

## **BSYBAC\_5**

### **Brystkreft og seksualitet**

Hvordan kan sykepleier bidra til å veilede brystkreftpasienter med seksualitet gjennom hele behandlingsløpet?



**Det helsevitenskapelige fakultet**

**Bachelor i Sykepleie**

*[Stavanger, 12.05.2021]*

*Jeg/vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet*

## **Sammendrag**

### *Problemstilling*

Hvordan kan sykepleier bidra til å veilede brystkreftpasienter med seksualitet gjennom hele behandlingsløpet?

### *Bakgrunn*

Vi anser brystkreftpasienters forhold til seksualitet som svært viktig. Likevel opplever vi det som et tabubelagt samtaleemne som ofte unngås av både sykepleiere og pasienter.

### *Hensikt*

Hensikten er å undersøke hvorfor seksualitet for brystkreftpasienter er viktig, hvorfor det oppleves som utfordrende å snakke om, og med det belyse hvordan sykepleier kan bidra med veiledning med seksualitet til pasientgruppen gjennom hele pasientforløpet.

### *Metode*

Oppgaven er litterær og har tatt utgangspunkt i data fra eksisterende forskning, samt fag- og forskningslitteratur som er vurdert som relevant. Resultater fra tre utvalgte forskningsartikler, en kvalitativ og to blandings-metoder, sammen med relevant teori er brukt for å belyse og diskutere problemstillingen.

### *Resultater*

Resultatene viser at en stor andel av brystkreftpasienter opplever bekymringer knyttet til seksualitet i forbindelse med behandling. Det som følge av at behovet for informasjon og veiledning ikke er tilfredsstillt. Studier understreker at det er barrierer for å løfte tematikken, både for pasienter og sykepleiere.

### *Diskusjon*

Problemstillingen drøftes med utgangspunkt i hvilken rolle sykepleieren har for veiledning med seksualitet, i møte med pasientgruppen. Hvordan denne rollen best mulig kan utfylles opp mot de behov og barrierer det er, gitt de juridiske og etiske føringene som ligger til grunn for sykepleierens utøvelse. PLISSIT-modellen lagt til grunn setter rammene for diskusjonen.

*Nøkkelord:* Brystkreft, seksualitet, veiledning, sykepleie

## Innholdsfortegnelse

<b>1.0 INNLEDNING</b> .....	<b>4</b>
<b>1.1 PROBLEMFOMULERING</b> .....	4
1.1.1 <i>Bakgrunn for valg av tema</i> .....	4
1.1.2 <i>Hensikt</i> .....	5
1.1.3 <i>Begrepsavklaring</i> .....	5
<b>2.0 TEORI</b> .....	<b>6</b>
<b>2.1 BRYSTKREFT OG BEHANDLING</b> .....	6
2.1.1 <i>Hvilken betydning har et bryst?</i> .....	6
<b>2.2 SEKSUALITET</b> .....	7
2.2.1 <i>Seksualitetens betydning med brystkreft</i> .....	7
<b>2.3 SYKEPLEIERENS ROLLE</b> .....	8
2.3.1 <i>Sykepleie i møte med brystkreftpasienten</i> .....	8
2.3.2 <i>Seksuell veiledning</i> .....	8
2.3.3 <i>Juss og etikk</i> .....	10
<b>3.0 METODE</b> .....	<b>12</b>
<b>3.1 VALG AV METODE</b> .....	12
<b>3.2 LITTERATURSØK</b> .....	12
3.2.1 <i>Valg av søkeord</i> .....	13
3.2.2 <i>Valg av artikler</i> .....	13
3.2.3 <i>Utvelgelseskriterier</i> .....	13
3.2.4 <i>Analyse</i> .....	14
<b>4.0 RESULTATER</b> .....	<b>15</b>
<b>4.1 BEHOV</b> .....	15
4.1.1 <i>Seksuelle bekymringer</i> .....	15
4.1.2 <i>Behov for informasjon</i> .....	15
4.1.3 <i>Passende tidspunkt</i> .....	16
4.1.4 <i>Involvering av partner</i> .....	17
<b>4.2 BARRIERER</b> .....	17
4.2.1 <i>Barrierer for pasientene</i> .....	17
4.2.2 <i>Barrierer for helsepersonell</i> .....	19
<b>5.0 DISKUSJON</b> .....	<b>21</b>
<b>5.1 METODEDISKUSJON</b> .....	21
5.1.1 <i>Kildekritikk</i> .....	22
5.1.2 <i>Analyse</i> .....	22
<b>5.2 RESULTATDISKUSJON</b> .....	23
5.2.1 <i>Sykepleierens veiledende rolle rundt seksualitet i møte med brystkreftpasienter</i> .....	23
5.2.2 <i>Å samtale om seksualitet</i> .....	24
5.2.3 <i>Informasjon om behandlingens effekt på seksualiteten</i> .....	26
5.2.4 <i>Løsninger som fremmer seksualitet</i> .....	28
5.2.5 <i>Intensiv terapi</i> .....	30
5.2.6 <i>Konklusjon</i> .....	30
<b>6.0 ANVENDELSE I PRAKSIS</b> .....	<b>31</b>
<b>7.0 LITTERATURLISTE</b> .....	<b>32</b>
<b>8.0 VEDLEGG</b> .....	<b>35</b>

## **1.0 Innledning**

I Norge øker forekomsten av brystkreft (Kreftforeningen). Andelen som overlever sykdommen øker også (Sørensen et al., 2016). I takt med denne trenden blir det derfor relevant å belyse hvilken rolle sykepleieren spiller i møte med de ulike utfordringene pasientene har knyttet til behandlingsløpet for brystkreft. I det følgende er det utfordringene knyttet til seksualitet som gjør seg gjeldende. Det fordi at kvinner som diagnostiseres med brystkreft kan oppleve behandlingen som inngripende ovenfor deres seksualitet (Schjølberg, 2010). Borg (2010, s. 122) understreker dette med å løfte frem undersøkelser som viser at de fleste som mister deler av sin seksualitet, kan lide sterkt under dette.

Forskning viser at helsepersonell likevel unngår seksualitet som tema i dialog med pasienter og eventuelle partnere (Ussher et al., 2012). Det kan få uheldige konsekvenser og forsterke pasientenes psykiske og fysiske utfordringer med seksualitet i forbindelse med sykdommen, og behandlingen av den.

### **1.1 Problemformulering**

Hvordan kan sykepleier bidra til å veilede brystkreftpasienter med seksualitet gjennom hele behandlingsløpet?

#### **1.1.1 Bakgrunn for valg av tema**

Brystkreft er den klart hyppigste kreftformen for kvinner, og andelen som overlever øker (Sørensen et al., 2016, s. 437). I 2019 var det 3726 kvinner som fikk brystkreft i Norge (Kreftforeningen). Mange av dem som gjennomgår behandling sitter igjen med et forandret kroppsbilde og forandret seksualitet (Schjølberg, 2010, s.134). Seksualitet er både fysisk, psykisk og allment (WHO). Det til tross kan det for mange oppleves som et tabubelagt tema (Ussher et al., 2012). Bare i kraft av at seksualitet angår oss alle kan det argumenteres for at aspektet bør være en naturlig del av veiledningen sykepleiere har for brystkreftpasienter. Gjennom god veiledning og informasjon vil sykepleieren kunne bidra til at utfordringer, pasientgruppen har, knyttet til seksualitet blir møtt i tilstrekkelig grad.

Egen erfaring i praksis og jobb har understreket ømfintligheten rundt seksualitet som tema. Vi har selv sett at helsepersonell og pasienter har opplevd seksualitet som ubehagelig å prate om og at tematikken ofte blir unngått. Lagt til at vi har kjent på den brutaliteten brystkreft

medfører, i nære relasjoner, er vi blitt inspirert til å skrive en oppgave som belyser betydningen av seksualitet, og seksuell veiledning for brystkreftpasienter, samt hvilken rolle sykepleieren har i veiledningen.

Vi ønsker at oppgaven bidrar med økt kunnskap og forståelse for hvordan sykepleier kan bidra med veiledning med seksualitet til brystkreftpasienter gjennom hele pasientforløpet. På den måten vil vi stå bedre rustet til å bekle rollen som sykepleier og utøve helhetlig sykepleie i møte med brystkreftpasienter slik at de opplever trygghet og bistand i å mestre effekten sykdommen kan ha for deres seksualitet.

### **1.1.2 Hensikt**

Hensikten med denne oppgaven er å bidra med økt kunnskap og forståelse for hvordan sykepleier, gitt sine yrkesspesifikke funksjoner, inklusive både den undervisende og veiledende funksjon i kombinasjon med kunnskap og kompetanse, kan bidra til å veilede brystkreftpasienter med seksualitet gjennom hele pasientforløpet.

### **1.1.3 Begrepsavklaring**

*Seksualitet* - Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer seksualitet som noe som er «opplevd og uttrykt i tanker, fantasier, ønsker, tro, holdninger, verdier, atferd, praksis, roller og relasjoner. Mens seksualitet kan inkludere alle disse dimensjonene, er ikke alle av dem alltid opplevd eller uttrykt. Seksualitet påvirkes av samspillet mellom biologiske, psykologiske, sosiale, økonomiske, politiske, kulturelle, juridiske, historiske, religiøse og åndelige faktorer» (WHO, 2006a, s. 5).

*Seksuell helse* - Integrering av somatiske, intellektuelle, emosjonelle og sosiale aspekter av seksuell væren på en måte som er positivt beriket, og som fremmer personlig utvikling, kommunikasjon og kjærlighet (Borg, 2010)

*Brystkreft* - Kreft forårsaket av en ondartet svulst i brystkjertelen (Sørensen et al., 2016, s. 438).

*Veiledning* - Bidra til læring, utvikling og mestring. Overfor pasienter er sykepleiefunksjonene knyttet til å bidra til å møte behovet for kunnskap og forståelse som er nødvendig for å ivareta egen helse (Kristoffersen et al., 2016, s.19).

## 2.0 Teori

### 2.1 Brystkreft og behandling

Brystkreft (cancer mammae) er den klart hyppigste formen for kreft hos kvinner, både nasjonalt og internasjonalt (Sørensen et al., 2016, s. 437). I Norge fikk 3726 kvinner brystkreft i 2019 (Kreftforeningen). Brystkreft rammer hyppigst hos kvinner over 50 -70 år, ca. 75% av tilfellene befinner seg i denne aldersgruppen. Menn kan også få brystkreft, men dette er svært sjeldent (Sørensen et al., 2016, s. 437). Behandlingsresultatene for brystkreft i Norge er gode (Wist, 2010, s. 436). Parallelt med økt forekomst av brystkrefttilfeller øker sjansen for overlevelse. Dersom sykdommen oppdages tidlig, er det nå 92% av kvinnene som lever fem år etter de har fått diagnosen (Kreftforeningen). De fleste brystkreftsvulster blir oppdaget tidlig og før de gir symptomer. Det kan enten være ved mistenkelige funn ved mammografi, eller ved at det tilfeldig blir oppdaget en kul i brystet (Wist, 2010, s. 432).

