



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Informasjonsbehov relatert til seksualitet hos
brystkreftpasienter etter mastektomi

Information needs related to sexuality among breast
cancer patients after mastectomy

Kandidatnummer: 308

Bachelor i sykepleie
Fakultet for helse- og sosialvitenskap
Institutt for helse- og omsorgsvitenskap,
Campus Haugesund
Innlevering 10.06.2020 kl. 14:00



Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

SAMMENDRAG

BAKGRUNN: Brystkreft er den hyppigst forekommende krefttypen som rammer kvinner og krever kirurgisk behandling. Kvinner som undergår mastektomi mister et organ som er knyttet til feminin identitet og dette kan påvirke kvinnenenes kroppsbilde. Den adjuvante behandlingen gir også bivirkninger som kan føre til seksuell dysfunksjon. Likevel tematiseres ikke seksualitet av sykepleierne og jeg vil finne ut hvilke barrierer som ligger til grunn for dette.

PROBLEMSTILLING: Hvordan kan sykepleieren bidra til å ivareta behovet for informasjon relatert til seksualitet hos brystkreftpasienter som har utført mastektomi?

HENSIKT: Hensikten med denne studien er å øke bevisstheten om viktigheten av å gi informasjon om seksualitet for å fremme livskvalitet og trygghet hos brystkreftpasienter.

METODE: Oppgaven er en litteraturstudie.

RESULTAT: Brystkreftpasienter ønsker informasjon om seksualitet, men det var derimot få som fikk dette. De ønsket informasjon i skriftlig form. Barrierer var tid, relasjon, kjønn, kunnskap og retningslinjer på arbeidsplassen. Seksualitet var et tabubelagt tema i helsevesenet noe som gjorde at sykepleierne var redd for å invadere pasienters privatliv. Kvinnene opplevde et endret kroppsbilde og tap av identitet etter mastektomi.

KONKLUSJON: For å ivareta informasjonsbehovet til brystkreftpasienter må sykepleieren gjøre prioriteringer, samt sørge for at pasienten er klar for å motta informasjon. En trygg relasjon mellom pasient og pleier var også sentralt. Kvinnene ønsket å snakke med kvinnelig helsepersonell da de ble betraktet som mer forståelsesfulle. Sykepleiere mener de ikke har nok kunnskap om seksualitet og at arbeidsplassen har for lite fokus og mangler retningslinjer rettet mot seksualitet som tema. PLISSIT-modellen er et nyttig verktøy å benytte i informasjonsprosessen.

NØKKEWORD: Brystkreft, Identitet, Informasjon, Kroppsbilde, Mastektomi, Seksualitet

ABSTRACT

BACKGROUND: Breast cancer is the most common type of cancer that affects women and it requires surgical treatment. Women undergoing mastectomy lose an organ linked to feminine identity and it can affect women's body image. The adjuvant therapy also provides side effects that can lead to sexual dysfunction. Nevertheless, nurses don't seem to thematize sexuality, and I want to figure out which barriers are causing this.

ISSUE: How can nurses contribute to preserve the need for information related to sexuality amongst breast cancer patients who have undergone mastectomy?

AIM: The purpose of this study is to raise awareness of the importance of providing information about sexuality to promote the quality of life and safety of breast cancer patients.

METHOD: The thesis is a literature study.

RESULTS: Breast cancer patients wanted information about sexuality, but few received it. They wanted information in written form. Barriers were time, relationship, gender, knowledge and guidelines at the workplace. Sexuality was a taboo topic in the health care system, which made nurses afraid to invade the patients' privacy. The women experienced altered body image and a loss of identity after mastectomy.

CONCLUSION: In order to take care of the information needs of breast cancer patients, nurses must prioritize and make time when the patient is ready to receive information. A relation where the patient feels comfortable with the nurse was also essential. The women wanted to talk to female nurses because they were considered more understanding. Nurses feel like they're lacking knowledge about sexuality, and that the workplace doesn't prioritize sexuality as a theme. They also wanted guidelines. The PLISSIT-model are a useful tool for use in the information process.

KEYWORDS: Body image, Breast cancer, Identity, Information, Mastectomy, Sexuality

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0	INTRODUKSJON	6
1.1	BEGRUNNELSE FOR VALG AV TEMA	6
1.2	PROBLEMSTILLING	7
1.3	PRESISERING OG AVGRENSNINGER	7
1.4	HENSIKTEN MED OPPGAVEN	7
2.0	TEORI	8
2.1	BRYSTKREFT	8
2.2	BEHANDLING	8
2.3	KROPPSBILDE, IDENTITET OG SEKSUALITET	9
2.4	SYKEPLEIERENS FUNKSJON OG PLIKT	10
2.4.1	SYKEPLEIERENS MØTE MED DET SEKSUELLE MENNESKET	11
2.5	PLISSIT MODELLEN	12
2.6	RELASJONEN OG KUNNSKAPENS BETYDNING	13
3.0	METODE	15
3.1	LITTERATURSTUDIE SOM METODE	15
3.2	METODEKRITIKK	15
3.3	LITTERATURSØK	15
3.4	KILDEKRITIKK	18
3.4.1	ETISKE OVERVEIELSER	18
4.0	RESULTAT	20
4.1	ARTIKKEL 1	20
4.2	ARTIKKEL 2	20
4.3	ARTIKKEL 3	21
4.4	ARTIKKEL 4	22
4.5	ARTIKKEL 5	22
4.6	ARTIKKEL 6	23

4.7	SAMMENFATNING AV HOVEDFUNN	24
5.0	DRØFTING	25
5.1	FORUTSETNINGER FOR SAMTALE	25
5.2	KUNNSKAP BLANT SYKEPLEIERE	26
5.3	ØNSKER KVINNENE INFORMASJON?	28
5.4	KVINNENES OPPLEVELSE AV SITT NYE «JEG»	29
6.0	KONKLUSJON	32
7.0	REFERANSELISTE	34
	VEDLEGG I – PICO-MODELLEN	38
	VEDLEGG II – INKLUSJON- OG EKSKLUSJONSKRITERIER	39
	VEDLEGG III – SJEKKLISTE FOR EN KVALITATIV STUDIE	40

1.0 INTRODUKSJON

Introduksjonen vil redegjøre min begrunnelse for valg av tema som deretter leder opp til problemstillingen. Videre beskriver jeg presiseringer og avgrensninger i forhold til problemstilling og til slutt litteraturstudiets hensikt.

1.1 BEGRUNNELSE FOR VALG AV TEMA

Brystkreft er den kreftformen som rammer kvinner oftest ut av alle andre krefttyper (Schlichting, 2016, s. 446). I 2018 fikk 3568 brystkreft (Kreftregisteret, 2020a). Dette er derfor en kreftform som berører mange direkte eller indirekte. Under min praksis på kar/mammae avdelingen på sykehuset møtte jeg mange kvinner som hadde fått brystkreft og som skulle opereres. Jeg har alltid vært interessert i og opptatt av kvinnehelse, og syntes denne pasientgruppen utmerket seg som interessant å fordype seg i.

I min praksis på kirurgisk avdeling utførte jeg mange inntakssamtaler. I inntakssamtalen er det listet opp årsak for innleggelse og situasjon ved inntak etterfulgt av tolv funksjonsområder som skal fylles ut. Punkt ni som omhandler seksualitet og reproduksjon blir istedenfor byttet ut med sivilstatus og antall barn. Jeg vil finne ut hvilke barrierer som ligger til grunn for at seksualitet som tema blir neglisjert.

Etter kvinnen har fått påvist begrunnet mistanke for brystkreft, blir hun henvist til pakkeforløp. Pakkeforløp gjør at tiden fra mistanke om diagnose til behandling skal være kortest mulig. Fra henvisning til kirurgisk behandling skal det maksimalt ta 27 kalenderdager (Helsedirektoratet, 2016). Forløpet har derfor blitt effektivisert. Oppholdet på sykehus er også kort da man blir innlagt kvelden før operasjon og hjemreise avhenger av hvor mye det er på drenet. Det skal derimot uansett seponeres etter fem dager. Da sykehusoppholdet er kort, og prosessen er så effektivisert, kan man nesten med sikkerhet påstå at kvinnene kan ha vanskeligheter med å prosessere informasjon som blir gitt under det korte sykehusoppholdet.

Bryster har flere funksjoner for kvinner. Man bruker brystene til amming, men det er også et erotisk organ. Samtidig er det også en kroppsdel som gir kvinnelig identitet og det blir forbundet med feminitet og seksualitet. Endringer i utseendet har betydning for pasienters kroppsilde. I dagens samfunn blir utseendets viktighet promotert og man ser urealistiske og gjerne retusjerte bilder på reklamer og annonser. Kulturen rundt oss skaper et inntrykk og en holdning om hvordan en kropp

bør se ut. Denne pasientgruppen vil derfor trolig bli svært sårbar for endringer i kroppens utseende. Kroppen uttrykker sosial mening og identitet (Solvoll, 2015, s. 20).

Brystkreftpasienter som skal opereres får noen ganger valget mellom brystbevarende operasjon eller mastektomi, hvor mastektomi er kirurgisk fjerning av bryst (Sørensen, Lorvik, Erntsen & Almås, 2017, s. 442). I andre tilfeller som ved eksempelvis aggressiv vekst blir avgjørelsen tatt av kirurgene, og man velger da oftest å fjerne ett eller begge brystene. Det er omtrent 30% av alle som opereres som får utført mastektomi (Schlichting, 2016, s. 449). Jeg har i min praksis opplevd brystkreftpasienters behov for informasjon og støtte, og jeg vil finne ut av om de har behov for informasjon relatert til seksualitet.

1.2 PROBLEMSTILLING

” Hvordan kan sykepleieren bidra til å ivareta behovet for informasjon relatert til seksualitet hos brystkreftpasienter som har utført mastektomi?»

1.3 PRESISERING OG AVGRENSNINGER

Problemstillingen omhandler kvinnelige brystkreftpasienter som har fått utført mastektomi, da det er grunn til å tro at det medfører større utfordringer knyttet til seksualitet. Jeg har valgt å avgrense til over 18 år, da de ligger på barneavdelingen før dette. Fokuset vil være på sykehusinnleggelse. Brystene har betydning for kvinnenes evne til å kunne amme, men dette vil ikke tas stilling til i drøftingen. Brystkreftpasienten vil bli omtalt som kvinnen eller pasienten.

