faktorer som påverkade den sexuella aktiviteten. I begreppet inkluderades t.ex. sexuella problem eller sexuell njutning.	Enkätstudie. Kvinnorna skulle ha avslutat strålbehandlingen. Inklusionskriterierna var att deltagarna skulle vara kvinnor, vara mellan 18-70 år gamla samt aldrig haft diagnosen bröstcancer tidigare. Kontrollgruppen var fransyskor i åldrarna 18-69 år.	n= 378 (472)	Resultatet av studien visade att kvinnorna hade ett försämrat sexualliv jämfört med kontrollgruppen.	RCT 2
Klaeson, K., Sandell, K., Berterö, C.- M. (2011). Sverige.	To feel like an outsider: focus group discussions regarding the influence on sexuality caused by breast cancer treatment	Syftet var att undersöka hur medelålders kvinnor som behandlades för bröstcancer upplevde sin sexuella identitet i association med samhällets normer och värderingar.	Intervjustudie. Kvinnorna skulle vara yngre än 50 år då de fick diagnosen och vara premenopausala	n=12 (0)	Kvinnorna upplevde sin kropp på ett nytt och för dem okänt sätt, vilket påverkade kvinnornas sexualitet mycket. Kvinnorna ifrågasatte sin kvinnlighet och överskuggade tidigare upplevelser i livet. Den sexuella lusten blev försämrad i samband med behandling.	K 1

Författare År Titel	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (Bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Hill, E.-K., Sandbo, S., Abramsohn, E., Makelarski, J., Wroblewski, K., Wenrich, E.-R., McCoy, S., Temkin, S.-M., Yamada, D.-S., Lindau, S.-T. (2010). USA.	Assessing Gynecologic and Breast Cancer Survivors' Sexual Health Care Needs.	Var att undersöka intresset hos kvinnor som haft bröstcancer eller gynekologisk cancer gällande sexuell rådgivning.	Enkätstudie. Kvinnorna skulle vara minst 18 år, ha bröstcancer eller gynekologisk cancersjukdom.	n=261 (284)	Resultatet visade att endast sju procent av deltagarna hade sökt medicinsk hjälp för sexuella besvär. Drygt 30 procent uppgav att de skulle vilja ha sexuell rådgivning. 35 procent skulle vilja bli kontaktade om ett specifikt program fanns utformat för att förbättra kvinnans sexualitet. Yngre kvinnor var mer intresserade att få sexuell rådgivning än äldre kvinnor (=kvinnor över 65 år).	K 2
Biglia, N., Moggio, G., Peano, E., Sgandurr, P., Ponzone, R., Nappi, R.-E., Sismondi, P. (2010). Italien.	Effects of Surgical and Adjuvant Therapies for Breast Cancer on Sexuality, Cognitive Functions, and Body Weight	Var att undersöka hur behandling mot bröstcancer påverkar sexualiteten, kognitiva funktionen, samt vikt hos premenopausala kvinnor.	Enkätstudie på premenopausala kvinnor diagnostiserade med bröstcancer som har genomgått kirurgisk behandling, cytostatika eller minst sex månaders hormonell behandling. Formuläret inkluderade frågor om ex menopausala symtom och sexualitet.	n=35 (0)	Resultatet visade att kvinnorna i studien hade en låg sexuell aktivitet samt sämre kvalitet i relationen med sin partner efter diagnosen. Den sexuella lusten samt förmåga att bli upphetsad visade sig vara försämrade hos dessa kvinnor. Ett signifikant samband fanns mellan vallningar och oro.	K 1

