



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Seksualitet og kreft. Sykepleiernes rolle i samtalen

Sexuality and cancer. Nurses role in the conversation

Tina Bjørgvin

Bachelorutdanning i sykepleie

Fakultetet for Helse – og sosialvitenskap/ Institutt for
helse – og omsorgsvitenskap/ Campus Førde

Veileder: Solveig Nelly Sægrov

Innleveringsdato: 15.06.20

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

Introduksjon: Bakgrunnen for denne oppgaven er å sette lys på brystkreftens påvirkning på seksualitet og kreftpasientens behov for sykepleie knyttet til seksualitet. Hovedfokuset er rettet mot samtale, og problemstillingen lyder: «*Hvordan kan sykepleier samtale om seksualitet med pasienter som har gjennomgått kreftbehandling?*».

Metode: Dette er en litteraturstudie hvor allerede eksisterende kilder hentes, systematiseres og vurderes med et kritisk blikk, for så å drøftes med teori, egne erfaringer og forskning i lys av problemstillingen.

Resultater: Resultatene av forskningen viser en tydelig ubalanse mellom pasientenes behov og opplevelse knyttet til seksualitet sammenlignet med sykepleiernes holdninger og kunnskap. Når sykepleierne unngå å adressere seksualitet som tema, opplever pasientene at deres behov for ivaretagelse blir neglisjert.

Diskusjon: Teori, forskning og egne erfaringer drøftes i lys av problemstillingen. Det er viktig at sykepleierne har kunnskap om seksualitet og er kjent med egne holdninger for å kunne ivareta pasientenes behov. Det vil også være vesentlig å vite noe om pasientenes behov for samtale, veiledning og informasjon relatert til seksualitet for å kunne imøtekomme pasientene i pasientsamtalen.

Konklusjon: Sykepleiere må adressere seksualitet som tema for å kunne ivareta behovet til pasientene. Basert på PLISSIT-modellen og Skants reaksjonsfaser, samt interaksjonsteorien til Travelbee vil man se ulike aspekter og sykepleieren kan i større grad tilpasse samtalen til den individuelle pasient.

Abstract

Introduction: The background for this task is to shed light on the impact of breast cancer on sexuality, and the cancer patient's need for nursing related to sexuality. The main focus is conversation and the issue read: "How can nurse talk about sexuality with patients who have undergone cancer treatment?".

Methods: This is a literature study where pre-existing sources are retrieved, systematized and evaluated with a critical eye and then discussed with theory, own experiences and research in light of the problem.

Results: The results of the study show a clear imbalance between patients' needs and experiences related to sexuality compared to nurses' attitudes and knowledge. The nurses avoid addressing the need during conversations, and the patients' need for care regarding sexuality is neglected.

Discussion: Theory, research and own experiences are discussed in light of the problem. It is important that the nurses have knowledge of sexuality and are familiar with their own attitudes in order to attend to the patients' needs. It will also be essential to know something about patients' need for conversation, guidance, and information related to sexuality in order to meet these needs and integrate the needs of the patient conversation.

Conclusion: Nurses must address sexuality as a theme in order to meet the needs of patients. Based on the PLISSIT model and Skant's reaction-phases, as well as the Travelbee interaction theory, different aspects of the theme will be seen and nurses can be more tailored to the individual patient's conversation.

Innhold

Sammendrag	1
1. Innledning.....	1
1.2 Presentasjon av problemstilling	2
1.3 Avgrensing av problemstilling	2
2 Metode.....	3
2.1 Litteraturstudie som metode	3
2.2 Søkeprosess og fremgangsmåte.....	3
2.3 Kildekritikk	5
2.3.1 Annen litteratur	5
2.4 Etikk	6
3. Teori	7
3.1 Travelbees interaksjonsteori.....	7
3.2 Brystkreft og ettervirkninger av behandling	7
3.3 Mennesket i krise	8
3.4 Kunnskap om seksualitet	9
3.5 Sykepleierrollen.....	9
3.5.1 Informasjon	10
3.5.2 Kommunikasjon og samtale med pasienten	10
3.6 PLISSIT- modellen	11
4. Resultater	12
Her presenteres de forskningsartiklene jeg har valgt for å belyse problemstillingen.....	12
4.1 Artikkel I.....	12
1.2 Artikkel II.....	12
4.3 Artikkel III.....	13
4.4 Artikkel IV.....	13

4.5 Artikkel V.....	13
4.6 Artikkel VI.....	14
4.7 Artikkel VII.....	14
4.8 Artikkel VIII.....	15
5. Drøfting	16
5.1 Behandlingens påvirkning på seksualiteten.....	16
5.2 Hvordan kan sykepleieren samtale med pasienten?.....	17
5.2.1 Sjokkfasen	18
5.2.2 Reaksjonsfasen.....	19
5.2.3 Bearbeidingsfasen	20
5.2.4 Nyorienteringsfasen	20
5.2.5 utfordringer ved bruk av PLISSIT-modellen og Skants faser	22
6. Konklusjon.....	23
7. Bibliografi	24
Vedlegg.....	1
Vedlegg 1 – Søkelogg.....	1

1. Innledning

Eksisterende forskning om seksualitet til kvinner som har overlevd brystkreft er mangelfull. Det lille som finnes av forskning, dokumenterer at det er mange kvinner som har problemer med seksuell helse etter endt brystkreftbehandling. En studie fra Nederland viser at ca. 50% av de overlevende kvinnene rapporterer om seksuelle problemer etter behandlingen, mens en stor studie fra Australia viser at 70% av kvinnene skulle ønske de kunne fått mer informasjon og hjelp etter endt kreftbehandling gjeldende seksualitet. Tall fra samme studie viser at det kun var 40% som hadde fått informasjon (Reidunsdatter, 2019). Dette viser at det er behov for både mer informasjon og samtaler om seksualitet i forbindelse med behandlingen av kreft.

For å kunne samtale om seksualitet, må en først definere seksualitet og seksuelle behov. I følge Reidunsdatter (2019) kan seksualitet defineres på ulike måter, men dekker både den fysiske, psykiske, emosjonelle og mentale tilstanden vår. Den påvirker menneskers sosiale liv, holdninger og intime atferd uavhengig av alder og livssituasjon. En god seksualitet er svært viktig for vår totale livskvalitet. Når en kvinne rammes av brystkreft, kan alle tilstandene ovenfor påvirkes av sykdommen, men også av behandlingen. Flere kvinner med brystkreft har opplevd store endringer etter endt behandling (Reidunsdatter, 2019). Dette viser at behovet for oppfølging og veiledning knyttet til seksualitet er svært viktig for pasientene.

Pasienters seksuelle behov har i liten grad fått oppmerksomhet av sykepleiere og andre i helsevesenet, til tross for at man vet at ulike behandlinger har hatt uheldige virkninger på seksuallivet, helsen og livskvaliteten. Sykepleierne har et ansvar for å ivareta pasienters seksuelle helse, på lik linje med andre grunnleggende behov (Gamnes, 2011, s. 71). Temaet er derfor svært relevant for sykepleierne, og det vil være nødvendig å ha tilstrekkelig kunnskap om hvordan man som sykepleier kan fremme seksualitet hos den individuelle pasient.

I somatiske sykehus behandles pasienter med kroniske og akutte sykdommer. Liggetiden på sykehus reduseres, og omfanget av den polikliniske behandlingen øker. Poliklinikkene tar seg av pasienters behov for undervisning, veiledning og støtte. Flere undersøkelser viser at sykepleieren er en viktig ressurs på poliklinikk i både det helsefremmende og forebyggende arbeidet (Kristoffersen, 2011, s. 344). Videre viser undersøkelser at pasienten tok langt flere initiativer til samtale om seksualitet med sykepleiere enn med legen (Kristoffersen, 2011, s. 344). Her kan man se at sykepleieren fungerer som en viktig ressurs. Jeg har derfor valgt å sette fokuset på poliklinikk som arena, da dette er mest relevant for pasientgruppen som har gjennomgått behandling.

Samfunnet og kulturen vår er i stadig endring. De siste årene har det blitt større fokus på åpenhet om seksualitet og vår seksuelle frihet. Seksualitet og reproduksjon har lenge vært et tabubelagt tema i vår kultur, men det har skjedd endringer de siste årene. Siden 1970-tallet til i dag er begrensningene i stor grad borte, og vår seksuelle ytring og atferd er ikke lenger juridisk regulert (Helse og omsorgsdepartementet, 2016, s. 25). De siste årene har det blitt opprettet flere anonyme forum, frivillige organisasjoner, informasjonskanaler og tjenester som sikrer anonymiteten og tryggheten til unge som ønsker å stille spørsmål om for eksempel egen seksualitet (Helse og omsorgsdepartementet, 2016, s. 22). Dette viser at samfunnet går i en retning der en ønsker å normalisere spørsmål rundt seksualitet.

