



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

SYKB390-O-2023-VÅR-FLOWassign

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	03-05-2023 12:00 CEST	<b>Termin:</b>	2023 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	12-05-2023 14:00 CEST	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave		
<b>Flowkode:</b>	203 SYKB390 1 O 2023 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	269
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	7998
----------------------	------

**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

<b>Gruppenavn:</b>	(Anonymisert)
<b>Gruppenummer:</b>	11
<b>Andre medlemmer i gruppen:</b>	309

Jeg godkjenner avtalen 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

**Forglemmegei: Det seksuelle aspektet ved brystkreft**

**Forget-me-not: The sexual aspect of breast cancer**

**Kandidatnr. 269 & 309**

Bachelor i sykepleie

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Innleveringsdato: 12.05.2023

Antall ord: 7998

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

## Seksualitet

*Seksualitet er en integrert del av ethvert menneskes personlighet; mann, kvinne og barn. Seksualiteten er et grunnbehov som utgjør et aspekt av å være menneske, og som ikke kan skilles fra andre livsaspekter. Seksualitet er ikke det samme som samleie eller evnen til å oppnå orgasme, og er heller ikke summen av hele vårt erotiske liv. Alt dette kan være en del av vår seksualitet, men behøver ikke å være det. Seksualitet omfatter så mye mer, den finnes i energien som driver oss til å søke kjærlighet, kontakt, varme og nærhet. Den uttrykkes i det vi føler, hvordan vi beveger oss, hvordan vi berører andre og selv blir berørt. Seksualiteten handler om å være sensuell, så vel som å være seksuell. Seksualiteten påvirker altså våre tanker, følelser, handlinger, og vårt samspill med andre mennesker.*

(Johansen et. al, 1998, s. 23)

Utdraget er WHO sin tidligere definisjon på seksualitet fra 1986 og illustrerer at seksualitet er et kompleks aspekt ved mennesket som påvirker store deler av livet.

# Abstract

**Background:** Breast cancer is the most common type of cancer for women on a worldwide basis. With increasing rates of breast cancer survival, women live longer with the side effects of treatment. Patients can experience both physical and psychological challenges related to sexuality after breast cancer treatment, making them in need of information and guidance. Our thesis aims to shed light on the influence nurses have in guiding breast cancer patients and how they can take care of the patients' informational needs.

**Research question:** In what ways can nurses inform and guide breast cancer patients to help maintain their sexual health after undergoing treatment?

**Method:** The chosen method is a literature review, using academic literature and articles found through a systematic literature search in medical databases. Five articles are included, supplemented by books from the nursing curriculum and books found in Oria.

**Results:** Literature and chosen articles present findings regarding breast cancer patients' dissatisfaction with the information they receive from healthcare professionals. They are given insufficient information about the impact of the treatment on their sexual health. Studies point to several challenges that prevent sexual health from being prioritized by healthcare professionals.

**Conclusion:** Nurses have an important role in educating and informing breast cancer patients about sexual health in regard to their treatment. The information must be tailored according to patients needs and preferences in order to be applicable in their daily lives. Furthermore, healthcare personnel have to be sufficiently trained in order to utilize their skills and knowledge toward educating patients. If such measures are not taken, meeting patients' needs becomes challenging and can contribute to sexuality becoming a forgotten aspect of survivorship.

## Innholdsfortegnelse

Tabeller og figurer: .....	5
<b>1.0 Innledning .....</b>	<b>5</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	2
1.2 Problemstilling .....	2
1.3 Avgrensning av oppgaven .....	2
1.4 Begrepsavklaring .....	3
<b>2.0 Teoretisk kunnskapsgrunnlag .....</b>	<b>3</b>
2.1 Brystkreft .....	3
2.2 Behandlingens påvirkning for seksuallivet .....	4
2.3 Joyce Travelbees sykepleieteori .....	5
2.4 Kommunikasjon om seksuell helse .....	6
2.4.1 Kommunikasjonsutfordringer .....	7
2.5 Sykepleierens helseveiledning .....	8
2.5.1 Sykepleierens funksjoner og ansvarsområde .....	8
<b>3.0 Metode .....</b>	<b>9</b>
3.1 Design .....	9
3.2 Søkeprosess .....	9
3.3 Kritisk vurdering av artikler .....	13
3.4 Analyse og syntese .....	14
3.5 Etske vurderinger .....	14
<b>4.0 Resultater .....</b>	<b>14</b>
4.1 Mangelfull informasjon om seksuelle bivirkninger og seneffekter .....	15
4.2 Preferanse for informasjonsgivning .....	15
4.3 Hindringer for å samtale om seksuell helse .....	16
4.4 Sykepleierens veiledning .....	16
<b>5.0 Diskusjon av resultat .....</b>	<b>17</b>
5.1 Mangelfull informasjon om seksuelle bivirkninger og seneffekter .....	17
5.2 Preferanse for informasjonsgivning .....	19
5.3 Hindringer for å samtale om seksuell helse .....	21
5.4 Sykepleierens veiledning .....	22
5.5 Diskusjon av metode .....	24
<b>6.0 Oppsummering og implikasjon for praksis .....</b>	<b>25</b>
<b>7.0 Litteraturliste</b>	
<b>Vedlegg:</b>	
Vedlegg 1: PRISMA flow diagram	
Vedlegg 2: Litteraturmatrikse .....	31

## Tabeller og figurer:

Tabell 1: PICO og MeSh

Tabell 2: Artikler fra referanselister

Tabell 3: Søkehistorikk for søk i CINAHL

Tabell 4: Søkehistorikk for søk i MEDLINE

Tabell 5: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

## 1.0 Innledning

Brystkreft, *cancer mammae*, er den hyppigst forekommende kreftformen hos kvinner på verdensbasis - over 2,2 millioner kvinner fikk en brystkreftdiagnose i 2020 (World Cancer Research Fund International, 2022). Forekomsten av brystkrefttilfeller øker stadig med en dobling av tilfeller de siste 50 årene (Thune, 2017, s. 463). Overlevelsen etter brystkreft har steget som følge av økt fokus på screening, patogenese og behandling av sykdommen. Det er estimert at ni av ti norske kvinner er i live fem år etter diagnosetidspunktet (Thune, 2017, s. 463-468). Brystkreftbehandling kan bestå av kombinasjoner av kirurgi, stråleterapi, kjemoterapi og antihormonell behandling. Behandlingsmetodene gir økt sannsynlighet for overlevelse, men fører også med seg bivirkninger og seneffekter som kvinnene skal leve med (Thune, 2017, s. 463-468). Dette kan medføre en rekke utfordringer knyttet til kvinnes seksualitet og seksuelle helse (Kreftregisteret, 2022).

Seksualitet har lenge vært et tabubelagt tema i samfunnet. Det har siden 1970-tallet foregått en gradvis endring der samfunnsmessige faktorer knyttet til juridiske føringer, moralske endringer og holdninger har bidratt til større åpenhet om seksualitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 25). Det er et økende fokus for å bedre seksuell helse i den norske befolkningen, med mer åpenhet knyttet til seksuell orientering og mangfold. En ser også betydningen seksuell helse har for et godt liv. Til tross for at oppmerksomhet rundt seksualitet viser en positiv utvikling for seksuell helse og livskvalitet, rapporteres det om manglende tematisering innen helse- og omsorgstjenestene. Dette omhandler utilstrekkelig informasjon rundt seksuelle problemer ved sykdom i forbindelse med behandling, oppfølging og rehabilitering (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 10).

Seksuell helse diskuteres i liten grad innenfor helsesektoren, med mindre det er forbundet med reproduksjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 27). I 2014 ble det utført en undersøkelse på et norsk sykehus der 90 % av de ansatte oppga at de hadde manglende grunnlag for å snakke om seksualitet ved sykdom (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 43). I regjeringens strategi for seksuell helse er det derfor et hovedmål innenfor helse- og omsorgstjenesten å “sikre kunnskap om og ivaretagelse av seksuell helse” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 8).

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

I omsorgsarbeidet er det nærmest uunngåelig å møte på seksuelle problemstillinger (Sigaard, 2003, s. 48). Seksualitet er et tema som kan være vanskelig å forholde seg til, og hvordan man som helsepersonell er rustet til å møte slike situasjoner kan ha betydning for pasientens livskvalitet i ettertid av behandling. Våre erfaringer er at temaet sjelden adresseres i samtale under behandling i sykehus, selv i tilfeller der vi mener det har vært viktig. Vi ønsker derfor å rette oppmerksomheten rundt det seksuelle aspektet hos kvinner med brystkreft.

Sykepleierens veiledende rolle er viktig for å formidle informasjon om pasientenes sykdom, behandling og bivirkninger. Oppgaven tar derfor for seg sykepleierens veiledning til kvinner som er diagnostisert med brystkreft- og seksuell helse i møte med helsevesenet.

## 1.2 Problemstilling

Hvordan kan sykepleiere informere og veilede brystkreftpasienter for å ivareta deres seksuelle helse?

## 1.3 Avgrensning av oppgaven

Oppgaven er avgrenset til å omfatte kvinner i et parforhold som har gjennomgått brystkreft. Det var ønskelig å undersøke seksuell helse hos premenopausale kvinner, aldersgruppen er dermed 18-45 år. Partnerens betydning for kvinnenens seksualitet var også av interesse. Videre handler oppgaven om sykepleierens veiledning til denne pasientgruppen med formål å ivareta deres seksuelle helse. Andre faktorer som kan være relevante for helseveiledning er



ekskludert, blant annet seksuell legning, komorbiditet, religiøse og kulturelle forskjeller. Det er ikke gjort avgrensninger på hvilken behandling pasienten har fått, for å utforske et stort omfang av pasienter. Oppgaven tar utgangspunkt i sykehuset som møtepunkt, da dette ofte er arenaen for oppfølging etter gjennomgått behandling.

## 1.4 Begrepsavklaring

**Seksualitet** er et komplekst begrep, helsepersonell må derfor forholde seg til en bred definisjon og forståelse for begrepet. Alle mennesker, uavhengig av alder og livssituasjon, er seksuelle individer (Borg, 2017, s. 120). Ifølge Jerpseth (2016, s. 24) er seksualitet et iboende behov som er integrert i personligheten til mennesket. Det er også grunnlaget for reproduksjon og påvirker menneskets relasjoner til hverandre, samt intimitet, følelser og identitet.