Kirurgi er den viktigste behandlingsmetoden for brystkreft, enten alene eller i kombinasjon med strålebehandling, cytostatika og endokrin behandling (Sørensen et al., 2016, s. 442). Under operasjonen blir svulsten fjernet sammen med så mye av brystkjertelvevet omkring slik at risikoen for spredning eller lokalt residiv blir minst mulig (brystbevarende behandling), eller at hele kjertelen blir fjernet (mastektomi) (Sørensen et al., 2016, s. 442). Hvis kreften har spredd seg til andre organer, blir behandlingen palliativ, det vil si enten cytostatika, strålebehandling eller smertelindrende legemidler (Sørensen et al., 2016, s. 442). Behandlingen er langvarig og påfører pasienten store forandringer, både fysisk og psykisk (Gjertsen, 2010, s. 440). «Pasientene kan for eksempel få konsentrasjonsproblemer, kronisk tretthet, nedsatt skulderbevegelighet, forandret hudfølelse, vekttoppgang og lymfeødem». Angst og depresjon er også vanlig (Sørensen et al., 2016, s 440-441).

#### 2.1.1 Hvilken betydning har et bryst?

«Kvinnebrystet har til alle tider vært symbol på det absolutt feminine. Ved siden av utseendet framhever funksjonene amming og seksualitet betydningen av brystet som et identitetsskapende organ» (Gjertsen, 2010, s. 440-441). Gjennom livet vil kroppen stadig forandre seg, og det vil være nødvendig å tilpasse seg disse forandringene. Aldring er representert som den normale endringen, mens traumer, sykdom, patologiske og degenerative forandringer blir representert som unormale endringer av kroppsbildet (Schjølberg, 2010, s. 133). En kreftdiagnose kan gi varige forandringer i vårt forhold til egen kropp og til vårt

kroppsbilde. For kvinner er det hevdet at det å fjerne et bryst muligens er det som har størst betydning for endring av kroppsbilde (Schjølberg, 2010, s.134). Å miste et bryst føles ikke bare som et tap av en kroppsdel, med det medfører også følelse av tapt kvinnelighet og identitet (Gjertsen, 2010, s. 440-441). I vår kultur blir brystene betraktet som en viktig del av kvinners seksuelle identitet. Å miste et bryst vil for mange bety at de ikke lengre opplever seg selv som en fullverdig kvinne (Sørensen et al., 2016, s. 446).

## **2.2 Seksualitet**

Verdens helseorganisasjons definisjon lagt til grunn viser begrepet som sammensatt og hvordan det favner bredt om de aspekter som utgjør et menneske. Følgelig spenner begrepet utover forplantningsfunksjonen og det erotiske. Seksualitet integrerer mennesket som en seksuell person i det dagligdagse aspektet (Gamnes, 2016, s. 375). Seksualitet har en vesentlig betydning for menneskets identitet, men behovet kan variere fra person til person (Borg, 2010, s.122). Gamnes (2016, s. 375) hevder at «et godt forhold til egen seksualitet og gode relasjoner til andre mennesker er et viktig fundament for et godt seksuelt liv og for livskvalitet» og innlemmer med det seksualitet også i opplevd livskvalitet. Det vil si at seksualitet angår helsen der somatiske og psykogene plager påvirker de intellektuelle, emosjonelle og sosiale aspekter av seksuell væren (Borg, 2010).

### **2.2.1 Seksualitetens betydning med brystkreft**

I løpet av livet vil den enkeltes seksualitet variere. Disse variasjonene vil kunne endres og påvirkes av de forutsetningene vi har rundt oss (Gamnes, 2016, s. 377). Kvinner som får påvist en brystkreftdiagnose, kan bli affisert både psykisk og fysisk. Til dels vil det forekomme usikkerhet rundt lidelse og død, samt utfordringer knyttet til utseende og følelsen av kvinnelighet (Sørensen et al., 2016, s. 440).

Brystkreftpasienter vil kunne ha økt trussel på seksuell helse da diagnosen og behandlingen vil kunne være et stressmoment. Uavhengig om en er i et forhold eller lever alene, vil behovet for å opprettholde sin seksuelle identitet være viktig. Behandlingsformene for brystkreft kan ha fysiske konsekvenser i form av tap av kroppsdel (bryst), forandret utseende og nedsatt funksjonsevne. I kjølvannet av at kropp og sinn endres som følge av sykdom og behandling, vil naturlige reaksjoner som sorg og frustrasjon kunne ramme pasienten (Gamnes, 2016, s. 395). Følelsen av å føle seg mindre verdt etter brystkreft kan true seksuell helse ovenfor en seksualpartner. Likevel kan seksuelle utfordringer i forbindelse med sykdom, være av mindre

betydningen om den syke og eventuell partner får god informasjon om hvordan seksuallivet vil kunne påvirke den nåværende situasjonen (Gamnes, 2016, s 395).

## **2.3 Sykepleierens rolle**

### **2.3.1 Sykepleie i møte med brystkreftpasienten**

Møtet mellom sykepleier og pasienten på sykehuset kan i mange situasjoner være kortvarig. Behandlingen av brystkreft kan ofte gjennomføres dagkirurgisk, og pasienter som blir innlagt oppholder seg på sykehuset sjeldent mer enn et par dager. Utfordringen for sykepleieren er å vise at brystkreftpasienten blir sett, og forberede pasienten på livet etter behandling i løpet av et kort tidsrom (Sørensen et al., 2016, s 438). Under behandlingsprosessen vil pasienten naturligvis ha et stort behov for informasjon. Informasjonen som blir gitt bør være tilpasset til den enkelte. Sykepleieren burde ha som oppgave å finne fram til hva som har betydning for pasienten under behandlingssituasjonen (Reitan, 2010, s 24). Å møte pasienten på deres premisser, samt tilpasse informasjonen til den enkelte pasient vil være utfordrende. En må tilstrebe en balanse på hvordan informasjon gis i forhold til hvilke tanker og forestillinger pasienten har omkring den nye livssituasjonen og dens seksualitet (Gamnes, 2016, s 401). Sykepleierens viktigste og sentrale rolle til brystkreftpasienten er å informere, undervise og veilede. Viktigheten med dette er å dekke de grunnleggende behovene. Dette gjelder også til pårørende der de kan ses som en ressurs i denne situasjonen. Om disse ansvarsområdene blir dekket vil pasienten kunne føle seg trygg og få muligheten til å gjenvinne kontroll over sitt eget liv. (Sørensen et al., 2016, s. 438).

### **2.3.2 Seksuell veiledning**

Fokuset i denne oppgaven er lagt til hvilken veiledende rolle sykepleieren har hva gjelder seksualitet for brystkreftpasienter. Sykepleierens yrkesspesifikke oppgaver, herunder den veiledende funksjon, samt lovverket og etikken, tydeliggjør ansvaret sykepleieren har for seksuell veiledning til brystkreftpasienter. Kompetanse og kommunikasjon er av de mest elementære komponentene i veiledningen. Det er med og bidrar til læring, utvikling og mestring slik at behovet for kunnskap og forståelse som er nødvendig for å ivareta egen helse blir møtt (Kristoffersen et al., 2016, s.19).

PLISSIT-modellen er en nyttig kommunikasjonsmodell å kjenne i veiledning av seksuelle spørsmål (Borg, 2010, s. 127). Det er en enkel modell å anvende og egner seg godt som



utgangspunkt når en skal arbeide med seksuelle anliggender (Almås & Benestad, 2006, s. 67). PLISSIT ble først presentert av Jack Annon i 1976. Modellen er konstruert som en pyramide og beskriver fire ulike nivåer av potensielle seksuelle utfordringer. sammen representerer de ulike ansvarsfordelinger, ulike nivåer av problemstillinger og ulike metoder for å løse dem (Almås & Benestad, 2006, s. 67). PLISSIT er et akronym for de engelske ordene best oversatt til tillatelse, begrenset informasjon, konkrete forslag og intensivterapi.

### **PLISSIT-modellen**

#### *Permission - Tillatelse*

Det første nivået i modellen er for alle. Målet er at pasienten skal få mulighet til å formidle sine tanker rundt seksualitet. Det fordrer at sykepleier er villig til å ha en dialog om seksualitet også når sykepleierens oppgave innebærer å lytte til pasienten. Tillatelsen til å snakke om seksualitet gis av pasienten. Alle bør få tilbudet til å snakke om det. En må akseptere hvis tilbudet avslås. Pasientens eget utgangspunkt er fokuset for veiledningen (Borg, 2010, s. 127-128).

#### *Limited information - begrenset informasjon*

Det andre nivået i modellen favner mange. Det angår de som har behov for enkel og saklig informasjon om seksualitet på generell basis (Gamnes, 2016, s. 400). Målet er skape transparens og bygge tillit. Sykepleieren besitter kunnskap som det antas at pasienten ikke har. Pasienten skal få denne informasjonen om sykdom, behandling og eventuelle konsekvenser for seksualiteten uten å måtte ta initiativet selv, eller kreve å bli informert. Sykepleier kan oppfordre pasienten til å fortelle om sin opplevelse av sin situasjon og hva hun tror vil virke inn på sin seksualitet (Borg, 2010, s. 128).

#### *Specific suggestions - Spesifikke forslag*

Det tredje nivået inkluderer noen. Noen som i de som har behov for å stille spørsmål omkring sin situasjon, og få spesifikke forslag til løsninger (Gamnes, 2016, s. 400). Målet er å veilede pasienten dithen at den mestrer konkrete situasjoner. Sykepleieren skal i møte med pasienten og eventuelt hennes partner, forsøke å finne løsninger som fremmer seksuell helse. Dette innebærer å finne konkrete forslag til løsninger på hvordan et godt seksualliv kan opprettholdes og utvikles (Borg, 2010, s. 128). Det krever at den som veileder har kunnskap om rådgivning og kjennskap til ulike forslag og løsninger (Gamnes, 2016, s. 400).

### *Intensive therapy - intensiv terapi*

Det fjerde nivået er forbeholdt et fåtall av pasientene da problemene er mer komplekse. Hensikten er å bistå pasienten med alvorlige problemer som ikke kan løses på de lavere nivåene i PLISSIT-modellen. Det kreves derfor en dypere og mer spesialisert veiledning. Sykepleierens rolle på dette nivået er å henvise til spesialister, samt motivere dem til å gjennomgå behandling (Borg, 2010, s. 130).