Jeg har valgt å skrive om temaet brystkreft og seksualitet, da jeg synes det er et svært interessant og viktig tema. Jeg har erfart fra tidligere praksiser at seksualitet sjelden er et samtaleemne. Møtet med den kreftsyke er ofte sykdomssentrert, og seksualiteten blir neglisjert til tross for at mange opplever å få en uheldig innvirkning på seksuallivet (Gamnes, 2011, s. 71).

1.2 Presentasjon av problemstilling

Oppgavens problemstilling er som følger: *Hvordan kan sykepleier samtale om seksualitet med pasienter som har gjennomgått kreftbehandling?*

1.3 Avgrensing av problemstilling

Jeg har valgt å avgrense problemstillingen til kvinner over 18 år som har gjennomgått kreftbehandling mot brystkreft.

2 Metode

Metoden er vårt redskap i møtet med det vi ønsker å utforske. Før man velger metode, er det viktig å tenke gjennom undersøkelsen fra start til slutt. Man må vurdere fordeler og ulemper med ulike metoder og hvorvidt metoden fungerer som et tjenlig redskap til å besvare problemstillingen (Dalland, 2019, s. 54).

2.1 Litteraturstudie som metode

Denne bacheloroppgaven er en litterær studie basert på litterære kilder. Tema og problemstilling er valgt ut fra personlig interessefelt. Problemstillingen besvares med utgangspunkt i teori, forskning og egne erfaringer. Skillet mellom studier og egen kunnskap er viktig å formidle (Dalland, 2019, s. 231). En litteraturstudie starter ofte med en gjennomgang av eksisterende litteratur. Når man samler inn data, er et grunnleggende krav at dataene skal være relevante til problemstillingen. Kildekritikk setter krav til utøveren om å gjøre rede for relevansen vedrørende valg og vurderinger (Dalland, 2019, s. 60).

I resultatkapittelet presenterer jeg relevante studier for oppgaven. Dette innebærer å presentere søkeprosess, avgrensinger, database, innhold i kildene og begrunnelse av relevansen til problemstillingen (Dalland, 2019, s. 61). Når alle litterære kilder og studier er presentert, danner dette grunnlaget for drøftingsdelen i oppgaven. I drøftingsdelen blir teori, egne erfaringer og forskning diskutert. Dette gir til sammen svar på min problemstilling. Kunnskapen oppsummeres i konklusjonen, sammen med implikasjoner i praksis (Dalland, 2019, s. 231).

2.2 Søkeprosess og fremgangsmåte

Jeg bruker databasene Academic search elite, Cinahl og Medline (EBSCO) i mitt litteratursøk. I tillegg har jeg valgt å ta med anbefalte artikler via frisøk. Jeg har brukt søkeordene «Breast cancer», «cancer patients», «nurs*», «support», «communication», «sexuality», «cancer care», «outpatient clinic», «challenges» og «barriers», da disse er relevante for min problemstilling. For å holde oversikten over funn av relevante artikler, satte jeg opp en søkelogg (jf. vedlegg 1).

Under søkeprosessen har jeg jobbet mye med å snevre inn søkene. For å finne nyere forskning, har jeg satt grensen på publiseringsdato fra 2015-2020. Ved søk med mange treff, snevret jeg inn treffene med å på nytt spesifisere søkeord og sette høyere grense på publiseringsdato. Relevante

studier er basert på sammendrag og oppgavens fokusområde. I resultatdelen vil jeg presentere åtte artikler som berører problemstillingen fra flere sider.

2.3 Kildekritikk

Dalland (2019) deler kildekritikk i to hovedkategorier. Del en omhandler litteratursøket - å finne relevant litteratur og forskning som belyser problemstillingen. Del to omfatter å begrunne valg av litteratur. I vurderingen av hvorvidt en oppgave er faglig og troverdig er man avhengig av et godt beskrevet kildegrunnlag (Dalland, 2019, s. 152). Under vurderingen av artiklene, har jeg brukt sjekklister for kvalitativ studie som et kritisk blikk for å vurdere om artikkelen er relevant for å besvare problemstillingen (Helsebiblioteket, 2016).

Gjennom søkeprosessen fikk jeg erfare at det fantes lite norsk litteratur. Søkeprosessen er derfor bygget på engelske søkeord og internasjonal forskning, noe som setter krav til oversettingen for å unngå misforståelser. Det finnes lite nyere forskning på mitt fokusområde og få studier besvarer problemstillingen min direkte. Hovedmålet var at artiklene skulle være av nyere dato, men man kan se at artiklene varierer mellom årstall fra 2006 tom 2020. I tillegg er flere av artiklene bygget på pasientens relasjoner til behandlerne/leger. Jeg har likevel vurdert at artiklene er relevante, da sykepleieren ofte er den som har interaksjon med pasienten når legen ikke er tilstede. Sykepleierne er ofte en del av behandlingsteamet, og deres oppgaver er å følge opp, være tilstede og veilede pasienten. Til tross for varierende årstall og fokusfelt har jeg dermed vurdert artiklene jeg bruker som relevante.

I oppgaven har jeg brukt pensumlitteratur og faglitteratur. Primærkildene foretrekkes fremfor sekundærkilder, da tolkning av verk kan føre til feiltolkning og endret perspektiv i forhold til den originale kilden (Dalland, 2017, s. 171). Jeg har brukt både primær – og sekundærkilder i oppgaven og vært kritisk i vurderingen av kildene.

2.3.1 Annen litteratur

Jeg har hovedsakelig brukt bøkene *Grunnleggende sykepleie 1, 2 og 3* av Kristoffersen og Nordtvedt (2011), *Krisepsykologi i praksis* av Dyregrov (2008), *Omsorg i kriser* av Skants (2014), *Kreftsykdommer* av Schlichting og Wist (2018) og *Metode og oppgaveskriving* av Dalland (2019). Grunnet begrenset tilgang til biblioteket og faglitteratur, kan man se at bøkene er av varierende årstall, men de er likevel av relevans.

I tillegg har jeg valgt å ta med pasienthistorier -og erfaringer. Boken *Elsk meg!* av Berit Lundberg ble utgitt i 2006 og skildrer kvinners subjektive opplevelse av seksualitet etter endt brystkreftbehandling (Lundberg, 2006).

2.4 Etikk

Etikk fungerer som et hjelpemiddel til veiledning og gir grunnlag for vurderinger før vi handler (Dalland, 2019, s. 236). Forskningsetikk handler om å ivareta menneskers integritet og velferd for å unngå at de som deltar i forskning påføres unødvendig belastning eller skade. I tillegg vil forskningsetikken sikre troverdighet og sørge for at personopplysninger blir ivaretatt (Dalland, 2019, s. 236).

Etikk handler om mye mer enn å følge regler. Gjennom forskning blir menneskers livssituasjon, forhold til samfunnet og deres egne verdier og handlinger forsket på. Forståelse av at mennesker kan være i sårbare situasjoner er svært viktig for å ivareta den enkelte (Dalland, 2019, s. 235). I min oppgave er det relevant å trekke inn egne erfaringer fra praksis på kreftavdelingen. Til hensyn for taushetsplikt og personvern vil det da være viktig at opplysningene ikke er gjenkjennelig for den som leser. Jeg vil ikke behandle sensitive opplysninger fra praksis i min litteraturstudie, men pasienthistorier som er hentet fra fagfellevurderte studier.

3. Teori

3.1 Travelbees interaksjonsteori

Det første møtet mellom pasient og sykepleier er ofte avgjørende for videre samhandling. Travelbees interaksjonsteori er en teori som fører oss inn på flere viktige aspekter i interaksjon med andre mennesker. Den omhandler en mellommenneskelig prosess som fokuserer på det mellommenneskelige aspektet, og på pasientens opplevelse av å være syk. Sykepleieren hjelper pasienten med å forebygge, mestre eller finne mening med sykdom og lidelse. Pasienten kan oppleve krise, og sykepleieren bruker seg selv terapeutisk i samhandlingen. Travelbee legger vekt på etableringen av et likeverdig menneske–til–menneske–forhold, som hun mener gir mennesket hjelp til aksept for egen sårbarhet og å bevare håpet (Kristoffersen, 2011, s. 214). Sykepleieren kan bruke holdningene fra Travelbees teori i samhandlingen med andre mennesker for å fremme pasientenes verdier og likeverdighet i samtalen.

3.2 Brystkreft og ettervirkninger av behandling

Brystkreft er den vanligste kreftformen hos kvinner. Sykdommen rammer hovedsakelig kvinner over 50 år, og forekomsten er økende hos kvinner under 60 år. I følge NHI rammet brystkreft rundt 3500 kvinner i 2019. Til sammenligning viser tall fra 1970 1235 kvinner per år (NHI, 2019).

All kreftrettet behandling har sin pris som utartes i form av bivirkninger, akutte skader, tap av funksjoner og senskader (Nome, 2004, s. 292). Multimodal behandling er ofte behandlingsmetoden som blir brukt ved brystkreft som er lokalisert i selve brystet og eventuelt nærliggende lymfeknuter. Behandlingen tar utgangspunkt i både kirurgisk behandling, strålebehandling, cellegiftbehandling og hormonell behandling (Schlichting & Wist, 2018, s. 335) .

