



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

BSS9-H-2021-VÅR-FLOWassign

### Predefinert informasjon

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

### Deltaker

Kandidatnr.: 362

### Informasjon fra deltaker

Antall ord \*: 7971

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

### Gruppe

**Gruppenavn:** (Anonymisert)  
**Gruppenummer:** 62  
**Andre medlemmer i gruppen:** Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner uttalen 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

Behovet for informasjon; seksualitet etter  
brystkreft

The need of information; sexuality after breast  
cancer

**Kandidatnummer: 362**

Sjukepleie

Institutt for helse-og omsorgsvitenskap

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

**Innleveringsdato: 21.05.2021**

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.

## Summary

**Background:** Breast cancer is the type of cancer that affects most women, both nationally and internationally, while breast cancer survivors are the largest group of cancer survivors. These women experience multiple challenges due to their sexuality, and many of these have an unmet need for information when it comes to receiving information about how treatment can affect their sexuality.

**Aim:** The aim of this thesis is to find out how nurses can take care of the information needs of women who have undergone treatment for breast cancer.

**Methods:** This thesis is a literature study. Literature is received from the curriculum in the nursing study, and books found from searches in Oria. Research articles has been identified through searches in databases, and the databases that have been used for searches are PubMed, CINAHL, Web of Science and Medline Ovid. Four research articles are included in this thesis.

**Results:** The results from the literature and the included studies show that women who have undergone treatment for breast cancer have to a very small extent received information about how treatment can affect their sexuality and sexual life. The women want health professionals to take the initiative to talk about the subject, but health professionals avoid addressing the topic for several reasons.

**Conclusion:** Nurses should be able to handle the two bottom steps in the PLISSIT model, and by using this the nurse can show the patient that it is allowed to talk about concerns they have about their sexuality, as well as provide concrete information on how treatment can affect their sexual life. There is still a way to go before nurses address the need for information about sexuality in women with breast cancer.

## Innholdsfortegnelse

<b>1.0</b>	<b>Introduksjon</b>	<b>1</b>
1.1	Innledning	1
1.2	Problemstilling med problemformulering	2
1.3	Begrunnelse for problemstilling	2
1.4	Begrepsavklaringer	2
<b>2.0</b>	<b>Teori</b>	<b>3</b>
2.1	Brystkreft	3
2.2	Behandling	3
2.2.1	Adjuvant behandling	3
2.3	Seksualitet	4
2.4	Brystkreftbehandling og påvirkning av seksualitet	4
2.5	Sykepleierens rolle i seksuell veiledning	5
2.5.1	Informasjons og veiledningsbehov om seksualitet til brystkreftpasienter	5
2.5.2	Utfordringer hos sykepleiere knyttet til seksualitet som tema	6
2.6	PLISSIT-modellen	6
2.7	Juridiske rammeverk	7
<b>3.0</b>	<b>Metode</b>	<b>8</b>
3.1	Litteraturstudie	8
3.2	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	9
3.3	Søkeprosess	9
3.4	Kritisk vurdering av artikler	11
3.5	Analyse og syntese	12
3.6	Kritikk av metode	12
3.7	Kildekritikk	13
3.8	Etiske vurderinger	14
<b>4.0</b>	<b>Syntese</b>	<b>14</b>
4.1	Utfordringer knyttet til seksualiteten	14
4.2	Informasjonsbehovet	15
4.3	Utfordringer med å samtale om seksualitet	15
4.4	Hvordan kan sykepleier gi informasjon til pasienten?	16
4.4.1	Hvor og når skal informasjonen gis?	17
<b>5.0</b>	<b>Diskusjon</b>	<b>18</b>
5.1	Resultatdiskusjon	18
5.1.1	Seksuallivet etter brystkreft	18
5.1.2	Behovet for informasjon	19
5.1.3	Hvordan kan sykepleier gi informasjon og veilede brystkreftpasienter om seksualitet?	20
5.2	Metodediskusjon	22

<b>6.0 Konklusjon</b> .....	<b>23</b>
<b>7.0 Referanseliste</b> .....	<b>24</b>
<b>8.0 Vedlegg</b> .....	<b>27</b>
8.1 Vedlegg 1: PICO-skjema.....	27
8.2 Vedlegg 2: Søkehistorikk.....	28
8.3 Vedlegg 3: Flytskjema.....	31
8.4 Vedlegg 4: Litteraturmatrise.....	32

## 1.0 Introduksjon

### 1.1 Innledning

Brystkreft er den kreftformen som rammer flest kvinner i Norge, samtidig som brystkreftoverlevende er den største gruppen av kreftoverlevende (Thune, 2017, s. 471). I 2019 ble det oppdaget 3726 tilfeller av brystkreft hos norske kvinner (Kreftforeningen, 2020). Mange av disse kvinnene har utfordringer med sin seksuelle helse, som følge av brystkreftbehandling. Disse utfordringene går både på det fysiske, psykiske og sosiale plan, og går ut på blant annet redusert libido, smerter ved samleie, nedsatt selvbildet eller relasjonelle utfordringer med partner (Brystkreftforeningen, u.å.). Kirurgisk fjerning av et bryst vil også i stor grad påvirke den seksuelle helsen, ved at det påvirker hvordan kvinnen ser på seg selv – gjerne med et lavt selvbilde, da brystene spiller en viktig rolle for seksuallivet (Kreftforeningen, u.å.). Seksuell helse er en integrert del av alle menneskers helse, og skal også ivaretas i møte med helse- og omsorgstjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Likevel er det mange kvinner som ikke har fått noe informasjon om hvordan kreftbehandling kan påvirke deres seksualitet eller seksualliv (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016; Reese et al., 2017; Den Ouden et al., 2018; Reese et al., 2019). Mange kvinner kvir seg til å ta opp bekymringer om sin seksualitet med helsepersonell, og ønsker at sykepleier skal ta initiativ til slik samtale (Den Ouden et al., 2018; Reese et al., 2017). Helsepersonell på sin side gir lite oppmerksomhet til temaet, og begrunner unngåelsen for temaet med for lite kunnskap og erfaring, egen sjenanse for temaet og liten tid (Borg., 2017, s. 126; Reese et al., 2017; Den Ouden et al., 2018; Langhelle et al., 2021). Helse- og omsorgsdepartementet har utviklet en strategi for seksuell helse for å rette fokus mot hvordan helsepersonell kan «snakke om det», men det er fremdeles en vei å gå før kvinners informasjonsbehov rundt seksualitet er tilstrekkelig ivaretatt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Sykepleiere må utfordre sin egen sjenanse og i større grad ta initiativ til samtale om seksualitet med pasientene sine, da det finnes mye litteratur om at kvinners seksuelle helse i stor grad blir påvirket av brystkreftbehandling, slik at informasjonsbehovet deres blir ivaretatt – og kanskje noen av plagene reduseres.

## 1.2 Problemstilling med problemformulering

«Hvordan kan sykepleier gi informasjon og veiledning om seksualitet hos brystkreftpasienter som har utført mastektomi?»

Problemstillingen tar utgangspunkt i kvinnelige brystkreftpasienter over 18 år, som har gjennomført kirurgisk behandling med mastektomi og adjuvant behandling. Problemstillingen tar for seg hvordan sykepleier kan gi optimal informasjon om seksualitet til denne pasientgruppen.

## 1.3 Begrunnelse for problemstilling

Oppgaven har som hensikt å rette fokus mot hvordan sykepleiere kan legge til rette for samtale og informasjon om seksualitet til kvinner med brystkreft. Seksualitet som tema blir ofte nedprioritert, med blant annet grunner som at det er ubehagelig å snakke om. Brystkreft er kreftformen som rammer flest kvinner i Norge, og berører dermed mange mennesker – enten som pasient selv eller som eventuell partner. Kvinner som har utført mastektomi i forbindelse med brystkreftbehandling har gjerne et behov for å samtale om seksualitet. Hensikten med denne oppgaven er å belyse temaet seksualitet, og hvordan sykepleier kan legge til rette for informasjon og veiledning om seksualitet til kvinner som har utført mastektomi.

## 1.4 Begrepsavklaringer

**Brystkreft**, *cancer mammae*, er en ondartet svulst i brystkjertelen. Årsaken er vanskelig å fastslå, med unntak av påviste spesifikke genforandringer (Stubberud et al., 2016, s. 438).

**Seksualitet**: I følge WHO's arbeidsdefinisjon er seksualitet et sentralt aspekt ved det å være menneske gjennom hele livsløpet. Det omfatter kjønnsidentitet og kjønnsroller, seksuell orientering, erotisme, nytelse, intimitet og reproduksjon (WHO 2009).

**Mastektomi** er en operasjon der hele brystkjertelen fjernes (Stubberud et al., 2016, s. 442).



## 2.0 Teori

### 2.1 Brystkreft

Brystkreft er den hyppigste kreftformen blant kvinner, både nasjonalt og internasjonalt (Stubberud et al., 2016, s. 437). Mange kvinner kjenner kuler i brystet, og hos menstruerende kvinner vil «kulene» gjerne variere med menstruasjonssyklusen, både i størrelse og konsistens. Dersom disse kulene vedvarer, bør de følges opp og undersøkes av lege. Mange kvinner oppdager brystkreftsvulsten selv ved at de tilfeldig kjenner en kul som ikke forsvinner (Thune, 2017, s. 466). Overlevelsesprosenten har økt de siste ti årene, men ca. hver femte pasient med brystkreft dør av sykdommen. Det er først og fremst kvinner over 50 år som får brystkreft, og ca. 75% av tilfellene forekommer i denne aldersgruppen (Stubberud et al., 2016, s. 436).

### 2.2 Behandling

Kirurgi er den viktigste behandlingsmetoden for brystkreft, enten alene eller i kombinasjon med cytostatika, strålebehandling og endokrin behandling. Ved operativ behandling blir svulsten fjernet sammen med så mye av brystkjertelvevet omkring at risikoen for lokalt residiv eller spredning blir minst mulig, eller hele brystkjertelen fjernes (Stubberud et al., 2016, s. 442).