PLISSIT-modellen viser hvordan behovet for informasjon og hjelp vedrørende utfordringer knyttet til seksualitet er størst ved de laveste nivåene, og at et fåtall trenger eksperthjelp. De tre første nivåene favner flere yrker, sykepleier inkludert. Derfor kan sykepleier, ved å utnytte sin sammensatte fagkunnskap, formidle tillatelse til å snakke om temaet og lytte, yte veiledning til (Gamnes, 2016, s. 400).

### **2.3.3 Juss og etikk**

Sykepleieren sin funksjon og utførelse i møte med kreftpasienten bygger på det juridiske, etiske og faglige retningslinjer som helsepersonelloven, pasientrettighetsloven, spesialisthelsetjenesteloven og yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. (Reitan, 2010, s. 28). Kapittel 3 i pasient- og brukerrettighetsloven (1999) jamfør §3-2, første ledd fastslår at «pasienten 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». Årsaken til at informasjon vedrørende seksualitet ofte unngås i brystkreftpasientbehandlingen kan være utfordringene helsepersonell og pasienter opplever ved å snakke om tematikken. Sykepleierens plikt til å gi denne informasjonen «til den som har krav på det etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven» er lovfestet i Helsepersonelloven (1999) kapittel 2, jamfør §10, første ledd. Nødvendig informasjon vil gi pasienten større innsikt i sin helsetilstand og økt forståelse for hvordan nåværende og fremtidig helsehjelp vil kunne påvirke seksualiteten. (Molven, 2017, s.163).

Sykepleieren har en viktig rolle for å ivareta pasientens behov, og dens utfordringer som følger sykdom. Utfordringer knyttet til seksualitet inngår i dette. Seksualitet bør inngå i den innledende samtalen mellom sykepleier og pasient, før, under og etter behandling. Her er det viktig at sykepleier arbeider etter de yrkesetiske retningslinjene (Gamnes, 2016, s.398). Retningslinjene beskriver profesjonsetikk og setter premissene for at sykepleie utøves basert

på kunnskap, med barmhjertighet, omsorg og respekt (Molven, 2017, s.70). Slike skisserer etiske regler skillete for hva som rett og galt i møte med pasienten. Det vil være hensiktsmessig i veiledningen av utfordringer knyttet til seksualitet (Gamnes, 2016, s.398).

### **3.0 Metode**

Dalland (2017, s.51) definerer metode som noe som forteller om hvordan en bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Metoden er verktøyet for å innhente data og informasjon, den kildekritiske vurderingen av gitt data og informasjon, og vurderingen av dets relevanse for å faglig svare til en problemstilling. Der er to former for forskningsmetoder, kvalitativ og kvantitativ. Metoden som blir brukt for ansamling av informasjon og data skiller de to. Der kvalitativ metode er ikke tallfestede data som favner subjektive meninger og opplevelser, er kvantitativ metode systematiske, presise og målbare data og svar (Dalland, 2017, s.51).

### **3.1 Valg av metode**

Oppgaven er litterær og baserer seg på data fra eksisterende kunnskap nedfelt i forskning og faglitteratur (Dalland, 2017). Febe Fribergs metode er anvendt, det betyr at vi har «innhentet, fordypet og utviklet oss i kunnskaper fra eksisterende forskning og faglitteratur» (Friberg, 2017). Gjennomført systematisk litteratursøk førte oss til utvalgte vitenskapelige forskningsartikler. Både kvalitative og kvantitative studier er anvendt da vi anser begge metodene som relevante for problemstillingen. For å svare til oppgavens problemstilling kreves det innblikk i tematikk som angår enkeltindivider. Kvalitative data i form av subjektive erfaringer er derfor av betydning. Samtidig er der behov for større målbare data i form av kvantitative data for å systematisere erfaringene.

### **3.2 Litteratursøk**

Litteratursøkene fant sted i databasene Cinahl, Pubmed, Oria, og British Nursing Index. Databasene er helsefaglige og tilgjengelige gjennom universitetets bibliotek. Cinahl og Oria var de databasene som ble mest brukt da de har en funksjon som gjør at en kan søke i flere databaser samtidig. Litteratursøket er gjort på bakgrunn av relevant publisert forskning rettet mot sykepleie. Valgte søkeord og inklusjons - og eksklusjonskriterier ble lagt inn i databasene. Vi vurderte hvilke overskrifter som var relevante, og brukte det som utgangspunkt for å videre utvelgelse. Deretter leste vi abstracter for å vurdere artiklens innhold. Var det interessant ble artiklene lest og vurdert i sin helhet. Vi sammenlignet artiklene opp mot hverandre, og tok en vurdering i henhold til hvilke artikler vi ville bruke etter våre kriterier.

### 3.2.1 Valg av søkeord

Valg av riktig søkeord er essensielt for å avgrense søket mot relevant forskning og litteratur. Innledende søk ble valgt på bakgrunn av tema knyttet til problemformuleringen. For å nå et bredt spekter av artikler er søket gjort på engelsk. Til å begynne med ble søkeord som «breast cancer» og «sexuality» benyttet. Ved å inkludere flere databaser Medline, Hospitality & Tourism Complete, og Academic search Premier ga søket over 240 treff. Vi ønsket et mer innsnevret og nøyaktig søkeresultat. Derfor spisset vi inn søkeordene med ord som «nursing» og «communication». Vi ønsket også å finne studier som belyste hvordan sykepleiere kan veilede pasienter til å håndtere endringer og utfordringer i forbindelse med seksualitet og intimitet. Ved å legge til søkeordet «guidance» fant vi vår siste artikkel på PubMed. Vedlegg 1 viser alle søkeord og databaser vi benyttet, samt antall treff på de ulike søkeordene.

### 3.2.2 Valg av artikler

Artiklene er valgt ut etter hvorvidt de er relevante for oppgavens hensikt og problemstilling. Om de ikke hadde tilstrekkelig beskrivelse av studiens hensikt, metode og resultat, ble artiklene valgt bort. Vi har etterstrebet å utvise kildekritikk ved å vurdere artiklenes bruk av metode, struktur, dens relevans og gyldighet. Å være kildekritisk betyr «å vurdere og karakterisere den litteraturen som er benyttet» (Dalland, 2019, s.158). Artikler som ble vurdert som relevant ble valgt ut. Etter endt litteratursøk ble tre forskningsartikler innlemmet, en kvalitativ og to av blandings-metode mellom kvalitativ og kvantitativ.

### 3.2.3 Utvelgelseskriterier

I henhold til problemstillingen har vi valgt forskningsartikler basert på følgende kriterier. Inklusjonskriterier hadde et mål om at artiklene skulle være begrenset fra årstallet 2010-2021, det for å holde forskningen oppdatert og aktuell. Eldre artikler ble ekskludert fra utvalget. Det var ønskelig å finne artikler som var fra engelskspråklige land og skrevet på engelsk. Innholdet måtte derfor analyseres nøye, og vi trengte i noen tilfeller oversette deler av teksten til norsk. Vi har valgt artikler som inkluderer land som Australia, Nederland og USA. Det er vestlige, demokratiske land med paralleller til Norge hva gjelder holdninger, verdier og utfordringer knyttet til vår problemstilling. Likevel vil det være noen forskjeller fra det norske helsevesen. Grunnlaget for valg av artikler utenfor Norden er basert på artiklenes relevans til vår oppgave. Alle artiklene ble funnet fra UiS sine databaser, og er helsefaglige relevant opp mot vår problemstilling. Videre ville vi at artiklene skulle være fagfellevurdert.

### 3.2.4 Analyse

I boken «Dags för uppsats» står det skrevet «Analysearbeidet kan beskrivas som en rørelse från helheten till delarna, och därifrån till en ny helhet» (Friberg, 2017, s135). I vår bacheloroppgave analyserte vi de vitenskapelige artiklene ved å benytte analysemodellen til Friberg. Først leste vi artiklene flere ganger for å forstå hva de handlet om, og deretter så vi om aspektene samsvarte med problemstillingen vår. Videre i analyseprosessen tok vi for oss artiklene, og lagde sammendrag av resultatene til hver enkel artikkel. Resultatet ble deretter satt inn i en oversiktstabell, se vedlegg 1. Sammendragene gjorde det enkelt å få en oversikt over hva som skulle analyseres. Videre brukte vi oversiktstabellen for å kartlegge likheter og ulikheter. «Det for å få tak i hva som karakteriserer de aktuelle studiene» (Friberg, 2017, s.149). De tre aktuelle artiklene er sammenlignet basert på teoretiske utgangspunkt, metodetilnærming, analyseteknikker og hensikter (Friberg, 2017, s. 149).

## 4.0 Resultater

I analysen av forskningsartiklene kommer det frem hovedkategorier og underkategorier som var relevante for å besvare problemstillingen. En oversikt over hoved – og underkategorier beskrives i tabell 1.

Tabell 1:

Hovedkategori	Underkategori
Behov	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Seksuelle bekymringer</li> <li>- Behov for informasjon</li> <li>- Passende tidspunkt</li> <li>- Involvering av partner</li> </ul>
Barrierer	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Barrierer for pasientene</li> <li>- Barrierer for helsepersonell</li> </ul>

### 4.1 Behov

#### 4.1.1 Seksuelle bekymringer

Mellom 60-70 % av alle de overlevende brystkreftpasientene rapporterer seksuelle problemer og funksjonsforstyrrelser (Reese et al., 2017, s. 3199). Seksualitet er et sentralt aspekt når det kommer til livskvalitet. Endringer i seksuell velvære kan være det mest problematiske aspektet i livet til brystkreftpasienter (Ussher et al., 2012, s. 327). De seksuelle problemene er knyttet til kroppsbylde, seksuell aktivitet og seksuell funksjon (Den Ouden et al., 2018, s. 326). I studien til Ussher et al., (2012) kommer det frem at 85% av deltakerne rapporterte at kreft hadde innvirkning på deres seksuelle velvære eller seksuelle forhold. I følge Den Ouden et al., (2018) sin studie ble det rapportert at to tredjedeler av deltakerne opplevde seksuelle problemer relatert til brystkreft, hovedsakelig på grunn av fysiske, eller i kombinasjon med psykiske og psykologiske problemer.