Kirurgi anses å være den viktigste behandlingen av brystkreft (Kvinnsland, 2004, s. 320).

Ettervirkninger av den kirurgiske behandlingen kan være lymfødem i nærliggende vev, kroniske smerter i operasjonsarr, bryst og arm. I tillegg til fysiske symptomer, kan disse etterfølges av psykiske reaksjoner (Vigen, 2004).

Strålebehandling blir oftest brukt for å eliminere eventuelle gjenværende kreftceller. Behandlingen påvirker som regel lokalt vev. Kraftige hudreaksjoner med blemmer og åpne sår, slimhinnereaksjoner, svie og smerter i urinveiene, fatigue og psykisk belastende reaksjoner kan oppstå etter stråling (Kvinnsland, 2004, s. 324).

Cellegiftbehandling kan gi ettervirkninger som tretthet, håravfall, psykiske reaksjoner og nedsatt immunforsvar. Noen kan oppleve tidlig menopause, og libidoproblematikk er ikke uvanlig etter cellegiftbehandling. Dette kan i stor grad påvirke seksualiteten (Varre, 2004).

Hormonbehandling blir som regel brukt etter kirurgisk behandling for å unngå at kreftcellene deler seg og for å forhindre tilbakefall (Kvinnslund, 2004, s. 322). Ifølge Kvinnslund (2004) kan tørr skjedeslimhinne etterfulgt av sårhet og smerter under samleie, nedsatt seksuell lyst og økt risiko for urinveisinfeksjoner være senvirkninger, samt tidlig overgangsalder med hetetokter (Kvinnslund, 2004, s. 322).

3.3 Mennesket i krise

Ordet krise i medisinsk språkbruk er ofte brukt om et alvorlig sykdomsforløp og er ifølge Cullberg (2007) omtalt som den avgjørende vending. Plutselige ytre og indre utfordringer kan utløse psykiske reaksjonsmønstre synonymt med krise (Cullberg, 2007). Hvordan mennesker reagerer på krise avhenger av den indre, private betydningen av hendelsen (Cullberg, 2007).

Krisereaksjoner kan grovt sett deles inn i fire faser; sjokkfasen, reaksjonsfasen, bearbeidingsfasen og nyorienteringsfasen. Sjokkfasen kan sammenlignes med å få en diagnose, hvor de første minuttene eller timene preges av usikkerhet, indre kaos og forvirring (Skants, 2014, s. 181). I denne fasen ser man ofte lite reaksjoner fra den som får beskjeden, og ofte er oppmerksomheten og konsentrasjonen svekket. Fight- or flight-responsen blir aktivert, og hvordan den enkelte reagerer avhenger av situasjon og personlighet (Skants, 2014, s. 181). Reaksjonsfasen kommer etter sjokkfasen. Den rammede tar inn over seg informasjonen som er gitt, og er ofte preget av fortvilelse, engstelse og rastløshet. Videre kommer bearbeidingsfasen, som skiller seg fra reaksjonsfasen ved at reaksjonene kan være ulike og sporadisk tilstede. Tanker og følelser kan være pågående for så å avta spontant. I den siste fasen, nyorienteringsfasen, begynner man å tilpasse og orientere seg mot den nye hverdagen (Skants, 2014, s. 182). Skants reaksjonsfaser kan være et nyttig verktøy i forståelsen av pasienters reaksjonsmønstre.

3.4 Kunnskap om seksualitet

En kreftdiagnose stiller store krav til pasienten, og det å mestre en endret livssituasjon kan oppleves vanskelig. Ulike reaksjonsmønstre og anerkjennelse for ulike måter å reagere er viktig for sykepleierne å ha kunnskap om. I slike situasjoner har sykepleieren en undervisende og veiledende funksjon, som kan være til hjelp for pasienten (Schjølberg T. K., 2015, s. 108).

Man har sett at sykepleiere unngår å snakke med pasientene om seksualitet. Ifølge Schjølberg (2004) er det flere grunner til dette. Noen later som temaet ikke eksisterer for å slippe å ta opp det som er vanskelig. Seksualiteten spiller på dype og vare strenger i mennesket, og den innarbeidede respekten kan bli overdreven og føre til at temaet ikke blir tatt opp (Schjølberg T. K., 2004, s. 86). Videre er det mange som vegrer seg for å snakke med pasientene om seksualitet, fordi de stiller alt for høye krav til egen kunnskap og profesjonalitet. Dette viser at kunnskap om seksualitet må fremmes og brukes aktivt i sykepleie. Unngåelse av temaet bidrar til å styrke fordommene om at seksualiteten til kreftpasientene er et avsluttet kapittel (Schjølberg T. K., 2004, s. 86).

3.5 Sykepleierrollen

Sykepleiere har i liten grad vektlagt pasienters seksuelle problemer, til tross for at man har kunnskap om behandlingers og sykdommers uheldige virkning på seksuallivet (Gamnes, 2011, s. 71). Under samtale om seksualitet vil både yrkesmessig og personlig etikk bli utfordret. De yrkesetiske retningslinjene inneholder generelle etiske regler som kan være til hjelp under slike samtaler (Gamnes, 2011, ss. 85-86). For at sykepleieren på best mulig måte skal ivareta pasienten, er det viktig å reflektere over egne og andres holdninger vedrørende seksualitet. Man må oppleve at egne holdninger og verdier blir satt på prøve, og må erkjenne store forskjeller underveis. Myter, religion, oppvekst, miljø og gruppetilhørighet er aspekter som kan spille en viktig rolle i dannelse av holdninger og verdier (Gamnes, 2011, s. 86).

Det finnes en generell forventning om at sykepleieren skal handle moralsk, som medfører en rekke forutsetninger. Det er sykepleierens oppgave å ivareta pasienten på en respektfull og omsorgsfull måte (Nordtvedt, 2014, ss. 102-103). Identifisering av moralske problemstillinger og handling med gode holdninger og dømmekraft er en viktig forutsetning. Man må være oppmerksom, kritisk og overveiende (Nordtvedt, 2014, s. 104). Når sykepleieren skal veilede pasienten er det helt nødvendig å ha kunnskap om både psykiske og fysiske utfordringer som pasienten kan oppleve (Schjølberg T. K., 2015, s. 141). Sykepleierne må tilstrebe å basere sine handlinger og vurderinger på forskning og fagutvikling, samt systematiske erfaringer fra praksis (Knutstad, 2015).

3.5.1 Informasjon

Ifølge pasient – og brukerrettighetsloven (1999, §3-2), har alle pasienter rett på informasjon som omfatter innsikt i egen helsetilstand, helsehjelp, risikoer og bivirkninger. Dette omfatter også informasjon om mulige konsekvenser knyttet til seksualitet. Sykepleierne har som mål å gi informasjon på en måte som understøtter håp og gir grunnlag for innsikt og forståelse i egen situasjon. Flere pasienter får tilbud om poliklinisk oppfølging og behandling, og det vil da stilles høye krav til sykepleieren som skal følge opp pasienten (Varre, 2004).

Ifølge Nordtvedt (2014) må man som sykepleier ha kommunikative og empatiske egenskaper. Selv om det hovedsakelig er legen som skal formidle informasjon, har sykepleieren en viktig rolle i oppfølging og veiledning av pasienten. Selv om pasientene har rett på informasjon, bør detaljeringsgraden vurderes ut ifra situasjonen (Nordtvedt, 2014, s. 138). I poliklinikker blir ofte informasjonsskriv gitt til pasienten, men ifølge Nordtvedt (2014, s.139) vil supplering med muntlige samtaler og informasjon i tillegg til skriv være nødvendig.

3.5.2 Kommunikasjon og samtale med pasienten

I kommunikasjon og samtale er sykepleierens relasjonsskapende ferdigheter viktig, og innebærer en evne til å lytte aktivt. Dette er helt avgjørende for etablering av trygge, gode relasjoner til pasienten (Kristoffersen, 2011, s. 355). Pasientens valg av ord og uttryksmåte gir sykepleieren forståelse av hva pasienten er opptatt av og kan bygge samtalen på dette. Aksept og erkjennelse er en stor del av å lytte aktivt, da responsen man gir til pasienten er et uttrykk for interesse, bekreftelse og forståelse (Kristoffersen, 2011, s. 355).

Avklarende og fokuserende ferdigheter er også nødvendig for å avklare – eller klargjøre for pasienten (Nordtvedt, 2014, s. 356). Disse ferdighetene brukes spesielt i veiledning, og gir pasienten rom for refleksjon. Verbalt følge ved å gjenta ord og uttrykk fordrer pasienten til å utdype og sette flere ord på det han er opptatt av. Dette kan åpne for nye perspektiver og ulike måter å oppfatte situasjoner på (Kristoffersen, 2011, s. 356).

3.6 PLISSIT- modellen

Ifølge Schjøberg (2004) er kommunikasjon er det viktigste arbeidsredskapet sykepleierne har (Schjøberg T. K., 2004, s. 87). PLISSIT-modellen er en kommunikasjonsmodell som er nyttig å kjenne til når man skal veilede i seksuelle spørsmål. Modellen ble laget med den hensikt å beskrive en måte man kan kommunisere og behandle seksuelle problemer (Pedersen, 2016), og består av fire nivåer (Schjøberg T. K., 2015, s. 141).

