

BSYBAC_5

Bacheloroppgave i Sykepleie

Seksuell helse etter brystkreftkirurgi og sykepleierens informerende ansvar og funksjon



**Universitetet
i Stavanger**

**Det helsevitenskapelige fakultet
Bachelor i Sykepleie**

Stavanger, 05.05.2022

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

«Det krever en god lytter for å høre
hva som faktisk sies
En enda bedre for å høre
hva som ikke sies,
men som kommer til uttrykk i talen»

(Richard Palmer, sitert i Eide & Eide, 2018, s. 15).

SAMMENDRAG

Bakgrunn

Brystkreft er den mest utbredte kreftformen for kvinner globalt og nasjonalt. Kirurgisk behandling for brystkreft er den mest anerkjente behandlingsformen, som har vist å medføre konsekvenser for kvinnelige pasienters seksuelle helse. Sykepleiere bør ivareta pasientens seksuelle helse med bakgrunn i at det betraktes som et grunnleggende menneskelig behov.

Hensikt

Hensikten med oppgaven var å belyse sykepleierens ansvar og funksjon for å ivareta kvinnelige pasienters informasjonsbehov om seksuell helse, etter kirurgisk behandling for brystkreft.

Metode

Metoden som ble anvendt var en integrativ litteraturoversikt hvor fem artikler ble analysert. Funn fra forskningsartiklene, relevant teori og egne refleksjoner har dannet grunnlaget for besvarelsen av oppgaven.

Resultater

Resultatene ble formulert som fire temaer: Udekket informasjonsbehov, barrierer for informasjonsformidling, mangel på kunnskap, utdanning og organisering, og seksuell helse er individuelt og kontekstuell. Dette var faktorer som innvirket på sykepleierens ansvar og funksjon for å ivareta kvinnelige pasienters informasjonsbehov om seksuell helse, etter operativ behandling for brystkreft.

Nøkkelord

Sykepleie, brystkreft, kirurgisk behandling, seksuell helse, informasjonsbehov, kvinnen, barrierer, informasjonsformidling, individuelt, kontekstuell, kunnskap, utdanning, pleielidelse, faglig forsvarlighet, «Snakk om det!»

INNHold

SAMMENDRAG	2
<i>Bakgrunn</i>	2
<i>Hensikt</i>	2
<i>Metode</i>	2
<i>Resultater</i>	2
<i>Nøkkelord</i>	2
1.0 INNLEDNING	5
1.1 <i>Bakgrunn for valg av tema</i>	5
1.2 <i>Problemformulering</i>	5
1.3 <i>Hensikt</i>	6
2.0 TEORI	7
2.1 <i>Forekomst, behandling og konsekvenser av brystkreft</i>	7
2.2 <i>Seksuell helse</i>	7
2.3 <i>Sykepleierens plikter og pasientens rettigheter</i>	8
2.4 <i>Kommunikasjon</i>	9
2.5 <i>“Snakk om det!” strategien</i>	10
2.6 <i>Pleielidelse</i>	10
3.0 METODE	12
3.1 <i>Litteratursøk</i>	12
3.2 <i>Valg av artikler</i>	13
3.3 <i>Analyse av artikler</i>	15
4.0 RESULTATER	16
4.1 <i>Udekket informasjonsbehov</i>	16
4.1.1 <i>Barrierer for informasjonsformidling</i>	16

<i>4.2 Manglende kunnskap, utdanning og organisering</i>	17
<i>4.3 Seksuell helse er individuelt og kontekstuell</i>	18
5.0 DISKUSJON	20
<i>5.1 Metodediskusjon</i>	20
<i>5.2 Resultatdiskusjon</i>	22
<i>5.2.1 Udekket informasjonsbehov</i>	22
<i>5.2.2 Manglende kunnskap, utdanning og organisering</i>	25
<i>5.2.3 Seksuell helse er individuelt og kontekstuell</i>	27
6.0 ANVENDELSER FOR PRAKSIS	29
REFERANSER	31
VEDLEGG	35

Antall ord: 7992

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Brystkreft er den mest utbredte kreftformen globalt og nasjonalt for kvinner, og rammer omtrent 3424 kvinner årlig i Norge (Folkehelseinstituttet, 2022; World Health Organization, 2021). Kirurgi er den mest anerkjente behandlingsformen for brystkreft, som medfører fysiske og psykososiale konsekvenser, og dette vil kunne ha betydning for kvinnelige pasienters seksuelle helse (Sørensen et al., 2016, s. 440-442). Sykepleiere har en avgjørende rolle i å ivareta pasienters grunnleggende behov, og der igjen pasienters seksuelle helse (Gamnes, 2017, s. 373). På bakgrunn av dette ønsker vi å undersøke i hvilken grad sykepleiere ser det som sin funksjon og sitt ansvar å gi informasjon om seksuell helse, til kvinnelige brystkreftopererte pasienter. Vi anser at dette fordrer en forståelse av pasienters opplevelse av å få dekket sitt informasjonsbehov. Dette er et tema vi finner interessant og som vi så vidt har blitt introdusert for under vår sykepleieutdanning. Det ga oss en forståelse for viktigheten av økt kunnskap om effekten brystkreft kan ha på pasienters seksuelle helse, samt dens betydning for deres livskvalitet. Fordi det er lite forskning på brystkreftpasienters seksuelle helse, har vi ikke avgrenset alder i oppgaven.

1.2 Problemformulering

Mange kvinnelige pasienter gjennomgår kirurgi som behandlingsmetode for sin brystkreftdiagnose, og dette kan påvirke deres seksuelle helse. Dermed oppstår et økt informasjonsbehov, noe som stiller et stort krav til sykepleierens informerende ansvar og funksjon (Sørensen et al., 2016, s. 442). Fordi manglende informasjon og veiledning om seksuell helse er en av helse- og omsorgstjenestens største utfordringer, har Helse- og omsorgsdepartementet utarbeidet en strategi for seksuell helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017-2022, s. 10). Vi ønsker derfor å se nærmere på sykepleierens informerende ansvar og funksjon. Ved å undersøke temaet vil en få et grunnlag for å vurdere hvorvidt sykepleier forstår pasienters informasjonsbehov om seksuell helse som sitt ansvar og sin funksjon. En vil også få forståelse for hvordan kvinnelige pasienter opplever å få dekket sitt informasjonsbehov om seksuell helse, etter kirurgisk behandling for brystkreft.

1.3 Hensikt

Hensikten med oppgaven er å belyse sykepleierens ansvar og funksjon for å ivareta kvinnelige pasienters informasjonsbehov om seksuell helse, etter kirurgisk behandling for brystkreft.

2.0 TEORI

2.1 Forekomst, behandling og konsekvenser av brystkreft

Brystkreft er den mest utbredte kreftformen globalt og nasjonalt for kvinner, og rammer omtrent 3424 kvinner årlig i Norge (Folkehelseinstituttet, 2022; World Health Organization, 2021). Ved tidlig diagnostisering av brystkreft er det en overlevelsessannsynlighet på 90% (WHO, 2021). Fra diagnosetidspunkt til oppstart av kirurgisk behandling går det gjennomsnittlig 13 dager (Helsedirektoratet, 2017). Brystkreft er en ondartet svulst i brystkjertelen, og disponerende faktorer er kvinnelig kjønn, høy alder, sen menopause, overvekt og genetikk. Brystkreft kategoriseres i 4 stadier, som danner utgangspunkt for valg av behandling (Sørensen et al., 2016, s. 438). Kirurgisk behandling er den mest anerkjente behandlingsformen, og innebærer brystbevarende operasjon eller fjerning av brystet. Fjerning av brystkjertelvevet som ligger omkring svulsten er viktig for å minske risiko for residiv. Operativ behandling innebærer ofte et endret utseende (Sørensen et al., 2016, s. 442-444). Det er utarbeidet et pakkeforløp for brystkreftpasienter som inkluderer støttebehandling og sykepleie. Sykepleier skal ved oppfølging vurdere individuelle tiltak for å ivareta pasientens grunnleggende behov (Helsedirektoratet, 2016).

Brystkreft kan medføre fysiske og psykososiale konsekvenser for pasienten. Å få en kreftdiagnose medfører i seg selv et psykisk traume, som kan resultere i usikkerhet vedrørende utseende og kvinnelighet. Dette er faktorer som innvirker på livskvaliteten (Sørensen et al., 2016 s. 440-441). Psykiske stressreaksjoner vil kunne påvirke pasientens mottakelighet for informasjon og veiledning (Sørensen et al., 2016, s. 444). Behandling kan få konsekvenser for seksuallivet, noe som innebærer et økt informasjonsbehov. Dette behovet stiller krav til at sykepleier evner å gi råd og emosjonell støtte. Betydningen av brystkreftkirurgi og etterfølgende reaksjoner varierer etter personlighetsmessige og mellommenneskelige forhold (Sørensen et al., 2016, s. 446).

2.2 Seksuell helse

WHO definerer seksuell helse som «(...) integrering av somatiske, emosjonelle, intellektuelle og sosiale aspekter av seksuell væren på en måte som er positivt berikende, og som fremmer personlig utvikling, kommunikasjon og kjærlighet (WHO, 1975)» (Gamnes, 2017 s. 374).

