



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

SYKB390-O-2024-VÅR-FLOW assign

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	26-04-2024 09:00 CEST
<b>Sluttdato:</b>	10-05-2024 14:00 CEST
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave
<b>Termin:</b>	2024 VÅR
<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Flowkode:</b>	203 SYKB390 1 O 2024 VÅR
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	198
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	7897
----------------------	------

**Egenerklæring \*:**

Ja

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

Ja

### Gruppe

<b>Gruppenavn:</b>	(Anonymisert)
<b>Gruppenummer:</b>	69
<b>Andre medlemmer i gruppen:</b>	186

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller

Nei



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGAVE

Mastektomi og seksuell helse

Mastectomy and sexual health

**186 og 198**

Bachelor i sykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap (FHS)

10.05.2024

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.

### **Abstract:**

**Background:** Breast cancer is the most common type of cancer among women worldwide. Findings from a Norwegian study revealed that women who have undergone mastectomy experience persistent issues with sexual function. However, survivors report a lack of information regarding sexual health post-treatment.

**Issue:** *"How can nurses guide breast cancer patients in maintaining sexual health after mastectomy?"*

**Method:** This study has been conducted as a literature review.

**Results:** Thematic analysis identified recurring themes: Information gaps, challenges post-mastectomy, communication importance, barriers to sexual health discussions, and nurse training needs. Patients sought information pre and post-surgery, facing physical and psychological hurdles. Effective nurse-patient communication, supported by training and resources, is vital for addressing sexual health concerns.

**Conclusion:** The study aimed to explore how nurses can guide breast cancer patients in addressing sexual health post-mastectomy. Despite its impact on patient quality of life, sexual health is often overlooked in cancer care. Assessing the establishment of positive relationships, engaging partners, and employing tools such as PLISSIT in initiating discussions, has been evaluated as beneficial for both professional and therapeutic interventions. Group interventions and targeted nurse training enhance communication and empower patients in managing sexual health concerns. Finally, the guidance from nurses can help to strengthen the patient's health literacy and empowerment. This approach facilitates nurses in promoting patient well-being effectively.

## INNHALDSFORTEGNELSE

<b>1.0 Bakgrunn med teoretisk perspektiv</b>	3
1.1 Bakgrunn for valg av tema	3
1.3 Brystkreft og mastektomi	4
1.4 Sykepleiers veilederrolle	5
1.4.1 Helsekompetanse og empowerment	6
<b>2.0 Problemstilling</b>	7
2.1 Avgrensing av problemstilling	7
<b>3.0 Metode</b>	8
3.1 Litteraturstudie	8
3.2 Søkeprosess	8
3.3 Kritisk vurdering av artikler	12
3.4 Analyse	12
3.5 Ethiske vurderinger	12
<b>4.0 Resultat</b>	13
4.1 Informasjonsbehov	13
4.2 Pasientutfordringer etter mastektomi	14
4.3 Kommunikasjon og relasjonsbygging	14
4.4 Barrierer for diskusjon om seksuell helse	15
4.5 Opplæring av sykepleiere	15
<b>5.0 Diskusjon</b>	16
5.1 Diskusjon av resultat	16
5.1.1 Kartlegge behov for sykepleie og identifisere problem	16
5.1.2 Definere mål	17
5.1.3 Velge og evaluere tiltak	18
5.2 Diskusjon av metode	23
5.2.1. Styrker og svakheter ved litteraturstudie	23
5.2.2 Styrker og svakheter i vår litteraturstudie	23
<b>6.0 Oppsummering og implikasjon for praksis</b>	25
<b>7.0 Referanseliste</b>	27
<b>8.0 Vedlegg</b>	33
Vedlegg 1: PICO-skjema	33
Vedlegg 2: Litteraturmatrise	34

### Tabeller:

- *Tabell 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier*
- *Tabell 2: Litteratursøk*

## **1.0 Bakgrunn med teoretisk perspektiv**

### **1.1 Bakgrunn for valg av tema**

Brystkreft er den hyppigste krefttypen blant kvinner over hele verden, og forekomsten har økt markant i løpet av de siste tiårene (Łukasiewicz et al., 2021). Denne typen kreft påvirker seksuell helse direkte ved å forårsake fysiske endringer og smerter som kan vedvare i årevis etter behandling, men også indirekte gjennom et endret kroppsbilde (Mobekk & Willems, 2022). En norsk studie undersøkte effekten av brystkreftbehandling med fokus på blant annet seksuell funksjon, seksuell nytelse og kroppsbilde. Resultatene viste at kvinner som hadde gjennomgått mastektomi opplevde vedvarende problemer med seksuell funksjon sammenlignet med en kontrollgruppe. Den negative påvirkningen skyldes blant annet komplikasjoner som smerter, men også psykologiske faktorer knyttet til tapet av brystet (Åsberg et al., 2023). Pasienter som blir diagnostisert med brystkreft har som oftest få eller ingen symptomer og er som regel friske kvinner. Det å plutselig bli konfrontert med en alvorlig diagnose vil kunne gjøre det utfordrende for kvinnen å identifisere seg med rollen som pasient og ha innvirkning på hennes identitet og verdighet (Sørensen et al., 2020, s. 437). I tidsskriftet Sykepleien forteller en brystkreftoverlevende: “Brystbevarende, mastektomi, brystrekonstruksjon er ord jeg ikke engang visste hva betydde. Mye kompetanse og mye god hjelp å få, men ikke et ord om den seksuelle helsen.” (Mobekk & Willems, 2022). På bakgrunn av dette vil denne bacheloroppgaven rette fokus mot den seksuelle helsen til kvinner som har gjennomgått mastektomi, og hvordan sykepleiere sin veiledende funksjon kan bidra til at de ivaretar sin seksuelle helse.

### **1.2 Seksuell helse**

Ifølge World Health Organization er seksualitet grunnleggende for adferd og utfall relatert til seksuell helse og et sentralt aspekt av det å være menneske (WHO, u. å.). Det inkluderer aspekter som glede, kjønn, erotikk, kjønnsidentitet, roller, seksuell orientering, reproduksjon og intimitet. Menneskets seksualitet kan blant annet uttrykkes gjennom tanker, holdninger, verdier, atferd og relasjoner. I tillegg kan seksualitet påvirkes av biologiske, psykologiske, politiske, kulturelle, økonomiske, juridiske, religiøse og åndelige faktorer (WHO, u. å.). I en strategi for seksuell helse i Norge blir seksuell helse definert som en tilstand av sosialt, mentalt og fysisk velvære i forhold til seksualitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Strategien understreker at god seksuell helse ikke bare bidrar til å styrke livskvaliteten, men

også mestringsferdighetene til et menneske. To av hovedmålene i strategien er å fremme kunnskap om ivaretagelse av seksuell helse i helse- og omsorgstjenesten og å sikre at helsepersonell respekterer og forstår pasienters seksuelle behov. Likevel påpeker brukere og interesseorganisasjoner at oppmerksomheten rundt seksuell helse i behandling og rehabilitering ikke strekker til. Det rapporteres også om begrenset tilgang til informasjon og veiledning om seksuelle problemer og dysfunksjoner etter behandling på grunn av sykdom og funksjonssvikt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

I de fleste norske sykehus er det rutiner for inntakssamtale med pasient, men samtalen består sjelden av spørsmål knyttet til seksualitet (Gamnes, 2021, s. 532). Funn fra en systematisk oversikt om seksualitet etter en kreftdiagnose, viser til at det er flere faktorer som påvirker den seksuelle helseopplæringen mellom helsepersonell og pasienter. De faktorene som er beskrevet inkluderer blant annet mangel på kunnskap om seksuell helse, dårlig tid, mangel på ansvarsavklaring, sykepleieres personlige holdninger, samt troen på at seksualitet ikke bør prioriteres da det anses som privat. I tillegg kan sykepleiere føle ubehag når de skal ta opp temaet med pasienter (Fennell & Grant, 2019).

### **1.3 Brystkreft og mastektomi**

Brystkreft er en av de mest utbredte formene for kreft blant kvinner over hele verden, og for kvinner i Norge er brystkreft den vanligste kreftformen (Helsedirektoratet, 2023). Behandlingsstrategi velges på bakgrunn av preoperativ utredning, vurdering av komorbiditet og samtale med pasienten. Den primære behandlingen innebærer kirurgi, enten brystbevarende operasjon eller fjerning av hele brystet, mastektomi (Helsedirektoratet, 2017). Brystbevarende kirurgi er ofte å foretrekke da det kan gi samme overlevelse som ved mastektomi, i tillegg til at det kosmetiske resultatet forventes å bli bedre. Når det derimot ikke er indikert vil mastektomi gjerne være alternativet (Sabel, 2023). Indikasjonene for å gjennomføre en mastektomi fremfor brystbevarende kirurgi kan blant annet være en stor tumor i et lite bryst, når det er to eller flere svulster i separate kvadranter av brystet, og graviditet. Mastektomi kan også være en personlig preferanse hos noen som ønsker å unngå postoperativ bestråling eller ytterligere undersøkelser (Kwong & Sabel, 2022).

En brystkreftdiagnose kan være skremmende, stressende og vil for mange oppleves som en livstruende situasjon (Kristoffersen et al., 2011, s. 179). Kvinner som rammes av brystkreft kan oppleve at de rammes dobbelt psykologisk, der en del er forbundet med problematikken knyttet til kvinnelighet og utseende, og den andre delen er usikkerheten knyttet til metastase, lidelse og død (Sørensen et al., 2020, s. 440). Prognosene for overlevelse har derimot blitt høyere, spesielt det siste tiåret, ettersom tidlig påvisning og effektive terapier har ført til en økning i antallet som går fra å være pasient til overlevende. Denne suksessen har presentert en ny utfordring for medisinske miljøer, som nå må håndtere de langsiktige komplikasjonene ved tidligere pågående behandlingsmetoder (Bodai & Tusso, 2015). I artikkelen til Åsberg et al., (2023) adresseres det at pasienter behandlet med mastektomi hadde en lavere følelse av trygghet hos sin partner, samt at de følte seg mindre feminine. Tapet av et bryst etter en brystkreftoperasjon kan ha en betydelig innvirkning på en kvinnes opplevelse av seg selv. Om brystet hadde en viktig symbolsk betydning som et seksualorgan før diagnosen, kan tapet av det påvirke kroppsbildet negativt. Operasjonen kan også føre til fysiske ubehag og følsomhetsendringer i brystet, som ytterligere kan påvirke kvinnens velvære (Gjessing & Dahl, 2019, s. 117).