Permission given (Tillatelse) er første nivå. Pasienten får mulighet til å snakke fritt og sette ord på egne tanker og følelser. Sykepleieren er lydhør og tilstede. Annerkjennelse og tillatelse gis fra sykepleieren til pasienten (Schjøberg T. K., 2015, s. 141).

Limited information (Begrenset informasjon) er andre nivå, hvor sykepleieren gir begrenset informasjon, uten at pasienten skal måtte spørre om eller ta initiativ til å få informasjonen (Schjøberg T. K., 2015, s. 141).

Specific suggestions (Spesifikke forslag) er tredje nivå, hvor sykepleieren gir konkrete råd for å fremme mestring hos pasienten. Rådene skal være spesifikt rettet mot problemstillingen, og innebærer å introdusere pasienten for hjelpemidler (Schjøberg T. K., 2015, s. 142).

Intensive therapy (Intensiv terapi) er siste og fjerde nivå, der pasientene trenger dypere behandling enn sykepleier kan gi. Sykepleiers oppgave er å vite om, introdusere og motivere pasienten for videre behandling når de forrige trinnene ikke har vært problemløsende (Schjøberg T. K., 2015, s. 142).

Ifølge Brenda Louise Mercer er PLISSIT-modellen et effektivt verktøy som kan gjøre helsepersonell tryggere i samtale og rådgivning om seksualitet. Modellen kan brukes i forskningsprosjekter og fungere som et viktig verktøy i utførelsen av dybdeintervju, og eliminering av bekymringer og myter om seksualitet knyttet til kronisk sykdom (Mercer, 2008).

4. Resultater

Her presenteres de forskningsartiklene jeg har valgt for å belyse problemstillingen.

4.1 Artikkel I

“Effective patient-provider communication about sexual concerns in breast cancer: a qualitative study” av Reese, et al., 2017. Studien belyser innledningsvis at mange brystkreftpasienter opplever bekymringer knyttet til seksualitet, men sjeldent deler bekymringene med behandlerne. Hensikten var derfor å undersøke pasientens og behandlerens opplevelser og preferanser relatert til kommunikasjon om brystkreftrelaterte seksuelle bekymringer. Det ble utført semistrukturerte intervjuer av behandlere og pasienter. Til sammen 20 transkripsjoner fra 11 intervjuer med behandlere, og 4 intervjuer med 5 fokusgrupper av brystkreftoverlevende ble kodet. Resultatet avdekker funn av både individuelle og institusjonelle barrierer for effektiv kommunikasjon om seksuelle bekymringer. Viktige kommunikasjonsfasilitatorer for både pasientene – og behandlerne ble fremhevet med deres preferanser for effektiv kommunikasjon. Fasilitatorene som ble vektlagt i kommunikasjon var forholdet mellom pasient – og behandler samt kontinuerlig, gjennomgående kommunikasjon. Pasienter uttrykte preferanser for åpen, samarbeidende kommunikasjon. Behandlerens preferanser fokuserte på identifikasjon av bekymringer, tilbud om ressurser eller eventuelt henvisning videre dersom tiltakene ikke var tilstrekkelig til hjelp for pasientene. Studiedeltakerene utviklet sammen en modell for effektiv kommunikasjon ved seksuelle problemer sett fra både behandlerens og pasientenes perspektiv (Reese, et al., 2017).

4.2 Artikkel II

«I wish I'd known: Patients' suggestions for supporting sexual quality of life after diagnosis with metastatic breast cancer” av McClelland (2016) er en studie med hensikt å identifisere kvinners behov for støtte og informasjon etter endt kreftrrettet behandling. Studien er basert på semistrukturerte intervjuer av 32 kvinner med metastatisk brystkreft i alderen 35-77år. I intervjuene blir kvinnene spurt om å definere sin egen seksualitet og får videre spørsmål om hvorvidt sykdommen eller den påfølgende behandlingen hadde påvirket deres seksualitet. Kvinnene fikk også fortelle om sine seksuelle utfordringer. Resultatene fra intervjuene i artikkelen viser at de fleste kvinner hadde opplevd seksuell problematikk etter endt behandling. Kvinnene fremhevet at jevnlig kontakt med eksperter i seksuell helse, jevnaldrende, partnere og andre i lignende situasjoner var svært viktig for å kunne løse de seksuelle utfordringene de opplevde. Studien fremhever viktigheten

av kommunikasjon og åpenhet om seksualitet med pasientenes egne preferanser vedrørende hva som oppleves som effektiv kommunikasjon (McClelland, 2016).

4.3 Artikkel III

«Barriers to sexual health communication in breast cancer survivors: A qualitative study» ble publisert i 2019 og er skrevet av Masjouidi et al. (2019). Studiens hensikt var å finne årsaker vedrørende kommunikasjonsbarrierene rundt seksualitet, slik at seksuell dysfunksjon hos brystkreft-overlevende kunne forbedres. Dette er en kvalitativ studie, som tar for seg to hovedkategorier – forholdet mellom partner og pasient, og forholdet pasienten har til helsepersonell. I studien ble det gjort semistrukturerte intervju av 13 overlevende av brystkreft og 12 spesialister innenfor faget onkologi. Resultatet av studien viser at den største barrieren mellom partner og pasient var manglende kommunikasjon vedrørende seksualitet. Mellom pasient og helsepersonell kommer det frem at kommunikasjonsbarrieren er forankret i sykdomssentrert helsepersonell, manglende emosjonell forbindelse mellom pasient og helsepersonell og en følelse av at pasientens problemer blir ignorert. Neglisjering av pasientenes seksuelle problemer og manglende samarbeid mellom pasient og helsepersonell blir pekt på som hovedårsaken til barrieren. Videre konkluderer studien med at helsepersonell må tilegne seg kommunikasjonsferdigheter og kunnskap om seksuelle lidelser hos brystkreft-overlevende for å kunne håndtere disse lidelsene og være til støtte for pasienten (Masjouidi, et al., 2019).

4.4 Artikkel IV

“Exploring patient experiences of neo-adjuvant chemotherapy for breast cancer” ble publisert i 2015 og er en kvalitativ studie. Studien er skrevet av Kinta Beaver, Susan Williamson og Jean Briggs. Studiens hensikt var å undersøke hvordan kvinnene som hadde gjennomgått cellegiftbehandling hadde opplevd behandlingen. Den kvalitative studien gjennomførte dybdeintervjuer med 20 kvinner som hadde gjennomgått cellegift-behandling mot brystkreft. Studien påpeker at det finnes lite andre studier som tar for seg pasientopplevelser av cellegiftbehandling. Resultatene av studien viser at det var fem utfordringer som gikk igjen; takle overgangen mellom frisk til syk, informasjonsbehov og beslutninger, behov for støtte og empati, innvirkning på familien og det å skape en ny normalitet. Kvinnene i studien belyser at behovet for støtte økte ved slutten av cellegiftbehandling og i takt med bivirkninger og nye beslutninger. Flere av kvinnene i studien hadde behov for bredere hjelp av psykologer når de møtte et kritisk punkt i prosessen (Beaver, Williamson, & Briggs, 2015).

4.5 Artikkel V

“How do people with cancer wish to be cared for in primary care? Serial discussion groups of patients and carers” ble skrevet av Kendall et al. (2006). Hensikten med studien var å involvere pasientene og deres behandlere til å utarbeide en ramme for effektiv kreftomsorg i primærhelsetjenesten under

hvert trinn av sykdomsprosessen. Til sammen 18 mennesker møttes i to ulike fokusgrupper. Gruppene var sammensatt av pasienter med kreft og deres behandlere. Resultatene av studien viser at pasientene og pleierne til sammen identifiserte fem nøkkelord under kreftrettet behandling hvor behovet for ivaretagelse er størst; informasjon, kommunikasjon, rettferdighet, en helhetlig tilnærming og pasientsentrert omsorg. Ved hjelp av disse utviklet gruppemedlemmene en sjekklister over anbefalte intervensjoner for hvert trinn i sykdomsprosessen og foreslo hvordan de kan implementeres i primærhelsetjenesten. For de pasientene som ønsket en proaktiv og pågående kontakt med helsepersonell, ble dette ansett som et sentralt og viktig punkt for god kreftomsorg fra begge parter (Kendall, et al., 2006).