1.4 HENSIKTEN MED OPPGAVEN

Studiens hensikt er å finne ut av hvordan sykepleiere kan bidra til å ivareta informasjonsbehovet, men også finne ut av hvilke barrierer som ligger til grunn til at informasjon ikke blir gitt. Jeg ønsker å øke bevisstheten rundt dette temaet da dette kan fremme livskvalitet og trygghet hos pasientene.

2.0 TEORI

I denne delen av oppgaven skriver jeg om brystkreft og dens behandling, identitet-, kroppsbilde- og seksualitet etterfulgt av sykepleierens rolle og plikt relatert til informasjon. Videre kommer en presentasjon av PLISSIT-modellen og til slutt presentasjon av sykepleierteori.

2.1 BRYSTKREFT

I 2018 ble det registrert 34 190 nye krefttilfeller i Norge, hvorav brystkreft forekom nest hyppigst etter prostatakreft (Kreftregisteret, 2020b). Brystkreft er en ondartet svulst lokalisert i brystkjertelen (Sørensen et.al., 2017, s. 438). Det er den kreftformen som rammer flest kvinner i Norge, og rammer omtrent hver 11. norske kvinne over 20 år. Dette utgjør rundt 3000 tilfeller årlig. Det er mest vanlig at kvinner over 50 år får diagnosen, men det forventes at flere unge kvinner vil kunne få brystkreft på grunn av livsstilsendringer (Schlichting, 2016, s. 446). Årsakene til brystkreft er sammensatte og vanskelig å direkte fastslå. Faktorer kan blant annet være kjønn, alder, menstruasjon, overvekt og livsstil (Sørensen, et.al., 2017, s. 438). En kvinne som får brystkreft er som regel en «frisk» kvinne ved diagnosetidspunktet. Dette kan gjøre det vanskelig å identifisere seg med pasientrollen og hun kan oppleve at diagnosen gjør noe med hennes identitet (Sørensen et.al., 2017, s. 437). Typiske symptomer på brystkreft er nyoppstått asymmetri av brystene, ensidig inndratt brystknopp samt rødhet og hudinndragninger. Symptomene skal utredes med trippeldiagnostikk som innebærer en klinisk undersøkelse, bildediagnostikk i form av mammografi og nålebiopsi (Schlichting, 2016, s. 448).

2.2 BEHANDLING

Når man har blitt diagnostisert med brystkreft er behandlingen primært kirurgi. Videre er det aktuelt med adjuvant behandling med hensikt om å øke helbredelse. Noen av de aktuelle metodene er stråle-, cellegift- og endokrin behandling (Schlichting, 2016, s. 451). Behandlingen er varierende blant annet ut ifra hvilken type brystkreft man har, svulstens størrelse, lokalisasjon og en eventuell metastasering (Schlichting, 2016, s. 448). På grunn av mammografiprogrammet, hvor alle kvinner over 50 år skal bli innkalt jevnlig, gjør dette at kreften forhåpentligvis oppdages tidlig og at kirurgene, så langt det lar seg gjøre, kan utføre brystbevarende kirurgi (Schlichting, 2016, s. 447). Om dette ikke lar seg gjøre fjernes hele brystkjertelen. Operasjonen kalles ablatio mammae eller mastektomi (Sørensen et.al., 2017, s. 442). Omtrent 30% av alle som opereres for brystkreft undergår mastektomi. Noen kvinner ønsker selv å fjerne brystet for å unngå strålebehandling og for å redusere

angsten for tilbakefall (Schlichting, 2016, s. 449). Alle kvinner som har gjennomgått mastektomi skal få tilbud om rekonstruktiv kirurgi etter noen måneder eller flere år senere (Schlichting, 2016, s. 450).

De andre behandlingsformene har mange bivirkninger som kan ha innvirkning på kvinnens velvære. Bivirkningene av strålebehandling kan være irritasjon, rødme og sårhet i stråleområdet, kvalme, oppkast og fatigue (Kreftforeningen, u.å.a.). Bivirkningene av cellegift er fatigue, tørre slimhinner, nedsatt immunforsvar, kvalme, brekninger og hårtap (Kreftforeningen, u.å.b). Endokrin behandling har bivirkninger som er av samme symptomtype som ved overgangsalderen som hetetokter, økt svette, muskel- og leddsmerter og såre og tørre slimhinner i underlivet (Kreftlex, u.å.).

2.3 KROPPSBILDE, IDENTITET OG SEKSUALITET

Kroppslige forandringer kan føre til et endret kroppsbilde. Kroppsbilde er alle forestillinger vi danner oss i vår mentale bevissthet om hvordan kroppen framstår for oss selv. Kroppen har for oss en ytre og en indre del. Det ytre er det vi kan se og kjenne på, mens det indre er det man har en opplevelse av. «En persons holdning til sin egen kropp kan gjenspeile viktige sider ved identitet» (Solvoll, 2015, s. 17). Identitet beskrives som menneskers opplevelse av å være seg selv. Det er en oppsummering av alle sider ved en selv som gjør at den enkelte opplever seg som en helhet over tid. Videre viser identitet seg gjennom hvordan mennesket ser på seg selv som person og hvordan man vurderer seg selv (Solvoll, 2015, s. 16).

Seksualitet er en viktig del av hvert menneskes identitet (Gamnes, 2015, s. 72). Seksualitet stammer fra det latinske ordet «sexus» som betyr kjønn. Seksualitet omhandler alle aspekter ved det å være en seksuell person og er ikke kun knyttet til menneskets erotiske aktiviteter. Hva seksualitet betyr for den enkelte vil variere i løpet av et liv. Verdens helseorganisasjon (WHO) sin definisjon av seksualitet beskrives som:

Sexuality is a central aspect of being human throughout life encompasses sex, gender identities and roles, sexual orientation, eroticism, pleasure, intimacy and reproduction. Sexuality is experienced and expressed in thoughts, fantasies, desires, beliefs, attitudes, values, behaviours, practices, roles and relationships. While sexuality can include all of these dimensions, not all of them are always experienced or expressed. Sexuality is influenced by the interaction of biological, psychological, social, economic, political, cultural, legal, historical, religious and spiritual factors (WHO, 2006a).

Det å få et endret kroppsbilde kan føre til seksuell dysfunksjon. Seksuell dysfunksjon kan beskrives som «manglende seksuelle lyster, manglende seksuell opphisselse, vansker med å oppnå orgasme, smerter ved samleie, trang skjede og andre følger av en annen underliggende sykdom» (Norsk helseinformatikk, 2019). Kreftbehandlingen kan også gi nedsatt lyst både fysisk og psykisk da ringvirkningen med behandlingen som nevnt kan være fatigue, kvalme, hårtap og det å miste et organ (Kreftforeningen, 2020).

Å få en kreftdiagnose er et psykisk traume og utløser stressreaksjoner som kan sammenlignes med reaksjoner til ulykker og katastrofer. Man kan oppleve å bli rammet psykologisk i form av frykt for metastasering og død, men også frykten for å miste sin kvinnelighet og å få et endret utseende (Sørensen et.al., 2017, s. 440). Kreft påvirker pasientens livskvalitet. Livskvalitet handler om hvordan et menneske opplever livet og omfatter positive følelser som glede, interesse, mestring og mening. «Den subjektive livskvaliteten kan variere fra god til dårlig, og kan oppleves som god selv under sykdom og på tross av helseplager og andre belastninger» (Folkehelseinstituttet, 2019). Man kan oppleve god livskvalitet om man opplever at man har en god seksuell helse. WHO definerer seksuell helse som:

Sexual health is a state of physical, emotional, mental and social well-being in relation to sexuality; it is not merely the absence of disease, dysfunction or infirmity. Sexual health requires a positive and respectful approach to sexuality and sexual relationships, as well as the possibility of having pleasurable and safe sexual experiences, free of coercion, discrimination and violence. For sexual health to be attained and maintained, the sexual rights of all persons must be respected, protected and fulfilled (WHO, 2006a).

2.4 SYKEPLEIERENS FUNKSJON OG PLIKT

Pasienter har rett på informasjon relatert til sykdom og behandling. Dette er også forankret i pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-2): «Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen.» I tillegg til dette skal pasienten få informasjon om konsekvenser for behandlingen som kan bidra til endret seksuell helse. I helsepersonelloven (1999, §10) står det at: «Den som yter helse- og omsorgstjenester skal gi informasjon til den som har krav på det etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven §§3-2 til 3-4.»

I de yrkesetiske retningslinjene fremkommer det at en sykepleier skal ivareta pasientens verdighet og integritet, herunder pasientens rett på helhetlig omsorg (Norsk sykepleierforbund, u.å.). Det står også at sykepleieren skal tilstrebe å fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser vedrørende sykdom og behandling, ved å gi tilstrekkelig informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått (Norsk sykepleierforbund, u.å.).

En av sykepleierens funksjoner er å ha en undervisende og veiledende funksjon (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2015, s. 17). Denne funksjonsbeskrivelsen går ut på å informere, undervise og veilede pasienter og pårørende. Kommunikasjon er avgjørende i sammenheng med å kunne gi informasjon. Kommunikasjon omhandler blant annet samtaler ansikt til ansikt og kan deles inn i verbal og nonverbal kommunikasjon (Eide & Eide, 2017, s. 17). Kommunikasjon er utveksling av meningsfulle tegn mellom to eller flere parter. Når en sykepleier møter en pasient er informasjon grunnleggende. Som sykepleier må man ha evne til å utgi informasjon på en god måte, slik at pasienten får kunnskap hun har behov for (Eide & Eide, 2017, s. 217).

2.4.1 SYKEPLEIERENS MØTE MED DET SEKSUELLE MENNESKET

De som jobber i helsevesenet er representanter av ulike grupper av befolkningen på lik linje som pasientene. Dette medfører også forskjellige holdninger, fordommer, vrangforestillinger og myter. En sykepleiers egne holdninger til seksualitet kan avgjøre hvilken informasjon og veiledning pasienter får angående seksuelle spørsmål (Gamnes, 2015, s. 85). Det er viktig at man som helsepersonell er bevisst i de yrkesetiske retningslinjene om man skal snakke om seksualliv og seksuelle problemer. (Norsk sykepleierforbund, u.å.) For at en skal kunne ivareta pasienten og seg selv, trenger en kunnskap om sine egne og andres holdninger til seksualitet. En må blant annet være klar over at myter, religion og oppvekstmiljø setter sitt preg på den enkeltes holdning til sin egen og andre sin seksualitet. Seksualitet hører til det mest private området hos et menneske, hvor pasientens nærmeste gjerne ikke heller slipper inn (Gamnes, 2015, s. 86).

2.5 PLISSIT MODELLEN

PLISSIT-modellen er et nyttig verktøy som kan være til hjelp for å forstå informasjonsbehovet hos kvinner som har fjernet et bryst og som kan trenge informasjon knyttet til sin seksuelle helse. PLISSIT står for:

1. **Permission (P)** = Tillatelse
2. **Limited Information (LI)** = Begrenset Informasjon
3. **Specific Suggestions (SS)** = Konkrete Forslag
4. **Intensive Therapy (IT)** = Intensiv Terapi

Tillatelse er første steg i modellen og omhandler at det skal gis rom for å snakke om seksualitet. Målet er at kvinnen skal få mulighet til å sette ord på sine tanker rundt sin seksuelle helse i forbindelse med kreften og dens behandling. En slik samtale skal ikke finne sted uten at kvinnen samtykker til det. Nivået krever at sykepleier er villig til å delta i samtalen ved å lytte og snakke med kvinnen. Det skal også respekteres dersom kvinnen ikke ønsker å snakke om temaet, i så fall kan pasienten få noe av skriftlig material slik at informasjonen er gitt, og kvinnen føler seg ivaretatt. Alle bør få tilbud om informasjon. Nivået krever ingen sexologiutdanning fra sykepleier sin side, men det er grunnleggende at man har en trygghet ved det å snakke om seksualitet (Borg, 2017, s. 127).

Begrenset informasjon er det andre trinnet i modellen og innebærer at man skal tilby informasjon slik at pasienten i størst mulig grad får svar på sine bekymringer og utfordringer. Kvinnen har rett på informasjon angående kreftsykdommen- og behandlingens konsekvenser, og dette skal komme naturlig uten at pasienten selv må ta initiativ eller kreve å bli informert. Informasjonen kan bidra til at misforståelser og fantasier rundt kreftsykdom og behandling blir slått ned på (Borg, 2017, s. 128).

Konkrete forslag er det tredje trinnet i modellen og går ut på at pleieren skal gi råd for å gjøre pasienter i stand til å mestre konkrete situasjoner. Behandleren skal tilpasse informasjonen og behandlingstiltak til den individuelle pasienten og hennes forutsetninger. Her kan man eksempelvis tilby tips i form av hjelpemidler som kan hjelpe kvinnen med å opprettholde, samt utvikle sitt seksualliv i etterkant av behandlingen (Borg, 2017, s. 129-130).

Intensiv terapi er det siste nivået i modellen og krever mer ekspertise på området. Det er ikke mange pasienter som har behov for så dyp og spesialisert behandling, og behøver ytterligere hjelp utover

seksuelle hjelpemidler. Det kan for eksempel omhandle dype psykiske problemer. Sykepleiers rolle er i dette trinnet å henvise kvinnen til en spesialist, og å motivere kvinnen til å gjøre det som er nødvendig for sin egen seksuelle helse (Borg, 2017, s. 130).

2.6 RELASJONEN OG KUNNSKAPENS BETYDNING

For å belyse kunnskapens og relasjonens betydning har jeg valgt Joyce Travelbee sin sykepleierteori. Joyce Travelbee var en amerikansk sykepleieteoretiker. Hun gav ut boken *Interpersonal Aspects of Nursing* i 1966 (revidert i 1971), som i 1999 ble oversatt til norsk med tittelen *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*.

Hennes forståelse for sykepleie defineres som et menneske til menneske forhold. Definisjonen hennes på sykepleie lyder som følger: «Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktiker hjelper et individ, en familie, eller et samfunn i å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig, å finne mening i disse erfaringene» (Travelbee, 2001, s. 41). Hensikten med å etablere et menneske-til-menneske-forhold er å hjelpe individet til å forebygge, mestre og å finne mening i sykdom og lidelse. En mellommenneskelig prosess vil være et virkemiddel som muliggjør dette for pasienten. Den enkeltes behov skal bli ivaretatt. Travelbee definerer et menneske-til-menneske-forhold følgende:

Et menneske-til-menneske-forhold er primært en erfaring eller en rekke erfaringer som finner sted mellom en sykepleier og de(n) hun har omsorg for. Hovedkjennetegnet ved disse erfaringene er at den syke (eller familien hans) får sine behov ivaretatt av en sykepleier som har evne til disiplinert intellektuell problemløsning i kombinasjon med sin evne til å bruke seg selv terapeutisk (Travelbee, 2001, s. 41).

Hennes teori beskriver at man må ha fagkunnskap og evne til å anvende kunnskap i praksis. Sykepleieren må ha evne til å bruke seg selv terapeutisk, noe som krever god innsikt i det å være et menneske. En må som omsorgslyter bevisst bruke ens personlighet og kunnskap for å bidra til forandring hos syke personer. Hun var opptatt av hvordan vi kan finne mening i sykdom og lidelse (Travelbee, 2001, s. 43-45).

Travelbee mener at kommunikasjon er et av de viktigste verktøyene sykepleieren har. Kommunikasjon foregår i samspill mellom sykepleier og den omsorgstrengende. Dette foregår

verbalt og nonverbalt. Kommunikasjonen er ikke alltid bevisst. De to partene observerer hverandre, samtidig som det blir overført tanker og følelser. En deler derimot ikke meningsfulle tanker og følelser med den andre part før man er trygg på personen og vet at det en formidler blir mottatt på en god måte (Travelbee, 2001, s. 138). Travelbee hevder at innholdet i kommunikasjonen skal være velgjørende og målet med kommunikasjonen er å bli kjent med pasienten, og å finne frem til og ivareta hennes behov. Kommunikasjon krever kunnskap og evne til å anvende denne (Travelbee, 2001, s. 45).

3.0 METODE

I dette kapittelet vil jeg presentere litteraturstudie som metode etterfulgt av metodekritikk. Videre legger jeg frem litteratursøk og til slutt kildekritikk samt etiske overveielser.

3.1 LITTERATURSTUDIE SOM METODE

Denne oppgaven er en litteraturstudie, med bakgrunn i de rammer Høgskolen på Vestlandet har satt for bacheloroppgaven. Det første steget når man utfører en litteraturstudie er å søke seg frem til allerede publisert fag- eller forskningslitteratur og samle denne sammen. Videre skal man gå kritisk igjennom litteraturen, gjerne med sjekklister for å sikre at forskningsresultatene i artiklene er pålitelige. Til slutt skal man sammenfatte resultatene med hensikt om å få økt forståelse for et tema. En litteraturstudie skal være systematisk og gjennomføres med struktur. (Magnus & Bakketeig sitert i Thidemann, 2017, s. 79-80).

3.2 METODEKRITIKK

Å være kritisk til metoden en har benyttet kalles metodekritikk (Thidemann, 2015, s. 79). Litteraturstudie som metode kan være kritikkverdigg da resultatet av denne oppgaven blir egen tolkning av allerede publisert forskning. Jeg kan ikke sikre at min tolkning av momentene i studien samsvarer til forskernes på lik linje som at det kan ha oppstått feiltolkninger mellom forskerne og deltakerne. På grunn av språkbarrieren kan dette også føre til misoppfatninger av momentene i studiene. Jeg må gå ut ifra at forskningen og måten den er gjort på er utført på en forsvarlig måte og at kravene til pålitelighet og gyldighet er overholdt (Dalland, 2017, s. 55). Som lesere av forskning har vi vår egen forståelse av det vi leser som preger vår fortolkning igjen (Dalland, 2017, s. 54). Jeg har liten erfaring med å søke opp forskningsstudier, noe som vil gi konsekvenser for min søkeprosess. Ettersom vi maksimalt kan ha med seks forskningsartikler begrenser det resultatet, da det kan finnes annen forskning som strider imot de jeg har funnet. Dette kan senke kvaliteten i min drøfting.

3.3 LITTERATURSØK

Jeg har utført en del håndsøk ved å prøve meg frem med ulike søkeord, og lest studier jeg oppfattet var relevante for å se hvilke engelske begreper som ble brukt til å beskrive mitt tema. «Håndsøk er å lete manuelt gjennom relevante tidsskrifter og er benyttet i søket for å finne ulike søkeord»

(Thidemann, 2015, s. 83). Jeg har videre søkt systematisk på relevante søkeord ved bruk av PICO-tabellen (se [Vedlegg 1](#)). Jeg utførte mine søk i databasene Cinahl, Svemed+ og PubMed. Disse er linket til via Høgskolebibliotekets fagsider. Kun studier i Cinahl ble til slutt inkludert. Jeg har satt opp inklusjon- og eksklusjonskriterier i en tabell (se [Vedlegg 2](#)). Jeg valgte eksempelvis å ha avgrensning på studier publisert mellom 2010-2020 for å få de mest oppdaterte studiene innenfor temaet. I begynnelsen av søkeprosessen begrenset jeg ikke søkene til type studie, men etterhvert ble dette noe jeg sjekket før jeg valgte å lese hele studien. Jeg ønsket kvalitative studier da jeg ønsket å vite pasientenes erfaringer, meninger og tanker (Thidemann, 2017, s. 78). Jeg har i min utvalgsprosess gått igjennom sjekklister for studiene, og et eksempel på dette ligger i [Vedlegg 3](#). Søkematrise er vist i Tabell 1.

TABELL 1: SØK I CINAHL 26.02-, 07.03- & 12.03-2020				
SØK – NUMMER	SØKEORD	AVGRENSNINGER	RESULTAT	VALGT
S1	Breast neoplasms		46 666	
S2	Education		6 456	
S3	Nursing		630 435	
S4	Sexuality		34 049	
S5	Taboo		728	
S6	Nurses		448 521	
S7	Responsibility		38 793	
S8	Sexual health		13 903	
S9	Sexual well-being	Published 2010-2020, Abstract, and English. «Cancer patients» as «Subject major»	9	1
S10	S1 AND S2 AND S3	Published 2010-2020, Abstract, and English. ED and NU as “Subheadings”	135	1
S11	S4 AND S5	Published 2010-2020, Abstract, and English.	99	1
S12	S6 AND S4 AND S7	Published 2010-2020, Abstract, and English.	30	1
S13	S8 AND S5	Published 2010-2020, Abstract, and English.	70	1

Søk nummer S9 ga treff på 9 studier. Der fant jeg studien «*Information needs associated with changes to sexual well-being after breastcancer*» (Ussher, Perz & Gilbert, 2013). Jeg valgte denne studien da den viser i prosent hvor mange som ønsket informasjon, om de hadde opplevd endring i seksuelt velvære og hvordan de eventuelt ønsket å få informasjon.

Søk nummer S10 ga treff på 135 studier. Der fant jeg studien «*Women's body image following mastectomy: Snap shots of their daily lives*» (Menon & O'Mahony, 2019). Jeg valgte denne studien da den belyser kvinnenens utfordringer i hverdagen etter mastektomi, med fokus på seksuell selvtillit og følelsen av redusert feminitet. Den belyser også viktigheten av å inkludere en eventuell partner i informasjonsprosessen.

Søk nummer S11 ga 99 treff. Der fant jeg studien «*Patients' experiences of sexuality as a taboo subject in the Danish healthcare system: a qualitative interview study*» (Traumer, Jacobsen & Laursen, 2019). Jeg valgte denne studien da den beskriver hvorfor pasienter ønsker, eller ikke ønsker å snakke om seksualitet.

Søk nummer S12 ga 30 søk. Der fant jeg studien «*Registered nurses' reflections on discussing sexuality with patients: responsibilities, doubts and fears*» (Saunamäki & Engström, 2012). Jeg valgte denne studien da den viser sykepleieres synspunkter relatert til å snakke om seksualitet, hvorfor de gjør det og hvorfor de ikke gjør det.

Søk nummer S13 ga 70 søk. Der fant jeg studien «*Sexual health in primary health care – a qualitative study of nurses' experiences*» (Klaeson, Hovlin, Guvå & Kjellsdotter, 2016). Jeg valgte denne studien da den fokuserer på sykepleieres kunnskapsnivå som en barriere, samt erfaringer med å ta opp seksualitet.

Den siste studien fant jeg ved å gå igjennom referanselistene til andre studier. Der fant jeg «*A Neglected Issue on Sexual Well-Being following Breast Cancer Diagnosis and Treatment among Chinese Women*» (Wang, Chen, Huo, Xu, Wu, Wang & Lu, 2013). Jeg valgte denne studien da den fokuserer på kvinnenens utfordringer etter brystkreftbehandling, hvorav en av dem var kroppsbildeforandringer.

3.4 KILDEKRITIKK

Ifølge Dalland (2017, s. 152) utfører man kildekritikk for å vise at man har gjort en vurdering av litteraturen som skal anvendes. På grunn av dagens pandemi-situasjon har det ført til redusert tilgang på faglitteratur, og jeg har måttet benytte nasjonalbiblioteket hvor det ofte ligger eldre utgaver av bøker. Jeg har funnet studiene i databasen «Cinahl», men har allikevel sjekket publikasjonen studien er publisert i for om de var fagfellevurdert. Dette for å sjekke troverdigheten av publikasjonen. Hvilket nivå de var fagfellevurdert har jeg ikke tatt i betraktning. Jeg ekskluderte likevel artikler som ikke kom opp i søk eller som ikke var nivå en eller to fagfellevurdert (NSD, 2019). Jeg har kun valgt ut studier som har en relevans i henhold til oppgavens problemstilling.

Jeg har valgt flere kvalitative studier. Disse studiene har færre deltakere enn de kvantitative og jeg må derfor ta høyde for dette da alle uttalelser i intervjuene er subjektive erfaringer som avhenger mye av deltakerens personlighet. Likevel kan det gi en god pekepinn og kunnskap om et tema. Jeg har ikke ekskludert noen land, selv om geografiske forskjeller kan avgjøre hvordan eksempelvis norske kvinner opplever helsevesenet fremfor hvordan helsevesenet fungerer i et annet land. Retningslinjer for sykepleierens rolle vil trolig også variere fra land til land. Jeg ønsket derimot ikke å ekskludere noen etniske grupper eller land, da jeg hovedsakelig ønsket subjektive meninger om hvordan de opplever sin seksuelle helse og hvorvidt de får informasjon.

Jeg har sett på hvor og hvordan forskerne har rekruttert deltakere for å se studiens pålitelighet. Den kvantitative studien utførte et online spørreskjema med 1965 deltakere (Ussher et al., 2013). Problematikken med kvantitativ forskning er at alle deltakere ikke svarer på alle spørsmål, noe som kan gå ut over studiens resultater. Når det kommer til at noen deltakere takker nei til å delta i studier, kan dette også påvirke resultatene i forskningen. De som sier seg villige til å delta i studier er gjerne mer engasjerte eller utadvendte enn de som ikke ønsker å delta. Det kommer heller ikke frem i studiene hvorfor deltakerne takker nei.

3.4.1 ETISKE OVERVEIELSER

Forskningsstudier må søke om etisk godkjenning fra sin lokale eller nasjonale etiske komité. Studier kan også søke om godkjenning hos datatilsynet og hos NSD (REK, 2020; NSD, 2019). Min litteraturstudie behøver ikke etisk godkjenning da jeg ikke benytter meg av deltakere. Jeg er derfor avhengig av at studiene jeg benytter har blitt etisk godkjente, eller at etiske vurderinger kommer

tydelig frem. Forskningene i denne oppgaven er etisk godkjente, foruten ett unntak som var studien til Traumer et al. (2019). Studien ble søkt til etisk godkjenning, men forfatterne fikk til svar at det ikke var nødvendig med den typen studie de utførte. Den ble derimot godkjent av det som tilsvarer NSD eller datatilsynet her i Norge. Alle studiene er derfor godkjente. Mange av studiene har klart poengtert at deltakere kunne trekke seg når de ønsket, og at de var anonyme. Interessekonflikter hos forskere er også beskrevet i artiklene, og dette fant ikke sted i mine valgte studier.

4.0 RESULTAT

I denne delen av oppgaven vil de seks forskningsartiklene presenteres individuelt med hensikt, metode og resultater. Videre vil jeg trekke frem de viktigste resultatene i en sammenfatning til slutt.

4.1 ARTIKKEL 1

«Information needs associated with changes to sexual well-being after breast cancer»

(Ussher, Perz & Gilbert, 2013).

Hensikt: Studiens hensikt var å kartlegge brystkreftpasientenes behov for informasjon om seksualitet og erfaringer med å få slik informasjon. Videre se på hvordan de ønsker å motta informasjonen og hvordan de opplever å snakke om seksualitet med helsepersonell etter brystkreft.

Metode: De benyttet hovedsakelig kvantitativ metode med kvalitative komponenter. Online spørreskjema med både åpne og lukkede spørsmål ble benyttet. De inkluderte 1965 deltakere.

Resultater: Studien viser at 85% av deltakerne opplevde endring i seksuelt velvære eller sitt seksuelle forhold med en partner. Majoriteten av deltakerne ønsket informasjon om seksualitet etter brystkreft. De ønsket informasjon om behandlingens konsekvenser på kroppsbildet, parforhold og seksuell respons og identitet. De fleste som ønsket informasjon ønsket informasjon i skriftlig form, kun 18% ønsket verbal informasjon. Studien viser at informasjonsbehovet ikke blir møtt av helsepersonell da under halvparten av deltakerne hadde fått informasjon om seksualitet etter brystkreft.

4.2 ARTIKKEL 2

«Women's body image following mastectomy: Snap shots of their daily lives»

(Menon & O'Mahony, 2019).

Hensikt: Hensikten med studien var å undersøke kvinnens oppfatninger av kroppsbildet etter mastektomi, og identifisere hvordan man på best mulig måte kan støtte kvinner i denne forbindelse.

Metode: Studien har en kvalitativ beskrivende design og er basert på syv intervju med kvinner som har gjennomgått mastektomi.

Resultater: Studien viser at kvinnene strever med å komme seg tilbake til hverdagslivet med en annerledes kropp. Når det gjelder seksualitet, sier deltakerne at de dekker seg til under intime relasjoner og at seksuell nytelse og funksjon har blitt påvirket. Dette på grunn av lav seksuell selvtilitt og følelsen av redusert femininitet. Noen av kvinnene uttrykte at det hadde vært fordelaktig med mer informasjon og at de hadde et behov for at partneren skulle bli mer involvert i prosessen. Noen trekker frem at partnere ikke er forberedt på utseendeforandringer, og at dette gjør det vanskeligere for kvinnen å føle seg komfortabel i hverdagslivet og i intime relasjoner.

4.3 ARTIKKEL 3

«Patients' experiences of sexuality as a taboo subject in the Danish healthcare system: a qualitative interview study»

(Traumer, Jacobsen & Laursen, 2019).

Hensikt: Hensikten var å forstå hvordan kreftpasienter eller pasienter med en kronisk sykdom erfarte seksuell dysfunksjon som et tabuemne i helsevesenet.

Metode: Metoden som er benyttet er kvalitativ. De har brukt semistrukturelt intervju. Ti kvinner som hadde kreft eller en kronisk sykdom ble intervjuet.

Resultater: Studien delte deltakerne inn i to grupper hvor den ene gruppen var de som tok initiativ, og den andre de som ikke tok initiativ til å ta opp seksualitet med helsepersonell. Initiativtakerne ønsket å adressere seksualitet, men følte seg avvist av helsepersonell. De trodde årsaken kunne være lite kunnskap eller flauhet. Uavhengig av årsak følte deltakerne at de ble frustrerte og ubehandlet. De som ikke tok initiativ så på temaet som et sensitivt og privat område. Andre var ikke klar for å snakke om seksualitet fordi de var midt inni behandlingen og var ikke mentalt klare. Tre faktorer ble nevnt som var barriere: tid, kjønn og forholdet til helsepersonellet.

4.4 ARTIKKEL 4

“Registered nurses’ reflections on discussing sexuality with patients: responsibilities, doubts and fears”

(Saunamäki & Engström, 2012).

Hensikt: Hensikten med studien var å beskrive sykepleierens refleksjoner på å snakke om seksualitet med pasienter.

Metode: Kvalitativ studie med et beskrivende design. De intervjuet 10 sykepleiere.

