

Seksualitet og kroppsbilde

– konsekvenser av gynekologisk kreft

Gynekologisk kreft er en stor påkjenning for kvinner. I tillegg til belastningen det er å leve med en livstruende sykdom, sliter mange med endret kroppsbilde som følge av kroppslige forandringer og utfordringer knyttet til seksualitet.



Av Trude Hammer Langhelle, klinisk spesialist i sykepleie og sexologisk rådgiver, Kvinne- og barn divisjonen, Stavanger Universitetssykehus

Abli diagnostisert med gynekologisk kreft er en stor påkjenning og fokus for de fleste i denne perioden vil være overlevelse. Med tiden vil livet normaliseres og andre aspekter får større betydning, inkludert seksualitet. I Kreftforeningens rapport «Rehabilitering og mestring blant kreftrammede» kan vi lese at 64 % av kreftrammede opplever seneffekter i form av seksuelle problemer (Kreftforeningen, 2013).

Forskning på gynekologisk kreft og seneffekter i forhold til seksualitet, viser høy forekomst av utfordringer knyttet til seksualitet og kroppsbilde (Aerts et al., 2009 og Ratner et al., 2010). Flere studier viser også at kvinner ønsker å få informasjon og samtale om konsekvenser for seksualitet og kroppsbilde (Sekse, 2011, Ratner et al., 2010, Krychman et al., 2006 og Mercadante et al., 2010). Seksualitet er for mange forbundet med trivsel og livskvalitet, og bidrar til opplevelse av mening i en vanskelig situasjon. (Graugaard et al., 2006). Det er nærliggende å konkludere med at seksualitet henger sammen

«Kroppsbildet er sentralt i forhold til å føle seg seksuelt tiltrekkende.»

med livskvalitet (Liavaag et al., 2008). En del forskning tyder på det, samtidig som man også finner undersøkelser som viser høy skår på livskvalitet til tross for seksuelle problemer. Det faktum at man har overlevd gynekologisk kreft kan i seg selv ha stor

betydning for den samlede livskvalitet (Graugaard et al., 2006). Seksualitetens betydning for livskvalitet vil være forskjellig fra kvinne til kvinne, og vi ser variasjoner over tid i et sykdomsforløp.

Nye utfordringer for kvinnene

Hvilke utfordringer for seksualitet og seksuallfunksjon kan oppstå på grunn av gynekologisk kreft og behandlingen av denne? En rekke forhold kan påvirke seksualitet og seksuallfunksjon. Menneskelig seksualitet er kompleks og sammensatt og det vil ofte kunne være vanskelig å sette opp et klart skille mellom somatiske og psykososiale årsaker til seksuelle problemer. Ved gynekologisk kreft vil kroppslige forandringer og psykososiale aspekter ha konsekvenser for seksualiteten.

Belastningen med å leve med en livstruende sykdom er allerede nevnt. Vi ser utfordringer i parforhold eller i møte med en ny partner. Depresjon, angst, redsel, sinne, skyld og skamfølelse kan gi utfordringer for seksualitet og samliv. De vanligste plagene ved kreftsykdom vil i seg selv kunne føre til problemer, kanskje særlig fatigue og smerter (Katz, 2005). Smerter kan naturlig nok hemme lysten til seksuell aktivitet. Samtidig vil seksuell aktivitet kunne øke smerteterskelen. Det kan ha terapeutisk verdi å motivere til økt seksuell aktivitet som vil bedre livskvaliteten på det psykososiale så vel som det somatiske nivå (Graugaard et al., 2006). Seksuell aktivitet kan også være forbundet med mindre fatigue (Liavaag et al., 2008).

Behandling som kirurgi, strålebehandling, cytostatikabehandling, annen medikamentell

ENDRET KROPPSBILDE: Kroppsbildet omfatter følelser og holdning til egen kropp. Fysiske forandringer kan endre kroppsbildet og gjøre at man føler seg mindre attraktiv. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

behandling vil kunne ramme seksualiteten og gi opphav til seksuelle problemer. Kjønnsgorganenes anatomi og fysiologi er sentrale i den seksuelle responssyklus, derfor vil denne behandlingen ofte påvirke i negativ retning (Loge et al., 2013). Både gynekologisk kreft og behandlingen kan påvirke nerve og blodforsyning til kjønnsorganene med konsekvenser for seksuell respons (Katz, 2005). Behandling rettet mot eggstokker kan gi nedsatt produksjon av kjønnshormoner. Dette påvirker seksuell lyst og vaginal lubrikasjon. Yngre kvinner får akutte symptomer på overgangsalder. Strålebehandling ved livmorhalskreft kan gi kortere og mindre elastisk skjede. Redusert lyst, smertefulle samleier, orgasmeproblemer, plager i forbindelse med endret hormonproduksjon og infertilitet er alle seksuelle problemer som kan oppstå på grunn av gynekologisk kreft og kreftbehandling (Smith, 2010).

Endret kroppsbilde

Kroppsbildet omfatter følelser og holdning til egen kropp. Fysiske forandringer som arr, vektendring, stomi, håravfall, fjerning av kjønnsorganer og lymfødem, kan gi endret kroppsbilde som vil kunne true en persons opplevelse av å være attraktiv.

Kroppsbildet er sentralt i forhold til å føle seg seksuelt tiltrekkende. Det endrede

kroppsbildet kan gi en redusert opplevelse av kvinnelighet (Loge et al., 2013).