**Seksuell helse** er knyttet til fysisk, mentalt og sosialt velvære i forbindelse med seksualitet. God seksuell helse er en faktor som bidrar til god livskvalitet og å opprettholde en god mental helse (Helsedirektoratet, 2021).

**Veiledning** kan sees på som en profesjonell samtale med hensikt å bistå pasient og pårørende med å mestre helseutfordringer (Christiansen, 2020, s. 14). Helseveiledningen kan utføres gjennom blant annet undervisning, informasjon og rådgivning (Eide & Eide, 2007, s. 332).

## 2.0 Teoretisk kunnskapsgrunnlag

### 2.1 Brystkreft

Brystkreft er en sykdom som oppstår i brystenes kjertelvev ved ukontrollert cellevekst, der hovedsymptomet kjennetegnes av at en knute oppstår i brystvevet. Brystkreft kan også vise seg som metastaser i lymfeknutene og kan spre seg til andre områder i kroppen. Årsaken til sykdommen er sammensatt, og er en kombinasjon av arv, livsstil og hormonelle faktorer (Felleskatalogen, 2020).

## 2.2 Behandlingens påvirkning for seksuallivet

De fleste kreftbehandlinger vil få en betydning for kvinnens seksuelle helse enda kreften ikke er lokalisert i det kvinnelige kjønnsorganet. Det er derfor essensielt at sykepleieren reflekterer om ettervirkningene behandlingen kan få for pasienten (Borg, 2017, s. 125). Bivirkninger kan oppstå kort tid etter oppstart av behandling og være forbigående, men kan også vise seg som seneffekter ved at de vedvarer over lengre tid eller oppstår mer enn ett år etter avsluttet behandling (Helsedirektoratet, 2020). Forventninger til seksuell funksjon etter kreftbehandling har betydning for kvinnens opplevelse av tilfredshet. Mange kvinner vil ha et mål om å ha lik seksuell funksjon og nivå som før sykdommen inntraff. For andre kan forventningene senkes som følge av brystkreften, slik at redusert seksualfunksjon ikke oppleves problematisk (Hess et al., 2018).

Brystkreftpasienter kan oppleve endringer mentalt, så vel som fysisk. Fysiske forandringer som følge av sykdom og behandling kan føre til at det seksuelle uttrykket blir annerledes enn tidligere. For noen kvinner påvirker det selvbildet i den grad at de synes det er vanskelig å forstå at partneren fremdeles finner henne attraktiv. Dette kan endre kvinnens egenopplevelse av seksuell identitet og tilhørende feminitet (Borg, 2017, s. 125). For mange oppfattes brystene som et symbol på feminitet. Kvinner som har gjennomgått mastektomi kan erfare en innvirkning på deres selvtilitt og kroppsbilde, samt seksuelle stimuli og nytelse (Emilee et al., 2010). Behandlingen kan gi nedsatt seksuell lyst som et resultat av selve behandlingen eller i sammenheng med andre seneffekter. Eksempler på dette er depresjon, angst, fatigue eller tørre slimhinner som gjør samleie smertefullt (Hess et al., 2018).

Et velfungerende seksualliv kan være medvirkende til god helse og trivsel, mens seksuelle problemer kan bidra til redusert livsglede, stress og nedsatt mestringsfølelse. For noen kan dette også bidra til samlivsbrudd (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 43). Over halvparten av brystkreftoverlevende kvinner er seksuelt inaktive ifølge Brystkreftforeningen (2022). Manglende informasjon til pasienten om hvordan behandlingen påvirker den seksuelle helsen kan resultere i at pasienten blir unødig engstelig og kan avstå fra å ha et seksuelt liv. En ser at seksuelle utfordringer knyttet til sykdom kan reduseres betydelig hvis

pasienten og en eventuell partner informeres om hvordan situasjonen påvirker seksualiteten (Kristoffersen et al., 2016, s. 395).

Forståelse for betydningen av seksuell helse innenfor helse- og omsorgstjenestene er essensielt for ivaretagelse av pasientens behov. “Når et tema kan oppleves intimt og vanskelig å snakke om, er det desto viktigere at den profesjonelle har nødvendig kunnskap og tillit til egen rolle” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 43). Helsepersonell kan nedprioritere formidling av informasjon for seksualitet, ut fra forståelse av at annen informasjon rundt behandling av sykdommen er viktigere (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 43). Sett fra et holistisk perspektiv skal sykepleiere bidra til å minimere negative konsekvenser av sykdom og tilhørende behandling, en slik tilnærming vil ikke være reell før seksualiteten er tematisert (Borg, 2017, s. 130). Som sykepleier må man derfor ta tak i slike problemstillinger for å kunne forbedre seg på fagområdet (Gamnes, 2016, s. 398).

### 2.3 Joyce Travelbees sykepleieteori

Joyce Travelbee setter søkelys på sykepleierens mellommenneskelige aspekter. Teorien hennes er aktuell for hvordan sykepleiere kan møte mennesker som gjennomgår sykdom og lidelse. Grunntanken til Travelbee går ut på at hvert menneske er et unikt og uerstattelig individ. Selv om alle individer kan ha de samme grunnleggende behovene, kan styrken av disse variere og komme til uttrykk på forskjellige måter (Travelbee, 1999, s. 57). Travelbee beskriver at årsaken til lidelse er integrert i at en bryr seg om noe en mister eller står i fare for å miste. Det å oppleve lidelse er uunngåelig, nettopp fordi det er en del av å være menneske (Travelbee, 1999, s. 64). Sykepleieren må derfor imøtekomme pasientens behov for at han skal kunne finne håp og mening når sykdommen inntreffer (Travelbee, 1999, s. 41). Dette er ifølge Travelbee (1999, s. 35) kjernen i all helsefremmende undervisning.

Etablering av et menneske-til-menneske-forhold kan bli sett på som et viktig bidrag for at den syke skal kunne finne en mening med tilværelsen (Travelbee, 1999, s. 41). Det er fordelaktig at sykepleieren kan sette seg inn i pasientens situasjon i møte med mennesker som opplever sykdom og lidelse. Travelbee tar avstand fra å kategorisere og bruke begrepene “pasient” og “sykepleier”. Hun mener kategoriene er praktiske forenklinger som medfører generaliserte

oppfatninger og stereotypier. På denne måten kan det oppstå et uønsket skille som hindrer god utøvelse av sykepleie fordi en ikke ser selve enkeltmennesket (Travelbee, 1999, s. 64).

Kommunikasjon er et godt verktøy for å kunne yte helsehjelp basert på relasjonen mellom sykepleier og pasient. Det foregår kontinuerlig kommunikasjon mellom sykepleier og pasient, ved samtale og ved stillhet. En kan ikke sette seg inn i hvordan sykdommen påvirker individet uten at en kommuniserer og drøfter med pasienten. Det er først da en får vite hva slags erfaringer og meninger pasientene har knyttet til sin tilstand (Travelbee, 1999, s. 136).

Travelbee beskriver at kommunikasjon kan virke hemmende eller fremmende og peker på ulike årsaker til kommunikasjonssvikt. Hun understreker at kommunikasjonsbrudd ikke er mulig å forhindre, men at den ofte kan oppdages. For å identifisere kommunikasjonsutfordringer, må sykepleieren evaluere sin evne til å kommunisere med de syke. Dette krever tilstedeværelse - både fysisk og psykisk, og sykepleieren må vise interesse for pasientenes perspektiv (Travelbee, 1999, s. 161-166). Videre sier Travelbee (1999, s. 137) at de syke ikke vil dele sine synspunkter dersom de mistenker å bli avvist, ignorert eller latterliggjort.

## 2.4 Kommunikasjon om seksuell helse

For å hjelpe mennesker med seksuelle problemer, må man kunne kommunisere med andre om seksuell helse (Johansen et al., 1998, s. 53). Dette er en forutsetning for å få informasjon og kunnskap om innvirkningene behandlingen har for hverdagen deres. Det er avgjørende at pasienten styrer hvor åpen de ønsker å være om sin seksualitet og om partneren skal inkluderes i samtalen (Jerpseth, 2016, s. 25). I pasientveiledning er det viktig å møte pasientene på deres premisser og respektere deres grenser (Sørensen & Almås 2016, s. 438). Borg (2017, s. 126) skriver at frykten for å tre over grensene kan oppleves som en hindring for å samtale om temaet.

Helsepersonell møter på flere utfordringer innenfor temaet seksuell helse. Det rapporteres om mangel på fagkunnskaper, ferdigheter på området og tid i avdelingen til å holde en slik

samtale (Graugaard et al., 2006, s. 20; Johansen et al., 1998, s. 43). Johansen et al. (1998, s. 43) påpeker at dersom et tema oppleves som vanskelig å snakke om, lar man være å ta det opp i samtale. Fordommene rundt seksualitet vil ikke forsvinne, men snarere styrkes dersom helsepersonell unngår å snakke om temaet (Borg, 2017, s. 126). Videre er det sentralt å være bevisst på verdier og følelser som kommer til uttrykk i samtale. Menneskets holdninger, behov og opplevelse av seksualitet gjenspeiles i samtaler om seksualitet (Johansen et al., 1998, s. 45). For å sikre god kommunikasjon er det avgjørende at helsepersonellet overholder sin profesjonelle holdning i samtale med pasienten. Et reflektert forhold til dette er essensielt for å være fordomsfri og imøtekommende når en kommuniserer om seksualitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 27).

#### 2.4.1 Kommunikasjonsutfordringer

Seksualitet omhandler et dypt personlig aspekt i mennesket, noe som kan føre til kommunikasjonsutfordringer (Johansen et al., 1998, s. 44) Gjennom observasjon av pasientens kroppsspråk og stemmebruk kan man fange opp subtile hint om bekymringer som ikke ellers kommer tydelig til uttrykk gjennom samtale (Eide & Eide, 2007, s. 257). Dersom sykepleier ikke registrerer disse bekymringene vil det ikke være mulig å få til en felles forståelse (Heyn, 2018, s. 16). Kommunikasjonsverktøy som aktiv lytting, åpne spørsmål og bekreftende holdning bidrar til at pasienten lettere kan åpne seg om sine følelser og refleksjoner. En empatisk tilnærming i samtale med pasienten kan også gi en trygghet som senker terskelen for å uttrykke følelser rundt seksualitet (Eide & Eide, 2007, s. 257).