Resultater: Det var delte meninger blant sykepleierne angående det å ta opp seksualitet. De fleste hadde kunnskap om hvordan sykdom og behandling kunne ha effekt på pasientenes seksualitet etter erfaringer. Noen av sykepleiere snakket om seksualitet like lett som å snakke om eliminasjon eller ernæring, men de følte arbeidet var stressende og at det ikke var tid til å snakke om emnet. Det var også vanskelig å gjøre det i en passende situasjon da det er sjelden pasientene ligger på enerom. De trekker frem at det hadde vært nyttig med en guide, og at det hadde blitt mer som en rutine. Alle deltakerne beskrev seksualitet som et delikat emne og usikkerhet ble nevnt som en barriere. De ønsket ikke å invadere pasientens privatliv. De mente seksualitet hadde en tabu over seg, og de følte ikke det var rett å diskutere det. Uavhengig var det mange sykepleiere som snakket om seksualitet med pasientene basert på deres sterke ønske om å hjelpe.

4.5 ARTIKKEL 5

“Sexual health in primary health care – a qualitative study of nurses’ experiences”

(Klaeson, Hovlin, Guvå & Kjellsdotter, 2016).

Hensikt: Hensikten var å belyse sykepleieres opplevelse og muligheter for å diskutere seksuell helse med pasienter.

Metode: En kvalitativ studie hvor ni sykepleiere ble intervjuet ved bruk av semistrukturelt intervju.

Resultater: Det var flere faktorer som ble tatt opp som kan ha en innvirkning på om sykepleieren tar opp temaet. En faktor var at sykepleierne hadde variert utdanningsnivå, og at noen følte de ikke

hadde nok kunnskap på temaet. Det ble også bragt frem at arbeidsplassen har lite fokus på seksualitet i sykepleie, og om arbeidsplassen hadde hatt mål eller retningslinjer som regulerte arbeidet deres med seksuell helse. De mente det var enklere å snakke med menn om seksuell helse, da kvinnens seksuelle var mer kompleks og gikk mer på parforhold. Sykepleierne mente det ikke var deres jobb å arbeide med parforhold. Alder var også en faktor. Sykepleierne syntes det var mer komfortabelt å snakke med yngre pasienter fremfor jevnaldrende eller eldre. Yngre mennesker opplevdes også som mer åpne. Erfaringer var også en faktor, og hadde sykepleieren hatt en god erfaring med å ta opp emnet var det lettere å gjøre det igjen. Det gjorde de mer modige. Om pasienten ikke ønsket å snakke om det der og da, visste de at de hadde mulighet da emnet hadde vært nevnt, og man har opprettet et grunnlag for at det er mulig.

4.6 ARTIKKEL 6

«A Neglected Issue on Sexual Well-Being following Breast Cancer Diagnosis and Treatment among Chinese Women»

(Wang, Chen, Huo, Xu, Wu, Wang & Lu, 2013).

Hensikt: Hensikten med studien var å se på faktorer som kan påvirke livskvaliteten til brystkreftpasienter og gi nødvendig informasjon for å implementere fremtidige tiltak som kan bidra til å forbedre livskvaliteten til brystkreftpasienter.

Metode: Det er benyttet både kvalitativ og kvantitativ metode. Kvalitativt intervjuet de 20 brystkreftpasienter for dybdeintervju. Kvantitativt benyttet de seg av strukturelt spørreskjema.

Resultater: Det var syv hovedtemaer som ble trukket frem i den kvalitative analysen: Nedgang i seksuell frekvens, mindre seksuell interesse, overgangsalder symptomer, kroppsbildeforandringer, effekter på ekteskapsforhold, misoppfatninger angående sex og behov for profesjonell konsultasjon. Kort oppsummert sier kvinnene at de eksempelvis ikke har hatt sex siden operasjonen, eller hadde hatt en dårlig opplevelse med den ene gangen de hadde sex, og hadde dermed ikke ønsket å gjøre det igjen. De hadde problemer med overgangsalder-symptomer, noe som gjør at den seksuelle interessen og synet på seg selv endret seg. Endringer i seksuelt velvære påvirker ikke kun kvinnens livskvalitet, men også partneren. Den kvantitative studien bekreftet de samme funnene. Det var klare endringer i seksuelt velvære etter brystkreft, men dette var et negligert problem.

4.7 SAMMENFATNING AV HOVEDFUNN

1. Kvinnene ønsker informasjon om endringer relatert til seksualitet. Flesteparten ønsker informasjonen i skriftlig form. Informasjonsbehovet blir ikke møtt av helsepersonell.
2. Kvinnene strever med å komme seg tilbake til hverdagslivet med en annerledes kropp. De ønsket at partneren skulle bli mer involvert, samt mer informasjon.
3. Tid, kjønn og relasjon til helsepersonell er barrierer i forhold til å kunne snakke om seksualitet. Seksualitet var et tabubelagt tema i helsevesenet.
4. Sykepleierne er redd for å invadere pasienters privatliv, samt at det var lite eller begrenset tid til å kunne snakke om seksualitet.
5. Sykepleierne ønsker mer kunnskap og retningslinjer på arbeidsplassen.
6. Kvinnene opplever blant annet kroppsbildeforandringer, noe som fører til redusert livskvalitet.

5.0 DRØFTING

I dette kapittelet skal jeg drøfte litteraturen jeg har funnet opp mot den valgte problemstillingen. Jeg starter med å drøfte «forutsetninger for samtale», deretter «kunnskap blant sykepleiere» etterfulgt av «ønsker kvinnene informasjon?», og til slutt «kvinnenes opplevelse av sitt nye «jeg».

5.1 FORUTSETNINGER FOR SAMTALE

Forskning belyser at forholdet til helsepersonell kan være en barriere når det gjelder hvorvidt pasienter ønsker å snakke om seksualitet eller ikke. Et ønske om å snakke med noen de stoler på blir også uttrykt (Traumer et al., 2019). For å få pasientene til å stole på sykepleieren vil relasjon være grunnleggende. Her er Travelbees definisjon på sykepleie sentral. Hun beskriver forholdet som en eller flere erfaringer som finner sted mellom en sykepleier og den omsorgstrengende (Travelbee, 2001, s. 41). Det vil være av betydning at disse erfaringene er utvekslet på forhånd av en samtale om seksualitet. Respekt er viktig, kjemien mellom pleier og pasient er også sentralt (Traumer et al., 2019). Etter egen erfaring kan det å skape en relasjon være vanskeligere på enkelte avdelinger hvor det er mye personell å forholde seg til fra dag til dag. Lite kontinuitet kan føre til at relasjonsbygging blir vanskelig. I følge Travelbee deler man ikke meningsfulle tanker og følelser med den andre part før man er trygg på personen (Travelbee, 2001, s. 138). Dette understøttes i studien til Traumer et al. (2019) som bekrefter at trygghet er viktig for å være villig til å snakke om sensitive emner. Det er derfor en fordel at pasienten møter den samme sykepleieren under sykehusoppholdet.

Tid ble fremhevet som en barriere. Kvinnene ønsker å snakke om seksualitet når de selv er klare (Traumer et al., 2019). Når en blir innlagt på sengepost kort tid etter å ha fått en kreftdiagnose, vil trolig temaet seksualitet ikke stå høyest på prioriteringslisten. Tanken på å bli frisk vil være kvinnenes førsteprioritet (Borg, 2017, s. 128; Wang et al., 2013; Traumer et al., 2019). En annen problematikk er at kvinnen gjerne ikke klarer å identifisere seg med å være en kreftpasient, og er i den forbindelse ikke i stand til å ta imot all informasjon. Av egne observasjoner ønsker ikke disse kvinnene å se på TV eller ha andre forstyrrelser i bakgrunnen, og det er tydelig at de tenker mye på situasjonen de har havnet i. Det at helsepersonell blir tolket som opptatt blir brakt opp som en barriere da pasientene opplever travelhet på avdelingen, og at det er ingen eller begrenset tid til å snakke om sensitive emner slik som seksualitet (Traumer et al., 2019). Dette blir også bekreftet i en studie som opplyser at helsepersonell må ta prioritetsbeslutninger i en travel hverdag (Slettebø, Kirkevold, Andersen, Pedersen, Halvorsen, Nordhaug & Nortvedt, 2010). Det at sykepleiere ikke prioriterer

informasjonsbehovet relatert til seksualitet på sykehus kan medføre store utfordringer for brystkreftpasientene etter sykehusoppholdet (Pedersen & Vrenne, 2012).

Det kommer frem at kvinnelig helsepersonell var å foretrekke når det kom til å snakke om seksualitet. Kvinner ble betraktet som mer sympatiske, forståelsesfulle, og lettere å snakke med (Traumer et al., 2019). Det ble samtidig reflektert over at det var av mannlig helsepersonells beste interesse da de gjerne kunne syntes det var vanskelig å snakke om seksualitet med kvinnelige pasienter (Traumer et al., 2019). Sykepleiere mener derimot det er lettere å snakke med mannlige pasienter om seksualitet (Klaeson et al., 2016). Dette kan man anta at kommer av at kvinners seksualitetsproblematikk gjerne er mer omfattende. Det er derimot forståelig at kvinner ønsker å snakke med likekjønnede, da det er lettere for kvinner å forstå brystenes betydning for eget kroppsbilde og identitet.

5.2 KUNNSKAP BLANT SYKEPLEIERE

Kunnskap var en av barrierene til at sykepleieren ikke tok opp temaet seksualitet med sine pasienter (Klaeson et al., 2016). Sykepleiere snakker med pasienter om seksuell helse med bakgrunn av et sterkt ønske om å være til hjelp, og de føler et visst ansvar. De ønsker derimot mer kunnskap (Saunamäki & Engström, 2012). Helse- og omsorgsdepartementet la i 2016 ut ny strategi relatert til seksualitet i helsesektoren med hensikt om å sikre kunnskap om- og ivaretagelse av seksuell helse i helse- og omsorgstjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Mange pleiere stiller høye krav til egen kunnskap, og vegrer seg derfor for å snakke med pasienter om ting de er usikre på (Borg, 2017, s. 126). Gjennom studier og erfaringer i praksis og jobb øker kunnskapsnivået hos sykepleieren. Det er derimot vanskelig å bygge videre på kunnskap dersom man ikke praktiserer det. Sykepleierens veiledende og undervisende funksjon blir også hindret om en mangler kunnskap (Kristoffersen et al., 2015, s. 17). Arbeidsplassen kan være avgjørende i forhold til hva man blir god på, og det kan antas at det man ikke jobber med i det daglige blir oversett.