#### **1.4 Sykepleiers veilederrolle**

I samtale med pasienter om deres seksuelle helse er det viktig å arbeide etter yrkesetiske retningslinjer, og på en profesjonell måte (Gannes, 2011, s. 85-86). Ifølge Helsepersonelloven og Pasientrettighetsloven har pasienter en lovfestet rett til å motta informasjon om konsekvensene av behandlingen de gjennomgår, inkludert aspekter som påvirker seksuallivet. Det innebærer at helsepersonell er forpliktet til å gi relevant informasjon uten at pasienten selv må ta initiativ eller kreve å bli informert (Helsepersonelloven, 1999, §10; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2).

Manglende sexlyst er det vanligste problemet hos kvinner, både generelt i befolkningen og blant kreftoverleverne. Dette problemet er gjerne sammensatt av både hormonelle endringer etter kreftbehandling, og psykososiale faktorer (Gjessing & Dahl, 2019, s. 124). Kvinnelige kreftoverleverne rapporterer ofte å ha et redusert selvbilde, og opplevelsen av å føle seg attraktiv er sterkt svekket. Mange opplever at kroppen har vært et sted for så mye smerte at det er utfordrende å forestille seg at kroppen kan ta imot gode sanseintrykk igjen (Gjessing



& Dahl, 2019, s. 124). Den amerikanske samlivsforskeren John Gottmans forskningsresultater viser at for kvinner er nærhet, kjærtegn og omsorg fra partner viktig for at hun skal oppleve seksuell interesse (Gottman & Gottman, 2017). Seksuelle problemer kan føre til negative forventninger og prestasjonsangst, som kan redusere den seksuelle kontakten mellom par. Dette kan føre til en sirkel av avvising og kommunikasjonsvansker. Menn spesielt, kan unngå eller avbryte samtaler om slike sensitive temaer, noe som er en vanlig klage fra kvinner med brystkreft i parforhold. Kommunikasjon om intime behov er avgjørende for å håndtere disse utfordringene (Gjessing & Dahl, 2019, s. 116). For sykepleiere som skal støtte og veilede, gjelder det å finne den rette balansen mellom å beskytte og ta hensyn, utfordre og oppmuntre. I noen tilfeller kan det være tilstrekkelig å bare være lyttende og til stede. Muligheten til å uttrykke det som er vanskelig å snakke om kan i seg selv være tilstrekkelig hjelp (Gamnes, 2011, s. 99).

PLISSIT-modellen er en enkel rådgivningsmodell med fire trinn som skal være en hjelp for helsepersonell til å komme i gang med samtalen om seksuell helse (Gjessing & Dahl, 2019, s. 120). PLISSIT er en forkortelse for de fire trinnene, og på norsk heter trinnene som følger; tillatelse (permission), begrenset informasjon (limited information), spesifikke forslag (specific suggestion) og intensiv terapi (intensive therapy). Det første trinnet går ut på at behandler gir pasienten tillatelse til å diskutere seksuelle spørsmål, bekymringer og plager. I trinnet om begrenset informasjon gir behandleren generell informasjon om seksuelle forhold i forbindelse med kreftsykdommen og behandlingen. Det innebærer mer informasjon om hvordan diagnose og behandling får konsekvenser for deres seksuelle helse, få avklart eventuelle misforståelser, og å få en forsikring om at deres bekymringer om temaet er vanlig. Spesifikke forslag kan gis til pasient og partner ut fra de problemene som er presentert (Gjessing & Dahl, 2019, s. 120).

#### 1.4.1 Helsekompetanse og empowerment

I løpet av det siste tiåret har helsekompetanse fått økt internasjonal oppmerksomhet med målsetningen om å fremme helse, velvære og bærekraftig utvikling. Helsekompetanse defineres som “personers evne til å finne, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse”. Det gjelder både beslutninger knyttet til livsstilsvalg, sykdomsforebyggende tiltak, egenmestring av sykdom og bruk av helse- og omsorgstjenesten (Helsedirektoratet, 2021). I strategiplanen “Strategi for

å øke helsekompetansen i befolkningen” legger Helse- og omsorgsdepartementet vekt på at tilstrekkelig helsekompetanse er en forutsetning for at pasientene skal få fullt utbytte av helsetjenesten. Det beskrives at lav helsekompetanse er forbundet med dårligere helse, mindre oppfølging av egen sykdom og hyppigere innleggelse i sykehus. Desto viktigere blir det at befolkningen får tilstrekkelig informasjon og kompetanse for å forhindre og forebygge slike forhold (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Når vi snakker om helsekompetanse knyttet til seksualitet, omfatter dette et bredt spekter av kunnskap – fra forståelse av reproduksjon og seksuelt overførbare sykdommer til erkjennelse av hva seksuell nytelse innebærer og hvordan det påvirker den generelle helsen (Mobekk & Willems, 2022).

Helsedepartementet har uttrykt at å basere det helsefremmende arbeidet på en empowerment-ideologi vil være nyttig for å møte dagens utfordringer i folkehelsearbeidet (NOU 1998: 18, s. 230). WHO definerer empowermentbegrepet som en prosess som gjør mennesket i stand til å øke kontrollen over sin egen helsetilstand, i tillegg til å forbedre egen helse (WHO, u.å.). I en rehabiliteringskontekst kan empowerment ofte sidestilles med begrepet mestring. I den sammenheng handler empowerment om å mobilisere pasientens egne ressurser og styrker slik at vedkommende kan leve med sine utfordringer, mestre hverdagen og oppleve kontroll over sitt eget liv. Nettopp denne utviklingen skal skje gjennom veiledning fra ressursorienterte fagpersoner (Askheim, 2012, s. 67). Helsepersonell sin oppgave blir ikke å gjøre "mestringsarbeidet" for pasienten, men baserer seg på å medvirke gjennom å for eksempel gi informasjon, ny kunnskap, gi praktisk bistand og motivere til at pasienten lykkes med sitt eget helseprosjekt (Eide & Eide, 2017, s. 48).

## **2.0 Problemstilling**

For denne bacheloroppgaven har vi definert problemstillingen *“Hvordan kan sykepleier veilede brystkreftpasienter til å ivareta seksuell helse etter mastektomi?”*.

### **2.1 Avgrensning av problemstilling**

Brystkreft kan ramme begge kjønn, men denne oppgaven vil utelukkende adressere brystkreft hos kvinner. Vårt formål er å undersøke sykepleiers rolle i håndteringen av pasienter med brystkreft som har gjennomført mastektomi, spesielt i polikliniske settinger før

kreftbehandling igangsettes, samt ved oppfølgingskontroller etter fullført behandling. Det bemerkes at sykepleiere også kan møte pasienter innlagt på sengepost i forbindelse med selve behandlingen. Vi tenker derimot at det mest naturlige tidspunktet å rette oppmerksomheten mot seksualitet vil være før behandlingens start, og etter behandlingens slutt i polikliniske settinger.

Til tross for tilgjengeligheten av ulike behandlingsalternativer for brystkreft, vil denne studien spesifikt rette seg mot pasienter som er rammet av brystkreft og som gjennomgår kurativ behandling gjennom mastektomi. Målgruppen for vår undersøkelse vil ikke være begrenset til en spesifikk aldersgruppe, men heller fokusere på kvinner som opprettholder et aktivt seksualliv.

### **3.0 Metode**

#### **3.1 Litteraturstudie**

Denne bacheloren vil vi gjennomføre som en litteraturstudie. Det går ut på å søke seg frem til den best tilgjengelige kunnskapen, blant allerede eksisterende kunnskap (Helsebiblioteket, 2021). Med vår problemstilling tenker vi det ville være hensiktsmessig å undersøke perspektiver og kunnskap fra både pasienter, helsepersonell og pårørende, og ved bruk av litteraturstudier vil det kunne gi et bredt spekter av opplevelser fra både helsepersonell og brukere (Dalland, 2017, s. 211).


#### **3.2 Søkeprosess**

Vi initierte vårt forskningsarbeid med å utarbeide et PICO-skjema som et verktøy for å formulere en presis problemstilling. Der delte vi opp problemstillingen vår og definerte søkeord knyttet til de ulike delene for å utvikle en presis søkestrategi. Vi brukte verktøyet MESH på norsk for å finne relevante engelske søkeord. Deretter valgte vi å utføre innledende søk i databaser som ORIA og Google Scholar med det formål å innhente mer generell litteratur om det valgte emnet. Disse innledende søkene tilbød oss en introduksjon til flere nøkkelbegreper som var gjennomgående i flere av de identifiserte artiklene. Blant disse valgte vi begrepene "Mastectomy", "Cancer", "Breast cancer survivors", "Nurse", "Sexual health", "Sexuality", "Body image", "PLISSIT", "Communication", og "Communication barriers". Identifikasjonen av disse begrepene dannet et grunnlag for det påfølgende

systematiske søket, og ble essensielle for å avgrense og fokusere på vår søkestrategi med hensikt å identifisere relevant litteratur av høy kvalitet innenfor feltet.

I *Tabell 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier* har vi fremstilt våre kriterier for utvelgelse av artikler under søk etter forskning.

*Tabell 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier*

	<b>Inklusjonskriterier</b>	<b>Eksklusjonskriterier</b>
<b>Land</b>	Studier gjennomført i Europa eller USA	Studier gjennomført utenfor Europa eller USA
<b>Språk</b>	Artikler på engelsk eller skandinavisk	Artikler på andre språk
<b>Publikasjonsår</b>	Artikler fra det siste tiåret	Artikler eldre enn 10 år
<b>Kilde</b>	Primærkilde	Sekundærkilde 
<b>Artikkeltype</b>	Vitenskapelig	Ikke vitenskapelig
<b>Oppsett</b>	IMRaD-modellen	Ikke IMRaD-modell

Vi startet med å gjennomføre et strukturert søk i databasen Cinahl basert på søkeordene våre. Som vist i *Tabell 2: Litteratursøk* startet vi med å søke enkeltvis på noen utvalgte søkeord før vi brukte boolske operatører for å samle søket på den mest strukturerte måten. I dette søket brukte vi "Nurse" AND "Sexual health" AND "Cancer" AND ("Communication" OR "Communication barriers"). Dette resulterte i 7 treff, hvorav vi selekterte 2 artikler for videre analyse og inkludering i vår oppgave. Vårt primære mål med dette søket var å identifisere forskningsbidrag som utforsket forbindelsen mellom sykepleierens rolle og kommunikasjon angående seksuell helse i kontekst av kreftomsorg. Vi utførte søket både med nøkkelordet "breast cancer" og "cancer", og konstaterte at våre mest optimale resultater ble oppnådd ved bruk av det mer generelle uttrykket "cancer" som søkebegrep. Vi gjennomførte et andre søk i databasen Pubmed. For dette søket ønsket vi å utforske både informasjonsbehovet fra brystkreftpasienter, men også effekten av å gi informasjon ved hjelp av PLISSIT-modellen. Dette resulterte i et søk med "Nurse" AND "Sexuality" AND "Breast Cancer" AND ("Information Needs" OR "PLISSIT"). Vi fikk totalt 15 treff, og endte opp med å bruke ytterligere 2 artikler fra dette søket. Vårt tredje, og siste søk, ble også gjennomført i Cinahl. For dette søket ønsket vi å se nærmere på hvordan brystkreftpasienter som har gjennomgått mastektomi opplever sitt eget selvbilde, og hvordan sykepleiere forholder seg til dette. Derfor kombinerte vi søkeordene "Mastectomy" AND "Body Image" AND "Nurse", som ga oss 12 treff. Ut ifra disse resultatene valgte vi ut én artikkel til videre analyse.