#### 2.2.1 Adjuvant behandling

De aller fleste brystkreftopererte pasienter får en eller annen tilleggsbehandling, såkalt adjuvant behandling, etter operasjonen (Thune, 2017, s. 469). Adjuvant behandling skal redusere risikoen for tilbakefall av brystkreftsykdommen og gis i tråd med den til enhver tid gjeldende nasjonale og internasjonale kunnskap og etter gitte retningslinjer. Den adjuvante behandlingen kan bestå av strålebehandling, antihormonell endokrin behandling og/eller behandling med cytostatika (Thune, 2017, s. 469).

### 2.3 Seksualitet

Borg (2017, s. 125-126) understreker viktigheten av at seksualitet ikke nødvendigvis er av erotisk art, som for eksempel ereksjon, lubrikasjon, samleie eller orgasme. Seksualitet har i aller høyeste grad også med nærhet, ømhet, hengivenhet og kjærlighet å gjøre. Det kan derfor i mange sammenhenger være riktig å snakke om intimitet i stedet for seksualitet. Med seksuelle problemer forstår vi opplevde problemer i ulike deler av den seksuelle responssyklusen. I tillegg til de fysiologiske og anatomiske forutsetningene som kreves for seksuell funksjon, kommer også de psykologiske og sosiale funksjonene (Borg, 2017, s. 122).

### 2.4 Brystkreftbehandling og påvirkning av seksualitet

Thune (2017, s. 473) skriver at brystkreftbehandling kan i mange tilfeller påvirke seksualiteten både med fysiske og psykiske plager. Antihormonell behandling kan ytterligere vanskeliggjøre et normalt seksualliv grunnet nedsatt seksualdrift og tørre slimhinner hos kvinner. I tillegg kan gjennomført eller pågående behandling virke direkte inn på seksuallysten ved endrede og reduserte nivåer av kvinnelige kjønnshormoner, som igjen kan gi tørre slimhinner og redusert sexlyst. Emosjonelle forandringer som angst og depresjon reduserer også seksuallysten (Thune, 2017, s. 473).

For mange kvinner har brystene en betydning for seksualiteten, og det å oppleve seg selv som et seksuelt vesen. Det å få fjernet et bryst kan virke inn på selvilde i en negativ retning som gjør at det kan få en innvirkning på seksuallivet. (Kreftforeningen, u.å.). Stubberud et al. (2016, s. 446) forklarer at i vår kultur betraktes brystene som en viktig del av kvinnenes seksuelle identitet, og at det å miste et bryst for mange fører til at de ikke lenger opplever seg selv som fullverdig kvinne. Uansett kirurgitype kan kvinner føle seg mindre attraktive eller feminine etter operasjonen. En del opplever vaginal irritasjon eller tørrhet, redusert seksuell lyst og smerte ved samleie, og disse plagene oppstår ofte i forbindelse med den adjuvante behandlingen (Bredal, 2017, s. 483).

## 2.5 Sykepleierens rolle i seksuell veiledning

Borg (2017, s. 126-127) hevder at i veiledning og informasjonsgivning til kreftpasienter om seksualitet, kreves det at vi har kunnskaper om de fysiske og psykiske utfordringene disse pasientene står overfor, og i tillegg til kunnskap trengs det også emosjonelt engasjement. Empati er viktig, og gjennom å vise medfølelse kan vi gi pasienten en trygghet som gjør at samtaler om følelser og seksualitet går lettere. Samtalen og veiledningen skal inneholde struktur og være preget av nærhet og respekt. Veiledning om seksualitet bør også ha som mål å få pasienten og en eventuell partner til å snakke sammen om seksualiteten (Borg, 2017, s. 126-127).

Før en gir veiledning og informasjon, er det viktig å vite hvilke tanker og forestillinger pasienten og eventuelt partneren har om seksualitet og dens funksjon i fremtiden, og ikke minst være klar over hva den enkelte egentlig trenger hjelp til (Kristoffersen et al., 2016, s. 401). Det er ikke nødvendig å være sexolog for å gi veiledning og råd i spørsmål knyttet til seksualitet, helsepersonell kan gi god hjelp bare ved å formidle tillatelse til å snakke og selv være lyttende, og ha kunnskap, empatisk evne og selvinnsikt (Kristoffersen et al., 2016, s. 400). Sykepleieren må ta pasienten på alvor, kartlegge hennes behov og bekymringer, og ikke ignorere pasientens seksualitet. Sykepleieren må ha forståelse for hva seksualitet har å si for mennesker. Ved behov skal sykepleieren formidle kontakt med en sexolog eller en sykepleier som har kompetanse i sexologisk rådgivning (Bredal, 2017, s. 483).

### 2.5.1 Informasjons og veiledningsbehov om seksualitet til brystkreftpasienter

Stubberud et al. hevder at et forandret selvbilde etter behandling kan føre til seksuell dysfunksjon og at pasientene og deres partnere har behov for informasjon og oppfølging i forbindelse med eventuell forandret seksuell funksjon (Stubberud et al., 2016, s. 442). Manglende informasjon om hvordan sykdom og behandling kan påvirke seksualfunksjonen kan føre til unødig angst, bekymring og i verste fall at de slutter å ha et seksualliv (Kristoffersen et al., 2016, s. 395). Seksuelle vanskeligheter i forbindelse med sykdom og skade kan bli betydelig mindre hvis den syke og eventuell partner får informasjon om hvordan deres situasjon påvirker seksuallivet (Thor, 2012, sitert i Kristoffersen et al., 2016, s. 395).

### 2.5.2 utfordringer hos sykepleiere knyttet til seksualitet som tema

Mange sykepleiere har liten erfaring med å samle informasjon om forhold som er knyttet til seksualitet. For mange av helsepersonell er det en uovervinnelig grense å spørre om seksualfunksjon til pasienten (Kristoffersen et al., 2016, s. 401). Det kan være flere grunner til at helsepersonell unngår å snakke om seksualitet. Borg mener at noen av grunnene kan være at det er en overdreven respekt mellom helsepersonell og pasient som fører til at temaet ikke blir tatt opp. Andre grunner kan være at det er mangel på tid og kunnskap om temaet. I tillegg refererer Borg til en dansk undersøkelse hvor 41% kreftsykepleiere anga at de var for sjenerte til å ta opp temaet (2017, s. 126). Borg påpeker også at det er mange blant helsepersonell som unngår å snakke om seksualitet med pasientene og deres partnere. Når vi unngår å diskutere seksuelle problemer med pasientene, styrker vi fordommene om at seksualitet er et avsluttet kapittel for pasienter med kreftsykdom, og personalets taushet omkring emnet vil også være med på å opprettholde myter vedrørende kreft og seksualitet (Borg, 2017, s. 126).

### 2.6 PLISSIT-modellen

Kommunikasjon er et viktig verktøy i utøvelse av sykepleie. En av kommunikasjonsmodellene det kan være nyttig å ha med seg når en skal gi veiledning om seksualitet er PLISSIT-modellen. PLISSIT-modellen er en modell utviklet av psykologen Jack Annon, som beskriver ulike nivåer for behandling av seksuelle problemer (Almås, 2004, s. 135). Modellen er et nyttig redskap for å vurdere på hvilket nivå en befinner seg som behandler av et gitt problem, og i vurderingen av hvilken kunnskap, kompetanse og erfaring som er nødvendig for å gå inn og arbeide med som klienter presenterer (Almås, 2004, s. 137).

Modellen symboliserer på en enkel måte at de fleste som trenger informasjon om eller hjelp med seksuelle problemer befinner seg på det første nivået (P), noen færre er på andre nivå (LI), enda færre på tredje (SS), og på det øverste nivået (IT) er det kun noen få som befinner seg (Kristoffersen et al., 2016, s. 399).

Kristoffersen et al. forklarer de ulike nivåene av PLISSIT-modellen på følgende måte (2016, s. 400):

**P-nivået** handler om permission/ tillatelse, og at det gis rom for å snakke om seksualitet i sin alminnelighet. Det kreves ingen utdanning på dette nivået, bare trygghet med hensyn til å snakke om seksualitet.

**LI-nivået** står for limited information/ begrenset informasjon. Dette er et nivå for mange som har behov for enkel og saklig informasjon om seksualitet på generell basis, og informasjonen kan gis både skriftlig og muntlig.

**SS-nivået** står for specific suggestions/ spesifikke forslag. Et nivå for noen som naturlig trenger å få stille spørsmål omkring sin situasjon og få spesifikke forslag til løsninger. På dette nivået kreves det kunnskap om rådgivning og en oversikt over og kjennskap til ulike forslag og løsninger.

**IT- nivået** står for intensive therapy/ intensiv terapi. Det siste nivået er for noen få som har behov for et spesialisert behandlingstilbud. På dette nivået kreves det spesialkompetanse i psykoterapi og sexologi.

I følge Helse- og omsorgsdepartementets strategiplan, skal helsepersonell med minimum 3 års relevant utdanning, være i stand til å håndtere de to nederste trinnene i modellen. Det vil si å gi rom for spørsmål knyttet til seksualitet og helse, og å kunne gi begrenset, tilpasset informasjon om bivirkning av behandling, helseplager med mer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

## 2.7 Juridiske rammeverk

I samtale med pasienter og klienter om deres seksualliv og seksuelle problemer er det spesielt viktig at en arbeider etter yrkesetiske retningslinjer (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Dette vil være til hjelp for sykepleiere i møte med seksuelle problemstillinger der både den yrkesmessige og den personlige etikken kan bli utfordret (Kristoffersen et al., 2016, s. 398). I tillegg er det nødvendig å ha kunnskap om egne og andres holdninger til seksualitet, slik at en på best mulig måte ivaretar pasienten og seg selv (Kristoffersen et al., 2016, s. 398).

Mange sykepleiere har liten erfaring og kvier seg med å gi informasjon om seksualitet og seksuell helse til pasientene sine. Pasienter har lovfestet rett til å få informasjon om eventuelle bivirkninger som følge av behandling, noe som også inkluderer bivirkninger knyttet til seksualitet. Pasientens rett til informasjon om bivirkninger er stadfestet i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-2). Dette innebærer også at pasienten skal få informasjon uten å selv ta initiativ til samtale om seksualitet. Det er nødvendig at sykepleiere har kunnskaper om å gi informasjon om seksualitet til pasienter med brystkreft, både med tanke på at det kan bidra til at pasientens seksualitet ivaretas, og at pasienten har lovfestet rett på denne type informasjon.

Helsepersonelloven (1999, § 2-4) forteller at helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Derfor skal sykepleier henvise pasienten videre til sexolog eller til sykepleier med kunnskap om sexologisk rådgivning dersom det er behov for spesialkompetanse.