Brystkreftpasienter rapporterer et ønske om at tematikken rundt seksualitet skal adresseres og foretrekker at helsepersonellet tar initiativ til denne samtalen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 43). Kommunikasjonsverktøyet PLISSIT er en rådgivningsmodell som kan benyttes av helsepersonell for å initiere til og veilede i samtale om seksualitet (Graugaard et al., 2006, s. 20). Modellen har fire trinn; P- permission, LI- limited information, SS- specific suggestions og IT- intensive therapy. Disse trinnene legger til rette for å tillate pasienten å samtale om seksualitet, gi pasienten begrenset informasjon, konkrete forslag som er faglig begrunnet og intensiv terapi (Borg, 2017, s. 127). Sykepleieren skal kunne arbeide i de første tre trinnene i modellen, mens trinn fire omhandler kompliserte

seksuelle problemstillinger som krever henvisning til spesialist (Graugaard et al., 2006, s. 20).

## 2.5 Sykepleierens helseveiledning

I dagens helsevesen er det et stort fokus på pasientens perspektiv på sykdom og utfordringer - pasienter er derfor i stor grad en del av sin egen behandlingsprosess. En forutsetning er at pasienten har fått informasjon om valgmulighetene de har i behandlingen (Christiansen, 2020, s. 17). Helseveiledning kan være et godt verktøy for å hjelpe pasienten med å få denne innsikten (Christiansen, 2020, s. 14). Veiledningen har som mål å virke støttende, informerende og motiverende for pasientens mestring av sin sykdom (Christiansen, 2020, s. 80). Ved tilstrekkelig informasjon om behandling kan pasientene gjenvinne kontroll over livet. Det å få informasjon er nødvendig under hele behandlingsprosessen, selv etter at sykdommen er ferdigbehandlet. Pasienten kan erfare å motta for mye eller for lite informasjon på sykehuset og burde derfor ha mulighet til å ha med seg pårørende som støtte til sine konsultasjoner (Sørensen & Almås, 2016, s. 438).

Christiansen (2020, s. 80), skriver om et forbedringspotensial ved formidling av informasjon. Informasjonen burde formidles på en måte som oppfordrer pasienten til å delta aktivt i samtalen og der pasienten veiledes til å selv finne svar på problemstillingen. Informasjonen må være tilpasset pasientens forutsetninger for å kunne motta - og anvende denne. Pasientens subjektive opplevelse av sykdommen og deres sykdomsinnsikt skal ha en sentral rolle i sykepleierens veiledning (Sigaard, 2003, s. 7). En slik pasientorientert veiledning vil kunne bidra til at pasienten i større grad forstår og følger opp det aktuelle helseproblemet (Christiansen, 2020, s. 15).

### 2.5.1 Sykepleierens funksjoner og ansvarsområde

I veiledningen må sykepleieren rette seg etter yrkesetiske retningslinjer som gir klare føringer for profesjonelle holdninger og yrkesutøvelse. Sykepleiepraksisen skal utøves med hensikt å bidra til god helse og forebygge sykdom. Retningslinjene baserer seg på kjerneverdier som

barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskets integritet og verdighet. Dette innebærer å gi pasienten helhetlig omsorg, samt tilrettelegge for håp, mestring og livsmot. Sykepleieren har et faglig, etisk og personlig ansvar for handlingene og vurderingene som blir utført i yrkesutøvelsen. I tillegg til dette har man ansvar for å sette seg inn i det gjeldende lovverket (Norsk sykepleierforbund, 2019).

For å sikre kvalitet i tjenestene skal helsepersonellet rette seg etter juridiske føringer. Sentrale lover og forskrifter er av stor betydning, deriblant helsepersonelloven og pasient- og brukerrettighetsloven. Helsepersonellovens formål er å gi sikkerhet og kvalitet til pasientene, og øke tillit til helse- og omsorgstjenestene (Helsepersonelloven, 1999 §1-1). Som pasient har man rett til å få opplysninger om konsekvenser av sykdommen og behandlingen som tilbys. Helsepersonell har derfor plikt til å gi pasienten informasjon som gir innsikt i deres helsetilstand og helsehjelp. Dette skal bli gitt uoppfordret og inkludere informasjon om mulige risikoer og bivirkninger (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2). Helsepersonellet må følge sine faglige kvalifikasjoner og søke bistand eller henvise pasienten videre ved behov (Helsepersonelloven, 1999, §2-4).

## 3.0 Metode

### 3.1 Design

Metoden som er valgt for bacheloroppgaven er et litteraturstudium med strukturerte litteratursøk i medisinske databaser. Dette er en type studie som baserer seg på en systematisk plan for innsamling av data fra forskningsartikler med kritisk vurdering og sammenfatning av litteraturen (Thidemann, 2019, s. 78).

### 3.2 Søkeprosess

Litteratursøket tok utgangspunkt i en avgrenset problemstilling som ble presist formulert ved bruk av PICO-skjema (tabell 1: "PICO og MeSH"). Søkeordene ble skrevet inn i MeSH - et internasjonalt fagbegrepssystem som oversetter fagord fra norsk til engelsk, for å finne engelsk publisert forskning. I forbindelse med det første søket ble det utført søk i ulike

databaser som ikke ble inkludert i hovedsøket, blant annet PubMed, Google Scholar og Kunnskapspyramiden gjennom helsebiblioteket. I Kunnskapspyramiden ble det funnet relevante systematiske oversiktsartikler der referanselistene ble lest for å få en indikasjon på hvilke søkedatabaser vi ville bruke videre. I tabell 2 presenteres to artikler som ble valgt med videre, etter funn i referanselister fra artikler i det innledende søket.

Tabell 1: PICo og MeSH

<p>Tittel:          Forglemmegei: Det seksuelle aspektet ved brystkreft</p>		
<p>Problemstilling:          Hvordan kan sykepleiere informere og veilede brystkreftpasienter for å ivareta deres seksuelle helse?</p>		
<p>Hva slags type spørsmål er dette:          Erfaringer</p>		
<p>Er det aktuelt med søk i Lovdata etter lover og forskrifter?          Nei</p>		
<p><b>P</b> Pasientgruppe</p> <p>Brystkreftpasient          Partner          Sykepleier</p>	<p><b>I</b> Intervensjon</p> <p>Kommunikasjon          Veiledning          Undervisning          Informasjon</p>	<p><b>Co</b> Kontekst</p> <p>Seksuell helse          Seksualitet</p>
<p><b>P</b></p> <p>Breast cancer (patient)          Partner          Nurse</p>	<p><b>I</b></p> <p>Communication          Guidance          Education          Information</p>	<p><b>Co</b></p> <p>Sexual health          Sexuality</p>



Tabell 2: Artikler fra referanselister

Communication about sexual health with breast cancer survivors: Variation among patient and provider perspectives (Canzona et al., 2016)
Patient-Centered Communication to Address Young Adult Breast Cancer Survivors' Reproductive and Sexual Health Concerns (Gorman et al., 2020)

Videre benyttet vi oss av søkedatabasene Cinahl og Medline for systematiske litteratursøk. Disse søkedatabasene inneholder aktuell forskning på medisinske og sykepleierfaglige grunnlag (Høgskulen på Vestlandet [HVL], u.å). Vi identifiserte søkeordene som beskrives i PICO-skjemaet og benyttet den Boolske operatoren "OR" for søkeordene i hvert av punktene P - I - Co. Unntaket var "breast cancer" som ble inkludert i sin helhet i alle søk. Til slutt ble søkeordene kombinert med "AND" for å gi resultater som inkluderte aktuelle søkeord for hvert punkt i PICO. Tabell 3 og 4 (Søkehistorikk for søk i CINAHL og søkehistorikk for søk i MEDLINE) illustrerer hvordan søkene ble utført. Vi brukte trunkeringer eksempelvis ved "communicat\*" som ga resultater for "communicate" og "communication". Avgrensninger for litteratursøket er beskrevet i tabell 3 og 4.

Tabell 3: Søkehistorikk for søk i CINAHL

Søk	Søkeord	Antall resultater
S1	Breast cancer	107 740
S2	Partner OR Nurs*	987 271
S3	Communicat* OR Educat* OR Inform* or Guid*	1 916 460
S4	Sexual health OR Sexuality	55 753
S5	S1 AND S2 AND S3 And S4	41
5 leste artikler og utvelgelse av 1 artikkel: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sexual Health Needs: How Do Breast Cancer Patients and Their Partners Want Information? (Albers et al., 2019)</li> </ul>		

Avgrensning: Engelskspråklig, omhandler kvinner, publisert mellom 2013- 2023.  
Søket er utført 19.02.2023.

Tabell 4: Søkehistorikk for søk i MEDLINE

Søk	Søkeord	Antall resultater
S1	Breast cancer	333 318
S2	Partner OR Nurs*	895 669
S3	Communicat* OR Educat* OR Inform* OR Guid*	4 225 224
S4	Sexual health OR Sexuality	34 688
S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4	46
7 leste artikler og utvelgelse av 2 artikler: <ul style="list-style-type: none"><li>- No One-Size-Fits-All: Sexual Health Education Preferences in Patients with Breast Cancer (Huynh et al., 2022)</li><li>- A Workshop for Educating Nurses to Address Sexual Health in Patients With Breast Cancer (Smith &amp; Baron, 2015)</li></ul>		
Avgrensning: Engelskspråklig, publisert mellom 2013- 2023. Søket er utført 19.02.2023.		

Det ble gjennomført to hovedsøk i databasene, hvorav det første ble utført i CINAHL og det andre i MEDLINE. Søkene ga totalt 87 søkeresultater og ble kortet ned til tre utvalgte artikler. Denne prosessen innebærte å fjerne duplikater for artiklene i søkene og videre eliminering av artikler gjennom lesing av abstract og artikler. Innsnevringen av søkeresultatene er videre presentert i vedlegg 1 (PRISMA flow diagram). Artiklene er beskrevet i vedlegg 2 (litteratormatrise) med en kort oppsummering av artiklenes hovedpunkter.

### 3.2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier:

Det ble benyttet inklusjons- og eksklusjonskriterier (tabell 5) for å avgrense litteratursøket på en hensiktsmessig måte. Dette gjorde at søkeresultatene var presise for problemstillingen. Artiklene skulle gjelde kvinner i en alder av 18-45 år som hadde gjennomgått behandling for brystkreft. Studiene måtte være publisert på engelsk i internasjonale medisinske databaser. Forskningen hadde begrensning for publiseringstidspunkt på 10 år, altså ikke eldre enn 2013, da vi ønsket å benytte dagsaktuell forskning. For at forskningen skulle være aktuell for det norske helsevesenet, ble det inkludert artikler fra land som deler en vestlig kultur.

