

Kandidatnummer: 6219 & 6152

BSYBAC-5

Bacheloroppgåve i Sjukepleie

Sjukepleiars ivaretaking av kvinners seksuelle helse ved behandling mot brystkreft



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitskapslege fakultet

Bachelor i Sjukepleie

Stavanger, 12.05.21

Eg/vi tillèt at bacheloroppgåva kan brukast som eksempeloppgåve på studiet

Antal ord:11000

Samandrag/abstrakt

Bakgrunn

Sidan 90-tallet har det på verdsbasis vore eit aukande fokus rundt brystkreft. Dette er den vanlegaste kreftforma for kvinner i Noreg. Økt fokus, har ført til økt kunnskap. Med andre ord vil fleire overleve kreftforma, men måtte leve med etterverknadane av behandlinga dei har mottatt eller framleis mottek. I vår oppgåve ønskjer vi å gå nærmare inn på korleis behandlinga verker inn på kvinners seksuelle helse. I helse- og omsorgsdepartementets strategi *Snakk om det!* (2016), påpeikast det at alle helsepersonell skal kunne handtere dei to nedste nivåa på PLISSIT-modellen.

Hensikt

Hensikta med oppgåva vår er å få økt kunnskap om korleis sjukepleiarar kan ivareteke kvinners seksuelle helse ved behandling mot brystkreft.

Metode

Vi har brukt litteraturstudie som metode for å svare på problemstillinga vår. Vi har basert vår studie på fem artiklar vi meiner er dekkande for vår problemstilling. Tre av artiklane omhandlar kvalitative studiar, ein artikkel om eit kvantitativt studie og den siste er eit metastudie.

Resultat

Ut i frå analysen av forskingsartiklane vi valte, fann vi fleire fellestrekk i resultata til dei ulike studiane. Ved å sette dei opp mot vår problemstilling, fann vi to primærkategoriar: pasientens utfordringar og sjukepleiarens rolle i møte med den brystkreftramma pasienten. Studiane vi har funne, peiker i retning av at seksualitet og seksuell helse kan vere eit tabubelagt tema for både helsepersonell og pasientar. Vi har vidare drøfta funna mot Erikssons lidingsteori, relevant pensum og eigne erfaringar.

Konklusjon

Med bakgrunn frå funn i forskingsartiklane våre har vi i denne oppgåva tatt føre oss kvifor seksuell helse er så viktig å ta opp med brystkreftbehandla kvinner. Vi har vist til at sjølv om det har kome mykje forskning på området dei siste åra, peiker studiane vi har funne i retning av at dei brystkreftramma kvinnene forsett manglar informasjon om seksuell helse. I oppgåva etterlyser vi standardiserte skjema basert på PLISSIT-modellen. Vi tenkjer dette kan brukast som eit verktøy for helsepersonell til å starte samtalen om seksuell helse, og at det kan gjere at PLISSIT-modellen blir meir integrert i sjukepleiarkvardagen.

Nøkkelord: Brystkreft, seksuell helse, seksualitet, sjukepleiar, meistring, PLISSIT, femininitet

Innholdsliste

1.	Innleiing.....	1
1.1.	Bakgrunn for val av tema.....	1
1.2.	Avgrensing for oppgåva.....	2
1.3.	Problemformulering.....	2
1.4.	Hensikt/formål med oppgåva	2
2.	Teori	3
2.1.	Cancer mammae	3
2.1.1.	Kirurgisk behandling	4
2.1.1.1.	Preoperativ sjukepleie	4
2.1.1.2.	Postoperativ sjukepleie.....	4
2.1.2.	Adjuvant behandling.....	5
2.1.2.1.	Strålebehandling	5
2.1.2.2.	Cytostatikabehandling.....	5
2.1.2.3.	Endokrinbehandling	5
2.2.	Psykiske behov.....	5
2.3.	Seksuell helse og seksualitet	6
2.3.1.	PLISSIT	8
2.4.	Relevant lovverk.....	8
2.5.	Relevante teoretikarar	8
3.	Metode.....	9
3.1.	Søkjeprosessen	10
3.1.1.	Val av database.....	10
3.1.2.	Val av søkjestrategi.....	11
3.1.3.	Val av søkjeord.....	11
3.1.4.	Val av artiklar	11
3.2.	Analyse	15
4.	Resultat.....	16
4.1.	Pasientens utfordringar	16
4.1.1.	Tap av seksualitet:	16
4.1.2.	Fysiske endringar.....	17
4.1.3.	Psykososiale biverknader	17
4.2.	Sjukepleiarrolla	18
4.2.1.	Tørre å ta opp temaet seksuell helse	19
4.2.2.	PLISSIT-modellen.....	20

4.2.3. Grppesamtale	20
5. Diskusjon.....	21
5.1. Metodediskusjon	21
5.1.1. Kvalitativ tilnærming som metode.....	21
5.1.2. Søkjestrategi	22
5.1.3. Kjeldekritikk.....	22
5.2. Resultatdiskusjon.....	23
6. Konklusjon	28
6.1. Bruk av resultata i praksis/avslutning.....	29
7. Det vi ikkje tok med i oppgåva.....	30
8. Vidare forskning	30
Bibliografi	31

1. Innleiing

Brystkreft er den kreftforma som angrip kvinner mest hyppig i Noreg. Kvar år opplev om lag 3500 kvinner å få denne forma for kreft. I 2019 fekk 3726 kvinner brystkreft (Brystkreftforeningen, 2020). Sidan 90-tallet har det vore eit aukande fokus på brystkreft verda over, blant anna grunna rosa-sløyfeaksjon kvar oktober (Kreftforeningen, 2020). I Noreg har vi eit mammografiprogram der kvinner mellom 50-69 år blir innkalla til screening annakvart år. Dette tilbodet gjer at ein oppdagar brystkreft på eit tidlegare stadium. Dette vil igjen vere med på å redusere dødelegheita av brystkreft, og dermed vil fleire leve med etterverknadane av brystkreftbehandlinga (Kreftforeningen, 2020).

Det finst mange ulike behandlingar mot brystkreft. Ved de fleste tilfelle fjernast berre sjølve svulsten, men er svulsten for stor i forhold til brystet, eller om det er fleire svulstar i same bryst, må heile brystet fjernast. Denne operasjonen kallast mastektomi. Ofte må den brystkreftramman i tillegg ha strålebehandling, cytostatika og/eller hormonbehandling. Alle behandlingane kan gi ulike etterverknader som kan verke inn på den seksuelle helsa (Kreftforeningen, 2021).

Gjennom studiet har vi lært om fleire ulike sjukepleieteoretikarar, og ein av dei vi meiner er mest aktuell for problemstillinga vår er Katie Eriksson. Eriksson tar føre seg sjukdomsliding, eit sentralt tema i problemstillinga vår. Sjukdomslidinga kan i følgje Eriksson omfatte både fysisk smerte og sjeleleg og åndeleg lidning i form av skam og ei kjensle av mindreverd (Kristoffersen & Breievne, 2016).

1.1. Bakgrunn for val av tema

Brystkreft vil alltid vere eit dagsaktuelt tema for alle kvinner. Gjennom erfaring i praksis, men også privat, har vi blitt kjent med fleire kvinner har vore i behandling mot brystkreft. Vår oppfatning er at det ikkje er nok fokus på kvinners seksuelle helse etter gjennomgått behandling mot brystkreft. Studiar har vist at mange pasientar opplev å ikkje bli informert om kva for nokre konsekvensar brystkreftbehandlinga kan få for deira seksuelle helse. Pasientane uttrykk eit ønskje om at helsepersonell skal bringe dette temaet på banen, då dette er eit privat og intimt tema for fleire (Langhelle, Paulsen, Fredly, & Sekse, 2021). Difor ønskjer vi å greie ut om korleis vi som sjukepleiarar kan hjelpe brystkreftpasienten på best mogleg måte for å ivareta deira seksuelle helse.

Seksuell helse blir av WHO definert som eit av våre grunnleggjande behov (Verdens helseorganisasjon, 2011). Vi opplev at det stadig blir rett meir merksemd og fokus rundt dette temaet. I helse- og omsorgsdepartementets strategi *Snakk om det!* (2016), påpeikast det at alle helsepersonell skal kunne handtere dei to nedste nivåa på PLISSIT-modellen. Seksuell helse har også vore inkludert i læreplanen på sjukepleiarstudiet på UiS. Likevel kan det sjåast ein tendens til at temaet rundt den seksuelle helsa til pasienten ikkje blir tatt opp ofte nok.

Då brystkreft er ein krefttype som for mange kvinner betyr tap av eit bryst, vil det kunne påverke deira seksuelle helse og livskvalitet negativt. Smerter, kroppslege endringar, endra sjølvbilete og oppleving av tap og sorg, kan til dømes påverke den seksuelle helsa til brystkreftpasienten. I tillegg vil mange oppleve å få ein ny kropp som avvik fra samfunnets bilete på idealkroppen. Samstundes visar forskning at sjukepleiarar manglar kunnskap om seksualitet og sjukdom (Eriksen, Gjessing, & Sellevold, 2021).

1.2. Avgrensing for oppgåva

Seksuell helse er, som tidlegare nemnt, ein del av menneskets grunnleggjande behov. Når kvinner får behandling mot brystkreft, er seksuell dysfunksjon ein av mange etterverknadar ein kan få. Difor tenkjer vi at det er naturleg at seksuell helse er eit sentralt tema ved behandling av brystkreft. Seksuell helse og brystkreft er eit stort tema, og vi var difor nøydd til å avgrense oppgåva. Vi har valt å fokusere på kvinns seksuelle helse *ved* behandling mot brystkreft. Den kirurgiske behandlinga mot brystkreft er over relativt raskt, mens adjuvant behandling kan i nokon tilfella vare i 10 år (Sørensen & Almås, 2013).

Følgeleg har vi valt å bruke ordet *ved* behandling, og ikkje *etter* behandling. Med dette meiner vi altså når kvinna har gjennomgått eventuell kirurgisk behandling, men framleis gjennomgår adjuvant behandling.

1.3. Problemformulering

Sjukepleiars ivaretaking av kvinners seksuelle helse ved behandling mot brystkreft.

1.4. Hensikt/formål med oppgåva

Hensikta med oppgåva vår er å få økt kunnskap om korleis sjukepleiarar kan ivareteke kvinners seksuelle helse ved behandling mot brystkreft.

2. Teori

2.1. Cancer mammae

Brystkreft blir definert som kreft i brystkjertelens mjølkegongar eller mjølkekjertlar (Schlichting, 2015). Kvart år opplev om lag 3500 kvinner å få denne forma for kreft. I 2019 fekk 3726 kvinner brystkreft. Brystkreft er ein vondarta svulst i brystkjertelen. Dette er også den kreftforma som angrip norske kvinner hyppigast. Minst ein av tolv kvinner vil utvikle brystkreft (Schlichting & Klepp, 2020). Ein kan sjå ei auke i antal tilfelle av brystkreft dei siste tiåra. Likevel er utsiktene for overleving av brystkreft aukande (Silva, 2021). I Noreg har vi eit mammografiprogram der kvinner i alderen 50-69 år blir innkalla til screening.

Dette tilbodet er med på å gjere at ein oppdagar tilfelle av brystkreft på eit tidlegare stadium. Dette vil igjen vere med på å redusere dødelegheita av brystkreft (Kreftforeningen, 2020). Difor vil det vere fleire som opplev dei psykiske reaksjonane som ofte kjem med det å bli diagnostisert med kreft. I tillegg vil fleire kvinner oppleve store kroppsforandringar der eit bryst blir fjerna, som kan gå ut over deira tankar rundt femininitet og utsjånad (Schlichting, 2015).

Vi ser ein stadig aukande overleving blant kvinner som blir diagnostisert med brystkreft. Dette kan koplast til betre metodar når det kjem til utredning og behandling av sjukdommen. I tillegg til eit aukande fokus blant kvinner når det kjem til å undersøkje seg sjølv etter forandringar i brystet (Brystkreftforeningen, 2020).