Seksuell helse har stor betydning for alle mennesker uavhengig av alder og livssituasjon. Begrepet seksualitet har stor bredde med bakgrunn i at det påvirker det psykiske, fysiske, sosiale, kulturelle, åndelige og eksistensielle (Gamnes, 2017, s 373). Et grunnleggende fundament for god livskvalitet er at man har god relasjon til egen seksualitet. På bakgrunn av at seksualitet er et grunnleggende behov som ofte kommer i siste rekke ved sykdom og behandling, bør sykepleier se det som sitt ansvar å bringe temaet på banen (Gamnes, 2017 s. 373). Men seksuell helse kan falle utenfor kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient, grunnet mangel på åpenhet og språk. Dette hindrer utøvelse av helhetlig sykepleie. Fravær av kunnskap og utilstrekkelig utdanning gjør det utfordrende for sykepleieren å inkludere seksuell helse i samtale med pasienter (Aars, 2021; Langhelle et al., 2021).

Opp gjennom tidene har synet på seksualitet endret seg mye i det norske samfunnet. For flere tusen år tilbake ble kvinnen betraktet som mannens eiendom med seksuell og reproduktiv verdi (Gamnes, 2017, s. 374-375). I Norge blir kvinnelig seksualitet i dag, i mye større grad respektert. Kvinnefrigjørelsen i 1960- og 1970-årene brakte med seg større åpenhet om seksualitet i samfunnet. Dette innebærer at kvinnelig seksualitet anerkjennes som et primærbehov (Gamnes, 2017; Aars, 2021). I det norske samfunnet finner man lover og normer som regulerer den seksuelle utfoldelsen. Sykepleier og samfunnets holdning til seksualitet kan skape utrygghet, dette med bakgrunn i at seksualitet er privat, og medfører en frykt for å krysse den intime sfæren (Gamnes, 2017, s. 374-375). Til tross for at pasienter opplever det ubehagelig å diskutere seksuelle utfordringer, ønsker de informasjon om det. Ved sykdom og behandling kan sykepleier se på seksuell helse som et overskuddsfenomen (Langhelle et al., 2021, s. 35- 39).

2.3 Sykepleierens plikter og pasientens rettigheter

Sykepleien vi utøver er regulert av plikter nedfelt i lovverket. Dette innebærer at den som yter helsehjelp til pasienter har en plikt til å gi nødvendig informasjon (Helsepersonelloven, 1999 §10). Informasjonsplikten omfatter å gi tilstrekkelig med informasjon om bivirkninger, prognose, diagnose og behandlingstiltak (Molven, 2019, s. 175). Av Hpl (1999) § 4 følger det et krav om at helsehjelpen som ytes skal være faglig forsvarlig. Virksomheten har også en plikt om å tilrettelegge for at sykepleier skal kunne overholde sine lovpålagte plikter (Hpl, 1999, §16).

Dessuten innebærer sykepleierens yrkesetiske retningslinjer at utførelsen av sykepleie er forsvarlig, at en innretter seg etter sin faglige kompetanse og at en gir tilpasset informasjon til pasienten, samt forsikrer seg om at informasjonen er forstått (Norsk sykepleierforbund, 2019). Kristoffersen et al. (2017, s. 17-19) fremhever at undervisning og veiledning av pasienter er et av sykepleierens grunnleggende funksjons- og ansvarsområder. Læring, utvikling og mestring er målet med undervisningen og veiledningen. Man kan altså si at informasjonsformidling er en sentral del av sykepleierens funksjon og ansvar (Kristoffersen et al., 2017, s. 17-19).

Pasientene har ofte et behov for informasjon fordi de er usikre på og mangler kunnskap om sykdom og behandling (Molven, 2019, s.174-175). Etter loven har pasienten krav på nødvendig informasjon, slik at de kan få innsikt i egen helsetilstand og forstå innholdet i helsehjelpen som gis (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2). Det stilles krav til informasjonens form, deriblant at den skal være individualisert og gis på en hensynsfull måte (Pbrl, 1999, § 3-5). Med bakgrunn i at alle pasienter har ulikt utgangspunkt for å forstå informasjon, stilles det krav til at helsepersonell forsikrer seg om at informasjonen når frem til mottakeren (Pbrl, 1999 § 3-5).

2.4 Kommunikasjon

For at pasienter etter brystkreftbehandling skal gjenvinne kontroll over eget liv, er tilpasset informasjon til den enkeltes behov sentralt (Sørensen, 2017, s. 438). I ethvert pasientmøte er målet å søke etter det særegne og unike (Kristoffersen, 2017, s. 34). Travelbee (2001, s. 158) forteller at kommunikasjonssvikt kan oppstå dersom pasienten ikke behandles som et individ, for eksempel på grunn av sykepleierens forforståelse og holdninger (Travelbee, 2001, s. 158-159). I kommunikasjon er bevisstgjøring rundt egne holdninger derfor nødvendig for å ivareta pasientens seksuelle utfordringer (Gamens, 2016, s. 398). Sykepleieren må benytte sansene for å oppfatte uttrykk for vonde følelser. Sansene, altså blikket, hørselen og den fysiske berøringen, kan gi informasjon om pasientens behov (Kristoffersen et al., 2017, s. 22).

«Å lytte aktivt betyr ikke bare å være åpen og lyttende, men å benytte et bredt spekter av kommunikasjonsformer for å etablere god kontakt, skaffe seg nødvendig informasjon og vise at man hører, ser og forstår» (Eide & Eide, 2018, s.118). Aktiv lytting er personsentrert og helsefremmende ved at en anerkjenner pasienten som unik, noe som bidrar til å identifisere pasientens informasjonsbehov. Nonverbal kommunikasjon er en hovedkategori innenfor aktiv

lytting, og kommer til uttrykk gjennom blikk, ansiktsuttrykk, kroppsspråk og stillhet (Eide & Eide, 2018, s. 118-119). Det nonverbale språket viser til underliggende følelser og motiver som ikke kommer til uttrykk i talen (Travelbee, 2001, s. 138-139).

2.5 «Snakk om det!» strategien

Helse- og omsorgsdepartementet (2017-2022) har utarbeidet en strategi for seksuell helse, «Snakk om det!». Seksuell helse blir ofte nedprioritert eller oversett ved sykdom og behandling, som har sammenheng med tanken om at seksuell helse er mindre betydningsfullt enn andre helseutfordringer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017-2022, s. 25). Strategien ønsker å fremme at seksualitet kan gi god helse og livskvalitet. Som delmål presenteres det at helsepersonell må respektere og forstå pasientens seksuelle behov. Positive holdninger i samfunnet nevnes som avgjørende for å fremme god seksuell helse. Profesjonalitet er avhengig av holdninger og erfaringer i kommunikasjon. Helsepersonell må derfor være bevisst egne holdninger og erfaringer for å imøtekomme pasientens seksuelle behov (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017-2022, s. 7-13). Strategien påpeker helsepersonells viktige rolle i å ta opp privat og intime temaer. Dette fordrer en forståelse av god helse som mer enn fravær av sykdom (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017-2022, s. 25- 27).

Kunnskap, informasjon og undervisning om seksuell helse, vil være av betydning for at mennesker skal oppleve mestring og kontroll over egen seksuell helse. Et godt kunnskapsgrunnlag i helse- og omsorgstjenesten er avgjørende for å oppnå dette (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017-2022, s. 13). Integrering av seksuell helse i utdanning av helseprofesjoner foreslås som tiltak for å styrke kompetansen i helse- og omsorgstjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017-2022, s. 27). Et ytterligere tiltak som nevnes for å forbedre kompetansen er fagdager i institusjon for å øke helsepersonells kunnskap om seksuell helse ved sykdom og behandling. Andre tiltak er å inkludere seksuell helse i behandlingsplaner, samt synliggjøre behovet for seksuell helse i oppfølging og behandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017-2022, s. 43-50).

2.6 Pleielidelse

Sykepleieteoretikeren Katie Eriksson (1995) snakker om pleielidelse i utøvelse av omsorg. Pleielidelse omfatter uteblitt pleie og lidelse som konsekvens av pleien som ytes, men lidelse er subjektivt (Kristoffersen & Breievne, 2017, s. 195-197). Eriksson kategoriserer pleielidelse

i fire hovedkategorier: krenkelse av pasientens verdighet, fordømmelse og straff, maktutøvelse og uteblitt pleie (Eriksson, 2014, s. 81). Krenkelse av pasientens verdighet er den vanligste formen for pleielidelse og knyttes til alle hovedkategoriene (Eriksson, 2014; Kristoffersen & Breievne, 2017). Å krenke betyr å få pasienten til å oppleve ydmykelse og mindreverdighet (Kristoffersen & Nortvedt, 2017, s. 122). Alle har en oppfatning av hva som oppleves verdig, dette kalles subjektiv verdighet. Samfunnets normer og verdier medmennesker tillegger oss former vår subjektive verdighet (Kristoffersen & Breievne, 2017, s. 195-196).