Tabell 5: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Pasienter 18-45 år i partnerforhold som har gjennomgått behandling for brystkreft	Pasienter under 18 år
Artikler publisert mellom 2013 - 2023	Artikler publisert før 2013
Fagfelleverdert	Ikke fagfelleverdert
Engelsk publisert	Publisert på andre språk enn engelsk
Fra Europa eller Nord-Amerika	Utenom Europa og Nord-Amerika

### 3.3 Kritisk vurdering av artikler

Artikler som er publisert i MEDLINE og Cinahl er fagfelleverdert ved grundig gjennomlesning og kritisk vurdering av fagpersoner (EBSCO, u.å; MEDLINE, 2022). Det ble også gjennomført kritisk vurdering av artiklene gjennom bruk av sjekklister for vitenskapelige artikler. Dette inkluderte sjekklister for kvalitativ studie og prevalensstudier (Helsebiblioteket, 2016). Vi vurderte på denne måten at artiklenes problemstilling ble besvart på en god måte og at resultatene kunne anvendes i litteraturstudiet. Sjekklistene tok også stilling til artiklenes gyldighet og overførbarhet. Artiklene ble til slutt vurdert på etterprøvbarehet gjennom å identifisere metode, utvalg av deltakere, funn og resultater.

### 3.4 Analyse og syntese

Studiens analyse tok utgangspunkt i Helen Aveyards tematiske analysearbeid (Thidemann, 2019, s. 96-98). Denne metoden ga oss oversikt over gjentakende tema i artiklene som gjenspeiler problemstillingen. Artiklenes resultater ble analysert for å finne tema som oppsummerte hovedfunnene. Temaene fra resultatdelen i artiklene ble sammenfattet under felles overskrifter. Det tematiske analysearbeidet viste at de gjennomgående temaene var: mangelfull informasjon om seksuelle bivirkninger og seneffekter, preferanse for informasjonsgivning, hindringer for å samtale om seksuell helse og sykepleierens veiledning.

### 3.5 Etiske vurderinger

Det er essensielt at data som ble presentert i artiklene overholdt etiske retningslinjer, spesielt når studiene inneholder sensitive opplysninger. Etiske vurderinger ble utført for forskningen som er benyttet i denne oppgaven. Studiene til Albers et al. (2019) og Gorman et al. (2020) beskriver utføring av etiske overveielser for deres studier gjennom etiske komiteer. I de øvrige artiklene er det ikke redegjort for etiske vurderinger (Canzona et al., 2016; Huynh et al., 2022; Smith & Baron, 2015). De valgte artiklene følger HVL sine forskningsetiske retningslinjer, og det er på denne måten tatt hensyn til nasjonale og internasjonale forskningsetiske prinsipper (HVL, 2020). Alle artiklene har innhentet informert samtykke hos deltakerne og dataene i studien er beskyttet for å ivareta deltakernes integritet og anonymitet.

## 4.0 Resultater

Litteratursøket endte med en utvelgelse av 5 artikler som var relevant for oppgavens problemstilling. Det er inkludert to artikler som benytter kvalitativ forskning (Canzona et al., 2016; Gorman et al., 2020) og én med kvantitativ forskning (Albers et al., 2019). De resterende to artiklene bruker metodetriangulering med kvantitativ og kvalitativ forskning (Huynh et al., 2022; Smith & Baron, 2015). Resultatene fra artiklene presenteres gjennom en tematisk fremstilling av sentrale funn som svarer på oppgavens problemstilling.

## 4.1 Mangelfull informasjon om seksuelle bivirkninger og seneffekter

De valgte artiklene viser at behandlingens virkning på seksuell helse ikke blir tilstrekkelig formidlet til pasientene (Albers et al., 2019; Canzona et al., 2016; Gorman et al., 2020; Huynh et al., 2022; Smith & Baron, 2015). En overvekt av kvinnene og deres partner oppga å ikke motta informasjon om bivirkninger som rammet deres seksuelle helse (Albers et al., 2019; Huynh et al., 2022). Tilbakemeldinger fra deltakerne i studien til Huynh et al. (2022), viste at seksuell helse ikke ble tematisert med mindre det var rettet mot reproduksjon. I den samme studien forekom seksuelle bivirkninger hos 93% av deltakerne. Redusert seksuell lyst, vaginal tørrhet og fatigue var de mest fremtredende bivirkningene. De seksuelle problemene påvirket også den psykiske helsen til pasientene og rammet 75% av deltakerne (Huynh et al., 2022). Ytterligere seksuelle helseutfordringer viste seg som smerter, bekymringer rundt endringer i kroppsbildet og intimitetsproblemer med partner (Gorman et al., 2020; Huynh et al., 2022). Mangelfull informasjon førte til at kvinnene var uvitende om at de seksuelle problemene de erfarte var en følge av behandlingen (Canzona et al., 2016; Gorman et al., 2020, Huynh et al., 2022). Dette resulterte i at pasientene unngikk å snakke med helsepersonell om dette, i frykt for at deres seksuelle erfaringer var unormale (Gorman et al., 2020).

## 4.2 Preferanse for informasjonsgivning

Brystkreftpasientene ønsket at helsepersonellet skulle ta initiativ til samtale og gi informasjon om seksuell helse (Albers et al., 2019; Canzona et al., 2016; Gorman et al., 2020; Huynh et al., 2022; Smith & Baron, 2015). Kvinnene etterspurte informasjon om seksuelle bivirkninger og håndtering av utfordringer i intime relasjoner (Huynh et al., 2022). Albers et al. (2019) trekker frem at sykepleier var det foretrukne helsepersonellet å diskutere dette med. Deltakerne i Huynh et al. (2022) og Albers et al. (2019) ønsket i tillegg tilpasset informasjon gjennom brosjyrer, videoer og støttegrupper. Skriftlig informasjon var det foretrukne formatet for eldre kvinner, mens yngre kvinner ønsket informasjon og veiledning gjennom samtale (Huynh et al., 2022).

Flere av artiklene undersøkte hvilket tidspunkt pasientene ønsket informasjon. Tallene fra studien til Huynh et al. (2022) viser at 73% av kvinnene ønsket informasjon om seksuell

helse rundt diagnosetidspunktet. Kvinnene ville ha muligheten til å diskutere temaet flere ganger i løpet av behandlingsforløpet (Albers et al., 2019; Gorman et al., 2020; Huynh et al., 2022). Deltakerne i studien til Gorman et al. (2020) uttrykte at det var viktig at helsepersonell var tilgjengelig for å samtale om seksuelle problemstillinger. Kvinnene satte pris på henvisning til spesialister som kunne møte deres behov når helsepersonellet ikke hadde tilstrekkelig tid til dette.

### 4.3 Hindringer for å samtale om seksuell helse

Artiklene belyste faktorer som gjorde at seksuell helse ble nedprioritert eller personlige barrierer hos helsepersonellet som hindret samtale om seksualitet. Årsaker som begrenset helsepersonell i å ta initiativ til en slik samtale inkluderte at helsepersonellet bevisst unngikk temaet fordi de følte seg uforberedt på å diskutere temaet (Gorman et al., 2020). Mangel på tid og opplæring om behandlingens bivirkninger ble også rapportert som et problem (Albers et al., 2019; Canzona et al., 2016; Gorman et al., 2020; Smith & Baron, 2015).

Helsepersonellens personlige verdier og holdninger var medvirkende som barrierer for å samtale om seksualitet. Dette gikk ut på at de kjente ubehag, flauhet og hadde en frykt for å overgå pasientens personlige grense ved å ta opp temaet (Smith & Baron, 2015). Pasientene tolket at helsepersonellet unngikk denne samtalen ved bagatellisering og nedprioritering av problemene de opplevde (Gorman et al., 2020). Canzona et al. (2016) skriver i sin studie om forskjeller i oppfatninger fra pasientperspektivet og helsepersonellens perspektiv for samtale om seksuell helse. Helsepersonellet oppga at den beste kommunikasjonen foregikk gjennom åpne spørsmål vedrørende livskvalitet, mens pasientene ønsket lukkede spørsmål spesifikt rettet mot seksuell helse.

### 4.4 Sykepleierens veiledning

I studiene presenteres ulike tilnærminger som er gunstige for helseveiledningen. Kvinnene i studien til Gorman et al. (2020) opplevde at kartlegging av seksuelle problemer ikke var innarbeidet i rutine for oppfølgingssamtale etter brystkreft. Deltakerne uttrykte at et standardisert spørreskjema kunne være nyttig for å åpne for samtale rundt seksualitet (Gorman et al., 2020). Det var ønskelig at helsepersonell normaliserte seksuelle

helseutfordringer og at dette var passende å snakke om. PLISSIT- modellen ble presentert i Smith og Barons (2015) studie som et kommunikasjonsverktøy som muliggjør dette. I studiene beskrives det som fordelaktig at helsepersonell hadde en åpen og empatisk tilnærming som tydeliggjorde at de brydde seg om pasientene (Canzona et al., 2016; Gorman et al., 2020). Bruk av blikkontakt og aktiv lytting var derfor viktige hjelpemidler for samtalen (Canzona et al., 2016; Gorman et al., 2020). Pasientene satte pris på at det ble stilt spørsmål om livet utenfor sykdommen og uttrykte et behov for at partneren var til stede under veiledning (Gorman et al., 2020). Albers et al. (2019) viser til at 61% av kvinnene i et parforhold ønsket at partneren skulle inkluderes av helsepersonell om seksuell helse.

Smith og Baron (2015) undersøkte om økt opplæring om seksuell helse for sykepleiere kunne bidra til å dekke informasjonsbehovet til pasientene. Sykepleierne erfarte at tilstrekkelig opplæring om seksuell helse medvirket til økt selvtillit og økt initiativ for å ha samtale om seksualitet før behandlingsstart. Dataene viste at 37 % av sykepleiere tidligere tok initiativ til en slik samtale, sammenlignet med 67 % etter gjennomgått “workshop”. Forfatterne peker også på et økt kunnskapsgrunnlag for seksuell helse der 89 % av sykepleierne kjente seg godt rustet til å samtale om seksualitet etter opplæring (Smith & Baron, 2015).

## 5.0 Diskusjon av resultat

### 5.1 Mangelfull informasjon om seksuelle bivirkninger og seneffekter

Det har i løpet av de senere årene vært en gradvis økning i fokuset på seksuell helse i samfunnet. Til tross for dette påpeker Helse- og omsorgsdepartementet (2016, s. 10) en mangel på oppmerksomhet for temaet i helsesektoren. Seksuell helse nedprioriteres i favør av informasjon om andre aspekter ved sykdommen som oppleves viktigere (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 43). Dette samsvarer med våre erfaringer, der en ofte antar at seksualitet er noe pasienten ikke ønsker å snakke om. På den andre siden er det tilfeller der seksuelle utfordringer kan oppleves som viktig for pasienten, og en unngåelse av temaet kan ha negative konsekvenser for pasienten. Resultatene fra studien til Gorman et al. (2020) understøtter dette - brystkreftpasientene kjente på at deres seksuelle helse ikke ble prioritert da helsepersonellet ikke initierte til en slik samtale. Johansen et al. (1998, s. 43) fremhever at

ubehagelige tema unngås i samtale når det kjennes utfordrende å snakke om. På den andre siden understreker Helse- og omsorgsdepartementet at det er nettopp når slike spørsmål føles intime og vanskelige - at helsepersonellet må våge å møte temaet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 43). Dersom ikke dette gjøres, kan en unngåelse av seksualitet bidra til å styrke fordommene om at seksuell helse er et tabubelagt tema som ikke snakkes om (Borg, 2017, s. 126).

Flesteparten av deltakerne i Albers et al. (2019) og Huynh et al. (2022) studier fikk ikke informasjon om bivirkninger som kunne påvirke deres seksuelle helse, selv ikke da pasientene i studien til Albers et al. (2019) spesifikt etterspurte denne informasjonen. Den manglende informasjonsflyten medførte at flere kvinner var uvitende om at bivirkningene oppsto som følge av kreftbehandlingen (Canzona et al., 2016; Hess et al., 2018; Huynh et al., 2022). En av deltakerne uttrykte det på følgende måte:

I did not realize any of this was because of chemo or...what I went through. [...] I thought it was all age. I don't remember [sexual side effects] ever brought up to even know about it, that this was even a thing. (Huynh et al., 2022)

Når informasjonsbehovet til pasientene ikke blir møtt, kan det føre til at brystkreftpasientene ikke får den veiledningen de trenger for å mestre sin nye hverdag. Dette er motstridende til sykepleierens helsefremmende funksjon som er å imøtekomme pasientenes behov, samt legge til rette for mestring (Travelbee, 1999, s. 35). Mangelfull informasjon om behandlingens ettervirkninger kan føre til at pasienten mister grunnlaget for å ta informerte valg i sin behandling. En slik praksis samsvarer ikke med lovgivningen som presiserer at pasientene uoppfordret skal få informasjon om mulige risikoer og bivirkninger (Pasient- og brukerrettighetsloven §3-2, 1999).

Den manglende informasjonsgivningen er særs ugunstig da mange pasienter opplever fysiske og psykiske bivirkninger som påvirker deres seksuelle helse. I studien til Huynh et al. (2022), erfarte nesten samtlige av deltakerne slike bivirkninger. En ser at det er lite oppmerksomhet på disse utfordringene, og når temaet først tas opp rettes dette mot reproduktiv helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 27). Seksualitet er imidlertid et komplekst begrep som påvirker ulike deler av livet (Johansen et. al, 1998, s. 23). Sykepleieren må derfor være bevisst på seksualitetens innvirkning på kvinnenens fysiske, psykiske og relasjonelle aspekter. Til tross for at seksualitet handler om mer enn bare intimitet, mente flere av kvinnene at dette



området var betydningsfullt (Huynh et al., 2022). Eksempelvis kunne pasientene erfare en endret relasjon til sin partner som et resultat av de fysiske og emosjonelle endringene de erfarte. Flere kvinner i artiklene til Gorman et al. (2020) og Huynh et al. (2022) opplevde intimitetsproblemer med partner og ønsket veiledning for dette. Utfordringene i relasjonen til partner kan være knyttet til endret selvbilde og opplevelse av seksuell identitet. Dette er ifølge Kreftforeningen (u.å) helt normalt ved en brystkreftdiagnose. Spesielt kvinner som har gjennomgått kirurgisk fjerning av brystene vil kunne kjenne på endringer for deres femininitet (Emilee et al., 2010). En kvinne beskrev det slik: “[...] I feel like the most asexual person at this moment in time, you know? Just because of my own self image” (Huynh et al., 2022).

Ordene til denne kvinnen viser en parallell til seksuell inaktivitet etter behandling. Det er rapportert en stor forekomst av dette hos kvinner som har gjennomgått brystkreft (Brystkreftforeningen, 2022). I sammenheng med seksuelle utfordringer kan dette gi økt stressnivå, redusert mestringsfølelse og nedsatt livsglede (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 43). Det å oppleve et tap av sin seksuelle funksjon kan føre til stor smerte, sett i lys av Travelbee (1999, s. 64) sine tanker om at fare for å miste noe betydningsfullt vil føre til lidelse hos mennesket. Slike utfordringer kan reduseres betydelig dersom pasienten og eventuell partner får tilstrekkelig informasjon om følgene behandlingen kan ha for seksualiteten (Kristoffersen et al., 2016, s. 395).

## 5.2 Preferanse for informasjonsgivning

Studiedeltakerne hadde ulike preferanser for hvordan informasjon og veiledning om seksuell helse skulle gjennomføres. Kvinnene ønsket bruk av lukkede spørsmål spesifikt rettet mot seksuell helse (Canzona et al., 2016). Dette ble begrunnet med at det var vanskeligere for kvinnene å ta initiativ til samtale om seksualitet ved å bli stilt åpne spørsmål vedrørende generell livskvalitet, og at temaet derfor ikke ble adressert. Det er imidlertid viktig å ha i tankene at alle kvinner er unike individer og har ulike behov (Travelbee, 199, s. 57). Informasjonen burde derfor tilpasses hver enkelte på bakgrunn av deres preferanser og forutsetninger for å motta informasjonen (Christiansen, 2020, s. 80). Huynh et al. (2022) presenterte i sin studie at yngre kvinner ønsket muntlig informasjon og veiledning for seksuell helse, i motsetning til eldre kvinner som foretrakk skriftlig informasjon. I Albers et

al. (2019) studie kom det fram at fåtallet av pasientene foretrakk muntlig informasjon fra helsepersonell, det er her viktig å merke seg at gjennomsnittsalderen på deltakerne er 60 år. Den yngre generasjonen er antakelig mer komfortable med å snakke om temaet, og viser med dette en endring i samfunnsfokuset for seksuell helse. Det kan samtidig tenkes at det må ligge trygge rammer i bunn for at kvinnene skal åpne seg på området. Dette innebærer trygghet i omgivelsene og tillit til helsepersonellet man henvender seg til.

Under det første møtet mellom pasient og helsepersonell, burde det komme tydelig frem hvem kvinnene kan gå til med sine seksuelle problemstillinger. I Gorman et al. (2020) ble det rapportert at kvinnene ikke visste hvem de kunne forholde seg til på dette området. Ettersom sykepleieren jobber pasientnært og ofte er i kontakt med pasientene må det etterstribes en lav terskel for å diskutere seksuelle problemstillinger med dem. Det kunne imidlertid være utfordrende for pasientene å starte en slik samtale, og pasientene ønsket derfor gjennomgående at helsepersonellet skulle ta initiativ til samtaler om seksuelle helseutfordringer (Albers et al., 2019; Canzona et al., 2016; Gorman et al., 2020; Huynh et al., 2022). I tillegg til samtale med sykepleier, kan det være hensiktsmessig at det er flere informasjons- og veiledningsmuligheter tilgjengelig. Kvinnene i Albers et al. (2019) og Huynh et al. (2022) sine studier etterlyste informasjon gjennom brosjyrer, internett, videoer, støttegrupper og spesialister på seksuell helse.

Somebody might want to really have some literature to read, and somebody else might want to just talk to someone, and somebody else might want to...watch a video on it, and somebody might want to do everything. So I think it's important to have several options available so that you can choose what's most comfortable for you and not what's the most comfortable for the majority. (Huynh et al., 2022)

En slik tilgjengelighet på allsidig informasjon vil kunne bidra til en bedret informasjonsflyt mellom pasient og sykepleier og kan forebygge og begrense seksuelle problemstillinger. Informasjonen må imidlertid gis på et tidspunkt der pasienten er mottakelig for informasjon. For noen kan det bli overveldende å få for mye informasjon i starten (Canzona et al., 2016). Studien til Huynh et al. (2022) viste til at majoriteten av kvinnene ønsket veiledningen for seksuell helse rundt diagnosetidspunktet, mens kvinnene i Albers et al. (2019) hadde en stor overvekt av kvinner som ønsket veiledning på temaet under behandling. Selv om kvinnene i studiene hadde ulike preferanser for når de ønsket å motta opplysninger vedrørende deres seksuelle helse, var det på tvers av studiene et ønske om mulighet til å motta informasjonen

flere ganger i løpet av sykdomsforløpet (Albers et al., 2019; Gorman et al., 2020; Huynh et al., 2022). Det kan være passende at denne informasjonen gis gjentatte ganger slik at pasienten får flere muligheter til å uttrykke sine tanker om temaet. Samtidig kan involvering av partner være en god støtte når det gjelder å forstå informasjonen som blir formidlet av helsepersonellet (Sørensen & Almås, 2016, s. 438).

I studiene gjengis det at partnerens rolle var av stor betydning for kvinnes seksualliv (Albers et al., 2019; Gorman et al., 2020; Huynh et al., 2022). Flertallet av brystkreftpasientene og halvparten av partnerne uttrykte et ønske om partnerens tilstedeværelse under veiledning og informasjon om seksuell helse (Albers et al., 2019). Partnerens deltakelse kan være nyttig for at kvinnene og deres partner skal få en gjensidig forståelse for hverandre vedrørende seksualitet. På denne måten kunne pasienten og partneren drøfte sine bekymringer med hverandre og få rådgivning fra helsepersonell, samt være mer forberedt på utfordringene som kan oppstå.