I løpet av vår søkeprosess har vi utført flere søk i ulike databaser ved hjelp av varierte søkeordkombinasjoner. Formålet med denne tilnærmingen har vært å identifisere og selektere de mest relevante og kvalifiserte artiklene for vår studie. En gjennomgående strategi i alle våre søk har vært å starte med en bred tilnærming, for deretter å gradvis innsnevre søket for å identifisere artikler som best svarer på vår problemstilling. Vi har funnet det hensiktsmessig å gjennomføre flere søk med ulike søkestrategier, fremfor ett systematisk søk med de samme søkeordene i hver database. Dette har vært for å sikre et bredt spekter av relevante litteraturkilder og utforske ulike perspektiver, som har vært avgjørende for å sikre et solid fundament for den påfølgende diskusjonsdelen av vår studie. Etter å ha gjennomført tre systematiske søk, valgte vi ut fem artikler som vi anså som mest relevante og velegnede for å besvare vår problemstilling.

Tabell 2: Litteratursøk

<b>Litteratursøk 1 i Cinahl, dato: 31/1-24</b>		
<b>#</b>	<b>Søkeord</b>	<b>Resultat</b>
S1	Nurse	267 400
S2	Sexual health	9099
S3	Cancer	545 001
S4	Communication	336 887
S5	Communication barriers	6397
S6	S4 OR S5	336 887
S7	S1 AND S2 AND S3 AND S6	7
<b>Litteratursøk 2 i Pubmed, dato: 9/2-24</b>		
S1	Nurse	423 290
S2	Sexuality	365 772
S3	Breast cancer	423 290
S4	Information needs	221 234
S5	PLISSIT	85
S6	S4 OR S5	221 305
S7	S1 AND S2 AND S3 AND S6	15
<b>Litteratursøk 3 i Cinahl, dato: 1/3-24</b>		
S1	Mastectomy	8938
S2	Body image	16 354
S3	Nurse	267 427
S4	S1 AND S2 AND S3	12

I

### 3.3 Kritisk vurdering av artikler

Etter gjennomført litteratursøk med hensyn til våre inklusjons- og eksklusjonskriterier satt vi igjen med fem artikler. For å kvalitetssikre og analysere forskningslitteraturen brukte vi sjekklister tilpasset studiedesign fra Helsebiblioteket (Helsebiblioteket, 2021). Blant våre valgte artikler er det en variasjon av studiedesign; Én tverrsnittstudie, én ikke-randomisert kontrollstudie, to kvalitative studier og én kvasi-eksperimentell studie. Det var derfor hensiktsmessig å nytte ulike sjekklister. Til tross for at vi benyttet ulike sjekklister for å evaluere artiklene, identifiserte vi visse kriterier som gjentok seg på tvers av dem. En felles observasjon var at samtlige studier har et tydelig definert formål, og at valget av studiedesign og metode for datainnsamling har vært nøye vurdert for å imøtekomme formålet. Videre har alle artiklene også vurdert etiske forhold, og fortolkningen av data er forståelig og tydelig. Bruk av sjekklister gjorde alle artiklene kvalifisert for videre bruk (Helsebiblioteket, 2021).

### 3.4 Analyse

Vårt litteratursøk resulterte i totalt 34 treff som er dokumentert i *Tabell 2: Litteratursøk*. Etter en grundig gjennomgang av artiklene ble det identifisert fem relevante publikasjoner som møtte våre inklusjonskriterier og som adresserte problemstillingen på en hensiktsmessig måte. Resultatene våre inneholder en variasjon av studiedesign, og for å synliggjøre forskjellene i fokus og innhold blant disse studiene har vi utarbeidet en litteraturmatrise, ref. *Vedlegg 2: Litteraturmatrise*. I litteraturmatrisen er artiklene blitt gjennomgått med fokus på hensikt, design, utvalg av deltakere, resultater, og styrker og svakheter. For å analysere artiklene ytterligere har de blitt gjennomgått tematisk, og er derfor også fremstilt slik under presentasjon av resultater. I denne prosessen gransket vi studiene nøye for å finne likheter og forskjeller i materialet. Vi noterte oss gjennomgående temaer i artiklene, og etter vurdering endte vi opp med de fem endelige temaene som er presentert i resultatdelen.

### 3.5 Etiske vurderinger

Denne oppgaven er utformet i samsvar med retningslinjene fastsatt av institusjonen (Høgskulen på Vestlandet, 2022). Vi har unngått plagiering og ført grundig referansehåndtering i henhold til APA 7- stilen for å sikre nøyaktig kreditering av all benyttet litteratur. Samtlige forskningsartikler som er anvendt i oppgaven er blitt etisk vurdert og er

godkjent fra en etisk komité, noe som sikrer at forskningen ble utført i samsvar med etiske retningslinjer. Med hensyn til etiske vurderinger som er gjort i studiene har det i alle de utvalgte artiklene vært klare utvalgsriterier med tanke på hvilke deltagere som skal inkluderes i studien. Med tanke på at studiene tar for seg temaet seksualitet, som for noen kan oppleves som et personlig og kanskje sensitivt tema, er det i de utvalgte artiklene lagt vekt på at personvern, konfidensialitet og anonymitet har vært ivarett hos deltakerne.

## **4.0 Resultat**

Den tematiske analysen viste at det var fem tema som var gjennomgående i resultatene: Informasjonsbehov, pasientutfordringer etter mastektomi, kommunikasjon og relasjonsbygging, barrierer for diskusjon om seksuell helse og opplæring av sykepleiere.

### **4.1 Informasjonsbehov**

Studien til Albers et al. (2019) viste at flertallet av pasientene og partnerne ikke mottok noen informasjon om seksualitet i det hele tatt. Halvparten av pasientene ønsket å diskutere seksualitet under behandlingen, mens de fleste partnerne mente at før behandlingsstart var et mer passende tidspunkt. Av de resterende kvinnene mente 32% prosent at før behandlingsstart var det beste tidspunktet, mens 24% mente at etter behandlingens slutt var det beste (Albers et al., 2019, s. 208). Partnerne verdsatte muligheten til å diskutere seksualitet med helsepersonell og ønsket å være til stede når seksualitet ble diskutert med partnerne deres. Studien la til slutt vekt på at en sykepleier var den mest foretrukne personen til å gi informasjon om seksualitet, gjerne støttet av brosjyrer og nettsider (Albers et al., 2019, s. 209). I artikkelen til Lundberg og Phoosuwan (2022) legges det vekt på at det for sykepleier vil være viktig å gi profesjonell psykososial støtte til pasienten (Lundberg & Phoosuwan, 2022, s. 2). Kvinnene uttrykker et sterkt behov for støtte, og at det er et klart behov for oppfølging, rådgivning, emosjonell støtte og adekvat informasjon fra helsepersonell. De nevnte at de trengte informasjon om hele prosessen med operasjon, behandling og bivirkninger. Noen kvinner beskrev at de i begynnelsen, før operasjonen, ikke visste hva de stod overfor. Dette var en svært vanskelig situasjon i livene deres. De visste



ikke hvor mye kreften hadde spredt seg, og å måtte fjerne et helt bryst føltet vanskelig (Lundberg & Phoosuwan, 2022, s. 4).

#### **4.2 Pasientutfordringer etter mastektomi**

I alle artiklene beskrives det utfordringer av både fysisk og psykologisk karakter for kvinnene som har gjennomgått mastektomi eller har gjennomgått behandling for brystkreft. I artikkelen til Lundberg og Phoosuwan (2022) legges det vekt på flere utfordringer kvinner kan oppleve etter tapet av et eller begge bryst etter mastektomi. Det nevnes blant annet angst, depresjon, redusert seksuell tiltrekning, en følelse av håpløshet og frykten for tilbakefall. De yngre kvinnene nevner og tapet av femininitet som følge av mastektomien, og at livskvaliteten er preget av dårlig kroppsbilde (Lundberg & Phoosuwan, 2022, s. 1). I artikkelen til Albers et al. (2019) og de Almeida et al. (2020) adresseres også pasienters problemer knyttet til seksuell funksjon, blant annet problemer med vaginal fuktighet, men også psykologiske utfordringer slik som svekket kroppsbilde (Albers et al., 2019, s. 205; de Almeida et al., 2020, s. 162). I artiklene skrevet av Almeida et al. (2020) og Paulsen et al. (2023) forklares det at kvinnene også har utfordringer knyttet til intimitet med sin egen partner i etterkant av diagnosen (de Almeida et al., 2020, s.161; Paulsen et al., 2023, s. 4649).

#### **4.3 Kommunikasjon og relasjonsbygging**

Studien til Albers et al. (2019) la vekt på viktigheten av kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient, men også inkludering av partner knyttet til seksuelle helseproblemer (Albers et al., 2019, s. 206). Studien til Paulsen et al. (2023) la vekt på at grunnlaget for god kommunikasjon var gode relasjoner mellom pasient og sykepleier, og at dette ble vektlagt i forkant av å ta opp temaet seksuell helse (Paulsen et al., 2023, s. 4648). For å bygge opp en tillit til pasient la artikkelen vekt på at det fra en sykepleier er viktig med en bevissthet rundt pasientens grenser, men også at den nonverbale kommunikasjonen ble ansett som et viktig verktøy for å oppnå tillit (Paulsen et al., 2023, s. 4653). Sykepleierne rapporterte at å fremme helbredende relasjoner var en kjernefunksjon i pasientsentrert omsorg, som inkluderte emosjonell støtte, veiledning, forståelse og forpliktelse (Paulsen et al., 2023, s. 4649). Et annet hovedpunkt i studien var også at det "Å være åpen og ikke-dømmende er en fremmer". Sykepleierne beskrev at det å ha positive holdninger til seksuell

helse var avgjørende for å ta opp emnet under konsultasjoner med pasienter (Paulsen et al., 2023, s.4654). I artikkelen til Lundberg og Phoosuwan (2022) nevnes det at kvinnene gjerne ønsker samme lege og sykepleier i løpet av behandlingsprosessen, og det understrekes viktigheten av kontinuerlig oppfølging (Lundberg & Phoosuwan, 2022, s. 4-5).

Studien til de Almeida et al. (2020) fremhevet mangelen på kommunikasjon og understreket behovet for PLISSIT-modellen som en ressurs for å kommunisere rundt den seksuelle helsen til kvinner. Studien tok også for seg gruppesettingsintervensjoner basert på PLISSIT-modellen, der deltakerne hadde mulighet til å diskutere erfaringer med andre som opplevde samme utfordringer (de Almeida et al., 2020, s. 162). I denne studien ble PLISSIT-modellen vurdert som en effektiv intervensjon for brystkreftoverlevende, med tanke på å mestre og håndtere endringer i seksuell funksjon etter en kreftbehandling (de Almeida et al., 2020, s. 161). Studien til Paulsen et al. (2023) vurderte også effekten av PLISSIT-modellen. Sykepleierne nevnte at bruken av slike sjekklister var et verdifullt verktøy som ikke bare fungerte som påminnere for sykepleierne, men også som effektive samtalestartere for å ta opp temaet (Paulsen et al., 2023, s. 4654).

#### **4.4 Barrierer for diskusjon om seksuell helse**

Studien til Khaled Al Eid et al. (2020) baserte seg på at sykepleiere opplever vanskeligheter med å diskutere seksuell helse med kreftpasienter. Utfordringene baserte seg på begrenset kunnskap, dårlige kommunikasjonsevner og lite tilgjengelig trening for å forbedre selvtilliten. I tillegg rapporterte noen om at mangel på tid, flauhet og stigma kan spille inn (Khaled et al., 2020, s. 50). Studien til Albers et al. (2019) viste også at mangel på tid og mangel på opplæring var barrierer for å ta opp temaet (Albers et al., 2019, s. 211). Også sykepleierne i studien til Paulsen et al. (2023) nevnte at til tross for positive holdninger, kunne komforten utfordres i situasjoner som følte pinlige. For eksempel når pasientene delte detaljer om seksuelle praksiser som sykepleierne ikke hadde erfaring med å ta opp (Paulsen et al., 2023, s. 4656).

## 4.5 Opplæring av sykepleiere

I studien til Khaled Al Eid et al. (2020) ble det brukt en seksualundervisnings-”workshop” som inkluderte presentasjoner, diskusjoner og rollespill (Khaled Al Eid et al., 2020, s. 51). Resultatene viste at gjennomsnittlig kunnskapsskår ble forbedret, og barrierene for å diskutere seksualitet var redusert ved tre- og seksmåneders oppfølging. Resultatene antydte at håndtering av seksuelle bekymringer med pasienter forsterkes ikke bare av kunnskapsgenerering, men også gjennom observasjon, praksis og erfaringer. For å forbedre kommunikasjonsferdigheter på et sensitivt område som seksuell helse, bør programmer inkorporere forelesninger, rollespill og diskusjoner ledet av opplærte veiledere. Aktiv deltakelse ga deltakerne muligheten til å utvikle selvtillit, som deretter kunne anvendes i kliniske settinger (Khaled Al Eid et al., 2020, s. 53). Et av hovedpunktene i studien til Paulsen et al. (2023) var at “Øvelse gjør mester”. Sykepleierne som hadde gjennomført mange oppfølgingskonsultasjoner, sa at de følte seg mer selvsikre når de tok opp seksuell helse under konsultasjonene, da de gjorde det gjentatte ganger (Paulsen et al., 2023, s. 4654). Sykepleierne i studien til Albers et al. (2019) ønsket også selv mer tilgang på opplæring og skriftlig informasjon om seksualitet. De mente at det ville være nyttig hvis skriftlig materiell, som brosjyrer eller nettsider, var lett tilgjengelig for alle for å styrke pasienter og partnere selv (Albers et al., 2019, s. 211).

## 5.0 Diskusjon

### 5.1 Diskusjon av resultat

I denne diskusjonsdelen kommer vi til å bruke sykepleieprosessen som fremgangsmåte for å identifisere og evaluere tiltak for å svare på vår problemstilling om *“Hvordan kan sykepleiere veilede brystkreftpasienter til å ivareta seksuell helse etter mastektomi?”*.

#### 5.1.1 Kartlegge behov for sykepleie og identifisere problem

I kartleggingsfasen er det vesentlig at sykepleiere innhenter opplysninger om pasientens funksjon, samt hvilke ressurser og forutsetninger vedkommende har til å ivareta sine grunnleggende behov (Skaug, 2021, s. 55). Mastektomi har klare konsekvenser for kvinners

seksuelle helse, med påvisbare fysiske og psykososiale utfordringer som vedvarer etter brystkreftbehandling (Åsberg et al., 2023). Ifølge tidsskriftet til Norsk onkologisk forening vil de fysiske konsekvensene, som smerte, fatigue, og endrede erogene soner, påvirke kvinnenens seksuelle funksjon og livskvalitet direkte. Dette fordi de intakte erogene soner spiller en essensiell rolle i sexlyst, opphisselse, og evnen til å oppnå orgasme (Onkonytt, 2022). Lundberg og Phoosuwan (2022) sin studie viser til de psykososiale konsekvensene, inkludert redusert selvbilde og følelsen av manglende feminitet, at den seksuelle tiltrekningen er redusert og at livskvaliteten er dårligere (Lundberg & Phoosuwan, 2022, s. 1). World Health Organization definerer seksuell helse som et sentralt aspekt av det å være menneske, inkludert glede, kjønn, erotikk, kjønnsidentitet, reproduksjon, og intimitet (WHO, u.å.). Regjeringens strategi for seksuell helse understreker også at god seksuell helse er en ressurs som styrker livskvaliteten og mestringsferdighetene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Dessverre avdekker forskningen vi har funnet generelt en manglende oppmerksomhet rundt seksuell helse i behandling. Studien til Albers et al. (2019) beskriver blant annet at flertallet av pasientene og partnerne ikke mottok noen informasjon om seksualitet i det hele tatt (Albers et al., 2019, s. 208). Dette indikerer et tydelig behov for forbedring av støtte og ressurser innenfor dette området.

### 5.1.2 Definere mål

Etter å ha utført omfattende kartlegging av behovet for sykepleie, samt identifisert de aktuelle problemene, vil det være hensiktsmessig å formulere mål for sykepleieintervensjonen. For at sykepleiere kan veilede brystkreftpasienter til å ivareta sin seksuelle helse vil et potensielt overordnet mål være å øke pasientens informasjonsnivå gjennom veiledning og fremming av helsekompetanse. Et slikt mål vil kunne bidra til at kvinnene får en økt forståelse av sin situasjon som kan bidra til å øke deres livskvalitet og mestring. Seksuelle problemer kan ha oppstått av en rekke årsaker og kan manifestere seg på flere nivåer og flere sider av det å være menneske (Gamnes, 2021, s. 538). At kvinner skal oppnå en komfort og aksept for de fysiske endringene etter gjennomgått mastektomi kan variere betydelig i tidsperspektiv avhengig av individuelle forskjeller. Målene og behandlingen av problemene burde derfor ta i betraktning denne kompleksiteten og bli sett fra et subjektivt ståsted (Gamnes, 2021, s. 538-539). Pasienten sin egen opplevelse og erfaring med situasjonen, ressurser, ønsker og verdier vil være viktig å ta i betraktning når man definerer mål i en konkret pasientsituasjon (Skaug,

2021, s. 77). Hvis sykepleier støtter personen i å gjøre det som skal til for å nå de egendefinerte målene, er sykepleier med på å styrke pasientens kompetanse for mestring (Eide & Eide, 2017, s. 58).

### 5.1.3 Velge og evaluere tiltak

Etter en systematisk gjennomgang av forskningsartiklene identifiseres flere tiltak som foreslås for implementering i veiledningssituasjoner mellom sykepleier og pasient. På bakgrunn av at tiltakene diskuteres så vi det naturlig å slå sammen trinnene i prosessen, “implementering av tiltak” og “evaluering av tiltak” til ett punkt. Dette for å vurdere deres egnethet og effektivitet med tanke på å besvare problemstillingen om hvordan sykepleiere kan veilede brystkreftpasienter til å ivareta seksuell helse etter mastektomi.

#### ***Etablere en god relasjon til pasienten:***

I studien til Albers et al. (2019) blir sykepleieren trukket frem som den mest foretrukne personen til å gi informasjon om seksuell helse (Albers et al., 2019, s. 209). I artiklene blir det utforsket ulike tilnærminger til veilederrollen. En felles oppfatning når sykepleier skal veilede brystkreftpasienter, er at det er avgjørende å etablere en god relasjon til pasienten basert på tillit og kommunikasjon. Paulsen et al. (2023) skriver blant annet i sin studie at dette fundamentet legger grunnlaget for å diskutere sensitive temaer som seksuell helse på en åpen og respektfull måte. Studien fremhever videre betydningen av åpenhet og ikke-dømmende holdninger blant sykepleiere under konsultasjoner. Dette kan også fremme et trygt miljø der pasienter føler seg komfortable med å diskutere sensitive emner. I samme artikkel nevnes også at den nonverbale kommunikasjonen ble ansett som et viktig verktøy for å oppnå tillit (Paulsen et al., 2023, s. 4653-4654). Gjennom den nonverbale kommunikasjonen signaliseres gjerne hvorvidt en er innstilt på å lytte og hjelpe, som er helt avgjørende for om pasienten føler seg ivaretatt eller ikke (Eide & Eide, 2017, s. 136). Mange kvinner er usikre på egen seksualitet og kropp, og dermed kan det å informere pasient om normalvariasjoner for seksualitet bidra til at kvinnen opplever en større tillit til egen kropp og følelser (Jerpseth, 2020, s. 141). En god relasjon mellom sykepleier og pasient vil trolig også legge til rette for en mer individuell tilnærming, da sykepleieren bedre kan forstå pasientens unike behov, verdier og preferanser når det gjelder seksuell helse. Dette støttes opp i artikkelen til Lundberg og Phoosuwan (2022), hvor det legges vekt på at kontinuerlig oppfølging av

samme sykepleier kunne bidra at kvinnenes behov og bekymringer bedre kunne møtes (Lundberg & Phoosuwan, 2022, s. 4-5).

I *Sex og samfunn sin elektroniske metodebok for seksuell helse* beskrives det at fagpersoners språkbruk er en viktig faktor i kommunikasjonen om seksualitet og kropp. For eksempel kan avansert medisinsk terminologi skape en følelse av fremmedgjøring og distanse i samtalen (Bjorhusdal, u.å.). Det er derfor svært viktig at sykepleiere tilpasser kommunikasjonen sin etter pasientens behov. I noen tilfeller kan det være tilstrekkelig å bare være lyttende og til stede. Muligheten til å uttrykke det som er vanskelig å snakke om kan i seg selv være tilstrekkelig hjelp (Gamnes, 2011, s. 99). Å tilpasse kommunikasjonen er stadfestet i de yrkesetiske retningslinjene punkt 1.3 for sykepleiere, som understreker behovet for å tilpasse omsorgen til pasientens individuelle behov, slik som kulturelle bakgrunn, språkferdigheter, kognitive og psykiske behov (*Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*, 2023). Å tilpasse kommunikasjonen kan gjøres slik som artikkelen til Paulsen et al. (2023) beskriver, ved å observere pasientens kroppsspråk og respons på spørsmålene som stilles (Paulsen et al., 2023, s. 4653). I samtale med kvinnene bør helsepersonell søke en kongruens i kommunikasjonen, der det verbale og nonverbale harmonerer som Eide og Eide (2017) definerer. Dette bidrar til at kommunikasjonen opptrer mer ekte og pålitelighet, som også er med på å bygge tillit. Helsepersonell bør være oppmerksom på tegn til inkongruens, der det verbale ikke samsvarer med det nonverbale, både hos pasienten og hos seg selv, for å identifisere eventuelle uoverensstemmelser som kan påvirke kommunikasjonen (Eide & Eide, 2017). Ved at sykepleier er observant på denne tilnærmingen og kommunikasjonen, bidrar dette til at sykepleier kan avdekke eventuell usikkerhet, men øker også bevisstheten rundt egne holdninger og hvordan dette kan påvirke kvinnen. Det kan også bidra til å styrke et godt pasient-sykepleier-forhold.

### ***Inkludere partner i samtale:***

Studien til Albers et al. (2019) viste at flertallet av pasientene verdsatte muligheten til å ha med partner, og at partner på lik linje ønsket å delta (Albers et al., 2019, s. 209). For å vise viktigheten av partnerens tilstedeværelse kan vi se på Gottmans (2017) forskningsresultater som viser at for kvinner er nærhet, kjærtegn og omsorg fra partner viktig for at hun skal oppleve seksuell interesse (Gottman & Gottman, 2017). Som nevnt i teoridelen er en vanlig klage fra brystkreftpasienter at menn, spesielt, kan unngå eller avbryte samtaler om slike sensitive temaer (Gjessing & Dahl, 2019, s. 116). Ved å inkludere partner kan man sammen

utforske løsninger og tilpasse seg eventuelle endringer eller utfordringer etter mastektomien. Å undersøke kvinnen sin lyst kan avdekke om det er utfordringer for henne som ligger til grunne, eller om de er relatert til partneren (Jerpseth, 2020, s. 140). En veiledning med mål om å styrke helsekompetansen hos begge parter kan derfor antas å være en gunstig tilnærming. Til slutt vil en evaluering sammen med kvinnen angående ønsket om å involvere partneren være fordelaktig.

### ***Finne det mest passende tidspunktet for samtale:***

I studien til Albers et al. (2019) diskuteres det også når det mest passende tidspunktet for å ta opp temaet seksuell helse er. Halvparten av deltakerne i denne studien ønsket å diskutere seksualitet under behandlingen, mens de fleste partnerne mente at før behandlingsstart var et mer passende tidspunkt. 32% av de resterende kvinnene mente at før behandlingsstart var det beste tidspunktet, mens 24% mente at etter behandlingens slutt var best (Albers et al., 2019, s. 208). I de fire andre artiklene er samtalen om den seksuelle helsen en del av kreftoppfølgingen, og skjer derfor etter behandlingens slutt. Felles for studiene til de Almeida et al. (2020) og Paulsen et al. (2023) er at oppfølgingen skjer i løpet av det første året etter endt behandling (de Almeida et al., 2020, s. 162; Paulsen et al., 2023, s. 4649). Til tross for at det ble rapportert i studien til Albers et al. (2019) at flertallet ønsket å snakke om seksuell helse under behandlingen, kan man vurdere om suksessraten fra den resterende forskningen kan tilsi at etter endt behandling kan være et passende tidspunkt.

Basert på personlig erfaring har gjerne sykepleiere som arbeider i poliklinikk ofte mer tid å sette av til hver enkelt pasient, noe som muliggjør lengre og mer grundige samtaler. Klinisk sett kan man tenke seg at det vil være hensiktsmessig å prioritere umiddelbare fysiske og psykologiske behov knyttet til inngrepet, slik som smertehåndtering, sårtilheling og tilpasning til endring i kroppsbilde. Dette vil også gi pasienten tid til å komme seg fysisk og mentalt etter operasjonen før man adresserer emner som seksuell helse. På den måten gir det også rom for at pasienten selv kan være klar for å initiere slike diskusjoner når de føler seg komfortable. Når det er sagt kan det likevel være hensiktsmessig å introdusere temaet tidligere i behandlingsforløpet. Dette kan begrunnes med behovet for å gi pasienten tid til å reflektere over, og forberede seg mentalt, på utfordringer knyttet til seksuell helse, som endringer i kroppsbilde og egenopplevelse. Hvis vi skal ta studien til Albers et al. (2019) i betraktning er det en prosentandel på 76% av kvinnene som har behov for informasjon enten

før eller i behandlingsforløpet (Albers et al., 2019, s. 208). Det å introdusere temaet tidlig kan derfor fungere som en måte å signalisere åpenhet og tilgjengelighet fra sykepleierens side, som kan bidra til å skape en trygg og støttende atmosfære for pasienten. Da kan pasienten få adressert umiddelbare bekymringer, men også bli trygget på at en grundigere samtale om seksuell helse vil komme senere. For sykepleiere vil det derfor kanskje være et betydningsfullt tiltak å ta initiativ til diskusjon med kvinnen for å fastslå hennes prefererte tidspunkt for informasjon og veiledning.

### ***Innføring av PLISSIT- modellen i samtale med pasient:***

Både studien til de Almeida et al. (2020) og Paulsen et al. (2023) bruker PLISSIT-modellen som et verktøy for å adressere seksuell helse hos kreftpasienter. Sykepleierne i studien til Paulsen et al. (2023) nevnte at bruken av slike sjekklister var et verdifullt verktøy som ikke bare fungerte som påminnere for sykepleierne, men også som effektive samtalestartere (Paulsen et al., 2023, s. 4654). Modellen kan dermed fungere som en naturlig introduksjon dersom sykepleier synes det er ukomfortabelt å ta opp temaet. Forskning viser at en får mer informasjon om og fra pasienten ved å ta i bruk systematiske kartleggingsverktøy, enn hvis man satser på den gode samtalen alene (Eide & Eide, 2017, s. 219). Modellen har også en klar struktur som kan hjelpe sykepleieren med å lede samtalen på en systematisk måte. Pasienter husker også informasjonen lettere hvis den som informerer har strukturert informasjonen og gir pasienten knagger å henge informasjonen på (Eide & Eide, 2017, s. 219). Studien til de Almeida et al. (2020) understreket behovet for PLISSIT-modellen som en ressurs for å kommunisere rundt den seksuelle helsen til kvinner (de Almeida et al., 2020, s. 162).

### ***Grupperettingsintervensjoner:***

I studien til de Almeida et al. (2020) ble det gjennomført gruppesettingsintervensjoner basert på PLISSIT, der kvinnene kunne dele erfaringer med hverandre (de Almeida et al., 2020, s. 162). Grupperettingsintervensjoner i veiledningssammenheng om seksuell helse kan ha fordeler og ulemper. På den positive siden kan gruppesettingen skape et støttende miljø der deltakerne kan føle seg forstått og støttet av andre i samme situasjon. Mange sykehus som opererer brystkreftpasienter tilbyr oppfølgingsgrupper eller pasientskoler, der pasientene kan få treffe andre kvinner i lignende situasjon (Sørensen et al., 2020, s. 445). Muligheten til å dele erfaringer og mestringsstrategier kan bidra til å skape fellesskap og økt forståelse for



individuelle utfordringer, samtidig som det normaliserer diskusjonen om seksuell helse. Deltakerne kan også lære av hverandre og oppnå en økt følelse av mestring. På den andre siden kan det tenkes at gruppesettingsintervensjoner kan mangle individuell tilpasning, og fokusere mindre på deltakernes unike behov og utfordringer sammenlignet med individuelle konsultasjoner. Å tilby gruppesamtaler som en del av veiledningen kan derfor være en effektiv tilnærming, men det bør ikke erstatte den verdifulle pasientsentrerte omsorgen som oppstår i dialogen mellom sykepleier og pasient.

### ***Målrettet opplæring og støtte på området for sykepleiere:***

I strategien for seksuell helse (2017-2022), legges det vekt på at det har blitt en større åpenhet om seksualitet og seksuell frihet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Likevel viser både studien utført av Khaled Al Eid et al. (2020) og Paulsen et al. (2023) at flere sykepleiere opplever vanskeligheter med å ta opp temaet seksuell helse med pasientene sine til tross for at de synes det er viktig (Khaled Al Eid et al., 2020, s. 50; Paulsen et al., 2023, s. 4656). Helsepersonell er pliktig til å gi relevant informasjon om konsekvensene av behandlingen de gjennomgår, inkludert aspekter som påvirker seksuallivet (Helsepersonelloven, 1999, §10). Til tross for dette er det rapportert om at mangel på tid, flauhet og stigma begrenser flere sykepleiere i å oppfylle denne plikten fullt ut (Khaled et al., 2020, s. 50). Dette understreker behovet for målrettet opplæring og støtte på dette området. I tråd med dette viser studiene til Khaled Al Eid et al. (2020) og Paulsen et al. (2023) at spesifikke tiltak kan bidra til å adressere disse utfordringene. For eksempel viser Khaled Al Eid et al.'s studie at en seksualundervisnings-”workshop” for sykepleiere, som inkluderte forelesninger og rollespill, bidro til å øke sykepleiernes selvtillit når det gjaldt å ta opp temaet seksuell helse med pasientene (Khaled Al Eid et al., 2020, s. 51). På samme måte viser Paulsen et al.' studie at erfaring og praksis gjennom oppfølgingskonsultasjoner også kan bidra til å øke sykepleiernes selvtillit og komfort med å ta opp dette viktige temaet (Paulsen et al., 2023, s. 4654). Disse funnene peker på behovet for strukturerte opplæringsprogrammer og kontinuerlig støtte for sykepleiere for å hjelpe dem med å sikre at pasientenes behov blir tilfredsstilt på en profesjonell og empatisk måte.

### ***Styrke pasientenes helsekompetanse og empowerment:***

Veiledning bør ikke bare fokusere på å gi informasjon, men også på å øke helsekompetansen til pasienten. I Helse- og omsorgsdepartementets strategiplan blir det lagt vekt på å styrke befolkningens helsekompetanse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019-2023). Dette peker

på viktigheten av å veilede pasienter slik at de får tilgang til de nødvendige verktøyene og kunnskapen som trengs for å ta velinformerte beslutninger om egen helse. Studier, som den utført av Lundberg og Phoosuwan (2022), avdekker at pasienter kan føle seg håpløse hvis de ikke har tilstrekkelig informasjon om sin egen sykdom og behandling (Lundberg & Phoosuwan, 2022, s. 1), men at kvinnene samtidig viser en sterk vilje til å håndtere sin egen situasjon, og akseptere situasjonen sin hvis de får støtte fra ulike kilder (Lundberg & Phoosuwan, 2022, s. 3). Dette forsterker tanken om at sykepleiere burde gi informasjon og veiledning på en tilpasset måte, som kan bidra til å øke pasientens empowerment og mestring. I tidsskriftet for den norske legeföreningen står det at en forutsetning for empowerment hos pasienten er at vedkommende må oppleve tilstrekkelig kontroll over faktorer som bestemmer vilkårene for en positiv utvikling (Sørensen et al., 2002). Ved at sykepleier tilbyr informasjon og veiledning gjennom PLISSIT-modellen, kan det legge til rette for at kvinnen kan åpne seg om eventuelle utfordringer, og åpne for samtale om hvordan en best kan tilrettelegge med tanke på kvinnens ressurser.

## **5.2 Diskusjon av metode**

### 5.2.1 Styrker og svakheter ved litteraturstudie

Å benytte litteraturstudie som metode kan både være en svakhet og en styrke. Internett byr på ubegrensede muligheter for søk i litteratur, noe som kan gjøre det vanskelig å skille relevante kilder fra de mindre relevante. Det blir derfor viktig å avgrense søket ved å etablere klare kriterier som veileder søkeprosessen (Dalland, 2017, s. 156). Dette ble gjort gjennom inklusjons- og eksklusjonskriteriene satt i denne oppgaven (Tabell 1). Ved å definere kriterier avgrenser man mengden litteratur ved å stille seg kritisk til hva forskningsartiklene bør inneholde. Det er også viktig å legge vekt på hva slags relevans dataen har for problemstillingen, og at dataen er samlet inn på en måte som gjør at de kan betraktes som pålitelige (Dalland, 2017, s. 60).

### 5.2.2 Styrker og svakheter i vår litteraturstudie

Blant de valgte artiklene våre er det en variasjon av studiedesign; én tverrsnittstudie, én ikke-randomisert kontrollstudie, to kvalitative studier og én kvasi-eksperimentell studie.

Tverrsnittstudien ble benyttet for å identifisere behovene til brystkreftpasienter når det gjaldt seksuell helse ved å bruke spørreskjema. Dette ga oss grunnlaget for å fastslå hvor utbredt problemet var blant brystkreftpasientene som kunne bidra til å øke kunnskapen om hva sykepleiere burde legge vekt på i veiledningen av pasientene. Den ikke-randomiserte kontrollstudien brukte en intervensjonsgruppe og en kontrollgruppe for å vurdere om PLISSIT-modellen var effektiv for seksuell funksjon og livskvalitet. De to kvalitative studiene utforsket kommunikasjonen om seksuell helse mellom pasient og sykepleier, og ga dermed innsikt i hvilken tilnærming som var mest effektiv i en veiledningssammenheng. Det ble også undersøkt hvilke behov og bekymringer brystkreftpasienter opplevde, slik at vi kunne utforske hvordan disse bedre kan imøtekommes. I den kvasi-eksperimentelle studien ble en sykepleier-workshop brukt som et eksperiment for å utforske hvordan sykepleiere kan bli bedre på å diskutere seksuell helse med pasienter. Vi vurderer at variasjonen av studiedesignene i vår forskning har gitt oss muligheten til å diskutere vår problemstilling fra flere ulike perspektiver, og at dette er med på å styrke besvarelsen.

Når det gjelder de utvalgte artiklene for vår studie, har vi inkludert en artikkel som ikke retter seg direkte mot brystkreft og mastektomi, men heller fokuserer på sykepleiere som arbeider med gynekologisk kreft (Paulsen et al., 2023). Vi har likevel valgt å inkludere denne etter en nøye gjennomgang da innholdet var svært relevant i forhold til kommunikasjonen mellom sykepleier og kreftpasient. Artikkelen er utformet med fokus på sykepleierens veilederrolle og hvordan de kan forbedre sin praksis med hensyn til å adressere seksuell helse, snarere enn å legge vekt på pasientens subjektive opplevelse av sykdommen. Flere av artiklene omtaler også brystkreftpasienter generelt, da de inkluderer både mastektomipasienter, men også pasienter som har gjennomgått annen kurativ behandling (Khaled Al Eid et al., 2020; Albers et al., 2019; de Almeida et al., 2020). Av den grunn har vi valgt å inkludere en artikkel som spesielt utforsker selvbildet etter mastektomi og disse pasientenes behov for støtte fra helsepersonell (Lundberg & Phoosuwan, 2022). Dette fordi den utforsker kvinners utfordringer etter gjennomgått mastektomi, noe som vil være svært vesentlig for en sykepleier å vite i en veiledningssammenheng. Imidlertid er det viktig å påpeke at inkluderingen av brystkreftpasienter fremfor mastektomipasienter i de andre artiklene ikke nødvendigvis representerer en svakhet. Dette skyldes at opplevelsen av endringer i seksuell helse ofte er felles blant de som har gjennomgått kurativ behandling for brystkreft. Slik sett er tanken at funnene fra artiklene som fokuserer på kommunikasjon om seksuell helse, vil være relevante uavhengig av den spesifikke behandlingshistorien til deltakerne.

## **6.0 Oppsummering og implikasjon for praksis**

Formålet med denne litteraturstudien var å belyse problemstillingen *“Hvordan kan sykepleier veilede brystkreftpasienter til å ivareta seksuell helse etter mastektomi?”*. Seksuell helse har ofte blitt forsømt i etterkant av brystkreftbehandling, til tross for dens betydelige innvirkning på livskvaliteten til pasientene. Vår intensjon var å utforske hvordan sykepleiere kan innlemme diskusjoner om seksuell helse i sin omsorgspraksis på en profesjonell og terapeutisk måte, med det overordnede målet å øke pasientens informasjonsnivå gjennom veiledning og fremming av helsekompetanse. Gjennom bruk av relevant pensum og forskning mener vi at problemstillingen har blitt besvart på en hensiktsmessig måte. Funnene fra forskningen viser at til tross for at seksuell helse sjelden blir adressert i pasientkonsultasjoner, så er det en gjennomgående oppfatning blant både pasienter og sykepleiere at seksuell helse utgjør en viktig del av kreftoppfølgingen.

For å fremme samtaler om seksuell helse har vi avdekket at et viktig tiltak er at det er sentralt for sykepleier å etablere en god relasjon til pasient. Dette gjøres gjennom tilpassing av kommunikasjon og informasjon, samt være bevisst på egen kommunikasjon og holdninger i samtale med kvinnene. Dette skal fremme et trygt miljø der pasienter føler seg komfortable med å diskutere sensitive emner. Det har også blitt vurdert som positivt å inkludere partner i samtale. Partner kan være en viktig bidragsyter i og med at nærhet, kjærtegn og omsorg fra partner vanligvis er viktig for kvinner for å oppleve seksuell interesse. Videre viser forskningen at det er variasjoner i når kvinnene ønsker informasjon, og at det kan være verdifullt for sykepleier å initiere samtalen for å fastslå beste tidspunkt for når kvinnene og eventuell partner ønsker veiledning. I tillegg har verktøy som PLISSIT vært et hjelpemiddel for sykepleiere til å strukturere samtalen og holde seg profesjonelle, samtidig som den kan fungere som en "samtalestarter" for å introdusere temaet om sykepleier og/eller pasient synes det er ukomfortabelt å ta opp. Tiltaket om gruppesettingsintervensjoner gir muligheten til å dele erfaringer og mestringsstrategier hos kvinnene, gjennom å bidra til et fellesskap der kvinnene kan lære av hverandre og oppnå en økt følelse av mestring. For sykepleiere har det også vist seg effektivt med målrettet opplæring om seksuell helse for å bli mer selvsikker i å ta opp temaet med pasienter. Til slutt har vi også undersøkt hvordan veiledningen fra sykepleiere kan bidra til å styrke pasientens helsekompetanse og empowerment, ved å tilpasse informasjonen og kommunikasjonen etter pasientens behov. Ved å implementere

disse tiltakene i pasientkonsultasjoner vil sykepleier kunne veilede mastektomipasienter på en måte som fremmer deres ivaretagelse av sin seksuelle helse.

## 7.0 Referanseliste

- 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>
- Askheim, O. P. (2012). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid: Floskel, styringsverktøy eller frigjøringsstrategi*.(1. utg). Gyldendal.
- Bodai, B. I & Tusso, P. (2015). Breast Cancer Survivorship: A Comprehensive Review of Long-Term Medical Issues and Lifestyle Recommendations. *The Permanente Journal*. [10.7812/TPP/14-241](https://doi.org/10.7812/TPP/14-241)
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal.
- de Almeida, N. G., Knobf, T. M., de Oliveira, M. R., Salvetti, M. d, Oriá, M. O., & Fialho, A. V. (2020). A Pilot Intervention Study to Improve Sexuality Outcomes in Breast Cancer Survivors. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 7(2), 161–166. [https://doi.org/10.4103/apjon.apjon\\_56\\_19](https://doi.org/10.4103/apjon.apjon_56_19)
- Eid, K., Christensen, S., Hoff, J., Yadav, K., Burtson, P., Kuriakose, M., Patton, H., & Nyamathi, A. (2020). Sexual Health Education: Knowledge Level of Oncology Nurses and Barriers to Discussing Concerns With Patients. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 24(4), E50–E56. <https://doi.org/10.1188/20.CJON.E50-E56>
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner* (3. utg). Gyldendal.

eMetodebok: Bjorhusdal, P. C. (u.å.). *Seksualitet, seksuelle dysfunksjoner og sexologi*.

eMetodebok. Hentet 19. april 2024, fra

<https://emetodebok.no/kapittel/seksualitet-seksuelle-dysfunksjoner-og-sexologi/>

Falk, S. J., & Dizon, D. S. (2020). Sexual Health Issues in Cancer Survivors.

*Seminars in Oncology Nursing*, 36(1), 150981.

<https://doi.org/10.1016/j.soncn.2019.150981>

Fennel, R. & Grant, B. (2019). Discussing sexuality in health care: A systematic

review. *Wiley Online Library*. <https://doi.org/10.1111/jocn.14900>

Gamnes, S. (2011). Nærhet og seksualitet: Identifisering av behov for sykepleie. I N.

J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie:*

*Pasientfenomener og livsutfordringer* (2. utg, bind 3, s. 71-104). Gyldendal.

Gamnes, S. (2021) Seksualitet og helse. I N. J. Kristoffersen, E. -A., Skaug, S. A.

Steindal & G.H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Grunnleggende*

*behov og helse* (4. utg., bind 2, s. 515-548). Gyldendal.

Gjessing, R. & Dahl, A., A. (2019). Problemer med seksualitet. I C. E. Kiserud, A.A.

Dahl & S. D. Fosså (Red.), *Kreftoverlevende* (3. utg., s. 104-124). Gyldendal.

Gottman, J. & Gottman, J. (2017). The natural principles of love. *Wiley Online*

*Library*. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/jftr.12182>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Snakk om det! Strategi for seksuell helse:*

*2017-2023*. Regjeringen.

[https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi\\_seksuell\\_helse.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf)

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen: 2019-2023*. Regjeringen.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/97bb7d5c2dbf46be91c9df38a4c94183/strategi-helsekompetanse-uu.pdf>
- Helsebiblioteket. (2021). 4.1 Sjekklistor.  
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#4kritisk-vurdering-41-sjekklistor>
- Helsedirektoratet. (2017, 28. februar). *Behandling av brystkreft*.  
<https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/brystkreft/behandling-av-brystkreft#hovedgrupper-av-behandlingsforlop>
- Helsedirektoratet. (2021, 20. januar). *Helsekompetanse - kunnskap og tiltak*.  
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/helsekompetanse/helsekompetanse>
- Helsedirektoratet. (2023, 11. januar). *Forekomst av brystkreft*.  
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/brystkreft--handlingsprogram/epidemiologi/forekomst-av-brystkreft>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.  
[https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL\\_2#KAPITTEL\\_2](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2)
- Høgskulen på Vestlandet. (2022). Tekniske retningslinjer for oppgaveskriving.  
<https://www.hvl.no/om/sentrale-dokument/reglar/tekniske-retningslinjer-for-oppgaveskriving/>
- Jerpseth, H. (2020) Sykepleie ved gynekologiske sykdommer. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås, (Red.), *Klinisk sykepleie* (5. Utg., bind 2, s. 133-168). Gyldendal.



Kristoffersen, N. J. (2011). Stress og mestring. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener og livsutfordringer* (2. utg., bind 3, s. 133-196). Gyldendal

Kwong, A. & Sabel, M. S. (2022). Mastectomy. *Uptodate*. [https://www-uptodate-com.proxy.helsebiblioteket.no/contents/mastectomy?search=mastectomy&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1#H374254753](https://www-uptodate-com.proxy.helsebiblioteket.no/contents/mastectomy?search=mastectomy&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H374254753)

Łukasiewicz, S., Czezelewski, M., Forma, A., Baj, J., Sitarz, R., & Stanisławek, A. (2021). Breast Cancer—Epidemiology, Risk Factors, Classification, Prognostic Markers, and Current Treatment Strategies—An Updated Review. *Cancers*, 13(17), 4287. <https://doi.org/10.3390/cancers13174287>

Lundberg, P. C., & Phoosuwan, N. (2022). Life situations of Swedish women after mastectomy due to breast cancer: A qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing*, 57. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2022.102116>

Mobekk, H. & Willems, A. (2022). Helsepersonell må tørre å snakke med brystkreftpasienter om seksuell helse. *Sykepleien*. [10.4220/Sykepleiens.2022.90143](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2022.90143)

Norsk Sykepleierforbund. (2023). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer-sykepleiere>

NOU 1998: 18. (1998). *Det er bruk for alle: Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene*. Sosial- og helsedepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/7208dd51a36340a6b4e7401d6854f603/no/pdfa/nou199819980018000dddpdfa.pdf>

Onkonytt. (2022, 10. februar). Seksuell helse etter brystkreft.

<https://onkonytt.no/seksuell-helse-etter-brystkreft/>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*

(LOV-1999-07-02-63). Lovdata. [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL\\_3#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_3#KAPITTEL_3)

Paulsen, A., Vistad, I., & Fegran, L. (2023). Nurse–patient sexual health

communication in gynaecological cancer follow-up: A qualitative study from nurses' perspectives. *Journal of Advanced Nursing*, 79(12), 4648–4659.

<https://doi.org/10.1111/jan.15755>

Sabel, M.S. (2023). Breast-conserving therapy. *Uptodate*. [https://www.uptodate-](https://www.uptodate-com.proxy.helsebiblioteket.no/contents/breast-conserving-therapy?search=mastectomy%20vs%20lumpectomy&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1#H30)

[com.proxy.helsebiblioteket.no/contents/breast-conserving-](https://www.uptodate-com.proxy.helsebiblioteket.no/contents/breast-conserving-therapy?search=mastectomy%20vs%20lumpectomy&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1#H30)

[therapy?search=mastectomy%20vs%20lumpectomy&source=search\\_result&selectedTitle=1%7E150&usage\\_type=default&display\\_rank=1#H30](https://www.uptodate-com.proxy.helsebiblioteket.no/contents/breast-conserving-therapy?search=mastectomy%20vs%20lumpectomy&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1#H30)

Skaug, E. A. (2021) Kartlegging, vurdering og dokumentasjon i sykepleie. I N. J.

Kristoffersen, E. -A., Skaug, S. A. Steindal & G.H. Grimsbø (Red.),

*Grunnleggende sykepleie: Grunnleggende behov og helse* (4. utg., bind 2, s. 43-89). Gyldendal.

Sørensen, E. M., Lorvik, M. K., Ernsten, N. G., & Almås, H. (2020) Sykepleie ved

brystkreft. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås, (Red.), *Klinisk*

*sykepleie* (5. utg., bind 2, s. 437-451). Gyldendal.

Sørensen, M., Graff-Iversen, S., Haugstvedt, K. T., Enger-Karlsen, T., Narum., I. G.

& Nybø, A. (2002). “Empowerment” i helsefremmende arbeid. *Tidsskriftet*.

<https://tidsskriftet.no/2002/10/kronikk/empowerment-i-helsefremmende-arbeid>

World Health Organization. (u.å.). Health Promotion.

<https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/seventh-global-conference/community-empowerment>

World Health Organization. (u.å.). Sexual Health. [https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_1)

Åsberg, R. E., Giskeødegård, G. F., Raj S. X., Karlsen, J., Engstrøm, M., Salvesen, Ø., Nilsen, M., Lundgren, S. & Reidunsdatter, R. J. (2023). Sexual functioning, sexual enjoyment, and body image in Norwegian breast cancer survivors: a 12-year longitudinal follow-up study and comparison with the general female population. *Taylor & Francis Online*.

<https://doi.org/10.1080/0284186X.2023.2238548>

## 8.0 Vedlegg

### Vedlegg 1: PICO-skjema

<i>“Hvordan kan sykepleier veilede brystkreftpasienter til å ivareta seksuell helse etter mastektomi?”</i>			
<b>P</b>	<b>I</b>	<b>C</b>	<b>O</b>
Engelske søkeord for pasientgruppe	Engelske søkeord for intervensjon/eksposisjon	Engelske ord for eventuell sammenligning	Engelske søkeord for utfall
Mastectomy Mastectomy patients Breast cancer survivors Women with breast cancer	Information about Sexual health Information about Sexuality Information needs Communication Nurse PLISSIT		Body image Sexuality Sexual health Empowerment

Vedlegg 2: Litteratormatrise

Forfatter (år)	Hensikt	Design/Metode	Utvalg	Resultat	Styrker og svakheter
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)	Hensikten med denne studien er å undersøke preferansene til brystkreftpasienter og deres partnere når det gjelder skriftlig informasjon om seksualitet, foretrukket helsepersonell for å diskutere seksualitet, og mest hensiktsmessig tidspunkt for slike samtaler.	Tverrsnittsstudie. Invitasjonsbrev per e-post med informert samtykke til pasientene, med en ekstra invitasjon til partneren.	Kvinnelige pasienter behandlet for brystkreft mellom januar 2015 og desember 2016 ved to utvalgte sykehus i Nederland ble inkludert i studien.  Invitasjonsbrev ble sendt til både pasienter og partnere, og totalt deltok 174 pasienter og 76 partnere.  Eksklusjonskriterier omfattet pasienter under 18 år, de med godartede brysttumorer, og de som flyttet til utlandet. Ingen maksimal	80% av pasientene rapporterte at de ikke hadde mottatt informasjon om hvordan brystkreft påvirker seksualiteten, mens 74% av partnerne ikke hadde mottatt informasjon om seksuelle problemer relatert til kreft.  Når det gjelder foretrukne informasjonskilder, foretrakk 48% av pasientene brosjyrer, 35% foretrakk nettsider, og 27% ønsket samtale med helsepersonell.  Videre foretrakk 51% av pasientene og 52% av partnerne samtaler med sykepleier over annet helsepersonell.	<b>Styrker:</b> God representativitet: Studien inkluderte deltakere fra ulike sykehus  Klare utvalgskriterier: ved valg av deltakere  Eksklusjonskriterier ble spesifisert for å sikre relevans og konsistens i populasjonen.  Etisk godkjenning: Studien ble godkjent av etiske komiteer, og personvernet til deltakerne ble ivarettatt gjennom hele prosessen.  Passende metoder ble brukt til å analysere dataene, noe som styrker reliabiliteten og gyldigheten til resultatene.

			aldersgrense ble satt for deltakelse.	Under behandlingen mente 46% av pasientene at det beste tidspunktet å diskutere seksualitet var, mens 55% av partnerne mente det var viktig å være involvert i seksuell veiledning av partner.	<p><b><u>Svakheter:</u></b></p> <p>Bruk av et ikke-validert spørreskjema og lav svarprosent kan ha ført til skjevhet.</p> <p>Svarprosenten på 19 % blant brystkreftpasientene.</p> <p>Studien ble utført ved spesifikke medisinske sentre i Nederland, og kulturelle faktorer kan påvirke preferanser annerledes i andre populasjoner.</p>
de Almeida, N. G., Knobf, T. M., de Oliveira, M. R., Salvetti, M. d, Oriá, M. O., & Fialho, A. V. (2020)	Hensikten med studien var å vurdere effektiviteten av PLISSIT-modellen direkte med brystkreftoverlevende når det gjelder seksuell funksjon og livskvalitet.	Ikke-randomisert før-/etter-pilotkontrollstudie  Sammenlignet PLISSIT-modellintervensjonen med vanlig behandling.  Intervensjonen ble utført av to helsepersonell	Kvalifiserte deltakere inkluderte brystkreftoverlevende > 6 måneder etter kirurgi, > 18 år gamle og seksuelt aktive.  19 brystkreftoverlevende deltok i studien.	Livskvaliteten ble vurdert som moderat god ved baseline og forbedret seg etter 3 måneder i begge grupper.  Fysisk helse og sosiale relasjoner forbedret seg over tid i begge grupper.  -Seksuell funksjon var lav ved baseline	<p><b><u>Styrker:</u></b></p> <p>Hensikten med studien ble grundig beskrevet, inkludert inklusjons- og eksklusjonskriterier, intervensjon og utfallsmålene.</p> <p>Etisk godkjenning og registrering: Studien ble godkjent av etisk komité og registrert i en klinisk database.</p>

		(sykepleier og profesjonell seksuell terapeut)		uten signifikante endringer over tid eller etter gruppe tilordning.  -Oppsummert var det små til moderate forbedringer i livskvaliteten over tid i begge grupper, og funnene antyder at PLISSIT-intervensjonen forbedret opphisselse med en liten tendens til smerteforbedring.	Deltakernes rekruttering var grundig, med klare kriterier og høy deltakelsesrate.  Pilottesting av spørreskjemaer: Spørreskjemaene ble testet for å sikre forståelse og tydelighet.  <b><u>Svakheter:</u></b> Liten prøvegruppe  Tidspunkt og planlegging av sykehusbaserte intervensjons sesjoner gjorde at noen deltakere valgte gruppe ut ifra preferanse og timeplan.
Khaled Al Eid, MSN, RN, Susan Christensen,	Formålet med studien var å evaluere effektene av	En kvasi-eksperimentell studie.	77 onkologisykepleiere var kvalifisert for deltakelse i	Resultatet viste at gjennomsnittlig kunnskapsskår ble forbedret, og	<b><u>Styrker:</u></b> Klarhet og relevans: Studien ble utført på et

<p>MHA, BSN, RN, Jennifer Hoff, MSN, RN, Diane Drake, PhD, RN, Kartik Yadav, MSCR, Paige Burtson, MSN, RN, PhD, Mebin Kuriakose, RN, BS, Harold Patton, MSN, RN, and Adey Nyamathi, ANP, PhD, FAAN (2020)</p>	<p>en sykepleierfokusert seksualundervisnings- ”workshop”. Hensikten var å forbedre sykepleiers kunnskap om pasientenes seksuelle bekymringer, redusere barrierer for å diskutere seksualitet og øke hyppigheten av å ta opp seksuelle bekymringer.</p>	<p>En “train-the-trainer”-tilnærming ble brukt for seksualundervisningen for å forbedre sykepleiernes evne til å diskutere seksuell helse med kreftpasienter.</p>	<p>studien, inkludert de fra sengeposten og poliklinikker, samt infusjonssenteret. Alle sykepleiere ble tildelt opplæring og fikk muligheten til å delta. Tolv sykepleiere takket nei til deltakelse. Totalt deltok 65 sykepleiere i studien.</p>	<p>barrierene for å diskutere seksualitet var redusert ved tre- og seksmåneders oppfølging. Resultatene er i tråd med tidligere studier som antyder at håndtering av seksuelle bekymringer med pasienter forsterkes ikke bare av kunnskapsgenerering, men også gjennom observasjon, praksis og erfaringer. For å forbedre kommunikasjonsferdigheter på et sensitivt område som seksuell helse, bør programmer inkorporere forelesninger, rollespill og diskusjoner ledet av opplærte veiledere.</p>	<p>anerkjent akademisk medisinsk senter</p> <p>Høy deltakelsesrate: Av de 77 sykepleierne som var kvalifiserte, deltok 65 i studien, noe som indikerer god deltakelse og interesse blant målgruppen.</p> <p>Godkjent av etisk komité:</p> <p>Godt strukturert intervensjon:</p> <p>Pålitelige måleverktøy:</p> <p>Korrekt statistisk analyse: Statistiske metoder ble brukt på en hensiktsmessig måte for å analysere dataene og vurdere endringer over tid.</p> <p><b>Svakheter:</b></p> <p>Det ble ikke samlet inn data om kreftdiagnosen til pasientene som fikk hjelp.</p>
---	---	---	---	---	--



				<p>Aktiv deltakelse gir deltakerne muligheten til å utvikle selvtillit, som deretter kan anvendes i kliniske settinger.</p> <p>Frekvensen av samtaler om seksuelle bekymringer hadde også økt etter tre måneder og ble opprettholdt etter seks måneder.</p>	<p>Resultatene ble selvrapportert, uten at pasienttilbakemeldinger ble samlet inn.</p> <p>Kunne vært nyttig med en enda mer langsiktig oppfølging.</p>
<p>Lundberg, P. C. &amp; Phoosuwan, N. (2022)</p>	<p>Formålet med denne studien var å utforske og beskrive livssituasjonen til svenske kvinner som har gjennomgått mastektomi.</p>	<p>Kvalitativ studie. Semistrukturerte intervjuer ble gjennomført vha. en intervjuguide som omhandlet opplevelser av endringer i kvinnes daglige liv og funksjoner.</p>	<p>33 kvinner som hadde gjennomgått mastektomi deltok.</p>	<p>Seks hovedtema identifisert:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dårlig kroppsbilde og tap av kvinnelighet</li> <li>2. Følelser av frykt, bekymring og angst</li> <li>3. Bedre verdsettelse av livet</li> <li>4. Støtte fra ulike kilder</li> </ol>	<p><b><u>Styrker:</u></b></p> <p>Bruken av kvalitativ forskningsmetode med intervju er velegnet til å utforske pasienters opplevelse og erfaring med livssituasjonen sin.</p> <p>Metoden er beskrevet detaljert og gir god innsikt i hvordan dataen er samlet inn</p> <p>Studien er godkjent av etiske komiteer</p>

				<p>5. Erfaringer med omsorg fra helsepersonell</p> <p>6. Behov for informasjon og oppfølging</p>	<p>Konfidensialitet og anonymitet er ivaretatt</p> <p><b><u>Svakheter:</u></b> Studien er gjennomført i 3 byer i Sverige, og kan føre til begrensninger med tanke på overførbarheten til andre populasjoner.</p> <p>Få deltakere kan påvirke generaliserbarheten i funnene</p>
<p>Paulsen, A., Vistad, I., Fegran, L. (2023)</p>	<p>Hensikten med studien var å utforske sykepleier-pasient-kommunikasjon om seksuell helse sett fra perspektivet til sykepleiere som er opplært til å håndtere</p>	<p>Kvalitativ hermeneutisk tilnærming basert på Flemming et al. (2003).</p> <p>Sykepleierne ble opplært i gynekologisk kreftoverlevelse, inkludert seksuell helse, og gjennomførte fire oppfølgingsbesøk det første året</p>	<p>Kvalifikasjonskriteriet for deltakelse:</p> <p>Registrerte sykepleiere med erfaring innen gynekologi og/eller onkologi.</p> <p>Å delta i LETSGO-studien i minst ett år.</p>	<p>Som resultat ble tre hovedtemaer identifisert:</p> <p>1. Bygge gode relasjoner gjennom kommunikasjon: Å fremme helbredende relasjoner gjennom støtte, veiledning, forståelse og forpliktelse er viktig i pasientsentrert omsorg</p>	<p><b><u>Styrker:</u></b> Etisk godkjent</p> <p>Bruken av en kvalitativ tilnærming/forskningsmetode er godt egnet for å oppnå en dybdeforståelse av fenomenet som undersøkes.</p> <p>Grundig metodisk del. Gir detaljert informasjon om datainnsamlingen, som</p>

<p>seksuell helse i oppfølgingen av gynekologisk kreft.</p>	<p>etter behandling. De ble også opplært i PLISSIT-modellen. Hensikten ble undersøkt via intervju.</p>	<p>10 sykepleiere kvalifiserte for utvelgelse.</p>	<p>2. "Øvelse gjør mester": Sykepleierne sa at de følte seg mer og mer selvsikre når de tok opp seksuell helse i og med at de gjorde det gjentatte ganger</p> <p>3. "Å være åpen og ikke-dømmende er en fremmer": Sykepleierne beskrev at det å ha positive holdninger til seksuell helse var avgjørende for å ta opp emnet under konsultasjoner med pasienter.</p>	<p>øker påliteligheten for studiens resultater.</p> <p>Studien implementerer flere strategier for å øke påliteligheten og validiteten slik som tilbakemelding fra kollegaer, dokumentering av forskningsbeslutninger og en refleksiv praksis blant forskerteamet.</p> <p><b><u>Svakheter:</u></b> Få representanter: Inkluderer kun 10 sykepleiere</p> <p>Dataanalysen er subjektiv, og avhengig av en tolkning som kan gi teksten en skjevhet.</p>
---	--	--	---	---