#### 4.1.2 Behov for informasjon

I alle artiklene (Ussher et al., 2012, Reese et al., 2017, Den Ouden et al., 2018) kommer det tydelig frem at det er store hull når det kommer til informasjons om seksualitet etter

brystkreftbehandling. Majoriteten av brystkreftpasientene uttrykker et stort behov for informasjon om hvordan kreften vil påvirke seksualiteten. Mange opplever at dette behovet ikke tilfredsstilles. I henhold til studien «Information needs associated with changes to sexual well-being after breast cancer» svarte to tredjedeler (68%) at de ønsket å motta informasjon om brystkreft og seksuell velvære. Den informasjonen de vektla som svært viktig var informasjon om fysiske forandringer, seksuell respons, utfordringer i parforhold, kroppsbylde, psykologiske konsekvenser og hvordan en kommuniserer med helsepersonell angående seksuell velvære. Majoriteten ønsket å få informasjon skriftlig i form av hefter/brosjyrer, men i underkant av 2% ønsket en til en samtale med en profesjonell eller støttegruppe. Mindre enn halvparten av deltakerne (41%) hadde fått informasjon om seksuell velvære etter brystkreft (Ussher et al., 2012). Av samtalene med helsepersonell ble det gjort en kvalitetsvurdering hvor det viste seg å være høyest tilfredsstillelse hos sykepleierne (60%).

I artikkelen «Intimacy and sexuality in women with breast cancer: professional guidance needed» ønsket nesten 60% å motta informasjon om effekten brystkreft og behandlingen vil ha på deres seksualitet og intimitet. 40% av disse hadde ikke mottatt denne type informasjon. Kvinnene ønsket å motta informasjon om seksualitet og intimitet, slik at de var forberedt på mulige fysiske, psykologiske og relasjonelle endringer. Ved å motta tilstrekkelig informasjon, vil kvinnene slippe å føle «they are one of few who experience these problems» og «they feel insecure and less of a woman» (Den Ouden et al., 2018, s.328). Majoriteten av kvinnene foretrakk å motta informasjon om innvirkningen på seksualitet og intimitet fra en sykepleier (66,4%) eller en primærlege (27,9%). Samtale med en profesjonell sammen med partner eller en personlig samtale var den foretrukne kommunikasjonsmetoden (51,6%). Skriftlig informasjon via bok eller nettsider var også foretrukne informasjonskanaler (Den Ouden et al., 2018).

#### **4.1.3 Passende tidspunkt**

Den Ouden et al., (2018) tar for seg viktigheten av et passende tidspunkt for informasjon om seksualitet. Kvinnene ble spurt om når de mente det var et passende tidspunkt for informasjon, og resultatene viser at 45,1% ønsket informasjon innen seks måneder etter behandling, 38,6% før behandling, 27,7% under behandling og 24,1% seks måneder eller mer etter behandling. Ut fra hvilken type behandling en får, vil også passende tidspunkt variere. «In case of hormonal therapy, which affects your entire endocrine system, the professional should provide information before or at the start of the treatment, In addition, advice should



be given about how to handle possible side effects such as vaginal dryness» (Den Ouden et al., 2018, s. 328). Noen vil ikke oppleve problemer med intimitet og seksualitet før en god stund etter mottatt behandling. Derfor vil enkelte ikke ha behov for slik informasjon tidlig. Tidspunkt er viktig når en skal snakke om innvirkningen behandlingen har på intimitet og seksualitet, og det er viktig å informere pasient og eventuell partner om hva de kan forvente. «During and immediately after the treatment I did not feel the need to talk about this subject and thought the intimacy would return spontaneously. However, after treatments the problems became more clear and more difficult to overcome» (Den Ouden et al., 2018, s. 328-329). Noen av kvinnene hadde også undervurdert innvirkningen brystkreft og behandlingen ville ha på intimitet og seksualitet før de startet behandlingen. I ettertid har det vært ønskelig å motta slik informasjon tidligere.

#### **4.1.4 Involvering av partner**

Studiene til Den Ouden et al., (2018) og Ussher et al., (2012) tar for seg viktigheten av å inkludere partner når det gjelder å gi informasjon om intimitet og seksualitet. Seksuelle problemer knyttet til brystkreft vil kunne ha stor innvirkning på intimitet og parforholdet til kvinnen. Både kvinnen og hennes partner må håndtere de fysiske, psykologiske og sosiale endringene som brystkreft bringer med seg. Helsepersonell kan spille en viktig rolle ved å involvere partner i kommunikasjonen om seksualitet og intimitet sammen med kvinnen. Dette vil også kunne bedre kommunikasjonen mellom kvinnen og hennes partner (Den Ouden et al., 2018). I studien av (Ussher et al., 2012) var det 26% av kvinnene som hadde snakket med noen angående seksuelle problemer. Tre fjerdedeler rapporterte at de hadde snakket med sin partner. Å involvere og snakke med partner om endringer i seksuell velvære etter brystkreft er viktig både for pasient og partner. Dette vil være en god mestringsstrategi. Par bør oppmuntres, samt få tilrettelegging om det er nødvendig i denne prosessen. (Ussher et al., 2012).

## **4.2 Barrierer**

### **4.2.1 Barrierer for pasientene**

Både helsepersonell og pasienter opplever barrierer knyttet til kommunikasjon når det kommer til å kommunisere om seksualitet og intimitet etter brystkreftbehandling (Reese et al., 2017). I studien av Reese et al., (2017) uttrykkes det vanskeligheter for kvinnene å ta initiativ til å snakke om deres seksuelle bekymringer. De uttrykker at noen av bekymringene

burde ha blitt adressert av deres onkolog eller sykepleier. Mange hadde også negativ tro på å diskutere bekymringene og opplevde en følelse av ubehag når det var snakk om dette. En kvinne antydte at hennes egen oppførsel så ut til å forsterke den troen «it (sex) always gets tagged on, and I guess it is my fault too but it is always the last thing we discuss so therefore it is always the most rushed and I feel like they have one leg out the door» (Reese et al., 2017, s. 3202). En annen kvinne uttrykte: «it is difficult to bring sexual issues up, or talk about it with someone until you feel...really comfortable with them» (Reese et al., 2017, s. 3202). Samtidig var det andre kvinner som manglet bevissthet om potensielle seksuelle bekymringer, og denne mangelen på bevissthet fungerte som en barriere for deres seksuelle bekymringer.

I følge studien av Ussher et al., (2012) var det et flertall av deltakerne (65%) som fortalte at de ikke hadde snakket med noen om forandringer i seksuell helse etter brystkreft. På spørsmål om hvorfor det var slik, var de vanligste svarene: jeg snakker med partneren min, forlegenhet, jeg kan takle det alene, vet ikke hvordan noen kan hjelpe, sex er en privatsak, leter heller etter informasjon på nettet eller jeg vet ikke hvem jeg skal snakke med. Noen av deltakerne svarte på et åpent spørsmål om hvorfor de ikke snakket om seksuell velvære. En femtedel svarte at samleie ikke er prioritert. Sitater fra noen av kvinnene: «I am just not interested in sexuality since the breast cancer», «in the scheme of things it seemed less important» og «we have come to terms with my disinterest in sex over the past years» (Ussher et al., 2012, s. 332). Det antydes for noen av brystkreftpasientene å akseptere endringer i seksuell velvære. Det er ikke et problem som må diskuteres med andre. Omtrent lik andel av kvinnene uttrykte å ikke diskuterte seksuell velvære fordi de ventet til behandlingen var ferdig for å se om ting forbedret seg. «I assume the changes are natural at this stage in my treatment and will get better» (Ussher et al., 2012, s. 332). For noen av kvinnene er seksualitet noe de vil adressere når andre aspekter av kreftbehandlingen har blitt behandlet og håndtert. Andre peker på deres status som singel, som grunnlag for ikke å snakke om seksuell velvære. «I am single, it doesn't affect me» (Ussher et al., 2012, s. 332). Omtrent en tiendedel av kvinnene la ansvaret på helsepersonell som ikke viste interesse om temaet og unngikk samtale. «No health practitioner has taken any interest to discuss changes» (Ussher et al., 2012, s. 332). Enkelte av de eldre kvinnene antok deres seksuelle velvære som ikke relevant, og valgte derfor å ikke diskutere dette.

Den Ouden et al., (2018) sin studie viser at helsepersonell må huske på at ikke alle brystkreftpasienter ønsker å diskutere seksuelle problemer med en profesjonell. Mange pasienter med partner ser på sex som en privatsak, og kjenner på mange barrierer for å snakke åpent om dette. Følelse av skam, frykt, forlegenhet, samt bekymringer om hvordan helsepersonell vil reagere kan spille en rolle. Noen kvinner uttrykker en følelse om å velge mellom overlevelse og seksualitet, og føler det ikke er en løsning for dem. «Despite that I willingly gave up part of my sexuality, to improve my chances of survival, the reality is disappointing. I still miss those feelings in my body from before the breast cancer» (Den Ouden et al., 2018, s. 329).

#### **4.2.2 Barrierer for helsepersonell**

Effektive behandlinger er tilgjengelig for å hjelpe kvinner til å håndtere seksuelle bekymringer etter behandling. Men mange av kvinnene lærer ikke om disse alternativene grunnet at disse bekymringene vanligvis ikke blir tatt opp på i samtale med helsepersonell (Reese et al., 2017, s.3200). Å kommunisere om seksuelle bekymringer i forbindelse med brystkreft kan være utfordrende. Barrierer som følelsesmessig ubehag og manglende kunnskaper kan påvirke og hindre kommunikasjonen (Reese et al., 2017, s. 3200). Helsepersonell spiller en svært viktig rolle når det kommer til å kommunisere om seksualitet og intimitet. Forskning viser at anerkjennelse av seksuelle endringer og bekymringer, samtidig som en gir helseinformasjon og har en støttende holdning, er viktig for pasientene (Den Ouden et al., 2018, s. 327). Seksualitet er lavt prioritert sammenlignet med informasjonsbehovet for diagnose, spredning av sykdom og behandling. (Ussher et al., 2012, s. 328).

Reese et al., (2017) sin studie viser til helsepersonellet hadde barrierer for å snakke om seksualitet med sine pasienter. Barrierer som negativ tro på å diskutere temaet, tro på at seksuell helse er lavt prioritert og at det var hull i kunnskapene og ferdighetene til helsepersonellet. «I think it is a major issue that they are dealing with and I am the first to say that I don't necessarily have the skills to deal with it (sex)» (Reese et al., 2017, s. 3202-3203). Flere av helsepersonellet nevnte at de var motvillig til å snakke om seksuelle bekymringer da de ikke hadde tilstrekkelig kunnskaper om tilgjengelige behandlinger. «I don't want to ask a question that I don't have a solution for»(Reese et al., 2017, s. 3203). Mange nevner også tid som en stor barriere for seksuelle bekymringer. Dette fører til at det ikke blir snakket godt nok om. «I really do think that the biggest barrier is...oh my God, I need to get to my next

patient» (Reese et al., 2017, s. 3202). Noen nevnte også at tidligere positive opplevelser med å diskutere seksuelle bekymringer med pasienter, hadde ført til at de var mer komfortable med å diskutere temaet nå, samt økt sannsynlighet for å ville diskutere temaet med deres pasienter. «I think I have become much more comfortable discussing it (sex) and really it has been the patients that have volunteered the information that made me feel more comfortable to be able to ask other patients about it» (Reese et al., 2017, s. 3203). I artikkelen kommer det frem at tillit og respekt blir sett på som en nøkkelfaktor for kommunikasjon om seksualitet. Dette ble sett på som en viktig egenskap både for pasientene og helsepersonellet. Kvinnene i studien nevnte også at de ønsket at helsepersonellet skulle vise empati, men samtidig være direkte når de skulle snakke om seksuelle bekymringer.