4.6 Artikkel VI

“A pilot intervention study to improve sexuality outcomes in breast cancer survivors” ble publisert 14 Januar 2020 av Almeida et al. (2020). Studiens hensikt var å utforske effekten av PLISSIT-modellen vedrørende seksuell funksjon og livskvalitet hos brystkreftoverlevende. Studien bestod av 19 brystkreftoverlevende, en sykepleier og en sexolog. Deltakere ble delt inn i to grupper; intervensjonsgruppe og en kontrollgruppe. Intervensjonsgruppen samlet seg i en gruppe og fikk rådgivning og informasjon om kjønnsanatomi, menneskelig seksuell respons og seksuell funksjon. Kontrollgruppen fikk den samme informasjonen som intervensjonsgruppen, men gjennom media som et verktøy i stedet for fysiske samlinger. Funn i studien viser at intervensjonsgruppen hadde bedre effekt av informasjonen enn kontrollgruppen. Resultatene av studien viser at det oppstod en signifikant bedring i fysisk helse, sosiale relasjoner, smerter, orgasme og økt opphisselse når sykepleieren tok i bruk PLISSIT-modellen som en del av pleien. Resultatet var gjeldende for begge grupper (Almeida, et al., 2020).

4.7 Artikkel VII

“Factors predicting sexual functioning in patients 3 months after surgical procedures for breast cancer: the role of the Sense of Coherence” av Quintard B., Constant A., Lakdja F. og Labeyrie-lagardère H., er en studie med hensikt å vurdere den seksuelle funksjonen tre måneder postoperativ brystkirurgi og undersøke nytten av skjønnhetsbehandling og opplevelsen av sammenheng for seksuell funksjon. Studien er basert på en kvantitativ metode, hvor en gruppe av 100 kvinner med brystkreft ble tilfeldig plukket ut. De kvinnene uten fast partner ble eliminert fra studien, og til sammen 87 deltakere var gjenstående. Alle kvinnene mottok postoperativ skjønnhetsbehandling på sykehus. Resultatene av studien viser at pasienter med brystkreftbehandling ser ut til å ha betydelige seksuelle problemer 3 måneder etter brystkirurgi. Halvparten av kvinnene hadde ingen seksuell aktivitet, og hele 42% av kvinnene hadde manglende interesse for sex. Skjønnhetsbehandlingen så ut til å ha en positiv innflytelse på seksuell funksjon, men en yngre alder ble pekt på som den viktigste

faktoren. Videre viser studien at lett tilgjengelige mestringsressurser hadde en positiv innflytelse på seksualfunksjonen (Quintard, Constant, Lakdja, & Labeyrie-lagardère, 2014).

4.8 Artikkel VIII

“Observations of the communication practices between nurses and patients in an oncology outpatient clinic” er skrevet av Prip et al. (2019). Studiens hensikt var å undersøke kommunikasjonen mellom pasient som får cellegiftbehandling og sykepleier på poliklinikk, for å få innsikt i hvordan pasienten støttes i denne situasjonen. Data ble samlet inn gjennom 70 timer med observasjon av sykepleier-pasient-interaksjoner som ble videre supplert med intervju av sykepleierne på poliklinikk. Dataanalysen og metodikken ble ledet av en fortolkende beskrivelse, tematisk analyse og symbolsk interaksjonisme. Resultatene av studien viser 3 hovedtemaer som ble generert som barrierer i kommunikasjon på poliklinikk; Behandlingssentrert kommunikasjon, effektiv kommunikasjon og romlig bundet kommunikasjon. Videre belyses det at poliklinikken var godt egnet for å lære om behandlingen og bivirkningene, men de psykososiale bekymringene ble sjeldent adressert. Studien konkluderer med at den polikliniske innstillingen påvirker typen og kvaliteten på sykepleier-pasient-kommunikasjonen. Forbedringen av kommunikasjonen skal ikke bare omfatte den muntlige og skriftlige informasjonen, men heller fokusere på viktigheten av den nonverbale kommunikasjonen og miljøtilpasninger som gjør det lettere for pasientene å uttrykke sine behov, og for sykepleiere å respondere på behovene (Prip, et al., 2019).

5. Drøfting

Under drøftingen skal jeg drøfte funnene i forskningsartiklene opp mot annen litteratur, egen erfaring og teori. Drøftingen belyser flere sider og gir rom for refleksjon. Med dette skal jeg besvare problemstillingen *Hvordan kan sykepleier samtale om seksualitet med pasienter som har gjennomgått kreftbehandling?*

5.1 Behandlingens påvirkning på seksualiteten

Ifølge Nome (2004, s.292) har all kreftrettet behandling sin pris som utartes i form av bivirkninger, akutte skader, tap av funksjoner og senskader. Bivirkningene utartes forskjellig og berører ulike aspekter av mennesket. Ifølge Gamnes (2011) er seksualitet gjerne ett av behovene som havner i bakgrunnen av det sykdomsentrerte bildet.

I boken til Lundberg (2006, s. 37) møter vi Astrid (47) som forteller at sykdommen ikke har påvirket hennes sexliv. Gro (55) valgte derimot å separere seg fra mannen sin for å unngå sexpresset. Hun belyser i sin historie at hun ikke var tilstrekkelig informert om de psykiske reaksjonene som kunne oppstå, og klarte derav ikke å stå i situasjonen (Lundberg, 2006, ss. 30-35). Gunn (55) forteller om sin opplevelse av cellegiftbehandling. Hun ble tørr i slimhinnene og ble fort sår. Hun hadde sporadisk samleie med sin mann under behandling, men etter en psykisk reaksjon klarte hun ikke lenger fysisk kontakt. Hun var også på et punkt hvor hun vurderte å gå fra mannen sin fordi han ikke delte den samme forståelsen som henne (Lundberg, 2006, ss. 108-111). Dette er eksempler som viser at åpenhet om seksualitet er svært viktig, og at det er individuelle forskjeller i hvilken grad kreftbehandling har påvirket seksualiteten.

Seksualiteten vår kan defineres på flere ulike måter, og omfatte både fysiske, psykiske, sosiale, kulturelle og åndelige behov (Gamnes, 2011, s. 73). Behovet for seksualitet varierer fra individ til individ, men lidelsen er stor for dem som mister sin seksualitet. For å bevare den gode helsen er det å elske, eller å bli elsket viktig å ivareta (Reitan & Schjølberg, Seksualitet, 2017). Når man blir akutt syk dukker det opp mange behov som må ivaretas og tilfredsstilles. Selvbildet kan for brystkreftpasientene endres ved tap av en kroppsdel, man kan føle seg mindre attraktiv og bruke mye energi på å føle seg tiltrekkende. Studien til Quintard, Constant, Lakdja, & Labeyrie-lagardère (2014) viste at halvparten av kvinnene postoperativt etter kirurgisk behandling ikke hadde seksuell aktivitet, og 42% av kvinnene hadde manglende interesse for sex. Det påpekes av flertallet av brystkreftpasientene hadde betydelige seksuelle problemer etter kirurgisk behandling. Dette kommer også frem i studien til McClelland (2016), og kan henge sammen med selvbildet og den seksuelle betydningen behandlingen har hatt for den individuelle kvinnen. Derimot viser studien at postoperativ skjønnhetsbehandling så ut til å ha en positiv innflytelse på kvinnenes seksuelle funksjon (Quintard, Constant, Lakdja, & Labeyrie-lagardère, 2014)

I studien til Reese et al (2017) og Quintard, Constant, Lakdja, og Labeyrie-lagardère (2014) er manglende seksuell lyst et kjent fenomen etter kreftrettet behandling. Den seksuelle lysten er kompleks og styrt av flere mekanismer hvor både fysiske og psykiske faktorer spiller inn. Brystene definerer, for mange kvinner, den seksuelle personen de er (Gamnes, 2011, s. 98). Tap kan oppleves som en trussel, en utfordring eller en belastende situasjon. Når man mister noe som er betydningsfullt kan realisering av verdier, behov og ferdigheter settes på prøve. Situasjoner ved tap av en kroppsdel skjer fort og er ofte en alvorlig hendelse for den det rammer. Sannsynligvis vil dette medføre sterke stressreaksjoner for dem som opplever endringer (Kristoffersen, 2011, ss. 144-145) Til tross for denne kunnskapen, viser forskningen til Reese et al. (2017), Kendall et al. (2006) og McClelland (2016) at oppfølgingen og veiledningen vedrørende seksualitet etter behandling i stor grad er mangelfull eller fraværende. Viktigheten av å adressere seksuelle problemer kommer frem i studien til Prip et al. (2019), hvor kvinnene opplevde at behovene utenfor det sykdomssentrerte bildet sjeldent ble adressert.

5.2 Hvordan kan sykepleieren samtale med pasienten?

Det finnes flere likheter mellom Skants (2014) reaksjonsfaser og kommunikasjonsmodellen PLISSIT. Studien til Mercer (2008) viste at PLISSIT-modellen er et velfungerende verktøy for helsepersonellens trygghet i kommunikasjon med pasienter om seksualitet (Mercer, 2008). Studien til Almeida et al (2020) tar for seg det pasientsentrerte aspektet og viste at PLISSIT-modellen hadde en positiv

innvirkning på den fysiske helsen, sosiale relasjoner, smerter, orgasme og økt opphisselse for pasientene når sykepleieren tok i bruk PLISSIT-modellen som en del av pleien. Dette viser at PLISSIT-modellen kan fungere effektivt for både sykepleiernes trygghet og for å fremme mestring hos pasientene i samtalen.