### 5.3 Hindringer for å samtale om seksuell helse

For å kunne svare på hvordan sykepleiere kan veilede og informere om seksuell helse, må man se nærmere på utfordringene som foreligger. Seksualitet er et svært personlig aspekt av livet som man snakker med de færreste om, noe som kan bidra til kommunikasjonsutfordringer (Johansen et al., 1998, s. 44). Det er ikke mulig å hindre kommunikasjonsvikt, men man kan identifisere hvilke faktorer som fører til dette (Travelbee, 1999, s. 161). Litteraturen og studiene viser til ulike utfordringer som fører til at temaet ikke blir tatt opp. Sykepleiere og annet helsepersonell forteller selv at mangelfulle fagkunnskaper og ferdigheter, samt mangel på tid og opplæring i avdeling, bidrar til at temaet ikke blir omtalt tilstrekkelig ut fra informasjonsbehovet hos brystkreftpasientene (Graugaard, 2006, s. 20; Smith & Baron, 2015). I Smith og Barons (2015) artikkel rapporterte helsepersonellet om personlige egenskaper som kunne hindre at en slik samtale oppstod. Ubehag og frykt for å overgå pasientens grenser ble beskrevet som barrierer for dette. Det er av betydning at en tar hensyn til at pasienten selv styrer hvor åpen de ønsker å være om sin seksualitet. Til tross for dette, burde ikke sykepleierens varsomhet og oppfatning av at situasjonen er ubehagelig overskride pasientens behov for å få snakke om temaet.

En hindring for å samtale om seksualitet var at helsepersonellet og pasientene hadde ulike oppfatninger om hva som kjennetegnet hjelpsom kommunikasjon. Pasientene oppga at helsepersonellet kunne fremstå bagatelliserende og avvisende, mens helsepersonellet selv anså sin kommunikasjon som hjelpsom for pasienten (Gorman et al., 2020). En kvinne i denne studien beskrev sin opplevelse av møtet med det onkologiske teamet på sykehuset slik: “It’s been a little frustrating having these conversations with my doctors. In general I feel a little bit brushed off whenever I have these discussions [...]” (Gorman et al., 2020).

Helsepersonellet var tilsynelatende ikke bevisst på hvordan kommunikasjonen ble oppfattet av pasientene og kunne uttrykke generaliserende holdninger og antakelser overfor pasientene (Gorman et al., 2020). Ved at helsepersonell og pasientene ikke får en felles forståelse, kan de kjenne på en avvisning der sykepleieren ikke fanger opp hint om bekymringene deres. Travelbee (1999, s. 137) bekrefter dette, pasienten vil ikke dele sine refleksjoner dersom hun opplever at det er fare for avvisning eller å bli latterliggjort.

#### 5.4 Sykepleierens veiledning

Sykepleierens veiledning vil kunne styrke pasientens evne til mestring og legge til rette for informert samtykke og medvirkning i sin behandling (Christiansen, 2020, s. 80). I veiledningen burde pasienten være i sentrum og det er vesentlig å ta utgangspunkt i deres målsetting for seksuell funksjon for å ivareta deres seksuelle helse (Hess et al., 2018). En pasientorientert veiledning kan være medvirkende til at sykepleieren ser på pasienten som et medmenneske, og ikke som “bare” en pasient. Dette kan være av betydning for kvinner som gjennomgår brystkreft og har en positiv effekt for menneske-til-menneske-relasjonen som Joyce Travelbee (1999, s. 136) legger vekt på i sine teorier. Travelbees teorier er gamle, men ikke utdaterte. Til tross for at Travelbees fokus ikke er på seksualitet, kan hennes relasjonelle- og kommunikative tilnærminger benyttes for å samtale med pasienter om slike sensitive tema. En god relasjon mellom pasient og sykepleier legger grunnlaget for velfungerende kommunikasjon og samarbeid. Dette forutsetter tilstedeværelse og genuin interesse for mennesket (Travelbee, 1999, s. 161-166). Gorman et al., (2020) og Borg (2017, s. 130) understøtter dette og skriver om at interesse for pasientens liv, samt livet de har utenfor sykdommen, virker positivt for relasjonen i pasientveiledningen.

Sykepleierens veiledningsrolle bygger på deres evne til å kommunisere med andre (Johansen et al., 1998, s. 53). Sykepleierens holdninger og verdier for seksualitet vil kunne prege kommunikasjonen i positiv eller negativ retning. Det er derfor viktig å være bevisst på hvilke holdninger som kommer til uttrykk (Johansen et al., 1998, s. 45). Ved å ta i bruk sine opplærte kommunikasjonsferdigheter, kan sykepleieren være med på å støtte og trygge pasienten. Dette kan vises gjennom bruk av åpenhet, empati og bekreftende kommunikasjon, samt verdier om å pleie hele mennesket (Eide & Eide, 2007, s. 257). I Canzona et al. (2016 og Gorman et al. (2020) oppgis dette som gode verktøy for å kommunisere med pasientene. For å ha en profesjonell tilnærming i møte med pasientene kan de yrkesetiske retningslinjene gi gode føringer for sykepleierens veiledning. Dette gjenspeiler våre erfaringer gjennom sykepleierstudiet som vektlegger yrkesetikk og god kommunikasjon mellom sykepleier og pasient.

En avgjørende faktor for å veilede pasienter, er kartlegging av problemstillingen de står ovenfor. Gorman et al. (2020) beskriver at bruk av et standardisert spørreskjema kunne senke terskelen for å starte en samtale om temaet. Samtidig ville bruken av et slikt spørreskjema kunne benyttes for å enklere kartlegge omfanget av seksuelle utfordringer. Dersom kvinnene hadde fått et slikt skjema i forkant av den aktuelle timeavtalen ved sykehuset kunne de ha forberedt seg følelsesmessig til timen, og antakelig fått mer tid til å reflektere over egen situasjon. Kvinnene i Huynh et al. (2022) trakk dette fram som et positivt tiltak. For å gå videre med kartleggingen må imidlertid sykepleier adressere temaet for å gi pasientene den helsehjelpen de har behov for.

Smith og Baron (2015) presenterte PLISSIT modellen som et nyttig kommunikasjonsverktøy i samtale om seksuell helse. Denne modellen kan benyttes for å senke terskelen for samtale om seksualitet. For brystkreftpasientene ble det ytret et behov for normalisering av seksuelle problemstillinger, de ønsket at helsepersonell hadde en holdning som signaliserte at seksuelle problemer er akseptabelt å snakke om (Canzona et al., 2016; Gorman et al., 2020). Følgene for dette kan være positive da pasientene bevisstgjøres på at andre også går gjennom det samme, og kan bidra til at pasientene uttrykker sine seksuelle bekymringer. PLISSIT-modellen bidrar til normalisering av seksuelle utfordringer ved å åpne for samtale på temaet (Graugaard et al., 2006, s. 20). Sykepleiere kan på denne måten veilede pasientene med lavterskel seksualveiledning og henvise til spesialist dersom det oppstår komplekse seksuelle problemstillinger. Dette vil også være i samsvar med krav i lovverket (Helsepersonelloven,

1999, §2-4). I studien til Gorman et al. (2020) så man at deltakerne etterspurte en slik henvisning til spesialisert helsepersonell. Det er imidlertid viktig at sykepleierne får opplæring i hvordan de kan bruke ulike ressurser og verktøy for veiledning.

For å få kunne få tilstrekkelig kompetanse for seksuell helse, mente Smith og Baron (2015) at undervisning rettet mot dette temaet kunne ha en positiv innvirkning på sykepleiernes håndtering av seksuell helse i avdelingen. I denne studien fikk et slikt undervisningsopplegg positive resultater for sykepleierens initiativ til samtale og kunnskapsgrunnlag for seksuell helse. Deltakerne foreslo å implementere undervisningen i opplæring av nyansatte på arbeidsplassen og ønsket oppfriskningskurs (Smith & Baron, 2015). På den andre siden er det nødvendig at sykepleieren oppsøker slike problemstillinger selv. Det er ikke tilstrekkelig å bare lese seg opp på det teoretiske grunnlaget for seksualitet, man må møte utfordringene i praksis for å utvikle seg på fagområdet (Gamnes, 2016, s. 398).

## 5.5 Diskusjon av metode

Det systematiske litteratursøket tok utgangspunkt i databasene CINAHL og MEDLINE. Søkeresultatene er derfor innsnevret og relevante studier kan derfor være utelukket som en følge av å bare bruke to databaser. På den andre siden ble søkedatabasene benyttet etter anbefaling fra bibliotekar da de inneholder et stort omfang av anerkjent helsefaglig litteratur. Vi har utformet et PRISMA flow diagram (vedlegg 1) som viser en transparent fremgangsmåte for utvelgelsen av de inkluderte studiene fra litteratursøket. Smith og Barons (2015) studie er utenfor inklusjonskriteriene for oppgaven, men er likevel tatt med ettersom den belyser sykepleierens veiledende rolle for brystkreftpasienter.

Det er benyttet kvantitative, kvalitative og metodetriangulerte studier i oppgaven. Dette gir en god oversikt over forekomst av ulike målbare parametere, men også dybdeintervju der pasientene forklarte sine synspunkter på hvordan de ble møtt- og ønsket å bli møtt i helsevesenet. På denne måten blir litteraturstudiets validitet styrket. Oppgaven vår baserte seg på det norske helsevesenets oppbygging og rutiner, artiklene er imidlertid hovedsakelig basert på forskning fra USA. Én av fem artikler er fra Nederland og de øvrige artiklene er fra USA. Vi mener likevel at forskningen er overførbar til andre land, da kvinnene deler en vestlig kultur med flere likheter innen seksuell helse.

Deltakergruppene i studiene er relativt homogene da en overvekt av kvinnene hadde vestlig kultur og var i et heterofilt forhold. Resultatene kan derfor være mindre aktuelle for kvinner som faller utenfor denne gruppen. Det er lav svarprosent i to av studiene (Albers et al., 2019; Huynh et al., 2022). Dette kan skyldes personlige, religiøse eller kulturelle verdier, der seksualitet er mer tabu og ikke snakkes om. Vi veier opp for en liten deltakergruppe ved å sammenligne flere forskningsartikler mot hverandre og dermed flere pasientgrupper.

