

BACHELOROPPGAVE

«Ivaretagelse av seksuell helse
etter mastektomi»

Synne Lammetun Vilnes

Bachelorutdanning i sykepleie
Fakultet for helse- og sosialvitenskap/Institutt
for helse- og omsorgsvitenskap/Sykepleie
Førde

Veileder Birgit Weel Skram

Innleveringsdato 30.11.2018

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til allekilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

Sammendrag

- Tittel:** «Ivaretagelse av seksuell helse etter mastektomi»
- Bakgrunn for valg av temaet:** Brystkreftpasienter som har gjennomført mastektomi opplever ofte negative konsekvenser for den seksuelle helsen. De opplever utfordringer knyttet til de fysiske endringene av kroppen, samt negative konsekvenser av annen tilleggsbehandling. Fag- og forskningslitteratur viser at pasienter opplever mangelfull informasjon angående seksuell helse, både i forkant og etterkant av behandling. Oppgaven forsøker å belyse hvordan sykepleiere kan veilede pasienter i et tabulagt tema som seksuelle helse for å gi helhetlig omsorg. Dette er for å bidra til økt livskvalitet, samt forebygge negative konsekvenser for den seksuelle helsen etter mastektomi.
- Problemstilling:** «Hvordan kan sykepleier gjennom veiledning bidra til at brystkreftoverlevende etter mastektomi ivaretar seksuell helse?»
- Metode:** Litteraturstudie
- Funn og konklusjon:** Data som er samlet viser at sykepleiere forstår at seksuell helse er et behov for pasienten, men mange unnviker å ta opp temaet med pasienten av årsaker som tid, språk, prioritering, fordommer eller frykt. Funnene viser at eldre, videreutdannede og de med ansiennitet er mer positive til seksuell veiledning enn sine yngre, nyutdannede kollegaer. Sykepleiers kommunikasjon- og samhandlingskompetanse, samt holdning og væremåte er avgjørende for å gi en god seksuell veiledning.
- Nøkkelord:** Seksuell helse, sykepleieveiledning, mastektomi, brystkreft

Innholdsfortegnelse

| | |
|--|-----------|
| 1. Innledning | 1 |
| 1.1 <i>Bakgrunn for valg av tema</i> | 1 |
| 1.2 <i>Problemstilling</i> | 2 |
| 1.3 <i>Avgrensning av problemstilling</i> | 2 |
| 1.4 <i>Definisjon av begrep</i> | 2 |
| 1.5 <i>Oppgaven sin oppbygging</i> | 3 |
| 2. Metode | 3 |
| 2.1 <i>Valg av metode</i> | 3 |
| 2.2 <i>Søk etter forskning</i> | 3 |
| 2.3 <i>Søk etter annen litteratur</i> | 4 |
| 2.4 <i>Kildekritikk</i> | 4 |
| 3. Teori | 5 |
| 3.1 <i>Brystkreft og behandling</i> | 5 |
| 3.1.1 <i>Konsekvenser for feminitet</i> | 5 |
| 3.2 <i>Seksuell helse</i> | 6 |
| 3.2.1 <i>Brystkreftbehandling og seksuell helse</i> | 6 |
| 3.3 <i>Sykepleiers veilederrolle</i> | 6 |
| 3.3.1 <i>Seksuell veiledning</i> | 7 |
| 3.3.2 <i>Faktorer som hemmer seksuell veiledning</i> | 7 |
| 3.3.3 <i>Veiledning til partner</i> | 8 |
| 3.3.4 <i>PLISSIT-modellen</i> | 8 |
| 4. Presentasjon av resultat | 9 |
| 4.1 <i>Artikkel 1</i> | 9 |
| 4.2 <i>Artikkel 2</i> | 9 |
| 4.3 <i>Artikkel 3</i> | 10 |
| 4.4 <i>Artikkel 4</i> | 11 |
| 5. Drøfting | 12 |
| 5.1 <i>Brystkreft, mastektomi og seksuell helse</i> | 12 |
| 5.2 <i>Hva fremmer god seksuell helse etter mastektomi?</i> | 13 |
| 5.3 <i>Sykepleiers veilederrolle i seksuell helse etter mastektomi</i> | 15 |
| 6. Konklusjon | 18 |
| Bibliografi | 19 |

Vedlegg 1: Søkeprosess

1. Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Brystkreft er den vanligste kreftformen blant kvinner (Kreftregisteret, 2018). Kirurgi er den dominerende behandlingsmetoden med kurativ behandling som målsetting (Schjølberg, 2013, s. 113). Nesten 9 av 10 kvinner er i live 5 år etter de ble diagnostiseres (Kreftregisteret, 2018). Kreftfri tilsier derimot ikke frisk, og senskader av behandling preger deres hverdag (Utne & Ryel, 2018). Dette kan være fysiske og psykiske senskader som fatigue, lymfødem, tidlig overgangsalder, angst og nedsatt seksuell lyst (Kreftforeningen, 2018). Pasienters behov for veiledning er individuell, men alle pasienter trenger å føle seg ivaretatt på en trygg måte (Helsedirektoratet, 2018). Pakkeforløpet «Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av brystkreft» utarbeidet av Helsedirektoratet sikrer brystkreftpasienter effektivt forløp og tett samarbeid blant helsepersonell (Helsedirektoratet, 2018).

Sykepleiers funksjon og ansvar styres av juridiske, etiske og faglige retningslinjer som Helsepersonelloven (1999), Pasient- og brukerrettighetsloven (1999), Specialisthelsetjenesteloven (1999) og Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, hvor en sentral sykepleieoppgave består i å hjelpe pasienter å opprettholde god livskvalitet (Schjølberg, 2013, ss. 107-111). Pasienter er sårbare og sykepleiepraksis skal aktivt bidra å imøtekomme særskilte behov for helse- og omsorgstjenester (Norsk sykepleierforbund, 2016). Målet er å fremme helse, forebygge sykdom og ivareta den enkelte pasientens behov for helhetlig omsorg (Norsk sykepleierforbund, 2016). Pasient- og brukerrettighetsloven §3-2 presiserer at pasienten skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand, også mulige risikoer og bivirkninger (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999). Rammeplan for sykepleieutdanning angir veiledning som grunnleggende sykepleiefunksjon for å kunne gi pasienter grunnlag til å ivareta egen helse (Kristoffersen, 2011, s. 337).

Seksuell helse angår fysiske, psykiske, åndelige og sosiale sider ved det å være menneske i alle livssituasjoner, og som sykepleier har man ansvar for helhetlig omsorg hvor også pasienters seksuelle helse ivaretas (Gamnes, 2011, s. 71). Verdens helseorganisasjon (WHO) opererer med arbeidsdefinisjoner av nøkkelbegrep som sex, seksualitet, seksuell helse og seksuelle rettigheter, som bunner i erkjennelsen at begrepet ikke enkelt kan defineres (Borg, 2017, s. 120). Seksuell helse henger sammen med helse og livskvalitet og kan påvirkes negativt av sykdom og behandling (Gamnes, 2011, s. 71). Brystkreftoverlevende kan oppleve senskader i form av psykiske reaksjoner grunnet dårligere forhold til egen kropp og endring av identitet (Utne & Ryel, 2018). Brystkreftforeningens medlemmer med senskader opplevde manglende informasjon angående

endringer av seksuell helse i forkant og etterkant av behandling (Utne & Ryel, 2018). Årets Rosa sløyfe aksjon samlet inn midler til forskning om senskader etter brystkreftbehandling, slik som nedsatt seksuell lyst, både fysisk og psykisk (Kreftforeningen, 2018).

Egenerfaringer er at ivaretagelse av temaet seksuell helse ikke prioriteres i praksis. Å skulle ta initiativ til samtaler om seksuell helse med pasienter kan være en utfordring, og muligens noe som er vanskelig for pasienter da temaet kan føles privat. Oppgavens tema er brystkreft, seksuell helse og dialog om dette. Solid kunnskap om hvordan ta opp et slikt tabulagt tema med pasienter kan ha stor relevans for framtidige sykepleiere for å ivareta den seksuelle helsen som også inngår i helhetlig omsorg.

1.2 Problemstilling

«Hvordan kan sykepleier gjennom veiledning bidra til at brystkreftoverlevende etter mastektomi ivaretar seksuell helse?»

1.3 Avgrensning av problemstilling

Brystkreft kan ramme både kvinner og menn, men oppgavens problemstilling avgrenses til kvinner. Oppgaven spisser seg mot spesialisthelsetjenesten og kreftavdeling på sykehus. Det finnes flere behandlingsmuligheter ved brystkreft, men oppgaven avgrenses til pasienter som er førstegangsrammet av brystkreft og har gjennomgått kurativ behandling med mastektomi.

1.4 Definisjon av begrep

Veiledning – meningsfull relasjon der sykepleier hjelper pasienten å hjelpe seg selv, stiller seg til disposisjon og rådighet som samtalepartner (Kristoffersen, 2011, s. 364)

Brystkreft – ondartet svulst i brystkjertelen (Schlichting & Klepp, 2018)

Mastektomi – operasjon der hele brystkjertelen fjernes (Sørensen, Almåas, Lorvik, & Erntsen, 2016, s. 441)

Seksuell helse-intimitet, hengivenhet, kjærlighet, nærhet, genital seksualitet (Borg, 2017, s. 126)

Senskader – helseproblemer som varer mer enn ett år etter avsluttet kreftbehandling, men kan oppstå flere år etter (Kreftforeningen, 2018)

Seksualitet – begrep som omfatter kjønnslivet, forplantning, tiltrekning, lyst, fantasier, moral og kulturelle normer (Grunfeldt & Almås, 2018)

1.5 Oppgaven sin oppbygging

Første del av oppgaven består av innledning med bakgrunn for valg av tema i et sykepleie- og samfunnsperspektiv samt problemstilling med avgrensing og begrepsavklaring. Andre del presenterer fremgangsmetoden for oppgaven. Tredje og fjerde del er teori og forskning angående brystkreft, seksuell helse og sykepleiers veilederrolle. Femte del drøfter forskning og teori i forhold til problemstilling, og i sjette del presenteres en konklusjon.