Livet etter kreftrettet behandling kan for mange oppleves som en stor omveltning. Erfaringsmessig kan en se under behandlingsprosessen at pasientenes fokus er rettet mot kurasjon, og livet etter endt kreftbehandling får lite oppmerksomhet. I studien til Masjoudi et al. (2019) kommer det frem at også helsepersonellet oppleves sykdomssentrert, som skaper barrierer for samtaler utenfor det sykdomssentrerte bildet. Mange pasienter går derfor inn i en ny hverdag uvitende om senvirkningene som kan oppstå etter behandling. Forståelse av Skants (2014, s. 181) reaksjonsfaser kan være til hjelp for sykepleierens vurdering av samtalens art. Til tross for dette foreligger det en forutsetning om gode relasjoner mellom pasient og sykepleier for at denne metoden skal kunne fungere effektivt i samtalen. Sammenhengen mellom Skants reaksjonsfaser – og PLISSIT-modellens punkt kan være til hjelp i samtale med pasienten.

5.2.1 Sjokkfasen

Første fase, sjokkfasen kan oppstå etter kreftbehandling når pasienten har vært gjennom en tøff og intensiv tid, og skal starte en ny normal hverdag. Pasientene vil kunne oppleve distansering fra egne følelser, passiv-apatisk reaksjon eller påfallende kampvilje i fasen. Ifølge Skants (2014) vil pasientene føle seg trygge dersom sykepleieren signaliserer et ønske om å stå ved pasientens side og dele deres smerte. PLISSIT-modellens første punkt – *tillatelse* vil dermed kunne være hensiktsmessig i slike samtaler. Fasen kan for pasienten være preget av indre kaos og forvirring hvor sykepleieren må lytte aktivt og være tilstede. Her vektlegger Prip et al. (2019) viktigheten av at sykepleieren fokuserer på den nonverbale kommunikasjonen. Pasientens vektlegging av verdier samt valg av ord og uttrykk, vil gi sykepleieren en pekepinn på hva pasienten er opptatt av og tillater å samtale om. Sykepleieren vil da kunne bygge samtalen videre på det pasienten vektlegger, og forsiktig bevege seg inn mot andre punkt i PLISSIT-modellen – *begrenset informasjon*.

Dersom pasientene stiller spørsmål vedrørende seksualitet, kan disse gis begrenset informasjon på en kort og konsis måte av sykepleieren. Det vil være viktig å vurdere detaljeringsgraden av informasjonen som gis ut ifra hvor pasienten befinner seg i situasjonen, for å unngå forvirring. Det vil da være særlig viktig at informasjonen bygges på grunnlaget som kom frem under første punkt - *tillatelse*. Informasjonen skal fjerne usikkerhet og flertydighet som fort kan oppstå når et menneske opplever krise. På en annen side kan informasjon danne grunnlag for frykt og angst. Det vil da være viktig å tilpasse informasjonen basert på pasientens premisser, formidle informasjon på en måte som ivaretar håpet og på en måte som lar pasienten beholde kontrollen over sitt eget liv (Reitan, 2004, s. 72).

Studien til Beaver, Williamson og Briggs (2015) underbygger at adresseringsbehovet av seksuelle utfordringer er nødvendig for flertallet av pasientene. Studien viser også til at seksualitet er viktig for den totale livskvaliteten. Likevel kan det tenkes at sykepleiere gruer seg til å ta opp private tema som nettopp seksualitet. Sykepleierne kan oppleve usikkerhet ved om det er tillatt å ta opp temaet, samtidig som at pasientene kan være uvitende om at sykdommen kan ha sammenheng med seksualitet (Gamnes, 2011, s. 99). PLISSIT-modellens - *tillatelse* kan være til hjelp for sykepleierne i vurderingen av hva pasienten tillater, og med dette kan sykepleieren forsiktig introdusere temaet for pasienten, uten å tråkke over pasientens komfortsone.

Ifølge Gamnes (2011, s. 86) blir både yrkesmessig og egen personlig etikk utfordret ved slike samtaler. Man må som sykepleier være åpen for å bli utfordret i henhold til verdier og holdninger, og ha forståelse for at disse kan variere fra individ til individ. Sykepleieren må vite om sine egne samt profesjonalitetens grenser og samtidig evne å være empatisk, følelsesmessig tilstede og vise forståelse for pasienten (Gamnes, 2011, s. 88).

Seksualitet er et privat tema som spiller på den indre, private betydningen for mennesket. Usikre sykepleiere og uvitende pasienter kan sette i verk sterke følelser hos begge parter, og skape barrierer i henhold til tillit og relasjonsbygging. Sykepleierne tillegges store forventninger om å handle etisk korrekt og situasjonene kan oppleves krevende. Dersom sykepleieren tillegger seg forventninger om et kunnskapsgrunnlag som oppleves uoverkommelig, kan det tenkes at det vil være lettere å la være å ta opp temaet. Kunnskap om bruk av kommunikasjonshjelpemidler og reaksjonsfaser vil derfor være viktig for å fremme trygghet hos sykepleieren i samtalen.

5.2.2 Reaksjonsfasen

Andre fase, reaksjonsfasen er ofte preget av at pasienten begynner å ta innover seg det som har hendt og skape rom for engstelse og fortvilelse. Noen pasienter kan uttrykke sterke reaksjoner, andre kan opptre likegyldig. Hvordan den individuelle pasient reagerer avhenger av blant annet

situasjon og personlighet. Sykepleierne må ifølge Schjølberg (2004) derfor ha kunnskap om mulige utfordringer og ulike reaksjonsmønstre som en del av den systematiske erfaringen i praksis. Skants (2004) fremhever at sykepleiernes affekttoleranse vil være viktig, både for å evne å holde ut ulike reaksjoner og samtidig vise medfølelse og forståelse. Videre påpeker han viktigheten av at samtalen er en dialog og ikke en utspørring. Hvordan samtalen utartes vil derfor avhenge av reaksjonsmønsteret og mottakeligheten til pasientene. I reaksjonsfasen kan det derfor være vanskelig å vurdere hvordan man kan bruke PLISSIT-modellen i samtalen, da de individuelle forskjellene vil være store. Noen pasienter vil ha behov for å «tømme seg» og sykepleieren må fungere som en container. Dette kan sees i sammenheng med punkt 1 -*tillatelse*. Pasienten gir uttrykk for sine tanker, og sykepleieren er lydhør. Andre trenger hjelp til å sette ord på det de har opplevd, og spørsmål vil kanskje være hensiktsmessig.

5.2.3 Bearbeidingsfasen

Tredje fase, bearbeidingsfasen er ofte preget av sporadiske tanker og følelser som er avtakende i perioder, for så å blusse opp. Dette gjelder også unnvikelsesbehov. Noen kan ta avstand til steder som assosieres med noe negativt, for så å oppleve at det blir uproblematisk å oppsøke stedene. Pasientene kan eksempelvis oppleve at det er utfordrende å nærme seg poliklinikken man har fått behandling på, da denne ofte assosieres med noe vanskelig. Dette kan skape barrierer for polikliniske samtaler. Studien til Prip et al. (2019) underbygger viktigheten av miljøtilpasninger under pasientsamtaler. Det vil da være gunstig at sykepleieren kan tilpasse miljøet for pasienten, og tilby samtalen i et miljø pasienten er komfortabel i. Dette vil inngå som en del av PLISSIT-modellens tredje punkt – *spesifikke forslag*. Sykepleieren kan foreslå å tilrettelegge samtalen i et miljø som kan fremme trygghet for pasienten. Miljøtilpasningene kan skape trygge rammer for samtale slik at pasientene lettere vil kunne uttrykke sine behov, og sykepleiere lettere kan respondere på behovene. Videre i bearbeidingsfasen vil spesifikke forslag fra sykepleieren kunne fordre pasienten til å tenke nytt og se nye perspektiver. Sykepleieren nytter ervervet kunnskap til å gi forslag rettet mot forbedring og økt livskvalitet hos pasienten. Man kan knytte denne fasen til seksuelle utfordringer, ved at sykepleieren har kunnskap om hjelpemidler som kan tas i bruk, og introduserer pasienten for disse.

5.2.4 Nyorienteringsfasen

I Skants' siste fase, nyorienteringsfasen, begynner pasienten å tilpasse seg den nye hverdagen. Sykepleieren kan anses å være en bidragsyter i nyorienteringsfasen ved å fordre pasientene til å tenke nytt, gi sine perspektiver og fremme mestring hos pasientene. I studien til Kendall et al. (2006) ble en sjekklister for samtale utarbeidet av pasientene og deres behandlere som gjorde at samtalen kunne utartes på pasientenes premisser. På denne måten vil underbygge teorien til Travelbee om

likeverdigheten i samtalen og sette fokus på pasientens vektlagte verdier. Likevel kan man se at pasienter vil kunne møte på utfordringer som overgår sykepleiernes kompetanseområde. Studien til Beaver, Williamson og Briggs (2015) viste at behovet for støtte var økende i tråd med sykdomsprosessen. Studien underbygger at adresseringsbehovet er nødvendig for flertallet av pasientene.