### 3.0 Metode

Metoden er redskapet vårt i møte med noe vi vil undersøke. Metoden hjelper oss til å samle inn data, det vil si den informasjonen vi trenger til det vi skal undersøke (Dalland, 2017, s. 52). Det man ønsker å finne ut av kan angripes med ulike metoder, og en må derfor gjøre valg ut ifra hvilken metode som kan hjelpe deg til å finne svar på spørsmålet eller problemet du lurer på (Dalland, 2017, s. 54).

#### 3.1 Litteraturstudie

Denne oppgaven er et litteraturstudie, hvor jeg har søkt etter forskning ved å gjøre søk i databaser. Jeg har også innhentet teori fra pensumlitteratur fra sykepleiestudiet ved Høgskulen på Vestlandet campus Bergen. Litteraturstudie vil si å systematisere kunnskap fra skriftlige kilder. Å systematisere innebærer å samle inn litteratur, gå kritisk gjennom den og til slutt sammenfatte det hele (Thidemann, 2019, s. 77). Problemstillingen min besvares ved hjelp av teori og allerede eksisterende forskning.

### 3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Jeg har valgt å inkludere forskning som er publisert de siste 10 årene. Ekskludering av artikler eldre enn 10 år er gjort da dette kan være forskning som er utdatert, og dermed kan det være at tematikken har endret seg i løpet av disse årene.

Det er kun artikler som har gjort forskning på kvinner som er inkludert i oppgaven, da det er kvinners erfaringer rundt samtale om seksualitet denne oppgaven tar for seg. Kvinnene som er inkludert er over 18 år. Alle menn, og kvinner under 18 år er ekskludert fra denne oppgaven.

I tillegg har jeg kun inkludert fagfelleverderte forskningsartikler. Dette er gjort for å være sikker på at artiklene er kvalitetssjekket av andre som er eksperter på fagfeltet. Kvaliteten på forskningsartiklene styrkes dersom de er fagfelleverderte, og jeg kan være trygg på at dette er gyldig og relevant forskning.

Inkluderte språk er norsk, engelsk, svensk og dansk. Disse språkene er inkludert da dette er språk jeg forstår, noe som er en forutsetning for at jeg skal kunne lese artiklene.

Jeg har valgt å inkludere studier som bruker både kvalitativ og kvantitativ metode i oppgaven. Kvalitativ metode ble valgt på bakgrunn av at jeg ønsker å se på pasientenes erfaringer rundt informasjon om seksuell helse og brystkreft, på et dypere nivå. Studier som bruker denne metoden har gjerne et færre utvalg, men går mer i dybden på det som undersøkes. Kvantitativ metode er inkludert da denne metoden ofte ser på et større utvalg, og derfor kan resultatene generaliseres for en større gruppe (Dalland, 2017, s. 52-53).

### 3.3 Søkeprosess

Før jeg begynte å gjøre søk i databaser, lagde jeg et PICO-skjema. PICO-skjema er et skjema hvor man deler opp problemstillingen, slik at den blir mer presis og søkbar. Elementene i PICO tydeliggjør hovedbegrepene i problemstillingen, ved at man identifiserer søkeord og begreper som er nyttige å bruke i søket (Thidemann, 2019, s. 82). Jeg har identifisert pasient som *breast cancer*, *breast cancer surgery*, *breast cancer patients*, *mastectomy*, *breast*

*neoplasms, treatment*. Intervensjon er identifisert med *communication, PLISSIT, nurse, information, sex counseling, nursing interventions, intervention*. Utfall er identifisert som *sexuality, intimacy, sexual well-being, body image, sexual, needs, sexual health, sexual dysfunction*. Søkeordene er sjekket som MeSH-term, og alle søkeordene er godkjent som MeSH-term bortsett fra *breast cancer surgery, breast cancer patients, PLISSIT, sexual well-being*. Søkeordene er kombinert med de boolske operatorene AND/OR/NOT (Thidemann, 2019, s. 87). Jeg valgte å bruke engelske søkeord, da engelskspråklige artikler er mye brukt over hele verden, noe som jeg tenkte kunne gi meg mange relevante treff, og i tillegg er dette et språk jeg har relativt god forståelse for. Utfylt PICO-skjema med brukte søkeord kan sees i vedlegg 1. De første søkene som ble utført ble gjort med et filter på 5 år, slik at artikler eldre enn dette ikke ble søkt etter. Etter hvert ble det satt en grense på 10 år, slik at artikler publisert i dette tidsrommet også kunne inkluderes.

Jeg begynte å utføre søk i databasen PubMed, da dette er en database jeg hadde kjennskap til fra før. PubMed er en database med artikler fra blant annet sykepleiefaget, og med tanke på dette så ble det utført flere søk i denne databasen. Jeg har totalt utført 9 søk i PubMed, og har inkludert 2 artikler fra denne databasen. Det er også utført søk i CINAHL, som er en database som inneholder kvalitativ forskning og pasienterfaringer. Dette er relevant for min problemstilling med tanke på at jeg ønsket å se på erfaringer i forhold til samtale om seksualitet hos kvinner og helsepersonell. Det ble utført kun 3 søk i denne databasen, da jeg syntes dette var en utfordrende database å utføre søk i. Det er likevel inkludert 2 artikler fra søkene gjort i CINAHL. I Web of Science er det utført 2 søk. Web of Science er en database som dekker flere fagområder. Det er ikke inkludert noen artikler fra søk utført i Web of Science. Det er også utført 2 søk i databasen MEDLINE Ovid, som er den fremste referansedatabasen innen medisin. Her er det inkludert en artikkel som også ble funnet i PubMed.

Jeg valgte kun å utføre søk i disse 4 databasene, for å begrense søket. Dersom jeg hadde valgt å gjøre søk i flere databaser kunne jeg gjerne fått andre og mer relevante treff, men jeg kunne også brukt mer tid enn nødvendig. Det er gjort søk i perioden 9/10-20 til 07/01-21.

Alle søkene jeg har gjort er dokumentert i en søkehistorikk. Søkehistorikken viser en oversikt over dato søket er gjort, hvilket søkenummer det er, hvilken database søket er gjort i, hvilke søkeord og ordkombinasjoner som er brukt i søket, inklusjonskriterier i søket, og antall treff. I



tillegg inneholder søkehistorikken hvor mange abstract som er lest, hvor mange artikler som er lest, og hvor mange artikler som er inkludert i bacheloroppgaven fra søket. Utfylt skjema for søkehistorikk er lagt ved i vedlegg 2. Flytskjema gir en oversikt over antall treff i de ulike databasene, leste abstract fra søkene, leste artikler og artikler inkludert etter nærmere gjennomgang og kritisk vurdering (Thidemann, 2019, s. 90). Flytskjema ligger vedlagt som vedlegg 3.

### 3.4 Kritisk vurdering av artikler

Hensikten med kritisk vurdering av forskningsartikler er å vurdere gyldigheten av informasjonen i studien (Helsebiblioteket, u.å.). I arbeidet med kritisk vurdering av artiklene i denne oppgaven, har jeg brukt sjekklister fra Helsebiblioteket (Helsebiblioteket, 2016). Sjekkliste for kvalitativ metode er benyttet på de fire inkluderte artiklene. Det ble også benyttet sjekkliste for oversiktsartikkel og kvalitativ studie for resterende artikler som ble lest, men ikke inkludert i oppgaven. Artiklene ble ekskludert da de hadde flere svakheter enn styrker, eller ikke hadde like stor relevans for oppgaven. De inkluderte artiklene følger IMRaD struktur, som beskriver i innledningen hovedhensikten med studien, deretter presenteres oppsummering av benyttet metode, etterfulgt av hovedresultat, og en evaluering og diskusjon av resultatene (Thidemann, 2019, s. 30). Dette har gjort artiklene oversiktlige og dermed lettere å forstå. I vedlegg 4; Litteraturmatrise kan en se styrker og svakheter ved hver av de inkluderte artiklene under kolonnen *styrker og svakheter*.

Studiene som er utført er blitt gjort i vestlige land, noe som kan føre til at vi kan dra en sammenheng med hvordan seksualitet diskuteres i norsk helsevesen, da Norge også er et vestlig land. Likevel kan det være noen kulturforskjeller som gjør at vi ikke kan direkte overføre resultatene fra studiene til hvordan det er i Norge. Tre av studiene nevner også høyere sosioøkonomisk status som begrensning av funnene, og resultatene er gjerne derfor mer generaliserbare til kvinner med høyere utdanning.

To av artiklene har brukt elektronisk spørreundersøkelse for å se på informasjonsbehovet og erfaringer med samtale om seksualitet rundt brystkreft med helsepersonell. Svakheter med denne metoden er at det er ikke alle deltakerne i studien som har svart på alle spørsmålene, og

det kan også være at enkelte ikke har svart ærlig selv om de er anonyme. Artikkene tar høyde for egne svakheter, og de blir derfor inkludert i oppgaven.

### 3.5 Analyse og syntese

I arbeidet med analysering av artiklene har jeg lest gjennom resultatdelen gjentatte ganger, og forsøkt å se om det er ulike tema som går igjen i de inkluderte artiklene. Thidemann refererer til Aveyards tematiske analysemodell, og jeg har i analysearbeidet prøvd å følge denne måten å identifisere tema fra resultatdelen i hver artikkel (2019, s. 96-99). Jeg har brukt markeringstusj i ulike farger for å kategorisere temaer fra hver artikkel. Deretter har jeg valgt å lage overskrifter fra hvert tema som går igjen, og disse er presentert under punkt 4.0 syntese.

### 3.6 Kritikk av metode

Litteraturstudie som metode i denne oppgaven er relevant da oppgaven baserer seg på å gjengi allerede eksisterende forskning. Likevel så kan fremgangsmåten for funn av artiklene kritiseres. I denne oppgaven er det kun gjort søk i 4 ulike databaser, noe som begrenser antall treff. Hadde jeg utført søk i alle sykepleiefaglige databaser som er tilgjengelige, kunne jeg fått et større utvalg av artikler, som også kanskje kunne besvart problemstillingen min bedre enn med de artiklene som er inkludert. I tillegg er flesteparten av søkene gjort i PubMed, noe som igjen begrenser antall artikler. Jeg kunne utført flere søk i de tre andre databasene som også er inkludert, for å få et større utvalg av forskning.