2. Metode

I dette kapittelet skal jeg forklare metoden, det vil si den systematiske fremgangsmåten, som er brukt for å samle inn fag- og forskningslitteratur for å belyse problemstillingen i bacheloroppgaven (Thidemann, 2015, s. 76).

2.1 Valg av metode

Retningslinjene til Høgskolen på Vestlandet krever at bacheloroppgaven blir skrevet ut i fra en litteraturstudie. Hensikten med å bruke litteraturstudie er å systematisere kunnskap ut fra skriftlige kilder, altså sekundærdata (Thidemann, 2015, s. 77). Metoden handler om å samle inn data fra fag- og forskningslitteratur, for så å kunne presentere en oppdatert og god forståelse av kunnskapen som problemstillingen etterlyser (Thidemann, 2015, s. 77). En god litteraturstudie er resultat av innsamlingen av data fra relevante kilder, at konklusjonen svarer på problemstillingen og at studien er velskrevet, har logisk struktur og er objektivt fremstilt (Thidemann, 2015, ss. 80-81).

Litteraturstudie er en god metode for å belyse problemstillingen jeg har valgt. Metoden kan bidra til økt kunnskap og forståelse for både sykepleiere og pasienter sine erfaringer rundt tema ut ifra fag- og forskningslitteratur.

2.2 Søk etter forskning

Et verktøy anbefalt av skolen er bruk av PICO-skjema, hvor man deler opp problemstillingen og definerer søkeord knytte til de ulike delene for å utvikle en presis søkestrategi (Thidemann, 2015, s. 87). Ut i fra PICO-skjemaet startet søket etter forskning først med å finne gode engelsk ord på Swemed+. Disse ble benyttet i databasene som Høgskolen på Vestlandet sin nettside foreslo som gode søkesider etter fagressurser, som førte til søk på Academic Search Elite, Cinahl m/full text, MedLine og Helsebiblioteket.

Søkeordene som ble benyttet var «breast cancer, breast cancer treatment, oncology, nurse, nursing practice, holistic care, information needs, psychosocial, barriers, attitudes, sexuality, body image, sexual health» i ulike kombinasjoner. En utvalgsprosess ble gjort basert på tittelen på artiklene som kom opp, og et av eksklusjonskriteriene var forskning eldre enn 10 år. Deretter leste jeg over abstraktene og vurderte etter IMRaD-strukturen for å velge ut artikler. De som fremstod mest relevante leste jeg hele studien for å undersøke relevans opp mot oppgavens problemstilling. Det var ulike studier som var gjennomført, og hvilke artikler som ble valgt til oppgaven ble basert på innholdet om brystkreft, mastektomi, seksuell helse, sykepleiererfaringer, pasienterfaringer og om studien var gjennomført i et land lik skandinavisk kultur.

2.3 Søk etter annen litteratur

For å finne relevant informasjon og kunnskap startet jeg med å se på sykepleiestudiet sin pensumliste. Dette vurderer jeg til gode kilder når det gjelder litteratur siden utdanningen baserer seg på dette. Deretter tok jeg bøkene som framstod relevante for problemstillingen leste gjennomgått, og kunnskapen som bidro til økt kunnskap og forståelse ble benyttet. På Høgskolen på Vestlandet sin biblioteksdatabase, Oria, søkte jeg opp teori rundt brystkreft, seksuell helse og veiledning som er tilgjengelige på skolen. Litteraturen som ble tatt i bruk vurderte jeg som pålitelige og relevante. Internettsøk ble også benyttet for å se hva kreftforeningen, helsedirektoratet og andre relevante nettsider hadde av informasjon. Referanselister i tidligere bacheloroppgaver ble også benyttet for å se om noe av forskning- eller fagkunnskap kunne brukes til oppgavens problemstilling. Derimot ble oppgavene ikke lest da jeg ønsket å unngå og påvirkes med tanke på perspektiv og tolkning av funn.

2.4 Kildekritikk

Styrken med litteraturen som er benyttet er at det er brukt relevant teori ut ifra studiestedets pensumliste. I tillegg er IMRaD-strukturen brukt for å vurdere relevansen for forskningsartikler som består av introduksjon, metode, resultat og diskusjon (Olsson & Sorensen, 2003, s. 50). For å finne fag- og forskningslitteratur benyttet jeg internettsøk. Noe som er utfordrende med dette er å finne ut hva som er pålitelig og kvalitetssikret. Det kan være vanskelig å sile ut hva som er faglige, pålitelige kilder av alt som er publisert på nettet (Dalland, 2017, s. 152). Bacheloroppgavens troverdighet kan også bli påvirket ettersom man samler inn igjen sekundærdata, hvor jeg tolker og gjengir min forståelse av data og funn (Dalland, 2017, ss. 55-61). I tillegg er all forskning jeg har funnet skrevet på engelsk, noe som kan gjøre forståelsen enda mer utfordrende. Noe av forskningen som kom i søkene var av nyere tid, men ble prioritert bort da den ikke ble vurdert relevant nok mot

problemstillingen. Oppgavens troverdighet kan påvirkes om alder på kildene er for gamle, men jeg har forsøkt og søke meg fram til den nyeste fag- og forskningslitteratur som best mulig belyser temaet. Egne holdninger er også noe som kan påvirke fremstillingen av innholdet, men det forsøkes å ha mest mulig objektivt perspektiv på innsamlet data.

3. Teori

Dette kapittelet presenterer den teoretiske forankringen i oppgaven. Først del handler om brystkreft og behandling, mens andre del handler om seksuell helse og brystkreftbehandlingens konsekvenser. Tredje del presenterer sykepleiers ansvar som veileder angående seksuell helse, og faktorer som fremmer og hemmer sykepleier i seksuell veiledning.

3.1 Brystkreft og behandling

Brystkreft utgjør en fjerdedel av alle krefttilfeller blant kvinner (Thune, 2017, s. 463). Kirurgi er den viktigste behandlingsmetoden, og økt overlevelse gjør at mange kvinner lever med senskader som påvirker livsutfoldelsen (Sørensen et.al, 2016, ss. 440-442). Helsedirektoratets retningslinjer sier at etter diagnosen er gitt skal pasienten opereres innen 13 ukedager (Helsedirektoratet, 2018, s. 20). Tilleggsbehandling etter operasjon er ofte i form av cellegift, strålebehandling og/eller hormonbehandling som reduserer risikoen for tilbakefall (Thune, 2017, ss. 468-469). Sykepleierens møte med pasienten er kortvarig da operasjonen utføres enten dagkirurgisk eller at pasienten er inneliggende noen få dager (Sørensen et.al, 2016, s. 437). Brystkreftpasienten er ofte en «frisk» kvinne uten symptomer før behandling (Sørensen et.al, 2016, s. 437). Diagnostiseringen kan utløse en krisereaksjon med usikkerhet rundt lidelse, død, utseende og kvinnelighet (Sørensen et.al, 2016, s. 437). Tiden frem til operasjon oppleves individuelt men er ofte preget av sjokk og redsel med ønske om å leve (Sørensen et.al, 2016, s. 444).

3.1.1 Konsekvenser for feminitet

Utseende er viktig i vestlig kultur og brystet er en viktig del av kvinners seksuelle identitet, et symbol på kvinnelighet, som gjør at mange kvinner ikke føler seg som en attraktiv, feminin og fullverdig kvinne etter mastektomi (Sørensen et.al, 2016, ss. 441-446) (Bredal, 2017, s. 483). Følelsen av å være intetkjønn eller ikke tro at andre kan finne henne attraktiv eller verdt å elske utløser en sorgreaksjon, hvor graden av intensitet avhenger av betydningen brystet har for kvinneligheten (Schjølberg, 2013, s. 141).

3.2 Seksuell helse

Seksuell helse er en sentral del av menneskers individuelle identitet, selvbilde og livskvalitet (Borg, 2017, ss. 121-126). Seksuell helse har betydning hele livet som ressurs og beskyttelsesfaktor for livskvalitet og mestringsferdigheter (Helsedirektoratet, 2018). Uttrykket og innholdet forandrer seg i livsløpet, men det å elske, kjenne seg elsket, nærhet, ømhet og hengivenhet er viktige betingelser for god helse hos de fleste (Borg, 2017, ss. 121-126). Kvinners seksuelle helse preges ofte av følelsesmessige faktorer, som vil si at kvinnen tar initiativ til fysisk kontakt i søken etter nærhet, ømhet eller omsorgsbehov (Gjessing, Borg, & Dahl, 2013, s. 99). Positiv holdning og følelser for egen kropp kombinert med kunnskap og ferdigheter bidrar til glede, tryggere seksuell identitet og sunne handlingsmønstre, som etablerer og bevarer nære relasjoner (Helsedirektoratet, 2018).