Sykepleiere mener det ikke er deres ansvar å snakke om seksualitet med pasienter (Saunamäki & Engström, 2012). I forhold til læringsmålene til sykepleierutdanningen, skal derimot en sykepleier være kvalifisert til å snakke om seksualitet, da menneskets grunnleggende behov skal ivaretas (Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning, 2019, §2). Seksualitet er et av menneskets grunnleggende behov. Det er også fastslått i lovverket at helsepersonell skal arbeide i samsvar med helsepersonellens kvalifikasjoner (Helsepersonelloven, 1999, §4). Sykepleiere

innrømmer derimot at de håper andre påtar seg undervisningsansvaret på grunn av manglete kunnskap (Saunamäki & Engström, 2012). Dette er kjent problematikk ifølge Borg (2017, s. 126). Om en sykepleier selv ikke innehar kunnskap skal pasienten etter lovverket henvises videre (Helsepersonelloven, 1999, §4).

For å kunne ivareta kvinnens seksuelle helse må sykepleieren i sin yrkesutøvelse tilstrebe å ivareta kvinnens behov for helhetlig omsorg, en betingelse som er nedfelt i de yrkesetiske retningslinjer punkt 2-3 (Norsk sykepleierforbund, u.å.). Videre er sykepleie en prosess der sykepleieren hjelper et individ å mestre sykdom og lidelse (Travelbee, 2001, s. 41). Det er derfor viktig som sykepleier å ha kunnskap eller skaffe seg kunnskap om seksuell helse. En sykepleier skal ha fagkunnskap og ha evnen til å anvende denne i praksis. En skal som omsorgsyter bruke sin kunnskap for å bidra til forandring hos syke personer (Travelbee, 2001, s. 45). Det vil derfor være grunn til å påstå at det er sykepleierens ansvar å snakke om seksualitet med pasienter, slik at man bidrar til helhetlig omsorg og hjelper kvinnen å mestre. En sykepleiers egne holdninger til seksualitet skal ikke avgjøre hvilken informasjon og veiledning pasienter får relatert til seksualitet (Gamnes, 2015, s. 85). Det er derimot vist at dette har en innvirkning (Klaeson et al., 2016). Her må man tenke etisk, slik at ikke egne holdninger kommer i veien for god pleie. Når et tema er såpass intimt og tabubelagt kan det oppleves som vanskelig å snakke om. Det er da særdeles viktig at sykepleieren har nødvendig kunnskap og tillit til egen rolle (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

Arbeidsplassen har lite fokus på seksualitet som tema, og det er mangel på mål og retningslinjer som regulerer arbeidet relatert til seksualitet (Klaeson et al., 2016; Saunamäki & Engström, 2012). Støtte fra ledelsen og åpenhet om viktigheten av seksualitet er også viktig (Klaeson et al., 2016).

Retningslinjer antas å være en god pekepinn som kan føre til økt kunnskapsnivå hos sykepleiere, og gjør dem utstyrt med et nyttig verktøy. Dette vil også være tidsbesparende (Klaeson et al., 2016). Sykepleieren som er på jobb vil heller ikke avgjøre hvilken pleie pasienten får om retningslinjer er fastslått (Klaeson et al., 2016). På den andre siden må ikke retningslinjer gå over pasientfokus. Samtalen om seksualitet skal ikke kun gjøres fordi man må, men også på grunnlag av et ønske om å hjelpe (Bay-Hansen, 2014). Sykepleiere er forsiktige med å snakke om seksualitet, da det som nevnt er et delikat og tabubelagt emne (Traumer et al., 2019). Sykepleiere ønsker ikke å invadere pasienters privatliv (Saunamäki & Engström, 2012). Imidlertid viser forskning at pasienter ønsker at sykepleiere tar initiativ til å tematisere seksualitet (Traumer et al., 2019). Det foreligger trolig en toveistabu.

5.3 ØNSKER KVINNENE INFORMASJON?

En rekke studier viser til at et flertall av pasientene ønsker informasjon om seksualitet (Wang et al., 2013; Ussher et al., 2013). Wangs studie fra 2013 viser til at så mange som 92% av deltakerne ønsket informasjon om dette. De ønsker informasjon om psykiske- identitets- og kroppslige endringer etter brystkreft, noe mindre enn halvparten får informasjon om (Ussher et al., 2013). Kvinnene har større utbytte med mer informasjon (Menon & O'Mahony, 2019). De vet derimot ikke hvor man får tak i det, eller mener informasjonen ikke møter behovet (Ussher et al., 2013). Kvinnene får dermed ikke den informasjonen de har krav på (Ussher et al., 2013). Forskning belyser nemlig at kvinner ikke har kunnskap om seksuelle endringer etter brystkreft, selv om majoriteten ønsker det fra pleiere (Wang et al., 2013). De ønsker at helsepersonell skal ta initiativ til det (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). På den andre siden er det også kvinner som ikke ønsker å snakke om seksualitet av forskjellige årsaker. En av årsakene er at temaet er privat og sensitivt (Traumer et al., 2019). En annen årsak var som nevnt tidligere at tid var en barriere. Uansett hører seksualitet til det mest private området hos et menneske (Gamnes, 2015, s. 86). At noen ikke ønsker å snakke om seksualitet skal derfor også respekteres. Man vet derimot ikke om kvinnen ønsker det før man som sykepleier tar det opp.

Man kan med stor sikkerhet anta at brystkreftpasienter har et informasjonsbehov etter mastektomi. Det er derimot kanskje ikke alle kvinner som vet at de har behovet om ikke noen snakker om det. Den syke skal få sine behov ivaretatt av en sykepleier, og i dette tilfellet informasjonsbehovet. Ifølge lovverket skal pasienten få informasjon om behandlingens risikoer og bivirkninger (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2). Informasjon skal derimot ikke gis mot pasientens uttrykte vilje, dette handler om pasientens *tillatelse*, som er det første punktet i PLISSIT-modellen (Borg, 2017, s. 127). Det krever at sykepleieren er villig til å snakke om seksualitet og har evne til å bruke seg selv terapeutisk (Travelbee, 2001, s. 41). Om kvinnen ikke ønsker å snakke om det der og da, er det i hvert fall brakt opp, og kvinnen vet at det er rom for å prate om temaet. Punktet krever at sykepleier er villig til å delta i samtalen ved å lytte og snakke med kvinnen. Det er grunnleggende at sykepleieren har tillitt til egen rolle og føler seg komfortabel med å snakke om temaet (Borg, 2017, s. 127). Det er også mulig å gi noe av skriftlig materiale. Forskning belyser nemlig at pasienter ønsker informasjon skriftlig i form av hefter, nyhetsbrev og/eller nettsider (Ussher et al., 2013). Dette handlet om at de selv skulle bli klar for å innta informasjonen. Informasjonen skal være tilpasset mottakerens forutsetninger og skal gis på en hensynsfull måte (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-5). En må som informasjonsgiver også passe på å ikke gi alt for mye informasjon på en gang, da dette kan være overveldende for kvinnen.

En rekke studier viser til at kvinnene strever med kroppsbildet etter mastektomi og føler et tap av identitet (Menon & O'Mahony, 2019; Ussher et al., 2013; Traumer et al., 2019; Wang et al., 2013). Den adjuvante behandlingen har konsekvenser for kvinnens seksuelle helse da bivirkninger som vaginal tørrhet, sårhet og irritasjon på bryster og hetetokter kan forekomme. Dette kan forårsake seksuell dysfunksjon (Wang et al., 2013; Norsk helseinformatikk, 2019). I følge PLISSIT-modellens andre punkt *begrenset informasjon*, har kvinnene krav på å få vite om disse konsekvensene (Borg, 2017, s. 128). For å ta tak i det tredje punktet som omhandler *konkrete forslag*, bør man kjenne til pasientens alder, seksuelle legning, sivilstatus og andre faktorer som kan måtte individualisere informasjonsbehovet (Borg, 2017, s. 128). Her er en allerede bygd opp relasjon avgjørende. Det siste punktet i modellen *intensiv terapi* krever mer ekspertise på området, og vil for de fleste sykepleiere ikke være aktuelt å bistå kvinnen med (Borg, 2017, s. 130). Her skal sykepleieren innhente hjelp eller henvise kvinnen videre slik det er fastslått i lovverket (Helsepersonelloven, 1999, §4).

5.4 KVINNENES OPPLEVELSE AV SITT NYE «JEG»

Forskning belyser at kvinnene føler seg mindre feminine og attraktive, og får et påfølgende endret kroppsbilde etter mastektomi (Wang et al., 2013). Endret selvbilde, kunstig overgangsalder, krenket femininitet og endret følsomhet er de hyppigste seksuelle komplikasjonene etter behandlingen (Borg, 2017, s. 123). Tapet av et bryst fører til mindre positive følelser, sosial isolasjon, tristhet og opprørthet (Menon & O'Mahony, 2019). Som nevnt tidligere har kvinnen rett på informasjon om disse bivirkningene. Dette skal skje naturlig uten at pasienten selv tar initiativ til det (Borg, 2017, s. 128). Hvilke seneffekter kvinnen får etter behandling er derimot individuelt. Det vil heller ikke kun være behandlingen som har effekt på hvordan kvinnens seksuelle velvære blir. Inngrepet, tanken på å være kreftpasient og fatigue som mange opplever, kan ha effekt på kvinnens lyster og relasjoner (Roche, u.å.). Så mange som 25-30% sliter nemlig med kronisk fatigue etter brystkreft (Kiserud, Dahl & Fosså, 2018, s. 159). Den subjektive livskvaliteten kan variere fra god til dårlig, og kan oppleves som god selv under sykdom og på tross av helseplager og andre belastninger (Folkehelseinstituttet, 2019). Kvinnen må på den andre siden få hjelp til å mestre disse plagene, og man må gi *konkrete forslag* til hjelpemidler (Borg, 2017, s. 130). På denne måten vil kvinnen oppleve at hun kan få hjelp til plagene hun har.