Søkeordene som er brukt i søkene begrenser også antall treff. Jeg kunne hatt flere søkeord, eller andre søkeord som ville gitt meg et annet resultat. Bruken av ordkombinasjoner kunne også vært annerledes, jeg kunne for eksempel tatt i bruk flere av søkeordene sammen med bruk av AND/OR/NOT. Det siste søket ble gjort 07.01.21. Jeg har derfor gått glipp av artikler med relevans for min problemstilling som er publisert etter dette. Flere artikler har også gått igjen i ulike databaser, for eksempel så er en av artiklene mine funnet ved søk gjort i både PubMed og Web of Science. Antall treff kan derfor være feil, da artiklene er funnet ved flere søk.

Artiklene som er inkludert i oppgaven er skrevet på engelsk. Jeg har derfor måttet oversatt språket, noe som kan ha ført til misforståelser eller feiloversettelse av enkelte ord. Noe av innholdet av artiklene kan derfor ha blitt tolket annerledes enn hva som opprinnelig var ment.

Bøkene som er tatt i bruk i oppgaven er hentet fra pensumlisten på sykepleiestudiet ved HVL Bergen og ved søk i Oria, som er HVL sitt elektroniske bibliotek. Jeg har gått igjennom de ulike pensumbøkene jeg allerede hadde, og sjekket om disse inneholdt relevant litteratur for å belyse problemstillingen min. Deretter har jeg gjort søk i Oria der jeg fant 2 av bøkene som også er brukt i oppgaven (Almås, 2009; Reitan & Schjølberg, 2017).

### 3.7 Kildekritikk

Artiklene som er inkludert er ikke eldre enn 10 år, på bakgrunn av at eldre forskning kan være utdatert da fagområder er i stadig utvikling (Dalland, 2017, s. 162). Likevel er mye av eldre litteratur like relevant i dag, for eksempel kan PLISSIT-modellen fremdeles tas i bruk i dag, selv om den ble utviklet for 45 år siden. Denne oppgaven har dog gjengitt den norske oversettelsen av modellen, og dermed kan det opprinnelige perspektivet ha endret seg noe gjennom oversettelsen (Dalland, 2017, s. 159).

Ingen av artiklene har som hovedfokus å spesifikt se på hvordan sykepleier kan gi informasjon om seksualitet til pasienter som har gjennomført kirurgisk fjerning av et bryst – mastektomi, men de er likevel inkludert da de sier noe om foretrukket informasjonsmåte, hvor mange som ønsker informasjon, hva det er ønskelig å motta informasjon om, og ulike barrierer pasienter og helsepersonell har for å diskutere temaet. Kritisk vurdering av artiklene ble gjort ved å se på publikasjonsland, fagfellevurdering og om de tok for seg etiske vurderinger. I tillegg ble sjekklister for kritisk vurdering av forskningsartikler tatt i bruk (Helsebiblioteket, 2016).

Litteratur fra bøkene som er inkludert vurderes som troverdige og holdbar, da dette er pensum som er i bruk ved sykepleiestudiet ved HVL Bergen. Relevansen for oppgaven er til stede da det er med på å belyse problemstillingen som bakgrunnsstoff.

### 3.8 Etiske vurderinger

Oppgaven har gjengitt allerede eksisterende forskning. Alle referanser er henvist ved bruk av APA 7th, og dette er blitt gjort for at alle forfattere skal bli kreditert for sitt arbeid. Oppgaven er skrevet i tråd med etiske retningslinjer gitt av fakultetet for helse- og sosialvitenskap ved HVL (Høgskulen på Vestlandet, 2020). Dette innebærer at jeg har fulgt gjeldene lovverk, nasjonale og internasjonale forskningsetiske prinsipp og de interne etiske retningslinjene ved HVL.

Alle artiklene som er inkludert i oppgaven redegjør for etiske retningslinjer, se vedlegg 4: litteratormatrise. En av artiklene har ikke etisk godkjenning da det ikke var påkrevd i studien, men forfatterne skriver at de likevel har fulgt etiske retningslinjer (Den Ouden et al., 2018). Etisk godkjenning vil si at forskerne som har gjort de ulike studiene har fått godkjent søknad til sin nasjonale forskningsetiske komite, som sørger for at forskning skjer i henhold til anerkjente etiske normer (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2018).

## 4.0 Syntese

I denne delen skal jeg presentere resultatene fra de inkluderte artiklene tematisk.

Litteratormatrise med alle inkluderte artikler kan sees i vedlegg 4.

### 4.1 utfordringer knyttet til seksualiteten

Brorparten av alle kvinnene i de ulike studiene (Ussher et al., 2012; Reese et al., 2017; Den Ouden et al., 2018; Reese et al., 2019) rapporterte om utfordringer som knyttet seg til seksuallivet deres. utfordringene gikk på flere aspekter; fysiske-, psykiske- og relasjonelle. Seksuell inaktivitet var et hyppig rapportert problem hos kvinnene og det nevnes at årsakene til dette blant annet knyttet seg til negativt kroppsbilde, smerter ved samleie og redusert libido. I tillegg rapporteres det om andre problemer som tørr vagina, mindre sensibilitet, bekymringer rundt kroppsbilde, tap av identitet og relasjonelle utfordringer med partner (Ussher et al., 2012; Reese et al., 2017; Den Ouden et al., 2018; Reese et al., 2019).

## 4.2 Informasjonsbehovet

Majoriteten av deltakerne ønsket å få informasjon rundt brystkreft og seksuell helse, men likevel var det under halvparten som hadde fått denne typen informasjon (Ussher et al., 2012). Type informasjon deltakerne rangerte som viktig handlet om fysiske forandringer, seksuell respons, relasjonelle problemer, psykologiske konsekvenser og bekymringer rundt kroppsbilde.

Over halvparten av deltakerne i studien til Den Ouden et al. (2018) hadde foretrukket å få informasjon om konsekvenser av brystkreft (behandling) på seksuell helse, men flesteparten av disse hadde ikke fått informasjon. To-tredeler av deltakerne opplevde seksualitetsproblemer knyttet til brystkreft, hovedsakelig fysiske, eller en kombinasjon av fysiske og psykiske problemer. Problemer kvinnene i denne studien ønsket å få informasjon om var rundt intimitet og seksualitet, og hvordan være mer forberedt til mulige fysiske og psykiske relasjonelle forandringer (Den Ouden et al., 2018).

Samtale om seksuell helse foregikk i 27 av 67 klinikkvisitter i studien til Reese et al. (2019). Kvinner som rapporterte om problemer knyttet til seksuell helse var ikke mer sannsynlig til å ha samtale om dette i visittene enn de som ikke rapporterte om samme problemer. Her fant de at selv om halvparten av kvinnene rapporterte om problemer knyttet til seksuell helse på et selvrapporteringsskjema, ikke hadde samtale om dette ved visittene (Reese et al., 2019). De mest diskuterte områdene var seksuell inaktivitet. Andre diskuterte tema omgikk tørr skjede og bekymringer rundt kroppsbildet. Initiativ til å ta opp disse temaene var størst hos pasientene.

Tørr skjede var det mest diskuterte problemet mellom pasient og helsepersonell. Likevel var lav libido, brystforandringer, kroppsbilde og manglende orgasme også til stede hos mange av kvinnene, men disse problemene ble i liten grad tatt opp med helsepersonell (Reese et al., 2017).

## 4.3 utfordringer med å samtale om seksualitet

Det var en overvekt av deltakere som mente at de ikke hadde snakket med noen om forandringer i den seksuelle helsen etter brystkreft (Ussher et al., 2012). Svarene på hvorfor dette var tilfelle handlet om flauhet om temaet, at kvinnene føler de kan takle de på egenhånd, at de ikke vet hvordan noen kan hjelpe, eller at seksualitet var noe som var privat for dem.

Barrierer pasienter har for å diskutere problemer knyttet til seksualitet handlet om negative tanker rundt samtale om temaet eller følelse av emosjonelt ubehag, noe som gjorde de mindre sannsynlig til å ta opp temaet (Reese et al., 2017). Det var flere av pasientene som kommenterte at de hadde en forventning om avvisende reaksjon fra helsepersonellet, og poengterte dette som en barriere for å ta opp temaet.

Noen kvinner finner det vanskelig å ta initiativ til å snakke om intimitet og seksualitet med helsepersonell, og forventer derfor at det er sistnevnte som skal initiere samtale om temaet (Den Ouden et al., 2018). Likevel merker flere kvinner at det også er vanskelig for helsepersonell å ta opp temaet da det fremdeles er tabu (Den Ouden et al., 2018).

Helsepersonell dro frem negative tanker rundt samtale om temaet, slik som pasientene også gjorde (Reese et al., 2017). I tillegg tok de opp lite kunnskap og ferdigheter om problemer knyttet til seksuell helse og brystkreft, som barrierer til å ikke snakke med pasientene om temaet. Likevel var det noen av denne gruppen som følte seg erfaren på området, men som likevel ikke hadde samtale om dette med pasientene. Begrunnelsen for dette var for liten tid som hindret denne type samtale (Reese et al., 2017).

#### 4.4 Hvordan kan sykepleier gi informasjon til pasienten?

Tillitt mellom helsepersonell og pasient er en faktor som trekkes frem som betydelig for effektiv kommunikasjon om seksuelle bekymringer. God relasjon til helsepersonell gjorde det mer komfortabelt for pasientene å snakke om seksuelle problemer, og gjorde det mer sannsynlig til at slik samtale kunne forekomme ved flere anledninger (Reese et al., 2017). Noen pasienter ønsket helst at helsepersonell skulle nevne temaet eller dele ut informasjon slik at pasienten selv kunne velge om hun ville gå videre med det. Andre pasienter ønsket at helsepersonell spurte direkte om de hadde noen bekymringer knyttet til seksualiteten (Reese et al., 2017).