3.2.1 Brystkreftbehandling og seksuell helse

Kreftbehandling og senskader hindrer ikke seksuallivet, men de fleste opplever negative konsekvenser og dette er et behov sykepleier må møte sammen med pasient og partner (Borg, 2017, ss. 121-122). Alle mennesker har behov for fysisk nærhet og kroppskontakt med andre, og mangel på dette kan medføre følelse av verdiløshet (Gamnes, 2011, s. 100). God seksuell helse er mulig for alle, men det vanskeligste for mange er å forsøke på grunn av frykt for avvisning, smerter eller endret kropp (Kreftforeningen, 2018). Mestring i belastende livssituasjoner er å gjenfinne meningen i livet, samt kontrollere og tolerere belastningen (Haugan & Rannestad, 2018, ss. 141-148). Mestring etter mastektomi avhenger av pasientens generelle mestringsstrategier, årsaken til endring og grad av synlighet i funksjon eller utseende (Schjølberg, 2013, s. 143). Bearbeidingen er individuell, men pasienten forsøker å akseptere seg selv, arbeider med selvbildet og egne holdninger, samt kommunisere med eventuell partner (Kreftforeningen, 2018). Partners reaksjon etter mastektomi kan være avgjørende for kvinners seksuelle helse, hvor bekreftelse på at hun fortsatt er attraktiv påvirker selvfølelsen positivt (Rolland & Simonsen, 2016). For enslige pasienter kan terskelen være høyere for seksuell nærhet, og føles som et umulig skritt å ta (Gamnes, 2011, s. 95).

3.3 Sykepleiers veiledningsrolle

Sykepleieveiledning hjelper pasienten gjennom samtaler å utforske egne tanker, følelser og handlinger som bidrar til klarere selvforståelse (Kristoffersen, 2011, s. 364). Tilpasset veiledning på pasientens premisser er viktig gjennom hele behandlingsforløpet (Sørensen et.al, 2016, s. 438). Refleksjon og kunnskap om de fysiske og psykiske utfordringene pasienten står overfor kombinert med empati fremmer trygghet i veiledning (Schjølberg, 2013, s. 141). Sykepleieveiledningen innebærer også korrigere, sortere og drøfte viten som pasienten finner selv (Reitan, 2017, s. 98).

Sykepleier kan også formidle kontakt med pasientgrupper og andre frivillige organisasjoner hvor pasient og eventuell partner kan søke støtte (Schjølberg, 2013, ss. 141-142). Sykepleiere har innsikt og kunnskap som gir makt, denne bør forvaltes for å fremme helse gjennom åpen og lyttende holdning (Alvsvåg, 2018, ss. 66-68). Ved utskrivelse må sykepleier forsikre seg om at pasienten og eventuell partner har fått svar på sine spørsmål, eventuelt tilby skriftlig informasjon og oppfølgingssamtale per telefon (Kaasa, 2013, s. 94). Sykepleier må dokumentere relevant klinisk informasjon i pasientens individuelle behandlingsplan for å sikre kontinuitet og kvalitet i veiledningen (Reitan, 2017, s. 113).

3.3.1 Seksuell veiledning

Seksuell helse kan være et utfordrende behov for sykepleier å kartlegge eller vanskelig for pasienter å diskutere, men pasienten bør få tilbud om veiledning angående temaet (Lorentsen & Grov, 2016, s. 422). Sykepleier bør være tilgjengelig, spørrende og åpen, men det er kvinnen som bestemmer grad av åpenhet og om partner skal være inkludert i samtalen (Jerpseth, 2016, s. 141). Preoperativt kan pasientens krisereaksjon gjør at pasienten oppfatter lite av den verbale informasjonen som gis (Sørensen et.al, 2016, s. 444). Da blir et viktig sykepleiemål postoperativt at pasienten gjennom veiledning gjenvinner kontroll over eget liv (Sørensen et.al, 2016, s. 445).

Sykepleier sin kunnskap, ferdigheter og holdninger utvikles gjennom utdanning og erfaring (Gamnes, 2011, s. 71). Ved å ha kunnskap om seksuelle behov kan sykepleier føle seg kompetent til å ta opp et tabulagt, følsomt tema med pasienter (Gamnes, 2011, s. 71). Sykepleier må stadig jobbe med seg selv og holdning til egen seksuelle helse før å møte pasienter med seksuelle problemer (Jerpseth, 2016, s. 141). Sykepleier sitt viktigste arbeidsverktøy er kommunikasjon og samhandling (Kristoffersen, 2011, s. 355). Aktiv lytting er evnen til å være mentalt tilstede, åpen for hva pasienten formidler, og gi respons som uttrykker interesse og bekreftelse (Kristoffersen, 2011, s. 355). Bevissthet om egen væremåte og ved å stille spørsmål signaliserer at sykepleier bryr seg om pasienten og ikke understøtter pasienters følelse av å være frastøtende (Lorentsen et.al, 2016, ss. 418-419).

3.3.2 Faktorer som hemmer seksuell veiledning

Pasienter er ofte misfornøyd med helsepersonells unnvikende holdning angående seksuelle problemer (Jerpseth, 2016, s. 141). Holdninger, fordommer, myter og vrangforestillinger påvirker også de som arbeider i helsevesenet, og kan avgjøre prioriteringen for seksuell veiledning (Gamnes, 2011, s. 85). Mange sykepleiere unngår å snakke om seksuell helse med pasient og partner på grunn

av vanskelig tema som de løser med og late som ikke eksisterer, eller ha for høy respekt slik at temaet ikke tas opp (Borg, 2017, s. 126). Andre har for høye krav til egen kunnskap og profesjonalitet som fører til at de vegrer seg for å snakke med pasienten om temaet, eller føler at de ikke har tid og kunnskap (Borg, 2017, s. 126). Mange sykepleiere sier de ikke har et språk de er komfortable med å bruke i seksuell veiledning, men det viktigste er å respektere pasientens grenser og språk, samtidig som egne grenser blir respektert (Borg, 2017, s. 126).

3.3.3 Veiledning til partner

Pasientens partner kan påvirke hvordan pasienten takler behandling- og rehabiliteringsforløpet (Schjølberg, 2013, s. 107). Ved å veilede partneren kan sykepleier hjelpe pasienten å opprettholde god livskvalitet som er en sentral sykepleieoppgave (Schjølberg, 2013, s. 107). Pasientens partner kan være viktig støttespiller, men har da behov for å delta i veiledningen slik at de kan bistå pasienten og få avklart hva som kan forventes (Kaasa, 2013, s. 43). Målet for sykepleierens veiledning bør være at pasient og partner snakker om seksuell helse (Schjølberg, 2013, s. 141).

3.3.4 PLISSIT-modellen

PLISSIT-modellen er et nyttig verktøy i seksuell veiledning (Gamnes, 2011, s. 87). Modellen beskriver ulike nivå sykepleier kan forholde seg til og behandle seksuelle problemer på (Gamnes, 2011, s. 87). Første nivå gir rom for å snakke om seksuell helse og krever ingen utdanning, mens neste nivå er å gi begrenset informasjon og åpner for tillatelse til samtale om seksuell helse (Gamnes, 2011, ss. 87-88). Oppgaven kan bestå i å lytte med varhet og diskresjon slik at pasienten får mulighet til å sette ord på tanker rundt seksuell helse samt ryddet opp i misforståelser eller fantasier (Borg, 2017, ss. 127-128). Noen pasienter ønsker ikke å snakke om seksuell helse og dette må respekteres, men alle bør få tilbudet og dialogen kan tas opp senere dersom pasienten ønsker det (Borg, 2017, s. 128). Tredje nivået innebærer konkrete forslag til løsninger på hvordan et godt seksualliv kan opprettholdes eller utvikles (Borg, 2017, s. 128) Siste trinn er intensiv terapi, det er bare aktuelt for et fåtall av pasienter som henvises til spesialisert behandling (Borg, 2017, s. 130).

4. Presentasjon av resultat

I dette kapittelet skal jeg presentere resultat som er funnet i de utvalgte forskningsartikler.

4.1 Artikkel 1

Tittel: «Discussing sexuality with patients: nurses' attitudes and beliefs»

Av: Nina Saunamäki, Matilda Andersson og Maria Engström (2009).

Kvantitativ studie med hensikt å belyse sykepleieres holdning og tanker angående samtaler om seksuell helse med pasienter. Hundre sykepleiere fikk utdelt spørreskjema, 88 responderte, hvor flesteparten var kvinner fra 22-64 år med erfaring fra 5 måneder til 40 år. Resultatet viste at 90% av sykepleierne forstod at pasientens sykdom og behandling muligens påvirket deres seksuelle helse. To tredjedeler av informantene følte seg komfortabel om å snakke om seksuelle problem, og mente at det var sykepleiers ansvar å ta opp temaet. Derimot tok 80% seg ikke tid til temaet, og 60% følte seg ikke trygg i situasjonen. Det var signifikant sammenheng mellom sykepleiers ansiennitet og selvsikkerhet i kompetanse om seksuell helse. Sykepleierne som var usikre mente seksuell helse var ett for privat samtaleemne. Eldre sykepleiere følte seg tryggere til å ta opp pasienters seksuelle bekymringer, og jo eldre sykepleieren var, dess mer positiv var holdningen for å snakke om seksuell helse. Dette gjaldt også sykepleiere som hadde tatt videreutdanning. Sykepleierne som mente at seksuell helse påvirket behandlingsutfallet hadde større forståelse for hvordan sykdom og behandling påvirket seksuell helse. De tok seg mer tid til å snakke om temaet med pasienten. De mente også at de var sykepleiers ansvar til å ta initiativ samt oppmuntre pasienten til å snakke om seksuell helse. Studien konkluderer med at videreutdanning er essensielt for å utvikle sykepleiers helhetlige omsorgsutøvelse, samt at studenter bør få grundig utdanning i seksuell helse for å unngå utvikling av barrierer.

4.2 Artikkel 2

Tittel: «Identification of Barriers to Sexual Health Assessment in Oncology Nursing Practice»

Av: Jerelyn O.Julien, Bridgette Thom og Nancy E.Kline (2010).