Det vil da være svært viktig at sykepleieren har kunnskap om andre behandlingsmuligheter som kan være til hjelp for pasienten. Vi beveger oss nå inn på PLISSIT-modellens siste punkt – *intensiv terapi*. Sykepleieren skal introdusere og motivere pasienten for videre behandling. Informasjonen skal ifølge Prip et al. (2019) gis både muntlig og skriftlig, for å sikre at informasjonen som er gitt blir forstått. På en annen side bør man være sikker på at pasientene er mottakelig for å få hjelp. Det vil være svært viktig at sykepleieren introduserer behandlingen med hensikt å fremme motivasjon og mestring hos pasienten, slik at henvisningen ikke oppleves som en avvisning fra sykepleieren. Dersom pasienten ønsker, kan man tilby en proaktiv og pågående kontakt med sykepleier som kan fungere som en motiverende ressursperson. Til tross for at pasienten går videre i behandling vil det ifølge Kendall et al. (2006) være viktig for pasientene å beholde de trygge relasjonene og den kontinuerlige kontakten.

5.2.5 Utfordringer ved bruk av PLISSIT-modellen og Skants faser

Den som er i krise trenger ofte ikke trøstende ord eller desperate forsøk på å hjelpe. Ifølge Fallsen (2019) må man være stille sammen med den kriserammede. Stillhet er ofte et viktig verktøy for å gi den kriserammede tid og rom, og samtalen kan komme forsiktig tilbake etter en stund i stillhet. Det å vise medmenneskelighet, enten ved å gi tid eller en hånd på skulderen vil ofte være nok til å skape trygghet og følelse av ivaretagelse. Fallsen (2019) understreker at det i samhandling er viktig å understreke at krisehjelp ikke er synonymt med behandling. Samhandlingen skal i stor grad handle om hjelpe mennesket til vekst uten direkte fokus på problemløsning. I følge Fallsen (2019) finnes det ingen fasit for hvordan man kan hjelpe, men det å møte mennesket der det befinner seg vil være essensielt.

Bruken av PLISSIT-modellen i lys av skants reaksjonsfaser vil avhenge av hvor pasienten befinner seg i situasjonen, og hvilke reaksjoner som utartes. Det vil ikke være slik at hver pasients reaksjoner utartes likt, ei heller at alle pasienter passer til beskrivelsen av fasene. I tillegg vil det ikke være en fasit på hva som regnes som en god samtale, basert på fasene. Dette gjør bruken av reaksjonsfasene kritikkverdig i en slik setting. De store individuelle forskjellene gjør det problematisk å putte pasientene inn i definerte faser. I tillegg har sykdomsforløpet glidede overganger, og skants faser vil dermed være en forenkling. På en annen side gir reaksjonsfasene et bilde på hvordan menneskers reaksjoner kan utartes på generell basis. Derfor kan PLISSIT-modellen og Skants faser likevel være et viktig verktøy i samtalen.

6. Konklusjon

Sykepleiere må adressere seksualitet som tema for å kunne ivareta behovet til pasientene. Ved å ta i bruk PLISSIT modellen, Skants reaksjonsfaser og interaksjonsteorien til Travelbee vil man kunne se ulike aspekter av samtaler, og lettere kunne tilpasse samtalen for den individuelle pasient.

Erfaringsmessig blir sykepleierne tryggere når de har en slags mal for hvordan ting gjennomføres. Det kan derfor tenkes at dersom man har kunnskap om Skants reaksjonsfaser og PLISSIT-modellen vil det kunne være lettere å samtale. Jeg har i denne oppgaven brukt en forholdsvis forenklet metode ved å ta i bruk Skants reaksjonsfaser og PLISSIT-modellen, for å rette fokus på de ulike delene av samtalen i lys av pasientens reaksjonsmønster. Dette kan fungere som et godt hjelpemiddel for sykepleierne i samtalen.

Forskningen viser at brystkreftpasienter opplever en rekke endringer i seksualitet som omfatter fysiske-, psykiske-, emosjonelle- og psykososiale endringer knyttet til kreftdiagnosen – og behandlingen. Videre viser forskningsfunnene at brystkreftpasienter har behov for informasjon, veiledning og samtale ved utfordringer vedrørende seksualitet. Til tross for denne kunnskapen, viser forskningen til Reese et al. (2017), Kendall et al. (2006) og McClelland (2016) at oppfølgingen og veiledningen vedrørende seksualitet etter behandling i stor grad er mangelfull eller fraværende. Kunnskapsgrunnlaget om seksualitet kan ut ifra forskning og teori se ut til å være mangelfullt, og adresseringen av seksuelle utfordringer deretter.

Videre vil det være aktuelt å overveie implikasjonene i praksis. Forskningen viser at sykdomssentrert helsepersonell i lys av tidspress og ressursmangel ser ut til å spille en rolle. I tillegg viser forskningen at miljøet blir for dårlig tilrettelagt. Erfaringsmessig ser dette ut til å stemme, i form av at pasientene ofte ligger på fire-manns-rom eller sitter flere i samme rom ved behandling på poliklinikk. Dette kan skape barrierer for gode samtaler.

Sykepleierne kan samtale med pasientene vedrørende seksualitet ved å ta i bruk PLISSIT-modellen og Skants reaksjonsfaser som hjelpemidler. Med denne kunnskapen kan sykepleierne mestre å samtale med pasientene uavhengig av hvor pasienten befinner seg, som kan skape trygghet og tillit hos begge parter.

7. Bibliografi

- Almeida, N. G., Knobf, T. M., Oliveira, M. R., Salvetti, M. G., Oriá, M. O., & Fialho, A. V. (2020, Januar 14). A Pilot Intervention Study to Improve Sexuality Outcomes in Breast Cancer Survivors . *Asia-Pasific Journal of Oncology Nursing*. doi:10.4103/apjon.apjon_56_19
- Beaver, K., Williamson, S., & Briggs, J. (2015, Juni 13). Exploring patient experiences of neo-adjuvant chemotherapy for breast cancer. *European journal of oncology nursing*, pp. 77-86. doi:10.1016/j.ejon.2015.06.001
- Cullberg, J. (2007). In J. Culberg, *Mennesker i krise og utvikling - en psykoanalytisk og sosialpsykiatrisk studie* (C. Hambro, Trans., 3. ed., pp. 1-160). Oslo: Universitetsforlaget.
- Dadak, C., & Sohlmann, S. (2016, Februar 26). Sexuality after cancer . *University Clinic of Obstetrics and Gynecology* , pp. 1-5.
- Dalland, O. (2017). Sitater og referanser. In O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving* (6. ed., pp. 167-176). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dalland, O. (2019). Den undersøkende oppgaven. In O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving* (6. ed., pp. 217-232). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dalland, O. (2019). Etske overveielser og personvern. In O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving* (6. ed., pp. 235-242). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dalland, O. (2019). Hva er metode? In O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving* (6. ed., pp. 51-61). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dalland, O. (2019). Kilder og kildekritikk. In O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving* (6. ed., pp. 149-164). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Fallsen, S. (2019, Desember 23). Slik kan du møte mennesker i krise . *Sykepleien.no*.
- Gamnes, S. (2011). Nærhet og seksualitet. In N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, & E.-A. Skaug (Ed.), *Grunnleggende sykepleie* (2. ed., pp. 71-102). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Hatamipour, K., Rassouli, M., Yaghmaie, F., Zendedel, K., & Majd, H. A. (2015, Januar-April). Spiritual needs of cancer patients: A qualitative study. *Indian Journal Of Palliative Care*, pp. 1-8. doi:10.4103/0973-1075.150190

- Helse og omsorgsdepartementet. (2016, November). Snakk om det! *Kompetansebroen.no*, pp. 1-64.
- Helsebiblioteket. (2016, Juni 3). *Sjekklistor*. Retrieved Mai 21, 2020, from Helsebiblioteket.no:
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Heltne, U., & Dyregrov, K. (2008). Oppbygging av kriseberedskap i kommunal regi. In K. Dyregrov, & A. Dyregrov (Ed.), *Krisepsykologi i praksis* (pp. 15-29). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Kendall, M., Boyd, K., Campbell, C., Cormie, P., Fife, S. T., Weller, D., & Murray, S. A. (2006, Vol.23(6)). How do people with cancer wish to be cared for in primary care? Serial discussion groups of patients and carers. *Family practice*, pp. 644-650. doi:10.1093/fampra/cml035
- Knutstad, U. (2015). Det syke mennesket i møte med helsetjenesten. In U. Knutstad (Ed.), *Utøvelse av klinisk sykepleie. Sykepleieboken 3* (2. ed., pp. 23-35). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Kristoffersen, N. J. (2011). Den myndige pasienten. In N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, & E.-A. Skaug (Ed.), *Grunnleggende sykepleie 3* (2. ed., pp. 337-381). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kristoffersen, N. J. (2011). Stress og mestring. In N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, & E.-A. Skaug (Ed.), *Grunnleggende sykepleie 3* (2. ed., pp. 133-189). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kristoffersen, N. J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. In N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, & E.-A. Skaug (Ed.), *Grunnleggende sykepleie 1 - Sykepleierens grunnlag, rolle og ansvar* (2. ed., pp. 207-277). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kvinnsland, S. (2004). Brystkreft (cancer mammae). In A. M. Reitan, & T. K. Schjølberg, *Kreftsykepleie: Pasient - utfordring - handling* (2. ed., pp. 317-324). Oslo: Akribe.
- Lundberg, B. (2006). *Elsk meg!* Saeculum Forlag .
- Masjoudi, M., Keshavarz, Z., Akbari, M. E., Kashani, F. L., Nasiri, Malihe, & Mirzaei, H. R. (2019, Mai 1). Barriers to sexual health communication in breast cancer survivors: A qualitative study. *Journal of clinical and diagnostic research*, pp. 1-5. doi: 10.7860/JCDR/2019/40073.12825
- McClelland, S. (2016, November 1). I wish I'd known: Patients suggestions for supporting sexual quality of life after diagnosis with metastatic breast cancer. *Sexual and relationship therapy* , pp. 1-15. doi:10.1080/14681994.2015.1093615

