

**”Kan fysioterapi hjælpe kvinder med brystkræft,
hvis krop og seksualitet er forandret af
behandlingen?”**



Birgit Wilhjelm Hørup

Maj 2015

Vejleder: Birgitte Schantz Laursen

Resumé

Seksualitet er en væsentlig del af den menneskelige eksistens og har indflydelse på både helbred, velvære og livskvalitet. Forskning viser, at 90 % af 16 – 95 årige danskere finder det vigtigt med et godt sexliv, men den seksuelle sundhed kan påvirkes på forskellige tidspunkter i livet eller i forbindelse med sygdom og behandling.

Nye undersøgelses metoder og behandlingsformer gør, at kvinder med brystkræft lever længere, men nogle af kvinderne får seksuelle problemer i form af mindre lyst og sjældnere seksuel samvær.

Formålet med denne opgave har været for det første at lave en kvalitativ undersøgelse af, hvordan kvinder, der har fået fjernet et bryst og er i antihormonel behandling, oplever de forandringer, der sker med deres krop og seksualitet og for det andet at vurdere, om fysioterapi kan ændre på disse oplevelser.

Der er foretaget tre interviews med en fænomenologisk tilgang, og disse er efterfølgende analyseret ud fra en hermeneutisk meningsfortolkning.

Der blev identificeret fem temaer: ● *Kvindekroppen forandres* ● *Angsten er der* ● *Ønske om ikke at føle sig anderledes i det offentlige rum* ● *Fra elskov til moden kærlighed* ● *Den forandrede krop er min*.

Det fremgår at kvinderne oplever deres krop og seksualitet på en ny og ukendt måde med både biologiske og psykologiske forandringer, som påvirker deres sociale adfærd og relationer. De har fået et nyt body image, en ny kropsopfattelse, som er svært at identificere sig med og som virker begrænsende på den sensuelle kropsoplevelse og -udfoldelse.

De fem temaer vurderes ud fra en teoretisk ramme med Bob Prices teorier om Body image og sættes i relation til Berit Bunkans ressourceorienterede kropsbehandling. Dette peger på muligheden for at fysioterapi kan bidrage til at disse kvinder får lettere ved at identificere sig med deres nye kropsopfattelse og igen kan udnytte kroppens bredspektrede palet af sanser til at fremme helbredelsen og højne livskvalitet og velvære.

Summary

Sexuality is a significant part of human existence and it influence health, wellness and quality of life. Research indicates that 90% of the 16 to 95 years old Danes consider a good sex life important, but in the span of a life a good sex life can be affected in connection with sickness and medical treatment.

New examination methods and treatment has improved the survival rate for women suffering from breast cancer, but some of these women experience sexual problems like reduced sexual desire and fewer sexual intercourse.

The objective of this paper has primarily been to make a qualitative study of how women, who have had a breast removed and are in anti-hormonal treatment, are experiencing the changes to their bodies and sexuality and secondly to assess whether physical therapy can influence these experiences.

Three interviews with phenomenological approach have been made and subsequently analyzed from a hermeneutic sense interpretation.

Five issues were identified: ● The female body is changing ● The anxiety is present ● Do not want to feel different in the public space ● From youthful love to mature affection ● The changed body is mine.

It appears that women experience their body and sexuality in a new and unfamiliar way with both biological and psychological changes that affect their social behaviour and relationships. They've got a new body image that is difficult to identify with and act as constraints on the sensual body experience and expression.

The five issues are evaluated from a theoretical framework with Bob Prices' theories about body image and placed in relation to Berit Bunkans resource-oriented body treatment. This indicates the possibility that physical therapy can make it easier for these women to identify with their new perception of their body and again take full advantage of the body's broad spectrum of senses to advance healing and improve quality of life and wellness.

Indholdsfortegnelse

1. Initierende problem.....	s. 6
2. Problemanalyse	s. 6
2.1. Seksualitet og sundhed	s. 6
2.2. Brystkræft.....	s. 8
2.3. Kropsforståelse	s. 9
2.4. Fysioterapi.....	s. 9
2.5. Sammenfatning.....	s. 10
2.6. Litteratursøgning	s. 10
2.7. Litteraturgennemgang	s. 11
2.8. Sammenfatning.....	s. 14
2.9. Problemformulering	s. 16
3. Metode.....	s. 16
3.1. Videnskabeligt ståsted	s. 16
3.2. Dataindsamling	s. 17
3.3. Spørgeteknik og interviewguide.....	s. 17
3.4. Informanter.....	s. 19
3.5. Etik og formalia	s. 20
3.6. Analysemetode	s. 21
3.7. Litteratursøgning	s. 22
3.8. Teoriramme	s. 23
3.8.1. Bob Price.....	s. 23

3.8.2. Fysioterapi	s. 25
4. Præsentation af empiri samt analyse og diskussion	s. 27
4.1. Analyse	s. 27
4.2. Diskussion	s. 32
5. Metodekritik	s. 38
6. Konklusion	s. 38
7. Perspektivering	s. 39
8. Litteraturliste	s. 40

Kan fysioterapi hjælpe kvinder med brystkræft, hvis krop og seksualitet er forandret af behandlingen?

1. Initierende problem.

I gennem mit mangeårige arbejde som fysioterapeut har jeg erfaret, hvilken betydning de forskellige former for fysioterapi kan have for patienternes livskvalitet. Arbejdet med kroppen kan føre til forbedrede funktioner og helt nye kropsoplevelser for den enkelte i forhold til de aktuelle smerteproblematikker og/ eller dysfunktioner.

Med afsæt i den erfaring finder jeg det interessant at undersøge, om fysioterapi kan få en betydning for seksualiteten hos kvinder, hvis krop er forandret af sygdom og behandling.

Behandlingen af brystkræft betyder for nogle kvinder, at de først får fjernet et bryst operativt og efterfølgende får en profylaktisk behandling som medfører, at de kommer i en kemisk overgangsalder. Begge indgreb påvirker kroppen på en måde, som kan have stort betydning for den enkeltes seksualitet.

Jeg finder det relevant at undersøge, om fysioterapi kan være et supplement til de eksisterende medicinske og psykologiske behandlingstilbud.

2. Problemanalyse.

I det følgende afsnit præsenteres problemfeltet. Afsnittet indledes med en udlægning mellem seksualitet og sundhed, efterfulgt af en redegørelse for hyppighedsforekomsten af brystkræft, helbredelses muligheder og behandlingstilbud i Danmark, samt hvilke konsekvenser dette kan få for kvindernes seksuelle aktivitet. Dernæst følger et afsnit om kropsforståelse og til sidst en introduktion til den fysioterapeutiske behandlingsmetode.

2.1. Seksualitet og sundhed.

Seksualitet er en del af den menneskelige natur. Begrebet seksualitet har en bred betydning og refererer til alle aspekter af at være et kønnet menneske. Master og Johnson skriver i 1990, at den menneskelige seksualitet indeholder både en personlighedsdimension, menneskets erotiske kapacitet og er en del af dynamikken i mellemmenneskelige relationer (1). Ifølge Bancroft 2009, sker der ved selve seksualakten nogle særlige biologiske ændringer styret af fysiologiske processer som hormonproduktion, nerveforsyning og blodcirkulation og disse kropslige oplevelser bearbejdes og fortolkes mentalt (2). Omvendt kan processen også starte mentalt med seksuelle fantasier, bevidste som ubevidste, og forestillinger, som vækker de erotiske impulser (ibid). Men seksuallivet er et bredere begreb end reproduktionsfysiologiske processer og indeholder, som Graugaard skriver i 2013, også

kvaliteter som intimitet og samhørighed, der kan opstå ved seksuel udfoldelse (3). Gravgaard et al skriver i 2006, at i den senmodernistiske periode, hvor den seksuelle lyst er frigjort fra reproduktionen, opstår muligheden for en selvstændig social mellemmenneskelig aktivitet, som kan udfoldes i både i leg og i hverdagens relationer. En platform, hvorfra man kan opleve velvære, bekræftelse, nærhed, socialkompetence og personlig vækst (4). Dette er reguleret socialt af samfundet via love, normer og kulturelle værdier (ibid). Seksualiteten hos det enkelte menneske er unik, fleksibel og foranderlig og er under indflydelse af, hvad det enkelte menneske påvirkes af i løbet af sit liv (ibid). Seksualiteten må opfattes og behandles i et bredt og nuanceret perspektiv med inddragelse af biologiske, psykiske, sociale og kulturelle aspekter (ibid). Dette understreges i WHO's definition på seksuel sundhed:

"Seksuel sundhed er en tilstand af fysisk, følelsesmæssig, mental og social velbefindende i forbindelse med seksualitet; det er ikke alene fravær af sygdom, dysfunktion eller handicap. Seksuel sundhed kræver en positiv og respektfuld tilgang til seksualitet og seksuelle forhold, såvel som muligheden for at have lystfyldt og sikre seksuelle oplevelser, fri for tvang, diskrimination og vold (WHO 2002). (5).

Denne definition understreger, ifølge Gravgaard et al i 2012, netop kompleksiteten af seksualbegrebet. Det favner begreber som fantasi, erotik, seksuelle orienteringer og praksisser samt eksistentielle tematikker om, hvem den enkelte er og hvad vedkommende føler, tænker og lyster. Både alene og i ligeværdigt samspil med andre (6).

Noget tyder på, at der kan være væsentlige sundheds- og trivselsfordele med et velfungerende seksuelt liv. En nyere undersøgelse lavet af Frisch et al i 2011 har vist, at 90 % af 16 - 95 årige danskere finder det vigtigt, meget vigtigt eller særdeles vigtigt at have et godt sexliv (7). Men den seksuelle sundhed kan påvirkes på forskellige tidspunkter i livet eller i forbindelse med sygdom og behandling. Christensen et al finder i 2011 at 11% af voksne mænd og kvinder i Danmark rapporterer om seksuel dysfunktion inden for det seneste år. Dysfunktioner der skyldes fysisk sygdom, behandling eller uhensigtsmæssig livsstil (8). Gravgaard og Møhl understreger netop i 2007, at det inden for behandlerystemet er vigtigt at betragte patienterne som hele mennesker og medreflektere, at seksualitet og samliv ofte bliver berørt ved kronisk sygdom (9). Ligeledes er det vigtigt at huske, at et velfungerende seksuelt liv er en central del af mange menneskers selvrapporterede livskvalitet (7). Gravgaard skriver i 2013, at betydningen af et velfungerende seksualliv ikke må undervurderes, idet det kan fungere som en slags raskhedsfaktor med positiv indflydelse på livskvalitet og evnen til at mestre sygdom og kriser (3).

Seksualiteten er en vigtig del af den menneskelige tilværelse med betydning for både sygdom, sundhed og velvære.

2.2. Brystkræft.

Brystkræft er den hyppigste kræftform hos kvinder og antallet af nye diagnosticerede tilfælde blandt kvinder er stadig stigende. I 2013 var antallet af nye tilfælde 4.721, hvor det i 2012 var 4.568. 15% heraf er under 50 år (10). Der har de senere år været en del sundhedspolitiske tiltag, som har medført en øget opmærksomhed og diagnostisk aktivitet, som kan være medvirkende til en stigning i hyppighed af diagnosticeringen samt en diagnosticering tidligere i sygdomsforløbet. I årene 2007 – 2009 blev der f. eks. indført en landsdækkende tilbud om screening for brystkræft. Gruppen af kvinder, der overlever, er forøget jævnt hen de seneste 30 år, hvor dødeligheden efter 5 år er faldet fra 40% til ca. 20% (ibid). I 2007 indgik regeringen en aftale med Danske Regioner, som betød implementeringen af et såkaldt pakkeforløb for alle patienter med begrundet mistanke om kræft. Et pakkeforløb er et patientforløb, hvor de enkelte trin er tilrettelagt ud fra begrundet mistanke, gennem kræftudredning, initial behandling og efterforløb. I januar 2009 var alle pakkeforløb indført (11).

Behandlingen og efterbehandlingen af patienterne er individuel og tilpasses den enkeltes behov. I pakkeforløbet for kvinder med brystkræft beskrives de enkelte behandlingstilbud. Brystkræft behandles ofte først med en operation. Der findes to former for operation; en brystbevarende operation og en operation, hvor man vælger at fjerne hele brystet (mastektomi). I tilfælde af spredning af kræftceller til lymfeknuderne i armhulen i samme side, fjernes disse også. For at nedsætte risikoen for tilbagefald, tilbydes de fleste kvinder en forebyggende efterbehandling. Det kan være stråleterapi og/eller medicinsk efterbehandling som kemoterapi, antiøstrogenmedicin eller behandling med biologiske midler. Er der tale om en hormonfølsom tumor hos præmenopausale kvinder, anbefales endokrin behandling med Tamoxifen og for postmenopausale kvinder, anbefales endokrin behandling med Aromastasehæmmere. Begge typer gives i 5 år (ibid). Det betyder, at kvinderne kommer i medicinsk overgangsalder med risiko for bivirkninger som hedeudbrud, natlige hedeudbrud og tørre slimhinder (ibid).

Som en del af pakkeforløbet tilbydes patienter genoptræning ved fysioterapeut med fokus på smerter, mobilitet og styrke omkring skulderblad, skulder og arm. I tilfælde af lymfodem i armen visiteres til lymfodem behandling hos en specialuddannet fysioterapeut (11).