Kvantitativ studie med hensikt om å undersøke holdninger og kunnskapen til helsearbeidere angående pasienters seksuelle helse. 576 tilfeldige informanter, 92% kvinner og 8% mannlige, hvor ikke alle var utdannet sykepleiere. Studien viste signifikant forskjell i resultat basert på alder og sykepleiererfaring. De eldre sykepleiere og de som hadde mange års arbeidserfaring følte seg tryggere til å ta opp seksuell helse med pasienter. Studien viste også at videreutdanning som

kreftsykepleier eller at de jobbet i hjemmebaserte tjenester identifiserte færre holdningsbarrierer enn de som ikke var utdannet eller jobbet på institusjon. Sykepleierne i undersøkelsen mente også at seksuell helse var for privat til å diskutere med pasienter, men hevdet at de forstod hvordan sykdom og behandling kunne påvirke pasientens seksuelle helse. Sykepleierne uttrykte at pasienten burde ikke forvente at sykepleier tar opp temaet, men heller spørre legen.

4.3 Artikkel 3

Tittel: «To feel like an outsider: Focus group discussions regarding the influence on sexuality caused by breast cancer treatment».

Av: K.Klaeson, K.Sandell og C.M Berterö (2010)

Kvalitativ studie hvor hensikten var å undersøke hvordan middelaldrende kvinner behandlet for brystkreft erfarte deres seksuelle identitet knyttet mot samfunnets verdier og normer. Tre fokusgrupper med totalt 12 kvinner. Kvinnene diskuterte ulike temaer seg i mellom ved hver samling. Intervjuer observerte og noterte samtalene. Gjennomsnittsalder var 47år, åtte var kreftfri, fire hadde tilbakefall, en fjerdedel var singel og resten i forhold. Syv hadde barn under 18 år og en var barnløs. Tid fra diagnosen ble stilt var gjennomsnittlig 3 år. Resultatet viste at kvinnene følte de ikke kjente seg selv igjen, eller hvilken kvinnegruppe de skulle identifisere seg med. Kvinnenes kroppsbilde var endret, de følte seg ikke lenger feminine, men heller at kroppen signaliserte alderdom og sykdom. Mange brukte mye energi på å vise omverden at de var friske gjennom klær og tilbehør. Kvinnene følte kroppen hadde sviktet og var ukomfortable i den nye hverdagen. Tre fjerdedeler av kvinnene som hadde gjennomgått mastektomi følte skyld for sin egen kropp. De opplevde at andre ble flaue og var i hovedsak bekymret for andre enn seg selv. Det var også vanskelig for disse kvinnene å uttrykke tanker om denne situasjonen da det følte veldig privat. Kvinnene uttrykte at tap av seksuell lyst var et stort tap og de savnet å være den kvinnen de hadde vært. Informantene mente derimot at å ligge nær partner bidro til intimitet og at de følte seg tryggere og elsket. Bare noen få mente de var usikre og levde ikke opp til deres «plikt» i et heteroseksuelt forhold. Noen var redde for å bli forlatt, og noen turte ikke gå ut av forholdet på grunn av at de ikke lenger følte seg attraktive. Noen av kvinnene påstod også at kreftdiagnosen hadde ødelagt forholdet. For kvinnene var det å bli bekreftet som kvinne essensielt for livskvalitet og kvinnelighet. Nærhet gav bekreftelse uten behov for ord, som kunne kompensere noe for tapet av lyst og følelsen av å være mindre attraktiv.

4.4 Artikkel 4

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

Av: Jane M. Ussher, Janette Perz og Emilee Gilbert (2012).

Mikset studie, hovedsakelig kvantitativ metode med kvalitative komponenter. Nettbasert spørreundersøkelse med 2210 informanter, hvor 1965 svarte på alle spørsmålene. Kriteriene var alder over 18 år og brystkreftdiagnose. 45.6% var ferdig behandlet, 45.5% var fortsatt i behandling. 85% av informantene meldte om endringer i seksuell helse etter brystkreft og 68% ønsket informasjon, helst i skriftlig form. Mindre enn 2% av dem som svarte ønsket samtale med helsepersonell eller støttegrupper. Det som ble framhevet som viktigst for informantene var fysiske endringer, seksuelle problemer, utfordringer i parforhold, psykologiske konsekvenser, og påvirkning på kroppsbilde og identitet. 65% av informantene hadde ikke snakket om seksuelle endringer med noen. Mindre enn halvparten hadde mottatt informasjon angående seksuell helse etter brystkreft. Noen av informantene unngikk temaet på grunn av unngåelse, mens noen ikke visste hvordan de skulle få tak i informasjon, eller følte ikke informasjonen som var tilgjengelig gjaldt dem. Andre mente ikke seksuell helse var viktig lenger og noen ventet på at effekter av behandling ville gå over. En tiendedel la årsaken på helsepersonell som ikke viste interesse om temaet eller unngikk samtalen. Eldre informanter antok at seksuell helse ikke gjaldt dem lenger. De 26% som hadde snakket om seksuell helse gjorde det enten med partner (76%), fastlege (49%), venner/slektning (47%), kreftlege (39%) eller kreftsykepleier (21%). Kvalitetsvurdering av samtalen var høyest for sykepleiere (60%) og lavest for kreftleger (34%).

5. Drøfting

I denne delen av oppgaven skal jeg drøfte oppgavens problemstilling i lys av teori og forskning som er fremstilt i oppgaven, samt knytte dette til egenerfaringer fra praksis. For å kunne drøfte funnene opp mot hverandre er drøftingen delt opp i ulike deler. Første del handler om brystkreftdiagnosen og mastektomi sin påvirkning i kvinnens seksuelle helse. Andre del handler om hva som bidrar til god seksuell helse for brystkreftpasientene, og tredje del handler om sykepleiers veiledersrolle for pasienten knyttet til seksuell helse.

5.1 Brystkreft, mastektomi og seksuell helse

Brystkreftpasienten er ofte en «frisk» kvinne uten symptomer før behandling, hvor diagnostiseringen kan utløse krisereaksjon med frykt for døden (Sørensen et.al, 2016, s. 437). Helsedirektoratets retningslinjer (2018) gir føring for mastektomi innen 13 ukedager. Dette sikrer kvinnene effektiv behandling, og er positivt da brystkreftpasienten kan føle at sykdommen bekjempes. Derimot kan det tenkes at den korte ventetiden påvirker bearbeiding av diagnosen og behandlingsforløpet. Sørensen et.al (2016, s. 444) poengterer at tiden frem til operasjon er individuell, men ofte er preget av sjokk, redsel og ønske om å leve. Kan det da tenkes at kvinnen ved diagnostisering ikke har evne å ta innover seg tiden etter mastektomi? Egenerfaring er at vellykket operasjon eller frykt for smerter er prioriteringer hos pasienten postoperativt. Brystkreftpasienten får muligens ikke tid til å prosessere hvordan dette vil påvirke henne både fysisk og psykisk. Sørensen et.al (2016, s. 441-446) samt Bredal (2017 s. 483) forteller at brystkreftpasienten ikke lenger føler seg som en attraktiv, feminin eller fullverdig kvinne etter mastektomi. Klaeson, Sandell og Berterö (2010) sine informanter styrker dette da de ikke lenger føler seg feminine eller kjenner seg selv igjen. Kroppsbildet er endret til at kroppen signaliserer sykdom. Kvinnene i studien uttrykte at det var vanskelig å dele tanker om situasjonen etter mastektomi på grunn av at det føltes veldig privat. Tre fjerdedeler av dem følte skyld for egen kropp, opplevde at andre ble flau og var i hovedsak bekymret for andre enn seg selv. Tapet av brystet kan tenkes å muligens overskygge lettelsen eller gleden ved å være kreftfri. Siden brystet er en naturlig del av kvinners seksuelle identitet (Sørensen et.al, 2016, s. 441-446) har muligens brystet ikke hatt stor betydning i livet før det er borte. Kvinnene er kanskje ikke forberedt på noe sorgreaksjon eller skamfølelse som igjen kan ramme den seksuelle helsen.

Brystkreftbehandling og mastektomi hindrer sjelden seksuell omgang, men de fleste opplever negative konsekvenser (Borg, 2017, s. 121). I Ussher, Perz og Gilbert (2012) sin studie uttrykte 85% av informantene om endringer i seksuell helse etter brystkreft. Alle mennesker har behov for fysisk nærhet og kroppskontakt med andre, og mangel på dette kan medføre følelse av verdiløshet

(Gamnes, 2011, s. 100). Kvinnene i studien til Klaeson et.al (2010) fortalte at bekreftelse som kvinne var essensielt for livskvalitet. Nærheten kunne gi bekreftelse som kompenserte noe for tapet av seksuell lyst og følelsen av å være mindre attraktiv. Når det gjelder kvinnelighet forteller Schjølberg (2013, s. 141) at kvinnene føler seg som intetkjønn eller tror ikke andre finner henne attraktiv eller verdt å elske, som utløser en sorgreaksjon. Pasientens sorgreaksjon avhenger av brystets betydning før mastektomi (Schjølberg, 2013, s. 141). Dette er også noe Klaeson et.al (2010) fremhever i sin studie, hvor kvinnene forteller at de savnet kvinnen de var før brystkreftpasientrollen, i tillegg var tap av seksuell lyst et stort tap. Brystet er en viktig del av kvinners seksuelle identitet i vestlig kultur hvor utseende er viktig (Sørensen et.al, 2016, s. 441), som kan forklare kvinnenens tap av lyst.