Den Ouden et al., (2018) skriver i sin studie at majoriteten av kvinnene foretrakk å motta informasjon om innvirkningen brystkreften og behandlingen hadde på deres intimitet og seksualitet fra en sykepleier (66,4%) eller primærlege (27,9%). Kvinnene fortalte at legene og sykepleierne måtte være klar over innvirkningen brystkreft har på deres selvbilde, seksualitet og forhold til partner. Kvinnene finner det vanskelig å ta initiativet til slike samtaler om seksualitet og intimitet, og forventer at de profesjonelle skal ta initiativet. Kvinnene føler at sykepleierne og legene synes det er vanskelig å prate om, samt et tema som enda er tabubelagt. I denne studien kommer det også tydelig frem at helsepersonell opplever barrierer som mangel på kunnskaper, mangel på opplæring, følelse av ubehag og at seksualitet er en privatsak.

«It took 4 or 5 times of broaching the subject with my doctors to finally get a referral to someone who could give me some advice on how to deal with the vaginal dryness», «doctors will talk to me when I bring the subject up, but I feel they would rather write me out a prescription to solve any problems rather than bring up the subject of how's your sex life these days» (Ussher et al., 2012, s. 332). I denne studien kommer det tydelig frem at helsepersonellet synes det er et ubehagelig tema og prate med sine pasienter om. De føler manglende kunnskaper og erfaringer om temaet. Studien vektlegger viktigheten ved økt forskning og undersøkelse av temaet.

## 5.0 Diskusjon

I følgende kapittel vil vi diskutere den systematiske litteraturoversikten som metode, for å belyse hensikten i oppgaven. I diskusjonsdelen vår skal vi ta for oss metodediskusjon der metode diskuteres på bakgrunn av de utvalgte artiklenes gyldighet og relevans. Videre i resultat diskusjonen skal vi drøfte resultatene opp mot vår problemstilling og aktuell teori. Våre egne tanker og erfaringer vil også trekkes inn.

### 5.1 Metodediskusjon

Ved å anvende en litteraturbasert metode, har vi tilegnet oss økt forståelse gjennom relevant litteratur og forskning. Hovedessensen i utvalg av artiklene var å finne relevant forskning og fagstoff knyttet til vår problemstilling. For å kunne besvare spørsmålet om hvorvidt sykepleier har en veiledende rolle knyttet til seksualitet og brystkreft, var det essensielt å være kritisk til valg av litteratur som kunne anvendes.

I begynnelsen hadde vi fokus på mastektomi og veiledning om seksualitet. Vi så tidlig under søkeprosessen vanskeligheter ved å finne forskningsartikler rundt dette temaet. Etter diskusjon omkring valg av tema, valgte vi å endre på problemstillingen. Vi rettet problemformuleringen mot seksualitet og brystkreftpasienter generelt. Dette resulterte i et større utvalg av studier, og utvelgelsen ble noe lettere. Tidlig i søkeprosessen fant vi flere artikler som tilsynelatende svarte på vår problemstilling. Etter å ha analysert disse nøyere fant så vi at de ikke samsvarte med alle inklusjonskriteriene våre. Dette førte til valg av artikler tok lengre tid enn planlagt. Vi kjente tidlig på et tidspress å få alle artiklene på plass, da forskningsartiklene sammen med relevant teori dannet fundamentet i oppgaven vår. Til slutt endte vi opp med tre forskningsartikler. Valg av artikler opplevde vi som et hensiktsmessig utvalg. Tematikken på de utvalgte studiene var noenlunde like, som gjorde det enkelt å sammenligne resultatene for å belyse vår problemstilling.

I en litteraturbasert oppgave er det vi som velger forskning. Forskingen har sin hensikt å belyse vår oppgave på best mulig måte, og kan derfor ha en innvirkning på hvilke funn som presenteres. Grunnlaget for valg av artikler er gjort ved å vurdere hvilke artikler som best mulig besvarer problemstillingen. Her vil det være fare for å ekskludere artikler som kunne bidratt med andre synspunkter. Som følge av begrenset rådighet, ville det vært utfordrende å gjennomføre analyse av flere artikler. Artiklenes innhold gir derimot god innsikt i det vi ønsker å besvare i oppgaven vår. Som beskrevet i metodekapittelet, valgte vi

engelskspråklige artikler. Innholdet måtte derfor oversettes til norsk. Dette medførte at vi brukte en del tid på oversetting. Her oppdaget vi at enkelte ord og uttrykk ikke lar seg oversette. Oversettelsen medfører at vi kan ha mistet en del mening og ikke forstod teksten i sin helhet. Risikoen er forsøkt redusert ved at det er brukt mye tid på oversetting og analysearbeid av artiklene. Basert på dette vurderte vi liten risiko for feiltolkninger av innholdet da vi behersker engelsk godt. Studiene har blitt fortolket etter beste evne og vi brukte mye tid sammen for å forstå artiklene. Studiene har blitt analysert etter beste evne, og i tråd med de faglige forutsetninger og kunnskaper vi har.

### **5.1.1 Kildekritikk**

Kildekritikk betyr i følge Dalland (2017) at en skal vurdere hvor godt litteraturen lar seg bruke til å belyse og beskrive problemstillingen vår. Dette innebærer å kontinuerlig vurdere og karakterisere den litteraturen som er benyttet i oppgaven. For å finne relevante forskningsartikler ønsket vi å bruke anerkjente forskningsdatabaser. Ved å sette avgrensninger i søkeprosessen gjorde det oss sikker på at vi fant artikler som holdt oss innenfor våres kriterier. Valg av artikler ble basert på at de ikke skulle være eldre enn ti år gamle. Dette baseres på et fagfelt som kontinuerlig er i utvikling. Det var derfor ønskelig å ha oppdatert forskning. Etter å ha reflektert kritisk rundt sterke og svake sider ved de utvalgte studiene, mener vi å ha valgt relevante og gyldige artikler.

### **5.1.2 Analyse**

Gjennom litteraturbasert metode har vi tilegnet oss ny informasjon, samt økt kunnskap rundt temaet veiledning til brystkreftpasienter og deres seksualitet. Dette har resultert i en større forståelse omkring sykepleierens og pasientens opplevelse i denne situasjonen. Som nevnt tidligere ble analysearbeidet gjort på bakgrunn av analysemodellen til Friberg (2017). Denne metoden/modellen tok i utgangspunktet å dele opp analysearbeidet i flere deler, for deretter å sette delene sammen til en ny helhet. Studiene ble presentert i tabeller for å skape en økt oversikt, (se vedlegg 2). For å se hva som karakteriserte de tre aktuelle artiklene sammenlignet vi deres teoretiske utgangspunkt, metode tilnærming, analyseteknikker og hensikter (Friberg, 2017, s. 149). Det gjorde det enklere å vurdere funn i artiklene, og om funnene kunne brukes til å besvare problemstillingen. Resultatet til de ulike studiene hadde i stor grad samsvar til hverandre. Hovedfokuset i alle artiklene bygger på informasjonsbehovet til brystkreftpasienter rundt deres seksualitet under og etter behandling. Tydeligheten rundt dette temaet har gitt oss økt forståelse og muligheten for videre refleksjon.

For å kunne vurdere artiklenes gyldighet, undersøkte vi forskerens faglige bakgrunn, samt deres kompetanse på valgt tema. Flere av studienes informanter jobbet innen, eller var spesielt interessert i fagfeltet brystkreft og pasienters behov for informasjon omkring seksualitet. Dette kan ha hatt påvirkning på deres svar og motiv for å delta. Sammen med undersøkelse av forskerens bakgrunn, har vi også sett på etiske overveielser i oppgaven. To av artiklene har skrevet at de er godkjent av en etisk komite. De siste artiklene har ikke nevnt at den er det. Men artikkelen er publisert i et anerkjent tidsskrift som krever etisk godkjenning for å kunne publisere, derfor ble disse valgt og sett på som etisk godkjent. Etter nøye vurdering mener vi å ha valgt relevante og konkrete artikler knyttet til vår problemformulering.

## **5.2 Resultatdiskusjon**

### **5.2.1 Sykepleierens veiledende rolle rundt seksualitet i møte med brystkreftpasienter**

Over 90% av kvinnene som er diagnostisert med brystkreft, vil overleve 5 år etter gitt diagnose. Dette fører til at livskvalitetsproblemer knyttet til seksualitet blir svært betydningsfulle (Reese et al., 2017). Når sykepleiere skal veilede brystkreftpasienter med seksualitet er åpenhet og nysgjerrighet viktig. En bør være forberedt på at pasientene kan ha andre uttrykk for seksualitet enn en selv har (Borg, 2010, s. 126). Sykepleieren må også ha kunnskap om både de fysiske og psykiske utfordringene disse pasientene står overfor (Borg, 2010, s. 127). Som sykepleier har en yrkesetiske retningslinjer som legger føringer for sykepleiepraksis. Sykepleieren skal ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg (Norsk sykepleierforbund, 2021). Seksualitet ses på som et grunnleggende behov som angår alle mennesker, ifølge verdens helseorganisasjon: «Seksualitet er en integrert del av et menneskes personlighet - hele livet» (Eriksen et al., 2021). Derfor er det viktig at seksualitet blir inkludert i sykepleiens utøvelse av helhetlig omsorg. Utfordringen for sykepleieren er å vise at brystkreftpasienten blir sett, og forberede pasienten på livet etter behandling i løpet av et kort tidsrom (Sørensen et al., 2016, s 438). Her kan tillit bli en avgjørende nøkkelfaktor for et godt forhold mellom sykepleieren og pasienten i følge studiet til Reese et al., (2017). «It is difficult to bring sexual issues up, or talk about it with someone until you feel...really comfortable with them» (Reese et al., 2017, s. 3202).

Analysen av artiklene viste at for å få en god dialog rundt seksuelle bekymringer, må en møte pasientens informasjonsbehov og skape et positivt forhold mellom pasient og sykepleier.