Kristoffersen og Breievne (2017, s. 197) hevder at «uteblitt pleie henger nær sammen med krenking av pasientens verdighet og det å «overse» et menneskes behov for omsorg og hjelp». Et eksempel på uteblitt pleie kan være at sykepleier ikke ser pasientens behov. I enkelte tilfeller kan sykepleierens manglende motivasjon, verdier og holdninger resultere i pleielidelse (Eriksson, 2014; Kristoffer & Breievne, 2017). Mangelfull pleie og omsorg kan igjen resultere i forsømmelse av pasientens grunnleggende behov og krenke pasientens verdighet. Dette er en form for maktmisbruk (Eriksson, 2014, s. 86-87). At sykepleier ivaretar pasientens grunnleggende behov, kan derimot lindre pasientens lidelse (Kristoffersen & Breievne, 2017, s. 195-197).

3.0 METODE

Metode er et redskap for å strukturere og innhente data som skal bidra til å løse et problem eller komme frem til ny kunnskap (Dalland, 2018, s. 51). I denne oppgaven har vi valgt å ta i bruk Friberg (2018, s. 150) sin integrative litteraturoversikt som metode. En integrativ litteraturoversikt har som hensikt å skape en ny helhet. Dette fordrer at man sammenlikner, trekker konklusjoner og verifiserer resultater fra publisert forskningsmateriale. Denne prosessen vil tydeliggjøre mønstre, og bidra til å finne en rød tråd (Friberg, 2018, s. 150). Fordelen ved å sammenligne og sette sammen kunnskap om et spesifikt tema fra et større omfang av forskning, er at det vil resultere i bredere kunnskap (Friberg, 2018, s. 150).

3.1 Litteratursøk

For å finne vårt datamateriale tok vi i bruk databasene Cinahl, British Nursing Index, og PubMed, ettersom de var tilgjengelige via universitetsbiblioteket i Oria. Databasene inneholder sykepleie - og helsevitenskapelig forskning. Dette anså vi relevant for å besvare hensikten med vår oppgave, nemlig å belyse sykepleierens ansvar og funksjon for å ivareta kvinnelige pasienters informasjonsbehov om seksuell helse, etter kirurgisk behandling for brystkreft. Vi har anvendt strategisk litteratursøk i prosessen med å finne aktuelle forskningsartikler. Grunnet vår hensikt så vi det nyttig å utarbeide konkrete inklusjons - og eksklusjonskriterier, for å øke relevansen i søkene (Dalland, 2018, s. 156). Se tabell 1. (inklusions- og eksklusjonskriterier) for oversikt over de utvalgte kriteriene.

I utarbeidelsen av søkeord tok vi utgangspunkt i vår hensikt, samt våre inklusjonskriterier. Søkeordene vi tok i bruk ble satt sammen i ulike kombinasjoner med bruk av AND, OR og trunkering. Dette var for å øke sannsynligheten for funn av relevante artikler (Östlundh, 2017, s. 71-73). Vi tok i bruk søkeordene information needs, sexual health, breast cancer, mastectomy, body image, nurs*, sexual education, taboo, communication. Se vedlegg 1. (søkelogg) for oversikt over kombinasjonene som er tatt i bruk. Sykepleier- og pasientperspektiv var blant våre inklusjonskriterier. Årsaken til at vi inkluderte pasientperspektivet, var at vi ønsket å få innsikt i pasientens subjektive opplevelse av å få dekket sitt informasjonsbehov. Vi vurderte at deres erfaringer kunne gi informasjon om sykepleierens ansvar og funksjon (Dalland, 2018, s. 211-214).

Tabell 1. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Fagfellevurdert Publisert mellom 2012-2022 Fulltekst Sykepleieperspektiv Pasientperspektiv Språk: engelsk	Pårørendeperspektiv Publisert før 2012 Artikler som ikke var fagfellevurdert

3.2 Valg av artikler

I denne oppgaven har vi kombinert empiriske kvantitative og kvalitative forskningsartikler. Oppgaven inkluderer totalt tre kvalitative artikler, en kvantitativ, og en artikkel som har anvendt metodetriangulering. Kvantitativ metode har den fordelen at dataen er målbar, mens kvalitativ metode fanger opp mening og opplevelse (Dalland, 2018, s. 52-53). For å undersøke om mangel på informasjon om seksuell helse er et utbredt problem for brystkreftpasienter etter kirurgisk behandling, inkluderte vi kvantitativ forskning. Vi har likevel lagt hovedvekten på kvalitativ forskning, fordi vi ønsket å fange opp pasientens subjektive opplevelse av å få dekket sitt informasjonsbehov om seksuell helse. Ikke minst ønsket vi forståelse for sykepleierens opplevelse av å ivareta pasientens informasjonsbehov om seksuell helse. Vi vurderte det derfor høyst aktuelt for vår hensikt å legge hovedvekt på kvalitativ forskning. Bakgrunnen for at vi valgte både kvalitativ og kvantitativ forskning, var at vi anså at det i kombinasjon bidro til en mer helhetlig forståelse (Dalland, 2018, s. 52-53).

Forskerne av de utvalgte artiklene har utført sin forskning i Sverige, Australia og USA, og vi anså at kvaliteten på deres helsevesen trolig var overførbart til det norske helsevesen. Som utgangspunkt ønsket vi å inkludere forskning gjennomført i Skandinavia, da deres velferdsordninger i stor grad er likt som i Norge (Christensen & Berge, 2018). Det var likevel utfordrende å finne skandinavisk forskning av kvalitet som oppfylte våre inklusjonskriterier. Dette er bakgrunnen for at vi inkluderte forskning fra USA og Australia. Forskingen fant sted i tidsrommet 2012-2022, dette anså vi relevant for å sikre ny forskning.

Tabell 2. Enkel oversiktstabell

Forfattere, årstall, tittel	Tema	Hensikt	Perspektiv	Metode
Artikkel 1 Ussher, J., Perz, J. & Gilbert, E (2013). Information needs associated with changes to sexual well-being after breast cancer	Informasjonsbehov etter brystkreft	Hensikten med studien var å undersøke informasjonsbehov om seksualitet, erfaring med å vedlikeholde og innhente slik informasjon og kommunikasjon med helsepersonell om seksuell helse, etter brystkreft.	Sykepleie → pasientperspektiv	Metodetriangulering: Kvalitativ og kvantitativ
Artikkel 2 Fallbjörk, U., Rasmussen, B. H., Karlsson, S. & Salander, P. (2013). Aspects of body image after mastectomy due to breast cancer – A two-year follow-up study.	Kroppsbilde etter mastektomi	Hensikten med studien var å undersøke påvirkningen av kroppsbilde hos pasienter etter mastektomi	Pasientperspektiv	Kvalitativ
Artikkel 3 Fallbjörk, U., Salander, P. & Rasmussen, B. H. (2012). From “No Big Deal” to “Losing Oneself”: Different	Ulike opplevelser av mastektomi	Hensikten med studien var å undersøke betydningen mastektomi hadde i kvinnens liv, samt deres refleksjoner om valg av rekonstruksjon.	Pasientperspektiv	Kvalitativ
Artikkel 4 Klaeson, K., Hovlin, L., Guvå, H. & Kjellsdotter, A. (2016). Sexual health in primary health care – a qualitative study of nurses’ experiences.	Sykepleiers opplevelse med å samtale om seksuell helse	Å belyse sykepleieres erfaringer og muligheter til å diskutere seksuell helse med pasienter i primærhelsetjenesten.	Sykepleieperspektiv	Kvalitativ
Artikkel 5 Reese, J. B., Sorice, K., Lepore, S., Daly, M. B., Tulsy, J. A. & Beach, M. C. (2019). Patient-clinician communication about sexual health in breast cancer: A mixed-methods analysis of clinic dialogue.	Sykepleier-pasient kommunikasjon om seksuell helse ved brystkreft	Hensikten med studien var å undersøke utbredelsen og innholdet i kommunikasjonen om seksuell helse mellom kliniker og brystkreftpasienter.	Sykepleie → pasientperspektiv	Kvantitativ

3.3 Analyse av artikler

I analysen av våre utvalgte artikler har vi tatt utgangspunkt i Friberg (2018, s. 135-137) sin femtrinnsmodell. Modellen tar sikte på å identifisere de resultatene fra artiklene som best besvarer hensikten med oppgaven, og som kan settes sammen og tolkes opp mot hverandre til en ny helhet. Vi startet analysearbeidet med å lese gjennom artiklenes resultater flere ganger, for å forsikre oss om at vi hadde forstått hva de handlet om. Ved å grundig granske resultatene gjennomførte vi en datareduksjon for å identifisere nøkkelfunn, altså de sterke resultatene, som var relevante for vår hensikt. Siden vi ønsket å forstå forfatterens tolkning av sine resultater, valgte vi å inkludere analyse av diskusjonen. Etter å ha satt oss inn i resultater og diskusjonen, skrev vi et sammendrag til hver av artiklene. Videre fargekodet vi sammendragene for å tydeliggjøre temaene. For å skape oversikt lagde vi en tabell der vi sammenstilte nøkkelfunn. Dette gjorde det tydelig for oss å gjenkjenne forskjeller og ulikheter i artiklenes resultater. Disse funnene inndelte vi videre i hoved- og underkategorier som neste kapittel vil ta for seg (Friberg, 2018, s. 135-137).