I følge Helsedirektoratet (2018) kan seksuelle helse være ressurs og beskyttelsesfaktor for livskvalitet og mestringsferdigheter. Sunne seksuelle handlingsmønstre kan etablere og bevare nære relasjoner (Helsedirektoratet, 2018). Seksuell helse kan fungere som en god beskyttelsesfaktor for å opprettholde livskvalitet i en belastende situasjon, og muligens fremme mestring i bearbeiding av mastektomien. Utfordringen kan være om pasienten føler usikkerhet eller skam for kroppen før mastektomien, at hun allerede er usikker på egen seksuelle identitet. Mastektomi kan da muligens medføre større usikkerhet i seksuell identitet og vanskeligheter i nære relasjoner. Kombinasjon av krise- og sorgreaksjon kan oppleves som overveldende for pasienten og potensielt medføre isolasjon og ensomhet. Borg (2012, ss. 121-126) fremhever at seksuell helse er individuell, uttrykket og innholdet forandrer seg i løpet av livet, men å elske, kjenne seg elsket, nærhet, ømhet og hengivenhet er viktige betingelser for god helse for de aller fleste. På denne måten kan den seksuelle helsen sees som ressurs- og beskyttelsesfaktor for livskvalitet og bidra til å mestre krise- og sorgreaksjonen brystkreftpasienten muligens opplever etter mastektomi. Kvinners seksuelle helse er preget av følelsesmessige faktorer (Gjessing et.al, 2013, s. 99). Ved å ha sunne seksuelle handlingsmønstre som tilfredsstillende de følelsesmessige faktorene kan nære relasjoner etableres eller bevares, og muligens minke eventuell sorgreaksjon etter mastektomi.

5.2 Hva fremmer god seksuell helse etter mastektomi?

I studien til Ussher et.al (2012) gir informantene uttrykk for at de ønsket informasjon angående fysiske endringer, seksuelle problemer, utfordring i parforhold, psykologiske konsekvenser og påvirkning av kroppsbilde og identitet. Kreftforeningen (2018) poengterer at bearbeiding etter mastektomi er individuell. Mestringen er avhengig av pasientens generelle mestringsstrategier, årsak til endring og grad av synlighet (Schjølberg, 2013, s. 143). Seksuell helse henger sammen med livskvalitet og påvirkes negativt av sykdom og behandling (Gamnes, 2011, s. 71), men Kreftforeningen

(2018) mener god seksuell helse er mulig for alle. Til tross for dette er det mange kreftpasienter som opplever negative seksuelle konsekvenser på grunn av endret kropp, frykt for avvisning og smerter (Kreftforeningen, 2018). Utne og Ryel (2018) forteller at brystkreftoverlevende opplever psykisk reaksjoner etter mastektomi på grunn av dårligere forhold til kropp og endring av identitet, samt at behandlingen setter preg på hverdagen. Positiv holdning og følelser for egen kropp i kombinasjon med kunnskap og ferdigheter kan bidra til tryggere seksuell identitet (Helsedirektoratet, 2018). Ved å gi pasienten kunnskapen hun trenger for å utvikle god mestringsstrategi, slik som sunne seksuelle handlingsmønstre, medfører muligens aksept for de fysiske endringene etter mastektomi, og skaper positiv holdning og følelser til egen kropp.

Pasienten må arbeide med selvbildet og egne holdninger, men partners reaksjon etter mastektomi kan være avgjørende for kvinners seksuelle helse (Rolland og Simonsen, 2016). Ussher et.al (2012) viser at flesteparten av de som hadde snakket om seksuelle endringer gjør dette med partneren. Klaeson et.al (2010) viser at brystkreftpasienten opplevde å føle seg tryggere og elsket ved å ligge nær partner. Derimot følte noen av informantene usikkerhet eller at de ikke levde opp til deres plikt i forholdet. Andre var redde for å bli forlatt, eller turte ikke gå ut av forholdet på grunn av de ikke følte seg attraktive, noen gav også kreftdiagnosen skylden for det ødelagte forholdet. Det kan da undres om pasientens manglende lyst faktisk er problem for henne, eller om det er knyttet til partneren sine behov. Partneren kan muligens forsøke å være hensynsfull, for eksempel ved å unngå søke fysisk kontakt, som medfører at nærhet og intimitet får negative konsekvenser. Det er tidligere beskrevet at økt kunnskap bidrar til mestring. Individualisert kunnskap om seksuelle utfordringer, samt kommunikasjon med partner, kan tenkes å medføre ivaretagelse av seksuell helse og skape rom for mestring ved å våge søke nærhet og intimitet.

Ussher et.al (2012) presenterer kvalitetsvurderingen for samtaler angående seksuell helse høyest for sykepleiere og lavest for leger. Dette gir grunn til å tro at pasient-sykepleier-relasjonen til en viss grad kan være en ressurs. Gjennom refleksjon om pasientens seksuelle helse kombinert med empati kan sykepleier legge til rette for veiledning (Schjølberg, 2013, s. 141). Verktøy som aktiv lytting signaliserer interesse og omsorg som bidrar til bekreftelse av pasientens seksuelle identitet (Kristoffersen, 2011, s. 355). Som samtalepartner og bruk av aktiv lytting kan pasienten få uttrykket sine tanker, samt avkrefte forestillinger eller redsler angående seksuelle helse. Utfordringen er at frykt for avvisning kan overskygge all informasjon eller kunnskap pasienten besitter. For de som er i et etablert og nært forhold er dette muligens mindre truende. Enslige pasienter har høyere terskel for seksuell nærhet (Gamnes, 2011, s. 95), og kan forståelig nok være en større barriere å våge søke nærhet eller intimitet. Sykepleier kan formidle kontakt med pasientgrupper (Schjølberg, 2013, s.

141), hvor enslige pasienter for eksempel kan snakke med andre i liknende situasjon. Pasientgruppen kan muligens bidra til følelse av fellesskap samt bidra til å våge søke nærhet. Seksuell helse er en privatsak som må respekteres, men egenerfaring viser at ofte trenger pasienter og/eller partner bare noen å luften tanker eller bekymringer med, som gir sykepleier mulighet til å avkrefte og trygge i en belastende situasjon. Mange sykepleiere sier de ikke har et språk de er komfortable med å bruke i seksuell veiledning (Borg, 2017, s. 126). Hindringen er ofte frykten for å si noe feil, men som regel er det bedre å spørre enn å tie, for å unngå og fremstå arrogant eller likegyldig. Gjennom kommunikasjon kan sykepleier muligens bidra til å endre pasientens syn på situasjonen, gi nytt perspektiv da frykter ofte kan bli større om de ikke blir uttrykt.

5.3 Sykepleiers veiledningsrolle i seksuell helse etter mastektomi

Sentral sykepleieoppgave er å hjelpe pasienten å opprettholde god livskvalitet (Schjølberg, 2013, s. 107). Yrkesetiske retningslinjer legger føring for dette med at sykepleiepraksis skal aktivt bidra til å ivareta enkeltes pasienters behov for helhetlig omsorg (Norsk sykepleierforbund, 2016). Rammeplan for sykepleierutdanning angir veiledning som grunnleggende sykepleiefunksjon slik at pasienter kan ivareta egen helse, noe som styrkes av pasient- og brukerrettighetsloven §3-2 (1999). Loven presiserer pasientens rett på nødvendig informasjon som gir innsikt i sin helsetilstand, også mulige bivirkninger og risiko. Seksuell helse er i følge Borg (2017, s. 122) et behov sykepleier må møte sammen med pasient og eventuell partner, men pasienter uttrykker misnøye med helsepersonells unnavikelse angående seksuelle problemer (Jerpseth, 2016, s. 141). Julien, Thom og Kline (2010) sine informanter uttrykker at pasienter kan ikke forvente at sykepleier tar opp temaet, men heller spørre legen angående seksuelle problemer. Studien gjennomført av Saunamäki, Andersson og Engström (2009) viser at sykepleier forstår at sykdom og behandling påvirker seksuell helse og at det er sykepleiers ansvar å ta opp temaet. Derimot tar flesteparten ikke seg tid til temaet, og 60% følte seg ikke trygge i situasjonen. Det kan da stilles spørsmål om det er forsvarlig sykepleiepraksis med helhetlig omsorg om sykepleier ikke tar seg tid til seksuelle helse, eller ikke gir rom for at pasienten får svar på eventuelle spørsmål. Inkluderer sykepleier den seksuelle helsen i den helhetlige omsorgen kan det gi muligheter for å spille en viktig rolle mot god seksuell helse og livskvalitet etter mastektomi.

Sykepleiers kunnskap er en makt i relasjonen med pasienten (Alvsvåg, 2018, s. 66), og kan tenkes som viktig ansvar å forvalte. Ut i fra den enkeltes pasient sin situasjon er det opp til sykepleier å vurdere hva pasienten har behov for av seksuell veiledning for å opprettholde god livskvalitet. Nære pårørende er ofte gode kilder til innsikt om pasienten, men det er pasientens avgjørelse om partner

skal være involvert i veiledningen (Jerpseth, 2016, s. 141). Behandling- og rehabiliteringsforløpet til pasienten kan påvirkes av partneren og bidra til god livskvalitet, og et sykepleiemål i veiledning er at pasient og partner snakker om seksuell helse (Schjølberg, 2013, s. 141). Egenerfaring er at partner ofte kun vil det beste for pasienten men ønsker kunnskap for å ha forståelse og avklare forventninger. Ved at pasient og partner kommuniserer om behov og forventninger kan muligens dette bidra til at terskelen for å forsøke seksuell omgang senkes, selv om handlingsmønster muligens må endres fra hvordan det var tidligere. Tid er noe som kan påvirke sykepleiers maktforvaltning og kan være en utfordrende faktor i sykepleiepraksis. Sykepleiere kan ha travle arbeidsdager, men prioriteringer basert på skjønn bidrar muligens til å gjøre en forskjell for pasienten. Egenerfaring viser at om man har godt samarbeid med kollegaer kan man oppnå mye for pasienten som kan være betydningsfullt.