Dette forholdet må basere seg på respekt og tillit. Både pasientene og helsepersonellet beskrev dette som nøkkelegenskaper for kommunikasjonen om seksualitet og intimitet ifølge Reese et al., (2017). Kvinnene i studien vektla også empati og direkthet som viktig når helsepersonell skulle snakke om seksuelle bekymringer. Sett i lys av Borgs (2010) syn på veiledning, vektlegger han empati og medfølelse som svært viktig. Sykepleier vil da skape trygghet som gjør at samtaler om seksualitet og følelser går lettere. Samtalen og veiledningen skal inneholde struktur og være preget av respekt og nærhet. Videre beskriver han at for de fleste pasientene er seksualiteten noe en deler med en annen person. Derfor bør all seksuell veiledning ha som mål å få pasienten og pasientens partner til å snakke sammen om seksualitet. Dette kommer tydelig frem i studiene til Ussher et al., (2012) og Den Ouden et al., (2018), hvor de vektlegger partner som en god støttespiller. For dem som lever alene, er målet at veiledningen vil være med å hjelpe pasienten til å bevare seksuell helse uansett årsakene til problemene og uansett livssituasjon. Almås & Benestad, (2006) sier at hvis en skaper et tillitsforhold og åpner opp for tillatelse til å snakke om seksualitet, åpner en for nytt tilfang av viktig informasjon om menneskers leveforhold.

Kommunikasjon er det viktigste arbeidsredskapet en sykepleier har (Borg, 2010, s. 127). For at sykepleier gjennom sin veiledende og undervisende funksjon skal kunne bidra til å ivareta seksualiteten hos kvinner som har gjennomgått behandling for brystkreft, hevder Borg, (2010) at det er en forutsetning at veiledningen foregår innenfor trygge rammer. PLISSIT-modellen er et godt hjelpemiddel som beskriver ulike nivåer en kan forholde seg til og behandle seksuelle problemer på (Gannes, 2016, s. 399).

### **5.2.2 Å samtale om seksualitet**

Her tar vi for oss det første nivået i PLISSIT-modellen, tillatelse. Her er det viktig å skape trygghet og gi tillatelse til å snakke, og sette ord på sine tanker rundt sin seksualitet. Sykepleier må være villig til å snakke om seksualitet, selv om oppgaven kan bestå i å lytte til hva pasienten har å si. Det er viktig å huske på at det er pasienten som gir tillatelse til å snakke om seksualitet, og ikke vi (Borg, 2010, s. 127-128). Det å uttrykke seksuelle bekymringer knyttet til brystkreft kan være utfordrende (Reese et al., 2017). Analysen av artiklene våre viste at både pasienter og helsepersonell opplever barrierer rundt samtaler om seksualitet, og at det var utfordrende å få til en god dialog om temaet.



Vi ser at seksuelle bekymringer og problemer etter brystkreftbehandling, var noe de fleste kvinnene i artiklene opplevde. Men selv om de opplevde bekymringer og problemer, sliter et flertall med å uttrykke disse bekymringene til helsepersonell. Gjennomgående i artiklene ser en at pasientene opplever barrierer som forlegenhet, opplevelse av at sex er en privatsak og at det oppleves som et ubehagelig samtaletema. Reitan, (2010) skriver at veiledningen vil basere seg på kvinnens subjektive opplevelse av seksuelle problemstillinger, noe som fordrer at kvinnen bidrar med innholdet i samtalen. For kvinnen kan dette oppleves som vanskelig, da det hun skal prate om kan føles meget privat og sårbart. Pasienten har rett til å bestemme selv om dette er noe hun ønsker å snakke om, men sykepleier bør ta ansvar for å introdusere temaet. Det er viktig at sykepleier viser forståelse for at det kan oppleves som ubehagelig og vanskelig å prate om, men bør oppfordre pasientene til å gjøre dette. Hvis pasienten ikke uttrykker bekymringene sine, vil det være vanskelig for sykepleiere å møte deres behov. Gamnes (2016) poengterer at det er en forutsetning at sykepleier er klar over hva situasjonen betyr for den enkelte kvinne. Borg, (2010) skriver at for pasientene er det ofte lettere å trekke seg tilbake og isolere seg både fysisk og emosjonelt enn å prøve å mestre sin nye identitet.

Det er ikke bare pasientene som ofte syns det er ubehagelig å snakke om seksualitet. Helsepersonell unngår fremdeles å snakke om temaet ved å late som det ikke eksisterer (Borg, 2010, s. 126). Dette kommer tydelig frem i studien til Reese et al., (2017) hvor en ser at barrierer som negativ tro på å diskutere temaet, tro på at seksuell helse er lavt prioritert og helsepersonell som opplever hull i kunnskapene og ferdighetene rundt seksualitet. Flere av helsepersonellet nevnte at de var motvillig til å snakke om seksuelle bekymringer når de ikke hadde tilstrekkelig kunnskaper om tilgjengelige behandlinger. «I don't want to ask a question that I don't have a solution for» (Reese et al., 2017, s. 3203). Borg, (2010) skriver at altfor mange stiller for høye krav til egen kunnskap og profesjonalitet og vegrer seg derfor for å snakke med pasientene om temaet. Det kan tenkes at flere sykepleiere unngår å prate om seksualitet i frykt for å fremstå som uprofesjonell på bakgrunn av lite fagkunnskap. Hvilket kan føre til at pasienten ikke får svar på sine bekymringer rundt seksuell helse og det skapes mer usikkerhet. Helsepersonell nevner også i studien til Reese et al., (2017) at tid er en stor barriere for at seksuelle bekymringer ikke blir tatt opp og snakket godt nok om. «I really do think that the biggest barrier is...oh my God, I need to get to my next patient» (Reese et al., 2017, s. 3202). Gamnes (2016) poengterer at som sykepleier har en et ansvar for at pasientens seksuelle helse settes på dagsordenen på lik linje med andre grunnleggende behov.

Sykepleiere kan på denne måten skape tid og rom for samtale til pasienten om sin seksuelle helse, om det er ønskelig.

Ikke alle ønsker å snakke med helsepersonell om seksualitet. Dette kommer frem i studien til Den Ouden et al., (2018) hvor de skriver at helsepersonell ikke må glemme at noen pasienter og deres partner ikke ønsker å diskutere deres seksuelle problemstillinger, grunnet følelser av skam, forlegenhet, at sex er en privatsak og bekymringer om hvordan helsepersonell vil reagere. Borg, (2010) støtter opp om dette og skriver at ikke alle ønsker å prate om seksualitet, men alle skal få tilbudet. Det vil alltid være pasientens eget utgangspunkt som er i fokus for veiledningen. Likevel ser vi i samme studie at initiativet til å diskutere temaet rundt seksualitet og intimitet bør ligge hos helsepersonell.

### **5.2.3 Informasjon om behandlingens effekt på seksualiteten**

Her kommer vi inn på det andre nivået i PLISSIT-modellen, begrenset informasjon. Her er det behov for enkel og saklig informasjon om seksualitet på generell basis (Gamnes, 2016, s. 400). Pasienter har en lovfestet rett til å få informasjon om konsekvenser av den behandlingen de får, og selvsagt også konsekvenser som er av betydning for seksualliv (Gamnes, 2016, s 401). I henhold til helsepersonelloven §10 (1999) har helsepersonell informasjonsplikt til sine pasienter, og pasienter har rett til å motta informasjon etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 (1999). Informasjonen skal bli gitt uten at pasienten selv tar initiativet og insistere på å bli informert (Gamnes, 2016, s 401). Gjennom vår analyse av artiklene, kommer det frem at de fleste kvinner ønsket å motta informasjon om brystkreftbehandlingens effekt på seksualiteten. Mange av kvinnene uttrykte forøvrig at de ikke hadde mottatt tilstrekkelig informasjonen om dette temaet. Det var også ulike preferanser rundt hvordan de ønsket å motta informasjon, hvem de ville motta informasjon fra, og når et passende tidspunkt var.

Ussher et al., (2012) sin studie viser at to tredjedeler svarte at de ønsket å motta informasjon om brystkreft og seksuell velvære. Den informasjonen de vektla som svært viktig var informasjon om fysiske forandringer, seksuell respons, utfordringer i parforhold, kroppsbilde, psykologiske konsekvenser og hvordan en kommuniserer med helsepersonell angående seksuell velvære. I Den Ouden et al., (2018) sin studie ble det rapportert at nesten 60% ønsket å motta informasjon om effekten brystkreft og behandlingen vil ha på deres seksualitet og intimitet. Kvinnene ønsket å motta informasjon om seksualitet og intimitet, slik at de var

forberedt på mulige fysiske, psykologiske og relasjonelle endringer. Reitan (2010) skriver at informasjonen som blir gitt bør være tilpasset til den enkelte. Sykepleieren burde ha som oppgave å finne fram til hva som har betydning for pasienten under behandlingssituasjonen.

Skriftlig informasjon gjennom hefter/brosjyrer vil være gunstig i tilfeller der kvinnen ikke ønsker å snakke om seksualitet. Dette bekreftes i studien til Ussher et al., (2012) der majoriteten av kvinnene ønsket å motta skriftlig informasjon. Studien fremhever at dette trolig skyldes stor økning i bruk av internett de siste årene, og informasjon som ligger ute på nettet er lett tilgjengelig for de fleste. Forfatterne understreket også at det kan være lettere å ta inn over seg informasjonen gjennom skriftlige kilder, og at på den måten vil pasienten kunne unngå forlegenheten som kan oppstå når seksualitet diskuteres sammen med helsepersonell. Det kan tenkes at pasientene ser på dette som en «enkel» måte å håndtere bekymringene sine på, og få informasjonen de trenger. Gamnes (2016) mener som sykepleier må være behjelpelig med å finne skriftlig informasjon til pasientene, og må forsikre seg om at denne blir forstått. Videre påpeker hun også at ved skriftlig informasjon vil det være vanskeligere å avdekke og oppklare eventuelle misforståelser.

Et passende tidspunkt ble også vurdert som en viktig faktor når det kommer til å gi informasjon om seksualitet. Den Ouden et al., (2018) sin studie bekrefter dette. Imidlertid var det forskjeller på når kvinnene ønsket å motta informasjon, men de fleste ønsket å motta informasjonen kort tid etter behandling. Denne studien viser at et første skritt i kommunikasjonen om intimitet og seksualitet er å identifisere kvinner som trenger informasjon og veiledning for å håndtere de seksuelle endringene og problemene. Dette trinnet bør gjentas i alle stadier av sykdommen, ettersom behovet kan endres over tid. På bakgrunn av dette vil det være viktig at sykepleieren gir tilstrekkelig informasjon gjennom hele pasientforløpet.