Tabell 3. Hoved- og underkategorier

Hovedkategorier	Underkategorier
Udekket informasjonsbehov	Barrierer for informasjonsformidling
Manglende kunnskap, utdanning og organisering	
Seksuell helse er individuelt og kontekstuell	

4.0 RESULTATER

I dette kapittelet presenterer vi funnene fra analysen. Analysearbeidet fremhevet tre hovedkategorier og en underkategori, presentert i tabell 3. (Hoved- og underkategorier). Disse kategoriene belyser hensikten med oppgaven, som er å belyse sykepleierens ansvar og funksjon for å ivareta kvinnelige pasienters informasjonsbehov om seksuell helse, etter kirurgisk behandling for brystkreft.

4.1 Udekket informasjonsbehov

Fire av de fem artiklene finner at det eksisterer et udekket informasjonsbehov om seksuell helse (Fallbjörk et al., 2013; Klaeson et al., 2016; Reese et al., 2019; Ussher et al., 2013). Studien til Ussher et al. (2013, s. 327) avdekket at 85% rapporterte at brystkreft hadde hatt innvirkning på deres seksuelle helse, og at 68% ønsket informasjon om slike endringer. «Whilst the majority of the respondents wanted to receive information about sexual well-being, nearly two-thirds had not received it, suggesting that information needs of many individuals are not being met» (Ussher et al, 2013, s. 333). Studien til Reese et al. (2019, s. 439) bekrefter en signifikant informasjonsmangel i forbindelse med pasienters seksuelle helse, til tross for at pasientene rapporterte om seksuelle bekymringer. Det kommer videre frem at pasienter som rapporterte om seksuelle bekymringer ikke hadde større sannsynlighet for å ha diskusjon om seksuell helse med sykepleier, enn de som ikke rapporterte bekymringer. (Reese et al., 2019, s. 438-439). Av 22 pasienter i studien som rapporterte om seksuelle utfordringer, var det bare i to av tilfellene sykepleier som tok initiativ til samtale (Reese et al., 2019, s. 439). Fallbjörk et al. (2013, s. 343-345) fant at seksuell helse etter kirurgisk behandling for brystkreft forverres over tid, og at sykepleiere ikke er ivrige etter å sette i gang diskusjonen om emnet. Klaeson et al. (2016, s. 1550) fant at sykepleiere ønsket å jobbe aktivt med seksuell helse, og at seksuelle utfordringer er vanlig i forbindelse med sykdom og behandling. Videre fant studien at disse utfordringene kan innvirke på pasientens livskvalitet og at dette forsterker betydningen av at sykepleieren gir informasjon om seksuell helse (Klaeson et al., 2016, s. 1550).

4.1.1 Barrierer for informasjonsformidling

Studiene viser at det kan oppstå barrierer for informasjonsformidling om seksuell helse mellom sykepleier og pasient (Klaeson et al., 2016; Ussher et al., 2013). Sykepleierens holdninger og erfaringer kunne være en barriere for å gi informasjon om seksuell helse

(Ussher et al., 2013, s. 332-333). Sykepleierens tidligere erfaringer og opplevelser med å samtale om seksuell helse, påvirker deres mot og vilje i møte med pasienters seksuelle utfordringer (Klaeson et al., 2016, s. 1545). «Fear, prejudice, personal beliefs and organisational design contribute to the nurses' feelings of uncertainty about bringing up the subject. This results in an absence of nursing» (Klaeson et al., 2016, s. 1552). Ussher et al. (2013, s. 332) fant at pasientene opplevde at fravær av diskusjon om seksuell helse kunne oppstå fordi sykepleiere virket uinteresserte og ukomfortable. Dette hindret sykepleier i å gi tilfredsstillende helsehjelp til pasienten (Ussher et al., 2013, s. 332-333). Videre fant studien at pasientens tanke om at seksuell helse er privat, kunne være en barriere for å søke informasjon hos sykepleier (Ussher et al., 2013, s. 332).

It should not be difficult for the patient, they should not be ashamed but we have to train ourselves so we feel safe in this because you can project this onto the patient so they feel secure when talking about sexual health. (Klaeson et al., 2017, s. 1550)

Normer som tabuiserer seksualitet skaper frykt for å krenke pasientens bluferdighet, noe som gjør det vanskelig for sykepleieren å opptre profesjonelt og føle seg komfortabel med å initiere samtale om seksuell helse (Klaeson et al., 2016, s. 1552). Samtidig avdekkes det at det i helse- og omsorgstjenesten er et stort fokus på informasjon omkring behandling og diagnose, og et smalt fokus på kvinnelige pasienters seksuelle helse, etter kirurgisk behandling for brystkreft (Ussher et al., 2013, s. 331-333). Ved at sykepleiere unnviker å gi informasjon om seksuell helse til brystkreftpasienter, opplever pasienter sine behov marginalisert og ignorert (Ussher et al., 2013, s. 331).

4.2 Manglende kunnskap, utdanning og organisering

Manglende kunnskap, utdanning og organisering har vist å påvirke sykepleierens informerende funksjon og ansvar (Klaeson et al., 2016; Reese et al., 2019; Ussher et al., 2013). Sykepleiere unngår diskusjon om seksuell helse grunnet manglende erfaring eller kunnskap, noe som forsterker viktigheten av helsefaglig utdanning og opplæring (Ussher et al., 2013, s. 334). Utilstrekkelig opplæring om seksuell helse blant sykepleiere skaper frykt for å spørre om seksuelle utfordringer. Dette resulterer i ufullstendig forståelse av pasienters behov (Klaeson et al., 2016, s.1548-1549). Opplevelsen av å ikke få utøvd helhetlig sykepleie grunnet for lite kunnskap, medfører at sykepleiere ønsker tilleggsutdanning og økt kunnskap

om seksuell helse (Klaeson et al., 2016, s. 1548-1549). «All nurses in the study said that they wanted more education and knowledge about sexual health» (Klaeson et al., 2016, s. 1548).

Sykepleierens evne til å samtale om seksuell helse med pasienter, påvirkes også av tidsaspektet (Klaeson et al., 2016; Reese et al., 2019). I situasjoner der tiden ikke strakk til, hadde sykepleiere en tendens til å nedprioritere samtale om pasienters seksuelle utfordringer (Klaeson et al., 2016, s. 1549). «Lack of time and education as well as obligations and regulations in the nursing profession made it difficult to talk about sexual health» (Klaeson et al., 2016, s. 1548).

4.3 Seksuell helse er individuelt og kontekstuell

Fire av studiene fant at konsekvenser av brystkreftkirurgi og det følgende informasjonsbehovet er individuelt og kontekstuell (Fallbjörk et al., 2012; Fallbjörk et al., 2013; Reese et al., 2019; Ussher et al., 2013). Studien til Fallbjörk et al. (2013, s. 344) fant at seksuell helse påvirkes av pasientens personlige egenskaper, feminitet, kroppsbilde og behandling. Videre avdekker studien at reaksjoner omkring kreft, kroppsbilde og seksualitet er svært individuelt og kontekstuell (Fallbjörk et al., 2013, s. 345). Å miste et bryst kan ha liten eller stor betydning for et individ. På bakgrunn av dette må sykepleier være oppmerksom på den subjektive opplevelsen og vokte seg mot egen forforståelse (Fallbjörk et al., 2012, s. 46-47).

Behandlingsregimet for brystkreft kan medføre fysiske, psykologiske, eksistensielle og sosiale bekymringer (Fallbjörk et al., 2013, s. 345). Ussher et al. (2013, s. 335) fant at pasienter ønsket informasjon om slike endringer, samt at sykepleier må gi informasjon tilpasset pasientens individuelle behov. Samtidig fant Reese et al. (2019, s. 441) at sykepleiere mangler forståelse for bredden av seksuelle utfordringer pasienten kan erfare som konsekvens av behandlingen.

Pasienter hadde svært ulike opplevelser av tap av bryst. En uttrykte at «I would die without breasts», mens en annen uttrykte at «I'm a woman with or without my breasts» (Fallbjörk et al., 2012, s. 45). Betydningen av begreper som identitet og seksualitet kan bare forstås innenfor den sosiale konteksten til enhver kvinnes liv (Fallbjörk et al., 2012 s. 42). Studien til Ussher et al. (2013, s. 331) fant at det samme gjelder for pasientens informasjonsbehov.

«Just harder to get all information needed for each individual person as everybody's breast cancer experience seems to be completely different» (Ussher et al., 2013, s. 331). Individuelle forskjeller kan forklare mangel på informasjon og diskusjon om seksuell helse etter brystkreft (Ussher et al., 2013, s. 333).

5.0 DISKUSJON

5.1 Metodediskusjon

I arbeidet med denne oppgaven tok vi i bruk integrativ litteraturoversikt som metode, og analyserte kvalitativt og kvantitativt forskningsmateriale (Friberg, 2018, s. 150). Dette for i størst grad nærme oss hensikten med oppgaven, nemlig å belyse sykepleierens funksjon og ansvar for å ivareta kvinnelige pasienters informasjonsbehov om seksuell helse, etter kirurgisk behandling for brystkreft. Ved utvalg av vitenskapelige artikler har vi vært kritiske i form av å sikre at materiale har vært publisert i anerkjente tidsskrifter innen sykepleie- og helsevitenskap. For å undersøke om tidsskriftene var seriøse tok vi en grundig sjekk av tidsskriftenes hjemmesider, samt undersøkte årgangen. Videre oppfylte de utvalgte artikler våre inklusjonskriterier.