- Mercer, B. (2008, November 17). Interviewing people with chronic illness about sexuality: An adaption of the PLISSIT-model. *Journal Of Nursing & Healthcare Of Chronic Illnesses*, pp. 341-351. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02582.x
- NHI.no . (2019, Februar 14). Brystkreft, noen faktaopplysninger . *Norsk Helseinformatikk* , pp. 1-2.
- Nome, O. (2004). Generell onkologi. In A. M. Reitan, & T. K. Schjøllberg, *Kreftsykepleie: Pasient - utfordring - handling* (2. ed., pp. 272-299). Oslo: Akribe.
- Nordtvedt, P. (2014). Begreper, teorier og prinsipper. In P. Nordtvedt, *Omtanke - en innføring i sykepleiens etikk* (1. ed., pp. 36-101). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Nordtvedt, P. (2014). Selvbestemmelse og medbestemmelse. In P. Nordtvedt, *Omtanke - en innføring i sykepleiens etikk* (pp. 132-173). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Nordtvedt, P. (2014). Å bruke seg selv for å hjelpe andre . In P. Nordtvedt, *Omtanke - En innføring i sykepleiens etikk* (pp. 102-130). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Pasient - og brukerrettighetsloven. (1999). Pasientens og brukerens rett til informasjon (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra: <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Pedersen, L. (2016, Mars 30). Psykisk helse og seksualitet - tør vi snakke om det? *Sykepleien.no*. Retrieved April 12, 2020, from <http://www.sykepleien.no>
- Prip, A., Pii, K. H., Møller, K. A., Nielsen, D. L., Thorne, S. E., & Jarden, M. (2019, Mars 19). Observations of the communication practices between nurses and patients in an oncology outpatient clinic. *European Journal of Oncology Nursing*. doi:10.1016/j.ejon.2019.03.004
- Quintard, B., Constant, A., Lakdja, F., & Labeyrie-lagardère, H. (2014, Februar 18). Factors predicting sexual functioning in patients 3 months after surgical procedures for breast cancer: the role of the Sense of Coherence. *European Journal Of Oncology Nursing*. doi:10.1016/j.ejon.2013.09.008
- Reese, J. B., Beach, M. C., Smith, C. C., Bantug, E. T., Casale, K. E., Porter, L. S., . . . Lepore , S. J. (2017, April 27). Effective patient-provider communication about sexual concerns in breast cancer: a qualitative study. *Support Care Cancer*, pp. 1-10. doi:10.1007/s00520-017-3729-1
- Reidunsdatter, R. (2019, August 30). Må vi snakke mer om sex med kreftpasienter? *NTNU - Fakultet for medisin og helsevitenskap*.

- Reitan, A. M. (2004). Kommunikasjon. In A. M. Reitan, & T. K. Schjøllberg, *Kreftsykepleie: Pasient - utfordring - handling* (2. ed., pp. 64-83). Oslo: Akribe.
- Reitan, A. M., & Schjøllberg, T. K. (Eds.). (2017). *Seksualitet* (4. ed.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Schjøllberg, T. K. (2004). Seksualitet. In A. M. Reitan, & T. K. Schjøllberg, *Kreftsykepleie: Pasient - Utfordring - Handling* (2. ed., pp. 85-89). Oslo: Akribe.
- Schjøllberg, T. K. (2015). Sykepleie til pasienter med kreft. In U. Knutstad (Ed.), *Utøvelse av klinisk sykepleie - sykepleieboken 3* (2. ed., pp. 104-158). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Schlichting, E., & Wist, E. (2018). Svulster i bryst. In E. Schlichting, & E. Wist (Ed.), *Kreftsykdommer - en basisbok for helsepersonell* (5. ed., pp. 327-344). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Skants, P. (2014). Psykososial oppfølging. In P. Skants, *Omsorg i kriser - håndbok i psykososialt støttearbeid* (2. ed., pp. 88-148). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Skants, P. (2014). Traumatisk stress og akutte stressreaksjoner. In P. Skants, *Omsorg i kriser - håndbok i psykososialt støttearbeid* (2. ed., pp. 179-194). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Varre, P. (2004). utfordringer ved kjemoterapi. In A. M. Reitan, & T. K. Schjøllberg, *Kreftsykepleie: Pasient - utfordring - handling* (2. ed., pp. 114-123). Oslo: Akribe.
- Vigen, W. (2004). Lymfødem - forebygging og behandling. In A. M. Reitan, & T. K. Schjøllberg, *Kreftsykepleie: Pasient - Utfordring - Handling* (2. ed., pp. 100- 106). Oslo: Akribe.
- Wiig, H. (2017). *100 spørsmål med svar og kreft, seksualitet, samliv og sex*. Danmark: Eget forlag.
- Wiig, H. (2020, Januar 21). Den vanskelige samtalen. *Sykepleien* .
- World health organization . (2019). Seksualitet . *NFSS.no* , pp. 1-2.

Vedlegg

Vedlegg 1 – Søkelogg

Søkedato	Database	Søkeord	Treff	Hva gjorde jeg med treffene	Artikkel	Publikasjons år
16/5-20	Cinahl	Outpatient clinic AND support AND cancer patients AND nurs*	50	Brukte treff nr. 3	Observations of the communication practices between nurses and patients in an oncology outpatient clinic	2019
12/3-20	Academic search elite	Breast cancer AND sexuality AND communication barrier	3	Brukte treff nr. 3	Effective patient-provider communication about sexual concerns in breast cancer: a qualitative study	2017
20/3-20	Academic Search elite	Breast cancer AND sexual quality of life AND support	6	Brukte treff nr. 1	«I wish I'd known: Patients suggestions for supporting sexual quality of life after diagnosis with metastatic breast cancer»	2016
14/4-20	Academic Search Elite	Breast cancer AND sexuality AND communication barrier	4	Brukte treff nr. 2	“Barriers to sexual health communication in breast cancer survivors: A qualitative study”	2019

23/4-20	Medline (EBSCO)	Breast cancer AND crisis AND communication OR nurse AND coordinator role AND (conversation or communication or discussion)	68	Brukte treff nr. 17	“Exploring patient experiences of neo-adjuvant chemotherapy for breast cancer”	2015
23/4-20	Frisøk (anbefalt artikkel)	Cancer care, cancer trajectory, patient-centered care, primary care	-		“How do people with cancer wish to be cared for in primary care? Serial discussion groups of patients and carers”	2006
24/4-20	Medline (EBSCO)	Crisis AND cancer patients AND communication	10	Brukte treff nr. 9	“Spiritual needs of cancer patients: qualitative study”	2015
16/5-20	Cinahl	Sexuality AND cancer patients AND (nurse intervention or nursing care or nursing strategies)	33	Brukte treff nr. 1	“A Pilot Intervention Study to Improve Sexuality Outcomes in Breast Cancer Survivors”	2020
24/4-20	Medline (EBSCO)	Breast cancer, sexual functioning, coherence	1	Brukte treff nr. 1	“Factors predicting sexual functioning in patients 3 months after surgical procedures for breast cancer: the role of the Sense of Coherence”	2013

--	--	--	--	--	--	--



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave i sykepleie

SK152

Predefinert informasjon

Startdato:	14-06-2020 09:00	Termin:	2020 VÅR
Sluttdato:	15-06-2020 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave i sjukepleie		
SIS-kode:	203 SK152 1 O 2020 VÅR		
Intern sensor:	Solueig Nelly Sægrø		

Deltaker

Naun:	Tina Bjørguin
Kandidatnr.:	338
HVL-id:	573460@hvl.no

Informasjon fra deltaker

Sideantall *:	35		
Antall ord *:	7282		
Sett hake dersom besvarelsen kan brukes som eksempel i undervisning?:	Ja	Egenerklæring *:	Ja
Jeg bekrefter at jeg har registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på utnemålet mitt *:	Ja	Jeg bekrefter innlevering til biblioteket *:	Ja

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei