



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSS9-H-2021-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	07-05-2021 00:00	Termin:	2021 VÅR
Sluttdato:	21-05-2021 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 BSS9 1 H 2021 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	398
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7616
----------------------	------

Egenerklæring *: Ja
Jeg bekrefter at jeg har registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt *: Ja

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	25
Andre medlemmer i gruppen:	411

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

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

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Seksualitet etter brystkreft:

Behovet for informasjon

Sexuality after breast cancer:

The need for information

Kandidatnumre: 398, 411

Sjukepleie

Institutt for helse-og omsorgsvitenskap

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Innleveringsdato: 20.05.2021

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, § 10.

Abstract

Title: Breast cancer and sexuality: the need for information.

Thesis of study: How can nurses preserve the need for information regarding sexuality for women who are receiving or have undergone treatment for breast cancer.

Method: Literature review study where professional literature and scientific research articles are tied together in order to answer the thesis in question.

Findings: The need for information about sexuality for women who have gone through breast cancer treatment, is not sufficiently met. Different barriers, such as stigma, lack of time and the patient-nurse-relation, prevent an adequate and safe conversation about sexuality.

Conclusion: In order to preserve and fulfill the information needs regarding sexuality, for an increasing group of breast cancer survivors, it is essential to assess the problematic areas, break down barriers, customize to the individual, and create a safe relation built on care and mutual respect. The PLISSIT-model is a tool which proves useful for nurses when providing information about sexuality and sexual health.

INNHold

1 Innledning	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema	6
1.2 Problemstilling	6
1.3 Presisering og avgrensing	6
2 Bakgrunn	7
2.1 Begrepsavklaringer	7
2.2 Teoretisk forankring	7
2.2.1 Brystkreft og behandling	7
2.2.2 Tilleggsbehandling og konsekvenser på seksuallivet	8
2.2.3 Endret seksualitet og kroppsbilde	8
2.2.4 Sykepleierens plikt og funksjonsområder	9
2.2.6 Joyce Travelbee sin sykepleieteori	10
2.2.7 Mestring og 'empowerment'	11
2.2.8 Sykepleierens rolle i samtaler om seksualitet	12
3 Metode	13
3.1 Litteraturstudie som metode	13
3.2 Metoder	14
3.3 Kriterier for inkludert og ekskludert forskning	15
Tabell 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier for søk:	15
3.4 Søk, søkehistorikk og kritisk vurdering av artikler	15
3.5 Analyse og syntese	16
3.6 Kritisk refleksjon av metode	16
3.7 Kildekritikk	17
3.8 Ethiske vurderinger	18
4 Resultater	18
4.1.1 Behandlingens fysiske og psykiske konsekvenser for seksualiteten	19

4.1.2 Informasjonsbehovet relatert til seksualitet	19
4.1.3 Barrierer rundt den seksuelle samtalen	19
4.1.4 Implikasjoner for sykepleiere i praksis	20
5 Diskusjon	20
5.1.1 Seksuelle utfordringer etter gjennomført behandling	20
5.1.2 Behovet for informasjon vedrørende seksualitet	21
5.1.3 Barrierer og stigma knyttet til den seksuelle samtalen	23
5.1.4 Sykepleierens veiledende og informerende funksjon	25
5.2 Metodediskusjon	27
6.0 Konklusjon med perspektivering	28
Vedlegg	34
Vedlegg I: PIO-skjema	34
Vedlegg II: Flow-diagram	35
Vedlegg III: Søkehistorikk for forskningsartikler	35
Vedlegg IV: resultatmatriser	38

1 Innledning

Brystkreft er den kreftformen som hyppigst rammer kvinner i Norge (Kreftregisteret, 2021). En økning i påviste tilfeller og stadig flere overlever de siste tiårene (Kreftregisteret, 2021), medfører et stort ansvar for nåværende og fremtidige sykepleiere. Etter avsluttet behandling skal kvinnene leve med sykdommens og behandlingens ettervirkninger. Sykepleiere må informere og forberede dem slik at de kan mestre situasjonen og leve et godt, selvstendig liv.

Den nasjonale forskriften med retningslinjer for sykepleierutdanning (2019, §2 & §5) konkretiserer at sykepleiere skal ha bred kompetanse om menneskets grunnleggende behov, og at kunnskapen skal kunne anvendes i hensiktsmessige sykepleietiltak. Seksualitet er definert som et grunnleggende behov (WHO, 1975), hvilket gjenspeiles i det elektroniske pasientjournalssystemet DIPS. Dette sykepleiefaglige kartleggingsnotatet anvendes ofte i norsk praksis for å dokumentere tolv grunnleggende funksjonsområder, hvorav punkt ni er seksualitet og reproduksjon. Egne erfaringer fra praksis har vist at mange sykepleiere neglisjerer dette punktet, eller kun dokumenterer sivilstatus og antall barn, til tross for områdets omfattende natur og kompleksitet.

Sykepleiere vasker daglig pasienters intime kroppsdelar med den største selvfølgelighet, men vegrer seg ofte dersom en samtale om seksualitet oppstår. Når sykepleier unngår å snakke om temaet, styrkes fordommen om at seksualitet er et avsluttet kapittel for kreftoverlevende (Borg, 2017, s126). Ifølge Gamnes (2017, s.395) vil egnet informasjon betydelig kunne redusere de seksuelle vanskene som kan oppstå i sammenheng med kreftbehandling.

Formålet med oppgaven er å sette søkelys, samt redegjøre for hvordan pasienter *opplever* brystkreftens påvirkning på seksualiteten, hvilke *behov* for informasjon pasienten har tilknyttet ettervirkningene, og hvordan sykepleier kan bidra til å *ivareta* dem.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Det initielle ønsket med bacheloroppgaven er å belyse sykepleierens møte med pasientenes seksualitet. Temaet sitt omfang er lite representert i det norske utdanningsprogrammet for sykepleiere, og blir lite vektlagt i pensumlitteratur. I praksissammenheng er det blitt observert at sykepleiere unngår å spørre pasienten om seksualitet og reproduksjon, til tross for at DIPS-punktene ble gjennomgått ved hver vakt. Vi stilte oss derfor spørrende til ivaretagelsen av pasienters grunnleggende seksuelle behov, samt retten til informasjon om seksualitet. Vi valgte å rette søkelyset mot kvinner diagnostisert med brystkreft, grunnet den høye forekomsten og en felles interesse for kvinnehelse.

1.2 Problemstilling

Hvordan kan sykepleiere ivareta informasjonsbehovet om seksualitet til kvinner som gjennomgår og har gjennomgått brystkreftbehandling?

1.3 Presisering og avgrensning

I denne oppgaven er fokuset rettet mot kvinner som gjennomgår eller har gjennomgått kirurgi, og ulik tilleggsbehandling for brystkreft. Vi differensierer ikke på om kvinnen har foretatt en rekonstruksjon av sitt tapte bryst. Kvinner med annen kulturell bakgrunn eller fremmed språk, vil ikke vektlegges eller diskuteres grunnet oppgavens omfang, da dette kan introdusere andre utfordringer, som vil ytterligere komplisere samtaler om seksualitet.

2 Bakgrunn

2.1 Begrepsavklaringer

Seksualitet:

Seksualitet er et sentralt aspekt av mennesket, som omfatter mye mer enn bare samleie eller evnen til å oppnå orgasme (WHO, 2006a). Begrepet inkluderer blant annet erotikk, intimitet og nytelse, hvilket kan uttrykkes, samt oppleves i fantasier, tanker, ønsker, holdninger og relasjoner med andre. Menneskets opplevelse og uttrykk av seksualitet påvirkes av samspillet mellom biologiske, sosiale, psykologiske, religiøse og åndelige faktorer (WHO, 2006a).

Seksuell helse:

Seksuell helse beskriver et emosjonelt, mentalt og sosialt velvære i forhold til seksualitet (WHO, 2006a). Begrepet viser at en kan oppleve og uttrykke en god seksuell helse, til tross for dysfunksjon, sykdom eller svakhet. God seksuell helse opprettholdes når de seksuelle rettighetene beskyttes, respekteres og oppfylles (WHO, 2006a).

2.2 Teoretisk forankring

2.2.1 Brystkreft og behandling

Cancer mammae, brystkreft, er en malign svulst i brystkjertelens melkekjertler eller melkeganger. En av elleve kvinner i Norge utvikler denne kreftformen i løpet av livet (Schlichting, 2017, s.446). Rundt 3500 kvinner diagnostiseres årlig og sykdommen forekommer hyppigst etter fylte 50 år (Norsk Helseinformatikk, 2020).

Kirurgi er den viktigste og primære brystkreftbehandlingen (Schlichting, 2017). Det finnes brystbevarende kirurgi, *lumpektomi*, og modifisert radikal operasjon, *mastektomi* (Klepp & Schlichting, 2020). Brystbevarende kirurgi gjennomføres for rundt 70 prosent av kvinnene som opereres for brystkreft, men anbefales ikke dersom tumoren er større enn fire centimeter (Schlichting, 2017, s.448). Mastektomi gjennomføres dersom tumoren er av slike proporsjoner at det ikke vil være mulig å redde brystvevet (Schlichting, 2017, s.449). I dag er prognosen for denne kreftformen svært god. Etter fem år, lever 92 prosent av kvinnene (Helsedirektoratet, 2020). Senskader som kan forekomme for brystkreftoverlevende er

eksempelvis kronisk tretthet/fatigue, tidlig overgangsalder og nerveskader, samt smerter i bryst, arm og operasjonsarret (Kreftforeningen, 2020).

2.2.2 Tilleggsbehandling og konsekvenser på seksuallivet

Mange kirurgiske pasienter mottar tilleggsbehandling, før eller etter operasjonen, for å øke helbredelsen av kreftdiagnosen, som eksempelvis cytostatikabehandling, strålebehandling og endokrin behandling (Schlichting, 2017, s.451).

Vanlige bivirkninger av cytostatika er tretthet, brekninger og hårtap (Schlichting, 2017, s.451). Allmennsymptomer, som smerter og kvalme, forekommer hyppig og kan bidra til å svekke den seksuelle kapasiteten (Gjessing & Dahl, 2019, s.109,110). Videre kan behandlingen medføre prematur menopause. Ved høye doser cytostatika kan testosteronproduksjonen avta eller opphøre hos kvinner, hvilket resulterer i manglende seksuell interesse (Gjessing & Dahl, 2019, s.109,110), men en kan trygt være seksuelt aktiv (Helsenorge, 2019). Kvinnene som får brystbevarende kirurgi må gjennomgå tre til seks uker med postoperativ strålebehandling grunnet risiko for lokalt residiv (Schlichting, 2017, s.451). Strålebehandlingen vil kunne påvirke thyreoidea og medføre lavt stoffskifte. Som en konsekvens av dette vil pasienten preges av tretthet og ha lite overskudd til seksuell aktivitet (Gjessing & Dahl, 2019, s.110). Endokrin behandling medfører nedgang i østrogennivået, og kan minne om menopause (Kreftforeningen, 2021). Konsekvenser av denne behandlingen kan være tørre slimhinner i skjeden, muskelsmerter, stive ledd og hetetokter.

Yngre brystkreftoverlevende har som oftest de mest omfattende seksuelle problemene blant annet grunnet prematur menopause, hormonell forstyrrelse og svekket funksjon av ovarier i etterkant av tilleggsbehandlingen (Bredal, 2019, s.483). Risikoen for å miste sin fertilitet er en ekstra psykisk belastning for disse kvinnene (Bredal, 2019, s.483).

2.2.3 Endret seksualitet og kroppsbilde

Den seksuelle drivkraften er tett knyttet opp mot lyst og behag. Drivkraften fungerer som en motivator for seksualitet, enten i form av samleie, masturbasjon, berøring, kyssing eller lignende (Almås & Grünfeld, 2021). Seksualiteten blir fort skadelidende når mennesker

opplever psykisk og fysisk stress som følge av sykdom (Borg, 2019, s.120). Vanlige psykiske følger virkninger av brystkreft som nedsatt stemningsleie, redusert lykkefølelse og uro (Gjessing & Dahl, 2019, s.111) samt fysiske konsekvenser som tretthet og vaginal tørrhet eller irritasjon (Bredal, 2017, s.483) kan bidra til nedsatt seksuell helse.

Den enkeltes holdninger til-, og følelser for egen kropp, er en viktig del av det seksuelle aspektet (Gjessing & Dahl, 2019, s.111). Mange kvinner anser sine bryster som en essensiell del av selvbildet og deres kvinnelighet, og vil uavhengig av operasjon som gjennomføres, føle seg mindre feminine og attraktive i etterkant (Bredal, 2019, s.483). Det hevdes at å miste et bryst har størst betydning for en endring i kroppsbilde, mye grunnet brystets symbolikk for seksualitet og femininitet (Schjølberg, 2019, s.136). Tapet av et bryst vil kunne påvirke kvinnens opplevelse av seg selv som et seksuelt vesen (Gamnes, 2017, s.397). En støttende reaksjon på brystkreften fra kvinnens partner vil ha avgjørende betydning for videre seksuell interesse (Gjessing & Dahl, 2019, s.116).

2.2.4 Sykepleierens plikt og funksjonsområder

Sykepleier har i tråd med helsepersonelloven informasjonsplikt (Helsepersonelloven, 1999, §10), og pasienten har lovfestet rett til informasjon og medvirkning (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1,2). Sykepleiere har en rekke ansvar og fagspesifikke funksjoner som skal prege ivaretagelsen av pasienter, hvorav de undervisende, lindrende, rehabiliterende, behandlende, forebyggende, og fagutviklende funksjonene fremheves. (Nortvedt & Grønseth, 2017, s.21-23). Den undervisende funksjonen innebærer informering og skal blant annet hjelpe pasienten til å mestre konsekvensene av sykdom med påfølgende behandling. Dette funksjonsområdet faller under den pedagogiske dimensjonen. Den rehabiliterende sykepleiefunksjonen er også relevant for valgt problemstilling. Funksjonen baserer seg på å gi pasienter egnet kunnskap for å mestre en ny livssituasjon (Nortvedt & Grønseth, 2017, s.21-23).

Helse- og omsorgsdepartementet (2017, s.8) har formulert en rekke overordnede mål i deres strategi for seksuell helse. Målene skal blant annet sikre kunnskap og ivaretagelse av seksuell helse i helse- og omsorgstjenesten, samt sikre at helsepersonell forstår og respekterer pasienters seksuelle behov. Tiltak som må iverksettes for å nå de overordnede målene

innebærer å synliggjøre behovet, inkludere seksuell helse i behandlingsplaner og prosedyrer, stimulere til fagnettverk og sikre tilstrekkelig kunnskap om seksuell helse i grunnutdanningen til helsepersonell (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017 s.50).

2.2.5 Pasientens informasjonsbehov

Informasjonsformidling er en del av sykepleierens pedagogiske funksjon, og skal legge til rette for blant annet vekst, oppdagelse, utvikling, læring og mestring (Tveiten, 2014, s.31). Ifølge Reitan (2019, s.112) må sykepleier kartlegge pasientens individuelle behov og forutsetninger for læring, slik at en unngår overinformering. Sykepleier må gå trinnvis fram, samt formidle relevant og forståelig informasjon som er tilpasset situasjonen (Reitan, 2019, s.112).

For at sykepleier skal få en forståelse av pasientens informasjonsbehov, anbefaler Eide og Eide (2013, s.292,293) at en spør pasienten om egne opplevelser og identifiserer behov ut ifra det som formidles. Når sykepleier benytter en slik fortellende tilnærming, kan det dukke opp skjulte informasjonsbehov som pasienten ikke visste eksisterte (Eide og Eide, 2013, s.292,293). Sykepleier kan da identifisere pasientens ulike utfordringer og problemer, samt formidle individualisert informasjon (Kristoffersen, 2017c, s.264). Når sykepleier bruker en fortellende tilnærming, tvinges pasienten til å reflektere over egen situasjon. Dette gir en opplevelse av mestring, og hindrer avhengighet til sykepleier (Kristoffersen, 2017c, s.250).

2.2.6 Joyce Travelbee sin sykepleieteori

For å belyse sykepleiefaglig relevans har vi støttet oss til Joyce Travelbee (1999) sine teoretiske beskrivelser og synspunkter av sykepleiefunksjonen. Travelbee sin sykepleieteori legger hovedvekt på sykepleierens ansvar for å etablere relasjon til pasienten, og evnen til å bruke seg selv terapeutisk (Kristoffersen, 2017b, s.32). Teorien har fokuset rettet mot de mellommenneskelige aspektene ved sykepleien, og etablering av et likeverdig menneske-til-menneske-forhold. Slik kan sykepleierens mål og hensikt oppnås, ved at vi ser og forholder oss til hverandre som unike individer (Kristoffersen, 2017b, s.32).

Travelbee ønsker at sykepleieren i sin informerende og veiledende rolle, skal bruke seg selv terapeutisk i samhandling med pasienten. Det vil si at sykepleieren bruker sin intelligens og

fornuft på en slik måte at pasientens behov blir ivaretatt (Travelbee, 1999, s.48). Sykepleieren lar sin egen personlighet komme til syne på en hensiktsmessig og bevisst måte for å skape kontakt, fremme en ønsket forandring, samt redusere plager hos pasienten (Kristoffersen, 2017b, s.35). Det stilles krav til selvforståelse, selvinnsett, forståelse av menneskelig atferd, samt et gjennomtenkt forhold til sine egne verdier og holdninger i forbindelse med sykdom og lidelse. Travelbee beskriver kommunikasjon som et av de viktigste verktøyene en sykepleier har, spesielt når det gjelder å etablere et menneske-til-menneske-forhold (Kristoffersen, 2017b, s.34). Gode kommunikasjonsevner er en forutsetning for å ivareta pasienters behov for veiledning og informasjon (Travelbee, 1999, s.149).

2.2.7 Mestring og 'empowerment'

Videre vil begrepet 'empowerment' og dets betydning, erstattes med myndiggjøring. Ordet mestring benyttes for å beskrive hvordan mennesker lærer, utvikler og tilegner seg ferdigheter for å håndtere nye utfordringer (Reitan, 2019, s.88). Mennesker som opplever en belastende situasjon, vil enten møte den med mestringsstrategier, eller skyve utfordringene bort ved å unngå eller benekte situasjonen (Reitan, 2019, s.88). Det stilles store krav til kvinners mestringssevne etter diagnostisering av brystkreft, for å akseptere den nye livssituasjonen (Drageset et al., 2020). Dersom pasienten mangler informasjon og kunnskap knyttet til sin nye livssituasjon, vil hun kunne oppleve økt stress og mest sannsynlig velge en unnvikende mestringsstrategi (Kristoffersen, 2017c, s.257).

Aaron Antonovsky (2018) har utviklet teorien om salutogenese, som en motpol til medisinske patogenese. Salutogenesen har fokus på pasientens egen historie i sammenheng med sykdom, og vektlegger den individuelle indre styrken og tryggheten. Antonovsky mener at mennesker som opplever sammenheng i livet, vil ha større mestringsfølelse i belastende situasjoner. Begrepet *opplevelse i sammenheng*, kan forstås i forholdet mellom de tre komponentene; begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet (Antonovsky, 2018, s.52). Dersom sykepleier har kunnskap om de tre komponentene øker sjansen for at pasienten finner mening i livssituasjonen, hvilket vil være avgjørende for videre kamp og innsats mot diagnosen (Kristoffersen, 2017a, s.53). Antonovsky nevner blant annet sosial støtte og kunnskap/intelligens som to mestringsressurser (Lønne, 2019). Sosial støtte, særlig fra mennesker vedkommende har nære emosjonelle bånd med, vil kunne fremme mestring.

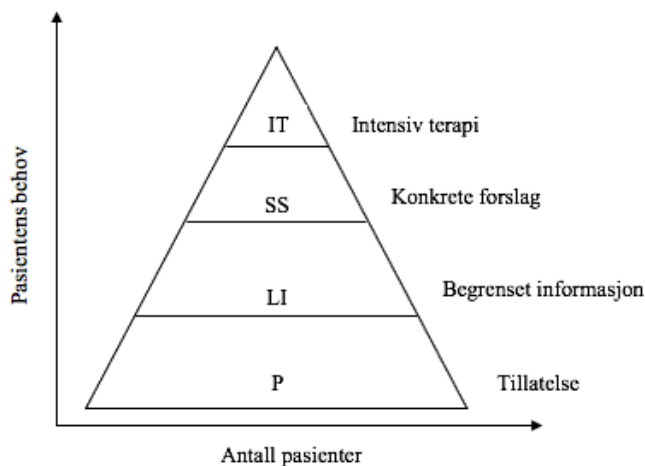
På et individuelt nivå omfatter myndiggjøring en utvikling av personens mestringsevne (Kristoffersen, 2017c, s.351-353). Myndiggjøring beskrives som en prosess mot forbedring av egen helse, samt økt kontroll over egen helsetilstand. Når sykepleier benytter myndiggjøringsstrategi i sin fagutøvelse, kan mestringsevnen og handlingskompetansen til pasienten økes (Kristoffersen, 2017c, s.351-353).

2.2.8 Sykepleierens rolle i samtaler om seksualitet

Dagens samfunn har i større grad fokus på åpenhet omkring seksualitet. Til tross for dette, er det fremdeles helsepersonell som unngår å snakke om seksualitet med pasientene (Borg, 2019, s.126). Mulige kommunikasjonsbarrierer som nevnes fra sykepleier sitt perspektiv er dårlig kunnskapsgrunnlag, utilstrekkelige kommunikasjonsferdigheter eller at de var for sjenerte til å initiere samtale. Å være ukomfortabel med tema eller språket tilknyttet samtalen kan også forhindre informasjonsflyten. Sykepleiere stiller ofte urealistiske krav til egen kunnskap, og vegrer seg for å diskutere seksualitet med sine pasienter. Sykepleier sin holdning til seksualitet er avgjørende for å sikre åpne samtaler (Bredal, 2019, s.483). Tid nevnes også som en barriere som hindrer tilstrekkelig kommunikasjon (Borg, 2019, s.126). Korte sykehusinnleggelses og hektiske sykehusavdelinger truer den kontinuerlige formidlingen av sykepleiefaglig informasjon (Reitan, 2019, s.109). Tanker og spørsmål rundt seksualitet kommer gjerne senere i sykdomsforløpet enn umiddelbart etter diagnostiseringen og det kan gå over ett år før pasientene søker veiledning for seksuelle problemer ifølge Gjessing & Dahl (2019, s.108). De hevder videre at menn i større grad enn kvinner tar initiativ til samtale med helsepersonell om seksualitet.