Seksuell helse kan være utfordrende for sykepleiere å kartlegge (Lorentsen et.al, 2016, s. 422). Brystkreftpasientene i Ussher et.al (2012) studie gir ulike årsaker til hva som var utfordrende med tanke på informasjon angående seksuell helse. De viser hvor individuelt behov seksuell veiledning er. Noen informanter unngikk eller visste ikke hvordan anskaffe informasjon, noen følte det som var tilgjengelig ikke gjaldt dem, mens andre mente seksuell helse ikke var viktig lenger eller ventet på at effekter av behandling ville gå over. Ved å stille spørsmål til pasienten kan sykepleier unngå at pasienten antar seksuell helse som tabu eller uaktuelt. Det viktigste sykepleierverktøyet er kommunikasjon og samhandling (Kristoffersen, 2011, s. 355). Bevissthet angående egen væremåte kombinert med å stille spørsmål til pasienten kan signalisere at sykepleier bryr seg om pasienten. Veiledningen kan også innebære å drøfte eller korrigere viten som pasienten har funnet selv (Reitan, 2017, s. 98), for å forebygge unødvendig bekymring. Stiller sykepleier seg til disposisjon for at pasienten kan stille spørsmål angående seksuelle problemer, kan sykepleier også kunne utvikle erfaring og ferdigheter. Ved å stå i situasjonen kan sykepleier muligens øke kompetanse, samt få personlig utvikling. Egenerfaringer fra praksis er at situasjoner der man føler seg usikker, eller redd for å feile, ofte gir størst læring og mestringfølelse. For å ikke utøve praksis over sin kompetanse bør sykepleier være bevisst sitt kunnskapsnivå og være ærlig med pasienten. Egenerfaring har vist at pasienter verdsetter ærlighet og bidrar til tryggere pasient-sykepleier-relasjon.

Både studien til Saunamäki et.al (2009) og Julien et.al (2010) viser at eldre sykepleiere, de med mange års arbeidserfaring og de som er videreutdannet er mer komfortable og positiv til å ta opp seksuell helse med pasienter. Hvordan kan man da trygge og øke kompetansen til nyutdannede, yngre sykepleiere for å ivareta pasientens seksuelle helse samt øke livskvalitet som er viktig sykepleiemål? Sykepleiers unnvikende holdning kan forklares av for høye krav til kunnskap og profesjonalitet, dette medfører at de vegrer seg eller later som temaet ikke eksisterer (Borg, 2017, s.

126). Videreutdanning er essensielt for utvikling av helhetlig omsorgsutøvelse, samt studenter bør gis grundig utdanning i seksuell helse for å unngå utvikling av barrierer (Saunamäki et.al, 2009). Holdninger og fordommer kan avgjøre prioriteringen for seksuell veiledning (Gamnes, 2011, s. 85). Det kan da tenkes at avdelingsleder har et ansvar for å følge opp den seksuelle veiledningen. Ved å bidra til at eldre og videreutdannede deler sin kompetanse med de yngre og nyutdannede kan det bidra til en arbeidskultur som fremmer positiv holdning for seksuell veiledning. Kommunikasjon med kollegaer i egne praksisperioder har gitt verdifull forståelse og ny innsikt i antakelser eller vrangforestillinger. I tillegg har det også minnet frykten i utfordrende situasjoner og gitt økt læringsutbytte. Stiftelsen «Sex og Samfunn» hadde seksualitetsundervisning ved Høgskolen i Vestlandet, som bidro til nyttig lærdom. Derimot er dette noe som muligens bør integreres mer i den generelle undervisningen og læreplan for å forebygge at studenter utvikler holdningsbarrierer.

PLISSIT-modellen presenteres som nyttig verktøy for sykepleier i seksuell veiledning, hvor de ulike nivåene beskriver hvordan sykepleier kan forholde seg til og behandle seksuelle problemer (Gamnes, 2011, s. 87). Dette kan være nyttig verktøy for sykepleier om man føler seg usikker i situasjonen og ikke vet hvordan man skal gå frem. Første nivået gir rom, som kan tolkes som at sykepleier signaliserer gjennom væremåte og holdning at man er tilgjengelig for å snakke om seksuelle problemer, om pasienten ønsker dette. Er sykepleier derimot usikker på om pasienten våger å stille spørsmål er neste nivå å gi begrenset informasjon om seksuell helse. Sykepleier tar da initiativ til å informere om seksuell helse, og ved å invitere til samtale kan barrierer pasienten har for å stille spørsmål muligens senkes. Noen pasienter ønsker ikke å snakke om seksuell helse og dette skal respekteres, men å få muligheten kan bidra å senke terskelen for å senere ta opp temaet om det skulle bli behov. Borg (2017, s. 127) forklarer at på trinn to kan pasienten få sette ord på tanker og få ryddet opp i misforståelse eller fantasier, og sykepleiers oppgave kan bestå i å lytte. Ved å bekrefte og uttrykke interesse for pasienten kan man på denne måten muligens bidra til å fremme den seksuelle helsen og vise at dette også fortsatt er mulig etter mastektomi. De neste to trinnene i PLISSIT-modellen omhandler konkrete forslag og spesialisert kunnskap. Trinn fire innebærer henvisning til spesialist, mens trinn tre kan sykepleier utvikle kompetanse til å gi konkrete forslag.

6. Konklusjon

Målet i denne oppgaven var å belyse problemstillingen «Hvordan kan sykepleier gjennom veiledning bidra til at brystkreftoverlevende etter mastektomi ivaretar seksuell helse?». Dette var for å øke kunnskap om hvordan sykepleier kan ta opp et tabulagt tema med pasienter for å tilstrebe helhetlig omsorg. Ved bruk av relevant pensum og forskning funnet via databaser mener jeg at problemstillingen har blitt besvart på en god måte. Det kommer frem at seksuell helse er et utfordrende behov for sykepleier å veilede. Det er ulike og individuelle utfordringer knyttet til både sykepleier og pasienten. Likevel kommer det frem at sykepleier forstår behovet i møte med pasienten, samt at pasienter uttrykker ønske for at sykepleier tar initiativ til temaet.

Bacheloroppgaven viser at det er individuelt hvilke behov for seksuell veiledning brystkreftpasienten har etter mastektomi for å ivareta seksuell helse. Sykepleier bør gi tid og mulighet for seksuell veiledning basert på pasientens premisser, samt at eventuell partner kan være en viktig bidragsyter i hvordan pasienten mestrer situasjonen. Inntrykket etter denne studien er at mye handler om omgivelsene sin reaksjon, slik som bekreftelse fra eventuell partner. Det kan være større utfordring å veilede enslige som er noe det muligens trengs mer forskning på. I tillegg er sykepleiers prioritering av seksuell helse i den helhetlige omsorgen avgjørende. Hvilke faktorer som kan øke sykepleiers prioritering av seksuell helse i helhetlig omsorg trengs det mer forskning på.

Gjennom denne studien har jeg fått økt kunnskap om hvordan sykepleiere kan veilede pasienter i tabulagt og følsomt tema. I tillegg har jeg fått avkreftet noen fordommer og antakelser angående pasienters ønsker, samt sykepleiers ansvar. Forut studien antok jeg at yngre hadde mindre barrierer, men fikk større forståelse for at utvikling av kompetanse er viktig. Refleksjon og åpen holdning bidrar også til at sykepleiepraksis ivaretar pasientens seksuelle helse. Resultatet jeg sitter igjen med er at så lenge pasienten gis rom og mulighet for samtale kan dette åpne for god sykepleiepraksis, og negative konsekvenser for seksuell helse etter mastektomi kan forebygges.

Bibliografi

- Alvsvåg, H. (2018). Helsefremming og sykdomsforebygging: Et historisk og sykepleiefaglig perspektiv. I Å. Gammersvik, & T. B. Larsen, *Helsefremmende sykepleie: I teori og praksis* (ss. 50-69). Bergen: Vigmostad og Bjørke AS.
- Borg, T. (2017). Seksualitet. I A. Reitan, & T. K. Schjøberg, *Kreftsykepleie: Pasient-utfordring-handling* (ss. 120-131). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Bredal, I. S. (2017). Sykepleieutfordringer ved brystkreft. I A. Reitan, & T. K. Schjøberg, *Kreftsykepleie: Pasient-utfordring-handling* (ss. 477-485). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Gamnes, S. (2011). I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug, *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener og livsutfordringer* (ss. 71-104). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Gjessing, R., Borg, T., & Dahl, A. A. (2013). Problemer med seksualitet. I J. Loge, A. A. Dahl, D. S. Fosså, & C. E. Kiserud, *Kreftoverlevende - Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv* (ss. 87-108). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Grunfeld, B., & Almås, E. (2018). *Seksualitet*. Hentet fra Store medisinske leksikon: <https://sml.snl.no/seksualitet>
- Haugan, G., & Rannestad, T. (2018). Helsefremmende sykepleie i spesialist- og kommunehelsetjenesten. I Å. Gammersvik, & T. B. Larsen, *Helsefremmende sykepleie: I teori og praksis* (ss. 134-156). Bergen: Vigmostad og Bjørke AS.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet fra Lovdata: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighets#KAPITTEL_3
- Helsedirektoratet. (2018). *Retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter med brystkreft*. Hentet fra Nasjonale faglige retningslinjer: https://nbcgblog.files.wordpress.com/2018/08/is-2736_brystkrefthandlingsprogram-11-utgave.pdf
- Helsedirektoratet. (2018). *Seksuell helse - lokalt folkehelsearbeid*. Hentet fra Helsedirektoratet: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/folkehelsearbeid-i-kommunen/veivisere-i-lokale-folkehelseiltak/seksuell-helse-lokalt-folkehelsearbeid#kunnskapsgrunnlag>
- Jerpseth, H. (2016). Sykepleie ved gynekologiske sykdommer. I H. Almås, D. Stubberud, & R. Grønseth, *Klinisk sykepleie 2* (ss. 133-165). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Julien, J. O., Thom, B., & Kline, N. E. (2010). Identification of Barriers to sexual health assessment in Oncology Nursing Practice. *Oncology Nursing forum*, 37(3), ss. 186-190. DOI: 10.1188/10.ONF.E186-E190.