Operasjonsarret er et sårt emne for kvinnene. Det er en påminnelse om at brystet ikke lenger er der og de føler tap av identitet (Menon & O'Mahony, 2019). Bryster er trossalt et symbol for feminin

identitet, og å miste det kan skape sorgreaksjoner (Roche, u.å.). Arret fører også til et forstyrret kroppsbilde (Wang et al., 2013). Kvinner her i Norge får tilbud om rekonstruksjon etter mastektomi. Selv om kvinnene får rekonstruert brystene vil dette derimot ikke nødvendigvis bety at de føler seg vel eller oppnår økt selvbilde, viser studien til Menon og O'Mahony (2019). Allikevel bør kvinnene få informasjon om muligheten for å kunne få implantat på et senere tidspunkt. Dette vil kunne gi kvinnene en trygghet, og et håp om å få tilbake sin identitet. En fin prosedyre jeg har vært vitne til på sykehuset er at sykepleieren er til stedet under bandasjebyttet. Dette foregår foran et speil og prosedyren blir utført for at kvinnen skal slippe å se operasjonssåret alene for første gang. Dette gir trolig en gylden mulighet til å kunne snakke om hvordan kvinnen føler seg uten et bryst.

Utfordringene til kvinnene etter mastektomi er reelle, men det snakkes sjelden om når kvinnen er innlagt (Traumer et al., 2019). Unnværende samtale om seksualitet med kreftpasienter fører til styrkede fordommer og myter relatert til seksualitet og kreft (Borg, 2017, s. 126). Kvinnene i Wang (2013) sin studie rapporterte at de hadde blitt anbefalt å avstå fra samleie etter brystkreft. Dette førte til at mange av kvinnene gjorde nettopp dette. Dette er derimot ikke nødvendig, og dette viser at informasjon er viktig for å unngå misforståelser og fantasier rundt kreftsykdom (Borg, 2017, s. 128). Det å unngå speil var en av strategiene kvinnene benyttet for å komme seg videre i livet. Humor og en sunnere livsstil ble også nevnt (Menon & O'Mahony, 2019). Humor kan også brukes som metode for å ta opp seksualitet. Det kan bidra til å senke flauheten hos både pasient og pleier (Saunamäki & Engström, 2012).

Kvinnene dekker seg til i intime relasjoner, og de har på seg en overdel under samleie (Menon & O'Mahony, 2019; Wang et al., 2013). Seksuell nytelse og funksjon blir påvirket på grunn av lav seksuell selvtillit og følelsen av redusert femininitet. Nedgang i seksuell frekvens og interesse er også en konsekvens av hvordan kvinnen føler seg (Menon & O'Mahony, 2019). Frykten for å avvise, eller å bli avvist, er gjerne større enn frykten for å prøve (Roche, u.å.). Det er viktig å fremme viktigheten av at kvinner snakker om sine tanker om intimitet da det kan minske forventningspresset, og føre til at kvinnen har mindre prestasjonsangst når det gjelder intime situasjoner (Borg, 2017, s. 127; Roche, u.å.). Man må under informasjonen også fremme at nærhet, intimitet og trygghet er like viktig som det faktiske samleiet (Roche, u.å.). Her vil også det å gi *konkrete forslag* til hjelpemidler kunne bidra til å legge til rette for positive intime opplevelser (Borg, 2017, s. 130; Wang et al., 2013).

En eventuell partner vil være trygt og viktig etter mastektomi. Seksuell veiledning bør for kvinner som er i et parforhold ha som mål å få pasienten og partneren til å snakke sammen om seksualiteten (Borg, 2017, s. 127). Støtte fra ektemannen kan være avgjørende for om kvinnene emosjonelt klarer

å mestre hverdagen etter brystkreft (Wang et al., 2013) Å involvere partneren i informasjonsprosessen vil være fordelaktig da de ikke er forberedt på utseendeforandringene og plagene kvinnene kan oppleve (Menon & O'Mahony, 2019). Dette gjør det vanskelig for kvinnen å føle seg komfortabel i hverdagslivet og i intime relasjoner (Menon & O'Mahony, 2019). Endringer i seksuelt velvære påvirker ikke kun kvinnens livskvalitet, men også partnerens (Wang et al., 2013). På den andre siden kan kreftsykdom bringe partnere følelsesmessig nærmere hverandre (Kiserud et al., 2018, s. 157). Seksualitet oppleves og uttrykkes i tanker, fantasier, ønsker, tro, holdninger, verdier, atferd, praksis, roller og forhold (WHO, 2006a). Om kvinnene opplever seksuell dysfunksjon som endret lyst, orgasmeproblemer eller smerter ved samleie kan dette virke belastende på samliv og livskvalitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). For de som er single skal en sykepleier bidra med sin kunnskap slik at kvinnen lever godt med sin seksualitet (Borg, 2017, s. 127).

6.0 KONKLUSJON

Gjennom arbeidet med litteraturstudien har jeg undersøkt hvordan sykepleieren kan bidra til å ivareta informasjonsbehovet knyttet til seksualitet etter mastektomi. Studien viser at kvinnene får mindre informasjon enn de ønsker. Det ble brakt opp flere barrierer til manglende informasjon som relasjon mellom pleier og pasient, mangel på retningslinjer, to typer tid og sykepleierens kunnskap. Videre er seksualitet også betraktet som et tabubelagt emne i helsevesenet.

Studien viser at for å best mulig ivareta informasjonsbehovet må det foreligge en relasjon mellom pleier og pasient. Relasjonsbygging tar tid og dette er utfordrende under de gitte omstendighetene. Det er ofte lite kontinuitet blant de ansatte og sykehusoppholdet er kort. En fordel vil være at pasienten møter den samme sykepleieren under sitt opphold. Videre fremkommer det av studien at kvinnene foretrekker å få informasjon av kvinnelige sykepleiere. Dette vil bidra til økt trygghet for pasienten som vil skape en bedre arena for en god samtale. I de tilfeller hvor en pasient ikke ønsker å snakke om seksualitet kan man gi skriftlig informasjon for å fortsatt ivareta informasjonsbehovet.

Mangel på kunnskap blant sykepleierne viser seg også å være en hindring til at informasjonen ikke blir gitt. Studien viser at sykepleiere ikke føler en trygghet ved det å snakke om seksualitet. Det vil da være viktig med retningslinjer på arbeidsplassen og støtte fra ledelsen. Seksualitet er ikke et tema som blir prioritert på arbeidsplassen, noe som fører til at de ansatte heller ikke prioriterer å ta det opp med pasienter. Sykepleiere har også mye å gjøre på en arbeidsvakt, og om seksualitet skal tematiseres, må sykepleieren selv legge av tid til dette. Det vil også være viktig å hensynta når pasienten selv er klar for å motta slik informasjon, som i stor grad vil variere og nødvendigvis ikke stemme overens med timeplanen til sykepleieren.

Sykepleiere kan ivareta behovet for informasjon ved å ha tilstrekkelig kunnskap om hvilke konsekvenser mastektomi og den adjuvante behandlingen har for pasientens selvbylde og identitet. Dersom sykepleieren selv ikke innehar nødvendig kunnskap må pasienten henvises videre. Dette er også forankret i lovverket. På denne måten kan sykepleieren hjelpe kvinnen å mestre livet etter mastektomi. I denne sammenheng er det viktig å inkludere en eventuell partner da den personen vil være en viktig støttespiller til pasienten i ettertid. Det kan også være overveldende å motta mye slik tyngende informasjon alene og det kan være vanskelig å få ta alt innover seg.

Studien viser at kvinnene mener at seksualitet er et tabubelagt og sensitivt tema. Sykepleierne mener det samme og er redd for å invadere pasientenes privatliv. Åpenhet og normalisering av sensitive temaer kan bidra til å bryte tabu, og i denne sammenheng er det viktig at sykepleier er trygg i egen rolle som informasjonsgiver. Seksualitet et tema hvor pasientens nærmeste gjerne ikke slipper inn og man må være ydmyk i fremgangsmåten. PLISSIT-modellen vil være et nyttig verktøy å benytte når man skal gi informasjon om seksualitet.

7.0 REFERANSELISTE

- Bay-Hansen, J. (2014). Samtalen om seksualitet. *Sykeplejersken*, 214(9), 77-85. Hentet fra:
<https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2014-9/samtalen-om-seksualitet>
- Borg, T. (2017). Seksualitet. I A. M. Reitan & T. Kr. Schjølberg. (Red.), *Kreftsykepleie: pasient-utfordring-handling*. (4. utg., s. 120-131). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, H., & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk* (3 utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Folkehelseinstituttet. (2019, 23. september). Fakta om livskvalitet og trivsel. Hentet fra:
<https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/livskvalitet-og-trivsel/livskvalitet-og-trivsel/>
- Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning. (2019). Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning (FOR-2019-03-15-412). Hentet fra: <https://lovdata.no/forskrift/2019-03-15-412>
- Gamnes, S. (2015). Nærhet og seksualitet. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie* (2. utg., bind 3, s. 71-102). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017-2022). Hentet fra:
https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf
- Helsedirektoratet. (2016, 22. juli). Forløpstider i pakkeforløp for brystkreft. Hentet fra:
<https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/brystkreft/forlopstider-i-pakkeforlop-for-brystkreft>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-2019-04-10-11). Hentet fra:
<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

Kiserud, C. E., Dahl, A. A. & Fosså, S. D. (2018). Seneffekter etter kreftbehandling. I E. Schlichting & E. Wist (Red.), *Kreftsykdommer – en basisbok for helsepersonell*. (5. utg., s. 148-162). Oslo: Gyldendal.

Klaeson, K., Hovlin, L., Guvå, H. & Kjellsdotter, A. (2016). Sexual Health in Primary Health Care - A Qualitative Study of Nurses' Experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 26, 1545-1554. DOI: 10.1111/jocn.13454

Kreftforeningen. (2020, 19. mars). Brystkreft – cancer mammae. Hentet fra:

<https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/brystkreft/>

Kreftforeningen. (u.å.a.). Strålebehandling. Hentet fra: [https://kreftforeningen.no/om-](https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftbehandling/stralebehandling/)

[kreft/kreftbehandling/stralebehandling/](https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftbehandling/stralebehandling/)

Kreftforeningen. (u.å.b.). Cellegift. Hentet fra: [https://kreftforeningen.no/om-](https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftbehandling/cellegift/)

[kreft/kreftbehandling/cellegift/](https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftbehandling/cellegift/)

Kreftlex. (u.å.). Behandling med aromatasehemmere ved brystkreft. Hentet fra:

<https://kreftlex.no/Brystkreft/ProsedyreFolder/BEHANDLING/Cellegift/med-bryst-aromatasehemmere?lg=ks&CancerType=Bryst&containsFaq=False>

Kreftregisteret. (2020a, 3. februar). Brystkreft. Hentet fra:

<https://www.kreftregisteret.no/temasider/kreftformer/brystkreft>

Kreftregisteret. (2020b, 3. februar). Nøkkeltall om kreft. Hentet fra:

<https://www.kreftregisteret.no/Temasider/om-kreft/>

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E. A. (2015). Om sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. A. Skaug. (Red.), *Grunnleggende sykepleie* (2. utg., bind 1, s. 15-28). Oslo: Gyldendal akademisk.