For at sykepleier skal kunne åpne opp for og invitere til samtale om seksualitet, kan PLISSIT-modellen være en hjelp (Tholens, 2021, s.36). Modellen er et sexologisk verktøy, presentert av Jack S. Annon i 1976 (Gamnes, 2017, s.399). PLISSIT-modellen omfatter fire trinn: (1) tillatelse/*permission*, (2) begrenset informasjon/*limited information*, (3) spesifikke forslag/*specific suggestions* og (4) intensiv terapi/*intensive therapy*. Det første trinnet gjelder for alle og gir pasienten en invitasjon til å ta opp seksuelle utfordringer, innenfor trygge rammer. Det andre trinnet gjelder for mange. Her gis enkel og saklig informasjon, som kan formidles muntlig eller skriftlig, eksempelvis med en brosjyre. Det tredje trinnet gjelder for dem som har behov for spesifikke forslag og individuelle løsninger. Fjerde og siste trinn gjelder de færreste. Nivået er for dem som har behov for et spesialisert behandlingstilbud,

samt spesialkompetanse for å løse sine seksuelle utfordringer (Gamnes, 2017, s. 400). Helse- og omsorgsdepartementets (2017, s.26) fastslår at helsepersonell med grunnutdanning, som sykepleiere, skal kunne håndtere første og andre trinn i PLISSIT-modellen.



Figur 1. PLISSIT-modellen. Fra *Kreftsykepleie: Pasient-utfordring-handling*. (s.127) av Borg, 2019, Cappelen Damm AS.

3 Metode

Metode er en systematisk fremgangsmåte som benyttes for å samle inn kunnskap og data for å belyse en valgt problemstilling (Thidemann, 2019, s.74). Ulike metoder anvendes for å fremstille ny kunnskap, samt teste validitet og reliabilitet i eksisterende påstander. Valg av metode må gjøres på bakgrunn av problemstillingen og det aktuelle temaet. (Thidemann, 2019, s.74). Når en skal være metodisk, stilles det krav til å arbeide både objektivt og ærlig (Dalland 2020, s.62,63).

3.1 Litteraturstudie som metode

Vi har valgt litteraturstudie som metode i oppgaven. En litteraturstudie kjennetegnes ved systematisk gjennomgang av tilgjengelig skriftlig fag- og forskningslitteratur rundt den gitte problemstillingen (Thidemann, 2019, s.79). Systematisering av litteratur innebærer tre trinn; en søkeprosess hvor kunnskap innhentes, kritisk gjennomgang hvor relevant forskning blir vurdert, og til slutt en sammenfatning hvor resultat blir diskutert (Thidemann, 2019, s.79). Ved hjelp av denne prosessen belyses ulike teoretiske perspektiver og leseren får oppdatert

informasjon. Oppgaven vil også kommentere hvordan kunnskapen er ervervet og peke på feltområder som har behov for ytterligere forskning. I punkt 3.2 redegjøres det for anvendte metoder i de utvalgte forskningsartiklene.

3.2 Metoder

3.2.1 Kvalitativ metode

Kvalitativ metode baserer seg på en helhetlig forståelse av et gitt fenomen og har vitenskapsteoretisk sett en fenomenologisk tilnærming (Thidemann, 2019, s.72-76).

Kvalitative datainnsamlingsmetoder er hensiktsmessige når en ønsker å undersøke pasientgruppens menneskelige egenskaper som meninger, opplevelser, erfaringer, tanker, forventninger, motiver og holdninger. Kvalitativ metode genererer dybdekunnskap ved å konjugere mange opplysninger fra få undersøkelsesenheter (Thidemann, 2019, s.72-76).

3.2.2 Mixed methods

Studier som benytter seg av både kvalitativ og kvantitativ metode, *mixed methods*, samstiller breddekunnskap og dybdekunnskap (Thidemann, 2019, s.77). Ifølge Thidemann (2019, s.77) vil studier som innebærer denne typen metodetriangulering, utfylle hverandre, samt fremstille et allsidig og variert datamateriale. Bruk av mixed methods-design gir en dypere og bedre forståelse av tematikken, som styrker tilliten til konklusjonen (Sykepleien, 2017).

3.2.3 Ikke-randomisert kontrollert metode

En randomisert kontrollert studie anvendes for å finne effekt av et gitt tiltak ved å tilfeldig fordele deltakerne i intervensjonsgruppe og kontrollgruppe (Thidemann, 2019, s.71). Ifølge Higgins & Green (2011) benyttes ikke-randomisert kontrollert metode i tilfeller der en ønsker bevis på en intervensjons effekt, som ikke kan randomiseres.

3.2.4 Systematisk oversiktsartikkel

En systematisk oversikt gir en oversikt over flere artikler som har samme emne (Helsebiblioteket, 2016c). Systematiske oversikter gjør kunnskapen lettere tilgjengelig, og gir et balansert bilde av forskning under en bestemt problemstilling. En god systematisk oversikt vil også påpeke kvaliteten på forskningen (Helsebiblioteket, 2016c).

3.3 Kriterier for inkludert og ekskludert forskning

Ved å definere inklusjon- og eksklusjonskriterier, blir litteratursøket tydeliggjort og avgrenset. Dette gjør søkeprosessen mer effektiv, og retter søket mot ønsket kunnskap (Thidemann, 2019, s.83). I søkeprosessen ble artikler eldre enn ti år ble ekskludert til fordel for oppdatert forskning. De inkluderte studiene måtte ha sykepleiefaglig relevans, treffe oppgavens vinkling og være fagfelleverdert. Studier med mangelfullt sammendrag, eller manglende IMRaD struktur ble ekskludert. Artikkene måtte være norsk- eller engelskspråklige. For å knytte resultatene opp mot norske sosiokulturelle verdier, ønsket vi at hovedvekten av forskningsartiklene hadde opphav og funn fra vestlig kultur. I de inkluderte studiene er alle deltakerne voksne (18+). Når vi i oppgaven omtaler yngre kvinner, omfatter det kvinner over 18 år som ikke har nådd menopause.

Tabell 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier for søk:

<u>Inklusjonskriterier</u>	<u>Eksklusjonskriterier</u>
Fagfelleverdert	Uten fagfellevurdering
2011 - 2021	Artikler publisert før 2011
IMRaD struktur	Manglende IMRaD struktur
Brystkreftpasienter	Annen kreftform
Norsk- eller engelskspråklig	Annet språk
Voksne deltakere (18+)	

3.4 Søk, søkehistorikk og kritisk vurdering av artikler

For å konkretisere informasjonsbehovet, benyttes rammeverket PICO. En god PICO vil strukturere søket i databasen ved å organisere og koble søkeord, samt sette opp en søkestrategi, hvilket gir mulighet til å få færre og mer relevante treff (Thidemann, 2019, s.87). Under utarbeidelsen av PICO erfarte vi at “P”, “I” og “O” enkelt kunne tildeles, mens “C” (comparison) ble ekskludert, ettersom problemformuleringen ikke sammenligner to tiltak.

Videre ble termbasen MeSH benyttet, for å presisere søk i internasjonale databaser (Aasen, 2020). Brystkreft gav søkeordet “Breast cancer”, informasjonsbehov gav søkeordet “information needs” og seksualitet gav søkeordet “sexuality”. Emneordene ble koblet sammen med “OR” og/eller “AND”. Videre i søkeprosessen var det behov for å supplere med nye søkeord for å få mer presise treff. Det henvises til vedlegg III utdypende søkehistorikk.

Ifølge Søk og skriv (2020) gir fagspesifikke databaser bedre dekning av litteraturen på fagområdet, sammenlignet med generelle databaser. Et viktig prinsipp i kunnskapsbasert praksis er å lete etter systematiske oversikter og oppsummert forskning, før en søker etter enkeltstudier (Helsebiblioteket, 2016b). Søk ble utført i databasene Helsebiblioteket og i Cochrane Library for å undersøke fagfeltet for systematiske oversikter, uten treff. Deretter ble søk utført i: Medline, Pubmed, Cinahl og Idunn. Medline er den fremste referansedatabasen innen medisin. Pubmed har mye likt innhold som Medline, men et annet søkegrensesnitt (Høgskulen på Vestlandet, u.å.). Cinahl er en referansedatabase som inneholder referanser til engelskspråklig litteratur om sykepleie og tilgrensende fag. Cinahl har god dekning av pasientfenomener og kvalitativ forskning (Høgskulen på Vestlandet, u.å.). Idunn er universitetsforlagets digitale plattform for fag- og forskningstidsskrifter (Idunn, u.å.). Søkene i de ulike databasene ble gjennomført via EBSCO og Ovid. 36 titler og sammendrag er blitt vurdert. 24 artikler ble ekskludert basert på manglende inklusjonskriterier og tolv ble lest i fulltekst. De fem mest relevante artiklene ble inkludert. Se vedlegg II for flow-diagram.

3.5 Analyse og syntese

Når en analyserer en tekst, gjennomføres det en tolkning av budskapet. Videre kan analysen og fortolkningen gi en syntese som belyser den aktuelle problemstillingen, og det utarbeides en ny tekst (Thidemann, 2019, s.92). Hovedfunnene i artiklene er blitt sammensatt til en syntese i resultatdelen, og videre vurdert og diskutert opp mot inkludert teori i diskusjonsdelen. Braun & Clarke (2006) sin artikkel om tematisk analyse er brukt som inspirasjon da vi identifiserte og analyserte datamaterialet.

3.6 Kritisk refleksjon av metode

Ifølge Norsk Sykepleierforbund (u.å) sine yrkesetiske retningslinjer og sykepleierens fagutviklende funksjon (Nortvedt & Grønseth, 2017, s.23) skal sykepleieren holde seg oppdatert på ny forskning. En litteraturstudie gjør det mulig for dagens helsepersonell å holde

seg oppdatert, ved å oppsummere tilgjengelig litteratur og forskning om et tema (Aveyard, 2019, s.4) og forsterker den fagutviklende sykepleiefunksjonen. Ulemper med litteraturstudie kan blant annet være at forskeren selv har valgt ut litteraturen som presenteres, og at denne gir et subjektivt syn som understøtter forskerens egne hypoteser eller synspunkt (Dalland, 2020, s.63,64). Ved bruk av litteraturstudie som metode må en også være kritisk til sin egen tolkning av forskningen. Det kan ikke med sikkerhet påstås at vår fortolkning samsvarer med forskernes budskap. Oppgavens funn- og konklusjonsdel kan derfor være farget av egen forståelse og fortolkningsprosess.

3.7 Kildekritikk

Ifølge Dalland (2020, s.152) utføres kildekritikk for å vise leseren hvilke vurderinger en har gjort av litteraturen som skal anvendes og om de opplysningene en har innhentet er troverdige. For å kritisk vurdere artiklene er sjekklister fra Helsebiblioteket (2016a), Folkehelseinstituttet (2011) og artikkelen til Cronin et al. (2008) benyttet. Den kritiske vurderingen er gjennomført for å vurdere artiklenes troverdighet, holdbarhet og relevans. Alle forskningsartiklene oppgir tydelig og undersøker sine gitte formål, hvilket sikrer artiklenes validitet (Dalland, 2020, s.43). Reliabiliteten avgjør i hvilken grad studiene som er utført, kan etterprøves (Dalland, 2020, s.43). Utvalgte forskningsartikler redegjør grundig for sitt utvalg, metode, fremgangsmåte og gjennomføring av studie, hvilket gir dem høy reliabilitet.

Stort sett har sekundærlitteratur blitt benyttet for å anvende sykepleieteori i oppgaven. Når sekundærkilder benyttes, må en være kritisk til forfatterens egen forståelse av teorien, da dette kan farge litteraturen (Dalland, 2020, s.152). Teorien til Antonovsky er hentet fra hans egen bok, "Helsens mysterium" (2018), oversatt til norsk, hvilket kan ha påvirket meningsinnholdet i språket. Travelbee sin sykepleieteori er presentert i kortfattet tekst i Grunnleggende Sykepleie (Kristoffersen, 2017b).

Ved å inkludere artikler fra andre land enn Norge, må en ta høyde for at funnene muligens ikke er direkte overførbare til norsk praksis. Oversiktsartikkelen til Chang et al. (2019) fra Taiwan fremstiller studier fra Iran og India, men ble inkludert grunnet at de fem andre studiene hadde amerikansk opphav. Forskningen til Almeida et al. (2019) fra Brasil og Chang et al. (2019), kan derfor bære preg av kulturforskjeller hvilket kan påvirke deres kliniske relevans for norsk praksis. Det anbefales at forskningen som inkluderes i bacheloroppgaven

ikke er eldre enn ti år (Dalland, 2017, s.156). Innholdet til Ussher et al. (2012) kan være noe utdatert, som kan være en potensiell svakhet for vår drøfting. Studiet ble inkludert grunnet dens høye relevans, store utvalg og ingen motstridende funn. Alle forskningsartiklene redegjør grundig for sine etiske overveielser, bortsett fra Chang et al. (2012). En gjennomgang av de syv inkluderte artiklene til Chang et al. (2012) viser derimot at alle redegjorde for sine etiske overveielser i egne studier, hvilket gjorde at vi benyttet oversiktsartikkelen.

I presisering av problemformuleringen så vi bort ifra om kvinnen har foretatt rekonstruksjon av hennes tapte bryst. Dette ble gjort grunnet at majoriteten av disse kvinnene fremdeles opplever et negativt påvirket kroppsbilde (Menon & O'Mahony, 2019), samt at de vil ha tilsvarende ettervirkninger av tilleggsbehandlingen. Flere kvinner i de inkluderte forskningsartiklene har gjennomført rekonstruksjon, og det kan ikke med sikkerhet fastslås at dette ikke påvirker deres tanker og følelser vedrørende seksualitet. En annen svakhet er at 1,2 prosent av deltakerne til Ussher et al. (2012) er menn, hvilket kan senke drøftingen i lys av kvinnelig seksualitet.

3.8 Etiske vurderinger

God etikk er et sentralt aspekt i all vitenskapelig forskning, og handler om å sikre troverdigheten av forskningsresultatene, samt ivareta personvern (Dalland, 2020, s.168). Den mest sentrale profesjonsnormen for medisinsk forskning er Helsinkideklarasjonen, vedtatt av World Medical Association (Ursin, 2020). Enhver person som forsker må forholde seg til en rekke overordnede prinsipper som baserer seg på pasienters rett til informasjon, samtykke og medvirkning (Ursin, 2020). For å forsikre korrekt sitering ble APA 7th benyttet (Søk og skriv, 2021). Vi har ingen personlige konflikter å oppgi i henhold til oppgaven. Høgskulens forskningsetiske retningslinjer er overholdt gjennomgående i arbeidet (Høgskulen på Vestlandet, 2021).

4 Resultater

Se vedlegg IV for summarisk fremstilling av forskningsartiklene i resultatmatriser. I 4.1 vil funnene fremstilles kategorisk.

4.1 Funn

De fem utvalgte forskningsartiklene belyser ulike aspekter av problemstillingen. Relevante funn presenteres i fire ulike tema: *behandlings fysiske og psykiske konsekvenser for seksualiteten, informasjonsbehovet relatert til seksualitet, barrierer rundt den seksuelle samtalen og implikasjoner for sykepleiere i praksis.*

4.1.1 Behandlingens fysiske og psykiske konsekvenser for seksualiteten

Drageset et al. (2020) fant at flertallet av kvinnene beskrev at endringene knyttet til operasjonen påvirket deres følelse av feminitet, attraktivitet og seksualitet. Lite energi og redusert seksuelt driv ble beskrevet av kvinnene ett og ni år etter behandling. Mangel på energi påvirket i stor grad hva kvinnene hadde kapasitet til å gjøre i hverdagen. Spesielt kvinner som ble behandlet med hormonell terapi uttrykte bekymring vedrørende sexlivet (Drageset et al., 2020). Kjente konsekvenser av cytostatika påvirket kvinnene fysisk og psykisk, hvilket reduserte og kompliserte den seksuelle helsen (Almeida et al., 2020; Chang et al., 2019; Drageset et al., 2020; Reese et al., 2018 & Ussher et al., 2012). Chang et al. (2019) rapporterer om mindre hyppig samleie hos de fleste, og at samtlige kvinner opplever fremmedgjøring fra deres ektefelle i etterkant av behandlingen.

4.1.2 Informasjonsbehovet relatert til seksualitet

Ussher et al. (2012) viser at majoriteten av respondentene ønsker informasjon knyttet til endringer i seksualiteten. Kroppsbilde, seksuell respons, relasjon i parforholdet og kommunikasjon med helsepersonell er beskrevet som svært betydningsfulle tema av mange. Et flertall foretrakk informasjonen gjennom skriftlige midler overfor muntlig kommunikasjon (Ussher et al., 2012). Under halvparten av respondentene hadde mottatt eller funnet ønsket informasjon om seksuelt velvære etter brystkreft, og videre var kun halvparten av disse tilfreds med gitt informasjon (Ussher et al., 2012). Chang et al. (2019) påpeker at sykdommen og behandlingen kan oppleves som svært belastende for yngre kvinner og Ussher et al. (2012) belyser at denne aldersgruppens informasjonsbehov ofte ignoreres.

4.1.3 Barrierer rundt den seksuelle samtalen

Ussher et al. (2012) påpeker sykepleier sin viktige rolle for å kunne redusere pasientens bekymringer om intimitet og seksualitet. Det ble rapportert at helsepersonell hadde vært motvillig til å diskutere slike tema, til tross for at pasienten initierte til samtale (Ussher et al.,

2012). Andre årsaker til manglende samtale om seksualitet var at helsepersonell ikke viste interesse, eller fremsto ukomfortable. Reese et al. (2018) forteller at det kunne utvikles dybdesamtaler om seksualitet, til tross for at problemer ikke opprinnelig ble rapportert fra kvinnen. Videre bemerker de at en mulig barriere er sykepleiers frykt for at samtalen vil avdekke en rekke seksuelle problemområder (Reese et al., 2018).

4.1.4 Implikasjoner for sykepleiere i praksis

Almeida et al. (2020) fant at kvinnene som har mottatt intervensjonstiltaket, PLISSIT-modellen, har en signifikant forbedring av evne til opphisselse, i motsetning til kontrollgruppen som opplevde reduksjon. Det vises også til redusert smerte ved samleie over tid sammenlignet med kontrollgruppen, ergo PLISSIT-modellen har påvist positiv effekt på seksualiteten til denne pasientgruppen (Almeida et al., 2020). Ussher et al. (2012) påpeker at PLISSIT-modellen vektlegger betydningen av informasjon for å redusere bekymringer knyttet til seksuelt velvære. Videre belyser de at dette kan være et nyttig verktøy for sykepleiere i arbeid med brystkreftoverlevende. Det poengteres at helsepersonell bør være mer bevisst på viktigheten og omfanget av seksuelle forandringer etter brystkreft, samt pasientens informasjonsbehov vedrørende dette (Ussher et al., 2012). Reese et al. (2019) og Chang et al. (2019) anbefaler at helsepersonell tar opp temaet seksuell helse med alle kreftpasienter. Drageset et al. (2020) konkluderer med at det må utøves personorientert omsorg, tilpasset den enkeltes opplevelse og situasjon.

5 Diskusjon

Funnene viser at kvinner som har gjennomgått behandling for brystkreft, har store ønsker og behov for informasjon tilknyttet en endret seksualitet, men at behovet ofte ikke ivaretas. I 5.1 vil funnene og relevant teori bli drøftet opp mot sykepleiers rolle av ivaretagelsen av dette informasjonsbehovet. I 5.2 fremstilles metodediskusjon.

5.1 Resultatdiskusjon

5.1.1 Seksuelle utfordringer etter gjennomført behandling

Seksuelle utfordringer kan komme av kjente konsekvenser av tilleggsbehandlingen og/eller av selve inngrepet. Hvilket behandlingsregime kvinnen har gjennomgått kan påvirke utfallet

og graden av seksuelle plager. Kroppsbilde i etterkant av gjennomgått kirurgi kan påvirkes ved at kvinnen føler seg mindre attraktiv og feminin (Bredal, 2019, s.483). Dette vil kunne komplisere kvinnens seksuelle helse ved å skape et betent forhold til egen kropp. Utsagnet støttes av Drageset et al. (2020), som fant at inngrepene påvirket kvinnens følelser tilknyttet seksualitet og femininitet ni år i etterkant, uavhengig av kirurgitype. Seksuelle problemer kan oppstå flere år etter endt behandling (Chang et al. 2019), og sykepleier bør informere om dette. Hver enkelt situasjon er forskjellig, med ulik grad og type plager, samt tidsperspektiv, hvilket indikerer et behov for individualisert tilpasset informasjon.

Alle inkluderte forskningsartikler (Alemida et al., 2020; Chang et al., 2019; Drageset et al., 2020; Reese et al., 2018; Ussher et al., 2012) påpeker betydningen av reaksjonen og støtten fra partner for kvinnens videre seksualitet, hvilket samsvarer med Bredal (2019, s.483) og Gjessing & Dahl (2019, s.116). Ifølge Menon & O'Mahony (2019) opplyste en kvinne at hun vegret seg for at ektefellen skulle se henne i etterkant av mastektomien, noe som underbygger betydningen av partnerens reaksjon. Fremmedgjøringen fra partneren i etterkant av behandlingen (Chang et al., 2019) vil også kunne bidra til seksuelle problemer. Antonovsky fremhevet også viktigheten av sosial støtte, fra blant annet partner, for å mestre en situasjon (Lønne, 2019). I lys av dette kan det være en fordel at sykepleier informerer og inkluderer partneren i samtale for å ivareta kvinnen.

5.1.2 Behovet for informasjon vedrørende seksualitet

Brystkreftoverlevende har signifikante informasjonsbehov tilknyttet sin seksualitet for å fremme mestring og redusere psykisk stress (Ussher et al., 2012). Utsagnet støttes av Almeida et al. (2020) som påpeker at de fysiske og psykiske plagene kompliseres ved mangel på kommunikasjon om problemene med helsepersonell. Ussher et al. (2012) og Reese et al. (2018) rapporterer at det klare flertallet ønsket å diskutere seksuell helse med helsepersonell. Til tross for dette fant kommunikasjon om seksualitet sted i under halvparten av de observerte samtalerne i studien til Reese et al. (2018). Dette indikerer et udekket informasjonsbehov vedrørende seksualitet for dagens brystkreftoverlevende.

Sykepleier trenger å vite hvordan og når en skal gi informasjon om seksuelle tema. Majoriteten av deltakerne i studien til Ussher et al. (2012) ønsket skriftlig informasjon vedrørende seksualitet etter brystkreft. Færre foretrakk muntlig informasjon og støttegruppe

var det minst ettertraktede tilbudet. Chang et al. (2019) påpeker imidlertid at kvinner som deltok i støttegruppe hadde høyere energinivå, mindre stress og høyere nivå av mentalt velvære. Dette indikerer at støttegrupper har flere positive effekter som kan bidra til kapasitet og overskudd til seksuelt samvær. Ved å gi informasjon om tilbudet og å normalisere tema, vil muligens flere kvinner kunne oppmuntres til deltakelse i støttegrupper. For enkelte kvinner kan dette være en bedre kilde til informasjon og rådgivning. I tiden rundt diagnostiseringen tenker gjerne kvinnen på andre aspekter av sykdommen enn seksualitet (Gjessing & Dahl, 2019, s.108). For at informasjonsbehovet skal ivaretas, må kvinnen forstå det som formidles. Sykepleier må derfor informere om dette problemområdet når kvinnen er psykisk og emosjonelt forberedt og tilstede.