I studien til Reese et al. (2017) var det stor enighet mellom helsepersonell at det minste de kan gjøre for pasientene er å identifisere om de har noen problemer eller bekymringer knyttet til seksualitet og brystkreft. Helsepersonell som hadde fått spesialisert kunnskap om å diskutere bekymringer knyttet til seksualitet mente at dette var til hjelp når temaet dukket opp med pasientene. Reese et al. (2017) mener at effektiv kommunikasjon om seksuelle bekymringer er samtale som møter pasientens informasjonsbehov og som dyrker en positiv relasjon mellom pasient og helsepersonell. Samtale om forandringene brystkreft og brystkreftbehandling kan gi krever mer enn å kun nevne mulige forandringer. Kvinner ønsker å få informasjon om intimitet og seksualitet for å være bedre forberedt på mulige fysiske, psykiske og relasjonelle forandringer som kan oppstå i forbindelse med brystkreft (Den Ouden et al., 2018).

#### 4.4.1 Hvor og når skal informasjonen gis?

Den Ouden et al. (2018) fant at pasientene helst ønsket å få informasjon 6 måneder etter behandlingen har startet (45,1%) eller før behandlingen starter (38,6%). Forfatterne i studien forklarer at kvinner gjerne ikke opplever problemer med seksualiteten før, under eller kort tid etter studien, og derfor gjerne heller ønsker informasjon når det har gått litt tid etter avsluttet behandling. Likevel er det noen av respondentene som forklarer at de undervurderte påvirkningen behandlingen hadde på seksualiteten, og derfor skulle ønske de hadde fått informasjon tidligere. Majoriteten av deltakerne foretrakk å motta informasjon om seksualitet enten alene eller sammen med partner. Enkelte av deltakerne ønsket også å motta informasjon skriftlig i form av brosjyrer eller på internett.

Ussher et al. (2012) fant at majoriteten av deltagerne i studien ønsket å få informasjon om seksuell helse i skriftlig form, som i hefter, brosjyrer, nyhetsbrev eller på internettsider. Kun 2% av de som deltok i studien ønsket å ha en-til-en samtale med helsepersonell om temaet.

Noen av pasientene ønsket å diskutere bekymringer rundt seksualitet tidlig, for å starte en dialog som kan fortsette videre, begynnende med informasjon om eventuelle konsekvenser behandlingen kan ha på seksuell helse (Reese et al., 2017).

## 5.0 Diskusjon

### 5.1 Resultatdiskusjon

#### 5.1.1 Seksuallivet etter brystkreft

Utfordringer knyttet til seksualiteten og seksuallivet til kvinner som har fått behandling for brystkreft er mange. Det er skrevet om en rekke bivirkninger som kan påvirke kvinnens seksualitet, blant annet tørre slimhinner, nedsatt libido, smerter ved samleie, emosjonelle forandringer, og endret kroppsbilde (Thune, 2017, s. 473). Kvinnene i de inkluderte artiklene rapporterer også om bivirkninger som påvirker seksualiteten deres, på det fysiske, psykiske og relasjonelle plan, og de gjengir også de nevnte bivirkningene som det er skrevet om i litteraturen (Ussher et al., 2012; Reese et al., 2017; Den Ouden et al., 2018; Reese et al., 2019). Et av de mest diskuterte utfordringene blant kvinnene i studien til Reese et al. (2019) var rundt seksuell inaktivitet. Behandlingen kan påvirke kvinnelige kjønnshormoner som virker direkte inn på seksuallysten, og behandling kan føre til angst og depresjon som også er med på å redusere seksuallysten (Thune, 2017, s. 473). Brystkreftbehandling er også med på å påvirke forholdet mellom kvinnen og partneren hennes. En kvinne forteller at:

«Due to pain and exhaustion I have less sexual desire, which makes me feel guilty to my partner. My partner does not want to talk about it because he feels sorry for me. This has a major impact on our relation.» (Den Ouden et al., 2018).

Denne kvinnen nevner hvordan bivirkninger fra brystkreftbehandling påvirker seksuallivet hennes, og at dette i stor grad påvirker forholdet til partneren sin. Å bli gitt informasjon om hvordan behandlingen kan påvirke seksualiteten kunne gjerne bidratt til at flere hadde diskutert dette med partneren sin, og på denne måten vært mer forberedt på hva en kan forvente av senskader. Å gjennomgå kirurgisk fjerning av et bryst – mastektomi, påvirker også seksuallivet til mange kvinner. Brystet har for mange kvinner en betydning for hvordan de ser på seg selv som et seksuelt vesen (Kreftforeningen, u.å.), og fjerning av brystet kan føre til at kvinnen i mindre grad ser på seg selv på denne måten. Forberedelse av kvinnen og eventuell partner for hvordan mastektomi kan påvirke intimitet og seksualitet, kan føre til at de bedre kan håndtere de mulige forandringene som kan virke inn på selvbildet (Den Ouden et al., 2018). Da brystkreft har konsekvenser for mange mennesker, bør det være et mål for



sykepleiere å legge til rette for informasjon og veiledning om seksuelle utfordringer som oppstår i forbindelse med brystkreftbehandling. Selv om det bør være et mål å gi informasjon og veiledning om dette temaet, er det utfordringer som gjør at informasjonen kan være vanskelig å gi ut i praksis. Til tross for at bivirkningene som oppstår som følge av behandling er kjent i litteraturen, er det flere sykepleiere som oppgir at de mangler kompetanse rundt seksuelle utfordringer (Borg, 2017, s. 126; Reese et al., 2017). På denne måten kan det føre til mer usikkerhet enn trygghet dersom sykepleier skal gi informasjon om noe hun ikke føler seg kompetent nok til å gi informasjon om. I praksis kan sykepleieren henvise til kollegaer som gjerne har mer erfaring om temaet, eller til andre profesjoner med bredere kompetanse, som for eksempel en sexolog.

### 5.1.2 Behovet for informasjon

Under halvparten av brystkreftpasientene hadde fått informasjon rundt seksualitet og bivirkninger av behandling som påvirker dette, likevel var dette noe flestparten ønsket å få informasjon om (Ussher et al., 2012; Den Ouden et al., 2018; Reese et al., 2019). Dette viser at informasjonsbehovet ikke er tilstrekkelig dekket, på tross av de juridiske rammene som skal sikre dette (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2; Helsepersonelloven, 1999, § 2-4). Manglende informasjon om seksualitet kan påvirke pasientens seksualliv i negativ retning, ved at det blant annet kan føre til unødvendig bekymring eller at kvinnen i verste fall slutter å ha et seksualliv (Kristoffersen et al., 2016, s. 395). Når sykepleieren unngår å fortelle pasienten om seksuelle bivirkninger kan det også være med på å bidra til at seksualitet forblir et tabubelagt tema. Borg (2017, s. 126) forklarer at det er mange blant helsepersonell som unngår å snakke om seksualitet med pasientene og deres partnere. Dette kan også understøttes blant de funnene som er gjort i de inkluderte studiene. Noen kvinner uttrykte at de forventet at helsepersonell skulle avvise deres bekymringer rundt seksualitet (Reese et al., 2017), og flere kvinner forteller om forsøk på å ta opp sine bekymringer om seksualiteten deres med helsepersonell (Ussher et al., 2012):

«I did mention it to a doctor but he was not interested in talking about it so I did not pursue it»; “No health practitioner has taken any interest to discuss changes”.

Når sykepleier unngår å samtale om seksualitet bidrar dette til å styrke fordommene om at seksualitet er et avsluttet kapittel for pasienter med kreft, i tillegg til at det opprettholder

myter vedrørende kreft og seksualitet (Borg, 2017, s. 126). Seksualitet er for mange en privat sak, og det kan bygge seg opp negative følelser mot å samtale om dette med personer du ikke kjenner så godt. Utfordringene rundt seksualiteten etter brystkreftbehandling kan forsterkes dersom kvinners forsøk på å ta opp temaet blir møtt med avvisning. Pasientene har et behov for å bli møtt med empati og trygghet, slik at samtaler om følelser og seksualitet går lettere (Borg, 2017, s. 126-127). At helsepersonell er avvisende til pasienter som kommer med seksuelle problemer kan skyldes at det er fremdeles mange sykepleiere som er ukomfortable med å snakke om seksualitet. På samme måte er det ukomfortabelt for mange pasienter å snakke om seksuelle utfordringer. Noen pasienter er mer åpne og har et større behov for å få informasjon om bivirkninger som kan påvirke seksuallivet, mens andre ikke har seksuallivet som fokus etter gjennomgått brystkreftbehandling. Sykepleiere er også forskjellige når det kommer til hva de syntes er ukomfortabelt, og enkelte har ingen problemer med å gi informasjon og veiledning til pasienter om seksualitet.

Det er individuelle forskjeller for når kvinner ønsker å få informasjon om bivirkninger som kan oppstå som følge av brystkreftbehandling og som retter seg mot seksualiteten. Noen kvinner ønsker å få det i begynnelsen av behandlingen (Reese et al., 2017; Den Ouden et al., 2018), mens andre ønsker informasjon senere i behandlingen, eller etter avsluttet behandling (Den Ouden et al., 2018). Som sykepleier har man et ansvar for å gi individuell oppfølging, og bør derfor kartlegge hva hver enkelt pasient ønsker å få informasjon om, og når. Informasjonen kan også gis over flere ganger, slik at man kan starte en kontinuerlig samtale dersom pasienten har behov for dette. Det er inkonsistens i funnene fra artiklene for hvordan kvinnene ønsket å få informasjon, for eksempel er det funnet at flest kvinner ønsker muntlig informasjon om seksualitet i tre av artiklene (Reese et al., 2017; Den Ouden et al., 2018; Reese et al., 2019), mens den fjerde artikkelen har funnet at flest kvinner ønsker skriftlig informasjon (Ussher et al., 2012). Hovedsakelig er det størst ønske om muntlig informasjon eller samtale med sykepleier, enten alene eller med partner (Reese et al., 2017; Den Ouden et al., 2018; Reese et al., 2019). Å dele ut skriftlig informasjon om seksualitet kan være en bidragsyter til å starte en samtale om temaet på et senere tidspunkt, og dette kan være veien å gå dersom sykepleier er usikker på om dette er noe pasienten ønsker videre informasjon om.