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (Bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Karaöz, B., Aksu H., Küçük, M. (2010). Turkiet.	A qualitative study of the information needs of premenopausal women with breast cancer in terms of contraception, sexuality, early menopause, and fertility	Var att utvärdera premenopausala kvinnors behov av information angående bland annat tidig menopaus, infertilitet och fertilitet samt sexualitet.	Intervjustudie gjord på kvinnor i Turkiet med bröstcancer. Kvinnorna var premenopausala, yngre än 50 år gamla, och hade blivit diagnostiserade med bröstcancer max ett år tidigare. Kvinnorna skulle också vara sexuellt aktiva.	n=20 (0)	Premenopausala kvinnor med bröstcancer fick inte tillräcklig information angående bland annat tidig menopaus, infertilitet och fertilitet och sexualitet, trots deras behov av denna typ av information.	K 2
Panjari, M., Bell, R.-J., Davis, S.-R. (2010). Australien.	Sexual Function after Breast Cancer	Syftet var att utvärdera påverkan av invasiv bröstcancer och dess behandling avseende menopausala symtom, kroppsuppfattning och sexuell funktion.	Enkätstudie. Kvinnorna hade ej bröstcancer i anamnesen, och var diagnostiserade med invasiv bröstcancer.	n=1,011 (673)	70 procent av kvinnorna upplevde sexuella problem och 77 procent uppgav vasomotoriska symtom. Hos de kvinnor med denna typ av symtom var risken för att ha sexuella problem två gånger så hög jämfört med de kvinnor som inte hade dessa symtom. Denna association var tydligare hos kvinnor som behandlades med aromatashämmare. Kvinnorna som behandlades med aromatashämmare uppgav i större utsträckning att de hade en nedsatt sexuell förmåga. Kvinnor som behandlades med Tamoxifen rapporterade inte mer sexuella besvär, däremot tydde studiens resultat på att det berodde på om kvinnorna hade en sämre kroppsuppfattning eller inte.	K 1

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (Bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Abasher, S.- M. (2009). Sudan.	Sexual health issues in Sudanese women before and during hormonal treatment for breast cancer	Var att jämföra kvinnor som diagnostiserats med bröstcancer med en frisk kontrollgrupp angående behandlingens konsekvenser på den sexuella hälsan.	Enkätstudie. Inga speciella inklusionskriterier användes. Många av kvinnorna i studien hade genomgått kirurgisk behandling. Kontrollgruppen bestod av kvinnor som inte var diagnostiserade med bröstcancer.	n=100 (0)	Många kvinnor som behandlades för bröstcancer hade sexuella problem innan påbörjad endokrinbehandling men under behandlingen blev den sexuella hälsan hos dessa kvinnor något förbättrad. Studiens resultat visade ett negativt samband mellan patienternas ålder och den sexuella hälsan. Ett positivt samband presenterades mellan sexualitet och kvinnans utbildning samt avseende hur länge kvinnan varit gift.	K 2
Saunamäki, N., Andersson, M., Engström, M. (2009). Sverige.	Discussing sexuality with patients: nurses' attitudes and beliefs	Syftet var att undersöka sjuksköterskors attityd och inställning till att diskutera ämnet sexualitet med patienter	Enkätstudie. Sjuksköterskorna som deltog i studien arbetade på olika avdelningar, som på så sätt mötte olika patientgrupper i sitt arbete. Deltagarna var mellan 22 och 64 år gamla.	n=88 (12)	Mer än 90 procent av sjuksköterskorna förstod hur patienternas sjukdom och behandling skulle kunna påverka sexualiteten. Två tredjedelar ansåg att det var sjuksköterskans ansvar att ta upp ämnet med patienterna. 80 procent av de tillfrågade sjuksköterskorna tog sig inte tiden att diskutera patientens sexuella problem. Äldre sjuksköterskor kände sig säkrare på sin förmåga att ta upp ämnet. Ju äldre sjuksköterskan var, desto mer positiv attityd hade hon/han gällande att ta upp sexualiteten i samtal med patienten. Sjuksköterskor som hade en vidareutbildning såg också mer positivt på att ta upp ämnet.	K 1

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (Bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Wigertz, A., Ahlgren, J., Holmqvist, M., Fornander, T., Adolfsson, J., Lindman, H., Bergkvist, L., Lambe, M. (2012). Sverige.	Adherence and discontinuation of adjuvant hormonal therapy in breast cancer patients: a population-based study.	Syftet var att undersöka följsamheten hos kvinnor i Sverige som behandlades med Tamoxifen eller aromatashämmare mot bröstcancer. De undersökte också om socioekonomi, demografi, tumörrelaterade faktorer skulle kunna ha en inverkan på följsamheten.	Information hämtades från olika databaser. En databas som användes var "Swedish Prescribed Drug Register" som tillhandahåller information om föreskrivna läkemedel på svenska apotek. Kvinnorna i studien var diagnostiserade med bröstcancer stadie I–III, som hade hormonpositiva receptorer och därmed behandlades med hormonpreparat.	n=1741 (1024)	Följsamheten av hormonbehandling var större hos yngre kvinnor i åldrarna 40-49 år, jämfört med äldre kvinnor. Ogifta kvinnor tenderade ha en lägre följsamhet än gifta kvinnor. De kvinnor som bytte hormonpreparat under behandlingsperioden hade en lägre följsamhet än de som stått på enbart Tamoxifen under hela behandlingen. Studien visade på en lägre följsamhet hos kvinnor som var födda utanför ett nordiskt land.	R 1