Opgavens begrensede omfang, tid og ressurser resulterte i et begrenset utvalg av artikler. Med bakgrunn i dette kan det tenkes at oppgaven hadde vært mer kvalitetssikker dersom den inkluderte mer forskning. I prosessen ble det tydelig at det er lite forsket på dette fagfeltet, noe som gjorde det utfordrende og tidkrevende å finne artikler av god kvalitet. Flere av artiklene påpekte at det kreves ytterligere forskning (Fallbjörk et al., 2013; Klaeson et al., 2016; Ussher et al., 2013).

Det at vi har benyttet Friberg (2018, s. 150) sin integrative litteraturoversikt som metode og selv valgte ut artikler vi mente var relevante, kan ha medført at vi har valgt ut funn som er farget av egne erfaringer og vår forforståelse. For å utforske reliabiliteten til artiklene undersøkte vi om de var fagfelleverdert. Videre sikret vi at vi valgte artikler som tok utgangspunkt i IMRaD-strukturen, som er en mye anvendt struktur for forskningsartikler. Denne strukturen er med på å gjøre artiklene oversiktlig og lettere å lese (Dalland, 2018 s. 163-164). For reliabilitet har det stor betydning at forskeren er objektiv til sine funn, noe en vanskelig kan sikre da alle har en forforståelse en tar med seg inn i arbeidet (Dalland, 2018 s. 60-61). Validitet ble undersøkt ved å sikre at artiklene var publisert de siste ti årene, grunnet at vi ønsket oppdatert forskning. De utvalgte studiene undersøkte et problem som i stor grad kunne besvare vår hensikt, derfor så vi de relevante å anvende i denne oppgaven.

Som nevnt i kapittel 3 inkluderte vi studier fra Sverige, USA og Australia på bakgrunn av at deres helsevesen kan sammenlignes med det norske helsevesenet. Dette mener vi med bakgrunn i at brystkreft er den vanligste kreftformen for kvinner også i disse landene (WHO, 2021). Samtidig er deres sykepleiere godt utdannet og deres helsevesen godt etablert. Likevel har USA en annen form for velferdsordning, der helsetjenester ikke dekkes av det offentlige i like stor grad som i Norge. Vi kan derfor ikke sikre at kvaliteten og tilgjengeligheten på helsetjenestene vil være lik for alle samfunnsborgere. Sverige har derimot lik velferdsordning som Norge og vi kan derfor i stor grad sammenligne kvaliteten på deres helsetjenester (Christensen & Berge, 2018). For å styrke oppgaven hadde det med bakgrunn i dette vært hensiktsmessig å inkludere mer forskning fra Skandinavia.

Grunnet at våre artikler hovedsakelig er kvalitativ forskning, har de gjort et strategisk utvalg av deltakere. Det innebærer at utvalget er gjort med henblikk på hvem som kan belyse et aktuelt problem, noe som kan ha farget forskningens resultater (Dalland, 2018 s, 56). Kvalitativ forskning baserer seg på opplevelse og mening som i stor grad er subjektivt. Vi anså det positivt at kvalitativ forskning gir oss dybdeforståelse (Dalland, 2018, s. 56). For å sikre målbar data og breddeforståelse valgte vi å inkludere kvantitativ forskning som baserer seg på et systematisk utvalg av deltakere (Dalland, 2018, s. 56). Ved å kombinere kvalitativ og kvantitativ forskning oppnådde vi større grad av gyldighet og pålitelighet i våre resultater.

Artiklene inkludert i oppgaven var på engelsk og det var et stort arbeid med å oversette utdrag av artiklene korrekt til norsk. Fortolkningsprosessen baserte seg på våre begrensede faglige forutsetninger. Dette kan ha resultert i at vi overså momenter av betydning i artiklenes funn (Dalland, 2018, s. 88-90). Vi gjennomførte bakgrunnssjekk av forskerne i artiklene og fant at alle hadde master- eller doktorgrad innen fagfeltet, samt at de hadde gjennomført store mengder forskning tidligere. Dette anså vi å styrke troverdigheten til artiklene. Vi utøvde også kildekritikk ved å forsikre oss om at de utvalgte studiene var etisk vurdert og godkjent av etiske komiteer. Frivillig samtykke ble gitt av alle deltakerne i studiene, og de sto fritt til å trekke seg. Personlige opplysninger ble anonymisert slik at deltakerne ikke kunne identifiseres (Molven, 2019, s. 231).

5.2 Resultatdiskusjon

Hensikten med oppgaven er å belyse sykepleierens ansvar og funksjon for å ivareta kvinnelige pasienters informasjonsbehov om seksuell helse, etter kirurgisk behandling for brystkreft. Analysen av de fem utvalgte artiklene har bidratt til å synliggjøre for oss at det eksisterer et udekket informasjonsbehov om seksuell helse hos denne pasientgruppen. I lys av teori og egne refleksjoner vil vi diskutere våre resultater.

5.2.1 Udekket informasjonsbehov

Samtlige av våre utvalgte studier fant at pasienter opplever manglende informasjon fra sykepleier om seksuell helse, etter brystkreftoperasjon (Fallbjörk et al., 2013; Klaeson et al., 2016; Reese et al., 2019; Ussher et al., 2013). Mangel på informasjon og veiledning, er å anse som en av helsetjenestens største utfordringer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017-2022, s. 10). Sykepleiere var ikke engasjerte i å initiere samtale eller å gi informasjon om seksuell helse, til pasienter etter gjennomgått behandling for brystkreft (Fallbjörk et al., 2013; Ussher et al., 2013). Det kan derfor være overraskende at Klaeson et al. (2016, s. 1550) sin studie fant at sykepleiere ønsket å jobbe aktivt med seksuell helse, samt at de så det som sitt ansvar å formidle informasjon, og der igjen trygghet. Dette viser at det finnes et potensial for å styrke sykepleiernes informerende rolle.

Sykepleierens ansvar og funksjon i å gi informasjon og veiledning er et lovpålagt og yrkesetisk ansvar, for å imøtekomme pasientens informasjonsbehov, og derav utøve helhetlig og forsvarlig sykepleie (Pbrl 1999, § 3-2; Norsk sykepleierforbund, 2019). Det lovpålagte ansvaret inkluderer en plikt til å gi nødvendig informasjon om potensielle bivirkninger av kirurgisk behandling for brystkreft, og der igjen om seksuell helse (Pbrl, 1999 § 3-2; Hpl, 1999 §10). Videre følger det av Hpl (1999) § 10 at det er den som gir helsehjelpen som er pliktet til å gi nødvendig informasjon. Av erfaring er sykepleiere den yrkesgruppen som får mest tid med pasientene og i størst grad har mulighet til å oppfatte informasjonsbehovet, og derav formidle informasjon. Vi vil med bakgrunn i dette hevde at sykepleier bør se det som sin plikt å gi informasjon om seksuell helse.

Som nevnt rammer brystkreft i overkant av 3000 kvinner i Norge årlig (Folkehelseinstituttet, 2022). Ved å se dette opp mot en preoperativ periode på gjennomsnittlig 13 dager, kan det antydes at pasienter vil motta mye informasjon i løpet av en begrenset tidsperiode

(Helsedirektoratet, 2017). I den korte preoperative perioden er det ikke utenkelig at pasienten er påvirket av psykiske stressreaksjoner, som kan gjøre pasienten lite mottakelig for informasjon og veiledning (Sørensen et al., 2016, s. 444). Med bakgrunn i dette kan det tenkes at pasientens utfordringer og følgende informasjonsbehov melder seg i etterkant av sjokkfasen. Studien til Klaeson et al. (2016, s. 1550) fant at utfordringer relatert til seksuell helse i etterkant av operativ behandling er vanlig. Dette tenker vi er faktorer sykepleieren må være bevisst når en skal formidle informasjon til pasienten. I tillegg fant studien til Fallbjörk et al. (2013, s. 343) at pasientenes seksuelle helse forverres over tid, noe som kan indikere at også pasientens informasjonsbehov blir større med tiden. Dette viser viktigheten av at sykepleierens informerende rolle også må integreres i pasientenes oppfølging.