### 5.1.3 Hvordan kan sykepleier gi informasjon og veilede brystkreftpasienter om seksualitet?

Sykepleiere har treårig helsefaglig utdanning, og skal derfor være kapable til å håndtere de to nederste trinnene i PLISSIT-modellen i følge Helse- og omsorgsdepartementets strategiplan (2016). Sykepleiere kan spørre pasienten direkte om hun har noen bekymringer rundt seksualiteten som følge av brystkreftbehandling, og om dette er noe hun har behov for å få informasjon om. På denne måten strekker sykepleieren ut en hånd til pasienten og viser at det er tillatt å diskutere sex – altså benytter sykepleieren seg av det nederste trinnet av PLISSIT-modellen (P). Flere kvinner ønsket at helsepersonell skulle spørre direkte om de hadde noen utfordringer rundt sin seksualitet, slik at bekymringene deres ble normalisert (Reese et al., 2017). Når sykepleieren har signalisert at det er tillatt å prate om seksualitet kan pasienten velge om hun ønsker mer informasjon, og sykepleieren kan gi informasjon om kjente bivirkninger, som tørrhet i skjeden og nedsatt libido (Bredal, 2017, s. 483), og hvordan dette kan oppleves (LI-nivået fra PLISSIT-modellen). Noen kvinner ønsker gjerne å få mer utfyllende informasjon og rådgivning, og dersom sykepleieren føler at kompetansen hennes ikke strekker til, kan hun henvise kvinnen videre til en spesialist (Helsepersonelloven, 1999, § 2-4). De to øverste nivåene av PLISSIT-modellen trengs det kunnskap om rådgivning og en oversikt over og kjennskap til ulike forslag og løsninger (Kristoffersen et al., 2016, s. 400). På denne måten kan sykepleier legge til rette for at pasientens informasjonsbehov blir ivarettatt.

Endret kroppsbilde er noe som bekymrer kvinner som har gjennomgått brystkreftbehandling. Å være en støtte for pasienten som har utført mastektomi krever blant annet tillit mellom pasient og sykepleier. Tillit blir nevnt som en viktig faktor for pasienten om hun skal føle seg komfortabel med å snakke om utfordringer knyttet til seksualiteten med helsepersonell (Reese et al., 2017). At kvinnen føler seg trygg på sykepleier kan på denne måten være med på å bidra at hun tør å brette ut om sine bekymringer rundt sin seksualitet, og derfor gjør det klart for sykepleieren at dette er noe hun har behov for å samtale om. Empati er en egenskap det er viktig å ha med seg som sykepleier, også i samtale om seksualitet. En god relasjon mellom pasient og sykepleier viste seg å gjøre det mer sannsynlig at pasienten kunne ta opp temaet ved flere anledninger (Reese et al., 2017). Tillit, empati og en god relasjon er faktorer som bør ligge til grunn for å samtale om seksualitet med brystkreftpasienter.

Å gi informasjon og veiledning om seksualitet til kvinner som har gjennomført mastektomi kan by på flere utfordringer i praksis. Tid er en faktor som kan føre til at seksualitet er et tema som blir nedprioritert av sykepleiere, da andre tema, som for eksempel smerter blir sett på som viktigere. Å sette av tid til å finne ut om pasienten ønsker å få informasjon om seksualitet

kan være en start for videre samtale om temaet. I tillegg kan det for noen være vanskelig dersom aldersforskjellen mellom sykepleier og pasient er stor. En ung og nyutdannet sykepleier kan finne det utfordrende å ta opp problemer rundt seksualitet med en eldre brystkreftpasient, enten på grunn av egen sjenanse, eller fordommer om at dette er et område pasienten selv ikke prioriterer eller ønsker å snakke om. Sykepleiere må bli bedre på å legge fra seg egen sjenanse og fordommer rundt seksualitet. Ærlighet om at bivirkninger knyttet til seksualitet er et tema man ikke har mye kunnskap og erfaring om er også viktig slik at man ikke deler ut informasjon som gjerne ikke stemmer med virkeligheten. Å være bevisst å ikke gå ut over egen kompetanse er viktig som sykepleier, og sykepleieren bør i slike situasjoner henvise videre til noen som har mer kunnskap.

## 5.2 Metodediskusjon

Noen av artiklene jeg har valgt har et relativt lite utvalg av deltakere, men jeg har likevel inkludert disse da de bidrar til å belyse problemstillingen. Resultatene fra artiklene sier noe om hvordan sykepleier kan gi informasjon om problemer knyttet til seksualitet hos brystkreftpasienter, og hva slags informasjon det er ønskelig for pasientene å motta. Ingen av artiklene fokuserer direkte på seksuelle problemer som kan oppstå hos brystkreftpasienter som har utført mastektomi, men de nevner endret kroppsbilde og denne endringens konsekvens på seksualiteten, som bivirkning som følge av brystkreftbehandling – noe som de fleste som har utført mastektomi kjenner på (Kreftforeningen, u.å.).

Oppgaven fokuserer på hvordan sykepleier kan gi informasjon og veilede brystkreftpasienter om bivirkninger fra behandling som påvirker seksualiteten. I kapittel 2.6 gis det en forklaring av PLISSIT-modellen, og det var ønskelig å finne artikler som tok i bruk dette verktøyet. Søkene som ble utført fant likevel ingen godt skrevne artikler som tok i bruk PLISSIT-modellen, og det er tenkelig at modellen kanskje ikke er mye brukt i praksis.

Studiene er gjort i vestlige land, og oppgaven tar ikke for seg kulturelle eller religiøse aspekter, ei heller om kvinnenes legning. Funnene som er identifisert i oppgaven kunne generaliseres til en større del av befolkningen dersom den hadde tatt hensyn til dette.

## 6.0 Konklusjon

«Hvordan kan sykepleier gi informasjon og veiledning om seksualitet hos brystkreftpasienter som har utført mastektomi?» Denne litteraturstudien har funnet at kvinner som har gjennomgått brystkreftbehandling har flere utfordringer knyttet til seksualiteten på ulike aspekter. Kvinner som har gjennomgått kirurgisk fjerning av et bryst har behov for å samtale om bekymringer knyttet til seksualiteten, da mastektomi påvirker kvinnens selvbilde og dermed også seksuallivet. På toppen av dette har flesteparten av disse kvinnene et udekket informasjonsbehov - på tross av juridiske rammer, og de fleste har et ønske om at helsepersonell skal ta initiativ til samtale om seksualitet.

Det sees å være nødvendig med egenskaper som tillit, empati og god relasjon til pasienten når sykepleier skal samtale om seksualitet med brystkreftpasienter. Sykepleieren bør undersøke om det er ønskelig for pasienten å snakke om seksualitet, finne ut om hun har noen bekymringer knyttet til dette, og gi konkret informasjon om hvordan behandling kan påvirke seksualiteten og seksuallivet. Individuelle behov og ønsker bør tas høyde for på måten informasjonen skal gis, blant annet om kvinnen ønsker å ha partner til stede. PLISSIT-modellen kan tas i bruk av sykepleiere som når de skal legge til rette for samtale om seksualitet. Likevel er det flere faktorer som kan gjøre informasjonsgivningen utfordrende for sykepleiere i praksis, som blant annet tid, lite erfaring og flauhet rundt temaet. Seksualitet er fremdeles et tema mange syntes det er vanskelig å samtale om, og det bør rettes fokus mot å ufarliggjøre denne type samtale. Sykepleiere bør bli bedre på å legge vekk egne fordommer og flause rundt temaet seksualitet, slik at de kan gi informasjon og veiledning om temaet til brystkreftpasienter. Henvisning videre ved manglende kompetanse er viktig for å sikre tilstrekkelig og korrekt informasjon for pasienten. Større fokus på å kommunisere om seksualitet på sykepleiestudiet og i praksis kan være en start, slik at det i det minste blir noe alle fremtidige sykepleiere er klar over i møte med pasienter.

## 7.0 Referanseliste

Almås, E. (2004). *Sex og sexologi*. Universitetsforlaget.

Borg, T. (2017). Seksualitet. I Reitan, A, M. & Schjølberg, T, K (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient – Utfordring – Handling* (4. utg. s. 120-131). Cappelen Damm.

Bredal, I, T. (2017). Sykepleieutfordringer ved brystkreft. I Reitan, A, M. & Schjølberg, T, K (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient – Utfordring – Handling* (4. utg. s. 477-485). Cappelen Damm.

Brystkrefteforeningen (u. å.). *Seneffekter*. <https://brystkrefteforeningen.no/om-brystkreft/seneffekter>

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6.utg.). Gyldendal.

De nasjonale forskningsetiske komiteene (2018, 29. oktober). *Hvem er vi og hva gjør vi?*

Den Ouden, M. E. M., Pelgrum-Keurhorst, M. N., Utidehaag, M. & De Vocht, H. M. 2018. Intimacy and sexuality in women with breast cancer: professional guidance needed. *Breast Cancer*, 26, 326-332. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1007/s12282-018-0927-8>

Helsebiblioteket (u.å.). *Kritisk vurdering*. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering>

Helsebiblioteket (2018, 3. mars). *Sjekklistor*.

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

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

Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2016. Hentet fra

[https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi\\_seksuell\\_helse.pdf](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](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_2)

Høgskulen på Vestlandet (2020, 17. april). *Rettleiar for bacheloroppgåva ved fakultet for helse- og sosialvitskap (FHS)*. <https://www.hvl.no/student/eksamen/heimeeksamen-og-oppgaveskriving/rettleiar-for-bacheloroppgava-ved-fhs/>

Kreftforeningen (2020, 26. oktober). *Brystkreft*. <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/brystkreft/#utbredelse-og-overlevelse>

Kreftforeningen. (u.å.). *Kreftformer som ofte påvirker seksuallivet for kvinner*.

<https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/kreft-og-seksualitet/kreftformer-som-ofte-pavirker-seksuallivet-for-kvinner/>

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E. A. & Grimsbø, G. H. (2016). *Grunnleggende sykepleie bind 3: Grunnleggende behov* (3. utg.). Gyldendal.

Langhelle, T. H., Paulsen, A., Fredly, K. & Sekse, R. J. T. (2021, 09. september). *Sykepleiere kan hjelpe pasientene til bedre seksuell helse*. Sykepleien.

<https://sykepleien.no/fag/2021/01/sykepleiere-kan-hjelpe-pasientene-til-bedre-seksuell-helse>

Norsk Sykepleieforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*.