- Kaasa, L. (2013). Pasienter som opereres. I U. Knutstad, *Sykepleieboken 3* (ss. 36-103). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Klaeson, K., Bertero, C., & Sandell, K. (2010). To feel like an outsider: focus group discussions regarding the influence on sexuality caused by breast cancer treatment. *European Journal of Cancer Care*, 2011(20), ss. 728-737. DOI: 10.1111/j.1365-2354.2011.01239.x.
- Kreftforeningen. (2018). *Årets tema: Senskader etter brystkreft*. Hentet fra Rosa Sløyfe: <https://kreftforeningen.no/rosasloyfe/arets-tema/>
- Kreftforeningen. (2018). *Brystkreft*. Hentet fra Kreftforeningen: <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/brystkreft/>
- Kreftforeningen. (2018). *Seksualitet*. Hentet fra Kreftforeningen: <https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/mestre-livet-med-kreft/seksualitet/>
- Kreftforeningen. (2018). *Senskader*. Hentet fra Kreftforeningen: <https://kreftforeningen.no/om-kreft/senskader/>
- Kreftregisteret. (2018). *Brystkreft*. Hentet fra Kreftregisteret: <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Fakta-om-kreft/Brystkreft-Alt2/>
- Kristoffersen, N. J. (2011). Den myndige pasienten. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug, *Grunnleggende sykepleie - Pasientfenomener og livsutfordringer* (ss. 337-381). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lorentsen, V. B., & Grov, E. K. (2016). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås, *Klinisk sykepleie 2* (ss. 397-430). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Norsk sykepleierforbund. (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra Norsk sykepleierforbund: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Olsson, H., & Sorensen, S. (2003). *Forskningsprosessen - Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Reitan, A. (2017). Klinisk kommunikasjon. I A. Reitan, & T. K. Schjølberg, *Kreftsykepleie: Pasientutfordring-handling* (ss. 104-118). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Reitan, A. (2017). Psykologisk krise og mestringsmuligheter. I A. Reitan, & T. K. Schjølberg, *Kreftsykepleie: Pasientutfordring-handling* (ss. 82-100). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Rolland, Ø., & Simonsen, V. J. (2016). *Kreft og seksualitet hos kvinnen*. Hentet fra Kreftforeningen: <https://wpstatic.idium.no/kreftforeningen.no/2018/08/kreft-og-seksualitet-kvinner-a5-des15w.pdf>
- Saunamaki, N., Andersson, M., & Engstrom, M. (2009). Discussing sexuality with patients: nurses' attitudes and beliefs. *Journal of advanced nursing*, ss. 1308-1316. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2010.05260.x.

- Sørensen, E. M., Almås, H., Lorvik, M. K., & Erntsen, G. N. (2016). Sykepleie ved brystkreft. I H. Almås, D. Stubberud, & R. Grønseth, *Klinisk sykepleie 2* (ss. 437-450). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Schjøberg, T. K. (2013). Sykepleie til pasienter med kreft. I U. Knutstad, *Sykepleieboken 3* (ss. 104-158). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Schlichting, E., & Klepp, O. (2018). *Brystkreft*. Hentet fra Store medisinske leksikon: <https://sml.snl.no/brystkreft>
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Thune, I. (2017). Brystkreft. I A. Reitan, & T. K. Schjøberg, *Kreftsykepleie: Pasient-utfordring-handling* (ss. 463-474). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Ussher, J. M., Perz, J., & Gillbert, E. (2012). Information needs associated with changes to sexual well-being after breast cancer. *Journal of advanced nursing*, 69(2), ss. 327-337. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2012.06010.
- Utne, E. H., & Ryel, A. (2018). *For sent for sex?* Hentet fra Brystkreftforeningen: <https://kreftforeningen.no/rosasloyfe/for-sent-for-sex/>

Vedlegg 1. Søkeprosess

| Søkedato | Database | Søkeord | Ant.treff | Hva jeg gjør | Resultat |
|----------|---|------------------|-----------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| 11.10.18 | Academic search Elite, Cinahl m/full text, MedLine (år 2010-2018) | 1. Nurse | 442 017 | Lagret antall treff | |
| | | 2. Sexual health | 32 453 | Lagret antall treff | |
| | | 3. Barriers | 374 316 | Lagret antall treff | |
| | | S1+S2+S3 | 281 | | Avgrense mer |
| | | 4. Oncology | 688 121 | Lagret antall treff | |
| | | S1+S2+S3+S4 | 15 | Såg igjennom titler og las abstrakt | Valgte ut 1 artikkel jeg benyttet |

IMRaD:

Tittel Identification of barrier to sexual health assessment in oncology nursing practice

År 2010

Forfatter Jerelyn O.Julien, Bridgette Thom, Nancy E. Kline

Land USA

Tidsskrift Oncology Nursing Forum

Hensikt Studien ønsket å undersøke helsepersonell sin holdning og kunnskap om seksuell helse da seksuell helse er en viktig komponent i livskvalitet.

Metode Kvantitativ studie. 576 tilfeldige deltakere fra akutt, ambulanse og perioperative tjenester som deltok på årlig obligatorisk opplæringsdag fra april-november 2007, Nasjonalt Kreftinstitutt-sykehus i USA. Utdelt spørreskjema, også samlet inn arbeidserfaring, utdanningsnivå, alder og etnisitet. 92% kvinnelige, 8% mannlige, ikke alle utdannet sykepleiere, ikke alle svarte på alle spørsmål.

Resultat Signifikant forskjell i resultat basert på alder og sykepleiererfaring. Eldre sykepleiere og de med mange års arbeidserfaring følte seg tryggere og komfortabel å snakke om pasienters seksuelle helse. Også signifikant forskjell i resultat blant de som hadde videreutdanning som kreftsykepleier

| | |
|-----------------|--|
| | eller ikke, og hvor sykepleiepraksis ble gjennomført. Kreftsykepleier og de som jobbet i hjemmebaserte tjenester identifiserte færre holdningsbarrierer enn de som ikke var utdannet sykepleier og jobbet på institusjon. Sykepleierne i undersøkelsen trodde at seksuelle helse var for privat til å diskutere med pasienter og hevdet at de forstod hvordan sykdom og behandling kunne påvirke pasientens seksualitet. Sykepleierne mente også at pasienten ikke burde forvente at sykepleier skulle ta opp temaet, men heller spørre legen. |
| Drøfting | Studien drøfter de ulike resultatene opp mot hverandre og framhever noen av poengene opp mot annen studie. |

| Søkedato | Database | Søkeord | Ant.treff | Hva jeg gjør | Resultat |
|----------|---|---------------------|-----------|---|---------------------------------------|
| 11.10.18 | Academic search Elite, Cinahl m/full text, MedLine (år 2010-2018) | 1. sexuality | 64 113 | Lagret antall treff | |
| | | 2. Nursing practice | 70 092 | Lagret antall treff | |
| | | 3. Attitudes | 505 124 | Lagret antall treff | |
| | | S1+S2+S3 | 120 | | Ønskte avgrense mer |
| | | 4. Holistic care | 7 152 | Lagret antall treff | |
| | | S1+S2+S3+4 | 7 | Såg over titler og las relevante abstrakt | Velgte 1 artikkel jeg benyttet meg av |

IMRaD:

| | |
|------------------|---|
| Tittel | Discussing sexuality with patients: nurses' attitudes and beliefs |
| År | 2009 |
| Forfatter | Nina Saunamäki, Matilda Andersson, Maria Enström |
| Land | Sverige |

| | |
|-------------------|--|
| Tidsskrift | Journal of advanced nursing |
| Hensikt | Gi rapport av studie om holdninger og tanker sykepleiere har om å diskutere seksualitet med pasienter |
| Metode | Kvantitativ studie. 100 sykepleiere med respons på 88%. 50 spørreskjema på medisinske avdelinger, 50 spørreskjema til kirurgiske avdelinger. Svensk sykehus, 39 fra medisinsk, 49 fra kirurgisk deltok. Flesteparten kvinner fra 22-64 år. Erfaring fra 5 måneder til 40år. 12 påstander angående pasienters seksualitet fra sykepleieperspektiv. Score fra 1-6 om grad av uenighet/enighet på 12 påstander om pasienters seksuelle helse fra sykepleieperspektiv. Samlet også inn informasjon om deltakerens kjønn, alder, utdannelsesår, videreutdanning og arbeidsår i nåværende avdeling. |
| Resultat | Over 90% av sykepleierne forstod at pasienters sykdom og behandling kunne påvirke deres seksuelle helse. To tredjedeler følte seg komfortabel med å snakke om seksuelle problemer med pasienter og var enig i at det er sykepleier sitt ansvar å ta opp temaet. 80% av sykepleierne tok seg ikke tid til temaet. 60% følte seg ikke trygge i deres kompetanse om å ta opp temaet med pasienter. Eldre sykepleiere følte seg tryggere i sin kompetanse. Eldre sykepleiere hadde også mer positiv holdningen om å snakke om seksuell helse med pasienter. Det var signifikant sammenheng mellom års arbeidserfaring som sykepleier og trygghet i å ta opp emnet med pasienten. Sykepleiere med videreutdanning hadde også mer positiv holdning om å snakke med pasienter om temaet. Sykepleierne som mente seksuell helse hadde betydning for behandlingsforløpet hadde større forståelse for hvordan sykdom og behandling påvirket pasientens seksualitet. Disse tok seg mer tid til å diskutere seksuelle bekymringer med pasienten og mente i større grad at det var sykepleiers ansvar og oppmuntre pasienten til å snakke om seksuelle helse. Dette gjaldt også de som følte seg sikker i kompetansen angående temaet. De som var usikre på sin kompetanse mente seksuell helse var for privat samtaleemne. Utdanning er essensiell for å styrke sykepleierens evne til å pasienter helhetlig omsorg de fortjener. Det trengs videre studier for å forstå hvilke mekanismer som ligger bak barrierene som gjør at sykepleiere ikke tar opp seksuell helse med pasienter. Forfatter mener avdelingslederen har ansvar for at sykepleiere får videreutdanning, gjøre de tryggere i situasjonen. Sykepleierstudenter bør få grundig innføring i temaet slik at man kan unngå utvikling av barrierer. |
| Drøfting | Studien fremhever at det en liten studie, men med høg svarrespons, men til tross for dette kan det være risiko for at den ikke gjelder gjennomsnittet av sykepleiere i Svergie. Studien sammenlikner sitt resultat med andre lignende studier for å se likhet og ulikheter. Diskuterer misforholdet mellom WHO, pasienter og sykepleiers syn på seksuell helse og betydningen under sykdom og behandling. |