Yngre kvinner har ofte høyest grad av seksuelle problemer (Bredal, 2019, s.483) og opplever flere konsekvenser av brystkreftdiagnosen og behandlingen, mye grunnet prematur menopause og seksuell dysfunksjon (Chang et al., 2019). Til tross for dette påpeker Ussher et al. (2012) at informasjonsbehovet tilknyttet slike konsekvenser ofte er utilstrekkelig ivaretatt. Videre fant de at deltakere følte deres problemer ble bagatellisert grunnet at de var yngre (Ussher et al., 2012). At yngre kvinner ofte opplever store endringer i sin seksuelle helse, og ikke får ivaretatt sine informasjonsbehov tilknyttet dette, indikerer et behov for økt fokus på yngre brystkreftoverlevende, både gjennom forskning og i praksis.

Kvinner gjennomgår ulike behandlingsregimer som vil ha sine særegne konsekvenser på seksualiteten. Det vil være viktig å informere om de spesifikke plagene som kan forekomme ved de ulike tilleggsbehandlingene, samt håndtering av dem. Helsepersonell generaliserer ofte en pasientgruppe sine opplevelser med seksualitet og intimitet (Chang et al., 2019), hvilket er uhensiktsmessig for en så stor gruppe kvinner med individualiserte problemområder og informasjonsbehov. Drageset et al. (2020) belyser at utilstrekkelig og for generell informasjon bidro til pasientens plager, samt at individuell rådgivning er av stor betydning for kvinnene. Spesifikk kunnskap om de ulike inngrepene og tilleggsbehandlingene sine mulige konsekvenser på den seksuelle helsen, er derfor viktig for at sykepleier skal kunne ivareta informasjonsbehovet tilknyttet seksualitet hos den enkelte kvinnen.

Som sykepleier er det viktig å være klar over at det kan være et stort behov for informasjon og veiledning, til tross for at kvinnen selv ikke tar opp temaet. Dette synliggjøres i

forskningen til Reese et al. (2018) hvor deltakerne som rapporterte høyest nivå av seksuelle problemer, ikke selv initierte til samtale. Det kan være ulike årsaker til dette, som eksempel skam eller flauhet, og pasienten bør derfor ikke ha ansvaret alene for å initiere samtale eller oppgi bekymringer. Pasienten kan også ha underbevisste informasjonsbehov (Eide & Eide, 2013, s.293). Sykepleier bør forsøke å hjelpe kvinnen til å identifisere hennes problemområder tilknyttet seksualitet, slik at egnet informasjon kan formidles. For å kunne ivareta alle kvinnene sine informasjonsbehov, må sykepleier være like oppmerksom på kvinner som ikke direkte oppgir seksuelle problemer.

For at sykepleiere skal klare å ivareta informasjonsbehovet for en så stor pasientgruppe med ulike utfordringer, må en kartlegge problemområdet, tilby individualisert tilpasset kunnskap og eventuelt henvise til spesialist ved behov. En må kontinuerlig ha en empatisk holdning preget av respekt og omsorg, i tråd med de yrkesetiske retningslinjene (Norsk Sykepleierforbund, u/å), slik at pasientene og eventuelt partner føler seg trygg til å diskutere slike intime og personlige tema.

5.1.3 Barrierer og stigma knyttet til den seksuelle samtalen

Sårbarheten og intimiteten knyttet til menneskelig seksualitet gjør at temaet for mange regnes som tabu, både for pasientene og sykepleiere. Dette reduserer derimot ikke legitimiteten av seksuelle problemer og viktigheten av å kunne diskutere disse. Barrierer for samtale om seksuelle tema fra sykepleier sitt ståsted kan være utilstrekkelig opplæring, tidspress, flauhet eller å føle seg ukomfortabel (Reese et al., 2018). Mangel på rutiner og prosedyrer på arbeidssstedet påpekes som ytterligere barrierer for samtale om seksualitet (Tholens, 2021, s.20). Tidspresset i helsevesenet (Reitan, 2019, s.109) kan også resultere i at seksuelle samtaler nedprioriteres da det begrenser muligheten til å skape tillit og trygghet i relasjonen, hvilket begrenser mulighetene for åpne samtaler.

Ifølge Tholens (2021, s.117) er det ofte utfordrende å finne de rette ordene i slike samtaler for dem uten sexologisk kompetanse, og flere sykepleiere er ukomfortable med språket som tilhører tema (Borg, 2019, s.126). Det oppmuntres dog til å benytte direkte språk i samtale om seksualitet for å sikre effektiv kommunikasjon (Reese et al., 2018). Reese et al. (2018) påpeker at sykepleiere frykter å avdekke en rekke problemområder ved å initiere til samtale om seksualitet. Dette kan komme av det høye kravet sykepleiere stiller til egen kunnskap

(Borg, 2019, s.126). Det belyses at det hovedsakelig fokuseres på et problemområde under samtaler vedrørende seksualitet (Reese et al., 2018), hvilket kan bidra til å minimere denne redselen. Ussher et al. (2012) fant at rundt ti prosent oppgir årsaken til mangel på samtale rundt seksuallivet, er helsepersonalet sin mangel på interesse eller ubehag. Underbevisste holdninger og følelser kan i stor grad påvirke ønske og evne til å diskutere seksualitet, og ifølge Borg (2019, s.126) er det vesentlig å forstå egen seksualitet for å arbeide med andre menneskers seksualitet. Funnene indikerer et behov for økt fokus på pasientenes informasjonsbehov tilknyttet seksualitet fra sykepleierne, men også overordnet i helsevesenet for å tilrettelegge med opplæring og rutiner.

Oversiktsartikkelen til Chang et al. (2019) fant at både pasient og sykepleier kan være flau eller motvillige til å initiere en samtale. En kan ikke se bort ifra at dette funnet preges av kulturforskjeller fra studiene som er utført i India og Iran, men Reese et al. (2018) oppgir tilsvarende funn hvilket underbygger utsagnets kliniske relevans for norsk praksis. Fysiske plager kan være mer komfortable tema for både pasient og helsepersonell å diskutere, ettersom det generelt oppfattes som mindre sårbart enn emosjonelle plager (Reese et al., 2018). Informasjonsbehovet kan være tilknyttet fysiske og/eller psykiske plager relatert til seksualitet, og sykepleier bør derfor være varsom på at kvinnen kan trenge seksuell veiledning selv om hun ikke oppgir fysiske plager.

Fra pasientperspektivet er kjønnsaspektet et moment som må tas i betraktning, ettersom menn i større grad stiller seksuelle spørsmål enn kvinner (Dahl & Gjessing, 2019). Tradisjonelt sett har det vært en samfunnsnorm at kvinner ikke skal uttrykke viktigheten av et godt seksualliv for dem, hvilket til dels henger igjen i dag. Dette gir sykepleiere et økt ansvar overfor denne pasientgruppen for å sikre at informasjonsbehovet ivaretas. Ussher et al. (2012) påpeker at faktorer som høy eller lav alder eller å være uten fast partner, gjør at kvinner føler deres seksuelle problemer ikke er like betydningsfulle. Både Ussher et al. (2012) og Chang et al. (2019) påpeker et underrapportert informasjonsbehov hos kvinner som har partner av samme kjønn. Drageset et al. (2020) påpeker at alle pasienter har lik rett på god pleie og at helsepersonell ikke skal differensiere. Sykepleier må forsikre dem om at deres utfordringer er reelle og ta alle problemer på alvor.

Når barrierer og stigma rundt den seksuelle samtalen brytes ned, øker sjansen for at flere brystkreftoverleverer får ivaretatt sine individuelle informasjonsbehov og ikke kun mottar

generalisert informasjon. Gjennom en normalisering av tema, økt kunnskap og fokus på seksualitet i praksis og utdanningsprogrammene, vil trolig flere sykepleiere våge å ta initiativ til slike sårbare samtaler og dermed kunne ivareta pasientgruppens informasjonsbehov.

5.1.4 Sykepleierens veiledende og informerende funksjon

Travelbees tanker om likeverdig relasjon, terapeutisk tilnærming og kommunikative egenskaper, er en forutsetning for at sykepleier skal lykkes i den undervisende funksjonen (Travelbee, 1999, s.149). Drageset et al. (2020) påpeker viktigheten av at sykepleier i sin yrkesutøvelse gir individualisert og empatisk omsorg til pasienten. I henhold til dette, kan sykepleier med fordel benytte salutogenese, myndiggjøring og relasjonsbygging i sin fagutøvelse, slik at pasienters individuelle informasjonsbehov blir ivaretatt.

Mennesker som opplever en belastende situasjon, som eksempelvis brystkreft, har behov for støtte, informasjon og veiledning for at situasjon skal oppleves som håndterbar, forståelig og meningsfull (Antonovsky, 2018). Ifølge Nortvedt & Grønseth (2017, s.23) har sykepleier en undervisende funksjon, herunder informering og veiledning. Sykepleier skal ifølge norsk sykepleierforbund (u/å) gi tilstrekkelig og tilpasset informasjon vedrørende pasientens situasjon, samt forsikre seg om at innholdet er forstått.

Seksualitet er en viktig del av det å være et menneske, men samtidig et aspekt det kan være vanskelig å være åpen om (Ross, 2020). Temaet er for mange privat og tilhører et område som en ikke ønsker å diskutere åpent. Dette samsvarer med Ussher et al. (2012), som fant at et betydelig antall deltakere ikke ønsket informasjon eller diskusjon om seksualitet på bakgrunn av forlegenhet, eller fordi de ønsket å holde temaet privat. Drageset et al. (2020) kommenterer at samtaler om seksualitet kan oppleves som krenkende for kvinnen. Disse momentene understøtter viktigheten av relasjonen mellom pasient og sykepleier for å kunne diskutere seksualitet. Sett i lys av Travelbees teori om menneske-til-menneske relasjon kan det virke som at en godt etablert relasjon, bygget på empati og respekt, er nødvendig for at sykepleier skal få innsyn i pasientens tanker og bekymringer omkring seksualitet. Når sykepleier viser empati og medfølelse, får samtalen bedre flyt (Borg, 2017, s.126). Reese et al. (2018) peker på at samtale om seksuell helse indikerer et tillitsfullt forhold mellom pasient og sykepleier. Tatt nevnte faktorer i betraktning, vil en samtale om seksuelle utfordringer være basert på et emosjonelt engasjement fra sykepleier, og ikke bare konkret kunnskap.

Bevisstgjøring og refleksjon omkring egne handlinger og holdninger er nødvendig for at sykepleier skal lykkes med etablering av en likeverdig relasjon, og deretter få innpass i seksuelle bekymringer.

Reese et al. (2018) hevder at det i større grad må gjennomføres screening av seksuelle problemer hos kvinner som har gjennomgått brystkreftbehandling. De anbefaler å benytte minst et muntlig eller skriftlig screeningskjema, for å kunne identifisere kvinner som trenger videre evaluering, eller henvisning til helsepersonell med spissere kompetanse. Ifølge Almeida et al. (2020) finnes det flere tilgjengelige ressurser som sykepleier kan benytte for å innlede en samtale om seksualitet, blant annet PLISSIT-modellen. Studiet antyder at modellen hjelper brystkreftpasienter å håndtere en endret seksuell funksjon og seksualitet (Almeida et al., 2020). Undersøkelsene til Reese et al. (2018) og Almeida et al. (2020) tyder på at PLISSIT-modellen kan ivareta pasienters individuelle informasjonsbehov, samt normalisere og integrere seksualitet som en viktig del av livskvalitet og helse. Almeida et al. (2020) sin artikkel er fra Brasil, og en må derfor være kritisk til funnenes overføringsverdi til norsk praksis. Helse- og omsorgsdepartementets (2017, s.26) krav for at helsepersonell med grunnutdanning behersker de to nederste nivåene underbygger modellens relevans for norsk praksis. Videre styrkes PLISSIT-modellens kliniske relevans av Tholens (2021, s.36) og Gamnes (2017, s.399).