Studien til Ussher et al. (2013, s. 327) fant at 85% rapporterte at brystkreftdiagnosen og behandlingen hadde hatt innvirkning på deres seksuelle helse, og at to-tredjedeler av de som ønsket informasjon, ikke mottok informasjonen de hadde behov for (Ussher et al., 2013 s. 333). At en så stor andel pasienter i studien uttrykket et udekket informasjonsbehov, kan indikere at sykepleiere opplever det utfordrende å overholde sitt ansvar og sin funksjon i å gi informasjon til brystkreftopererte pasienter. Vi kan dermed hevde at pasientene ikke får dekket sitt grunnleggende behov, og at dette kan resultere i mangelfull pleie, og derav pleielidelse. Den påførte pleielidelsen vil dermed kunne få konsekvenser for pasientens livskvalitet. Som nevnt har Helse- og omsorgsdepartementet (2017-2022) utarbeidet en strategi for seksuell helse. At det har vært behov for å utarbeide en slik strategi i Norge bekrefter et udekket informasjonsbehov, og vi vil se for oss at sykepleierens rolle vil bli mer aktiv fremover ettersom strategien implementeres ytterligere i praksis. Med bakgrunn i at vår oppgave har basert seg på forskning utenfor Norge og hovedsakelig innenfor tidsrommet før strategien ble utarbeidet, vil vi anta at senere forskning gjort i Norge vil vise effekten strategien har hatt på informasjon om seksuell helse til denne pasientgruppen. Vi vil og antyde at strategien kan fungere som et forbilde for andre land, dersom den viser seg å øke kvaliteten på vår helse- og omsorgstjeneste knyttet til informasjon om seksuell helse.

5.2.1.1 Barrierer for informasjonsformidling

Våre funn tyder på at barrierer kan oppstå og hindre informasjonsformidling mellom sykepleier og pasient om seksuell helse, etter kirurgisk behandling for brystkreft (Klaeson et al., 2016; Ussher et al., 2013). Studien til Ussher et al. (2013, s. 335) avdekket at det gjennom tiden har vært størst fokus på behandling og diagnose. Det stemmer med Gamnes (2017, s.

373) som skriver at seksuelle utfordringer ofte vil bli nedprioritert i forbindelse med sykdom og behandling. Vi kan med dette antyde at sykepleieren har hatt et tunnelsyn der fokuset har vært rettet mot den fysiske tilhelingen, mer enn pasientens seksuelle helse. Dette kan indikere at manglende fokus på kvinnelig seksuell helse etter brystkreftkirurgi kan være en barriere som hindrer sykepleieren i å imøtekomme pasientens informasjonsbehov.

Sykepleierens holdninger til temaet seksuell helse og deres forståelse av seksuell helse som betydningsfullt i relasjon til sykdom og behandling, ser ut til å innvirke på deres evne til å ta pasientens informasjonsbehov på alvor (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017-2022, s. 27). Både Klaeson et al. (2016, s. 1545) og Ussher et al. (2013, s. 332) sine studier viser at holdninger og erfaringer påvirker sykepleierens informerende funksjon og ansvar knyttet til seksuell helse. Negative erfaringer med dette kan skape frykt og påvirke sykepleierens senere håndtering av spørsmål om seksuell helse (Klaeson et al., 2016, s. 1550-1551). Studien til Ussher et al. (2013, s. 332) fant at mangelfull diskusjon om seksuell helse kunne ha sammenheng med at sykepleiere virket uinteresserte eller ukomfortable. I teorikapitlet viste vi til Langhelle et al. (2021, s. 39) som hevder at en barriere for informasjon om seksuell helse, kan ha sammenheng med sykepleierens tanke om seksualitet som et overskuddsfenomen. Vi kan se på dette som en oppfatning blant sykepleiere, som vil innvirke på deres holdning til temaet. Gamnes (2017, s. 398) hevder det er avgjørende at sykepleiere er bevisst egne holdninger, for å kunne ivareta pasientens seksuelle helse. «Snakk om det!» strategien kan i den forbindelse forstås som et tiltak for bevisstgjøring rundt egne holdninger. At holdninger og negative erfaringer ser ut til å holde sykepleieren tilbake, kan trolig resultere i at pasientene opplever at deres seksuelle utfordringer er av liten betydning. Sykepleierens informerende rolle må derfor styrkes ved refleksjon og bevisstgjøring rundt egne holdninger, dette for å signalisere åpenhet og trygghet i samtale.

Normer om seksuell helse som tabu har vist å være en barriere for informasjonsformidling (Gamnes, 2017, s. 373). Dette legger til grunn en frykt for å fornærme pasientens bluferdighet, som videre kan hindre profesjonalitet og trygghet (Klaeson et al., 2016 s. 1552). Normer kan dermed se ut til å hindre sykepleier i å utøve helhetlig omsorg. Som presentert i teorikapitlet hevder Langhelle et al. (2021, s. 35) at pasienter ønsker informasjon om seksuell helse fra sykepleiere, til tross for at de kan oppleve det ubehagelig å diskutere sine seksuelle utfordringer. Dette viser til at selv om pasienter ikke søker informasjon på eget initiativ, ønsker de likevel informasjon om seksuell helse. Videre belyser dette viktigheten av at

sykepleier ser det som sitt ansvar og sin funksjon å gi informasjon om seksuell helse, og at frykten for å krenke pasientens bluferdighet ikke må stå til hinder for dette. «Snakk om det!» strategien bekrefter betydningen av at sykepleiere tar ansvar for samtale om private og intime temaer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017-2022, s. 25). Med bakgrunn i dette kan vi si at sykepleier spiller en viktig rolle i å normalisere og avstigmatisere pasientens seksuelle utfordringer. Vi vil hevde at dette er av betydning for å motvirke at seksuell helse blir marginalisert eller ignorert som følge av samfunnets normer. Det anses likevel positivt at normene i det norske samfunnet vedrørende seksuell helse virker å ha forandret seg stort, noe som skjedde i takt med kvinnefrigjøringen. Temaet kvinnelig seksuell helse har gått fra å anses som usynlig i helsevesenet, til å anerkjennes som et primærbehov (Gamnes, 2017, s. 373).

Som konsekvens av barriere presentert kan vi antyde at pasienter opplever pleielidelse. Ved at sykepleiere ikke evner å identifisere pasienters behov for informasjon om seksuell helse, kan vi hevde at pasientens behov blir ignorert, og de vil dermed ikke motta den helsehjelpen de har krav på, eller behov for. Mangel på åpenhet og trygghet hos sykepleier, kan tenkelig resultere i at pasienter opplever usikkerhet vedrørende sine seksuelle utfordringer. Pasientens verdighet kan med dette krenkes, og som konsekvens vil de kunne utsettes for pleielidelse (Eriksson, 2014, s. 86-87).

5.2.2 Manglende kunnskap, utdanning og organisering

Informasjon om seksuell helse er avgjørende for at pasienten skal oppleve mestring og gjenvinne kontroll over sin livssituasjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017-2022; Sørensen et al., 2016). Samtlige av våre studier fant at mangel på kunnskap og utdanning hindret sykepleieren i å gi informasjon om seksuell helse (Klaeson et al., 2016; Reese et al., 2019; Ussher et al., 2013). Slike mangler har vist å skape en unnvikende holdning til pasientens seksuelle utfordringer og derav manglende forståelse for pasientens behov (Klaeson et al., 2016; Ussher et al., 2013). Det var derfor kanskje ikke overraskende at alle sykepleierne i studien til Klaeson et al. (2016, s. 1458) ga uttrykk for et ønske om mer kunnskap og utdanning. Vi mener dermed at manglende kunnskap og utdanning medfører et udekket informasjonsbehov om seksuell helse. Hvis pasienten ikke mottar den nødvendige informasjonen de har rett på, kan en hevde at deres behov blir forsømt, og de vil kunne oppleve mangelfull pleie (Eriksson, 2014, s. s. 86-87). Dette kan resultere i en opplevelse av å ikke bli tatt på alvor, og dermed vil pasienten kunne utsettes for pleielidelse.

At sykepleiere unngår å formidle informasjon om seksuell helse kan tenkelig ha sammenheng med at de ser det som sitt yrkesetiske ansvar å innrette seg etter sin faglige kompetanse (Norsk sykepleierforbund, 2019). Det kan antydes at sykepleiere ikke ønsker å gi informasjon om temaer en ikke kan besvare adekvat. At sykepleier ikke har nok kunnskap til å ta ansvar, viser til at virksomheten og utdannelsen har hatt lite fokus på seksuell helse. Sykepleierens funksjon og ansvar innebærer et lovpålagt og yrkesetisk ansvar om å holde seg faglig oppdatert og sikre seg nødvendig kunnskap for å kunne utøve faglig forsvarlig helsehjelp (Norsk sykepleierforbund, 2019; Hpl, 1999, § 4). Med dette kan vi hevde at sykepleieren ikke bare har et ansvar for å formidle informasjon og veiledning til brystkreftopererte pasienter om seksuell helse, men og et ansvar for egen faglig trygghet. Virksomheten har likevel en plikt til å legge til rette for at sykepleier skal kunne overholde sine lovpålagte plikter (Hpl, 1999, § 16). At sykepleieren har mulighet til å holde seg faglig oppdatert er derfor avhengig av at virksomheten legger til rette for utvikling av kunnskap og kompetanse om seksuell helse på arbeidsplassen. Dette tenker vi vil være av betydning for at sykepleieren skal kunne ivareta sitt ansvar og sin funksjon i å gi informasjon om seksuell helse.