Hurtig diagnosticering og forbedrede behandlingsteknikker gør, at gruppen af kvinder, der overlever brystkræft bliver større, at der inkluderes flere yngre kvinder og at kvinderne lever i længere tid efter behandlingen (10). En del patienter får et godt liv efter at kræftbehandlingen er afsluttet, men for nogle kræftramte følger væsentlige fysiske, psykiske og sociale problemer med sygdommen. I en barometerundersøgelse, udarbejdet af Kræftens Bekæmpelse, fremgår det, at de hyppigste problemer efter behandling for kræft er: generende træthed, seksuelle problemer i form af mindre lyst og sjældnere seksuel samvær, nedsat muskelkraft og søvnbesvær (12). For godt en tredjedel af de adspurgte kvinder med brystkræft var den direkte årsag til ændret seksuel aktivitet mindre lyst (35,5%) og tørre slimhinder (34,2%), mens den indirekte påvirkning var den generende træthed (46,6%), muskel-/ledsmerter (41,6%) og søvnbesvær (35,2%) (12).

Ifølge Agger 2006 er kræftpatienter i stor risiko for at udvikle en seksuel funktionsforstyrrelse og årsagerne kan være biologiske, psykologiske eller sociale, men vil ofte være bundne i et komplekst samspil mellem de tre komponenter (13).

2.3. Kropsforståelse.

Synet på krop har betydning for, hvordan en behandler møder og forstår patienterne. Fysioterapeut Berit Bunkan skriver i 2008, at dualismedebatten i de senere år har verseret inden for sundhedssystemet, en debat om kroppen dels som genstand, med reference til naturvidenskaben, dels som udtryk for mennesket som levende og oplevende individ, med reference til fænomenologien (14). Den franske filosof Maurice Merleau-Ponty satte i 1994 fokus på "Den levede krop" og argumenterede for, at kroppen ikke er nogen genstand og at mennesket ikke kan adskilles fra sin krop, men snarere *er* sin krop (15). Hans filosofi er, at kroppen er menneskets betingelse for at erkende og forstå, og at erkendelsen beror på en perception, hvori alle sanser indgår (ibid). Fysioterapeut Gunn Egelsrud skriver i 2007, at vi både har og er en krop (16). Hun påpeger desuden, at kroppen er en levende organisme, der nedbrydes og fornyr sig (ibid). Kroppen både husker og glemmer, idet den er bærer af livshistorien og er udtryksfelt for denne historie. Det betyder at følelser og erindringer kan vækkes, når den spontane væremåde udfordres (ibid). Kroppen er personlig, men påvirkes af omgivelserne, og megen livsudfoldelse og forbrug handler om kropslig iscenesættelse og præstation (ibid). Menneskene møder hinanden gennem kroppen og oplever hinanden igennem sanserne (ibid). Følelserne kommunikerer eksempelvis i ansigtet, i fagterne og i bevægelserne. Det er igennem kroppen at seksualitet, leg og dans udfoldes, men det er også i kroppen at angst og smerte kan mærkes som muskelspændinger og hæmmet respiration. Det er gennem kroppen, livet leves (ibid). Teoretikeren Bob Price definerer i 1990 den måde mennesket føler og opfatter kroppen på som "Body Image" (17). Alle har et helt personligt body image og dette påvirker personens selvværd, adfærd og måde at leve på. Body image kan blive påvirket på forskellige måder hele livet (ibid).

I denne opgave defineres kropsforståelsen ud fra den tanke, at vi erfarer og forstår verden kropsligt og at vi både er og har en krop.

2.4. Fysioterapi.

Fysioterapi er en bred vifte af behandlingstilbud på mange niveauer, men indfaldsvinklen er kroppen, det vil sige kroppens funktioner, kropslige udtryk og kropskontakt. Remvig et al skriver i 2003, at den fysioterapeutiske behandling bygger på den ideologi, at der er en sammenhæng mellem det fysiske og det psykosociale element (18). Endvidere formulerer de, at patienten ses som en dynamisk helhed, hvis biomekaniske, neuromuskulære, psykomotoriske og mentale funktion arbejder sammen. Udgangspunktet for den fysioterapeutiske behandling er patientens ønsker, behov, muligheder og reaktioner samt

fysioterapeutens analyse af patientens psykofysiske funktionsniveau set i forhold til ressourcer og livsbetingelser (ibid). Krychman et al finder i 2012, at de behandlingstilbud, der benyttes for at mindske de seksuelle dysfunktioner hos kvinder, der er opereret for brystkræft, er af medicinsk eller psykosocial karakter (19). Endvidere konkluderer de, at der er sparsom evidens for effekten af disse behandlinger og at der er brug for mere forskning på området (ibid).

Det synes derfor oplagt at undersøge, om der kan være en eller flere behandlingsmetoder inden for det fysioterapeutiske behandlingsspekter, som kan afhjælpe nogle af de kropslige ændringer, der følger med brystkræft og som påvirker seksualiteten.

2.5. Sammenfatning.

Hurtig diagnosticering og bedre behandlingsteknikker gør, at kvinderne lever længere tid efter at have fået diagnosen brystkræft, men tilsyneladende med en risiko for et liv med en ændret krop, som for mange kan betyde seksuelle og samlivsmæssige problemer (10). Netop seksualitet og menneskelige relationer har stor betydning for menneskets livskvalitet (4). Det må derfor være relevant at finde metoder til at minimere følgerne efter behandlingen.

Det følgende afsnit redegøres for den systematiske litteratursøgning.

2.6. Litteratursøgning.

Herunder beskrives, hvorledes litteratursøgningen er gennemført, hvilke værktøjer, der er brugt og hvordan de fundne referencer vurderes.

For at afdække den eksisterende evidensbaserede viden om dette speciales emne er der gjort brug af såvel ustruktureret som systematisk litteratursøgning samt kædesøgning. Frandsen et al 2013, foreslår at den systematiske litteratursøgning skal deles op i tre: søgestrategi, selve søgningen og til sidst kvalitetsvurdering af litteraturen (ibid). De anbefaler desuden at udarbejde en søgeprotokol (ibid). Søgestrategien i denne opgave tog udgangspunkt i det fokuserende spørgsmål: "Hvordan påvirker de kropsforandringer, der sker i forbindelse med behandlingen af brystkræft, kvindernes sexualitet og kan fysioterapi ændre på det?". Buus et al 2008, anbefaler bloksøgning som strategi i databaserne, fordi denne er overskuelig ved søgning i flere internationale databaser og er nem at gøre rede for (21). Da problemformuleringen ønskes besvaret med et biopsykosocialt sundhedsperspektiv, er her valgt at benytte de internationale databaser Pubmed, Psykinfo og Cinahl. Søgningen blev foretaget ud fra følgende ord på henholdsvis dansk og engelsk: Kropsændringer (body alteration, disturbed body) – Brystkræft (Breast neoplasms) – Sexualitet (sexuality) – Fysioterapi (physical therapy). Det var ikke muligt at finde kontrollerede emneord for kropsforandringer. Derfor anvendtes følgende kontrollerede emneordene: Breast neoplasms – Sexuality – Body image – Physical therapy. Ordene for kropsforandringer blev så brugt i fritekstsøgningen (Bilag 1). Der blev søgt på ovenstående ord i kombination med de booleske

operatorer: AND og OR. I databasen Pubmed fremkom to artikler. I Cinahl og Psykinfo fremkom ingen hits ved kombinationen af de fire facetter, hvorfor den videre søgning blev foretaget uden Physical therapy. Inklusionskriterierne i forhold til sprog, køn, alder og lande blev anvendt efterfølgende. De fremkomne 23 artikler blev vurderet ud fra titel og resumé. Heraf valgtes til vurdering i forhold til relevans, troværdighed, evidens og aktualitet i den aktuelle sammenhæng. De 5 blev fundet valide og disse giver tilsammen en bredspektret beskrivelse af, hvilke kropsforandringer, der kan ske for kvinder, der har fået fjernet et bryst operativt med en opfølgende profylaktisk antihormonel behandling, og hvordan dette kan påvirke deres krop og seksualitet. I en enkelt artikel vurderes, om fysioterapi kan have en gavnlig effekt.

2.7. Litteraturgennemgang.

I dette afsnit præsenteres de fem artikler, der blev fundet på baggrund af den systematiske litteratursøgning.

Forfatter	Saskia F. A. Duijts, Marc van Beurden, Hester S.A. Oldenburg, Jacobien M. Kieffer, Martijn M. Stuiver, Miranda A. Gerritsma, Menke-Pluymers, Peter W. Plaisier, Herman Rijna, Alexander M.F. Lopes Cardozo, Gertjan Timmers, Suzan van der Meij, Henk van der Veen, Nina Bijker, Louise M. de Widt-Levert, Maud M. Geenen, Gijsbert Heuff, Eric J. van Dulken, Epie Boven and Neil k. Aaronson. (22)
Titel	Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy and Physical Exercise in Alleviating Treatment-Induced Menopausal Symptoms in Patients With Breast Cancer.
År	2012
Land	Holland
Publiceret	Journal of Clinical Oncology
Formål	At vurdere effekten af kognitiv adfærdsterapi, fysisk træning og en kombination af disse interventioner på menopausale symptomer, body image, seksuelle funktioner, psykisk velbefindende og sundhedsrelateret livskvalitet hos patienter med brystkræft, og som er sat i medicinsk menopause.
Metode	En kvalitativ, randomiceret og kontrolleret tværfaglig spørgeskemaundersøgelse.

Materiale	Kvinder, under 50 år, med bryst kræft og som har menopausale symptomer efter medicinsk behandling. Rekrutteret i perioden januar 2008 til december 2009.
Fund	Kombinationen af de to interventioner synes at have en gavnlig effekt på endokrine symptomer og en mindre effekt på seksualitet og fysisk formåen.

Forfatter	Gilbert Emilee, J.M. Ussher og J. Perz. (23).
Titel	Sexuality after Breast cancer. A review.
År	2010
Land	Australien
Publiceret	Maturitas
Formål	At gennemgå de eksisterende undersøgelser om brystkræft og seksualitet og fremhæve betydningen af de legemlige, diskursive og interpsykiske aspekter for seksualiteten i en kontekst med brystkræft.
Metode	Et review.
Materiale.	Artikler om brystkræft og seksualitet, publiceret i årene 1998 til 2010. Både kvalitative, kvantitative og blandede studier.
Fund	Der er overbevisende evidens for, at brystkræft kan have en signifikant påvirkning af kvindernes seksualitet. Ikke bare fysisk og psykosocialt, men også den måde, de italesætter deres krop og kvindelighed på. Påvirkningerne har indflydelse på hinanden i en fysisk, diskursiv og interpsykisk interaktion.

Forfatter	D. J. Anderson, P. Yates, A. Mccarthy, C. P. Lang, M. Hargraves, N. Mccarthy and J. Porter-Steele.(24)
Titel	Younger and older women`s concerns about menopause after breast cancer.
År	2011
Land	Australien

Publiceret	European Journal of Cancer Care.
Formål	At identificere og beskrive kvinders oplevelser af de menopause symptomer, der følger med behandlingen for brystkræft og forstå, hvordan disse symptomer påvirker dem. Samt sammenligne unge og ældres oplevelser.
Metode	Kvalitativ undersøgelse med semistruktureret interview i 3 fokusgrupper.
Materiale	Kvinder med menopausale symptomer efter behandlingen for brystkræft. Rekrutteret fra en offentlig og en privat klinik.
Fund	Kvinderne beskrev de menopausale symptomer som pludselig hedestigninger, natlige hedeture, søvnløshed, tør vagina, nedsat eller manglende lyst til sex, depression og hukommelsessvigt. Disse symptomer ændrede deres seksuelle adfærd og påvirkede deres forhold til deres partner, deres arbejdsliv og karrieremuligheder. Specielt yngre kvinder følte sig isolerede. Ingen af kvinderne følte sig ikke tilstrækkeligt forberedte på de menopausale symptomer og ønskede ikke yderligere medicinsk behandling.

Forfatter	Mary Panjari, Robin J. Bell og Susan R. Davis (25)
Titel	Sexual Function after Breast Cancer
År	2011
Land	Australien
Publiceret	The Journal of Sexual Medicin
Formål	At undersøge, hvilken indvirkning diagnosen brystkræft og dennes behandling, menopausale symptomer og body image kan have på seksuelle funktioner.
Metode	En kvalitativ undersøgelse. En analyse af en spørgeskemaundersøgelse.
Materiale	Data er fra et prospektivt cohortestudie med kvinder, rekrutteret indenfor 12 måneder efter deres første brystkræftdiagnose. Undersøgelsen var i perioden 2004 – 2006.
Fund	70 % af de adspurgte havde problemer med seksuelle funktioner. Problemerne var relateret til aromastasehæmmere,

	som skærper de menopausale symptomer. Kvinderne med seksuelle problemer oplevede en ændring af deres body image og følte, at deres partner var mindre glad for deres udseende.
--	--

Forfatter	K. Klaeson, K. Sandell og C. M. Berterø (26)
Titel	To feel like an outsider: focus group discussions regarding the influence on sexuality caused by breast cancer treatment.
År	2011
Land	Sverige
Publiceret	European journal of Cancer Care.
Formål	At undersøge, hvordan kvinderne oplevede deres seksualitet efter påvirkningerne fra brystkræften og dens behandling, set i forhold til gældende sociale normer og værdier. Hvordan de beskriver deres følelser i forhold til kvindelighed og kropoplevelser. Hvorledes er de tilfredse med deres seksuelle liv og nærhed med partnere og venner.
Metode	En kvalitativ undersøgelse med fokus gruppe diskussioner.
Materiale	12 kvinder under 50 år, der er behandlet for brystkræft, mens de stadig var præmenopausale.
Fund	Disse kvinder oplevede deres krop på en helt ny og for dem ukendt måde. Kropoplevelser der kan have stor påvirkning og øge deres følelse og at være en outsider. Disse følelser kan efterhånden påvirke deres seksualitet og kvindelighed.

2.8. Sammenfatning.

Denne litteratursøgning har afdækket den evidensbaserede viden, der er tilgængelig på nuværende tidspunkt i omtalte databaser om emnet fysioterapi til kvinder, der er behandlet for brystkræft i en kontekst om seksualitet og body image. Duijts et al 2012 beskriver en undersøgelse, hvor effekten vurderes af kognitiv adfærdsterapi eller individuel fysioterapi samt en kombination af disse to interventioner, (22). Tilsyneladende havde den

fysioterapeutiske intervention positiv effekt på vaginal tørhed, urininkontinens og det fysiske funktionsniveau og hermed også på seksualiteten (ibid).

De øvrige artikler afdækker på hver deres måde, hvordan brystkræft og den efterfølgende behandling kan forandre kvindernes krop og dermed påvirker deres seksualitet. Emilee et al 2010 og Anderson et al 2011 giver samlet et bredt billede af symptomer og konsekvenser, set i fysisk, psykisk og socialt perspektiv.

Fysisk: Operativ fjernelse af bryst, menopausale symptomer, hedestigninger, natlige hedeture og søvnløshed. Vaginal tørhed, smerter ved samleje, nedsat lyst og reduceret mulighed for orgasme. Den total hengivelse og glæde ved den seksuelle handling udebliver for de fleste (23) (24).

Psykisk: Kvinderne skal lære at interagere med den ændrede krop og behandlingsfølgerne, såsom negativt body image, ændret seksuel identitet og måske tab af fertilitet. Desuden opleves depression og angst (23) (24).

Socialt: Påvirkning af relationer til andre, ændrede mulighed for arbejde og karriere samt nedsat social aktivitet. Selv sproget hos kvinderne kan blive påvirket af de indtrufne kropsforandringer og dette påvirker igen evt. børns og andre nære relationers sprog (23) (24).

Panjari et al 2010, finder at ændringer i body image efter brystkræft med efterfølgende behandling, har en direkte påvirkning af de seksuelle funktioner (25). I dette studie har 70% af kvinderne problemer med de seksuelle funktioner. De seksuelle problemer viser sig at være relateret til anvendelsen af Aromastasehæmmere (ibid).

Klaeson et al 2011, tog i deres undersøgelse udgangspunkt i, hvordan kvinderne oplevede deres seksuelle identitet gennem de ændringer af kroppen, som sygdom og behandling havde skabt, set i forhold til de eksisterende sociokulturelle normer og værdier (26). Her beskrives, hvordan kvinder oplevede deres krop på en ny og ukendt måde. Hvordan de f.eks. følte ubehag ved at opholde sig på steder med fremmede og hvor alle var nøgne. Ubeknø, fordi de tænkte på, hvad de fremmede kunne føle ved at se deres forandrede krop. I andre situationer gjorde de, hvad de kunne for at kamouflere, at de manglede et bryst. Disse og flere andre kropslige oplevelser påvirkede dem meget og øgede følelsen af at være en outsider. Følelser, der med tiden yderligere kan påvirke deres seksualitet og kvindelighed (ibid).

Alt i alt giver disse artikler en nuanceret beskrivelse af, hvad disse kvinder kan risikere i forbindelse med behandlingen af brystkræft. En sygdom, som i sig selv er indgribende i deres liv (4). Det vil være relevant at undersøge, om det er muligt at ændre på nogle af disse kropsforandringer/kropsoplevelser og herigennem påvirke disse kvinders seksualitet i en positiv retning.

Der er tilsyneladende ikke lavet sådanne undersøgelser ud fra en fysioterapeutisk indfaldsvinkel. Dette leder frem til følgende problemformulering:

2.9. Problemformulering.

Hvordan oplever kvinder med brystkræft, der har fået fjernet et bryst og er i antihormonel behandling, de forandringer, der sker med deres krop og seksualitet og kan fysioterapi ændre på disse oplevelser?

3. Metode.

I det følgende afsnit redegøres for valg af metode. Først en gennemgang af valg af metode og videnskabeligt ståsted, derefter en beskrivelse af, hvordan empirien blev indsamlet og efterfølgende et afsnit, som beskriver informanterne. Så følger de etiske overvejelser og formalia, analysemetoden samt den emneorienterede litteratursøgning. Afsnittet afsluttes med en gennemgang af den teoretiske ramme, som bliver anvendt i opgavens diskussionsafsnit.

3.1. Videnskabeligt ståsted

Formålet med dette projekt er, at få en dybere indsigt i og forståelse for, hvordan en gruppe kvinder oplever de forandringer, der er sket med deres krop og seksualitet, som følge af sygdomsbehandlingen. Den kvalitative undersøgelsesmetode blev valgt netop fordi hensigten var at indsamle beskrivelser af kvindernes livsverden med henblik på at analysere og fortolke meningen i det fortalte (27).

Metoden til dataindsamlingen har været det kvalitative forskningsinterview, som forberedtes og afholdtes i et fænomenologisk perspektiv, mens den efterfølgende analyse og tolkning har et hermeneutisk perspektiv (27).

Ifølge Kvale fra 1999 er der i det fænomenologiske perspektiv fokus på interviewpersonens livsverden, hvor der lyttes med en åbenhed over for de fortalte oplevelser og spørges ind for at få præcise, varierende og de væsentligste beskrivelser (27). Kvale påpeger, at det er vigtigt at interviewerens tilsidesætter forskerens meninger og erfaringer (ibid).

Kvale formulerer videre, at det hermeneutiske perspektiv har meningsfortolkning som det centrale tema med fokus på den type mening, der søges og opmærksomhed på de spørgsmål, der kan stilles til interviewet, når det er transskriberet (27). Her har interviewerens forforståelse betydning (ibid).

Jacob Brinkler skriver i 2005, at hermeneutik er læren om forståelse af tekster (28). Han fortæller, hvordan hermeneutikken opstod i 1500 tallet med henblik på at finde mening i antikke og bibelske tekster, for senere at blive udvidet til også at omfatte forståelse af personer og handlinger (ibid). I den nutidige udgave af hermeneutikken inkluderer Hans-Georg Gadamer spørgsmålet om forståelsens egenart, hvor forståelse bliver en måde for mennesket at være til stede på, hvilket i praksis vil det sige, at fortolkeren stiller sig åben for at sætte sin forforståelse i spil (ibid).

3.2. Dataindsamling.

I det følgende afsnit beskrives dataindsamlings metoden samt overvejelserne bag valget. Som nævnt blev det kvalitative forskningsinterview valgt som metode for at få indsigt i kvindernes egne oplevelser og samtidig give dem mulighed for at opponere imod spørgsmålene. I følge Kvale og Brinkmann er formålet for det kvalitative forskningsinterview at producere viden. En viden, der konstrueres i et samspil mellem interviewer og den interviewede (29). Hensigten var at få indblik i, hvordan kvinder oplever deres livsverden. Tanggaard og Brinkmann beskriver livsverdenen, som den verden, vi kender og møder i hverdagen. Den verden som umiddelbart fremstår forud for tolkning og refleksion (30).

I denne undersøgelse valgtes det individuelle, semistrukturerede interview. Det blev udført i overensstemmelse med en interviewguide. De indsamlede data blev transskriberet og bearbejdet i en efterfølgende meningsanalyse for til sidst at fremstå som temaer (29).

Kvale og Brinkmann påpeger, at der i interviewsituationen vil være en asymmetri i magtforholdet mellem informant og interviewer forårsaget af sidstnævntes profession, samt den rolle vedkommende har som værende den, der bestemmer emnet, stiller spørgsmålene og bestemmer hvilke svar, der skal følges op (29). I et forsøg på at eliminere bare lidt af denne asymmetri, var det deltagerne, der bestemte, hvor og hvornår samtalen skulle foregå. Informanten kunne undlade at svare og stoppe interviewet helt, hvis dette skønnedes nødvendigt. Intervieweren forsøgte at opretholde en ligeværdig relation under interviewet.

Interviewene blev optaget på bånd efter aftale med interviewpersonerne. Efter interviewet blev det umiddelbare indtryk beskrevet, både interviewers indtryk af informantens, vurdering af egen rolle som interviewer og af kontakten med informanten.

Der blev i alt afholdt tre interview.

3.3. Spørgeteknik og interviewguide

I det følgende redegøres for overvejelser, planlægning, spørgeteknik og udarbejdelsen af interviewguide. Afsnittet afsluttes med en beskrivelse af selve interviewet.

Kvale og Brinkmann 2009, påpeger, at den vigtigste del af en interviewundersøgelse er planlægningen af det og anbefaler at besvare de tre spørgsmål: hvorfor, hvad og hvordan om undersøgelsen (29).

1. Hvorfor denne undersøgelse? Formålet er at få indsigt i, hvordan kvinderne oplever de forandringer, der påvirker deres krop og seksualitet som følge af behandlingen for brystkræft.
2. Hvad ved man i dag? Før planlægningen af selve interviewet blev der indhentet eksisterende litteratur om emnet.

3. Hvordan skal interviewet afholdes? Med afsæt i den indhentede viden og i Bob Prices teorier om body image udarbejdes en interviewguide. Der udarbejdes tre tematiske forskningsspørgsmål og fem dynamiske interviewspørgsmål (29).

Interviewguiden fik denne udformning:

Forskningsspørgsmål	Interviewspørgsmål
<ol style="list-style-type: none">1. Hvordan har behandlingen påvirket kvinders kroppe og hvilken betydning har dette for dem, anskuet i biologiske, psykologiske og sociale perspektiver?2. Hvilken indflydelse har denne påvirkning på kvinders seksualitet?3. Hvordan har dette påvirket deres body image?	<ol style="list-style-type: none">1. Kan du fortælle mig, hvad der er sket med din krop, efter du er behandlet for brystkræft?2. Hvilken betydning har behandlingen haft for dig?3. Kan du fortælle mig, om forandringerne har påvirket din seksuelle aktivitet?4. Hvis du skulle fortælle mig om din krop som den er nu, hvad ville du så nævne?5. Hvilken betydning har behandlingen og dens følger haft for din oplevelse af dig selv?

Under interviewet blev der suppleret med indsigtsgivende spørgsmål, hvis der var brug for at få uddybet nogle af beskrivelserne, men for meste forholdt intervieweren sig empatisk lyttende og signalerede, at der var god tid til at tænke sig om (30). Eksempler på forskellige typer åbne spørgsmål kan ses i Bilag nr. 5.

Kontakten mellem informant og interviewer er af stor betydning for udfaldet af det individuelle interview og ifølge Kvale og Brinkmann er det vigtigt for informanten at få kendskab til intervieweren forud for interviewet (29). Forud for mødet blev kvinderne derfor skriftligt informerede om formålet med projektet, praktiske forhold omkring interviewet og om intervieweren som fagperson (Bilag 2). På selve mødet blev der yderligere givet en præsentation af intervieweren som privatperson for at skabe tillid efterfulgt af en briefing af undersøgelsen samt relevante formalia (Bilag 3). Kvinderne underskrev alle en samtykkeerklæring (Bilag 4). Interviewet var berammet til at vare 30 – 45 minutter og blev afholdt på den lokalitet, som informanten ønskede. Interviewet sluttede med en debriefing, hvor informanten fik mulighed for at stille spørgsmål. Afslutningsvis var der lidt snak om fælles referencer og informanten fik tak for sin deltagelse (29).

3.4. Informanter

I dette afsnit beskrives informanterne og hvordan de blev rekrutteret. For at kunne deltage som informant i projektet, skulle kvinderne have gennemgået en brystkræftoperation med fjernelse af hele det ene bryst, være i medicinsk efterbehandling i form af antiøstrogen behandling på interviewtidspunktet, være dansktalende, mentalt velfungerende og villige til at deltage.

Patienterne blev dels rekrutteret fra den lokale afdeling af patientforeningen og dels det lokale hospital. Interviewer sendte en mail med en forespørgsel om hjælp til at finde informanter, samt information om projektet til bestyrelsen i patientforeningen og til afdelingssygeplejersken på den relevante afdeling. Desværre havde patientforeningen ikke en fælles mailliste, hvilket betød at forespørgslen kun nåede ud til få af medlemmerne. På hospitalet blev mailen sendt videre til patienter, der befandt sig i målgruppen. I løbet af tre måneder meldte i alt tre kvinder positivt tilbage. Ifølge Brinkman og Tangaard 2010, er det projektets rammer, varighed og ressourcer, der bestemmer antallet af informanter, men de foreslår 3 - 5 informanter til et studenterprojekt (30).

Denne interviewundersøgelse blev gennemført med de tre informanter.

De tre kvinder opfyldte kriterierne for udvælgelsen, men havde fået konstateret sygdommen på forskellige tidspunkter i deres livscyklus. De to af kvinderne havde fået diagnosen, mens de ammede deres seneste barn. Den tredje kvinde havde voksne børn. Et fællestræk var, at alle tre kvinder hurtigt var vendt tilbage på arbejdsmarkedet efter operationen.

3.5. Etik og formalia

I det følgende præsenteres de etiske overvejelser, som har haft betydning for dette projekt. Kvale og Brinkmann gør opmærksom på, at selve metoden med interviewundersøgelse giver anledning til etiske overvejelser i samtlige af metodens faser, fordi den viden, der skabes, afhænger af den sociale relation mellem interviewer og den interviewede med henblik på offentlig brug. En balanceakt for interviewer mellem interessant viden og etisk respekt for den interviewede (29). Med dette in mente blev de tre Interviews designet og gennemført. Den efterfølgende analyse og tolkning er forsøgt udført udfra informanternes udsagn, men med forståelsen af, at interviewerens egen forforståelse er en del af tolkningsperspektivet.

Da dataene er indsamlede ved interviews, skal Helsinklideklarationen overholdes, ifølge hvilken fire etiske principper skal overholdes: patientens autonomi, princippet om retfærdighed, at deltagelsen ikke må påføre patienten skade og at deltagelse skal være til gavn for patienten (31). Kravet om autonomi sikres ved, at patienten deltager frivilligt, afgiver informeret samtykke og sikres retten til at trække sig ud af projektet. Alle informanter er sikret fuld anonymitet, idet der ikke er nedskrevet nogen personlige data. I forhold til princippet om retfærdighed, er det interviewerens pligt ikke at udnytte personer, der er svage, som eksempelvis demente patienter. I disse interviews deltog tre velfungerende kvinder.

For at opfylde kravet om ikke at gøre skade, var der fra undersøgerens side taget hensyn til at informanterne kunne være trætte, hvorfor interviewene var berammet til kun at vare 30 - 45 minutter. Under interviewet forsøgte informanternes grænser respekteret. Både de sagte og de usagte. Efterfølgende var der sat tid af til opfølgende samtale i tilfælde af, at der undervejs blev lukket op for svært håndterbare følelser. Det blev der imidlertid ikke brug for.

Med hensyn til kravet om, at deltagelse skal være til gavn for patienten, kan man forestille sig at det umiddelbart har haft en positiv effekt at få sat fokus på sin livsverden og at resultaterne af denne undersøgelse på længere sigt kan være med til udarbejdelse af en helhedsbehandling. Informationerne fra interviewene vil blive vurderet senere i dette projekt inden for en fysioterapeutisk ramme for at finde frem til, om fysioterapi kan afhjælpe nogle af de negative oplevelser hos informanterne. Det er tilsyneladende den første undersøgelse af sin slags.

Båndet med interviewene og det transskriberede materiale opbevares i et aflåst skab og destrueres efter endt eksamen.

Da der i dette masterprojekt hverken indgår forsøg med biologisk materiale, lægemidler, medicinsk udstyr eller foretages forsøg på mennesker, skal denne kvalitative undersøgelse ikke anmeldes og godkendes af Den Regionale Videnskabsetisk Komité (32). Da der ikke gemmes data, der kan relateres til en bestemt patient, skal projektet heller ikke meldes og godkendes af Datatilsynet (32).

3.6. Analysemetode

I det følgende beskrives og eksemplificeres den anvendte analysemetode, samt den efterfølgende fortolkning. Ifølge Brinkmann og Tangaard 2010 modnes ideerne til analysen, mens man transskriberer sit materiale, hvorfor interviewereren i dette projekt selv transskriberede de tre interviews ordret, umiddelbart efter de var optaget (30). Hvor detaljeret en transskription skal være, afhænger ifølge Kvale og Brinkmann 2009 af, hvad den skal bruges til (29). De tre interviews indeholder følelsesladede emner, hvorfor det valgtes at udelade ord som "øh", men at medtage pauser, der noteres som [-]. Suk og dybe indåndinger nævnes (ibid). Herefter blev interviewene gennemlyttet igen og sammenholdt med transskriptionen for at sikre et vist niveau af reliabilitet (ibid).

Det videre analysearbejde er foretaget med henblik på at lave en meningskondensering, hvor hovedbetydningen af det sagte er omformuleret til få ord (29).

Under flere gennemlæsninger af materialet identificeredes meninger eller udtryk, som indeholdt informationer og meningsenheder, som var relevante for problemformuleringen. De forskellige meningsenheder markeredes med hver sin farve og dette gentoges i de tre interviews. Herefter samledes tekster med samme farve for at få en forståelse af helheden. Udsagnene blev omformulerede til det, interviewereren forstod og samlet i fem temaer. Disse temaer blev derefter fortolket ud fra en hermeneutisk forståelse (ibid).

Et eksempel på analysen:

Hvad siger personen

Hvad snakker de om

Tema

<p>En morgentur fra campingvogn til bad. Der er udfordring, fordi der har jeg ikke protese på. Bare det et finde ud af det. Altså, det har jeg så fundet ud af. Jeg tager et håndklæde over højre skulder. Så går jeg med det.</p> <p>Jeg skulle ind på det første badeværelse, hvor der ikke var et spejl. Jeg brød grædende sammen. Fordi, hvordan skulle jeg så få protesen til at sidde det rigtige sted.</p> <p>Jeg løber ikke udendørs. Nu løber jeg indendørs. Når man løber og ikke har en ordentlig protese på, hopper det ene bryst og det gør det andet ikke.</p> <p>Jeg læner mig aldrig forover. Ved ikke hvor meget det vil kunne ses, men jeg tænker konstant på det. Det er endda så indgroet at når jeg tømmer en maskine derhjemme, tager jeg fat med den ene hånd.</p>	<p>Vil ikke vise at hun mangler et bryst.</p> <p>Forsøger at skjule brug af protese.</p> <p>Vil ikke fremstå som en kvinde, der ikke ser ud som andre kvinder.</p>	<p>Ønsker Ikke at føle sig anderledes i det offentlige rum.</p>
---	--	---

<p>Da jeg var i kemo valgte jeg at gå med paryk hele tiden. Ville ikke eksponere mig selv ved at gå barhoved. Og det samme har jeg med brystet også.</p> <p>Det der med at jeg gerne vil gå i svømmehal. Men jeg har ikke lyst til at skulle bade med en masse andre. Fordi jeg kan ikke lide [-] ikke det at jeg skammer mig over det, men jeg kan ikke lide folk bliver sådan [-] de ved godt hvad der er sket, når de ser mig uden tøj på og så kan man se på dem [-] de bliver sådan lidt bange. [-]Uha, hun er ung, hun har fået kræft. Altså, det ser sådan lidt [-] fordi det de ser[-] det er jo død, ikke?</p>	<p>Vil ikke intimidere folk.</p>	
---	----------------------------------	--

3.7. Emnerelateret litteratursøgning

I dette afsnit redegøres for emnerelateret litteratursøgning. I denne opgave er der foretaget to litteratursøgninger. Den første systematiske litteratursøgning blev lavet med henblik på at få belyst problemet: "Hvordan påvirker de kropsforandringer, der sker i forbindelse med behandlingen af brystkræft, kvindernes sexualitet og kan fysioterapi ændre på det?". Denne søgning er beskrevet i afsnittet om problemanalysen.

Den anden søgning er lavet for at få belyst referencerne fra analysen. Søgningen blev planlagt ud fra temaerne: Oplevelse af kropssignaler efter kroppen er ændret af behandlingen for en livstruende sygdom, patienters oplevelser af kropslige forandringer set i relation til kropssopfattelse og ændrede kropssignaler set i relation til kropssopfattelse. Da der i opgavens første søgning kun fremkom en artikel, der matcher disse temaer, valgtes at søge bredere både med hensyn til patientgruppe og søgesteder.

Der blev først søgt i de internationale artikelbaser Pubmed, Cinahl og Psykinfo på søgeordene: body changing, body image, patients experience, body sign og self concept. Her fremkom en relevant artikel. Videre blev der søgt i Bibliotek.dk og Artikelbasen med søgeordene: kropsændringer, kropssopfattelse, patientoplevelser, kropssignaler og selvopfattelse. Her fremkom ingen relevante artikler. Ud fra kædesøgning valgtes to specialer udarbejdet i forbindelse med kandidatuddannelsen for sygeplejesker. Disse tre referencer er anvendt i diskussionen:

Forfatter	Christina Snöbohm, Maria Fredrichsen and Susanne Heiwe (33)
Titel	Experiencing one`s body after diagnosis of cancer - a phenomenological study of young adults
År	2010
Publiceret	Psyko-Oncology
Forfatter	Anne Mette Graubæk (34)
Titel	Den syge krops æstetik
År	2005
Publikation	Sygeplejevidenskab Aarhus Universitet. Specialeafhandling, Kandidatuddannelsen i sygepleje.
Forfatter	Mette Rosendal Darmer (35)
Titel	Når kroppen bliver en anden.
År	2002
Publikation	Institut for Sygeplejevidenskab Århus Universitet. Specialeafhandling, Kandidatuddannelsen i sygepleje

3.8. Teoriramme

I dette afsnit præsenteres projektets teoretiske ramme. Den teoretiske ramme relateret til problemformuleringen udgøres af Bob Prices teorier om Body image og Berit Bunkans ressource orienterede kropsterapi.

3.8.1. Bob Price

Bob Price var en engelsk sygeplejeteoretiker, der har fremsat en teori om normal og ændret kropsopfattelse ud fra teoretiske og empiriske studier, som tager udgangspunkt i en holistisk forståelse af mennesket. Han ser sjæl og krop som en helhed (17). Bob Price definerer body image således:

Kropsopfattelse (*body image*)

"Kropsopfattelse referer til tre essentielle komponenter: kropsopfattelse er måden, hvorpå vi opfatter og føler vores krop (kropsrealitet), hvordan den reagerer på vores kommandoer

(kropspræsentation) og inkluderer en indre standart fra hvilken begge bedømmes (krops ideal) ” (17:4).

Bob Price beskriver endvidere, at disse enheder beskrives adskilt, men skal ses i sammenhæng som systemer, der ved ændringer påvirker hinanden, hvilket igen påvirker kropsopfattelsen (17). Enhver ændring eller påvirkning af kroppen udløser således ændringer eller reaktioner i krop eller kropsopfattelse (ibid). Kropsopfattelsen er i konstant forandring i såvel sundhed, sygdom eller skader, og når en enkelt komponent ændres, forsøger mennesket at opretholde en balance mellem de tre komponenter (ibid). Bob Price definerer de enkelte komponenter således:

Kropsrealitet

Kropsrealitet (*body reality*) refererer til en objektiv opfattelse af kroppen som den er, bestående af fysik råmateriale, skabt af gener og påvirket gennem vækst og liv (17).

Kropsrealitet bliver fortolket af den enkelte og bliver tillagt en mening. Som for eksempel kroppen som en risiko, velbehag, trussel eller velkendt (ibid).

Kropspræsentation

Kropspræsentation (*body presentation*) refererer til kroppen som arrangeret, tilpasset og præsenteret for andre (17). Den måde, den enkelte bevidst agerer på, ses som et udtryk for den personlige vilje, hensigter og følelser og afspejler således det enkelte menneskes forsøg på at matche kropsrealitet med kropsideal (ibid). Kropspræsentation handler både om udseende, kropslige udtryk og kropsfunktion. Kropslige udtryk er for eksempel personlig udstråling i overensstemmelse mellem det, vi siger med ord, og det kroppen udtrykker (ibid). Måden hvorpå kroppen præsenterer sig, er afgørende for menneskets selvopfattelse, fordi omgivelser og omgivelsernes reaktion virker som et spejl, som mennesket bedømmer sig selv ud fra (ibid). Det første indtryk af andres kropspræsentation kan være starten på en relation (ibid).

Kropsideal

Kropsideal (*body ideal*) refererer til individets indre billede af sig selv, til forestillingen om, hvordan egen krop skal se ud og hvordan den skal fungere (17). Det gælder også kropsfunktionerne, kroppens pålidelighed og driftssikkerhed (ibid). Det betyder, at kropsidealet er individuelt og at alle mennesker har deres egen norm eller standart, som de vurderer kropsrealitet og præsentation ud fra (ibid). Den norm, den enkelte bevidst eller ubevidst har for sit kropsideal, er dannet ud fra opvækst, uddannelse, netværk, sociale faktorer og tidens normer om, hvordan kroppen skal se ud og fungere (ibid). Normer som for eksempel relaterer til begreber som intimitet og seksualitet (ibid). Kropsidealet er med til at skabe et personligt rum, hvor man kan føle sig sikker (ibid). Bob Price mener, at mennesket er nødt til at tage sin personlige kropsopfattelse seriøst, idet denne påvirker selvrespekten. Det er igennem kroppen, individerne møder hinanden og kroppen er med til at skabe social værdi. Menneskets personlighed påvirkes af, hvad andre tænker om det.

Ifølge Bob Price 1999 kan sygdom eller ulykke pludselig ændre kropsrealitet og kropspræsentation ved pålidelighed, komfort, kropstyrke, udsende etc., hvilket igen fordrer

et ændret kropsideal for at opnå en ny balance (36). Hvis det enkelte menneskes standart er urealistisk og dermed uopnåeligt, vil det ofte resultere i kropslig utilfredshed, tristhed eller depression (ibid).

Bob Price gør opmærksom på, at det er i situationer, hvor der forekommer ændring af kropsfunktion og kropsudseende, at kroppen påkalder sig vores opmærksomhed og fremtræder for os (17).

Bob Price mener, at personligheden påvirkes af, hvad andre tænker om den enkelte og er med til at skabe social værdi og at mennesket er nødt til at tage den personlige kropsopfattelse seriøst (17). I 1990 beskriver Bob Price den situation, der opstår for en patient, hvis kropsforandringer er for massive (36). Han begrebsætter dette til "Alteret body image"(ibid).

Ændret kropsopfattelse

Ændret kropsopfattelse (*altered body image*) defineres af patienten og refererer til en tilstand af personlig stres, som indikerer, at kroppen er blevet dysfunktionel, ikke længere støtter selvtilliden, og begrænser deltagelse i sociale arrangementer (36). En ændret kropsopfattelse opstår, når kropsrealitet, kropsideal, kropspræsentation og individets coping strategier er overvældet af skader, sygdom, handicap eller social stigmatisering, således at både krop og identitet er forandret (ibid).

3.8.2. Fysioterapi

Ifølge Thøgersen og Lindahl i 2009 vil kropsfunktionen påvirkes, når kroppen ændrer sig og patientens opmærksomhed henledes på det område, der er forandret (37). En del af det fysioterapeutiske arbejde sker i samarbejde med patienten, dels ved at finde redskaber til at afhjælpe forandringerne og dels ved at hjælpe patienten til at genskabe et billede af hele kroppen og dermed igen opleve den som en integreret helhed (ibid). Kropsopfattelsen skal ikke kun opleves som dysfunktionel, men også kunne være positiv og understøtte, at personen kan tage imod såvel fysiske, psykiske som sociale udfordringer (37). Remvig et al skriver i 2003, at fysioterapeuters arbejdsmetoder bygger på tre rammer til forståelse af krop, bevægelse og funktion:

- En biomekanisk forståelse.
- En psykomotorisk forståelse.
- En neuromuskulær forståelse.

Metoderne fra de tre forståelsesrammer bruges i vekselvirkning i den fysioterapeutiske behandling og indgår med teknikker, redskaber og pædagogik på forskellige tidspunkter i processen (18).

Ifølge Elisabeth Østergaard i 2010, er mange af den vestlige verdens fysioterapeuters forståelse af deres fag hovedsageligt baseret den biologisk krop (38). Så entydigt er billedet ikke i Norden, hvor mange fysioterapeuter, ifølge Gunn Engelsrud i 2007, arbejder ud fra den opfattelse, at vi både er og har en krop (16). Det er netop kendetegnende for nordisk fysioterapi, at der er tradition for at inkludere en psykomotorisk tilgang (38).

I denne opgave vælges at arbejde med den norske fysioterapeut Berit Bunkans forståelse for kropsbehandling. Berit Bunkan skriver i 2008, at kropsbehandlingen må vælges ud fra patientens ressourcer, og det man ønsker at opnå (14). Den undersøgelse Berit Bunkan refererer til, kaldes "Den Ressourceorienterede Kropsundersøgelse" (ibid). Denne tilgang har til hensigt at give en helhedsvurdering af kroppen og det integrerede samspil mellem psyke og krop, og dermed danne udgangspunkt for tilrettelæggelsen af behandlingen (ibid).

Undersøgelsen består af fire hovedelementer:

- A. *Kropsholdningen* iagttages hos patienten i både stående, siddende og liggende stilling. Hensigten er at få information om vanemønstre og omstillingsevne. Det er netop evnen til at være fleksibel i kroppen, der har betydning for, at der kan ske ændringer.
- B. *Respirationen* observeres løbende under hele undersøgelsen og hensigten er også her at se på omstillingsevne og spontanitet.
- C. *Kropsfunktionen* iagttages af patientens bevægelsesmønstre og herunder vurderes evnen til at lade sig passivt bevæge af fysioterapeuten, samt evnen til at give efter for tyngdekraften. Hensigten er at vurdere vanemæssige bevægelsesmønstre, bevægelsesbegrænsninger og generel stivhed, samt patientens afspændingsevne.
- D. *Muskulaturen* palperes for at registrere stivhedsgrad og homogenitet og registrere, hvordan patienten oplever berøring. Hensigten er at få billede af patientens spændingsmønstre og indkredse hvilke områder, der har høj spænding og hvilke, der har lav spænding.

I løbet af undersøgelsen observeres patientens reaktioner og behandleren må løbende forhøre sig om, hvordan patienten har det (ibid).

Bert Bunkan beskriver videre, hvordan man ud fra undersøgelsens resultater tilrettelægger den behandling, der har til formål at reducere uhensigtsmæssige muskelspændinger, at ændre uhensigtsmæssige holdnings-/bevægelsesmønstre og respirationssvaner, der giver patienten problemer; samt ligeledes at ændre patientens kropsbevidsthed (ibid). Berit Bunkan anbefaler, at man bruger den "Ressourceorienterede kropsterapi", som behandlingsform. Denne skelner mellem en indgribende og en støttende behandling med metoder og teknikker fra fysioterapiens områder (ibid).

4. Præsentation af empiri samt analyse og diskussion

Ved analysen af de empiriske undersøgelser er der fremkommet fem temaer:

- Kvindekroppen forandres
- Angsten er der
- Ønske om ikke at føle sig anderledes i det offentlige rum
- Fra elskov til moden kærlighed
- Den forandrede krop er min

Disse temaer vil blive belyst af citater fra interviewene.

Efter analyseafsnittet vil de fem temaer blive relateret til teorirammen sammen med baggrundsbeskrivelsen og den relevante litteratur.

4.1. Analyse

Kvindekroppen forandres

At få brystkræft betyder, at en central del af den feminine krop er ramt af sygdom. De tre interviewede kvinder har hver især fået fjernet hele brystet operativt. En kropsdel er blevet amputeret og har efterladt en asymmetrisk krop. Kvinderne ser asymmetrien i spejlbilledet og mærker det, når de tager sig til brystet. Der er nu et stort ar, hvor brystet skulle være, og et område med ændret følesans. En af deres erogene zoner er forsvundet. En af kvinderne fortæller, at hun har et lille område ved armhulen, som ved berøring giver hende en vag, pirrende følelse, som var det brystvorten, der blev berørt. To af kvinderne fortæller, at det meget vigtigt for dem, at deres ar er så pænt lavet, som de er. Dette er væsentligt i den beajdningsproces, de skal igennem for at acceptere det forandrede område, men det er også vigtigt for, at deres partner ikke væmmes ved mødet med deres krop. De håber, at han med tiden får lyst til at røre ved dem der. De tre kvinder er på hver deres stadie i processen med at acceptere den forandrede krop.

Jeg er der, hvor jeg godt kan vågne op og ikke tænke på, jeg mangler et bryst og jeg også i drømme mangler et bryst.

Det kan stadig være lidt svært for begge parter med berøring af området i intime situationer og to af kvinderne har valgt at beholde protese og bh på under akten:

F.eks. sagde jeg, han godt måtte røre mig på protesen, fordi det er rarere at have begge hænder fulde -dyb indånding- og jeg synes også, det er mærkeligt, at det kun bliver den ene side, selvom jeg ikke kan mærke den anden.

Det ændrede kropsbillede har også en betydning for kvindernes børn. De kan se, at deres mor er asymmetrisk, med kun et bryst, hvor der før var to. Deres mor ser ikke ud, som

kammeraternes mødre eller som kvinderne, de ser i medierne. De tre kvinder føler sig imidlertid alle fuldt accepteret, som de ser ud nu, og elsket af deres børn.

Det amputerede bryst erstattes af protese og farverige bh-er og der stilles anderledes krav til det tøj, der skal indkøbes. Protesen skal se ud som et bryst, selvom den er kropsfremmed og ikke har andre funktioner end den rent visuelle.

Behandlingen for brystkræft er en belastning for hele kroppen og kvinderne har haft kropsoplevelser, de helst ville have været foruden, især i forbindelse med kemokuren. Kroppen følte fuldstændig ødelagt af træthed, den massive kvalme og de mange opkastninger. De har været plaget af smerter, stikken og prikken alle vegne og håret er faldet af. De har følt sig smadrede både fysisk og psykisk.

Det er frygteligt at være i en krop, der ikke er til at holde ud at være i.

Alligevel retter kroppen sig igen. Specielt den ene af kvinderne fortæller begejstret om, hvordan kroppen blev bedre ved, at hun begyndte at spise og motionere og efterhånden kom håret også tilbage. Hun er stolt af, at hendes krop kunne klare det. Hun ser det som en triumf, men ønsker absolut ikke at opleve det igen.

Kvinderne fortæller, at de har været gennem et medicinsk behandlingsforløb, som i en periode har gjort dem så syge, at de ikke kunne varetage de daglige funktioner. Deres kroppe har nu restitueret sig så meget rent fysisk, at de alle tre har genoptaget arbejde og er tilbage i det daglige liv med familien. Den operative behandling har medført, at deres kvindekroppe er forandrede for altid.

Angsten er der

Kvinderne er helt tydeligt præget af alvoren ved deres sygdom. De ved, at den antihormonelle behandling kan give humørsvingninger og de mærker også, at den medfølgende træthed kan bevirke, at simple gøremål bliver uoverskuelige, og sideløbende hermed har hele sygdoms- og behandlingsforløbet medført alvorlige eksistentielle overvejelser. De har mærket, at de ikke er udødelige. Tanken om døden er rykket længere frem i deres bevidsthed.

Der er ikke noget, der er forbi, bare fordi man er færdig med sin behandling.

Specielt to af kvinderne fortæller, at de mærker det i deres dagligdag: begivenheder og oplevelser sættes i et nyt perspektiv, som gør, at deres valg og beslutninger bliver præget af, hvor vigtigt de nu synes, det er.

I starten følte den ene kvinde, at alt, hvad hun lavede, skulle give mening. Det var en overvindelse at vaske familiens tøj, for det ville bare blive beskidt igen. Alle tre kvinder prøver at få så normal hverdag som muligt tæt sammen med den nære familie. De er blevet mere selektive i forhold til venner og bruger kun tid på de venner, der har forståelse for den nye situation og som betyder noget for kvinderne. De fravælger venner, der opfører sig akavet eller sårende. De prioriterer alle tre at gøre noget for egen sundhed som for eksempel en daglig gå- eller løbetur.

Kvinderne tager gerne nye udfordringer op, hvis det er udfordringer, der betyder noget for dem i det nye perspektiv. For eksempel har en af kvinderne købt en ny symaskine og syr nyt tøj til børnene af genbrugstøj. Det sparer på familiens økonomi og reducerer forureningen på verdensplan en smule.

Kvinderne mærker til stadighed angsten sidde i kroppen:

Kroppen som sådan er fin nok [-] øh, men jeg er meget optaget af alt, hvad der sker i min krop, fordi det sidder i mig, fordi jeg er meget bange for, hvis jeg mærker noget [-] hvad kan det være tegn på?

Mærker de en smerte eller en ukendt fornemmelse, får de det psykisk dårligt med det samme og kontakter lægen for at få hjælp til at tolke tegnene. Kropsbevidstheden er rettet mod sygdomstegn eller mod, hvad kroppen har behov for, så de undgår at blive syge. De positive signaler kroppen også kan sende, får mindre opmærksomhed end de negative.

Det er sjældent, det er noget i kroppen, der giver mig følelsesmæssige udsving, med mindre jeg føler, der er noget galt.

Kvinderne fortæller, at selvom de alle tre er erklæret raske, er angsten for at dø i deres bevidsthed og forstyrrer deres tolkning af alle kropssignaler.

Ønske om ikke at føle sig anderledes i det offentlige rum.

Kvinderne bliver især opmærksomme på deres forandrede kroppe i det offentlige rum. Det kan medføre begrænsninger i deres sociale aktiviteter, hvis de ikke udvikler nogle strategier, så de kan få kontrol over den nye situation. Eksempelvis kvinden, der på campingpladsen vælger at bruge et håndklæde til at skjule, at hun mangler et bryst:

En morgentur fra campingvogn til bad. Der er det udfordring, fordi der har jeg ikke protese på. Altså, det har jeg så fundet ud af. Jeg tager et håndklæde over højre skulder. Så går jeg bare med det.

I andre situationer kan en ændring i det vanlige bevægemønstre være nok til, at protesen ikke bliver afsløret.

Jeg læner mig aldrig forover. Ved ikke, hvor meget det vil kunne ses, men jeg tænker konstant på det. Det er endda så indgroet, at når jeg tømmer en maskine derhjemme, tager jeg fat med den ene hånd.

Alle tre kvinder motionerer ved at gå eller løbe. De gør det, dels for at mindske de fysiske gener som træthed og smerte og dels som middel til at holde fast i sig selv, når de har det psykisk dårligt. Den ene af kvinderne har fravalgt at løbe i naturen og løber i stedet derhjemme.

Jeg løber ikke udendørs. Nu løber jeg indendørs. Når man løber og ikke har en ordentlig protese på, hopper det ene bryst og det gør det andet ikke.

Hun er senere i interviewet inde på, at andre nok ikke kan se forskellen med den type protese, hun har. Hun har løbet foran sin mand og spejl for at vurdere det, men hun løber stadig kun hjemme. Det kunne tyde på, at den bevidsthed om den ændrede krop, som protesen giver hende, kunne være den egentlige årsag til begrænsningen.

To af kvinderne har tidligere haft stor glæde af at benytte offentlige svømmehaler, men ingen af dem har endnu ikke haft mod til at genoptage dette.

Det der med at jeg gerne vil gå i svømmehal. Men jeg har ikke lyst til at skulle tage brusebade med en masse andre. Fordi jeg kan ikke lide [-] ikke det at jeg skammer mig over det, men jeg kan ikke lide folk bliver sådan [-] de ved godt, hvad der er sket, når de ser mig uden tøj på og så kan man se på dem [-] de bliver sådan lidt bange. [-] Uha, hun er ung, hun har fået kræft. Altså, det ser sådan lidt [-] fordi det de ser [-] det er jo død, ikke?

Hun ønsker ikke at give de andre badegæster en dårlig oplevelse, så hun bliver foreløbig hjemme, men har planer om at tage til en svømmehal med familierum. Den anden kvinde har netop fået et barnebarn og har sat sig det mål, at det skal være naturligt for barnet at komme i svømmehal med Bedste, selvom om Bedste mangler et bryst.

Kvinderne fortæller, at de på hver deres måde forsøger at mindske de kroniske kropsforandrings indflydelse på deres aktiviteter i det offentlige rum.

Fra elskov til moden kærlighed.

De tre kvinder lever hver især i et heteroseksuelt parforhold og af deres svar fremgår det, at de forbinder seksuel aktivitet med samleje. Alle tre har oplevet, at deres seksuelle aktivitet har ændret sig, efter at de er behandlet for brystkræft og i løbet af de forskellige interviews fremkommer et mere nuanceret billede af årsagerne.

Den ene kvinde har oplevet bivirkninger af den antihormonelle behandling i form af en meget tørre slimhinder i skeden:

Men så begyndte pillerne at påvirke mig. Mine slimhinder. Du aner ikke hvor tørre mine slimhinder er. Jeg ved snart ikke, hvad jeg skal gøre ved dem. Og så mistede jeg lysten. Ikke til min mand og ikke til sex, men alligevel skete der et eller andet med mig.

Senere i interviewet, i forbindelse med beskrivelsen af episoden, hvor lægen orienterer om at behandlingen ikke slutter med operationen, men skal følges op med en antihormonel behandling, kommer kvinden i tanke om:

Det var nok lidt af et chok for mig, da det gik op for mig. Lægen sagde at hun kunne se på mit ansigt, at det her ville jeg bare ikke [-] øh [-] og det er jo nok også derfor, det kommer lidt på det seksuelle. Den kamp har jeg ikke kunnet vinde.

Parret har valgt helt at stoppe med den seksuelle aktivitet, netop fordi kvinden føler, hun har en blokering. Hun savner det meget, men har brug for hjælp til at begynde igen. De mangler nærheden i parforholdet. Hun har på egen læges anbefaling forsøgt sig med lokal virkende

hormonbehandling og glidecreme. Men det har ikke været nok til, at parret har genoptaget det seksuelle samvær. Hun ved bare ikke, hvad der mere skal til.

De daglige aktiviteter med børn og arbejde optager kvinderne meget og det, at de er påvirket af en massiv træthed spiller også ind på lyst og mulighed for spontan leg. Sex fylder ikke så meget i deres hverdag og for ikke at glemme det helt, har det været nødvendigt for det ene par at indføre begrebet "kæresteaften". Her er der tid og plads til gensidig kærtegn og seksuel udfoldelse. Men det er ikke som før. Spontaniteten og det eksperimenterende er væk. Det er rart, betydningsfuldt og dejligt at være tæt sammen og mærke nærheden. Disse kæresteaftener er meget betydningsfulde for parforholdet, men for kvinden er selve den seksuelle aktivitet ikke længere så vigtig:

Nej, sex fylder ikke så meget for mig [-] Jeg kan sagtens blive ophidset [-] æh [-] jeg ved ikke om jeg kan give mig ligeså meget hen. Suk- det er ligesom noget der har ændret sig. Der er nogen ting, som er rigtig vigtige for en, men som [-] øh, når [-] man ligesom har fået sat sit liv på spidsen, så er der bare få ting, som virkelig betyder noget. Så kan man sige, alt andet kan være vigtigt og dejligt, men det vil altid være sat i det perspektiv, der hedder, at der også bare er alt det, der er essensen af livet og det tror jeg ikke sex er en af de ting, jeg vil sige er essensen af livet.

For den tredje kvinde er det også den seksuelle aktivitets betydning for parforholdet, der er det vigtigste. Specielt nærheden bagefter. Hun oplever aldrig orgasme, men har heller ikke gener ved at gennemføre samlejet. Hun kan mærke lysten i kroppen men oplever det paradoks at miste lysten, når det kommer til handling. Lysten er inde i hovedet, men hun har ikke lyst til at blive berørt.

Jeg har ikke lyst til [-] suk [-] når det begynder [-] så bliver jeg irriteret, synes det er træls. Skal ikke røres ved.

De impulser hjernen modtager gennem hudens overflade, stemmer ikke overens med den lystfølelse, hun oplever inde i sit hoved. Hun vælger at fortsætte handlingen, for lysten er der stadig et sted.

Kvinderne fortæller, at deres seksualitet er forandret som følge af chokket over behandlingens omfang og angsten for at få tilbagefald og det betyder, at den seksuelle aktivitet er ændret af fysiske, psykiske årsager og påvirker deres sociale relationer.

Den forandrede krop er min

For disse kvinder har bryster fået en helt ny betydning. Tidligere var det en del af deres krop, deres femininitet og seksualitet. De var alle tre glade og tilfredse med deres bryster, uanset om de var små eller store. Pludselig blev de bevidste om deres bryster på en helt anden måde. De gik rundt med et sygt bryst og det var nødvendigt for deres overlevelse at få brystet fjernet. Der er stor forskel på, hvilken betydning dette har fået for den enkeltes oplevelse af sig selv nu. Den ene af kvinderne har meget svært ved se sit eget spejlbillede; hun føler ikke, det er hende, men med tøj på føler hun sig kvindelig. For hende har arbejdet haft en meget

vigtig rolle for selvopfattelsen. Hun valgte at starte hurtigt efter operationen og har trods et træthed og utilpashed for at gennemføre de arbejdsopgaver, der var til hende på arbejdspladsen. Sygdommen måtte ikke ændre noget for hende. En anden væsentlig faktor, der har betydning for hendes identitet, er evnen og muligheden for at kunne styre sit liv.

Og lige pludselig vidste jeg, at det ikke var det at få tilbagefald, men at miste styringen med mit liv, der ville være det værste. Og det har jeg tænkt på siden og det er derfor at jeg stadig væk, når jeg har tøj på, føler mig som den samme, [-] men hvis jeg ikke kunne arbejde, så ville jeg gå ned psykisk.

En anden af kvinderne beskriver, at skiftet fra at tro, at man er fuldstændig rask og til man pludselig er dødssyg, har vendt op og ned på alting. Det har ændret hendes verdensbillede, så hun er blevet opmærksom på, hvor sårbar hun er. For hende som person betyder det, at hun er blevet mere afklaret om, hvad der er vigtigt for hende og hvad hun vil prioritere.

For mig er seksualitet noget mere forfængeligheds noget nu og det er ikke noget, der sådan kan påvirke mig. Jeg kunne bare tænke mig, at min krop var rask, at der aldrig mere kom sygdom til den.

Den tredje kvinde har arbejdet med at komme til at holde af den krop, hun nu har, så hun som et forbillede kan udstråle, at man skal elske sin krop. For hende er det vigtigt at lære sin teenage-datter, at man skal holde af sig selv og den krop, man nu har. En bevidsthed kvinden ikke fik som ung fra sin egen mor. Hun frygter, at datteren skal blive grebet af tidens ånd med at vurdere kroppen ud fra normgivende forbilleder. Kvinden vil gerne, uden ord, men ved hjælp af den måde, hun opfatter sig selv på som kvinde, anskueliggøre, at hun er tilfreds med sin krop. I den proces er kvinden virkelig nu reelt kommet frem til, at hun nu holder af sin krop med de forandringer, den har.

Mor og datter har taler om seksualitet i forbindelse med datterens seksualundervisning i skolen. I den forbindelse har moderen fortalt, at selvom hun er en seksuelt erfaren kvinde, skal hun lære på ny, hvordan kroppen reagerer, fuldstændig som den gang hun var teenager, så her har mor og datter noget tilfælles. Bare i hver sin livsfase.

Kvinderne fortæller, at deres kropsbevidsthed er ændret og de prøver hver især at finde sig selv i den nye krop.

4.2. Diskussion.

Kvindekroppen forandres

I dette studie har alle kvinderne oplevet, at deres kropsbillede pludselig er forandret; de har fået fjernet et bryst operativt, efter at have fået konstateret brystkræft. Det er meget svært for dem at identificere sig selv med den asymmetriske krop, som nu er deres. Asymmetrien optager deres tanker dagligt og de bliver jævnligt bekræftet i det ved et blik i spejlet, når de ubevidst tager sig til brystet eller når familien ser dem nøgne i badet. Dette genfindes i et studie af Klaeson et al 2010, hvor det fremgår, at kvinder, der er opereret for brystkræft, er

overvældet af følelsen af ikke kunne genkende sig selv og de mangler nogle at kunne identificere sig med (26). Ligeledes beskriver Emilee et al 2010 i et review om sexualitet efter brystkræft, at nogle kvinder oplever, det med kun at have et bryst, er som at være en halv kvinde. De bryder sig ikke om deres udseende uden tøj på (23). Tilsvarende gælder det for kvinderne i nærværende studie, at berøringen af såvel deres bevarede bryst og det område, hvor der tidligere var et bryst, er en vigtig del af den seksuelle handling. De ved, det vil give en ny sanseoplevelse, fordi sensibiliteten er forandret. I området omkring arret er der ingen eller diffus sensibilitet, men en berøring her samtidig med berøring af det eksisterende bryst giver alligevel en oplevelse af at være en hel kvinde.

For disse kvinder er det tillige vigtigt, at deres ar er pænt lavet. Det betyder meget for dem, at det område, hvor deres bryst og dermed en af deres erogene zoner var tidligere, ikke fremkalder væmmelse hos deres partner. Brystet som erogen zone har tidligere været kilde til seksuel lyst og ophidselse hos kvinderne og de håber, at deres mand med tiden får lyst til at røre dem der igen. For en af kvinderne giver berøring af et lille område lige foran armhulen følelsen af, at det er brystvorten, der bliver berørt, men det er endnu kun en diffus følelse.

I et review af Emilee et al 2010, fremgår det, at brystkræft er den kræftform, der har størst indflydelse på seksualiteten. Det skyldes, at brystet er en central del af sexualitet og et betydningsfuldt område for erotisk glæde og stimulering (23).

Ifølge teoretikeren Bob Prices teori fra 1990 om kropsopfattelse, er kvindernes kropsrealitet og kropspræsentation forandret som følge af den operative fjernelse af brystet og det vil kræve et ændret kropsideal for at opnå en ny balance imellem de tre komponenter kropsrealitet, kropspræsentation og kropsideal (17). Det vil for kvinderne betyde, at de skal ændre på deres indre billede af, hvordan deres krop skal se ud (ibid).

Bob Price beskriver endvidere, at kropsidealet også omhandler kroppens funktioner og driftssikkerhed (17). I forbindelse med kemokurens kraftige påvirkning oplevede alle kvinderne i dette studie, at deres krop var forfærdelig at være i. Kroppen følte fuldstændig ødelagt af den hårde behandling, men alligevel blev den langsomt bedre og begyndte at fungere igen. Specielt for den ene af kvinderne har den proces medført, at hun er stolt af sin krop. Selvom hun føler, at kroppen ikke længere er pålidelig, ser hun det som en triumf, at kroppen har klaret den kraftige behandling. Set i relation til Bob Prices teorier er hendes kropsrealitet er blevet ændret. Kroppen har svigtet ved at blive syg, men har trods det udvist en form for driftssikkerhed og klaret at restituere sig efter kemokuren, så hendes kropsideal er forandret (17). En proces som medførte, at kvinden oplevede nye sider af sin krop. Ved at hendes kropsideal tilpassedes til den nye kropsrealitet, kom der atter balance mellem de tre komponenter, kropsideal, kropsrealitet og kropspræsentation (ibid).

Angsten er der

I denne interviewundersøgelse fortæller kvinderne, at deres liv og dagligdag er ændret, efter at de er opereret for brystkræft. De er blevet bevidste om, at de ikke er udødelige og det sætter alt andet i perspektiv. De prioriterer den nære familie meget højt og prøver at få

hverdagen til at være så normal som mulig. Det betyder, at venner og aktiviteter bliver vurderet på ny. Deres valg og beslutninger bliver præget af, hvor vigtigt de synes, det er. De er blevet mere bevidste om egne behov, eksempelvis prioriterer alle tre fysisk træning højt. De tager også gerne nye udfordringer op, hvis disse er betydningsfulde for dem. Dette genfindes i et studie af Klaeson et al 2010, hvor det fremgår, at meningen med livet er blevet et centralt aspekt for kvinderne efter at de er behandlet for brystkræft (26). Det fremgår endvidere, at kvinderne er blevet mere selektive i deres valg af venner og desuden er blevet mere bevidste om egne interesser, således at de nu giver sig tid til for eksempel træning og socialt samvær (ibid).

I nærværende undersøgelse fortæller kvinderne, at angsten sidder i deres krop. De er nu meget opmærksomme på deres krop, men de har fået en negativ tilgang til den, idet kroppen på en måde er blevet et barometer for sygdom. Mærker de noget, tolker de det som tegn på sygdom og søger hjælp hos lægerne. Tilliden til kroppen er væk, så de er usikre på de signaler, kroppen sender. Kroppens pålidelighed er ændret og dette betyder ifølge Bob Prices teorier, at deres kropsrealitet er ændret (17). Han skriver endvidere, at netop tab af kropslig forudsigelighed, pålidelighed og kontrol er en svær del af det, at blive syg, fordi det indebærer megen usikkerhed og frygt om fremtiden (ibid).

I denne undersøgelse fortæller den ene af kvinderne, at hun kan mærke i sin krop, når hun føler vrede eller angst, og enhver fornemmelse og følelse, hun mærker, giver tanker om, at der er noget galt. Det er nærliggende at sætte denne angst for at føle efter i forbindelse med den hæmmede seksualitet.

I en undersøgelse af Graubæk fra 2005, af kronisk syges opfattelser af vedvarende kropsforandringer, fremgår det, at det for en del af deltagerne er oplevelsen af ikke længere at kunne stole på sin krop og det at føle sin krop som en fjende, der angriber, der medfører en eksistentiel rystelse (34). Ifølge fysioterapeut Berit Bunkan 2008, kan angst, bevidst som ubevidst, sætte sig i kroppen som muskelspændinger og ændret respiration. Angsten er knyttet til kropsforsvaret (14). Hun skriver endvidere, at fysioterapi, specielt den ressourceorienterede kropsterapi, kan ændre på dette kropsforsvar, men glemte følelser og problemer kan komme frem til bevidstheden igen ved terapeutisk behandling af kroppen. Derfor er det nødvendigt med en omfattende undersøgelse forud for behandlingen: "den ressourceorienterede kropsundersøgelse", så den individuelle behandling tilrettelægges ud fra den enkeltes behov og ressourcer (ibid).

Ønske om ikke at føle sig anderledes i det offentlige rum

Kvinderne i dette studie har alle en krop, der er forandret på grund af sygdomsbehandlingen: de mangler et bryst. De gør alt, hvad de kan for at skjule denne forandring for omgivelserne, specielt når de bevæger sig i det offentlige rum. De vælger alle at bruge en brystprotese og bruger BH og køber tøj, der hænger løst og skjuler protesen. Derudover laver de opfølgende strategier ved at indøve nye bevægemønstre for ikke at afsløre kroppens ændrede udseende. For eksempel undgår de at læne sig forover, selv når de skal tømme egen opvaskemaskine. Ifølge Bob Prices teori fra 1990 om kropsopfattelse, er deres kropsrealitet forandret (17). De

kompenserer for dette ved at ændre på deres kropspræsentation med tøj m.m. og på den måde skaber de sig en ny kropsopfattelse, så de føler sig trygge nok til at færdes i det offentlige rum (ibid). Bob Price siger endvidere, at måden, hvorpå kroppen præsenterer sig, er afgørende for menneskes selvopfattelse, fordi omgivelsernes reaktion virker som et spejl, som mennesket bedømmer sig ud fra (ibid). Strategien med at ændre på kropspræsentationen genfindes i et studie af Klaeson et al 2010, hvor det fremkommer, at kvinder, der er opereret for brystkræft, føler sig udenfor og det er meget vigtigt for dem, at vise omverdenen, at de er raske og normale ved at gøre meget ud af tøj og make up (26). Samme studie finder, at kvinderne oplever skyldfølelse i situationer, hvor de er nøgne overfor fremmede mennesker, fordi de fremmede bliver tvunget til at se på de forandrede kroppe (ibid). Dette kan også genfindes i nærværende undersøgelse, hvor det viste sig, at en af kvinderne fravælger besøg i svømmehal for ikke at signalere ”død og sygdom over for de andre badegæster”, som hun udtrykker det. Det kunne tyde på, at kvinderne er mere opmærksomme på, hvordan deres krop påvirker deres omgivelser negativt, end på hvad de tænker om sig selv.

Fra elskov til moden kærlighed

Alle kvinderne i nærværende studie har oplevet forstyrrelser i deres seksualitet i forbindelse med behandlingen af deres kræftsygdom. Årsagerne har været af biologisk, psykologisk, social karakter eller et samspil mellem de tre komponenter. Det, der betyder mest for disse kvinder, har ikke så meget været de symptomer, som det berettes om i studier om andre kvinder, der er opereret for brystkræft og i antihormonel behandling, Anderson et al 2011, Panjari et al 2010 og Gilbert Emilee et al 2010. Her berettes om menopausale symptomer som natlige hedeture, hedestigninger, tørre slimhinder eller nedsat evne til at få orgasme, bivirkningerne ved den antihormonelle behandling, eller de psykiske reaktioner på bivirkningerne (24) (23) (25).

Gennem alle tre interviews fremgår det, at det er faktorer som chok over behandlingen eller angsten for tilbagefald, der har den største betydning for kvindernes seksuelle aktivitet. Den ene af kvinderne oplever meget tørre slimhinder og har på lægens anbefaling forsøgt med lokal virkende hormonbehandling og glidecreme uden effekt. Hun fornemmer i sig selv en blokering mod seksuel aktivitet og hun angiver den blokering, som den væsentligste årsag til, at hun fravælger at have samleje. Grundlaget for den blokering blev skabt i forbindelse med at hun blev orienteret om sit behandlingsforløb. Hun fik et chok, da hun fik besked om, at hun skulle i antihormonel behandling. Ifølge Berit Bunkan reagerer hele kroppen ved følelsesmæssig påvirkning, respirationen som første mest mærkbare sammen med det autonome nervesystem (14). Berit Bunkan beskriver videre, at den ressourceorienterede kropsundersøgelse kan give en helhedsvurdering af kroppen og dermed anskueliggøre samspillet mellem de psykiske påvirkninger og kropsændringerne. De u hensigtsmæssige påvirkninger af kroppen kan reduceres igennem den ressourceorienterede kropsterapi (ibid). Duijts et al 2012, finder, at fysioterapi har en gavnlig effekt på endokrine symptomer, som tørhed i skeden og ufrivillig vandladningsforstyrrelser (22). I den ressourceorienterede

kropsterapi bruges netop de fysioterapeutiske behandlingsmetoder og ved kombinationen af relevante metoder fremstår den som en helhedsbehandling (14).

For de øvrige kvinder i dette studie er det ikke længere den seksuelle ophidselse eller erotiske nydelse, der betyder noget. Efter de er blevet ramt af den livstruende sygdom, er deres livsværdier ændrede og sex hører ikke længere til essensen af livet. For de to af kvinderne er det nærheden efter samlejet, der er det vigtigste. Det genitale samleje er nu mindre betydningsfuldt for dem end den nærhed, ømhed og fortrolighed, som ofte følger efter et samleje. De mener, at det specielt er vigtigt for parforholdet med disse intime stunder. Dette genfindes i et studie af Emilee et al i 2010, hvor det fremgår, at kvinder, der er opereret for brystkræft, oplever en øget intimitet med deres partner, samtidig med at den seksuelle akt er blevet reduceret (23). I tidligere nævnte undersøgelse af Klaeson et al fra 2010 fremgår det ligeledes, at de intime relationer mellem kvinderne og deres partnere er blevet stærkere, selvom den erotiske del er reduceret (26).

I nærværende studie fremgår det, at berøring af den nøgne krop under den seksuelle aktivitet kan være ubehagelig, selv når lysten til sex er tilstede. Selvom lysten er inde i hovedet, kan det være irriterende og ubehageligt at blive berørt på kroppen. I følge Berit Bunkan 2008 er huden individets største sanseorgan og de forskellige kropsdele bliver levende for personen ved berøring (14). Set ud fra Bob Prices teorier er kvindernes body ideal forandret således, at det personlige rum ikke længere er så sikkert og dette kan medføre ændringer i deres sociale liv og fravalg af seksuelle aktiviteter (17).

Den forandrede krop er min

Kvinderne i dette studie har oplevet, at selvom de følte sig sunde og raske, havde de kræft i deres ene bryst. Deres kropsopfattelse er blevet rystet og tanker om sygdom og sundhed, dødelighed og usikker fremtid er pludselig blevet påtrængende. Disse fysiske og mentale ændringer vender op og ned på alting og påvirker deres livssyn, og de har opdaget, hvor sårbare de er. Hverdagens valg træffes ud fra denne nye bevidsthed. Dette genfindes hos Klaeson et al 2010, hvor meningen med livet var blevet et centralt aspekt for kvinderne. De skulle vænne sig til en ny selvforståelse med en ny bevidsthed om dødelighed og om at leve med en usikker fremtid, hvilket dagligt påvirkede deres interaktion og kommunikation med andre (26).

I nærværende studie fremgår det, at kvindernes kropsopfattelse og deres syn på sig selv er ændret og de har hver især været nødt til at finde handlingsstrategier i et forsøg på at identificere sig med deres nye kropsopfattelse. Ifølge Bob Price kan kropsopfattelsen ændres på forskellige måder igennem livet og vejen tilbage til en ny kropsopfattelse efter sygdom eller ulykke afhænger af den biologiske skade, personens coping strategi og andres reaktion på den beskadigede krop (17). Christina Snöbahn et al 2009, finder i et studie om yngre kræftpatienter, at informanterne oplever at de fysiske og mentale ændringer påvirker deres kropsopfattelse, såvel som deres coping kapacitet og rehabilitering (33). For disse unge kræftpatienter var det mere den medicinske behandling, der skabte forandringerne end selve

sygdommen. For dem var fysik træning et redskab til at reducere stress og øge deres fornemmelse for selvkontrol (ibid). Ligeledes finder Mette Darmer i sit studie fra 2002, om hjerteinsufficiente patienters oplevelse af kropsændring, at informanterne tillægger kropsændringerne stor betydning: kroppen kan ikke længere tages for givet, hvilket betyder, at livet får et andet perspektiv. Det, at deres krop er forandret, ændrer på deres selvopfattelse (35). Bob Price giver netop udtryk for, at det er i situationer, hvor kroppen ændrer udseende eller funktion, den påkalder sig vores opmærksomhed. Den personlige kropsopfattelse skal tages meget seriøst, idet den påvirker den enkeltes selvrespekt, selvopfattelse og identitet (17).

En af kvinderne i dette studie har som mestringsstrategi for at tilegne sig sit nye kropsideal bevidst valgt at lære at holde af sin nye krop for at være et forbillede for sin teenagedatter. Hun vil gerne lære datteren at holde af sig selv og den krop, man har. Hun vil på den måde forsøge at hindre, at datteren bliver grebet af den eksisterende mode med at bearbejde sin krop ud fra ønsket om den perfekte krop. Kvinden har valgt at finde de positive oplevelser frem, så hun kan opleve og udstråle, at hun holder af sin krop. Det er vigtigt for hende, at datteren lærer at holde af sin krop, som den nu er skabt. En af måderne at lære sin nye krop at kende på, har været, at gå til en form for træning med fokus på muskelsamspillet i kroppen. Berit Bunkan mener, at man med den ressourceorienterede kropsundersøgelse kan tydeliggøre de fysiske og psykiske påvirkninger af kroppen og finde frem til de ressourcer, der er at arbejde med hos den enkelte (14). Med udgangspunkt i den undersøgelse kan fysioterapeuten planlægge den individuelle ressourceorienterede kropsterapi, der har til formål at ændre uhensigtsmæssige muskelspændinger og respirationsvaner, så patientens kropsbevidsthed ændres og patienten igen bliver et med sin krop (ibid).

Den franske filosof Maurice Merleau-Ponty argumenterede i 1994 for, at kroppen ikke er en nogen genstand, og at mennesket ikke kan adskilles fra sin krop, men snarere er sin krop (15). Han påpegede, at kroppen er menneskets betingelse for at erkende og forstå, og at erkendelsen beror på en perception, hvori alle sanser indgår (ibid).

For ikke at miste sin identitet har en af de andre kvinder i nærværende studie bevidst forsøgt at styre sit liv, så sygdom og behandling ikke fik overtaget. Det kan sammenholdes med Aaron Antonovskys teori i 2000, hvor han skriver om, at strategier til at mestre kritisk sygdom, er af større betydning for sundhed og velvære end graden af objektiv skade (39). Med tøj på føler omtalte kvinde sig som den samme som før og hun har valgt at fokusere på sit arbejde trods ubehag og træthed. Hun har ikke kunnet kontrollere kropsændringerne, men hun har fundet nogle strategier til at bevare sin identitet. Udfra Bob Prices teorier støtter hendes kropsrealitet ikke hendes selvtillid og hendes kropsrealitet er dysfunktionel i forhold til visse seksuelle funktioner, hvilket hindrer hende i seksuel aktivitet med sin mand (36). Hendes kropsideal er forandret, men hun formår at håndtere sin situation, så hun bevarer sin identitet. Hendes krop er ændret, men hendes coping strategier gør, at hun ikke mister sin identitet. Hun undgår den tilstand Bob Price definerer som: ændret kropsopfattelse (ibid).

Kvinderne har på hver deres måde oplevet, hvordan deres krop og seksualitet er forandret efter de er behandlet for brystkræft.

5. Metodekritik

I det følgende afsnit vil undersøgelsen forsøges vurderet ud fra en kritisk vinkel. Der tages udgangspunkt i Kvaales og Brinkmanns overvejelser omkring begreberne reliabilitet, validitet og analytisk generalisering (29).

Begrebet **reliabilitet** handler om troværdighed af undersøgelsens resultater set i forhold til, om de kan reproduceres af andre forskere (ibid).

Denne interview undersøgelse er lavet ud fra et enkelt design med få, men brede spørgsmål i interviewguiden, så det skulle være relativt enkelt at kunne gentage undersøgelsen. En mere rutineret interviewer vil sandsynligvis opnå dybere indsigt i informanternes livsverden. Det kunne være ønskeligt, om der havde været flere informanter at vælge mellem, så en mere ensartet gruppe kunne undersøges. Dette kunne have øget reliabilitet. Transskriberingen af lydoptagelsen, analysen og diskussionen er udelukkende foretaget af intervieweren selv. Det kunne være hensigtsmæssigt, hvis flere personer havde arbejdet sammen, så den personlige forforståelse kunne være blevet minimeret yderligere.

Validitet er relateret til dokumentation og fortolkning af data og handler om, hvorvidt en undersøgelse faktisk er i stand til at måle det, som er formålet med den (29). Dette er forsøgt ved en kritisk tilgang i hele processen, samt ved at beskrive og begrunde fremgangsmåden, så der opstår gennemsigtighed i alle dele af processen. Som eksempel er dette forsøgt i analysedelen ved at underbygge med citater for derved at validere de udvalgte temaer.

Den kvalitative metode findes velegnet til at belyse problemstillingen i denne opgave.

Analytisk generalisering handler om, i hvilken grad resultaterne af en undersøgelse kan være vejledende for, hvad der er på spil i lignende situationer. Denne undersøgelse er foretaget på baggrund af tre informanternes oplevelser. Deres personlige livsverden kan ikke generaliseres, men mange af perspektiverne i dette projekt er set i lignende undersøgelser, hvilket tyder på, at temaerne og problematikkerne kan findes hos andre kvinder i samme situation.

6. Konklusion.

Formålet med dette projekt var at undersøge:

Hvordan oplever kvinder, der som følge af kræft har fået fjernet et bryst og er i antihormonel behandling, de forandringer, der sker med deres krop og seksualitet og kan fysioterapi ændre på disse oplevelser.

Den her foretagne undersøgelse tyder det på, at disse kvinder oplever deres krop på en helt ny og ukendt måde. Kvinderne oplever, at kropsforandringerne påvirker dem både biologisk, psykologisk og socialt. Deres krop er synligt forandret ved fjernelsen af det ene bryst og deres kropsoplevelse er præget af, at chok og angst sidder som forstyrrelser i kroppen. De oplever,

at dette påvirker deres adfærd i det offentlige rum, hvor de forsøger at skjule for andre, at de ser anderledes ud og de oplever, at forandringerne præger deres beslutninger om hvem og hvad, der er vigtigt for dem. Kvinderne oplever, at deres egne seksuelle oplevelser er blegnet eller ophørt og for nogles vedkommende erstattet af seksuelle handlinger, hvor det er intimiteten efter akten, som er det primære, fordi netop denne nærhed har en vigtig betydning for parforholdet. Kvinderne oplever, at det er svært og næsten uoverskueligt at identificere sig med den nye krop. Det er, som om begrebet seksualitet ikke længere er i deres bevidsthed. Deres krop har ændret sig og mulighederne for sensuel og sanselig kropslig udfoldelse synes begrænset. Deres kropslige fornemmelser og udtryk centrerer omkring død og sygdom med risiko for, at de ser kroppen udefra som et objekt, således at de bliver fremmedgjort og distanceret fra deres egen krop. Disse tre kvinder er imidlertid ikke kommet i den tilstand Bob Prices betegner som ”forandret kropsopfattelse” (*altered Body image*), fordi de hver især har nogle copingstrategier, som gør at de ikke mister handlekraft og livslyst. Derimod har de hver fået en ny kropsopfattelse, *Body image* (36).

Sammenholdt med fysioterapeut Berit Bunkans teorier om den ressourceorienterede kropundersøgelse og den ressourceorienterede kropsbehandling er det sandsynligt, at fysioterapi kan medvirke til at ændre på kvindernes kropsoplevelser og gøre det muligt for dem at identificere sig med den nye krop og derigennem opleve kroppen som et integreret hele (14). En behandlingsmetode, der kan bidrage til, at kvinderne får ændret kropsopfattelsen ved egen hjælp og derved igen få mulighed for at fornemme de positive kropssignaler og opleve, at kroppen stadig kan bruges til sensuel adfærd, leg, glæde og erotiske oplevelser trods de forandringer, sygdommen har medført.

Dette tyder på, at fysioterapi kan være et relevant supplement til de eksisterende behandlingsformer til kvinder, der er behandlet for brystkræft og hvis krop og seksualitet er forandret af behandlingen, hvad enten det foregår i et parallelt forløb eller i et tværfagligt regi.

7. Perspektivering.

Desværre var der ikke tid i dette projekt til at afprøve, om fysioterapi rent faktisk kan ændre på de oplevelser, kvinderne har af ændringerne i deres krop og seksualitet. Men de foreløbige overvejelser sandsynliggør fordelene af, at inddrage den ressourceorienterede kropundersøgelse og fysioterapi i behandlingen af kvinder, der er opereret for brystkræft. Ved hjælp af de fysioterapeutiske behandlingsmetoder vil kvinderne kunne lære at mestre de forandringer, der er sket med deres krop, og få hjælp til at genskabe et billede af hele kroppen, så den kan opleves som en integreret helhed. Endvidere vil behandlingen kunne øge muligheden for at opleve, at kroppen stadig kan give positive oplevelser og ruste kvinderne til at møde fysiske, psykiske og sociale udfordringer. Ved at hjælpe kvinderne til igen at få kontakt til deres seksualitet og få genskabt et velfungerende seksualliv, vil dette kunne fungere som en slags raskhedsfaktor med indflydelse på livskvalitet og evne til at mestre sygdom og kriser.

Det vil være oplagt, at man fremtidigt i forbindelse med kræftbehandlingen ser på kvinderne som hele og seksuelle mennesker og derfor inddrager behandlingstilbud, som kan afhjælpe de forandringer, der sker med deres krop og seksualitet. Den ressourceorienterede kropsundersøgelse og behandling kan for eksempel blive en del af det eksisterende pakkeforløb. Erfaringen viser, at det tager tid at få indført ændringer i sundhedsvæsenet, men det kunne være en start, hvis Kræftens Bekæmpelse orienterer om behandlingsmuligheden og opfordres til at implementere behandlingen i eget regi.

Aktuelt kan fysioterapeuter give oplæg i lokale patientforeninger for at informere om de forandringer, der kan ske med krop og seksualitet i forbindelse med behandling for brystkræft, samt om de mulige fysioterapeutiske behandlingsmetoder og dermed give mulighed for udveksling af personlige erfaringer. Sideløbende hermed kan der udarbejdes informationspjecer til udlevering i relevante ambulatorier og videregive informationer i artikelform i centrale fagblade, tidsskrifter samt i aviser og ugeblade.

Det skønnes, at samfundets udgifter til sundhedsvæsenet kunne reduceres, hvis der blev rettet mere opmærksomhed mod kvindernes kropsopfattelse i forbindelse med behandling for brystkræft.

Dette projekt peger på relevansen af flere undersøgelser om, hvorvidt ressourceorienteret kropsbehandling kan ændre på de negative kropsoplevelser, kvinderne får i forbindelse med behandlingen af brystkræft og give dem mulighed for at kunne identificere sig med deres nye kropsopfattelse, body image og seksualitet.

8. Litteraturliste

1. Masters W.H., Johnson, V. E., Kolodny R. C. Sexualitet. København: Gyldendal, 1990.
2. Bancroft J. Human sexuality and its problems. Churchill Livingstone, 2009.
3. Graugaard C. Intimitet. I: Johansen C. (red). Kræft-senfølger og rehabilitering. København: Hans Reitzel Forlag, 2013.
4. Graugaard C., Møhl B., Hertoft P. Krop, sygdom og seksualitet. I: Graugaard C, Møhl B., Hertoft P. Krop, sygdom og seksualitet. København: Hans Reitzel Forlag, 2009.
5. World Health Organization. Defining sexual health. WHO, 2002.
6. Graugaard C., Pedersen B. K., Frisch M. Seksualitet og Sundhed. Vidensråd for forebyggelse, 2012.
7. Frisch M., Lindholm M., Grønbæk M. Male circumcision and sexual function in men and women: a survey-based, cross-sectional study in Denmark. Int J Epiol, 2011
8. Christensen B.S, Grønbæk M., Osler M et al. Sexual dysfunctions and difficulties in Denmark: Prevalence and associated sociodemographic factors. Archives of Sexual Behavior, 2011.
9. Graugaard C., Møhl B. Sygdom og seksualitet I praksis. Månedsskrift for praktiserende lægegerning, 2007.
10. Statens Seruminstitut. Cancerregisteret, 2013.
11. Sundhedsstyrelse. Pakkeforløb for brystkræft, 2012.
12. Kræftens Bekæmpelse. Kræftramtes behov og oplevelser gennem behandling og i efterforløbet. Barometerundersøgelse, 2013.
13. Agger N. P. Kræft og seksualitet. I: Graugaard C., Møhl B. Hertoft P. Krop, sygdom og seksualitet. København: Hans Reitzel forlag, 2009.
14. Bunkan B. H. Krop, respiration og kroppsbilde. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 2008.
15. Merleau-Ponty M. Kroppens fænomenologi. Frederiksberg: DET lille FORLAG, 1994.
16. Engelsrud G. Hvad er krop. København: Akademisk Forlag, 2007.
17. Price B. Normal Body Image. Nursing concepts and care. T. J. international Ltd, Padstow, Cornwall, 1990.
18. Remvig L. Johannsen F.E., Pedersen K.C. Pedersen K. Behandlingsprincipper og metoder. I: Lærebog i muskuloskeletal medicin. København: Munksgaard Danmark, 2003.

19. Krychman M. L., Katz A. Breast Cancer and Sexuality: Multi-modal Treatment Options. *Journal Sex Medicin*, 2012.
20. Frandsen T. F., Dyrvig A. K., Christensen J.B. et al. En guide til valide og reproducerbare systematiske litteratursøgninger. *Ugeskrift for læger*, 2013.
21. Buus N., Kristiansen H.M., Tingleff E.B., Rossen C.B. Litteratursøgning i praksis: Begreber, strategier og modeller. *Sygeplejersken*, 2008.
22. Duijts S.F.A., Van Beurden M., Oldenburg H.S.A. et al. Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy and Physical Exercise in Alleviating Treatment-Induced Menopausal Symptoms in Patients With Breast Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 2012.
23. Emilee G., Ussher J.M. og Perz. J. Sexuality after Breast cancer. A review. *Maturitas*, 2010.
24. Anderson D.J., Yates P., Mccarthy A., Lang C.P., Hargraves M., Mccarthy N. and Porter-Steele J. Younger and older women`s concerns about menopause after breast cancer. *European Journal of Cancer Care*, 2011.
25. Panjari M., Bell R.J. og Susan R. Davis S. R. Sexual Function after Breast Cancer. *The Journal of Sexual Medicin*, 2011.
26. Klaeson K., Sandell K. og Berterø C. M. To feel like an outsider: focus group discussions regarding the influence on sexuality caused by breast cancer treatment. *European journal of Cancer Care*, 2011.
27. Kvale S. Interview. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview. København: Hans Reitzels Forlag, 1999.
28. Brinkler J. Videnskabsteori. En grundbog. København: Munksgaard Danmark, 2005.
29. Kvale S., Brinkmann S. Interview. Introduktion til et håndværk. København: hans Reitzels Forlag, 2009.
30. Brinkmann S., Tanggaard L. Kvalitative metoder. En grundbog. København: Hans Reitzels Forlag, 2010.
31. Sygeplejerskernes samarbejde i Norden. SNN´s etiske retningslinjer for sygeplejeforskning i Norden, 2003.
32. Forskning-og innovationsstyrelsen, udvalgene vedrørende videnskabelig uredelighed. Vejledning i god videnskabelig praksis. 2009.
33. Snöbohm C., Fredrichsen M. and Heiwe S. Experiencing one`s body after diagnosis of cancer-a phenomenological study of young adults. *Psyko-Oncology*, 2010.
34. Graubæk AM. Den syge krops æstetik. Sygeplejevidenskab Aarhus Universitet, 2005.
35. Darmer M. D. Når kroppen bliver en anden. Institut for Sygeplejevidenskab Århus universitet, 2002.

36. Price B. "Altered Body Image". Nursing Times Clinical Monographs, 1999.
37. Thøgersen K., Lindahl M. Fysioterapi til patienter med længerevarende smerter. I: Jensen T. S., Dahl J.B., Arent-Nielsen L.(red). Smerter, evidens og behandling. København: Foreningen af Danske Lægestuderendes Forlag, 2009.
38. Østergaard E. B. At have, at skabe og at være en krop. I: Lund H., Bjørnlund I. B., Sjöberg NE. (Red) Basisbog i fysioterapi. København: Munksgaard Danmark, 2010.
39. Antonovsky A. Helbredets mysterium. At tåle stress og forblive rask. København: Hans Reitzel Forlag, 2000.