<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven)

[63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven)

Reese, J. B., Beach, M. C., Smith, K. C., Bantug, E. T., Casale, K. E., Porter, L. S., Bober, S. L., Tulskey, J. A., Daly, M. B. & Lepore, S. J. (2017). Effective patient-provider communication about sexual concerns in breast cancer: a qualitative study. *Supportive Care in Cancer*, 25, 3199-3207. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3729-1>

- Reese, J. B., Sorice, K., Lepore, S. J., Daly, M. B., Tulsy, J. A. & Beach, M. C. (2019). Patient-clinician communication about sexual health in breast cancer: A mixed-methods analysis of clinic dialogue. *Patient Education and Counseling*, 102 (3), 436-442. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.10.003>
- Reitan, A, M. & Schjølberg, T, K. (2017). *Kreftsykepleie: Pasient – Utfordring – Handling* (4. utg.). Cappelen Damm.
- Stubberud, D. G., Grønseth, R. & Almås, H. (2016). *Klinisk sykepleie 2* (5. utg.). Gyldendal.
- Thidemann, I. J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Thune, I. (2017). I Reitan, A, M. & Schjølberg, T, K (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient – Utfordring – Handling* (4. utg. s. 463-474). Cappelen Damm.
- Ussher, J, M., 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. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.0610.x
- WHO (2009). *Gender and human rights. About sexual health*. Who.int (25.09.2009).



## 8.0 Vedlegg

### 8.1 Vedlegg 1: PICO-skjema

P	I	C	O
Breast cancer	Communication		Sexuality
Breast cancer surgery	PLISSIT		Intimacy
Breast cancer treatment	Nurse		Sexual education
Breast cancer patients	Information		Sexual well-being
Mastectomy	Sex counseling		Body image
Breast neoplasms	Nursing interventions		Sexual
Treatment	Intervention		Needs
			Sexual health
			Sexual dysfunction

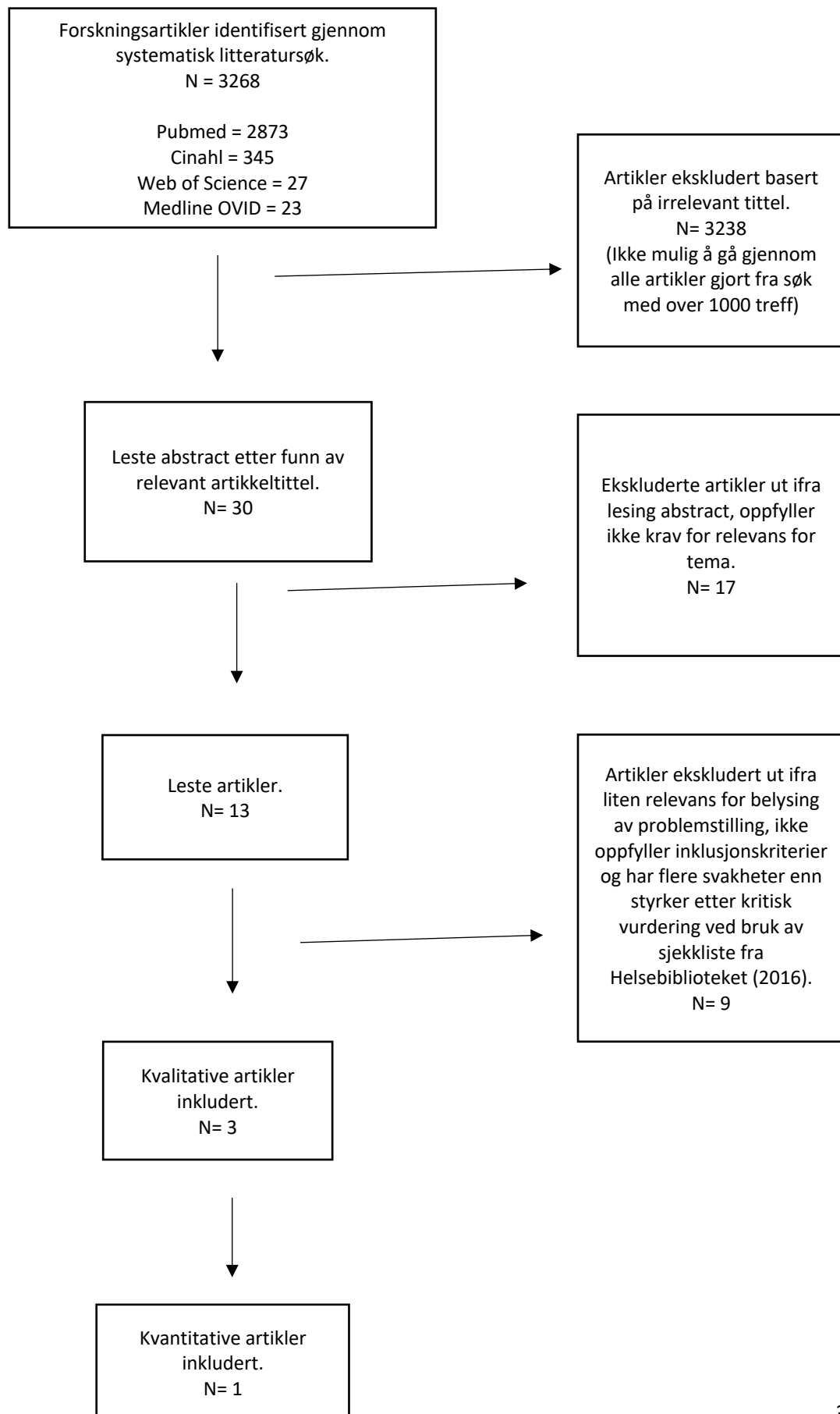
## 8.2 Vedlegg 2: Søkehistorikk

Søkedato	Søk nummer	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Inklusjonskriterier i søket	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Artikler inkludert
9/10-20	1	PubMed	Breast cancer treatment AND sexual health AND nurse	< 5 år	65	3	3	«Intimacy and sexuality in women with breast cancer: professional guidance needed”
12/10-20	2	PubMed	Breast cancer patients AND sexuality AND nurse	< 5 år	69	1	0	0
12/10-20	3	PubMed	Breast cancer patients AND intimacy OR sexuality AND treatment AND communication	< 5 år	1801	2	2	«Patient-clinician communication about sexual health in breast cancer: A mixed-methods analysis of clinic dialogue”
27/10-20	4	CINAHL	Breast cancer AND masectomy AND sexual dysfunction	< 5 år	309	1	0	0
27/10-20	5	Web of science	Mastectomy AND sexual dysfunction AND communication	< 5 år	3	1	1	0
27/10-20	6	PubMed	Mastectomy AND sexual health OR intimacy AND communication	< 5 år	211	1	0	0
27/10-20	7	PubMed	Mastectomy AND sexuality AND nurse	< 5 år	18	2	1	0

27/10-20	8	PubMed	Mastectomy AND body image AND communication	< 5 år	9	1	0	0
28/10-20	9	CINAHL	Breast neoplasms AND sexual well-being AND information	< 10 år	6	1	1	“Information needs associated with changes to sexual well-being after breast cancer”
28/10-20	10	PubMed	Mastectomy AND sexual education	< 5 år	34	5	2	0
28/10-20	11	Web of Science	Breast cancer surgery AND sexual health AND information	< 10 år	24	2	1	0
11/11-20	12	MEDLINE Ovid	Breast Neoplasms AND Sex Counseling	<5 år	1	1	1	0
11/11-20	13	MEDLINE Ovid	Sexual health AND Breast Neoplasms	<5 år	22	2	0	0
11/11-20	14	CINAHL	S1: MM “Sexual Health” S2: MM “Sexuality+” S3: S1 OR S2 S4: MH “Mastectomy+” S5: MH “Breast neoplasms+” S6: S4 OR S5 S7: MM “Nursing Interventions” S8: “Intervention” S9: S7 OR S8 S10: S3 AND S6 AND S9	<5 år	S1: 2,074 S2: 14,083 S3: 15,431 S4: 7,837 S5: 86,015 S6: 87,276 S7: 3,275 S8: 288,947 S9: 290,640 S10: 27	1	1	«Effective patient-provider communication about sexual concerns in breast cancer: a qualitative study”
23/11-20	15	PubMed	Breast cancer AND sexual AND needs	<10 år	165	3	0	0

7/1-21	16	PubMed	Sexual health AND breast cancer patients	<10 år	501	3	0	0
--------	----	--------	--	--------	-----	---	---	---