Tidspress har vist å begrense sykepleierens evne til å identifisere pasientens informasjonsbehov og dermed deres mulighet til å ivareta pasientens grunnleggende behov (Klaeson et al., 2016; Reese et al., 2019). Dette viser at mangel på tid begrenser sykepleierens evne til å utøve helhetlig og forsvarlig sykepleie. Det kan derfor hevdes at travelhet i hverdagen medfører at sykepleier nedprioriterer pasientens informasjonsbehov om seksuell helse, samt begrenser mulighet for faglig utvikling. For at pasienten skal oppleve å få dekket sitt informasjonsbehov, virker det å være avgjørende at sykepleier har og tar seg tid til samtale. Studien til Klaeson et al. (2016, s. 1548) fant at manglende støtte fra virksomheten, reduserte sykepleierens evne til å ivareta pasientens informasjonsbehov. At arbeidsplassen legger til rette for tid kan tenkelig være avgjørende for at sykepleier skal kunne overholde sin plikt til å gi informasjon. Vi tolker det derfor slik at pasientens udekkede informasjonsbehov er et resultat av system- og person svikt, og at dette kan påføre pasienten pleielidelse.

Utarbeidelsen av «Snakk om det!» strategien viser i seg selv at det har vært et manglende fokus i helse- og omsorgstjenesten vedrørende seksuell helse, i relasjon til sykdom og behandling. Med bakgrunn i kunnskapsmangelen presentert anser vi det avgjørende at seksuell helse inkluderes i sykepleierens utdanning, hvilke strategien understøtter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017-2022, s. 27). Flertallet av studiene poengterer at det må

iverksetter og utarbeides retningslinjer og rutiner for en endret praksis og utdanning (Klaeson et al., 2016; Reese et al., 2019; Ussher et al., 2013). Vi tenker det er helt avgjørende at det blir tydeliggjort og videre utarbeides konkrete forslag for at det skal være anvendbart i praksis. Dette vil trolig bidra til trygghet og at sykepleiere forstår sitt ansvar og sin funksjon i møte med pasientens informasjonsbehov vedrørende seksuelle helse.

5.2.3 Seksuell helse er individuelt og kontekstuell

Fire av fem artikler fant at seksuell helse og det følgende informasjonsbehovet er individuelt og kontekstuell (Fallbjörk et al., 2012; Fallbjörk et al., 2013; Reese et al., 2019; Ussher et al., 2013). Ussher et al. (2013, s. 331) fant at sykepleiere opplevde det utfordrende å gi nødvendig informasjon til pasientene, med bakgrunn i at alles opplevelse med brystkreft virket å være ulik og individuell. I tillegg fant studien til Reese et al. (2019, s. 441) at sykepleiere manglet forståelse for bredden i seksuelle utfordringer pasienter kan erfare. Konsekvenser av kirurgisk behandling kan være av liten eller stor betydning for pasienten (Fallbjörk et al., 2013; Ussher et al., 2013). Vi ser med bakgrunn i dette at pasientens seksuelle helse og opplevelsen av kirurgisk behandling for brystkreft i stor grad er subjektivt. Sykepleier må være bevisst dette for å imøtekomme det individuelle informasjonsbehovet. Dette hevder vi fordrer kunnskap om den enkelte pasientens livssituasjon. Vi tenker dette er av betydning for at sykepleier skal kunne bemerke seg faktorer som innvirker på pasientens behov for informasjon.

Betydningen og reaksjonene pasienter opplever som konsekvens av behandling, har vist å henge nært sammen med personlighetsmessige og mellommenneskelige forhold (Sørensen et al., 2016, s. 446). Vi kan med bakgrunn i dette antyde at det samme vil gjelde for pasientens informasjonsbehov. Ussher et al. (2013, s. 331) fant at konsekvenser av brystkreftkirurgi kan prege pasientenes seksuelle helse i ulik grad. I hvilken grad pasientene opplever at konsekvensene har innvirkning på deres seksuelle helse, vil tenkelige kunne påvirke hvilke behov de har for informasjon. Pakkeforløpet for brystkreft påpeker viktigheten av å vurdere individuelle tiltak ved oppfølging av brystkreftpasienter (Helsedirektoratet, 2016). Det er derfor viktig at sykepleier tilpasser informasjon til den enkeltes behov (Sørensen et al., 2016, s. 438).

Fallbjörk et al. (2012, s. 46-47) fant at sykepleier må være oppmerksom på den personlige opplevelsen av operativ behandling for brystkreft og vokte seg mot å generalisere pasientens

informasjonsbehov. Travelbee (2001, s. 158-159) hevder at svikt i kommunikasjon kan oppstå dersom sykepleier ikke ser pasienten som et individ, noe som har vist seg å ha sammenheng med sykepleierens forforståelse og holdninger (Travelbee, 2001, s. 158-159). Vi tolker det dit hen at sykepleiere kan ha en tendens til å generalisere pasientens informasjonsbehov utfra tidligere erfaringer, som virker å stå til hinder for individualisert informasjon. Aktiv lytting kan som beskrevet fungere støttende for at sykepleier skal se det særegne og unike i møte med hver enkelt pasient (Eide & Eide, 2018, s. 118-119). Dette hevder vi er av betydning for at sykepleier skal ivareta pasientens individuelle informasjonsbehov. Pasientens behov kan, slik Travelbee (2001, s. 158-159) påpeker, komme til uttrykk nonverbalt. Det innledende diktet i oppgaven handler nettopp om å fange opp det som ikke kommer til uttrykk verbalt. Ved å benytte seg av sansene kan sykepleier i større grad inkludere det nonverbale i identifisering av pasientens behov (Kristoffersen et al., 2017, s. 22). Dette danner grunnlag for en mer helhetlig og individuell oppfatning, som ivaretar pasientens følelser knyttet til å samtale om seksuell helse.

Videre er det et lovpålagt og yrkesetisk krav om at informasjon skal være individualisert og tilpasset slik at innholdet og betydningen av informasjonen blir forstått (Pbrl, 1999, § 3-5; Norsk sykepleierforbund, 2019). Vi kan med bakgrunn i dette hevde at sykepleieren plikter å identifisere og imøtekomme pasientens individuelle informasjonsbehov, og at generalisert informasjon ikke er tilstrekkelig for å oppfylle informasjonsplikten. Dersom sykepleier ikke tilpasser informasjonen til den enkeltes behov, kan pasienten tenkelig oppleve uteblitt pleie, og der igjen pleielidelse. Likevel vil det være utfordrende å forbedre dette i praksis med bakgrunn i at det ikke er tilstrekkelig å utarbeide standardiserte veiledere for kommunikasjon om seksuell helse. Dette kan ses i sammenheng med det udekkede informasjonsbehovet som vanskelig kan besvares uten å ivareta individuelle forhold.

6.0 ANVENDELSER FOR PRAKSIS

Hensikten med denne oppgaven har vært å belyse sykepleierens ansvar og funksjon for å ivareta kvinnelige pasienters informasjonsbehov om seksuell helse, etter kirurgisk behandling for brystkreft. I oppgaven fant vi at pasienter i stor grad opplever et udekket informasjonsbehov vedrørende seksuell helse, etter brystkreftkirurgi. Dette viser at det er et stort forbedringspotensial i sykepleierens informerende ansvar og funksjon, for å unngå at pasienten påføres unødig pleielidelse. Faktorer som holdninger, normer og individuelle ulikheter, i kombinasjon med manglende utdannelse, kunnskap og organisering, kan resultere i pleielidelse i form av et udekket informasjonsbehov. Virksomheten har en sentral rolle i å legge til rette for faglig utvikling, og derav forsvarlig sykepleie. I lys av erfaringer fra sykepleiere og pasienter vil vi videre presentere tiltak som bør implementeres i praksis, for å forbedre informasjon om seksuell helse til denne pasientgruppen:

- Avdelingen bør bevisstgjøre sykepleiere om at Helse- og omsorgsdepartementet (2017-2022) har utarbeidet «Snakk om det!» strategien, for å lette samtalen om seksuell helse i møte med pasienter. Videre bør den implementeres og anvendes i praksis.
- «Snakk om det!» strategien anbefaler at det utarbeides og implementeres retningslinjer for en endret praksis og utdannelse, med større fokus på seksuell helse. Dette omhandler undervisning og opplæring om seksuell helse i relasjon til sykdom og behandling i helse- og omsorgstjenesten, samt under sykepleierutdanningen.
- Avdelingen bør utarbeide kommunikasjonsverktøy, samt integrere de som allerede eksisterer i samtale om seksuell helse med pasienter. Det bør likevel tas hensyn til de individuelle forskjellene ved bruk av verktøyene. Dette vil kunne støtte og trygge sykepleieren i deres informerende funksjon og ansvar.
- Avdelingen bør tilrettelegge for at sykepleiere har tid til å samtale om seksuelle helse med pasienter. Tilstrekkelig bemanning på arbeidsplassen kan sikre dette. Tid til samtale vil medvirke til at sykepleiere evner å identifisere pasientens individuelle informasjonsbehov.

- Avdelingen og sykepleieren har et ansvar for faglig utvikling. Fagdager med fokus på seksuell helse kan være en løsning. Dette vil styrke sykepleierens kompetanse og trygghet i møte med pasienters seksuelle helse. Kunnskapen må vedlikeholdes, og dette fordrer motivasjon og engasjement fra begge parter.
- Sykepleiere bør rutinemessig kartlegge og dokumentere om pasienten opplever seksuelle utfordringer som følge av brystkreftkirurgi. Det bør også iverksette individuelle tiltak for å imøtekomme den enkeltes behov for informasjon og veiledning.