I det første trinnet av PLISSIT-modellen skal sykepleier oppfordre pasienten til å sette ord på sine seksuelle problemer, ved å ta initiativ til samtale, være nysgjerrig og åpen, men samtidig respektere at ikke alle ønsker å samtale om seksualitet (Borg, 2019, s.127,128). I de tilfellene kan skriftlig informasjon benyttes. Kreftforeningen har gitt ut heftet *Seksuell helse og kreft*, som kan være nyttig i denne sammenheng (Borg, 2019, s.128). PLISSIT-modellens første trinn stiller ikke høye krav til sykepleiers kunnskap om seksualitet, men heller å kunne etablere relasjon og bruke seg selv terapeutisk.

I det andre trinnet av PLISSIT-modellen skal sykepleier gi informasjon om brystkreft, behandlingen og eventuelle konsekvenser på seksualiteten (Gjessing & Dahl, 2019, s.119), i tråd med helsepersonelloven (1999, §10), og pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-1,2). Ifølge Reitan (2019, s.108) har dagens kreftpasienter generelt mye kunnskap om både sykdom og behandling. Mange benytter uformelle kanaler som en kilde til informasjon, og tyr gjerne til kvinnelige forum for å sammenligne sine seksuelle opplevelser og utfordringer. I

tillegg til å formidle informasjon, må derfor sykepleier og pasient reflektere rundt ulike forventninger kontra virkelighet (Almeida et.al, 2020).

Det tredje målet i PLISSIT-modellen innebærer konkrete forslag fra sykepleier til pasienter. God rådgivning og informasjon vil gjøre kvinnen i stand til å mestre brystkreftdiagnosen (Borg, 2019, s.128). Ifølge Borg (2019, s.129) vil sensitivitetstrening og konkrete erstatninger til det klassiske samleie være nødvendig for at kvinnen skal akseptere den nye kroppen. Samtlige brystkreftpasienter i forskningen til Chang et al. (2019) rapporterte at de etter diagnosen viser kjærlighet til sin partner ved å kose, kysse, klemme og holde hender, fremfor ved samleie. Råd og konkrete forslag om seksuelle hjelpemidler kan også være ønskelig hos disse kvinnene (Borg, 2019, s.129). Funnene til Ussher et al. (2012) viser at kvinnene ønsker informasjon om hvordan en benytter glidemiddel for å unngå tørre slimhinner, samt hvordan en bruker og hvor en får kjøpt vibratorer og andre produkter for økt seksuelt velvære. Det siste trinnet i PLISSIT-modellen, krever dypere og mer tilspisset kunnskap og utdanning (Gjessing & Dahl, 2019, s.120). Sykepleiers oppgaver på dette trinnet er å henvise pasienten til spesialist, samt øke motivasjonen til å gjennomføre større og mer komplekse behandlingstiltak (Borg, 2019, s.130).

5.2 Metodediskusjon

Avslutningsvis vil styrker og svakheter ved valgt metode drøftes i lys av evne til å svare på problemstillingen. Hensikten med oppgaven var å undersøke hvordan sykepleiere kan ivareta informasjonsbehovet til brystkreftpasienter knyttet til seksualitet. Ønsket var en kombinasjon av både kvalitative og kvantitative data i oppgaven, med hovedvekt på kvalitativ empiri. Gjennom kvalitative data redegjøres pasientgruppen sine opplevelser, erfaringer, tanker og holdninger, mens kvantitative data er gunstig for å få finne mønstre (Thidemann, 2019, s.76). Også systematisk oversikt og ikke-randomisert studie var anvendt som metoder i de respektive forskningsartiklene. Resultatene i den ikke-randomiserte studien ble tolket med forsiktighet, da seleksjonsskjevhet oftere oppstår i disse studiene, sammenlignet med randomiserte studier (Higgins & Green, 2011). Ved å ha et bredt utvalg metoder, utforskes flere innfallsvinkler av problemstillingen, men ulempen blir at utvalgt empiri blir vanskeligere å sammenligne. Til tross for en svært grundig søkeprosess, kan likevel forskning som motstrider inkluderte funn ha blitt ekskludert, hvilket potensielt kan senke kvaliteten på drøftingen.

6.0 Konklusjon med perspektivering

Hvordan kan sykepleiere ivareta informasjonsbehovet om seksualitet til kvinner som har gjennomgått og har gjennomgått brystkreftbehandling?

Stadig flere kvinner overlever brystkreft, og mange kan forvente et langt liv preget av behandlingens ettervirkninger. Kvinner som har gjennomgått brystkreftbehandling kan oppleve store seksuelle utfordringer. For å mestre den nye livssituasjonen viser forskning et stort behov for informasjon og veiledning. Det påpekes videre at mangel på tid, kunnskap, rutiner og kommunikasjonsferdigheter hindrer samtale om seksualitet og reduserer informasjonens kvalitet. Barrierer og tabu omkring temaet hindrer tilstrekkelig ivaretagelse av informasjonsbehovet, til tross for at seksualitet er et grunnleggende behov hos alle mennesker.

Når kvinner mottar tilstrekkelig informasjonen vedrørende seksualitet, vil det kunne bidra til å redusere utfordringene knyttet til deres seksuelle helse. Sykepleier har ansvar for å tilpasse informasjonen til den enkelte kvinnen, samt tilrettelegge for en trygg og åpen atmosfære preget av empati og respekt. For å styrke sin pedagogiske funksjon kan sykepleier med fordel benytte PLISSIT-modellen. Modellen ivaretar pasientens individuelle behov og bryter barrierer, slik at sykepleier kan initiere og normalisere samtale om seksualitet. I tillegg til de rette verktøyene og rutinene, vil sykepleiers egne holdninger og handlinger være av betydning for å sikre åpne samtaler. Sykepleier må bruke seg selv terapeutisk, skape en likeverdig relasjon og fremme pasientens opplevelse av sammenheng. På den måten kan sykepleier få innpass i det private temaet, og skjulte informasjonsbehov kan komme frem.

Økt fokus på seksualitet hos brystkreftoverlevende i sykehusavdelinger og i utdanningsprogram til sykepleiestudenter bidrar til kunnskapsrike og trygge yrkesutøvere som kan sette seksualitet på dagsorden. For pasienter vil dette bety en trygg og formell kilde til informasjon, og endret oppfatning av samtale om seksualitet – fra tabu til tema. Etter en systematisk innhenting av litteratur til den gitte problemstillingen, har vi observert ulike kvinner som i dagens forskning blir underrapportert. Dette inkluderer blant annet yngre kvinner, single kvinner og kvinner med partner av samme kjønn. For å tilfredsstille deres informasjonsbehov knyttet til seksualitet etter brystkreftbehandling ser vi et behov for ytterligere forskning.

Litteraturliste per APA 7th

Aasen, E. S. (2020, 03.januar). *Medisinske og helsefaglige termer på norsk og engelsk*.

Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/221562.cms>

Almeida, N. G., Knobf, T. M., Oliveira, M. R., Salvetti, M. D., Oria, M. O. & Fialho, A. V. (2020). A Pilot Intervention Study to Improve Sexuality Outcomes in Breast Cancer Survivors. *Asia-Pacific Journal of Advanced Nursing*, (2020/7), 161-166.

https://doi.org/10.4103/apjon.apjon_56_19

Almås, E. & Grünfeld, B. (2021, 26.april). Seksualitet. I *Store medisinske leksikon* på snl.no.

<https://sml.snl.no/seksualitet>

Antonovsky, A. (2018). *Helsens Mysterium: Den salutogene modellen*. (1.utg, 4.opplag). Gyldendal.

Aveyard, H. (2019). *Doing a literature review in health and social care: A practical guide* (4.utg.). Open University Press / McGraw-Hill Education

Borg, T. (2019). *Seksualitet*. I Reitan A.M, & Schjølberg, T. Kr. *Kreftsykepleie: Pasientutfordring-handling*. Cappelen Damm AS.

Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 3:2 71-101. DOI: 10.1191/1478088706qp063oa

Bredal, I. S. (2019). *Sykepleieutfordringer ved brystkreft*. I Reitan A.M, & Schjølberg, T. Kr. *Kreftsykepleie: Pasientutfordring-handling*. Cappelen Damm AS.

Chang, Y.-D., Chang, S.-R., Chiu, S.-C. (2019). Sexual Problems of Patients with Breast Cancer After Treatment. *Cancer Nursing: An international Journal for Cancer Care Research*, 42 (5), 418-425. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000592>

Cronin, P., Ryan, F. & Coughlan, M. (2008). Undertaking a literature review: a step-by-step approach. *British Journal of Nursing*. Årgang (17). DOI: 10.12968/bjon.2008.17.1.28059

Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving*. (7. utg). Gyldendal akademisk.

Drageset, S., Lindstrøm, T. C., Sidsel, E. (2020). "Cancer changed my life". *Nordisk sykeplejeforskning*, 10 (1), s.20-33. <https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2020-01-03>

Eide, H. & Eide, T. (2013). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, Løsning, Etikk*. Gyldendal Akademiske.

Folkehelseinstituttet. (2011). *Vedlegg 2: Sjekklistor*. FHI.

https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/skjema/brukererfaring/k-handbok_11_vedlegg2_sjekklistor.pdf

Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning. (2019). *Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning*. (FOR-2019-03-15-412). Lovdata.

https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-412#KAPITTEL_5

Gamnes, S. (2017). *Seksualitet og helse*. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E. & Grimsbø, G. H. (red.). (2017). *Grunnleggende sykepleie: Grunnleggende behov*. Bind 2 (3 utg.). Gyldendal Akademisk.

Gjessing, R. & Dahl, A. (2019). *Problemer med seksualitet*. I Dahl, A. A., Fosså, D. S., & Kiserud, C. E. (red.). (2019). *Kreftoverlevende: Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv*. Gyldendal.

Helsebiblioteket. (2016a, 03.juni). *Sjekklistor*. <https://www.helsebiblioteket.no/249212.cms>

Helsebiblioteket. (2016b, 07.juni). *Kildevalg*. <https://www.helsebiblioteket.no/249221.cms>

Helsebiblioteket. (2016c, 03. juni). *Systematisk oversikt*.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/systematisk-oversikt>

Helsedirektoratet. (2020, 13.desember). *Brystkreft - fem års relativ overlevelse*.

<https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kreft-behandling-og-overlevelse/fem-ars-relativ-overlevelse-etter-brystkreft>

Helsenorge. (2019, 20.mars). *Cellegift*. <https://www.helsenorge.no/undersokelse-og-behandling/cellegift/>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017-2022)*.

https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell*. (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_2

Higgins, J.P.T., Green, S. (editors). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* Version 5.1.0 [updated March 2011]. The Cochrane Collaboration, 2011.

www.handbook.cochrane.org

Kandidatnumre: 398, 411

Høgskulen på Vestlandet. (2021, 16.mars). *Forskningsetikk og personvern*.

<https://www.hvl.no/forsking/forskingsetikk/>

Høgskulen på Vestlandet. (u.å.) *Søk etter fagressursar*. <https://www.hvl.no/bibliotek/sok-etter-fagressursar/>

Idunn. (u.å.) *Om idunn*. <https://www.idunn.no/info/om>

Klepp, O. & Schlichting, E. (2020, 25.oktober). *Brystkreft*. I *Store medisinske leksikon*. <https://sml.snl.no/brystkreft>

Kreftforeningen. (2020, 25.november). *Psykiske reaksjoner*. <https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/psykiske-reaksjoner/>

Kreftforeningen. (2021, 7.januar). *Brystkreft*. <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/brystkreft/>

Kreftregisteret. (2021, 18.mars). *Nøkkeltall om kreft*. <https://www.kreftregisteret.no/Temasider/om-kreft/>

Kristoffersen, N. J. (2017a). *Helse og sykdom - utvikling og begreper*. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E. & Grimsbø, G. H. (red.). (2017). *Grunnleggende sykepleie: Sykepleie - fag og funksjon. Bind 1* (3 utg.). Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2017b). *Sykepleiefagets teoretiske utvikling*. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E. & Grimsbø, G. H. (red.). (2017). *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring. Bind 3* (3 utg.). Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2017c). *Å styrke pasientens ressurser*. Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E. & Grimsbø, G. H. (red.). (2017). *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring. Bind 3* (3 utg.). Gyldendal Akademisk.

Lønne, A. (2019, 22.januar). *Salutogenese*. I *store medisinske leksikon* på snl.no. <https://sml.snl.no/salutogenese>

Menon, A. S. M., O'Mahony, M. (2019). *Women's body image following mastectomy: Snap shots of their daily lives*. *Elsevier: Applied Nursing Research*, (2019/47), s.4-9. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2019.03.002>

Norsk Helseinformatikk. (2020, 01.juli). *Brystkreft, noen fakta*. NHI. <https://nhi.no/sykdommer/kreft/brystkreft/brystkreft-noen-fakta/>

Norsk Sykepleierforbund. (u/å). *Yrkesetiske retningslinjer*. Norsk Sykepleierforbund.
<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2017). *Klinisk sykepleie - funksjon, ansvar og kompetanse*. I Stubberud, D.-G., Grønseth, R. & Almås, H. (red.). *Klinisk sykepleie. Bind 1*. (5. utg.). Gyldendal Akademisk.

Pasient- og brukerrettigheter. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. (LOV-1999-07-02-63). Lovdata.
https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_3#§3-2

Reese, J. B., Sorice, K., Lepore, S. J., Daly, M. B., Tulsy, J. A. & Beach, M. C. (2018). Patient-clinician communication about sexual health in breast cancer: A mixed-methods analysis of clinic dialogue. *Elsevier: Patient Education and Counseling*, (2019/102), 436-442. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.10.003>

Reitan, A.M. (2019). *Klinisk kommunikasjon*. I Reitan A.M, & Schjølberg, T. Kr. *Kreftsykepleie: Pasient-utfordring-handling*. Cappelen Damm AS.

Ross, S. I., (2020, 30.oktober). *Menn snakk om sex*. Kreftforeningen. Hentet fra:
<https://kreftforeningen.no/aktuelt/menn-snakk-om-sex/>

Schjølberg, T. Kr. (2019). *Endret kroppsbilde*. I Reitan A.M, & Schjølberg, T. Kr. *Kreftsykepleie: Pasient-utfordring-handling*. Cappelen Damm AS.

Schlichting, E. (2017). *Sykdommer i brystene*. I Bach-Gansmo, E. & Ørn, S. (red.). *Sykdom og behandling* (2 utg.). Gyldendal Akademisk.

Sykepleien. (2017, 27.desember). “Mixed methods”-design i helseforskning.
<https://sykepleien.no/forskning/2017/12/mixed-methods-design-i-helseforskning>

Søk og skriv (2020, 22. desember). *Planlegg søket ditt*. Sokogskriv.no.
<https://sokogskriv.no/soking/planlegg-soket-ditt.html#finn-bakgrunnsinformasjon>

Søk og skriv. (2021, 6.mai). *APA 7th*. Sokogskriv.no.
<https://sokogskriv.no/referansestiler/apa-7th.html#henvisninger-i-teksten>

Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgave for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. (2 utg.). Universitetsforlaget.

Tholens, B. (red.). (2021). Det glemte primærbehovet #seksualitet. *Tidsskriftet Sykepleien*, 2021/(1), s.20 - 117

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Universitetsforlaget.

Tveiten, S. (2014). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. (2. utg). Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Ursin, L. (2020, 19.mai). Helsinkideklarasjonen. I *store medisinske leksikon*.
<https://sml.snl.no/Helsinkideklarasjonen>

Ussher, M. J., Perz, J. & Gilbert, E. (2012). Information needs associated with changes to sexual well-being after breast cancer. *Journal of advanced nursing*, 69 (2), 327-337.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06010.x>

World Health Organization. (WHO). (1975). *Education and Treatment in Human Sexuality: The Training of Health*.
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/38247/WHO_TRS_572.pdf?sequence=1

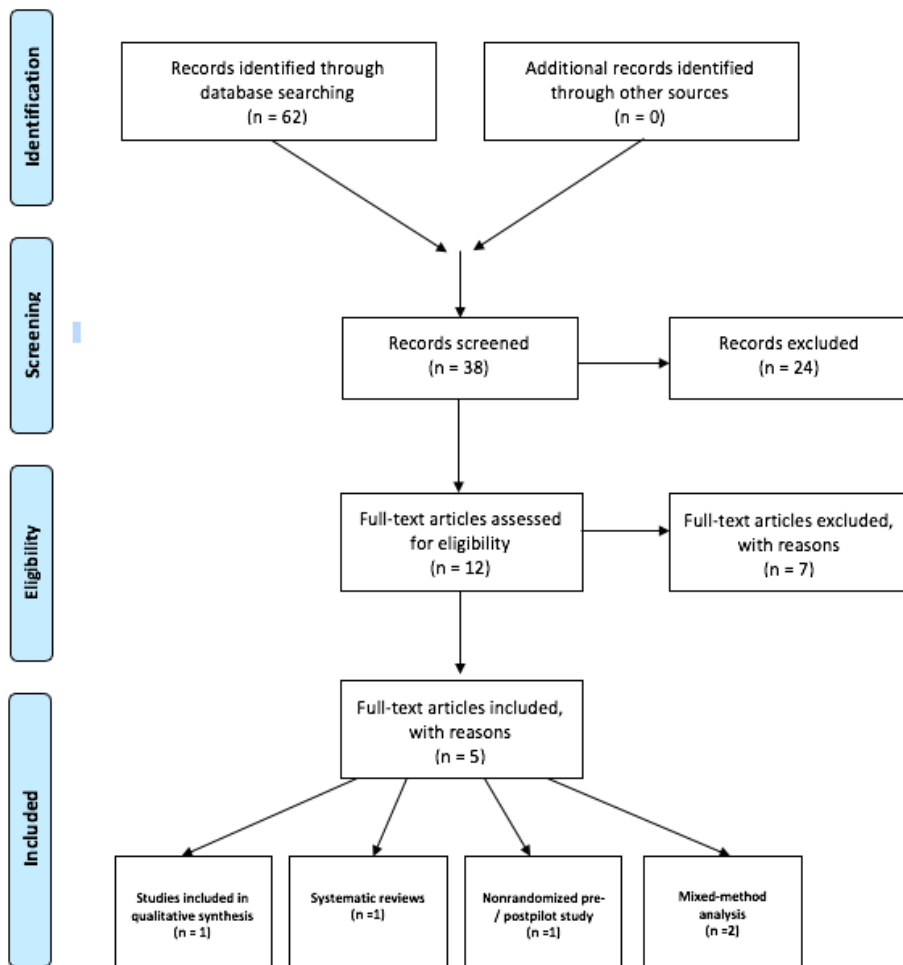
World Health Organization. (WHO). (2006a). *Sexual and reproductive health: defining sexual health*. https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_2

Vedlegg

Vedlegg I: PIO-skjema

P-Patient	I-Intervention	O-Outcome
Kvinner som har gjennomgått brystkreftbehandling	Informasjon om seksualitet, seksualrådgivning, sykepleier-pasient-relasjoner, undervisningsmodell.	Styrke seksuell helse og seksualitet.
Søketermer Emneord til søk er hentet fra emneordliste i de ulike databasene. Vi har supplert med tekstord slik at relevante artikler ikke skal bli oversett. Kombinasjoner er utført med “AND” og/eller “OR”. Tekstord Breast cancer, patient-provider, PLISSIT-model, sexual problems, sexual well-being, sexual dysfunction, sexuality, communication & sexual health. Emneord i ulike emneordlister <i>MeSH heading:</i> Breast neoplasms <i>CINAHL subject headings:</i> Breast neoplasm(s), Information needs, sexual dysfunction female & sexual health.		

Vedlegg II: Flow-diagram



Vedlegg III: Søkehistorikk for forskningsartikler

Artikkel 1: Søk i Medline: 12.11.2020. Oppdatert tall: 04.05.2021.

Database	Søk. nr	Søkeord og ordkombinasjon	Avgrensning	Antall treff	Leste Abstract	Leste artikler	Artikler inkludert
	S1	Breast cancer (keyword)		381,604			
	S2	Breast neoplasms (mesh heading)		305,116			

Kandidatnumre: 398, 411

Medline	S3	S1 AND S2		276,985			
	S4	Sexual dysfunction (keyword)		21,418			
	S5	Sexual problems (keyword)		6,212			
	S6	S4 AND S5		2,450			
	S7	S3 AND S6	2011-2021	38	21	5	1

Artikkel 2: Søk i Idunn: 05.11.2020. Oppdatert tall: 04.05.2021.

Database	Søk. nr	Søkeord og ordkombinasjon	Avgrensning	Antall treff	Leste Abstract	Leste artikler	Artikler inkludert
Idunn	S1	Breast cancer (keyword) & sexuality (keyword)	2015-2021	3	2	1	1

Artikkel 3: Søk i Cinahl: 06.11.2020. Oppdatert tall: 04.05.2021.

Database	Søk. nr	Søkeord og ordkombinasjon	Avgrensning	Antall treff	Leste Abstract	Leste artikler	Artikler inkludert
Cinahl	S1	Breast cancer (keyword)		92,372			
	S2	Breast neoplasms (subject term)		85,861			
	S3	S1 OR S2		103,002			
	S4	Sexual health (subject term) OR sexual dysfunction, Female (subject term)		9,718			

Kandidatnumre: 398, 411

	S5	Sexual well-being (keyword)		226			
	S6	S4 OR S5		9,878			
	S7	Information needs (subject term)		11,521			
	S8	S3 AND S6 AND S7		2	2	2	1

Artikkel 4: Søk i PubMed: 17.12.2020. Oppdatert tall: 04.05.2021.

Database	Søk. nr	Søkeord og ordkombinasjon	Avgrensning	Antall treff	Leste Abstract	Leste artikler	Artikler inkludert
PubMed	S1	Breast cancer		435,046			
	S2	Communication		678,511			
	S3	Sexual health		105,631			
	S4	S1 AND S2 AND S3	2011-2021	96			
	S5	Patient-Provider		4,312			
	S6	S4 AND S5	2011-2021	8	8	2	1

Artikkel 5: Søk i Cinahl: 06.11.2020. Oppdatert tall: 04.05.2021

Database	Søk. nr	Søkeord og ordkombinasjon	Avgrensning	Antall treff	Leste Abstract	Leste artikler	Artikler inkludert
Cinahl	S1	PLISSIT-model (keyword)		66			
	S2	Breast cancer (Keyword)		92,372			
	S3	S1 AND S2	2011-2021	4	3	2	1

Vedlegg IV: resultatmatriser

Artikkel 1

Sexual Problems of Patients With Breast Cancer After Treatment: A Systematic Review	
Forfatter(e)	Shiow-Ru Chang, Yun-Chen Chang & Shih-Che Chiu
Land	Taiwan (USA, USA, USA, USA, USA, India, Iran)
Årstall	2019
Publisert på:	Cancer Nursing
Hensikt	Oversikten undersøkte: 1. Årsaker til forandring i seksuelle forhold hos brystkreftpasienter. 2. Metoder for å tilpasse seg endringer i seksuelle forhold. 3. Intervensjoner som helsepersonell kan iverksette for å gi brystkreftpasienter støtte.
Metode	Systematisk oversikt.
Populasjon/ utvalg	Utvalget i de syv ulike artiklene varierer fra fire til 135 deltakere. Deltakernes daværende alder var fra 29 år til 84 år. Deltakerne hadde kreftstadium 0 til IV.
Funn fra forfattere	Resultatene som belyses i denne studien kan legge til rette for, samt oppmuntre helsepersonell til å identifisere, undersøke og løse pasientgruppens seksuelle problemer ved å bruke det funksjonelle og medisinske rammeverket i helsevesenet.
Etiske overveielser	De inkluderte artiklene redegjør for sine etiske vurderinger.
Relevans	Oversiktsartikkelen er av relevans for problemstillingen da den belyser brystkreftpasienters erfaringer og holdninger til de fysiske og psykiske plagene av brystkreftdiagnosen. Oversikten fremviser også ulike intervensjoner for å forbedre den seksuelle helsen til pasientgruppen.
Studiets begrensninger	Studien hadde en liten utvalgsstørrelse, ikke-tilfeldig design og høy homogenitet. Resultatene av studien kan bare brukes på studier av pasienter med lignende egenskaper. Den seksuelle aktiviteten av single med brystkreft kunne ikke kartlegges.