## 8.3 Vedlegg 3: Flytskjema



## 8.4 Vedlegg 4: Litteratormatrise

Forfatter(e) Publiseringsår Tidsskrift Land	Tittel på artikkel	Type studie	Hensikten med studien	Metode	Utvalg/populasjon	Hovedfunn/resultater	Redegjort for etiske overveielser	Styrker og svakheter
Reese, J. B., Beach, M. C., Smith, K. C., Bantug, E. T., Casale, K. E., Porter, L. S., Bober, S. L., Tulsky, J. A., Daly, M. B. & Lepore, S. Tj.  (2017).  <i>Support Cancer Care.</i>  USA	Effective Patient- Provider Communication about Sexual Concerns in Breast Cancer: A Qualitative study	Kvalitativ studie	Studien hadde som formål å undersøke pasienters og helsepersonells erfaringer og preferanser relatert til kommunikasjon om bekymringer knyttet til seksualitet hos brystkreftpasienter, med mål om intervensjonsinformasjonens utvikling.	Pasientdata ble hentet fra fokusgrupper og intervjuer fra kvinner med partner og kvinner uten partner som er behandlet for brystkreft og har rapportert bekymring knyttet til seksualiteten. Helsepersonelldata ble samlet inn fra intervjuer med brystkreft «onkologer» og sykepleiere.	Pasientutvalget ble rekruttert fra et kreftsenter. Utvalget representerer pasientene som blir behandlet ved senteret. Voksne kvinner med en brystkreftdiagnose var kvalifiserte hvis de hadde mottatt noen form for behandling for brystkreft og scorete høyere enn 3 på et skjema som omhandlet bekymringer knyttet til seksualiteten.  Medisinske kreftonkologer som behandler brystkreftpasienter (leger eller sykepleiere) var kvalifiserte til å være med i studien.	Funnene fra studien viser at det er individuelle og institusjonelle barrierer som hindrer effektiv kommunikasjon om bekymringer knyttet til seksualiteten. Resultatene fremhever en positiv relasjon mellom pasient og helsepersonell som en nøkkel til kommunikasjonen. I tillegg finner resultatene at helsepersonell i størst grad ønsker at pasientene skal ta opp temaet, mens pasientene ønsker det motsatte. Pasientene foretrakk en åpen og samarbeidende samtale, mens helsepersonell ønsket å ha en målrettet intervensjon, som å finne ut hva slags type problem pasientene har, og eventuelt henvise videre. Forfatterne av studien utviklet en modell som skal gi effektiv kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient i samtale om bekymringer/problemer knyttet til seksualitet.	Ja	Artikkelen er fagfellevurdert. Studien ser på både pasienters og helsepersonells erfaringer, og dermed får man sett begge perspektiv. Studien tar for seg egne svakheter, følger etiske retningslinjer og er fagfellevurdert.  Utvalget er hovedsakelig basert på kvinner med høyere utdanning, heteroseksuelle kvinner og «hvite» kvinner. Flestparten av de deltagende kvinnene har partner, og resultatene kan derfor ha blitt påvirket av dette. I tillegg er rekrutteringen gjort ut ifra hvem som viste interesse for å delta i studien. Det var et relativt lite utvalg av både pasienter (n=28) og helsepersonell (n=11).  Flestparten av de deltagende kvinnene hadde gjennomført mastektomi med rekonstruksjon, og noen hadde gjennomført mastektomi uten rekonstruksjon. Pasientene i studien er representativt for å svare på problemstillingen i oppgaven min.
Den Ouden, M. E. M., Pelgrum- Keurhorst, M. N., Uitdehaag, M. J. & De Vocht, H. M.  (2018)  <i>Breast Cancer</i>  Nederland	Intimacy and sexuality in women with breast cancer: professional guidance needed	Kvalitativ studie (Kvalitativ og kvantitativ metode)	Hensikten med studien er å undersøke informasjons- og kommunikasjonspreferanser med helsepersonell om temaene intimitet og seksualitet hos kvinner diagnostisert med brystkreft.	Medlemmene (som oppfylte inklusjonskriteriene) i den nederlandske brystkreftforeningen ble invitert til å fylle ut et elektronisk spørreskjema. Spørreskjemaet inneholdt 5 lukkede spørsmål og et åpent spørsmål som undersøkte om de hadde mottatt informasjon om seksualitet, hva slags helsepersonell de ønsket å få informasjon fra, og metode og timing for samtale om intimitet og seksualitet. Spørreskjemaet lå ute i 2 uker i desember 2014. Det ble ikke sendt ut påminnelse for å svare, med bakgrunnen av retten til å ikke delta. Undersøkelsen var anonym med en gang deltakerne fylte ut spørsmålene, og dataene ble lagret i en sikker og hemmelig fil ved det vitenskapelige universitetet.  Kvantitative data ble analysert gjennom deskriptiv statistikk. Forfatterne har kombinert kvantitativ med kvalitativ data.	Utvalget er hentet fra den nederlandske brystkreftforeningen «Borstkankervereniging Nederland (BVN), med over 6000 medlemmer. B-Force er en del av BVN og fungerer som en nettbasert plattform der medlemmene kan gi sine erfaringer om brystkreftomsorg i Nederland. Det er medlemmene i B-Force som er spurt om å delta i undersøkelsene (ca. 1800 medlemmer).  Det er kun kvinner som ble inkludert i studien.	Studien finner ut at 46% av kvinnene i studien følte at den informasjonen de fikk møtte behovet deres. De aller fleste ønsket å få informasjon fra en sykepleier (66,4%). Den mest foretrukne måten å få informasjon på var sammen med partner (51,6%), eller en personlig samtale med en profesjonell. Respondentene understreket viktigheten av timing for samtale om seksualitet og intimitet, ved alle steg i sykdommen, men helst kort tid etter at behandlingen begynner. Kvinnene i studien ønsket helst at helsepersonellet skulle ta initiativ til samtale om temaet.	Ja	Studien har et relativt stort utvalg (n=667), men rekrutteringen er gjort ut ifra den nederlandske kreftforeningen, og det er derfor vanskelig å si om funnene kan generaliseres til en større del av befolkningen. Flestparten av deltakerne har høyere utdanning og i snitt lav alder.  Spørsmålene som ble brukt i studien var ikke validert.  Artikkelen er fagfellevurdert. Studien gjør rede for egne svakheter.
Reese, J. B., Sorice, K., Lepore, S. J., Daly, M. B., Tulsky, J. A. & Beach, M. C.	Patient- Clinician Communication about Sexual Health in Breast Cancer:	Kvalitativ studie	Studien undersøker forekomsten og innholdet av kommunikasjonen om seksuell helse mellom	Det ble gjort lydopptak av samtale pasientene hadde med legen sin på en poliklinisk oppfølgingstime. I tillegg svarte deltakerne på et selvrapporteringsskjema etter timen.	Brystkreftklinikere ved medisinsk onkologisk klinikk ved Fox Chase Cancer Center ble spurt om å delta i studien. Av helsepersonellet som deltok i studien var 5 medisinske	Resultatene fra studien viser at 1/3 av kvinnene i studien rapporterte problemer knyttet til seksualiteten, og hos disse kvinnene fant samtale om seksualitet sted i 45% av tilfellene.	Ja	Studien ser på både pasienters og helsepersonells erfaringer. Begge fikk en belønning (penger) for å delta i studien – noe som kan påvirke motivasjonen til deltakelsen.  Et noe stort utvalg til å bruke kvalitativ metode, 67 pasienter og 7 helsepersonell (hvorav en var sykepleier). Flestparten av

<p>(2019)</p> <p><i>Patient Education and Counseling</i></p> <p>USA</p>	<p>A Mixed-Methods Analysis of Clinic Dialogue</p>		<p>brystkreftpasienter og helsepersonell.</p>		<p>onkologer (kreftlege), 1 sykepleier og 1 «physician assistant». 4 av disse var kvinner. 4 av de hadde færre enn 5 års erfaring, 1 hadde 5-10 års erfaring mens 1 hadde mer en 15 års erfaring.</p> <p>Pasientene i studien er valgt ut ifra om de hadde en brystkreftdiagnose i hvilket som helst stadie, og at de var pasienter av helsepersonellet som var med i studien. I tillegg måtte de ha oppfølgingstimer, og motta behandling for brystkreft eller vært ferdig med behandling for brystkreft innen 10 år. Kvinner som ikke kunne engelsk, hadde dårlig fysisk funksjon eller hadde psykiske eller kognitive lidelser ble ikke inkludert. Pasientene i studien ble identifisert gjennom helsepersonellets lister, og gjennom journalen deres for å se om de kunne inkluderes. De ble rekruttert på oppfølgingstimer med tillatelse fra helsepersonellet.</p>	<p>I 40% av samtalen var det samtale om seksuell helse. 70% av alle samtalen om seksuell helse ble initiert av helsepersonell.</p> <p>De vanligste temaene som ble diskutert i dybdesamtaler var seksuell inaktivitet, kroppsbilde, tørr skjede og sikkerheten av samleie.</p>		<p>pasientene var «hvite», hadde høyere utdanning og hadde partner, og det kan derfor være vanskelig å generalisere resultatene til en større del av befolkningen.</p> <p>En god del av pasientene hadde utført mastektomi, og i tillegg hadde de fleste også gjennomført adjuvant behandling med enten cellegift, strålebehandling eller hormonell behandling – og utvalget er derfor representativt for problemstillingen min.</p> <p>Artikkelen er fagfellevurdert. Denne studien gjort av mange av de samme forfatterne som har utført en annen inkludert artikkel. Fordelen med dette kan være at de har god innsikt i temaet da de har forsket på dette tidligere, men de kan også ha blitt påvirket av tidligere funn de har gjort.</p>
<p>Ussher, J. M., Perz, J. &amp; Gilbert, E.</p> <p>(2012)</p> <p><i>The Journal of Advanced Nursing (JAN)</i></p> <p>Australia</p>	<p>Information needs associated with changes to sexual well-being after breast cancer</p>	<p>Kvalitativ studie (kvantitativ og kvalitativ metode).</p>	<p>Undersøker behovet for informasjon om seksualitet, erfaringer rundt slik informasjon og pasientkommunikasjon om seksualitet med helsepersonell, etter brystkreft.</p>	<p>Det er brukt både kvantitativ og kvalitativ metode, altså en blandet metode. Det er brukt en elektronisk spørreundersøkelse med lukkede og åpne spørsmål.</p> <p>Undersøkelsen var designet til å undersøke fysiske og psykologiske forandringer i seksualiteten, behovet for informasjon knyttet til seksualitet, erfaringer med å få informasjon om dette, og om deltakerne er tilfreds med kommunikasjonen og informasjonen rundt seksualitet.</p>	<p>Deltakerne er hentet fra den australske brystkreftforeningen (Breast Cancer Network Australia). Inklusjonskriteriene er at deltakerne måtte være over 18 år, har eller har hatt brystkreft.</p> <p>Deltakerne ble spurt om å delta i studien via mail, med en link til en elektronisk undersøkelse om seksualitet etter brystkreft. Det var 2210 deltakere som ble inkludert, og 1965 som svarte på alle spørsmålene (88,9% svarrespons).</p>	<p>85% av deltakerne rapporterte forandringer i seksualiteten etter brystkreften, hvorav 68% ønsker informasjon om disse forandringer, helst skriftlig. Deltakerne ønsket helst informasjon om fysiske forandringer, seksuell respons, relasjonsproblemer, psykologiske konsekvenser og kroppsbilde og identitet. Kun 41% av de som deltok i undersøkelsen hadde fått informasjon rundt disse temaene.</p>	<p>Ja</p>	<p>Studien tar høyde for egne svakheter. Utvalget er gjort fra den australske brystkreftforeningen, og kvinnene i studien er hovedsakelig heteroseksuelle, «anglo-australian» og blitt diagnostisert med brystkreft innen de fire siste årene. Funnene er gjerne derfor ikke representative for andre kulturer, homoseksuelle eller for kvinner som har blitt diagnostisert med brystkreft for mer enn 4 år siden.</p> <p>Studien har et stort utvalg (n=1965). Det foreligger ingen informasjon om hva slags type behandling kvinnene har fått.</p> <p>Artikkelen er fagfellevurdert.</p> <p>Studien er inkludert da den forteller noe om preferanser for informasjon om seksualitet, og hvilke utfordringer rundt seksualitet som er ønskelig å få informasjon om.</p>