I fleire år har det blitt arbeida med å spreie informasjon til kvinner om korleis dei kan undersøkje brystene sine sjølv, for å kunne oppdage eventuelle forandringar i brystet på eit tidleg stadium (Sørensen & Almås, 2013). Eksemplar på symptom på brystkreft kan blant anna vere synlege forandringar i brystet som til dømes ein kul, hud eller eksemforandringar på eller rundt brystvorta. I tillegg kan ein også oppleve uklar eller blodtilblanda væske frå brystvorta (Kreftforeningen, 2021).

Årsakene til brystkreft er vanskeleg å fastslå. Ein veit om ein del faktorar som er med på å påverka sannsynet for utvikling av brystkreft. Kjønn (kvinne), arv, høg kroppshøgde, tidleg menarke, sen eller ingen graviditet, høg fødselsvekt, østrogenbehandling i overgangsalder, sen overgangsalder, overvekt, høgt alkoholforbruk er nokre risikofaktorar for utvikling av brystkreft (Schlichting, 2015). Livsstil påverkar også sannsynet for utvikling av brystkreft. Samstundes finst det nokre faktorar som vil vere med på å minske sannsynet for å utvikle

brystkreft: å føde sitt første born før fylte 25 år, føde fleire born, amming, lavt alkoholinntak, unngå overvekt, fysisk aktivitet, eit sunt kosthald og halde seg røykfri (Kreftforeningen, 2021).

Betre diagnostikk og nye behandlingsformer har ført til at fleire kvinner overlev brystkreft. Dette førar til at fleire kvinner må leve med biverknadene denne behandlinga medfør. Dette påverkar blant anna livet deira og livskvalitet i lang tid etter avslutta behandling. Fatigue, konsentrasjonsproblem, nedsett rørsle i skulder, vektauking og lymfeødem er nokre av biverknadene ein kan sjå hos brystkreftoverlevande. Angst og depresjon er også noko som blir knytt til kvinner som har overlevd brystkreft (Sørensen & Almås, 2013).

2.1.1. Kirurgisk behandling

Kirurgi er primærbehandling av brystkreft, anten åleine eller i kombinasjon med cytostatika, strålebehandling og endokrin behandling. Kirurgisk behandling kan vere fjerning av heile brystkjertelen, såkalla mastektomi, eller fjerning av sjølv svulsten, som kallast brystbevarande kirurgi. For å kunne utføre ein brystbevarande operasjon må svulsten i brystet ikkje måle meir ein 4 cm, samstundes kan det ikkje vere fleire svulstar i brystet. Blir denne forma for behandling nytta, får kvinna behalde brystet sitt.

Dersom kvinna likevel skulle få eit tilbakefall med kreftceller i det ramma brystet, vil det føre til ny operasjon der heile brystet vil bli fjerna. I etterkant av kirurgien er det naudsynt med adjuvant behandling for å redusere risikoen for tilbakefall av kreft i brystet (Sørensen & Almås, 2013).

2.1.1.1. Preoperativ sjukepleie

Tida frå kvinna har fått bekrefte brystkreftdiagnosen til operasjon er 1-3 veker. For mange er dette veker som er prega av uverkelegheit og sjokk. Noko som er viktig å nemne når det gjelde denne pasientgruppa er at dette er snakk om pasientar som kjenner seg friske. Dette kan vere med å gjer det vanskeleg å akseptere kreftdiagnosen. I denne fasen er det viktig at kvinna får moglegheit til å stille spørsmål. Kvinner som blir operert for brystkreft blir ofte innlagd same dag som operasjonen, noko som kan opplevast som ein stor omvelting (Sørensen & Almås, 2013).

2.1.1.2. Postoperativ sjukepleie

Kor lenge kvinna blir liggjande på sjukehuset postoperativ er varierende, men ofte er det eit kort opphald. I denne fasa er det viktig at kvinna mottak sjukepleie i den form at ho klarar å få kontroll over sitt nye liv. Ho treng blant anna god nok informasjon om sjukdom, biverknader,

moglege komplikasjonar og vidare oppfølging av helsevesenet. Kvinna kan oppleve at ho finn seg i ein stressande situasjon etter operasjon. Seinare kan ho føle at ho ikkje har fått med seg all informasjonen som blei gitt. Det er difor anbefalt at ein sjukepleiar har ein oppfølgingssamtale med kvinna omkring ei veke etter operasjon (Sørensen & Almås, 2013).

2.1.2. Adjuvant behandling

Cytostatika, strålebehandling, endokrinbehandling og behandling med antistoff kan alle vere aktuelle som etterbehandling. Kva slags type etterbehandling pasienten skal ha er avhengig av: operasjonstypen, omfanget av svulsten i brystet, kva type eigenskap brystkreftcellene har, kvinnas alder, menopausestatus og eventuelt om kreften har metastasert seg til lymfeknutane i armhola (Sørensen & Almås, 2013).

2.1.2.1. Strålebehandling

Hensikta med stråling postoperativt er å hindre lokalt residiv. Dersom kvinna har fått utført ein operasjon for å bevare brystet vil ho få strålebehandling mot resten av brystvevet. Det same gjeld dersom det er påvist spreiding til lymfeknutar. Det er vanleg å starte opp med dette omlag 6-8 veker etter operasjonen (Sørensen & Almås, 2013).

2.1.2.2. Cytostatikabehandling

Behandling med cytostatika blir gitt etter bestemte kriterium. Dersom kvinna er under 55 år og har spreiding til ein eller fleire lymfeknutar i armhola, eller har ein aggressiv svulst over ein viss storleik vil ho få cytostatika. Eldre kvinner opp til 70 år vil få cytostatika dersom de oppfyll dei same kriteria. Medan kvinner under 35 år nesten alltid vil få cytostatika uavhengig av svulstens storleik (Sørensen & Almås, 2013).

2.1.2.3. Endokrinbehandling

Fleire hormon påverkar brystkjertelen, men østrogen og progesteron er dei som påverkar mest. Ved ein operasjon for brystkreft blir det alltid undersøkt om svulsten har reseptorar for østrogen og/eller progesteron, som vil sei at dei er reseptorpositive. Dermed vil kvinner som er reseptorpositive, som har ein svulst over ein viss storleik få tilbod om hormonbehandling. Denne behandlinga vil vere med på å redusere moglegheita for tilbakefall. Kvinner som ikkje har hatt menopause før endokrinbehandling, kjem i overgangsalderen. Endokrin behandling for tilbakefall varer i fem til ti år (Sørensen & Almås, 2013).

2.2. Psykiske behov

Det er viktig at den brystkreftramma kvinna får tilstrekkeleg med psykisk støtte. Som sjukepleiar må ein vise pasienten at ein har tid til samtale, å kunne svare på spørsmål, samt gi råd og støtte. Støtte frå sine næraste og ein eventuell partner er ofte noko som vil vere svært

viktig for pasienten. Ein eventuell partner vil også kunne trenge hjelp til å kunne trygge og støtte kvinna. Brystene er ein viktig del av den kvinnelege seksualiteten i vår kultur. Tapet av dei kan opplevast som eit stort traume, og arret som følgjer med kan vere ein påminning av kreftsjukdommen. Mange kvinner vil oppleve eit endra sjølvbilete, grunna endringane i kroppen som følgje av adjuvant behandling. Enkelte uttrykker også at dei ikkje følar seg som ei fullverdig kvinne etter tap av eit bryst (Sørensen & Almås, 2013).

Korleis pasienten arbeidar med kjenslene sine rundt forandringane i kroppen vil variere frå person til person. For mange vil dette vere eit vanskeleg tema å snakke om med andre, då det kan opplevast som svært personleg. Fleire kvinner opplev å kjenne seg deprimerte og urolege etter behandlinga. For mange kan det vere vanskeleg å akseptere seg sjølv og den nye kroppen etter brystkreft. Dette er blant anna med på å påverke kvinna sitt sjølvbilete og hennar seksuelle helse (Sørensen & Almås, 2013).

2.3. Seksuell helse og seksualitet

Seksuell helse er eit breitt og samansatt omgrep. God seksuell helse forutset eit godt forhold til seksualiteten. Seksualitet er både det reinte fysiske med kroppslege funksjonar og det sex inneber av nyting og orgasme. Eit godt seksualliv betyr mykje for kjensla av velvære, god psykisk helse og relasjonane til dei rundt oss. Seksualitet handlar ikkje berre om kva ein vanlegvis knytt til ordet sex. Samstundes er seksualiteten også samlivet med ein eventuell kjærast, fantasiar, kroppsleg og mental oppleving av nærleik, intimitet og kroppen som kjensleorgan og eins erogene sonar (Aars, 2021). Seksuell helse kan difor definerast som fysisk, psykisk og sosial velvære; forholdet til kroppen ein har, oppleving av nyting og nærleik til andre menneskjer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

Korleis ein opplev nyting, velvære og nærleik til andre menneskjer er individuelt, og det finst difor ingen fasitsvar på kva god seksuell helse er for den enkelte. Generelt kan ein si at god seksuell helse inneber å kjenne seg trygg i eigen kropp, sin identitet og føle seg trygg på å uttrykke eins kjønnsidentitet, legning, kjensler, behov og grenser (Remme, 2018).

Seksualiteten uttrykkast gjennom det vi føler; den kjem til uttrykk gjennom korleis vi rører ved og rørast ved av andre. Altså den er ein vesentleg del av samspelet vårt med andre menneskjer innanfor alle områder. Alle menneskjer, uansett alder, legning, kjønnsidentitet og nasjonalitet har ein seksualitet. Seksualitet er ein grunnleggande del av det å vere eit menneske (Aars, 2021).

Det er ein nær samanheng mellom eins livskvalitet og korleis ein fungerer seksuelt. Begrepet «seksualitet» definerer eins personlegdomsdimensjon og ikkje berre menneskets erotiske kapasitet (Aars, 2021). Når ein rammes av ein alvorleg sjukdom som brystkreft, er det difor naturleg å anta at dette vil påverke den brystkreftrammas seksuelle helse. Enkelte kan føle på skam knytt til dei ulike endringane ved kroppen sin (Pedersen, Groenkjaer, Falkmer, Mark, & Delmar, 2016).

Skam over eiga kropp bidreg til dårleg sjølvkjensle og påverk den seksuelle helsa. Det oppstår ein ubalanse mellom behovet for seksualitet, lyst på sex og det å ikkje tørre, føle seg utilstrekkeleg og ikkje vere attraktiv nok (Aars, 2021). Ettersom brystkreft er den vanlegaste forma for kreft i Noreg, tenkjer vi det er naturleg at den seksuelle helsa til brystkreftbehandla kvinner har og får større merksemd.

Det har ikkje alltid vore openheit rundt kvinners seksualitet. Heldigvis har mykje endra seg rundt dette sidan kvinnefrigjeringa for alvor brøyt ut på 70-tallet. No til dags kjennar dei fleste kvinner sine seksuelle lyster, veit kva dei ønskjer frå sine sexpartnerar og tar seksuelle initiativ. Openheit og kunnskap om seksualitet er naudsynt for å betre den seksuelle helsa. Seksualitet handlar om nærleik, både fysisk, kjenslemessig og intellektuelt: om nyting, rausheit, godhug, begjær og om seksuell lyst (Aars, 2021). Ein positiv og respektfull tilnærming til seksualitet, til seksuelle relasjonar og moglegheit til å ha gode og trygge seksuelle erfaringar, fri frå tvang, diskriminering og vald er ein føresetnad for god seksuell helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

Behandling for brystkreft kan føre til ein omvelting i kroppen (Pedersen, Groenkjaer, Falkmer, Mark, & Delmar, 2016). Sjukdom og medikamenta påverkar seksualiteten. Dei vanlegaste seksuelle problema kvinner uttrykker, er knytt til seksuell lyst, orgasmeproblem og smertetilstander ved samleie: dyspareuniar (Aars, 2021).

Forsking viser at pasientane saknar informasjon om seksuell helse, til tross for meir forskning og eit auka fokus rundt temaet dei siste åra. I tillegg peiker fleire studiar i retning av at pasientane ønskjer at sjukepleiaren eller anna helsepersonell startar samtalen om seksuell helse. Pasientane uttrykk at dei ønskjer å vite kva dei kan vente seg av biverknadar relatert til seksuell helse og seksualitet i forkant av behandlinga. Vel så viktig er informasjon i etterkant av behandlinga, når pasienten kanskje har meir kapasitet til å teke informasjonen innover seg (Langhelle, Paulsen, Fredly, & Sekse, 2021). For at helsepersonell skal kunne gi god og riktig

hjelp, er det deira ansvar å få pasientanes seksuelle helseproblem tydeleg fram under konsultasjon (Aars, 2021).