Artiklene inkluderer data som går utenfor inklusjonskriteriene, blant annet ved at noen av kvinnene i studiene ikke hadde partner, eller inkluderer kvinner som var eldre enn 45 år (Albers et al., 2019; Canzona et al., 2016; Huynh et al., 2022). Dette kan ha påvirket resultatene slik at dataene ikke gjenspeiler vår målgruppe på en ideell måte. Dette ble oppveid ved å sammenligne resultatene fra ovennevnte artikler med Gorman et al. (2020) da denne studien inkluderte data for kvinner 18-40 år og i et parforhold. Artikkelen til Canzona et al. (2016) ble funnet fra referanselisten til Gorman et al. (2020) og kan derfor ha et bias med tanke på resultatene fra denne studien. Det kan på den andre siden være positivt for oppgaven at artiklene er tett knyttet sammen for å gi et mer helhetlig inntrykk av tematikken.

## 6.0 Oppsummering og implikasjon for praksis

Hensikten med denne oppgaven har vært å belyse hvordan sykepleiere kan informere og veilede brystkreftpasienter for å ivareta deres seksuelle helse. Det oppleves som at det er lite fokus på seksuell helse i utdanningsløpet for sykepleiere, både i pensum og i praksis. Gjennom å svare på denne problemstillingen kan vi som fremtidige sykepleiere få en bedre helhetsforståelse og handlingskompetanse i møte med seksuelle problemstillinger. På denne måten kan vi også signalisere at seksualitet må få et større fokus i helseveiledningen.

Brystkreftpasienter gjennomgår en rekke utfordringer knyttet til psykiske, fysiske og relasjonelle aspekter som følge av behandlingen. Kvinnene har grunnet dette et informasjons- og veiledningsbehov som må møtes for å kunne håndtere utfordringene de står ovenfor. Det foreligger flere utfordringer som bidrar til at seksualitet er et tabubelagt tema innen helsesektoren. Litteraturen og studiene peker på at barrierer mot å ta opp seksualitet i samtale

kan begrunnes med personlige hindringer og at helsesystemet ikke er lagt opp for dette, med mangel på opplæring, kunnskaper og tid på sykehus. Dette understreker behovet for tilstrekkelig opplæring av sykepleierne slik at de kan benytte seg av fagkunnskaper og kommunikasjonsverktøy for å samtale om seksuell helse.

Yrkesetiske retningslinjer og lover beskriver sykepleiernes funksjoner og ansvarsområder for å informere og veilede pasienter om deres sykdom, behandling og mulige bivirkninger. Slik informasjon er nødvendig for at pasientene skal kunne være delaktige og ta informerte valg i sin behandling. Samtidig må individuelle behov tas hensyn til, og informasjonen må tilpasses individets behov og preferanser. Basert på teoretisk kunnskap og forskning tydeliggjøres sykepleierens rolle i møte med pasientene. Sykepleier burde derfor være den som tar initiativ til samtale om seksuell helse. Et kriterium for dette er at sykepleieren får et tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag for å kunne veilede pasienter. Utilstrekkelig informasjon og veiledning er to variabler som kan forårsake og opprettholde brystkreftpasientenes utfordringer etter kreftbehandling. Sykepleieren kan benytte seg av kartleggingsskjema for å identifisere behovet og rådgivningsmodeller for å veilede pasienten. Det kan være fordelaktig at sykepleieren møter pasienten som et medmenneske med en empatisk- og aktivt lyttende tilnærming. Dette kan være medvirkende til å utføre helhetlig pleie av pasienten og hjelpe dem til å oppleve mestring i møte med seksuelle problemer. Det kreves imidlertid videre forskning på området for å kunne se effekten av de foreslåtte tiltakene i praksis.



## 7.0 Litteraturliste

- Albers, L. F., van Ek, G. F., Krouwel, E. M., Oosterkamp-Borgelink, C. M., Liefers, G. J., den Ouden, M. E. M., den Oudsten, B. L., Krol-Warmerdam, E. E. M., Guicherit, O. R., Linthorst-Niers, E., Putter, H., Pelger, R. C. M. & Elzevier, H. W. (2019). Sexual health needs: How do breast cancer patients and their partners want information? *Journal of Sex & Marital Therapy*, 46(3), 205-226.  
<https://doi.org/10.1080/0092623X.2019.1676853>
- Borg, T. (2017). Seksualitet. I Reitan, A. M. & Schjølberg, T. K. (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient- Utfordring- Handling* (4. Utg. s. 120-130). Cappelen Damm.
- Brystkreftforeningen. (u.å) *Seneffekter etter brystkreft*.  
<https://www.brystkreftforeningen.no/om-brystkreft/seneffekter/>
- Brystkreftforeningen. (2022, 22. mars). *Over halvparten av brystkreftoverlevende er seksuelt inaktive*. <https://www.brystkreftforeningen.no/nyheter/over-halvparten-av-brystkreftoverlevende-er-seksuelt-inaktive>
- Canzona, M. R., Garcia, D., Fisher, C. L., Raleigh, M., Kalish, V. & Ledford, C. J. (2016). Communication about sexual health with breast cancer survivors: Variation among patient and provider perspectives. *Patient education and counseling*, 99(11), 1814–1820. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.06.019>
- Christiansen, B. (2020) *Helseveiledning* (2. Utg). Gyldendal.
- EBSCO. (u.å). *Healthcare*. <https://www.ebsco.com/health-care>
- Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. (2.utg) Gyldendal Akademisk.
- Emilee, G., Ussher, J. M. & Perz, J. (2010). Sexuality after breast cancer; a review. *Maturitas* 66(4), 405.  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0378512210001362?pes=vor#bib1>
- Felleskatalogen. (2020, 1. desember). *Brystkreft*.  
<https://www.felleskatalogen.no/medisin/sykdom/brystkreft>
- Gamnes, S. (2016). Seksualitet og helse. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 2* (3. Utg.), ( s. 398). Gyldendal

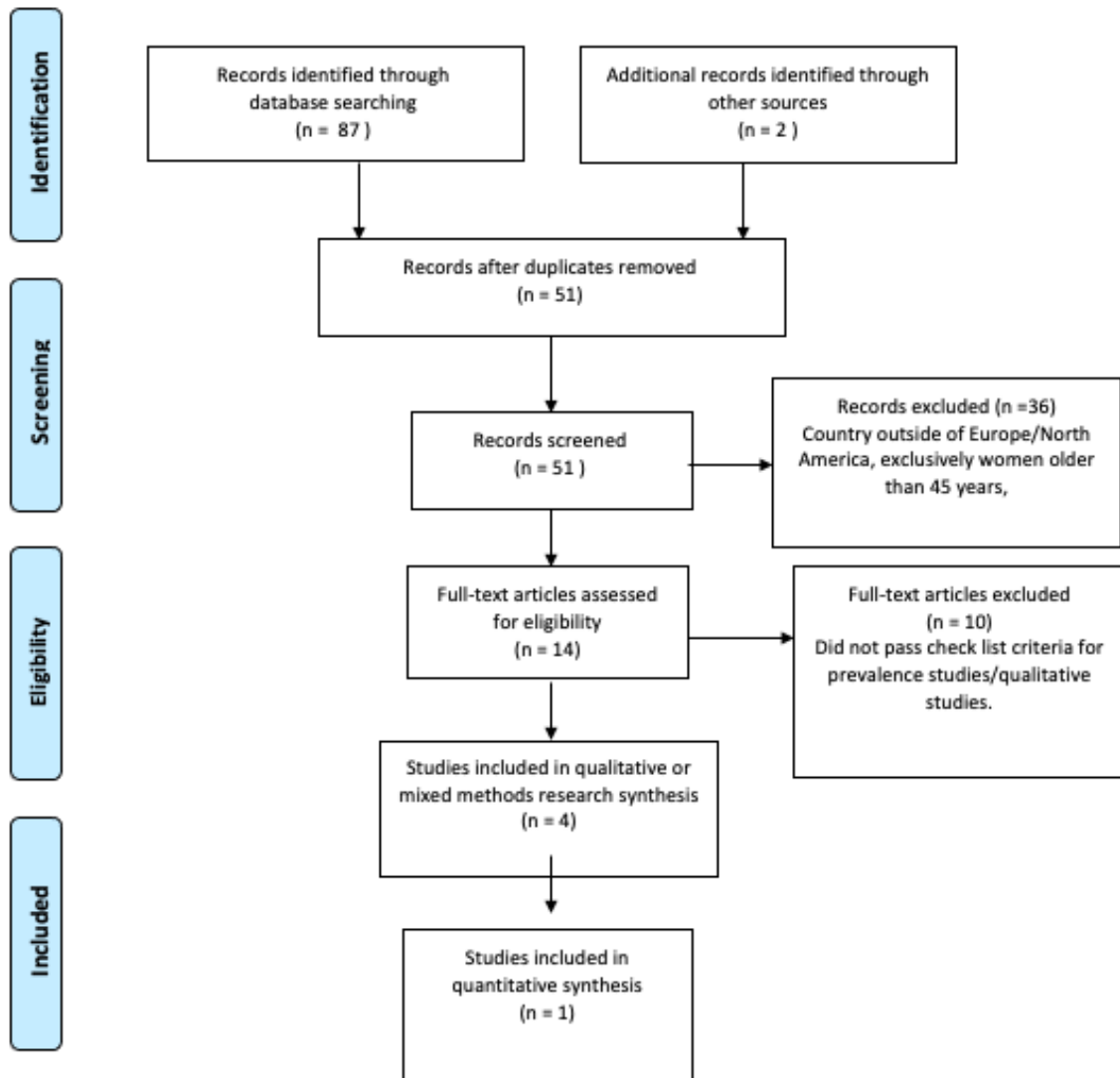
akademisk.