I artiklene kommer det frem at det var foretrukket å motta informasjon fra en sykepleier. Pasienter med seksuelle problemer, eller pasienter som er redd for at de skal få det i forbindelse med sykdom og behandling, vil ofte være svært selektive med hensyn til hvem de velger å dele dette med, og hvem de ønsker å motta informasjon fra. En sykepleier har ofte mye kontakt med pasientene og kan gjerne bli den pasientene velger å spørre (Gamnes, 2016, s. 401). Dette kommer tydelig frem i Den Ouden et al., (2018) sin studie hvor 66,4% av kvinnene foretrakk å motta informasjon om seksualitet og intimitet fra en sykepleier. For at

pasienter skal kunne få et større innblikk i dens nåværende situasjon, er de helt avhengig å få informasjon knyttet til behandling og konsekvenser til hvordan den vil kunne påvirke deres seksualliv (Molven, 2017, s 163). På bakgrunn av dette kan det tenkes at det å ta ansvaret for å ta opp seksuelle bekymringer bør ligge hos sykepleiere. Dette grunnet at de har mye pasientkontakt og lett kan bli en person pasientene henvender seg til.

For de fleste er seksualitet noe en deler sammen med en annen person. Derfor bør all seksuell veiledning ha som et mål å få pasientens og pasientens partner til å snakke sammen om seksualitet (Borg, 2010, s. 126). Kvinnene som har gjennomgått eller gjennomgår behandling for brystkreft trenger mye støtte fra sine nærmeste, og da særlig fra sin eventuelle partner. For at partneren skal kunne være slik støtte, er det viktig at han/henne også får hjelp og god informasjon (Sørensen et al., 2016, s. 446). I studiene til Den Ouden et al., (2018) og Ussher et al., (2012) ser man viktigheten av å inkludere partner i samtale, og når en skal gi informasjon om intimitet og seksualitet. I følge Den Ouden et al., (2018) må både kvinnen og hennes partner håndtere de fysiske, psykologiske og sosiale endringene som brystkreft bringer med seg. Helsepersonell kan spille en viktig rolle ved å involvere partner i kommunikasjonen om seksualitet og intimitet sammen med kvinnen. Dette vil også kunne bedre kommunikasjonen mellom kvinnen og hennes partner. Det kan tenkes at lidelsen vil være lettere å håndtere, dersom en deler den med noen, og dette vil igjen kunne styrke forholdet mellom pasienten, samt lindre lidelsen.

#### **5.2.4 Løsninger som fremmer seksualitet**

Brystkreft kan gi varige forandringer i kvinnens forhold til egen kropp, kroppsbilde og seksualitet. For kvinner er det hevdet at det å fjerne et bryst, muligens er det som har størst betydning for kroppsbilde (Schjølberg, 2010, s.134). Kvinnebrystet har i alle tider vært et symbol på det absolutt feminine (Gjertsen, 2010, s. 440). Sørensen et al. (2016) skriver at for mange kvinner vil det å miste et bryst føre til at de ikke lengre opplever seg selv som en fullverdig kvinne. Etter brystkreft må kvinnen tilpasse seg en ny hverdag.

Effektive behandlinger er tilgjengelig for å hjelpe kvinner til å håndtere seksuelle bekymringer etter behandling, men mange av kvinnene lærer ikke om disse alternativene grunnet at disse bekymringene vanligvis ikke blir tatt opp på i samtale med helsepersonell (Reese et al., 2017). Grunnen for dette er ofte at helsepersonell opplever at de ikke har nok kunnskaper og ferdigheter til å behandle disse bekymringene. Reese et al. (2017) tar for seg

viktigheten av å lære opp helsepersonellet til å tørre å møte pasientens seksuelle behov. Noen nevnte også at tidligere positive opplevelser med å diskutere seksuelle bekymringer med pasienter, hadde ført til at de var mer komfortable med å diskutere temaet nå, og det var større sannsynlighet for at de ville diskutere temaet med deres pasienter nå. «I think I have become much more comfortable discussing it (sex) and really it has been the patients that have volunteered the information that made me feel more comfortable to be able to ask other patients about it» (Reese et al., 2017, s. 3203). Desto mer komfortabel en blir ved å diskutere seksuelle bekymringer med pasientene, desto lettere vil det være å kunne gi spesifikke råd og forslag som bedrer pasientens seksuelle helse.

Her kommer vi til PLISSIT-modellens tredje siste nivå, spesifikke forslag. Her trenger pasienten å få stille spørsmål omkring sin situasjon, og få spesifikke forslag til løsninger (Gamnes, 2016, s. 400). I møtet med pasienten og eventuelt hennes partner, er det viktig å finne løsninger som fremmer seksuell helse. Dette innebærer å finne konkrete forslag til løsninger på hvordan et godt seksualliv kan opprettholdes og utvikles (Borg, 2010, s. 128). Borg (2010) skriver videre at sykepleieren må opparbeide seg kunnskaper og ferdigheter, slik at en tør å møte pasientens seksuelle bekymringer. Dette kan bidra med å fremme kvinners håp og mestring, i en situasjon som kan oppleves svært vanskelig. Dette samsvarer med de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere, som beskriver at som sykepleier skal en understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten (Norsk sykepleierforbund).

Å gi konkrete forslag innebærer blant annet å informere om seksuelle hjelpemidler (Borg, 2010, s. 128). Brystproteser er svært relevant for mange brystkreftpasienter, da mange av disse har måttet fjerne brystet, eller deler av brystet. Det er ikke alle brystkreftopererte kvinner som ønsker eller kan få rekonstruksjon, og det er ofte lang ventetid for å få utført en sekundær rekonstruksjon (Brystkreftforeningen). For mange kvinner kan det oppleves som en ekstra påkjenning å la andre se at hun har fjernet et bryst. Brystproteser vil da kunne være et godt hjelpemiddel for å få kvinnene til å føle seg mer komfortabel (Sørensen et al., 2016, s.446). Som sykepleier er det viktig at en har forståelse for at det kan oppleves svært tungt å prøve brystproteser, og at kvinnen ennå kan slite med å akseptere at brystet er vekke. Men det er viktig at sykepleier informerer om muligheten og tilbyr en midlertidig protese.

Sykepleieren bør også informere om Brystkreftforeningen og hvilket arbeid de driver med, både muntlig og skriftlig. Brystkreftforeningen deler et mangfold av følelsesmessige og praktiske erfaringer, ulike støtteordninger, regler og masse nyttig informasjon. Dette kan

være til god hjelp for å få veiledning og til å håndtere situasjonen brystkreftpasienten står i (Sørensen et al., 2016, s. 446-447).

### **5.2.5 Intensiv terapi**

I tråd med de tre sistnevnte trinnene hevder Borg (2010) at sykepleiere som benytter seg av PLISSIT-modellen kan komme på god vei i ivaretagelsen av brystkreftpasienter og deres seksualitet. Sykepleiere skal på bakgrunn av dette gi tillatelse for å snakke om seksualitet, ved å lytte, vise empati og medfølelse til pasienten. (Borg, 2010, s 126). Målet med veiledningen vil være å hjelpe pasienten til å kunne bevare sin seksualitet uansett årsakene til problemene. Når de seksuelle problemene er av mer kompleks art blir veiledningen forbeholdt spesialister (Borg, 2010, s 130). Det er her det siste trinnet i PLISSIT-modellen kommer inn. Hensikten er å hjelpe pasienten med alvorlige problemer som ikke kan løses med veiledning på de lavere trinnene i PLISSIT-modellen. Sykepleierens rolle på dette nivået er å henvise pasienten til spesialist, samt å motivere pasienten til å gjennomgå behandling (Borg, 2010, s. 130). Dette kan eksempelvis være rekonstruksjon av bryst.

### **5.2.6 Konklusjon**

Hensikten med denne oppgaven er å belyse hvordan sykepleier kan bidra til å veilede brystkreftpasienter med seksualitet gjennom hele behandlingsløpet. Oppgaven viser hvordan informasjonsbehovet rundt seksualitet til de fleste brystkreftpasienter ikke er tilfredsstillt. Årsakene til dette var blant annet at helsepersonell og pasienter hadde barrierer for å løfte temaet. Dette var barrierer som forlegenhet, manglende kunnskap, ubehag og at sex er en privatsak. PLISSIT-modellen belyser hvordan en kan yte veiledning til brystkreftpasienter hva gjelder seksualitet, uten å besitte ekspertkunnskap. De aller fleste pasientene vil befinne seg på de laveste nivåene i PLISSIT-modellen. Dette er nivåer hvor sykepleier har god nok kunnskap til å veilede. Både sykepleierens yrkesspesifikke oppgaver, herunder den veiledende og undervisende funksjon, samt lovverket og etikken, tydeliggjør at sykepleiere ilegges både et ansvar og en plikt til å veilede pasienten med seksualitet gjennom brystkreftbehandling. En sykepleier er ofte den som har mest pasientkontakt, og blir derfor ofte den pasientene henvender seg til. Når en skal veilede pasienter med seksualitet, fordrer det at sykepleiere utnytter sin sammensatte fagkompetanse, til å bygge bro, trygghet og tillit, ved utvise empati og medfølelse i møte med pasienten.

## 6.0 Anvendelse i praksis

Konklusjonen lagt til grunn spiller sykepleier en sentral rolle i å veilede brystkreftpasienter med seksualitet. Funnene av forskningsartiklene gir inntrykk av det foreligger et forbedringspotensial. Vi vil derfor presentere konkrete forslag til anvendelse i praksis.

Forslagene er som følgende:

- Vi foreslår at det dannes veiledningsgrupper for helsepersonell som jobber med brystkreftpasienter. Her det kan åpnes for refleksjon av praksis samt erfare ulike pasientsituasjoner. Hensikten vil være å lære av hverandre og kan på denne måten bidra til økt kunnskap, samt dempe følelse av ubehag.
- En økt bevissthet rundt det tverrfaglig samarbeidet. Hvor det aktivt jobbes med å dele erfaringer på tvers av profesjoner. Her foreslår vi at det dannes fagutviklingsdager hvor de ulike profesjonene kan bidra med ulik kunnskap. På denne måten kan dette skape økt forståelse og kompetanse.
- Klare retningslinjer på hvem som er ansvarlig for å gi informasjon. På denne måten kan en unngå ansvarsfraskrivelse, og pasientens rett til informasjon blir ivaretatt
- Vi foreslår at det utvikles konkrete brosjyrer med informasjon som pasienter kan få med seg hvis ønskelig. På denne måten kan det tilrettelegges en bredere forståelse, samt unngå forlegenhet til de pasienter som opplever dette samtaleemnet ubehagelig.
- Vi foreslår at det utvikles konkrete retningslinjer for hvordan sykepleier adresserer de seksuelle problemene, som kan oppstå etter endt behandling. Dette kan bidra til å skape en kultur som fremmer kompetanseheving.
- Å aktivt lytte til pasienters individuelle behov for når det er ønskelig å motta informasjon. Her anbefaler vi at avdelingen utarbeider tydelige retningslinjer som enkelt kan tas i bruk i praksis. Dette kan resultere i økt brukermedvirkning, hvor sykepleier kan tilrettelegge den individuelle informasjonen på en faglig forsvarlig måte

## 7.0 Litteraturliste

Almås, E., & Benestad, E. E. P. (2006). *Sexologi i praksis* (2nd ed.). Universitetsforlaget.