2.3.1. PLISSIT

PLISSIT-modellen skildrar ulike nivå ein kan tilnærma seg seksuelle problem på. Modellen blei for første gong presentert i 1976 av J. Annon, og arbeida med i samarbeid med Robinson i 1978. PLISSIT er eit bokstavord der kvar bokstav tar føre seg dei ulike nivåa i modellen: *Permission (tillating)*, *Limited information (avgrensa*



informasjon), *Specific suggestions (spesifikke forslag)* og *Intensive Therapy (intensiv terapi)*. PLISSIT-modellen kan brukast som eit hjelpemiddel av helsearbeidarar i samtale med pasientar, for å lettare starte samtalen om seksuell helse (Gamnes, 2016).

2.4. Relevant lovverk

Pasient- og brukarrettighetslova (PBRL) er svært aktuell for oppgåva vår. Lova rettar seg mot både helsevesenet og helsepersonell, slik at vi som sjukepleierar har dei motsvarande pliktene til pasientens rettigheter (Molven, 2012 b).

I PBRL § 3-2 står det om pasienten sin rett til informasjon. *ØPasienten skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger*. Dette betyr at pasienten skal få kunnskap om korleis behandlinga dei mottek vil vere med på å påverke livet deira. Denne rettigheita pliktar helsepersonell til å informere den brystkreftramma kvinna om diagnose, prognose, undersøking og behandlingstiltak. I tillegg pliktar den helsepersonell til å informere om kva for nokre konsekvensar og etterverknader behandlinga kan få for pasientens framtid og seksuelle helse (Molven, 2012 a).

2.5. Relevante teoretikarar

Vi har valt Katie Eriksson som teoretisk plattform for oppgåva vår. Eriksson er ein sjukepleieteoretikar som tar før seg sjukdom og lidning. Dette er noko vi ser på som svært aktuelt til vår problemstilling i oppgåva. Sjukdomsliding kan i følgje Eriksson gjelde fysisk

smerte, sjeleleg og åndeleg lidning i form av skam og ei kjensle av mindreverd. Dette er noko vi trur brystkreftpasienten kan kjenne seg igjen i (Kristoffersen & Breievne, 2016).

Eriksson påpeikar også at sosiokulturelle verdiar har ein sentral faktor med å påverke pasientens oppleving av skam. Utsjånad og funksjonsevne er sentrale verdiar i vår kultur. Kreftsjukdommen, og behandlinga av den, kan føre til endringar i utsjånad og funksjon som kan avvike frå viktige normer og ideal. Grunna dette kan brystkreftpasientar oppleve ei kjensle av skam relatert til dei kroppslege endringane ho følar på. Difor er det nyttig at vi som sjukepleiarar har kunnskap om slike samanhengar for å klare å forstå kvifor brystkreft kan føre med seg lidning for fleire brystkreftramma kvinner (Kristoffersen & Breievne, 2016).

Eriksson (1995) beskriv lidning i sjukepleiefeltet. Ho forklarar at lidninga skapast av dei forventningar som opplevast når ein møter eit anna menneskje, eller trer inn i ein pleiesituasjon. I Eriksson sin lidningsteori får denne situasjonen namnet òlidingas drama. Kjernen i lidningas drama er dei tre aktene:

1. Bekrefting av lidning
2. Sjølv lidninga, dvs. tid og rom for å lide ut
3. Forsoninga, dvs. vegen fram til ein ny eining (Eriksson, 1995, s. 45).

3. Metode

På bakgrunn av vår problemstilling er det hensiktsmessig med ein metodisk framgangsmåte. I følge ordboka har ordet metode opphav frå gresk *methodos*, og betyr «det å følge ein viss veg mot eit mål». I Dalland refererast det til Tranøy, som definerer metode som ein framgangsmåte for å tileigne kunnskap eller etterprøve påstandar som framsetjast med krav om å vere sanne, gyldige eller haldbare. I ei oppgåva er det kritisk å velje ein metode som får fram hensikta med oppgåva (Dalland, 2010, ss. 82-99). Sjukepleie er eit felt som baserer seg på to vitenskap: naturvitenskap og fortolkingsvitenskap (Dalland, 2010, ss. 46-61).

Positivism er eit omgrep på det verkelege og logiske, og er tilknytt naturvitenskapen. Denne filosofien bygger på reine sannheiter. Med andre ord, at kunnskapen skal kunne målast empirisk, med etablerte metodereglar og kunnskapskrav. Ein slik filosofi, ser ein på mennesket som ein maskin (Dalland, 2010, ss. 46-61). Når ein til dømes får brystkreft, er dette ein «defekt» med maskineriet som må fiksast. Når kreften er behandla, er forløpet over, og maskinen, pasienten, er frisk og god igjen. Kvantitativ metode baserer seg på «harde» tall,

og er eit eksempel på ein metode med eit positivistisk utgangspunkt (Dalland, 2010, ss. 82-99).

Som sjukepleiar skal ein jobbe ut ifrå ein heilskapleg metode, og det kan difor høyrast banalt ut å sjå på menneske som ein maskin. Naturvitskapen og positivismen fortel oss ikkje korleis det kjennast å vere eller ha vert i behandling mot brystkreft. Korleis pasienten opplev sin eiga situasjon, er subjektivt. Det passer ikkje inn i harde fakta og kan ikkje talfestast. Altså kan ikkje ein sjukepleiar seie seg nøydd med berre å ha kunnskap om behandlinga, men ein må kunne sette seg inn i korleis det kan kjennast for pasienten å vere i behandling for det. Slik kan sjukepleiaren sjå situasjonen frå pasientens perspektiv, og på den måten forstå korleis ein kan hjelpe pasienten til å opplev meistring i sitt sjukdomsforløp. Denne måten å arbeide på har ein hermeneutisk tilnærming.

Hermeneutikk er på mange måtar det omvende av positivismen. Filosofien handlar om fortolking, til dømes å tolke mennesket i kontekst av sin eksistens. Hermeneutikk kan oppsummerast av Gadamer: «*Vitskap avhenger av menneskeleg forståing, som alltid er historisk situert*» (Aadland, 2015). Hermeneutikken har gitt utspring til kvalitativ metode, som er ein metode som baserer seg på kjensler og fenomen som ikkje lar seg kvantifisere (Dalland, 2010, ss. 82-99).

I vår oppgåve har vi brukt litteraturstudie. Ein litteraturstudie skal ikkje nødvendigvis kome fram til ny kunnskap, men bygge på eksisterande forskning og litteratur for å undersøkje ein problemstilling (Dahlborg-Lyckhage, 2017, s. 25). I studien har vi valt tre forskingsartiklar som nyttar kvalitativ metode og ein som nyttar kvantitativ. Vi har valt dette fordi den kvantitative studia kan hjelpe oss å få oversikt over feltet, samstundes som vi får innsyn i opplevde erfaringar.

3.1. Søkjeprosessen

3.1.1. Val av database

Vi nytta Oriatenesta til Universitetet i Stavanger for å finne ei eigna database. Ved å gå gjennom Oria, visste vi at vi fekk tilgang til kvalitetssikra artiklar. Vi ønskte å bruke norske artiklar, så vi prøvde Universitetet i Stavanger (UiS) sin Oriateneste og Idunn. I desse databasane fekk vi ikkje resultata som var aktuelle for vår problemstilling. Difor valte vi å prøve dei internasjonale databasane CINAHL og PubMed. I desse databasane måtte vi bruke engelske søkjeord, men vi fann fleire artiklar som vi kunne velje mellom.

3.1.2. Val av søkjestrategi

Denne fasen, som Friberg (2017) kallar innleiande litteratursøking, er viktig for å få eit overblikk over feltet ein har valt å skrive om. Når ein skaffar seg eit overblikk kan ein planlegge skrivninga, og då blir det lettare å søkje etter relevant teori og fagstoff. Vi ønska å gjere litteratursøket på ein strukturert måte, og valte difor å bruke eit PICO-skjema, som anbefalt av Friberg (2017, ss. 37-48). Når vi hadde fylt ut dette blei det lettare for oss å tydeleggjere problemstillinga vår.

Vidare lagde vi tankekart og diskuterte rundt problemstillinga, og korleis vi ville gå fram i søket etter aktuelle artiklar. Når ein skal søkje etter artiklar må ein avgrense søket, slik at ein kan finne vitenskapsartiklar som er aktuelle for problemstillinga ein har satt (Östlundh, 2017). Vi kom fram til at avgrensingane måtte vere at artiklane var fagfelleverdert, at studien var frå Europa eller USA og at dei ikkje var eldre enn 10 år.

3.1.3. Val av søkjeord

Cinahl og PubMed er internasjonale databasar, og har følgeleg svært mange artiklar. For å finne eigna artiklar var vi nøydd til bruke ord som beskreib problemstillinga vår. Ved hjelp av PICO-skjemaet vi hadde fylte ut, kunne vi finne velegna søkjeord. Vi brukte öbreast cancerö og ösexual healthö. Vi kombinerte orda öbreast cancerö og ösexual healthö ved å sette ordet öANDö mellom. Vi fekk mange resultat, men ikkje alle egna seg til problemstillinga vår. Difor kopla vi på liknande ord med öORö. På denne måten kunne vi avgrense søket, og finne artiklar som var meir direkte retta mot problemstillinga vår (Östlundh, 2017).

Seksuell helse er eit breitt omgrep som blant anna omhandlar velvære, seksuell aktivitet og livskvalitet. Vi valte difor å kombinere desse orda inn i søkinga vår. Eit søk kunne sjå slik ut: öbreast cancerö and ösexual healthö and (well-being or happiness or life satisfaction or quality of life) eller slik: öbreast cancerö and öside effectsö and (sexual health or sexual well-being or sexual activity or sexual difficulties or sex or sexuality or relationship).

3.1.4. Val av artiklar

Vi gjorde fleire søk i databasane for å identifisere dei artiklane vi meinte var dekkande for vår oppgåve. Søka vi gjennomførte var med dei inklusjons- og eksklusjonskriterium vi satt i den innleiande søkjeprosessen. Vi enda opp med dei følgjande artiklane som er omtala her. Tre av artiklane omhandlar kvalitative studiar, ein artikkel er om eit kvantitativt studie og den siste er eit metastudie. Alle artiklane, bortsett frå metastudien, er bygget opp på IMRaD-strukturen, som gjer det lettare for lesaren å orientere seg om kva artikkelen handlar om (Dalland, 2010).

Alle artiklane er fagfelleverdert. Sjølv om ingen av artiklane er norske eller omhandlar studiar som er gjort i Noreg, meiner vi likevel at funna i studiane kan vere relevante for det norske helsevesenet.

Artikkel 1 er ein kvalitativ studie med hensikt å finne ut korleis brystkreftbehandla middelaldrande kvinner opplev deira seksualitet, knytt til sosiale normer og deira egne verdiar. I studien blir dei 12 kvinnene delt inn i fokusgrupper med 4 personar i kvar gruppe, totalt 3 grupper. Ein kreftsjukepleiar leda fokusgruppene. Kvinnene fekk prate fritt seg imellom om deira opplevingar relatert til seksualitet og seksuell helse, etter dei starta brystkreftbehandlinga. I denne studia fann dei at informantane opplev ein ny og ukjent kropp som påverkar seksualiteten deira negativt. Dei fann også at metoden dei brukte, altså fokusgruppene, hadde ei positiv verknad på kvinnenens seksuelle helse. Studia anbefal vidare at sjukepleiarar skal teke opp seksualitet og seksuell helse i oppfølgingssamtaler både med kvinna og hennar pårørande (Klaeson, Sandell, & Berterö, 2011).

Artikkel 2 er ein kvantitativ studie som har som hensikt å få ei forståing over korleis brystkreftbehandling påverkar kvinners seksuelle helse. Dette gjerast ved å samanlikne den seksuelle helsa til kvinner som har vore i behandling mot brystkreft, med den seksuelle helsa til friske kvinner med tilsvarande demografi. For å samanlikne brukte dei eit spørjeskjema om seksuell helse, kroppsbilete, angst, depresjon og menopausesymptom. Denne studia konkluder med at brystkreftoverlevande kvinner hadde ein betydeleg dårlegare seksuell helse enn kvinner som ikkje hadde brystkreft (Oberuggenberger, et al., 2017).