Artikkel 2

Cancer changed my life: <i>Women's experiences 1 and 9 years after primary breast cancer surgery</i>	
Forfatter(e)	Sigrunn Drageset, Sidsel Ellingsen & Torill Christine Lindstrøm
Land	Norge
Årstall	2020
Publisert på:	Nordisk sygeplejeforskning
Studiets hensikt	Å undersøke kvinners felles erfaringer og opplevelser 1 år og 9 år etter gjennomført operasjon for brystkreft.
Metode	Kvalitativt design. Semi-strukturerte intervju gjort ni år etter operasjon. Individuelle intervju på 75 til 140 minutter.
Populasjon/ utvalg	15 kvinner som har gjennomført brystkreftoperasjon i et Norsk universitetssykehus. Kvinnene er etnisk norske, og har en kulturell bakgrunn fra Vestland i Norge. De hadde et aldersspenn fra 51 år til 75 år. 7/15 deltakere har gjennomgått mastektomi. 8/15 deltakere har gjennomført lumpektomi.
Funn fra forfattere	Felles erfaringer og opplevelser blant deltakerne var blant annet at: 1. Diagnosen og behandlingen forandret livene deres. 2. Livet ble preget av usikkerhet og frykt for tilbakefall. 3. De følte seg uforberedt og hadde behov for økt forståelse.
Etiske overveielser	Godkjennelse fra Regional Committee for Medical Research Ethics (2014/49REK vest). Skriftlig og muntlig informasjon ble gitt til deltakerne. De signerte også på et skriftlig samtykke. Deltakerne ble tilbudt oppfølgingssamtaler i ettertid av intervjuet. De unngikk å grave for dypt i såre tema, slik at deltakerne ikke skulle få emosjonelle reaksjoner.
Relevans	Artikkelen er av relevans for problemstillingen da den belyser brystkreftpasientens behov for individualisert og personsentrert omsorg. I tillegg blir deltakernes informasjonsbehov om livet etter brystkreft, identifiserer og diskuterer. Studien er av lik sosiokulturell bakgrunn, og har samfunnspolitisk relevans.

Studiets begrensninger	<p>Utvalgsstørrelsen var liten og alle deltakerne var fra ett geografisk område, av lignende etnisitet og fra en relativt homogen kultur. Dette kan redusere overførbarheten av funnene.</p> <p>Uttalelsene i intervjuene etter ni år kan ha blitt påvirket av økende alder.</p> <p>I tillegg kan deltakernes opplevelse av sykehuset som en ikke-nøytral setting under 1 intervju ha påvirket resultatene.</p>
------------------------	---

Artikkel 3

Information needs associated with changes to sexual well-being after breast cancer	
Forfatter(e)	Emilee Gilbert, Janette Perz & Jane M. Ussher
Land	Australia
Årstall	2012
Publisert på:	Journal of Advanced Nursing
Studiets hensikt	<p>Artikkelens hensikt er å fremvise resultater fra en studie som har undersøkt:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Deltakernes seksuelle informasjonsbehovet etter brystkreft. 2. Deltakernes erfaringer med å tilegne seg ønsket kunnskap om seksualitet. 3. Kommunikasjon om seksualitet mellom helsepersonell og deltakerne.
Metode	<p>Mixed method.</p> <p>Studien har samlet og integrert kvantitative og kvalitative data gjennom en elektronisk spørreundersøkelse.</p>
Populasjon/ utvalg	<p>Deltakerne består av et bekvemmelighetsutvalg fra Breast Cancer Network Australia.</p> <p>Av de 2210 utvalgte personene, responderte 1965 personer på alle spørsmålene.</p> <p>98,8 % av deltakerne i undersøkelsen er kvinner.</p> <p>Deltakerne hadde et aldersspenn fra 18 år til 84 år.</p> <p>Deltakerne hadde enten hatt brystkreft før studien, eller samtidig som den foregikk.</p>
Funn fra forfattere	<p>85 % av deltakerne rapportere endringer vedrørende sin seksuelle velvære.</p> <p>68 % av deltakerne ønsket informasjon om gitte endringer, men kun 41 % av dem hadde mottatt/funnet tilstrekkelig informasjon.</p>

Etiske overveielser	<p>Studiet er vurdert og godkjent av University Human Ethics Research Committee.</p> <p>Data var kun tilgjengelig for forskningsteamet.</p> <p>Alle svar var anonymisert, og kunne ikke spores tilbake til deltakernes e-post.</p> <p>Utfylling og retur av spørreskjema ble tolket som stilltiende informert samtykke.</p>
Relevans for praksis	<p>Artikkelen er av relevans for problemstillingen fordi den gir spesifikk og utdypende informasjon om det seksuelle informasjonsbehovet, samt modaliteter som er foretrukket blant deltakerne.</p>
Studiets begrensninger	<p>Forskerne gjennomførte et såkalt bekvemmelighetsutvalg, der alle deltakerne i studien var medlem av Breast Cancer Network Australia. Potensielt kan dette gjøre deltakerne, til tross for at de er mange, noe mindre representative enn hos den øvrige populasjonen.</p> <p>Studien inkluderer hovedsakelig heteroseksuelle, "Anglo-Australian" kvinner som har gjennomgått brystkreft i løpet av de siste fire årene. Dette gjør at homoseksuelle kvinner av annen kulturell bakgrunn, samt et langtidsperspektiv blir lite representert.</p>

Artikkel 4

Patient-clinician communication about sexual health in breast cancer: A mixed-methods analysis of clinic dialogue	
Forfatter(e)	Mary Catherine Reese, Mary B. Daly, Stephen J. Lepore, Jennifer Barsky Reese, Kristen Sorice & James A. Tulsy
Land	USA
Årstall	2018
Publisert på:	National Library of Medicine
Studiets hensikt	Studiet ville undersøke forekomsten av kommunikasjon om seksuell helse, mellom brystkreftpasienter og helsepersonell.
Metode	<p>Mixed method.</p> <p>Det ble tatt lydopptak av individuelle samtaler mellom klinikere innen brystkreft og deltaker.</p>
Populasjon/utvalg	Syv klinikere innen brystkreft ved Fox Chase Cancer Center gjennomførte samtaler med pasientdeltakerne.

	Pasientdeltakerne var 67 kvinner som hadde deltatt i minst ett konsultasjonsbesøk hos en av de syv klinikerne tidligere. Kvinnene måtte enten få behandling for brystkreft, eller ha fullført behandling innen de siste ti årene. Deltakerne måtte være engelsktalende, og score innenfor gitte kriterier for fysisk prestasjon (Eastern Cooperative Group Score).
Funn fra forfattere	Blant alle 67 deltakere, oppstod kommunikasjon om seksuell helse hos 27 (40 %) av deltakerne. En av tre (22 %) deltakere rapporterte om seksuelle problemer, men kun ti av dem (45 %) hadde samtale om problemene med kliniker.
Etiske overveielser	Alle deltakere gav sitt skriftlige samtykke. Persondata og medisinske opplysninger ble gjennomgått, med pasientens tillatelse. Studien er vurdert og godkjent av Institutional Review Board på Fox Chase Cancer Center (IRB Protocol #14-833). Forfatteren bekrefter å ha fjernet eller skjult personlige faktorer, slik at deltakerne ikke er identifiserbare.
Relevans	Artikkelen er av relevans for problemstillingen da den redegjør for indikasjoner som kan forbedre samtalen om seksuell helse mellom pasient og kliniker. Ytterligere identifisering av pasienter med seksuelle problemer, samt bedre helsekommunikasjon kan føre til at kvinner med brystkreft får en bedre ivaretagelse av sitt informasjonsbehov.
Studiets begrensninger	Relativt få pasienter og klinikere deltok i undersøkelsen. Kommunikasjon om seksuell helse ble kun undersøkt ved et pasientbesøk, og kunne derfor ha oppstått ved andre konsultasjoner. Forskerne anbefaler derfor fremtidige studier å studere denne kommunikasjonen over tid. Studien tok kun i bruk et enkelt kartleggingsverktøy for å vurdere pasienters seksuelle problemer. Forskerne mener imidlertid at et multidimensjonalt vurderingsverktøy kan gi en større forståelse av hvordan spesifikke seksuelle problemer oppleves og diskuteres i klinisk sammenheng.

Artikkel 5

A Pilot Intervention Study to Improve Sexuality Outcomes in Breast Cancer Survivors	
Forfatter(e)	Natalia Gondin de Almeida, Ana Virignia de Melo Fialho, Tish M. Knopf, Marcos Renato de Oliveira, Mônica Oliveira batista Oriá & Marina de Góes Salvetti

Land	Brasil
Årstall	2020
Publisert på:	Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing
Studiets hensikt	Studiet undersøker PLISSIT-modellen sin effekt på brystkreftpasienters seksuelle funksjon og livskvalitet.
Metode	Ikke-randomisert kontrollert studie. Studien sammenligner en intervensjon (PLISSIT) med en kontrollgruppe (alminnelig pleie). Datasettet ble innhentet ved bruk av Female Sexual Function Index og Verdens helseorganisasjon sitt QOL-BREF undersøkelseskjema. Fem gruppesamtaler på omtrent 1,5 time ble gjennomført 5 ganger.
Populasjon/ utvalg	Medianalderen på deltakerne var 54,8 år. Deltakerne måtte være over 18 år, seksuelt aktiv og ha mer enn seks måneder siden kirurgi. Intervensjonsgruppen bestod av ti deltakere, mens kontrollgruppen bestod av åtte deltakere.
Funn fra forfattere	Signifikant forbedring av fysisk helse, sosiale forhold, evne til å oppnå orgasme, smerte over tid og økt opphisselse i intervensjonsgruppen. Studien viser til at modellen har positiv effekt på seksuelle problemer innad i denne pasientgruppen.
Etiske overveielser	Studien er godkjent av Ethics Committee Assis Chateaubriand Maternity School.
Relevans	Artikkelen er av relevans for problemstillingen da den identifiserer og diskuterer effekten av å benytte PLISSIT-modellen i sykepleieres informerende og veiledende funksjon for brystkreftpasienter.
Studiets begrensninger	Studien påpeker tre begrensninger: 1. Utvalgsstørrelsen var liten. 2. Utfordringer med randomisering. 3. Timing og planlegging av sykehusbaserte intervensjonsøker, da noen deltakere valgte gruppen sin ut fra deres preferanser og tidsplan. Det var ikke en prospektiv studie, og det er ukjent om tidligere intervensjon, for eksempel umiddelbart etter behandling kan ha påvirket resultatene.