Borg, T. (2010). Seksualitet. In *Kreftsykepleie: pasient - utfordring - handling* (3rd ed., pp. 121-130). Anne Marie Reitan og Tore Kr. Schjølberg.

Brystkreftforeningen. (n.d.). *Brystproteser og rekonstruksjon*. Brystproteser. Retrieved April 27, 2021, from <https://brystkreftforeningen.no/fa-hjelp/brystproteser-og-rekonstruksjon>

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utgave ed.). Gyldendal Akademisk.

Den Ouden, M. E. M., Pelgrum-Keurhorst, M. N., Uitdehaag, M. J., & De Vocht, H. M. (2018, Oktober 25). Intimacy and sexuality in women with breast cancer: professional guidance needed. *Springer Link*, 326-332. doi.org/10.1007/s12282-018-0927-8

Eriksen, S., Gjessing, R., & Sellevold, G. S. (2021, Mars 13). *Sykepleiere kan ikke overse seksualiteten*. Sykepleien.no. <https://sykepleien.no/meninger/2021/03/sykepleiere-kan-ikke-overse-seksualiteten>

Friberg, F. (2018). *Dags för uppsats* (3:e uppl ed.). Studentlitteratur AB, Lund.

Gamnes, S. (2016). Kap, 18 Seksualitet og helse. In *Grunnleggende sykepleie* (3rd ed., Vol. 2, pp. 374-407). Gyldendal.

Gjertsen, T. (2010). Sykepleieutfordringer ved brystkreft. In *Kreftsykepleie: pasient - utfordring - handling* (3rd ed., pp. 440 - 447). Akribe.

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64) Lovdata. [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonell%20loven#KAPITTEL\\_6](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonell%20loven#KAPITTEL_6)



Kreftforeningen, 2021. (n.d.). *Kreftforeningen*. Brystkreft. Retrieved April 12, 2021, from <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/brystkreft/>

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A., & Grimsbø, G. H. (2016). *Grunnleggende sykepleie bind 1* (3rd ed., Vol. 2). Gyldendal.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A., & Grimsbø, G. H. (2016). *Grunnleggende sykepleie bind 3* (3rd ed., Vol. 2). Gyldendal.

Molven, O. (2017). *Sykepleie og jus* (2nd ed.). Gyldendal juridisk.

Norsk sykepleierforbund. (n.d.). *Yrkesetiske retningslinjer*. Retrieved April 20, 2021, from <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL\\_3#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_3#KAPITTEL_3)

Reese, J. B., Beach, M. C., Smith, K. C., Bantug, E. T., Casale, K. E., Porter, L. S., Bober, S. L., Tulskey, J. A., Daly, M. B., & Lepore, S. J. (2017, April 27). Effective patient-provider communication about sexual concerns in breast cancer: a qualitative study. *Springer Link*, 3199-3207. DOI 10.1007/s00520-017-3729-1

Reitan, A. M. (2010). Kommunikasjon. In *Kreftsykepleie: pasient - utfordring - handling* (3rd ed., pp.102 -119). Akribe.

Reitan, A. M. (2010). Kreftsykepleie. In *Kreftsykepleie, pasient - utfordring - handling* (3. utgave ed., pp. 21-32). Akribe.

Schjølberg, T. K. (2010). Endret Kroppsbilde. In *Kreftsykepleie: pasient - utfordring - handling* (3rd ed., pp.131-141). Akribe.

Sørensen, E. M., Lorvik, M. K., Erntsen, N. G., & Almås, H. (2016). Sykepleie ved brystkreft. In *Klinisk sykepleie 2* (5th ed., Vol. 2, pp. 438-451). Gyldendal Akademisk.

Stubberud, D.-G., Grønseth, R., & Almås, H. (2016). *Klinisk Sykepleie 2* (5th ed., Vol. 2). Gyldendal Akademisk.

Ussher, J. M., Perz, J., & Gilbert, E. (2012, March 17). Information needs associated with changes to sexual well-being after breast cancer. *Journal of advanced nursing*, 69(2), 327-337. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06010.x

Wist, E. (2010). Brystkreft. In *Kreftsykepleie: pasient - utfordring - handling* (3rd ed., pp. 431-439). Akribe.

**8.0 Vedlegg**

## Vedlegg 1

<b>Database</b>	<b>Søkeord</b>	<b>Kombinasjoner Advanced Search</b>	<b>Antall treff</b>	<b>Lest sammendrag</b>	<b>Brukte artikler</b>
British nursing index	Breast Cancer	AND sexuality*	935	1	
British nursing index	Breast Cancer	AND sexuality* AND * nursing	352	3	
British nursing index	Breast Cancer	AND nursing* AND sexuality* AND communication*	193	2	1
PubMed		Sexuality AND Breast cancer * AND body image*	298	3	
PubMed		Intimacy* AND sexuality* AND Breast cancer*	78	2	1

Oria		Breast cancer AND Sexuality* AND Patient* AND Nursing*	2932	4	
Oria		And Guidance*	641	5	1

## Vedlegg 2

<b>Artikkel 1</b>	
<b>Tittel</b>	<i>Information needs associated with changes to sexual well-being after breast cancer</i>
<b>Tidsskrift/årstall</b>	Journal of advanced nursing (2012)
<b>Forfattere</b>	Jane M. Ussher, Janette Perz & Emilee Gilbert
<b>Perspektiv</b>	Pasient
<b>Problem</b>	De fleste kvinnene opplever at informasjonsbehovet med tanke på seksualitet ikke blir møtt.
<b>Hensikt</b>	Hensikten med studien var å evaluere informasjonsbehovet for seksuell velvære, erfaringer med å innhente slik informasjon og erfaringer med å kommunisere om seksualitet med helsepersonell etter brystkreft.
<b>Metode</b>	En blandet metode-analyse, men som primært var kvantitativ med en kvalitativ komponent. Studien integrerer åpne og lukkede svar, som ble utført på en online spørreundersøkelse.
<b>Resultater</b>	85% av deltakerne rapporterte om endringer i seksuell velvære etter brystkreft, hvor 68% ønsket informasjon om slike endringer, først og fremst i skriftlig form. Informasjon om fysiske endringer, seksuell respons, forholdsproblemer, psykologiske konsekvenser og kroppsbilde eller identitet ble vurdert som svært viktig av en betydelig andel av deltakerne. Bare 41% hadde fått slik informasjon; 65% hadde imidlertid snakket om seksuelle forandringer, til partner (76%), fastlege (49%), venn / slektning (47%), onkolog (39%) eller sykepleier (21%). Vurderinger av tilfredshet med diskusjonen var høyest for sykepleiere (60%) og lavest for onkologer (34%).

<b>Artikkel 2</b>	
<b>Tittel</b>	<i>Intimacy and sexuality in women with breast cancer: professional guidance needed</i>
<b>Tidsskrift/årstall</b>	Springer Link (2018)
<b>Forfattere</b>	Marjolein E. M. Den Ouden, Myrna N. Pelgrum-Keurhorst, Madeleen J. Uitdehaag, Hilde M. De Vocht
<b>Perspektiv</b>	Pasient
<b>Problem</b>	Hvem skal gi informasjon om seksuelle bekymringer og når er et passende tidspunkt.
<b>Hensikt</b>	Hensikten med studien var å undersøke informasjons- og kommunikasjonspreferanser med fagpersoner om temaet intimitet og seksualitet hos kvinner diagnostisert med brystkreft.
<b>Metode</b>	Denne studien har brukt er blandet metode-analyse. I studien ble det utviklet en online spørreundersøkelse som inneholdt fem avsluttende og et åpent spørsmål.
<b>Resultater</b>	Totalt deltok 667 kvinnelige brystkreft (tidligere) pasienter. Hos 46% av kvinnene samsvarte den mottatte informasjonen med deres behov. De fleste kvinner foretrakk å motta informasjon om innvirkningen på intimitet og seksualitet fra en sykepleier (66,4%) eller primærlege (27,9%). Den foretrukne kommunikasjonsmetoden var en samtale med en profesjonell sammen med partneren (51,6%) eller en personlig samtale med en profesjonell. Respondentene understreket viktigheten av passende tidspunkt for informasjon, helst minst kort tid etter at behandlingen startet (45,1%).

<b>Artikkel 3</b>	
<b>Tittel</b>	<i>Effective patient-provider communication about sexual concerns in breast cancer: a qualitative study</i>
<b>Tidsskrift/årstall</b>	Springer Link (2017)
<b>Forfattere</b>	Jennifer Barsky Reese, Mary Catherine Beach, Katherine Clegg Smith, Elissa T. Bantug, Kristen E. Casale, Laura S. Porter, Sharon L. Bober, James A. Tulsy, Mary B. Daly, Stephen J. Lepore
<b>Perspektiv</b>	Pasient og sykepleier/onkolog
<b>Problem</b>	Barrierer for både pasienter og helsepersonell når det kommer til å kommunisere om seksualitet
<b>Hensikt</b>	Hensikten med studien var å undersøke pasienters- og helsepersonells opplevelser og preferanser knyttet til å kommunisere om seksuelle bekymringer med mål om intervensjonsutvikling.
<b>Metode</b>	Dette er en kvalitativ studie. Her var det 28 kvinner med brystkreft som deltok, og pasient-dataene ble innhentet fra fokusgrupper og intervjuer.
<b>Resultater</b>	Resultatet viser at det er barrierer både for pasientene og for helsepersonell når det kommer til å kommunisere om seksuelle bekymringer. Flere pasienter synes det var vanskelig å ta initiativet til å snakke om deres seksuelle bekymringer, og de uttrykte at noen av bekymringene burde ha blitt adressert av deres onkolog eller sykepleier. Mange hadde også negativ tro på å diskutere bekymringene og hadde en følelse av ubehag når det var snakk om dette. For sykepleierne og onkologene var for lite kunnskap og for lite kjennskap til ulike behandlinger en barriere for å snakke om seksuelle bekymringer. Lav prioritet og tidsbegrensninger var også årsaker for at det ble lite snakket om. Både pasientene og sykepleierne/onkologene beskrev tillit som en nøkkelegenskap for kommunikasjonen.

Kandidatnummer: 6114 & 6290