Artikkel 3 er ein kvalitativ studie som nytta semistrukturerte intervju for å identifisere kva for nokre eventuelle hinder helsepersonell og pasientar kan ha for samtaler om seksuell helse og seksualitet. Ettersom dei nytta semistrukturerte intervju var det mogleg å samanlikne resultatata, identifisere hindera både helsepersonell og pasientar kunne kjenne på. Enkelte av både helsepersonell og pasientane uttrykte eit personleg ubehag over å ta seksuell helse opp som tema. Grunna temaet sin openberre sensitivitet og sårbarheit, uttrykka begge gruppene viktigheita over å ta omsyn til pasientanes individuelle behov. Informantane i studien uttrykka at dei ønskte informasjon om eventuelle dysfunksjonar relatert til seksuell helse tidleg i kreftomløpet. Dei meinte at dette ville gjere at dei kunne vere forberedt og kanskje mindre bekymra då dei seksuelle dysfunksjonane meldte seg (Canzona, et al., 2016).

Artikkel 4 er ein kvalitativ studie som tek føre seg korleis pasientar med kreftsjukdom eller kronisk sjukdom opplev seksuell dysfunksjon som eit tabubelagt tema i helsevesenet. Studia nytta semistrukturerte intervju av ti kvinner som var diagnostisert med cancer eller kronisk sjukdom, som opplevde seksuelle dysfunksjonar. Sjølv om deltakarane hadde ulike erfaringar, fann studien at alle deltakarane opplevde at seksualitet var eit tabubelagt tema i det danske helsevesenet. Nokre av deltakarane rapporterte at dei kjente seg avvist av helsepersonell når dei tok initiativ til ein samtale om seksualitet. Andre rapporterte at dei ikkje sjølv tok opp temaet, men at ikkje helsepersonell nemnte noko om det heller (Traumer, Jacobsen, & Laursen, 2018).

Artikkel 5 er ein metastudie som baserer seg på studiar frå 1969 til 2014. Den tek føre seg korleis helsepersonell kan bruke PLISSIT-modellen til hjelpe brystkreftramma kvinner som opplev seksuelle dysfunksjonar. Studien fann at for nokon brystkreftoverlevande er dei første tre nivåa i PLISSIT-modellen tilstrekkeleg for å identifisere deira seksuelle problem. Dei øvre brystkreftoverlevande treng meir omfattande behandling. I studia introduserast omgrepet tvitydig tap. Omgrepet beskriv sorga kvinna kan kjenne på over seksuell dysfunksjon når den ikkje blir anerkjent frå dei pårørande til kvinna. Pillai-Friedman og Ashline (2014) utvikla ein sorgmodell som er meint for psykoterapeut og sexologar, for å hjelpe pasienten gjennom denne eventuelle sorgprosessen relatert til seksuell helse (Pillai-Friedman & Ashline, 2014).

I tabell 1 har vi laga ein oversikt over valet av artiklar, søkjeord og avgrensingane vi har nytta oss av.

Søkjeord og kombinasjonar	Avgrensing	Antal treff	Valte artiklar	Forfattarar	Årstal	Land
breast cancer AND side effects AND (sexual health or sexual well-being or sexual activity or sexual difficulties or sex or sexuality or relationship	2011-2021, Peer Reviewed, female	93	To feel like an outsider: focus group discussions regarding the influence on sexuality caused by breast cancer treatment	Klaeson, K. Sandell, K. Berterö, C.M.	2011	Sverige
Breast cancer, sexual health AND health care	2010-2021, female, Peer Reviewed	7	Communication about sexual health with breast cancer survivors: Variation among patient and provider perspectives	Canzona, M.R. Garcia, D. Fisher, C. L. Raleigh, M. Kalish, V. Ledford, C.J.W.	2016	USA
(sexual dysfunction or sexual difficulty or sexual problems) AND (taboo or stigma or shame or attitude) AND (cancer or cancer treatment)	2012-2021, female, Europe, English Language, Peer Reviewed	15	Patients' experiences of sexuality as a taboo subject in the Danish healthcare system: a qualitative interview study	Traumer, L. Jacobsen, M. H. Laursen, B. S.	2018	Danmark
breast cancer AND sexual health AND (well-being or happiness or life satisfaction or quality of life)	Published Date: 2011-2021; Peer Reviewed, europe	31	Self-reported sexual health: Breast cancer survivors compared to women from the general population ó an observational study	Oberguggenberger, A. Martini, C., Huber, N. Fallowfield, L. Hubalek, M. Daniaux, M. Seperner-Unterweger,B Holzner, B., Sztankay,M. Gamper, E. Meraner, V.	2017	Østerrike
breast cancer survivors AND sexual losses	Peer-reviewed, 2011-2021	6	Women, breast cancer survivorship, sexual losses, and disenfranchised grief ó a treatment model for clinicians	Pillai-Friedman, S. Ashline, J.L.	2014	USA

Tabell 1

3.2. Analyse

Ved analyse av dei utvalde artiklane, brukte vi Friberg (2017) sin analysemodell. Her blir analyse skildra som ein bevegelse frå heilheit til deler, som så bli til ein ny heilheit. Vidare legg Friberg fram analysemodellen, og forklarar at heilheita består av dei valte artiklane. Artiklane utvinnast for nøkkelfunn og resultat av studien, som så samanliknast med nøkkelfunn og resultat frå dei andre studiane. På denne måten skapast ein ny heilheit, resultata av analysen vi gjer (s. 135).

Første fase av analysen tar for seg titlane til dei utvalde artiklane. Friberg (2017) skriv om viktigheita av å lese og forstå titlane på artiklane, då dei kan innehalde mykje informasjon (s. 135). Dei artiklane vi har valt har lange titlar, og vi fekk difor mykje informasjon av å lese titlane nøye. Vidare leste vi gjennom studiane fleire gonger, mens vi fokuserte på resultat. På denne måten fekk vi ein forståing for kva dei enkelte studiane tok føre seg. Denne delen av analysen er ein krevjande prosess som tok lang tid, men som var nødvendig for at vi skulle gjere oss kjende med studiane, og dei resultata som blei lagt fram.

Deretter identifiserte vi nøkkelfunn i kvart studie, og relaterte funna frå dei ulike studiane til kvarandre. Vi såg fleire fellestrekk mellom resultata i dei ulike studiane, og valte difor å dele inn fellestrekk i primær- og sekundærkategoriar. Som avslutning på vår analyse formulerte vi ein beskriving med bakgrunn i desse kategoriane. Resultatet frå analysen er beskrive i det neste kapittelet.

4. Resultat

Ved analysen av artiklane, fann vi fleire fellestrekk i resultatane av dei ulike studiane. Ved å sette dei opp mot vår problemstilling, fann vi to primærkategoriar: pasientens utfordringar og sjukepleiarens rolle i møte med den brystkreftramta pasienten. Vi har også tre sekundærkategoriar for kvar primærkategori. Desse sekundærkategori beskriv vi meir i detalj, kva for nokre utfordringar pasienten ofte opplev og kva for rolle sjukepleiaren har.

Primærkategori	Sekundærkategori
Pasientens utfordringar	<ul style="list-style-type: none"> • tap av seksualitet • fysiske endringar • psykososiale biverknader
Sjukepleiarrolle	<ul style="list-style-type: none"> • Tørre å ta opp temaet seksuell helse • PLISSIT-modellen • Gruppesamtale

Tabell 2

I dei følgjande avsnitta beskriv vi resultatane frå alle artiklane, basert på valde primær- og sekundærkategoriar.

4.1. Pasientens utfordringar

Dette avsnittet beskriv dei tre sekundærkategoriane relatert til pasientens utfordringar: tap av seksualitet, fysiske endringar og psykososiale biverknader.

4.1.1. Tap av seksualitet:

I metastudia til Pillai-Friedman og Ashline (2014) kjem det fram at fleire kvinner ofte vil kjenne på eit tap. Studia beskriv at brystkreftoverlevande kan oppleve tap på fire område: tap av manglande kroppsdeler, menstruasjon, seksuelle opplevingar og tap av feminitet. Desse tap påverka deira eigen definisjon av seg sjølv som kvinner, og deretter deira seksuelle tilpassing (Pillai-Friedman & Ashline, 2014).

Tap relatert til seksualitet kan opplevast som eit fysisk, men også som eit symbolsk tap. I artikkelen kjem det også fram at kvinna kan oppleve at menneskjer rundt ho, ikkje vil anerkjenne tapet ho opplev knytt til den seksuelle helsa. Pillai-Friedman og Ashline (2014) introduserer omgrepet *ambiguous loss* (tvitydig tap) om denne typen tap. Boss (2009) som har

laga omgrepet tvitydig tap beskriv det slik: «*an unclear, traumatic, relational loss that is externally caused*» (Pillai-Friedman & Ashline, 2014).

4.1.2. Fysiske endringar

I studia til Pillai-Friedman og Ashline (2014) visar dei til Panjari, Bell og Davis. I denne studia kjem det fram at 70% av brystkreftoverlevande kvinner kunne rapportere om seksuelle problem postoperativt. Kva type biverknad kvinna vil oppleve avheng av kva type behandling ho har motteke. Ved eit kirurgisk inngrep vil ho til dømes kunne oppleve smerter, ubehag og nerveskader. Overgangsalder, kvalme, oppkast, hårtap, vektoppgang eller -nedgang er biverknader kvinna kan oppleve. Alle desse forholda kan påverke den seksuelle helsa hennar (Pillai-Friedman & Ashline, 2014).

I studia til Oberguggenberger et al. (2017) samanlikna dei den seksuelle helsa til kvinner som hadde overlevd brystkreft med kvinner som ikkje hadde hatt brystkreft. Studia synte at brystkreftoverlevande kvinner har betydeleg fleire helseproblem relatert til seksualitet samanlikna med dei friske kvinnene. Blant anna rapporterte dei brystkreftbehandla kvinnene om meir ubehag relatert til samleie, enn dei friske kvinnene. Sjølv fleire år etter ferdig behandling ser ein at brystkreftoverlevande kvinner har forskjellige forstyringar som påverkar deira seksuelle helse (Oberguggenberger, et al., 2017).

Funn frå studia til Klaeson et al. (2011) nemner korleis dei fysiske endringane kan vere ulik frå kvinne til kvinne. Til dømes kan unge kvinner som ikkje har nådd overgangsalder oppleve ein permanent overgangsalder grunna behandlinga dei har motteke. Dette vil igjen påverke deira fruktbarheit, seksuelle lyst og opphissing. I tillegg kan biverknader også gjere det vanskeleg å oppnå orgasme. Kvinner som får brystkreft før dei er 50 år er meir sårbare for seksuelle problem relatert til cellegift og hormonell behandling, samanlikna med eldre kvinner med same diagnose (Klaeson, Sandell, & Berterö, 2011).

4.1.3. Psykososiale biverknader

Vidare i studia til Pillai-Friedman og Ashline (2014) viser dei til Andersen og Cyranowski (1994) som laga omgrepet seksuell sjølvskjema; korleis folk ser på seg sjølv som seksuelle vesen. Seksuell sjølvskjema blir definert som:

«cognitive generalizations about sexual aspects of oneself that are derived from past experience, manifest in current experience, influential in the processing of sexually relevant social information, and guide sexual behavior».

Kvinner som har fått behandling mot brystkreft kan gå gjennom fleire fysiske og seksuelle endringar, som kan vere med på å endre deira eigen oppfatning av seg sjølve som seksuelle vesen.

Brystkreftoverlevande kvinner kan oppleve symptoma på posttraumatisk stress etter behandling. Ein brystkreftdiagnose og behandling kan også vere med på å skape eit stress i eit kjærleiksforhold. Stresset kan opplevast som verre fordi det er snakk om seksuelle tap og endra seksuell sjølvskjema (Pillai-Friedman & Ashline, 2014).