Avhandlingen *Livet etter underlivskreft*. Kvinner sine erfaringar fem og seks år etter behandling for kreftsjukdom, beskriver den endrede kvinnekroppen etter underlivskreft. Kvinnene i studien skildrer et tomrom i underlivet, hetetokter som gradvis ga endret kroppstemperatur, et endret seksualliv og en mer sårbar og uforutsigbar kropp. Til tross for at kvinnene ikke hadde et ytre kroppslig tap var den innvendige kroppslige endringen både påtrengende og til tider gjenstridig. Disse endringene var også utfordrende for kvinnene som seksualpartner. De hadde mistet en kroppslig konkret men usynlig del av seg som var nær knyttet til seksuell identitet og funksjon. Kvinnene kjente seg hemmet i intim, kroppslig kjærlighet til partner. Det å forstå og forholde seg til endringene i kroppen inkludert intime og sårbare tema ble av kvinnene beskrevet som en ensom prosess. Hva savnet kvinnene i møte med helsepersonell? De ønsket å snakke om

endringene i kvinnekroppen inkludert de seksuelle endringene. Da ville de ha forberedt seg bedre og det kunne hjulpet de til større opplevelse av kontroll over egen kropp og eget liv (Sekse, 2011).

Informasjon om mulige seksuelle konsekvenser kan fjerne misforståelser, avkrefte myter, gi mindre utrygghet og bedre behandlingsmotivasjon (Graugaard et al., 2006).

Mytene kan være redsel for å «smitte» sin partner, opplevelse av urenheter eller opplevelse av stigmatisering hvis kreften kan tilskrives seksuell aktivitet. I tillegg frykt for at kreften kan blusse opp igjen ved å være seksuelt aktiv (Graugaard et al., 2006). Kreftsykepleiere kan med støtte og informasjon bidra til forbedret seksuell helse for pasienter med underlivskreft (Kunnskapsenteret, 2012).

Kreft i underlivet påvirker seksualitet og kroppsbilde i negativ retning for mange kvinner. Vår oppgave som helsearbeidere er å fremme seksuell helse, kunnskap og åpenhet i møte med pasienter med seksuelle problemer (Kunnskapsenteret, 2012).

«Informasjon om seksuelle konsekvenser kan fjerne misforståelser.»

Det er individuelle forskjeller hvorvidt dette går ut over kvinnes samlede livskvalitet. Uansett må vi informere og diskutere de forventede bivirkninger med våre pasienter hvor forebyggende og lindrende



SAMTALE: Kreft i underlivet påvirker seksualitet og kroppsbilde i negativ retning for mange kvinner. En samtale med lege eller sykepleier om bivirkninger, samt forebyggende og lindrende tiltak, kan bidra til at kvinnen får det bedre. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

tiltak tas med i samtalen. Dette ansvaret kan gjerne deles av behandlende lege og pasientens sykepleier. Prognosen for seksuallivet bedres hvis pasient og eventuell partner informeres om konsekvenser av behandling og muligheter etter behandling (Almås og Pirelli Benestad, 2006). Det er dette mange kvinner etterlyser i møte med helsepersonell. ■

Referanser:

- Aertz, L., Enzlin, P., Verhaeghe, J., Vergote, I. og Amant, F. (2009). Sexual and psychological functioning in women after pelvic surgery for gynaecological cancer. *European Journal of Gynaecological Oncology*, 30(6).
- Almås, E. og Pirelli Benestad, E.E. (2006). *Sexologi i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Graugaard, C., Möhl, B. og Hertoft, P. (2006). *Krop, sykdom & seksualitet*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Katz, A. (2005). The sounds of silence: Sexuality information for cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*, 23(1).
- Kreftforeningen (2013). *Rehabilitering og mestring blant kreft-rammede*. Rapport.
- Krychman, M.L., Pereira, L., Carter, J. og Amsterdam, A. (2006). *Sexual Oncology: Sexual Health Issues in Women with Cancer*. *Oncology*, Vol. 71.
- Kunnskapsenteret (2012). *Effekter av seksualterapeutiske intervensjoner for seksuelle problemer*. Rapport nr 2-2012.
- Liavaag, A.H., Dørum, A., Bjørø, T., Oksefjell, H., Fosså, S.D., Trope, C., og Dahl, A.A. (2008). A controlled study of sexual activity and functioning in epithelial ovarian cancer survivors. A therapeutic approach. *Gynecologic Oncology*, 108(2).
- Loge, J.H., Dahl, A.A., Fosså, S.D. og Kiserud, C.E. (2013). *Kreftoverlevende. Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Mercadante, S., Vitrano, V. og Catania, V. (2010). Sexual issues in early and late stage cancer: a review. *Support Cancer Care*, 18.
- Ratner, E.S., Foran, K.A., Schwartz, P.E. og Minkin, M.J. (2010). Sexuality and intimacy after gynecological cancer. *Maturitas*, 66(1), 23-26.
- Sekse, R.J.T. (2011). *Livet etter underlivskreft*. Avhandling for graden philosophiae doctor ved Universitetet i Bergen.
- Smith, L.E. (2010). *Sexual Function of the Gynecologic Cancer Survivor*. *Oncology Nurse Edition*, Vol. 24, No 10.