| Søkedato | Database | Søkeord | Ant.treff | Hva jeg gjør | Resultat |
|----------|--|----------------------|-----------|--|---------------------------------------|
| 11.10.18 | Academic Search Elite, Cinahl m/full text, MedLine | 1. Breast cancer | 439 357 | Lagret antall treff | |
| | | 2. Sexuality | 118 278 | Lagret antall treff | |
| | | S1+S2 | 1161 | Lagret antall treff | Avgrense mer |
| | | 3. Information needs | 59 103 | Lagret antall treff | |
| | | S1+S2+S3 | 100 | Lagret antall treff | Avgrense mer |
| | | 4. Nurse | 924 720 | Lagret antall treff | |
| | | 5. S1+S2+S3+S4 | 8 | Så over titler og leste de abstraktene som virket relevant | Valgte ut 1 artikkel som jeg benyttet |

IMRaD:

| | |
|-------------------|---|
| Tittel | “Information needs associated with changes to sexual well-being after breast cancer” |
| År | 2012 |
| Forfatter | Jane M.Ussher, Janette Prez, Emilee Gilbert |
| Land | Australia |
| Tidsskrift | “Journal of advanced nursing” |
| Hensikt | Studere pasienters informasjonsbehov angående seksuell helse. Erfaring pasienter har med å få informasjon og kvalitet på kommunikasjonen med helsepersonell |
| Metode | Mikset studie med hovedsakelig kvantitative metode og kvalitative komponenter i nettbasert spørreundersøkelse. 2210 deltakere med brystkreft (1965 svarte - 88.9% completion rate) tilfeldig utvalgt blandt medlemmer av nasjonal Australsk brystkreft organisasjon. Kriteriene var alder over 18år med brystkreftdiagnose. 99.8% kvinner. 45.6% ferdigbehandlet, 45.5% var fortsatt i behandling. Varierende hvor mange som svarte på de ulike spørsmålene |

| | |
|-----------------|---|
| Resultat | 85% meldte om endringer i seksuell helse etter brystkreft. 68% ønsket informasjon om endringer, helst i skriftlig form. Mindre enn 2% ønsket samtale med helsepersonell, eller støttegrupper. Fysiske endringer, seksuelle problemer, utfordringer i parforholdet, psykologiske konsekvenser, og kroppsbilde og identitet var viktigst. Mindre enn halvparten hadde fått informasjon om seksuell helse etter brystkreft. En tiendedel hadde ikke forsøkt eller ønsket informasjon – unngåelse på grunn av at det var ubehagelig. Noen deltakere sa de ikke visste hvor de skulle få informasjon. Noen av informantene følte ikke informasjonen som var tilgjengelig gjaldt dem, siden erfaringer er individuelle. Av 1996 deltakere var det 65% som sa de ikke hadde snakket om seksuelle endringer med noen. For noen av pasientene var ikke seksuell helse viktig lenger og noen venter siden de tenker at tiden etter behandling vil gjøre at seksuell lyst kommer tilbake. En tiendedel la årsaken på helsepersonell sin uinteresse i å snakke om temaet. Eldre antok at det ikke var aktuelt for de lengre. Av de 26% som hadde snakket om det var det enten med partner (76%), fastlege (49%), venner/slektning (47%), kreftlege (39%), eller kreftsykepleier (21%). Kvalitetsvurdering av samtalene var høgst for sykepleiere (60%), og lavest for kreftleger (34%). |
| Drøfting | Drøfter annen forskning mot studiens resultat. Drøfter årsaker til resultat og hva dette kan bety for pasientens informasjonsbehov, og hvilke vansker det er å få informasjon de har behov for siden det er varierende hva behovet er. Studien fremhever også hva som er nødvendig å forsøke mer på. |

| Søkedato | Database | Søkeord | Ant. Treff | Hva jeg gjør | Resultat |
|----------|---|----------------------------|------------|------------------------------|--------------------------------|
| 11.10.18 | Academic search Elite, Cinahl m/full text, MedLine (år 2010-2018) | 1. Breast cancer treatment | 43 433 | Lagret antall treff | |
| | | 2. Sexuality | 64 113 | Lagret antall treff | |
| | | S1+S2 | 254 | Lagret antall treff | Avgrense mer |
| | | 3. Body Image | 26 339 | Lagret antall treff | |
| | | S1+S2+S3 | 134 | Lagret antall treff | Avgrense mer |
| | | 4. Psycosocial | 255 630 | | |
| | | S1+S2+S3+S4 | 40 | Såg over titler og valgte ut | Valgte 1 artikkel jeg benyttet |

| | | | | | |
|--|--|--|--|------------------|--|
| | | | | abstrakt jeg las | |
|--|--|--|--|------------------|--|

IMRaD:

| | |
|-------------------|---|
| Tittel | “To feel like an outsider: focus group discussions regarding the influence on sexuality caused by breast cancer treatment” |
| År | 2010 |
| Forfatter | K Klaeson, K. Sandell, C.M. Berterö |
| Land | Sverige |
| Tidsskrift | European Journal of Cancer Care |
| Hensikt | Studien undersøkte hvordan middelaldrende kvinner behandlet for brystkreft erfarte deres seksuelle identitet knyttet til samfunnet sine normer og verdier. |
| Metode | Kvalitativ studie, 3 fokusgrupper med totalt 12 kvinner. Analytisk prosess basert på kvinnenes diskusjoner. Rekruttert gjennom brev hos støttegrupper for kvinne med brystkreft i Sverige. Kriteriene for å bli med var kvinner yngre enn 50år og fortsatt hadde menstruasjon når diagnosen ble stilt. Gjennomsnitt 47 år. Åtte kreftfri, fire hadde tilbakefall. Fire av 12 var single, resten i forhold. Syv hadde barn under 18, en var barnløs. Tid fra diagnosen ble stilt var gjennomsnittlig 3 år. |
| Resultat | Informantene uttrykte overveldende følelse av å ikke kjenne seg selv igjen eller hvem de skulle identifisere seg med. Slet med å tilpasse seg fysiske endringer samt takle eksistensielle tanker. Følte seg ikke feminine, uttrykte ikke spesifikt at årsaken var mastektomi, men heller kroppsbilde; kroppen signaliserte alderdom og sykdom. Bruker mye energi på å vise omverden at de var friske og normale ved å bruke ekstra tid på kle og sminke. Yngre kvinnene følte seg annerledes på grunn av de hurtige kroppsendringene. Tre fjerdedeler av kvinnene som hadde gjennomgått mastektomi var ukomfortabel i situasjoner der de måtte være naken foran ukjente. Følte skyld for en maltraktert kropp som gjør andre flau. Hovedsakelig bekymret for andre enn dem selv, som gjør at de skjuler kroppen sin. Det var vanskelig for disse kvinnene å uttrykke deres tanker og at situasjonen deres var veldig privat. Informantene gav uttrykk for at de følte kroppen hadde sviktet og kroppsendringene gjør dem ukomfortable i nye hverdagen. Lettere for informantene som eldre og hadde levd med sykdommen en stund og erfarte at venner var kommet i overgangsalderen. Flesteparten gav uttrykk for at det viktig å ivareta feminiteten slik den var før diagnosen, gjennom kle og tilbehør. Kvinnene med partner var seksuell aktive, men hadde ikke tenkt over endringene i seksuallivet før diskusjonen. Under sex følte de seg ikke avslappet, kunne ikke hengi seg totalt slik de kunne før. Pornografi førte bare til at de følte avsky. Tap av lyst var stort tap, savnet å være kvinnen de en |

gang var. Ligge nær partner økte graden av intimitet, gav balanse i endringene av sykdom og behandling. Bidro til følelse av trygg og mer elsket som var fordelaktig for kvalitet av intimiteten i parforholdet. Noen formidlet usikkerhet, at de ikke levde opp til deres «plikt» i forholdet, eller at de var redde for å bli forlatt. Noen turte ikke gi opp forholdet fordi de følte seg ikke lenger attraktive. Noen kvinner gav kreftdiagnosen årsak til ødelagte forhold. Å bli bekreftet som kvinne var essensielt for kvinnens livskvalitet og kvinnelighet. Nærhet til barn, venner, partner og kvinner i støttegrupper gav bekreftelse som uten behov for ord. Disse forholdene kompenserte i noe grad for tapet av interesse i menn, lyst og følelsen av å være mindre attraktiv.

Drøfting

Studien drøfter funnene i diskusjonsgruppene og fremhever at bearbeidingsprosessen etter kreftbehandling er kompleks. Studien drøfter også sine funn opp mot andre studiers funn.