Vidare, i studia til Traumer et al. (2018) var fokuset å sjå på korleis pasientens perspektiv og skildringar av deira opplevingar om seksualitet som eit tabubelagt tema i det danske helsevesenet. Fleire av deltakarane hadde prøvd å ta initiativ til å snakke om seksualitet, men dette vart ikkje tatt til følgje av helsepersonell dei snakka med. Deltakarane følte seg avvist, oversett og ignorert. Som ein deltakar i studia uttrykte:

ōRejected. Yeah, you feel that you have something important to say, and then they just dismiss it, right?ö (Traumer, Jacobsen, & Laursen, 2018).

Seksuell dysfunksjon etter kronisk sjukdom eller kreft kan ofte gi kjensler som utilstrekkeligheit og skape usikkerheit kring kjensla om dei er gode nok for partnaren sin. Avvising av pasientars initiativ til å snakke om seksuell helse vil bekrefte deira kjensler av utilstrekkelegheit. Når helsepersonell ikkje ønsker å ta opp temaet seksualitet sa ein anna deltakar i studia:

ōWell, rejection. And that only confirms the vicious circle of inadequacy, feeling like a hypochondriac, feeling insufficient, and that you are not good enoughö (Traumer, Jacobsen, & Laursen, 2018).

Grunna mangel på verktøy for å kome seg vidare og forbetre sin seksuelle situasjon, forblei pasientane ubehandla for sin seksuelle dysfunksjon. Samstundes påpeikar studia at det ikkje var alle som hadde negative erfaringar når dei tok opp seksualitet med helsepersonell. Når helsepersonell og pasient saman diskuterte seksualitet og bekymringar, ga det dei ei kjensle av tryggleik (Traumer, Jacobsen, & Laursen, 2018).

4.2. Sjukepleiarrolla

Dette avsnittet beskriv dei tre sekundærkategoriane relatert til sjukepleiarrolla. Desse kategoriane handlar å tørre å ta opp temaet seksuell helse, PLISSIT-modellen og gruppesamtalar.

4.2.1. Tørre å ta opp temaet seksuell helse

Det kjem fram i studia at fleire kvinner uttrykkjer at den seksuelle helsa og funksjonen er viktig for dei. Utfordringa er at det kan vere vanskeleg å starte ein samtale om dette temaet med helsepersonell. Dette kan medføre at sjukepleiaren overser pasientens eventuelle bekymringar relatert til seksuell helse. Studia argumenter at det er helsepersonellet sitt ansvar å forhøyre seg om korleis pasienten opplev sin seksuelle helse. Vidare påpeikast det at dette bør vere ei standard og rutinemessig del av omsorga (Pillai-Friedman & Ashline, 2014).

Resultat frå studia til Canzona et al. (2016) kan det tyde på at fleire av kvinnene i studia skulle ønskje dei fekk vite om dei seksuelle biverknadene tidleg i kreftløpet. Kvinnene uttrykte eit ønskje om ein samtale der helsepersonell tok opp potensielle komplikasjonar relatert til den behandlinga dei skulle motta. Dei ønskte òg informasjon om korleis denne behandlinga kunne påverke deira seksuelle helse. Deltakarane i studia hevda at dei ikkje blei forberedt på kva slags type symptom dei kunne oppleve av behandlinga. Mangel på slik informasjon gjorde at fleire tolka disse symptoma som eit teikn på ein ny sjukdom eller cancer metastasar. Fleire rapporterte at helsepersonell ikkje hadde nemnd noko om eit mogleg seksuell helseproblem som konsekvens av behandlinga. Mange av kvinnene meiner at tidleg informasjon om dette, ville kunne vere med på å redusere den lidinga betydeleg (Canzona, et al., 2016).

Ytterlegare funn frå studia til Canzona et al. (2016) beskriv kva som er viktig i samtalen om seksuell helse mellom pasient og behandlar. Viktige poeng er å lytte, ta seg tid til, og å møte pasientens behov under samtalen. Samstundes beskriv dei at det òg er viktig å kome med personlege strategiar som passar til pasienten for å kunne adressere spesifikke seksuelle helseproblem. For å kunne tilby individualisert omsorg må behandlar ta seg tid til å lytte til pasienthistoriene. Ein deltakar i Canzona et al. (2016) beskreiv det slik:

õI need them to listen to what I say because I might not be like other women who have similar issues. I might need something else from them . . . it seems like they jump the gun too oftenõ.

Dei overlevande kvinnene indikerte at dei føretrekk at helsepersonell kom med spesifikke forslag, då dei følte at forslaga dei fekk var for generelle. Dei ønskjer seg ei rekke anbefalingar som er spesielt skreddarsydd for kvar enkelt pasient. Ein av deltakarane i studia uttrykka dette:

õIf [the providers] listened theyõd know I wanted information about painful sex. They just wanted to talk about the way I lookõ. (Canzona, et al., 2016).

Funn frå studia til Oberguggenberger et al. (2017) påpeikar at seksualitet bør betraktast som noko viktig i helsevesenet, spesielt når det kjem til omsorga ein skal gi til brystkreftoverlevande kvinner. Helsepersonell må tørre å bryte tabuet omkring dette temaet, og våge å ha ein slik samtale med pasienten. Ein auka bevisstheit og ei forbetring omkring påvising av seksuelle helseproblem vil kunne hjelpe pasienten, og bidra til ei meir målretta behandling (Oberguggenberger, et al., 2017).

4.2.2. PLISSIT-modellen

Som skildra i teoridelen er PLISSIT-modellen eit verktøy, som kan brukast av helsepersonell til å tilnærma seg seksuell helse i samtale med pasienten. Modellen har fire nivå som byggjer på kvarandre. Kvar bokstav i forkortinga er ein del av metoden for korleis ein kan handtere eit seksuelt problem på. Dei fire ulike nivåa består av *Permission (tillating)*, *Limited information (avgrensa informasjon)*, *Specific suggestions (spesifikke forslag)* og *Intensive Therapy (intensiv terapi)*. Modellen kan brukast i behandlinga av brystkreftoverlevande kvinner som opplev å ha seksuelle problem.

I studia til Pillai-Friedman og Ashline (2014), drøfter dei bruken av modellen. Det første nivået i modellen, *tillating*, er ein viktig del av behandlinga. Her skal pasienten oppleve at det blir gitt tillating til å snakke om temaet. Det andre nivået *avgrensa informasjon* tar føre seg å gi meir konkret informasjon til kvinna og partnaren hennar om seksualitet etter behandling mot brystkreft, for eksempel i form av brosjyrar.

Videre beskriv studien at dei øvste nivåa i modellen *spesifikke forslag* og *intensiv terapi* er det til dømes kliniske sexologar som tar føre seg. Desse nivåa tas i bruk dersom dei seksuelle problema ikkje kan løysast på dei to nedste nivåa. I desse tilfella bør kvinna visast vidare til helsepersonell som er spesialistar på seksualitet, slik at ho kan få profesjonell hjelp (Pillai-Friedman & Ashline, 2014).

4.2.3. Gruppesamtale

Gruppesamtalar vart brukt i den kvalitative studia til Klaeson et al. (2011). Denne omhandlar 12 brystkreftbehandla middelaldrande kvinner. Studia beskriv korleis desse no opplev sin seksuelle identitet knytt til fellesskapsnormene og verdiane i samfunnet. Hovudtemaet i studia var det å føle seg som ein õoutsiderõ og korleis dette symboliser situasjonen kvinna er i etter

brystkreftbehandlinga. Studia beskreib at kvinnene opplevde kroppen sin som ny og ukjend, og at dette påverkar deira seksuelle helse.

Kvinnene vart delt i såkalla fokusgrupper, med fire kvinner i kvar gruppe. Grappa vart leda av ein kreftsjukepleiar. Hensikta med gruppene var at kvinnene skulle få prate seg i mellom. Rolla til kreftsjukepleiaren gjekk ut på å vere støttande og lede samtaleemna (Klaeson, Sandell, & Berterö, 2011).

Sidan kvinnene opplevde kroppen sin på ein ny og ukjent måte, påverka desse kroppslege endringane kjensla om å føle seg litt utanfor samfunnet. Denne kjensla påverkar igjen deira seksualitet og feminitet. Frå sjukepleiarperspektivet i denne studia er det omtala ulike utfordringa knytt til leiing av samtalen i fokusgruppene. Studia trekk fram at utfordringar kan vere å bekrefte kvinners kjensler og tankar omkring seksuell dysfunksjon. Til dømes kroppslege endringar, tiltrekking og feminitet, både under og etter behandling (Klaeson, Sandell, & Berterö, 2011).

Studia seier også at det er behov for ein meir open dialog for å rettleie kvinna og hennas familie/nære enn det som ofte er norma i dag. Studia trekk fram at kvinna mest sannsynleg vil ha god nytte av fysioterapi, for hjelp med avslapping og kroppsøvingar. Ei anbefaling i studia var å rettleie for vidare samarbeid med kvinnelege pasientar i grupper. Dette kan vere ein gunstig metode å bryte tabua og normer knytt til seksualitet i denne samanhengen. Ein såg at desse samtalegruppene fekk svært positive ringverknader på kvinnenes seksuelle helse, då kvinnene opplevde å få god støtte i einannan (Klaeson, Sandell, & Berterö, 2011).

5. Diskusjon

I oppgåva vår har vi gjort ei litteraturstudie basert på fem forskingsartiklar. I dette kapitlet skal vi diskutere metoden vår og bruk av kjeldekritikk. Vidare skal vi drøfte resultatata vi har funne i dei valte artiklane våre.

5.1. Metodediskusjon

5.1.1. Kvalitativ tilnærming som metode

Kvalitative studiar har som mål å skape ei forståing for ein person og deira livssituasjon. Friberg beskriv vidare korleis vi kan fordjupe oss i forståinga for eit valt fenomen ved hjelp av denne metoden. Dette gjer at vi betre kan forstå pasienten sine opplevingar, erfaringar, forventingar eller behov (Friberg s. 107). Hensikta med oppgåva vår er å få økt kunnskap om korleis sjukepleiarar kan ivareteke kvinners seksuelle helse ved behandling mot brystkreft.

Deltakarens oppleving og utfordringar lar seg ikkje kvantifisere (Dalland, 2010, s. 55). Vi har difor valt ein overvekt av kvalitative studiar, men for å få eit betre overblikk har vi likevel valt å ta med ein kvantitativ studie.

5.1.2. Søkjestrategi

Vi hadde eigentleg tenkt å ha hovudfokus på seksuell helse etter mastektomi, fordi vi tenkte at fjerning av brystet ville ha mest betydning for kvinns seksuelle helse. Etter den innleiande søkjeprosessen, og diskusjon oss imellom, såg at alle typar adjuvant behandling kan påverke den seksuelle helsa til ei brystkreftramma kvinna på ulike måtar. Difor utvida vi problemstillinga vår til å omhandle alle behandlingsformer.

Den innleiande søkeprosessen handlar mykje om å få oversikt over fagfeltet, som skildra av Friberg (2017). Når ein skal søkje etter artiklar må ein avgrense søket, slik at ein kan finne vitenskapsartiklar som er aktuelle for problemstillinga ein har satt (Östlundh, 2017). Vi kom fram til at avgrensingane måtte vere at artiklane var fagfelleverdert, at studien var frå Europa eller USA og at dei ikkje var eldre ein 10 år.

Under søkeprosessen brukte vi databasane Cinahl og PubMed. Vi fann fleire relevante artiklar i begge databasane, men bestemte oss for å bruke dei artiklane som vi fann via databasen Cinahl. Vi valte ikkje artiklane fordi vi fann dei gjennom Cinahl, men fordi vi meinte desse artiklane var mest relevante for vår problemstilling. Cinahl er den databasen som vi er mest kjende med frå tidlegare, og det kan ha påverka valet vårt.

5.1.3. Kjeldekritikk

Kjeldekritikk definerast av Dalland (2010) som å vurdere og karakterisere den litteraturen som er nytta. Vår oppgåve er basert på litteraturstudie; med andre ord er oppgåva basert på studiar andre har gjennomført og skrive artiklar om. Alle artiklane er fagfelleverdert. Vi avgrensa litteratursøket vårt ved hjelp av PICO-skjemaet. Dette hjelpte oss å finne litteratur som vart dekkande til vår problemstilling. Vår nærleik til feltet kan påverke vårt utval av studiar, som igjen kan føre til eit partisk utval av studiar.