Menon, A. S. & O'Mahony, M. (2019). Women's body image following mastectomy: Snap shots of their daily lives. *Applied Nursing Research*, 47, 4-9. DOI:

<https://doi.org/10.1016/j.apnr.2019.03.002>

Norsk helseinformatikk. (2019, 11. oktober). Seksuelle problemer hos kvinner. Hentet fra:

<https://nhi.no/familie/seksualitet-og-prevensjon/sex/seksuell-dysfunksjon-hos-kvinner/>

Norsk sykepleierforbund. (u.å.). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra:

<https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

NSD. (2019). Register over vitenskapelige publikasjoner. Hentet fra:

<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-2019-12-20-104). Hentet fra: <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

Pedersen, K. R. & Vrenne, Å. B. (2012, 11. juni). Hvordan gi god pasientveiledning?. Hentet fra:

https://sykepleien.no/forskning/2012/05/hvordan-gi-god-pasientveiledning?fbclid=IwAR1luUfYxp0ElvOCUoGgotycrcDsEQ4s_R_kyrdjdx9X0MStDLy1d-VWAWU

REK. (u.å.). Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. Hentet fra:

<https://helseforskning.etikk.no>

Roche. (u.å.). Hvorfor har vi laget en film om brystkreft og seksualitet. Hentet fra:

<https://www.roche.no/no/legemidler/for-pasienter/brystkreft/brystkreft-seksualitet.html>

Saunamäki, N. & Engström, M. (2012). Registered Nurses' Reflections on Discussing Sexuality With Patients: Responsibilities, Doubts and Fears. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 531-540. DOI: 10.1111/jocn.12155

Schlichting, E. (2016). Sykdommer i brystene. I S. Ørn & E. B. Gansmo (Red.), *Sykdom og Behandling* (2. utg., s. 443-450). Oslo: Gyldendal akademisk.

Slettebø, A., Kirkevold, M., Andersen, B., Pedersen, R., Halvorsen, K., Nordhaug, M., & Nortvedt, P. (2010). Clinical Prioritizations and Contextual Constraints in Nursing Homes--A Qualitative Study. *Scandinavian journal of caring sciences*, 24(3), 533-540. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00745.x>

- Solvoll, B. A. (2015). Identitet og egenverd. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie* (2. utg., bind 3, s. 15-36). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Sørensen, E. M., Lørvik, M. K., Erntsen, N. G. & Almås, H. (2017). Sykepleie ved brystkreft. I D. G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie* (5. utg., bind 2, s. 437-450). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Thidemann, I. J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter – den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Thidemann, I. J. (2017). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter -den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Traumer, L., Jacobsen, M. H. & Laursen, B. S. (2019). Patients' Experiences of Sexuality as a Taboo Subject in the Danish Healthcare System: A Qualitative Interview Study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33, 57-66. DOI: 10.1111/scs.12600
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ussher, J. M., Perz, J. & Gilbert, E. (2013). Information needs associated with changes to sexual well-being after breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 69(2), 327-337. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2012.06010.x
- Wang, F., Chen, F., Huo, X., Xu, R., Wu, L., Wang, J. & Lu, C. (2013). A Neglected Issue on Sexual Well-Being following Breast Cancer Diagnosis and Treatment among Chinese Women. *PLOS ONE*, 8(9), e74473. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0074473>
- World Health Organization. (2006a). Sexual and reproductive health: defining sexual health. Hentet fra: https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_2

VEDLEGG I – PICO-MODELLEN

TABELL 2:			
P	I	C	O
Brystkreftpasienter	Sykepleie, Mastektomi, PLISSIT	<i>Ikke relevant</i>	Erfaringer, Opplevelser, Tabubelagt, Seksualitet, Kroppsbilde
SØKEORD	SØKEORD	SØKEORD	SØKEORD
Breast cancer, Breast neoplasms	Nursing, Mastectomy, PLISSIT	<i>Ikke relevant</i>	Education, Coping, Taboo, Sexuality, Body Image, Sexual well- being

VEDLEGG II – INKLUSJON- OG EKSKLUSJONSKRITERIER

TABELL 3:		
	INKLUSJONSKRITERIER	EKSKLUSJONSKRITERIER
SPRÅK	Norsk- svensk-, dansk- eller engelskspråklige.	Andre språk enn de inkluderte.
DATO	Publisert 2010-2020	Publisert før 2010
FAGFELLEVDERT	Fagfellevurdert publikasjon	Ikke fagfellevurdert publikasjon
LAND	Alle land	
ANNET	Relevans for problemstilling	Ikke relevans for problemstilling

VEDLEGG III – SJEKKLISTE FOR EN KVALITATIV STUDIE

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Hvordan bruke sjekklisten

Sjekklisten består av tre deler:

- Innledende vurdering
- Hva forteller resultatene?
- Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du spørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «uklart» eller «nei». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklisten

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister.

Se www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?

Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Denne sjekklisten er inspirert av «10 questions to help you make sense of qualitative research» fra CASP. Critical Appraisal Skills Programme (CASP). CASP Checklists. Oxford: CASP UK [oppdatert 2017; lest 23.11.2017]. Tilgjengelig fra: <http://www.casp-uk.net/checklists>



(A) Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

 JA UKLART NEI**Tips:**

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

Forskere ville finne svar på om deltakerne opplevde at seksualitet var et tabubelagt emne i det danske helsevesenet.

De ønsket å få svar på dette da man som kreftpasient eller kronisk syk kan oppleve seksuell dysfunksjon og har gjerne et ønske om å snakke om temaet.

Problemstillingen er relevant da forskerne ønsket å forstå hvordan pasientene opplevde seksualitet som et tabubelagt emne i helsevesenet.

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

 JA UKLART NEI

Tips: Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Kvalitativ metode er helt klart hensiktsmessig da de ønsket å få frem pasientenes egne erfaringer og perspektiv på temaet.

Skal du fortsette vurderingen?

Tips:

Hvis du svarte NEI på et av spørsmålene over kan du kanskje like godt legge bort artikkelen og finne en annen.

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

 JA UKLART NEI**Tips:**

- Er utvalgsmetode, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet?

De har beskrevet at de brukte semistrukturert intervju. Deltakerne ble valgt ut fra et sexologisenter i Aalborg, Danmark, og personer som opplevde seksuelle vanskeligheter eller dysfunksjon fikk informasjon om studien og ble invitert til å være med på et anonymt intervju. Dataen ble analysert av forfatterne selv, med en tematisk analyse.

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

 JA UKLART NEI

Tips: Når man bruker f.eks. *strategiske utvalg* er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, f.eks. hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, sosioøkonomisk status)

Det har blitt gjort rede for hvem som ble valgt ut, og hvordan de ble valgt ut. De har beskrevet at enkelte ikke ønsket å være med i studien, men disse hadde ikke forklart årsak. Dette var hovedsaklig menn.

De valgte deltakerne fra et Sexologisenter i Danmark, og de som fikk informasjon om studien hadde seksuelle utfordringer etter kronisk sykdom eller kreftsykdom.

Karakteristika er beskrevet i en egen tabell med alder, kjønn og diagnose.

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

 JA

 UKLART

 NEI

Tips: Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? F.eks. intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse.
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (f.eks. lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

De har utført semistrukturert intervju, da de ønsket rike og nøyanserte beskrivelser av pasientenes erfaringer om emnet. De utførte intervjuene hjemme hos deltakerne. Metoden er ikke endret i løpet av studien. De benyttet seg av lydopptak. Intervjuene varte mellom 32 til 65 minutter.

De valgte metoden da de ville forstå og undersøke et fenomen eller erfaringer ut ifra deltakernes perspektiv. For at intervjuet skulle gå innom temaene forskerne var interessert i, guidet de deltakerne inn i en retning med åpne spørsmål. De utførte en tematisk analyse.

De har med analyse av dataen, og hvordan dette ble gjort.

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

 JA

 UKLART

 NEI

Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
 - a. utforming av problemstilling
 - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
 - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

De hadde to eksterne som gikk igjennom og diskuterte og satte spørsmålsteget ved studien, slik at den ble troverdig. De eksterne gikk igjennom studien kritisk og analyserte og reviderte dataene.

De har ikke tatt stilling til egen rolle og påvirkning av resultat, men jeg vil gå ut i fra at det ikke har vært noe interessekonflikt med tanke på at de brukte en ekstern "sensor", og hadde åpne spørsmål.

7. Er etiske forhold vurdert?

JA UKLART NEI

Tips:

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan f.eks. være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

En etisk komite i Danmark mente at etisk godkjenning ikke var nødvendig da denne type studie ikke trenger godkjenning i følge lovverket. De har fått samtykke og deltakerne ble opplyst om deres anonymitet gjentatte ganger. De ble informert om studien via et senter i Danmark og ble invitert til å delta. Om de ønsket å delta fikk de kontakt med researcherne.

I starten på intervjuet innleder de med meningen med studien, at det blir tatt opp på lydopptak, anonymitet, frivillig deltakelse, og at de kan melde seg ut når de selv ønsker under intervjuet.

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

JA UKLART NEI

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt (f.eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.)?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført (f.eks. de ulike trinnene i analysen)?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene?
- I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

De benyttet seg av tematisk analyse, for å se på temaer som gikk igjen i de forskjellige intervjuene. De har en tabell med eksempler på hvordan analysen ble gjennomført.

Det kommer klart frem at deltakernes meninger kommer frem i resultatene, og dermed hvordan de har bygd opp oppgaven.

Basert på svarene dine på punkt 1 – 8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

JA UKLART NEI