- Gorman, J. R., Drizin, J. H., Smith, E., Flores-Sanchez, Y. & Harvey, S. M. (2020). Patient-centered communication to address young adult breast cancer survivors' reproductive and sexual health concerns. *Health communication*, 36(13), 1743–1758. <https://doi.org/10.1080/10410236.2020.1794550>
- Graugaard, C. (2006). *Krop, sykdom & seksualitet*. Gyldendal .
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017-2022)*. (I-1175 B). Regjeringen. [https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi\\_seksuell\\_helse.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf)
- Helsebiblioteket. (2016, 3. juni). *4.1 Sjekklistene*. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/4.kritisk-vurdering/4.1-sjekklistene>
- Helsedirektoratet. (2021, 20. oktober). *Seksuell helse*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/sektorrapport-om-folkehelse/sunnevalg/seksuell-helse>
- Helsedirektoratet. (2020). *Seneffekter etter kreftbehandling* (ISBN 978-82-8081-610-8). [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/seneffekter-etterkreftbehandling/Seneffekter%20etter%20kreftbehandling.pdf/\\_attachment/inline/3d984c2a-7926-4d1a-a5f0-06d48fe7c95f:f3e498d059734ff34b013c1c206877e488e95600/Seneffekter%20etter%20kreftbehandling.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/seneffekter-etterkreftbehandling/Seneffekter%20etter%20kreftbehandling.pdf/_attachment/inline/3d984c2a-7926-4d1a-a5f0-06d48fe7c95f:f3e498d059734ff34b013c1c206877e488e95600/Seneffekter%20etter%20kreftbehandling.pdf)
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell*. (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
- Hess, S. L., Dahl, A. A. & Kiserud, C. E. (2018, 8. november). *Seneffekter etter kreftbehandling*. Sykepleien. <https://sykepleien.no/forskning/2018/11/seneffekter-etter-kreftbehandling>
- Heyn, L. G. (2018). *Klinisk kommunikasjon i sykepleie*. Gyldendal akademisk.
- Huynh, V., Vemuru, S., Hampanda, K., Pettigrew, J., Fasano, M., Coons, H. L., Rojas, K. E., Afghahi, A., Ahrendt, G., Kim, S., Matlock, D. D. & Tevis, S. E. (2022). No One-Size-Fits-All: Sexual Health Education Preferences in Patients with Breast Cancer. *Annals of surgical oncology*, 29(10), 6238–6251. <https://doi.org/10.1245/s10434-022-12126-7>
- Høgskulen på Vestlandet. (2020, 23. august). *Rettleiar for bacheloroppgåva ved fakultet for helse- og sosialvitenskap (FHS)*. <https://www.hvl.no/student/eksamen/heimeeksamen-og-oppgaveskriving/rettleiar-for-bacheloroppgava-ved-fhs/>
- Høgskulen på Vestlandet. (u.å). *Medline*. <https://www.hvl.no/bibliotek/sok-etter-fagressursar/medline/>

- Jerpseth, H. (2016). Sykepleie ved gynekologiske sykdommer. I H. Almås, G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 2*. (5. Utg.), (s. 140). Gyldendal.
- Johansen, M., Thyness, E. M. & Holm, J. (1998) Seksualitet på alvor. Fagbokforlaget.
- Kreftregisteret. (2022). *Årsrapport 2021: Resultater og forbedringstiltak fra Nasjonalt kvalitetsregister for brystkreft*. (ISBN: 978-82-473-0106-7). Nasjonalt kvalitetsregister for brystkreft.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E. & Grimsbø, G. H. (2016) *Grunnleggende sykepleie; Bind 2*. (3.utg). Gyldendal.
- MEDLINE. (6. Mai, 2022). *Journal selection for MEDLINE*.  
[https://www.nlm.nih.gov/medline/medline\\_journal\\_selection.html](https://www.nlm.nih.gov/medline/medline_journal_selection.html)
- Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*.  
<https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Pasient- og brukkerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukkerrettigheter*. (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Sigaard, L. (2003). *Seksualitet: en omsorgsdimensjon*. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
- Smith, A. & Baron, R. H. (2015). A workshop for educating nurses to address sexual health in patients with breast cancer. *Clinical journal of oncology nursing*, 19(3), 248–250.  
<https://doi.org/10.1188/15.CJON.248-250>
- Sørensen, E. M. & Almås, H. (2016) Sykepleie ved brystkreft. I H. Almås, D. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5.Utg.), (s. 438). Gyldendal.
- Thidemann, I. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. (2.utg). Universitetsforlaget.
- Thune, I. (2017). Brystkreft. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie* (4. Utg.), (s. 463-468). Cappelen Damm.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendal akademisk.
- World Cancer Research Fund International. (2022, 23. mars). *Breast cancer statistics*.  
<https://www.wcrf.org/cancer-trends/breast-cancer-statistic>

Vedlegg:

Vedlegg 1: PRISMA flow diagram



## Vedlegg 2: Litteratormatrise

Forfatter, Publiseringsår, Land, Tidsskrift.	Hensikt	Metode	Utvalg/populasjon	Resultater	Kommentar
Forfatter: Albers et al. (2019)  Nederland   Journal of Sex & Marital Therapy	Undersøkte brystkreftpasienter og partners behov for seksuell omsorg, samt deres preferanser for informasjon og passende tidspunkt å ta dette opp.	Tverrsnittstudie ved spørreskjema	173 kvinner som gjennomgikk behandling for brystkreft i den aktuelle perioden og 76 partnere.	<p>Storparten av kvinnene og deres partner mottok ikke informasjon om behandlingens betydning for seksualitet.</p> <p>Halvparten av kvinnene foretrakk å snakke med sykepleier om seksuell helse.</p> <p>En tredel av pasientene og halvparten av partnerne foretrakk informasjon om seksuell helse før oppstart av behandling.</p> <p>Omtrent halvparten av pasientene foretrakk informasjon om seksuell helse under behandling og en firedel foretrakk denne informasjonen etter behandling.</p> <p>Pasienter og partnere uttrykte et ønske om å få snakke om seksualitet flere ganger under behandling og oppfølging.</p>	<p>Styrker:</p> <p>Fagfellevurdert</p> <p>Utført etiske overveielser.</p> <p>Svakheter:</p> <p>Svarprosenten var lav (19 %).</p> <p>Gjennomsnittsalder 60 år.</p>
Canzona et al. (2016)  USA	Identifiserte faktorer som fremmer og hemmer kommunikasjon mellom helsepersonell og	Kvalitativ metode  Semi-strukturert intervju	40 brystkreftpasienter over 18 år, i et parforhold og 40 helsepersonell fra ulike spesialiteter som tar seg av brystkreftpasienter.	<p>Identifiserte faktorer som hemmer kommunikasjon: -Spørsmål om konkrete symptomer uten at det fantes indikasjon for å stille spørsmålet samt avvisende/bagatelliserende kommunikasjon</p> <p>Identifiserte faktorer som fremmer kommunikasjon: -Aktiv lytting, respekt for individuelle behov, empatisk</p>	<p>Styrker:</p> <p>Fagfellevurdert</p> <p>Svakheter:</p> <p>Ikke beskrevet etiske</p>

Patient education and counseling	<p>pasient for seksuell helse.</p> <p>Sammenlignet pasientens og helsepersonellets perspektiv for informasjonsgivning rundt seksuell helse.</p>			<p>tilnærming, anerkjennende kommunikasjon og anerkjenne pasientens bekymringer.</p> <p>Pasientene og helsepersonellet hadde ved noen tilfeller ulike oppfatninger om hva som kunne være hemmende og fremmede kommunikasjon.</p>	<p>vurderinger.</p> <p>Inkluderer kvinner over 45 år.</p>
<p>Gorman et al. (2020)</p> <p>USA</p> <p>Health Communication</p>	<p>Identifiserte strategier for å bedre kommunikasjon om seksuell helse, undersøkte også barrierer som hindret veiledning, samt personsentrert tilnærming i møte med pasienter.</p>	<p>Kvalitativ metode.</p> <p>Semi-strukturert telefonintervju</p>	<p>29 kvinner diagnostisert med brystkreft i alderen 24-39 i et partnerforhold.</p>	<p>Pasientene foretrakk at helsepersonellet skulle initiere til samtale om seksuell helse og normalisere seksuelle problemer i forbindelse med behandling for brystkreft.</p> <p>Kvinnene ønsket at helsepersonellet skulle bruke et standardisert spørreskjema for å kartlegge seksuelle utfordringer- og åpne diskusjon rundt dette.</p> <p>Deltakerne ønsket tidlig introduksjon til seksuell helse i behandlingen og at helsepersonellet benyttet seg av aktiv lytting, samt hadde et holistisk menneskesyn i samtale.</p>	<p>Styrker:</p> <p>Fagfellevurdert</p> <p>Utført etiske overveielser</p> <p>Svakheter:</p> <p>Målgruppen er relativt homogen</p>
<p>Huynh et al. (2022)</p> <p>USA</p>	<p>Kartlegging av pasienters seksuelle helseutfordringer og informasjon om seksuell helse.</p> <p>Undersøkte</p>	<p>Metode-triagulering med spørreskjema og semistrukturert intervju</p>	<p>87 kvinner diagnostisert med brystkreft</p>	<p>Nesten samtlige av brystkreftpasientene rapporterte minst ett symptom som påvirket deres seksuelle helse. Kvinnene rapporterte mangelfull informasjon rundt seksuell helse. Den informasjonen som ble gitt handlet om fertilitet og menopause.</p>	<p>Styrker:</p> <p>Fagfellevurdert</p> <p>Svakheter:</p>

Annals of surgical oncology	pasientenes preferanser for informasjon om seksuell helse.			<p>75 % av deltakerne rapporterte om endring i sitt seksuelle parforhold i moderat eller stor grad.</p> <p>Kvinnene ønsket i stor grad informasjon om seksuelle bivirkninger i forkant av behandling og flere ganger gjennom sykdomsforløpet.</p> <p>Deltakerne oppga å ønske informasjon gjennom brosjyrer, videoer, støttegrupper og samtale. Det var ønskelig at informasjonen kunne bli gitt gjennom flere format.</p> <p>Informasjonen som kvinnene ønsket handlet om skadebegrensning, intimitet med partner og endring av kroppsbildet.</p>	<p>Ikke beskrevet etiske vurderinger.</p> <p>32 % svarprosent.</p> <p>Inkluderer deltakere over 45 år.</p>
<p>Smith &amp; Baron (2015)</p> <p>USA</p> <p>Clinical Journal of Oncology Nursing</p>	Undersøkte om implementert seksualundervisning for sykepleiere kunne øke deres initiativ for samtale om seksuell helse.	<p>Metode-triangulering</p> <p>Spørreskjema og tilbakemeldinger fra deltakerne</p>	29 sykepleiere ved onkologisk avdeling.	<p>Rapporterte økning i sykepleiernes initiativ til diskusjon, kunnskaper om seksuell helse, tilstrekkelig opplæring på temaet og økt selvtillit for å adressere temaet.</p> <p>Tilbakemeldinger fra sykepleierne om at prosjektet hadde vært en nyttig ressurs for arbeidet med seksuell helse i behandling.</p>	<p>Styrker:</p> <p>Fagfellevurdert</p> <p>Samtlige deltakere gjennomførte prosjektet med varighet på tre måneder.</p> <p>Svakheter:</p> <p>Ikke beskrevet etiske vurderinger.</p>