Når ein gjennomfører eit litteraturstudie er vi nøydd til å lese gjennom, tolke og analysere artiklane. Når ein tolkar kan ein alltid risikere å tolke feil. Det er ein svakheit med litteraturstudie. Som nemnt tidlegare, var artiklane på eit anna språk enn vårt morsmål. Dette fører til ein anna feilkjelde: at vi kan misforstå innhaldet i studien, eller omsetja artiklane feil.

Artiklane vi har valt baserer seg på studiar som er gjort i vestlege land. Det er både ein styrke og ein svakheit. Svakheita ved dette er at denne avgrensinga søket til studiar gjort i Europa og USA, kan vi ha gått glipp av verdifulle studiar frå andre land. Styrken ved dette er at studiane, særleg dei frå Sverige og Danmark, er gjort med bakgrunn i eit helsevesen som er ganske likt det vi har i Noreg.

To av artiklane omhandlar studiar som tek plass i USA. I USA har dei eit heilt anna helsevesen og ein anna kultur samanlikna med Skandinavia. Ettersom vi har funne studiar frå Skandinavia som har liknande resultat, meiner vi at det kan vere rimeleg å anta at resultatata i studiane frå USA vil vere plausible å få i Noreg ved ein liknande studie. Likevel kan vi ikkje sjå bort ifrå kulturforskjellar; til dømes at Skandinaviske land er meir sekulariserte enn USA, og at det kan ha ein verknad på resultatata i studiane.

Vi ønskte å ta med oppdatert forskning i denne oppgåva, ettersom det har vore mykje forskning på brystkreft dei siste åra. Vi sat difor ein avgrensing om at artiklane skulle ha vore publisert dei siste ti åra. Den eldste studien vi har med er artikkel 1, som er frå 2011. Dei andre studiane er nyare enn 6 år. Likevel valte vi å ta med denne studien, i og med at den er frå Sverige, som har eit helsesystem er svært likt vårt, men også fordi den dannar sjølve grunnlaget for problemstillinga vår med denne setninga:

«What has been found is that the chemotherapy and hormonal therapy regimens used as adjuvant treatment for breast cancer have a greater impact on psychosexual functioning than the type of surgical procedure used for primary treatment. (Klaeson, Sandell, & Berterö, 2011)

5.2. Resultatdiskusjon

I Friberg (2017, s. 162) påpeikast det at ein resultatdiskusjon skal innehalde kvifor vi har valt dei artiklane vi har valt til å belyse problemstillinga vår. Formålet med denne oppgåva er å få auka kunnskap om korleis vi som kommande sjukepleiarar kan ivareta kvinners seksuelle helse ved behandling mot brystkreft. Gjennom dei fem forskingsartiklane vi fann har vi komen fram til to hovudkategoriar som vi meiner passar bra til vår problemstilling. I denne delen av oppgåva skal vi diskutere funna i studiane vi har valt mot Erikssons lidings teori, saman med relevant pensumlitteratur og våre eigne erfaringar og refleksjonar.

Funn frå fleire av forskingsartiklane tyder på at kvinner som har blitt behandla for brystkreft ofte opplev utfordringar knytt til seksualitet. Tap av eit bryst kan opplevast både som eit

fysisk, men også som eit symbolsk tap. Bryst er noko som representerer femininitet og seksualitet i vår kultur. Gjennom denne oppgåva har vi sett at dette kan vere utfordrande og vanskeleg for fleire brystkreftbehandla kvinner, dersom ho opplev at tapet ho kjenner på ikkje blir anerkjent av dei rundt ho. I følgje Katie Eriksson sin sjukepleieteori om liding kan kvinna her oppleve å bli fråteke moglegheita til å lindre si liding. Dette kan føre til at ho blir fråteke moglegheitene til vekst, forsoning og utvikling (Eriksson, 1995).

Kva type behandling kvinna mottok mot sin brystkreft vil vere med på å avgjere kva for nokre biverknader ho vil kjenne fysisk på kroppen. I følgje studiane vi har funne, kan biverknadane vere med på å påverke den seksuelle helsa til kvinna. Det kjem fram i studia til Oberguggenberger et al. (2017) at brystkreftoverlevande kvinner oftare har ei dårlegare seksuell helse samanlikna med kvinner utan brystkreft. Funn frå studia til Klaeson et al. (2011) peikar på korleis dei fysiske endringane kan varierer frå kvinne til kvinne. Studia undersøker skilnaden mellom kvinner som ikkje har nådd overgangsalderen, samanlikna med kvinner som har nådd overgangsalderen. Desse funna kan tyde på at det kan vere naudsynt med eit større fokus retta mot brystkreftoverlevande kvinner sin seksuelle helse, og korleis sjukepleiarar kan hjelpe å ivareta deira seksuelle helse på mest mogleg måte.

I løpet av den tida vi har vore i helsevesenet har vi fått innblikk i fleire områder på tvers av ulike aldersgrupper, pasientgrupper og diagnoser. Vi har observert at det å vere sjuk kan få negative konsekvensar for den seksuelle helsa til pasientane. Vår erfaring er at seksuell helse er noko som gjennomgåande blir unngått som eit tema for pasientane, sjølv om seksuell helse kan vere ein sentral del av lidinga ein pasient kan oppleve.

I følgje Katie Eriksson kan sjukdomsliding omfatte både fysisk smerte, i tillegg til sjeleleg og åndeleg liding i form av skam eller ei kjensle av mindreverd. Eriksson påpeikar også at sosiokulturelle verdiar er ein sentral faktor som kan vere årsak til, eller forsterke pasientens oppleving av skam. Kunnskap om dette er viktig å ha som sjukepleiar for å klare å forstå kvifor ein sjukdom eller eit symptombilet medfører liding. Slik kan sjukepleiaren kunne klare å møte personen på ein måte som kan vere med på å lindre lidinga.

Utsjånad og funksjonsevne er sentrale verdiar i vår kultur. Sjukdom og behandling medfører ofte omfattande endringar i utsjånad og funksjon som vil avvike frå viktige normer og ideal (Kristoffersen & Breievne, 2016). Studiane vi har funne peikar i retninga av at dette er noko brystkreftframma kvinner kan kjenne seg igjen i.

Når Eriksson (1995) tar føre seg liding, snakkar ho om lidingas drama. Eriksson beskriv at liding ofte blir redusert til eit sjukdomsspråk eller til fysisk liding. Å redusere lidinga til ein kroppsliding inneber alltid at mennesket blir fråteken moglegheitene til å lindre si liding, og moglegheitene til vekst, utvikling og forsoning. Eriksson spør seg om det er slik at vi er blitt kjenslelaus for andre si liding, eller at vi manglar evne til å våge å møte andre?

Seksuell helse og seksualitet er for mange eit privat eller tabubelagt tema. Kan det, som Eriksson spør seg, vere at vi ikkje våger å ta opp eit slikt tema, i frykt for å gå over pasientens grense? Til tross for at seksuell helse og seksualitet kan vere eit tabubelagt tema, tyder studiane vi har funne, på eit ønskje om at helsepersonell skal bringe temaet på banen. Eriksson drar fram lidingas tre akter:

1. Bekrefting av liding
2. Sjølve lidinga, dvs. tid og rom for å lide ut
3. Forsoninga, dvs. vegen fram til ein ny eining (Eriksson, 1995)

I studia til Pillai-Friedman og Ashline (2014) viser dei til omgrepet seksuell sjølvskjema; korleis brystkreftoverlevande kvinner opplev fysiske og seksuelle endringar som kan vere med på å endre oppfatninga av seg sjølv som seksuelle vesen. Endring i seksuelt sjølvskjema kan vere ei type liding. Vi tenker at ei viktig oppgåve for ein sjukepleiar difor er å sørge for at pasienten får ein bekrefting av lidinga ho gjennomgår. Viss ikkje lidinga blir tatt opp på denne måten, hypoteserar vi at dette kan føre til at pasienten kan få ein negativ forsoning med lidinga, dvs. ei forsoning som vil ha ein negativ verknad på den seksuelle helsa.

Bekrefting av lidinga er den første delen av det Eriksson beskriv som *kjernen* i liding. Når ein sjukepleiar tar opp seksuell helse ved å bruke PLISSIT-modellen, kan sjukepleiaren bekrefte lidinga ved å seie til dømes: *ōMange kvinner opplev at etterverknadene av brystkreftbehandling påverkar deira seksuelle helse, er dette noko du kjenner deg igjen i?ö*

Vidare, når kvinna har fått bekrefte lidinga, er det viktig at ho får tid og rom til å lide ut. Eriksson forklarar denne akta med at ein skal akseptere sin eiga liding og dermed akseptere den etterfølgjande sorgprosessen. Dette samsvarar med eit funn i studia til Pillai-Friedman og Ashline (2014) om omgrepet tvitydig tap. Dei meiner at seksuell helse og seksualitet er tabubelagt, og at seksuelle dysfunksjonar og tapet av til dømes eit bryst, difor kan føre til ein sorgprosess. Denne sorgprosessen kan vere vanskeleg å ta opp med venner og familie, heiter det i Pillai-Friedman og Ashline (2014). Venner og familie er dei ein ofte støtter seg til i

vanskelege situasjonar, og difor kan det vere ekstra tungt å ikkje få den støtta og aksepten ein treng. På bakgrunn av desse funna, tenkjer vi at det er avgjerande at kvinna òfår lovö til å utforske og akseptere ein eventuell sorgprosess.

Å akseptere sorga den brystkreftramma kvinna kan føle på, kan vi relatere til Erikssons tredje akt, forsoninga. Eriksson (1995) beskriv forsoning som at det skapast *öen ny heilheit som også inneheld ödet vondeö som imidlertid inneslutter i ein ny, meiningsfull heilheitö*. Vi tolkar dette som at ein er nøydd til å akseptere den nye kvardagen, og at ein kan klare å forme seg eit nytt liv, sjölv om noko har gått tapt. Dette sitatet frå studia til Klaeson et al. (2011) beskriv dette:

öThey often felt that they were in phase as a couple where instead of having intercourse that they just laid closely entwined with each other. This increased their sense of intimacy and that gave some balance into their love life despite the changes brought about by their illness and treatment. This made them feel secure and perhaps more loved, albeit not in an erotic way.»

Fleire av deltakarane i denne studia uttrykk at dei saknar kjensla av erotikk og lyst. Likevel kan dette sitatet tyde på at nokre av kvinnene kunne forsonne seg med endringane behandlinga for brystkreften hadde gitt dei. På denne måten kunne dei oppdage ei ny side av seg sjölv som seksuelle vesen og behalde intimiteten i forhalda sine. Dette kan vere eit eksempel på korleis Erikssons forsoningsteori kan arte seg i praksis.

På bakgrunn av teori, funn frå artiklar og eigne erfaringar, meiner vi det er viktig at sjukepleiar er bevisst på si eiga rolle når det kjem til å ta opp temaet seksuell helse tidleg i møte med brystkreftpasienten. Til dømes fann vi at i studia til Canzona et al. (2016) rapporterte fleire av kvinnene at dei skulle önskje dei fekk informasjon tidleg i kreftforløpet om eventuelle biverknadane som kunne verke inn på deira seksualitet. Fleire rapporterte at helsepersonell ikkje hadde nemnd noko om biverknader som kunne relaterast til seksuell helse.

Forhaldet mellom sjukepleiar og pasient er profesjonelt, og vi tenkjer difor at det bør vere rom for å ta opp eit tema som seksuell helse tidleg. Slik kan kvinna vere meir førebudd i møte med dei seksuelle biverknadene. På den andre sida kan ein forstå kvifor dette kan vere eit vanskeleg tema å ta opp for ein sjukepleiar. Seksualitet er for mange veldig personleg og intimt, og ein kan vere redd for å tråkke feil. Helsepersonell er ofte dei første profesjonelle

kontaktane dei brystkreftoverlevande kvinnene har kontakt med. Vi meiner difor at sjukepleiarar har ei viktig rolle når det kjem til å ta opp temaet seksuell helse.

Viktigheita av at sjukepleiar tørr å ta opp seksuell helse kan ikkje påpeikast ofte nok. I helse- og omsorgsdepartementets strategi *Snakk om det!* (2016), slår dei fast at alle helsepersonell i pasientkontakt skal kunne handtere dei to nedste trinna i modellen. Kva betyr eigentleg òå kunne handtere ò dei to nedste nivåa? I og med at seksuell helse er eit privat, og for nokon eit tabubelagt tema, meiner vi at det burde opprettast eit standardisert skjema som kan gjere det lettare å kartlegga pasientens seksuelle helse.