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (Bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Olsson, C., Berglund, A.- L., Larsson, M., Athlin, E. (2011) Sverige.	Patient's sexuality - A neglected area of cancer nursing?	Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors uppfattning gällande sexualitet hos bröstcancerpatienter.	Tio sjuksköterskor intervjuades från olika avdelningar där man möter patientgruppen. Samtliga sjuksköterskor var kvinnor, och var i åldrarna 24-54 år gamla. De hade arbetat som sjuksköterskor mellan 2-32 år.	n=10 -	Resultatet av studien visade att sjuksköterskorna tyckte att ämnet sexualitet borde diskuteras mer med patienterna, men att detta inte görs i den utsträckning som det borde. Tre beskrivande kategorier identifierades; dels påverkade sjuksköterskornas attityd, kunskap och färdighet i vilken omfattning ämnet togs upp och dels att patientens sexuella problem utgör grunden för dialog. Den tredje kategorin som resultatet visade var att avdelningens miljö påverkade.	K 2
Mourits, M.- J., Böckermann, I., De Vries, E.-G., Van der Zee, A.- G., Ten Hoor, K.-A., Van Der Graaf, W.-T., Sluiter, W.-J., Willemsse, P.- H. (2002).	Tamoxifen effects on subjective and psychosexual well-being, in a randomised breast cancer study comparing high-dose and standard- dose chemotherapy.	Var att undersöka effekten av Tamoxifen gällande det subjektiva och psykosexuella välbefinnandet hos bröstcancerpatienter i relation till cytostatikabehandling och menopaus.	Intervjustudie gjord på kvinnor som erhållit cytostatikabehandling samt under hormonbehandlingsperioden. Dessutom hölls intervjuer med samtliga deltagare 3-6 månader efter avslutad hormonbehandling.	n=98 (18)	54 procent hade sömnsvårigheter relaterat till biverkningar av hormonpreparaten, såsom vallningar. 40 procent av kvinnorna rapporterade koncentrationssvårigheter under behandling med hormonpreparaten (Tamoxifen). Depressiva symtom sågs hos 12 procent av kvinnorna. Torra slemhinnor i underlivet och dyspareni ledde till en minskad sexuell lust och därmed också en minskad sexuell aktivitet. Fem patienter var oförmögna till sexuella aktiviteter, vilket berodde på dyspareni och avsaknad av sexuell upphetsning.	K 1

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (Bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Husain, A., Collins, K., Reed, M., Wyld, L. (2007).	Choices in cancer treatment: a qualitative study of the older women's (>70 years) perspective.	Syftet med studien var att belysa hur äldre kvinnor uppfattar den hormonella behandlingen i jämförelse med att istället genomgå kirurgisk behandling.	Intervjustudie gjord på äldre kvinnor (över 70 å gamla) som hade blivit behandlade med hormonpreparat eller kirurgisk behandling mot bröstcancer.	n=30 (9)	De deltagande kvinnorna uppfattade både kirurgisk samt hormonell behandling som bra behandlingsmetoder, denna uppfattning rådde även hos de kvinnor som hade fått komplikationer av den kirurgiska behandlingen eller behövde göra ändringar i den hormonella behandlingen. Äldre kvinnor upplevde att de inte behövde så mycket information, och påverkades mycket av vårdpersonalen och vad de ansåg som den bästa behandlingsmetoden. Den viktigaste aspekten för de äldre kvinnorna var att livskvaliteten och självständigheten förblev oförändrad i och med den valda behandlingen.	K 1

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög, II = Medel, III = Låg