Vidare visar studia til Traumer et al. (2018) at nokre av pasientane sjølv hadde prøvd å ta opp seksuell helse med helsepersonell, men opplevde å bli avfeia. Dette gav dei kjensla av å bli avvist. Dette gjorde at fleire av pasientane ikkje mottok nokon form for behandling eller hjelp mot sin seksuelle dysfunksjon. Studia til Canzona et al. (2016) peikar i retning av kva deltarane identifisera som viktig i samtalen mellom helsepersonell og pasient. Å vise at ein tar seg tid til pasienten, var noko som blei adressert som viktig. Det viser seg også at fleire følte at råda dei fekk var for generelle, og dei skulle ønske dei fekk meir spesifikke og personlege råd.

Med bakgrunn i studia til Traumer et al. (2018) og Canzona et al. (2016) kan det tenkjast at det kunne vore hensiktsmessig med eit standardisert skjema. Med eit standardisert skjema ser vi for oss at pasientane går gjennom skjemaet med eit helsepersonell, og difor kan få moglegheit til å bli vist vidare slik at dei ikkje opplev å bli avfeia. Eit eksempel på eit standardisert skjema kan vere eit skjema som tar utgangspunkt i PLISSIT-modellens to nedste nivå. Dette meiner vi kan gjere det lettare for sjukepleiaren å bruke PLISSIT regelmessig. I tillegg tenkjer vi at eit slikt skjema kan vere med på å ufarleggjere temaet seksuell helse, både for pasient og sjukepleiar.

Gjennom vår erfaring i helsevesenet har vi sett at det finst standardiserte skjema som har som hensikt å få oversikt over pasientens fysiske eller psykiske helse. Vi tenkjer difor at det er realistisk at eit slikt skjema kan opprettast med tanke på seksuell helse. Vi trur at det vil kunne hjelpe sjukepleiarar å ta temaet opp, og pasientar å sette ord på kva informasjon dei ønskjer og treng.

Resultat frå studia til Klaeson et al. (2011) peikar på at gruppesamtalar kan vere ein annan måte hjelpe brystkreftbehandla kvinner å ivareta deira seksuelle helse. I denne studien vart

kvinnene delt i grupper på fire, med ein kreftsjukepleiar som leda gruppa. Her kunne kvinnene få snakke fritt seg i mellom om deira ulike erfaringar knytt til seksuell helse og seksualitet etter brystkreften ramma dei. Rolla til kreftsjukepleiaren var å vere støttande og rettleie samtaletema. Studia hadde som mål at kvinnene skulle dele erfaringar og opne opp om temaet. Ein tilleggs effekt av dette, var at kvinnene opplevde ein positiv verknad av å vere ein del av ei gruppe.

Gruppeterapi er eit kjent fenomen i ulike typar behandlingar på tvers av ulike typar lidningar. I den ovanne studia hadde dette positiv effekt for fleire av deltakarane. Å starte slike grupper er ressurskrevjande og vil kanskje ikkje ha dei same resultatane som vi ser dei fekk i studia. Til tross for dette trur vi likevel at det er mange som kunne hatt nytte av denne typen terapi, til dømes postoperativt, og samstundes under adjuvant behandling.

Per dags dato kan det bli vanskeleg å få gjennomført fysiske møte, grunna COVID-19-pandemien. Vi tenkjer at dette er noko som bør bli tilbydd når samfunnet opnar opp for slike samlingar igjen.

6. Konklusjon

Med bakgrunn frå funn i forskingsartiklane våre, har vi i denne oppgåva tatt føre oss kvifor seksuell helse er viktig å ta opp med kvinner som er eller har vore i behandling mot brystkreft. Vi har vist til at sjølv om det har kome mykje forskning på området dei siste åra, peiker studiane vi har funne i retning av at dei brystkreftramma kvinnene forsett manglar informasjon på området.

Gjennom oppgåva vår har vi knytt etterverknadane av behandling mot brystkreft opp mot Katie Erikssons lidings teori. Vi gjekk igjennom Erikssons teori om lidings drama, og dei tre aktene: *bekrefting av lidning, sjølv lidinga og forsoninga*. Vi har vidare knytt funna frå forskingsartiklane opp mot Erikssons teori og fasane den brystkreftramma kan gå gjennom relatert til seksuell helse og seksualitet.

I helse- og omsorgsdepartementet sin strategi frå 2016 slår dei fast at eit kvart helsepersonell som har pasientomsorg, skal kunne handtere dei to nedste nivåa i PLISSIT-modellen. Sjølv om strategien poengtera viktigheita av PLISSIT-modellen, kan studiane vi fann tyde på at modellen ikkje blir brukt hyppig nok i praksis. Det er kanskje fordi at seksualitet kan vere eit tabubelagt og intimt tema, og at det difor kan vere utfordrande for både sjukepleiar og pasient

å snakke om. Av den grunn har vi lagt fram ein idé om eit standardisert skjema som baserer seg på PLISSIT, som ei mogleg del av løysinga på dette.

Ut i frå funn i arbeidet med denne oppgåva har vi sett og lært at behandlinga av brystkreft kan ha ei rekke negative verknader på den seksuelle helsa til kvinna. Noko som gjer at vi som sjukepleiarar kan ha ei oppgåve når det kjem til å hjelpe, rettleie og ivareta den seksuelle helsa til kvinna.

Vi har også drøfta verknaden av gruppeterapi som eit verktøy for ivaretaking av pasientens seksuelle helse, og sett på korleis dette kan fungere i praksis. Føremålet med gruppesamtalen var at kvinnene skulle få dele erfaringar med kvarandre, og dette viste seg å ha ein positiv verknad for desse kvinnene.

6.1. Bruk av resultata i praksis/avslutning

Hensikta med denne bacheloroppgåva var å få økt kunnskap om korleis sjukepleiar kan ivareta kvinners seksuelle helse ved brystkreft.

Som sjukepleiarstudentar har vi erfart korleis seksualitet ofte er eit tema ein unngår, då det kanskje er ubehageleg og utfordrande å snakke om. Gjennom arbeidet med denne oppgåva har vi fått ei betre forståing om korleis ein kan gå fram for å snakke om seksuell helse med pasientar. Fleire av funna våre har gitt oss ein lærdom som vi sjølv kan ha nytte av nå når vi snart skal ut å jobbe som sjukepleiarar. Vidare skal vi fortsette å halde fokus på seksuell helse, ikkje berre retta mot pasientar som opplev brystkreft, men til alle pasientar der det kan tenkjast at behandlinga kan gi ein utfordring for pasientens seksuelle helse.

Vi har gjennom denne oppgåva undersøkt kvifor seksuell helse er viktig å ta opp med kvinner som har vore i behandling mot brystkreft. I ein av studia vi fann såg vi at dei hadde samtalegrupper, såkalla fokusgrupper, som ein del av forskingsprosjektet. I studia såg dei at ein tilleggseffekt av forskinga deira, var at kvinnene opplevde ei støtte gjennom å vere med i fokusgruppene. Vidare hevda studia at fokusgruppa hjelpte kvinnene å forbetre deira seksuelle helse.

I følge Katie Eriksson er det hensiktsmessig at pasienten får ei bekrefting på lidinga som brystkreft ofte førar med seg. Tid og rom for å vere i denne sørgjeprosessen er viktig. Ved at sjukepleiar gir pasienten tid og rom for ein eventuell sorgprosess, kan dette hjelpe kvinna mot

ein positiv forsoning. På denne måten kan vi som sjukepleiarar her bidra til å hjelpe pasienten gjennom lidinga, og på den måten hjelpe pasienten i ivertaking av deira seksuelle helse.

Vi har også tatt føre oss korleis ein kan bruke PLISSIT-modellen i møte med brystkreftramma kvinner. Med bakgrunn i funn tenkjer vi at det som er absolutt viktigast med tanke på ivaretaking av pasientars seksuelle helse ved brystkreft, det å opne opp for å ein samtale om seksuelle helse. Det innebere at ein tar føre seg etterverknadane av behandlinga og korleis denne kan påverka deira seksualitet. Det er viktig at sjukepleiar følar seg komfortabel og har dei rette verktøya for å opne opp for denne viktige samtalen, og i den samanheng har vi difor etterlyst eit standardisert skjema som baserer seg på PLISSIT-modellen. Vi meiner dette kunne hjelpt sjukepleiar å ta opp seksuell helse i samtale med pasient.

7. Det vi ikkje tok med i oppgåva

Dersom omfanget på oppgåva hadde vore større, hadde vi kanskje også hatt moglegheit til å lage meir konkrete forslag på bruk av PLISSIT-modellen i praksis. Til dømes kunne vi kome med forslag på korleis eit standardisert skjema som nemnt i oppgåva kunne sett ut.

Vi kunne også sett på Joyce Travelbee sin teori om mellommenneskeleg forhold i sjukepleie, og kanskje om krisehandtering og meistring av kvinns nye kvardag.

8. Vidare forskning

Gjennom vårt arbeid med oppgåva har vi sett at det har vore svært positivt for kvinnene å ta del i fokusgrupper, altså mindre grupper for samtale. Vi håper at dette kan forskast vidare på korleis gruppeterapi/samtale kan hjelpe brystkreftramma gjennom hennar nye tilverande. Vi meiner dette er noko som kanskje kan ha sterk innverknad på kvinners seksuelle helse i forbinding med brystkreftbehandling.

Bibliografi

- Brystkreftforeningen. (2020, oktober 22). *Om brystkreft*. Henta mars 25, 2021 frå kreftforeningen.no: https://kreftforeningen.no/rosasloyfe/om-brystkreft/?gclid=CjwKCAjw6fCCBhBNEiwAem5SO7LADbz9RFYDO9uQtKMjfngWEyiNxP64Yvv33HgqPujc0o6saIJ_BoCs7wQAvD_BwE
- Canzona, M., Garcia, D., Fisher, C. L., Raleigh, M., Kalish, V., & Ledford, C. (2016). Communication about sexual health with breast cancer survivors: Variation among patient and provider perspectives. *Patient Education and Counseling*, ss. 181461820. doi:10.1016/j.pec.2016.06.019
- Dahlborg-Lyckhage, E. (2017). Att analysera diskurser. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats* (3. oppl., 2. utg., ss. 153-169). Lund: Studentlitteratur.
- Dahlborg-Lyckhage, E. (2017). Kunskap, kunskapsanvändning och kunskapsutveckling. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats* (3 oppl., 2. utg., ss. 25-36). Lund: Studentlitteratur.
- Dalland, O. (2010). Hva karakteriserer en metode? I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4. oppl., 4. utg., ss. 82-99). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Dalland, O. (2010). Hvordan blir kunnskap til? I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving* (4. oppl., 4. utg., ss. 46-61). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Dalland, O. (2010). Kildebruk og kildekritikk. I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4.oppl., 4. utg., ss. 62-81). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Eriksen, S., Gjessing, R., & Sellevold, G. S. (2021, mars). Sykepleiere kan ikke overse seksualiteten. (B. (. Tholens, & A. (. Hafstad, Red.) *Sykepleien*, 21(01), ss. 18-23. Henta frå <https://sykepleien.no/meninger/2021/03/sykepleiere-kan-ikke-overse-seksualiteten>
- Eriksson, K. (1995). Lidelsens drama. I K. Eriksson, *Det lidende menneske* (Ø. Randers-Pehrson, Omset., ss. 45-47). Oslo: TANO. Henta frå https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2008030700113
- Friberg, F. (2017). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.). Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2017). Tankeprocessen under examensarbetet. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats* (3. oppl., 2. utg., ss. 37-48). Lund: Studentlitteratur.
- Gannes, S. (2016). Seksualitet og helse. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 2* (2. opplag, 3. utg., ss. 273-407). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016, desember 6). *Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017ó 2022)*. (M. S. Higræff, Red.) Henta mars 7, 2021 frå regjeringen.no: https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf

- Klaeson, K., Sandell, K., & Berterö, C. (2011). To feel like an outsider: focus group discussions regarding the influence on sexuality caused by breast cancer treatment. *European Journal of Cancer Care*, ss. 728-737. doi:10.1111/j.1365-2354.2011.01239
- Kreftforeningen. (2020). *Mammografi*. Henta mars 25, 2021 frå kreftforeningen.no: <https://kreftforeningen.no/om-kreft/undersokelser/mammografi/>
- Kreftforeningen. (2020). *Om Rosa sløyfe*. Henta mai 5, 2021 frå kreftforeningen.no: <https://kreftforeningen.no/rosasloyfe/om-rosa-sloyfe/>
- Kreftforeningen. (2021, januar 07). *Brystkreft*. Henta mars 25, 2021 frå kreftforeningen.no: <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/brystkreft/>
- Kreftforeningen. (2021, januar 7). *Brystkreft*. Henta mars 26, 2021 frå helsenorge.no: <https://www.helsenorge.no/sykdom/kreft/brystkreft/>
- Kristoffersen, N. J., & Breievne, G. (2016). Lidelse, mening og håp. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnelggende sykepleie bind 3* (3. utg., ss. 187-235). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Langhelle, T. H., Paulsen, A., Fredly, K., & Sekse, R. J. (2021, mars). Sykepleiere kan hjelpe pasientene til bedre seksuell helse. (B. (. Tholens, & A. (. Hafstad, Red.) *Sykepleien*, 21(01), ss. 34-41. doi:10.4220/Sykepleiens.2021.83207
- Molven, O. (2012 a). Medvirkning og informasjon. I O. Molven, *Sykepleie og jus* (4. utg., ss. 157-168). Oslo: Gyldendal Norsk forlag.
- Molven, O. (2012 b). Rettslig regulering av helsetjenesten og sykepleiervirksomheten. I O. Molven, *Sykepleie og jus* (4. utg., ss. 26-36). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Oberguggenberger, A., Martini, C., Huber, N., Fallowfield, L., Hubalek, M., Daniaux, M., . . . Meraner, V. (2017). Self-reported sexual health: Breast cancer survivors compared to women from the general population ó an observational study. *BioMed Central: Cancer*. doi:10.1186/s12885-017-3580-2
- Pedersen, B., Groenkjaer, M., Falkmer, U., Mark, E., & Delmar, C. (2016). The ambiguous transforming bodyó A phenomenological study of the meaning of weight changes among women treated for breast cancer. *International Journal of Nursing Studies*, ss. 15-25. doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.10.011
- Pillai-Friedman, S., & Ashline, J. (2014). Women, breast cancer survivorship, sexual losses, and disenfranchised grief ó a treatment model for clinicians. *College of Sexual and Relationship Therapists*, ss. 436-453. doi:10.1080/14681994.2014.934340
- Remme, A. (2018, november 14). 2. *Hva er seksuell helse?* Henta april 23, 2021 frå ungefunksjonshemmede.no: <https://ungefunksjonshemmede.no/ressurser/kurs/seksomfunger/e-laeringskurs-kapittel-1-11/1-hva-er-seksuell-helse/>
- Schlichting, E. (2015). Sykdommer i brystene. I S. Ørn, J. Mjell, & E. Bach-Gransmo (Red.), *Sykdom og behandling* (4. opplag, 1. utg., ss. 431-442). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

- Schlichting, E., & Klepp, O. (2020, oktober 25). *Brystkreft*. Henta mars 26, 2021 frå sml.no:
<https://sml.snl.no/brystkreft>
- Silva, M. (2021, januar 21). *Brystkreft*. Henta mars 26, 2021 frå Kreftregisteret:
<https://www.kreftregisteret.no/Temasider/kreftformer/Brystkreft/>
- Sørensen, E. M., & Almås, H. (2013). Sykepleie ved brystkreft. I H. Almås, D.-G. Stubberud, & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie bind 2* (3. opplag, 4. utg., ss. 439-453). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Traumer, L., Jacobsen, M. H., & Laursen, B. S. (2018). Patients' experiences of sexuality as a taboo subject in the Danish healthcare system: a qualitative interview study. *Scandinavian Journal of Caring Science*, ss. 57-66. doi:10.1111/scs.12600
- Verdens helseorganisasjon. (2011). *Sexual health*. Henta mars 07, 2021 frå
<https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research/key-areas-of-work/sexual-health/defining-sexual-health>
- Östlundh, L. (2017). Informationssökning. I F. Friberg (Red.). Lund: Studentlitteratur.
- Aadland, E. (2015). "Og eg ser på deg...". I E. Aadland, "Og eg ser på deg..." (3. oppl., 3. utg., ss. 170-212). Oslo: Universitetsforlaget.
- Aars, H. (2021, mars). Hva er seksuell helse? (B. (. Tholens, & A. (. Hafstad, Red.) *Sykepleien*, ss. 26-31. doi:10.4220/Sykepleiens.2021.83165

Vedlegg

Artikkel 1	
Tittel	To feel like an outsider: focus group discussions regarding the influence on sexuality caused by breast cancer treatment
Tidsskrift/årstal/land	European Journal of Cancer Care/ 2011 / Sverige
Forfattarar	Klaeson, K., Sandell, K., Berterö, C.M.
Perspektiv	Pasient som har gjennomgått behandling mot brystkreft
Problem	Korleis påverkar behandlinga pasientane har motteke deira seksuelle helse?
Hensikt	Hensikta ved denne studia var å finne ut korleis middelaldrande kvinner behandla mot brystkreft opplev deira seksualitet, knytt til sosiale normer og deira egne verdier.
Metode	Kvinnene ble delt inn i 3 grupper på 4 personar, såkalla fokusgrupper. Ein kreftsjukepleiar leda fokusgruppene og samtalen. Kvinnene fekk prate fritt om sine opplevingar relatert til seksualitet og seksuell helse, etter brystkreftbehandling. Metoden dei brukte fekk en positiv verknad på seksuelle helse til deltakarane.
Resultat	Pasientane opplev ein ny og ukjent kropp som påverkar seksualiteten deira negativt. Studia anbefaler vidare at sjukepleiarar skal teke opp seksualitet og seksuell helse i oppfølgingssamtaler med kvinna og hennar pårørande.

Artikkel 2	
Tittel	Self-reported sexual health: Breast cancer survivors compared to women from the general population ó an observational study
Tidsskrift/årstal/land	BioMed Central: Cancer / 2017 / Austeriket
Forfattarar	Oberguggenberger, Anne; Martini, Caroline; Huber, Nathalie; Fallowfield, Lesley; Hubalek, Michael; Daniaux, Martin; Sperner-Unterweger, Barbara; Holzner, Bernhard; Sztankay, Monika; Gamper, Eva; Meraner, Verena
Perspektiv	Pasient, Seksuell helse hos brystkreftramma kvinner samanlikna med seksuell helse hos kvinner som ikkje har/har hatt brystkreft.
Problem	Har kvinner som har hatt brystkreft ein dårlegare seksuell helse enn kvinner som ikkje har det?
Hensikt	Hensikta med studien var å få ein forståing over korleis brystkreftbehandling påverkar kvinners seksuelle helse.
Metode	Dette var ein kvantitativ studie. For å undersøke kvinnes seksuelle helse, sendte dei ut ulike spørjeskjema til kvinner i Austerrike som hadde og ikkje hadde gjennomgått behandling mot brystkreft.
Resultat	Brystkreftoverlevande hadde ein betydeleg dårlegare seksuell helse, enn kvinnene som ikkje hadde brystkreft.

Artikkel 3	
Tittel	Communication about sexual health with breast cancer survivors: Variation among patient and provider perspectives
Tidsskrift/årstal/land	Patient Education and Counseling/ 2016 / USA
Forfattarar	Canzona, M.R., Garcia, D., Fisher, C. L., Raleigh, M., Kalish, V., Ledford, C.J.W
Perspektiv	Pasientens samanlikna med helsepersonellets perspektiv på kommunikasjon om seksuell helse etter brystkreft
Problem	Brystkreftpasientane ønsker å få informasjon og hjelp til deira helseproblem knytt til seksualitet, men føler på ubehag relatert til å teke opp denne samtalen. Helsepersonell rapporterer at personleg ubehag rundt temaet seksuell helse er eit hinder for å teke dette opp i samtale med pasienten.
Hensikt	Hensikta med studia er å identifisere kva som fremmer eller hemmar samtalen om seksuell helse som brystkreftpasienten kan oppleve. Studia tek føre seg kva for nokre barrierar både helsepersonell og pasientar kan kjenne på relatert til temaet seksuell helse.
Metode	Semi-strukturerte intervjuar med brystkreftoverlevande, og helsepersonell med forskjellig bakgrunn. Intervjua basera seg på dei same grunnleggande opne spørsmål, som gjorde at resultatata var mogleg å samanlikna på tvers av perspektiva.
Resultat	Både dei kreftramma og helsepersonellet uttrykka viktigheita over å ta omsyn til pasientanes individuelle behov, rundt eit slikt sårbart tema. Deltakarane uttrykte at dei ønskte informasjon om konsekvensar behandlinga kunne ha på den seksuelle helsa deira tidleg i forløpet.

Artikkel 4	
Tittel	Patientsøexperiences of sexuality as a taboo subject in the Danish healthcare system: a qualitative interview study
Tidsskrift/årstal	Scandinavian Journal of Caring Science / 2018 / Danmark
Forfattarar	Traumer, L., Jacobsen, M. H., Laursen, B. S.
Perspektiv	Pasientar som er diagnostisert med kreftsjukdom eller kronisk sjukdom
Problem	Er seksualitet eit tabubelagt tema i det danske helsevesenet?
Hensikt	Hensikta med studia var å forstå korleis pasientar med kreftsjukdom eller kronisk sjukdom opplev seksuell dysfunksjon som eit tabubelagt tema i helsevesenet.
Metode	Studien har nytta seg av semistrukturerte intervju. Ti kvinner deltok i studia. Dei var diagnostisert med cancer eller kronisk sjukdom, og uttrykte at dei hadde seksuell dysfunksjon.
Resultat	Studien viste at seksualitet er eit sensitivt og tabubelagt tema i det danske helsevesenet. Nokre av deltakarane rapporterte at dei kjente seg avvist av helsepersonell når dei tok initiativ til ein samtale om seksualitet. Andre rapporterte at dei ikkje sølv tok opp temaet, men at ikkje helsepersonell nemnte noko om det heller. Til tross for dei ulike erfaringane deltakarane hadde, opplevde alle at seksualitet var eit tabubelagt tema. Dette fordi helsepersonellet og/eller deltakarar unngjekk å diskutere deltakarens helseproblem relatert til seksualitet.

Artikkel 5	
Tittel	Women, breast cancer survivorship, sexual losses, and disenfranchised grief ó a treatment model for clinicians
Tidsskrift/årstal	College of Sexual and Relationship Therapists / 2014 / USA
Forfattarar	Pillai-Friedman, S., Ashline, J.L.
Perspektiv	Korleis helsepersonell skal kunne hjelpe brystkreftramma kvinner som opplev seksuelle dysfunksjonar.
Problem	Kvinner som har blitt behandla for brystkreft kan opplev eit tvitydig tap, då sorga dei kan kjenne på ikkje nødvendigvis blir «godkjent» frå pårørande. Dette kan føre til at kvinna kan gå gjennom ein sorgprosess som ikkje blir anerkjent.
Hensikt	Hensikten med metastudien er å vise korleis ein kan bruke PLISSIT-modellen hjelpe helsepersonell til å starte samtalen om seksuell helse med den brystkreftramma kvinna.
Metode	Dette er ein metastudie som har baserer seg på studiar frå 1969 til 2014.
Resultat	Brystkreftbehandling kan resultere i seksuelle dysfunksjonar. Fysiske forandringa og seksuelle verknader, kan resultere i endra syn på seg sjølv som seksuelle vesen, og kan også føre til ei djup kjensle av tap. For nokre brystkreftoverlevande er dei første tre nivåa i PLISSIT-modellen tilstrekkeleg for å identifisere deira seksuelle problem, mens andre treng meir omfattande behandling. Pillai-Friedman og Ashline utvikla ein sorgmodell som er meint for psykoterapeut og sexologar, for å hjelpe pasienten gjennom ein eventuell sorgprosess relatert til seksuell helse.