Tre av fem artikler poengterer at det kreves ytterligere forskning på temaet sykepleier og seksuell helse etter kirurgisk behandling for brystkreft. Av det studiene trekker frem at det krever ytterligere forskning om nevnes konsekvenser av et udekket informasjonsbehov, forståelse av seksuelle utfordringer relatert til operativ behandling for brystkreft, samt hvordan sykepleiere jobber med seksuell helse i dag (Fallbjörk et al., 2013; Klaeson et al., 2016; Ussher et al., 2013). Vi har søkt i Oria etter forskning på effekten «Snakk om det!» strategien har hatt for informasjon om seksuell helse til denne pasientgruppen i Norge, men så vidt vi kan se, er dette ikke gjort. Vi tenker det hadde vært interessant at det forskes mer på dette.

REFERANSER

Christensen, J., & Berg, O. T. (2021, 30. desember). *Velferdsstat*. Store norske leksikon.

<https://snl.no/velferdsstat>

Dalland, O. (2018). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal akademisk.

Eide, H. & Eide, T. (2018). *Kommunikasjon i relasjoner* (3. utg.). Gyldendal akademisk.

Eriksson, K. (2014). *Det lidende menneske* (2. utg.). København: Munksgaard.

Fallbjörk, U., Rasmussen, B. H., Karlsson, S. & Salander, P. (2013). Aspects of body image

after mastectomy due to breast cancer – A two-year follow-up study. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(3), 340-345.

<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2012.09.002>

Fallbjörk, U., Salander, P. & Rasmussen, B. H. (2012). From “No Big Deal” to “Losing

Oneself”: Different Meanings of Mastectomy. *Cancer Nursing*, 35(5), E41–E48.

<https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e31823528fb>

Folkehelseinstituttet. (2022, 19. januar). *Kreft i Norge*.

<https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/kreft/>

Friberg L. (2018). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ

forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3. utg., s. 129-139). Studentlitteratur

Friberg L. (2018). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats:*

vägledning för litteraturbaserade examensarbeten (3. utg., s. 141-152).

Studentlitteratur.

- Gamnes, S. (2017). Seksualitet og helse. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 2: Grunnleggende behov* (3. utg., s. 373-405). Gyldendal Akademisk.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017-2022). *Snakk om det!* Strategi for seksuell helse. https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf
- Helsedirektoratet. (2016). *Oppfølging og kontroll av brystkreft*. Brystkreft pakkeforløp. <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/brystkreft/oppfolging-og-kontroll-av-brystkreft>
- Helsedirektoratet. (2017). *Behandling av brystkreft*. Brystkreft pakkeforløp. <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/brystkreft/behandling-av-brystkreft>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Klaeson, K., Hovlin, L., Guvå, H. & Kjellsdotter, A. (2016). Sexual health in primary health care – a qualitative study of nurses’ experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 26(11-12), 1545–1554. <https://doi.org/10.1111/jocn.13454>
- Kristoffersen, N. J. (2017). Lidelse, mening og håp. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3.utg., s. 187-221). Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2017). Pasient og sykepleier – verdier og samhandling. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1: Sykepleie - fag og funksjon* (3. utg., s. 89-132). Gyldendal Akademisk.

- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A. & Grimsbø, G.H. (2017). Hva er sykepleie? I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G.H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1: Sykepleie - fag og funksjon* (3. utg., s. 15-27). Gyldendal Akademisk.
- Langhelle, T. H., Paulsen, A., Fredly, K. & Sekse, R. J. T. (2021). Sykepleiere kan hjelpe pasientene til bedre seksuell helse. *Sykepleien*, 109(83207), 34-4/ e-83207. 10.4220/Sykepleiens.2021.83207
- Molven, O. (2019). *Sykepleie og jus*. (6. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Reese, J. B., Sorice, K., Lepore, S., Daly, M. B., Tulsy, J. A. & Beach, M. C. (2019). Patient-clinician communication about sexual health in breast cancer: A mixed-methods analysis of clinic dialogue. *Patient education and counseling*. 102(3), 436-442. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.10.003>
- Sørensen, E. M., Lorvik, M. K., Erntsen, N. G. & Almås, H. (2016). Sykepleie ved brystkreft. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.) *Klinisk sykepleie bind 2*. (5. utg., s. 437-481). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. (K. M. Torbjørnsen, Overs.). Gyldendal akademisk. (Opprinnelig utgitt i 1999)
- Ussher, J., Perz, J. & Gilbert, E. (2013). Information needs associated with changes to sexual well-being after breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 69(2), 327–337. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06010>.
- World Health Organization. (26 mars 2021). *Breast cancer*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>

Östlundh, L. (2018). Informasjonssöking. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3.utg., s. 59-81). Studentlitteratur.

Aars, H. (2021). Hva er seksuell helse? *Sykepleien*, 109(83165), 26-31/ e-83165.
10.4220/Sykepleiens.2021.83165

VEDLEGG

Vedlegg 1. Søkelogg

Søkedato	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Antall valgte artikler
14.03.22	British nursing index	Information needs AND sexual health AND breast cancer	Inkludert: UK, US, Australia Fagfellevurdert. 2012-2022	145	7	3	1 (artikkel 1)
15.03.22	British nursing index	Mastectomy AND body image	Inkludert: UK, US, Australia, Sverige Fagfellevurdert. 2012-2022	37	10	5	2 (artikkel 2 & 3)
15.03.22	PubMed	Nurs* AND sexual education AND taboo	2012-2022 Full text English	8	3	1	1 (artikkel 4)
16.03.22	Cinahl	Sexual health AND taboo AND breast cancer OR mastectomy AND communication	2012-2022 Full text English Fagfellevurdert	40	8	4	1 (artikkel 5)

Vedlegg 2. Litteratormatrise

Forfatter(e) Årstall Tidsskrift Land	Artikkel - tittel	Hensikten med studien	Perspektiv (sykepleier/pasient/pårørende)	Metode og analyse	Utvalg/ populasjon	Hovedfunn/ resultater	Kvalitetsvurdering inkl. etiske overveielser
Artikkel 1: Ussher, J., Perz, J. & Gilbert, E (2013). <i>Journal of Advanced Nursing</i> Australia	Information needs associated with changes to sexual well-being after	Hensikten med studien var å undersøke informasjonsbehov om seksualitet, erfaring med å vedlikeholde og innhente	Sykepleie → pasientperspektiv	Metode: triangel gulering: Kvalitativ og kvantitativ	1965 deltakere med brystkreft som var medlem av nasjonal australsk brystkreftorganisasjon. 99,8% var	Studien kommer frem til at det er viktig med informasjon om seksuell helse og at 85% rapporterte at kreften hadde hatt innvirkning på deres seksualitet. Videre kommer det frem at tilbudet må	Studien brukte en nettbasert spørreundersøkelse over to uker med bruk av lukkede og åpne spørsmål. Etiske overveielser: anonyme svar og godkjent av

	breast cancer	slik informasjon og kommunikasjon med helsepersonell om seksualitet etter brystkreft.			kvinner Alder: 18-84 år	utvides og det presenteres spesifikke forslag for å forbedre informasjons tilbudet til pasientgruppen..	University Human Ethics Research Committee, og kun forskerteam hadde tilgang til informasjon.
Artikkel 2: Fallbjörk, U., Rasmussen, B. H., Karlsson, S. & Salander, P. (2013). <i>European Journal of Oncology Nursing.</i> Sverige	Aspects of body image after mastectomy due to breast cancer – A two-year follow-up study.	Hensikten med studien var å undersøke påvirkningen av kroppsbilde hos pasienter etter mastektomi	Pasientperspektiv	Kvalitativ	76 kvinner som gjennomgikk mastektomi i Nord- Sverige	Resultatet som kommer frem av studien viser til at det var liten forandring i kroppsbildet fra 10 måneder til to år etter mastektomien. Likevel så man en tydelig nedgang i seksuell helse. Studien belyser viktigheten av helsepersonells rolle i informasjonsformidling .	Studien tok i bruk LAM-skjema (Life after mastectomy). Studien var frivillig, basert på skriftlig informasjon, det var mulighet for å trekke seg når som helst. Kun forskerteam hadde tilgang til informasjonen. Alle deltakerne i studien ga frivillig samtykke. Studien ble godkjent av etikkomiteen ved det medisinske fakultet, Umeå universitetet.
Artikkel 3: Fallbjörk, U., Salander, P. & Rasmussen, B. H. (2012). <i>Cancer Nursing</i> Sverige	From “No Big Deal” to “Losing Oneself”: Different Meanings of Mastectomy.	Hensikten med studien var å undersøke betydningen mastektomi hadde i kvinnens liv, samt deres refleksjoner om valg av rekonstruksjon .	Pasientperspektiv	Kvalitativ	15 strategisk utvalgte kvinner fra en tidligere populasjonsstudie om mastektomi.	Det kommer frem totalt tre hovedfunn i studien. Det er opplevelsen av mastektomi som “no big deal”, opplevelsen av “losing oneself” og en opplevelse som befinner seg i et mellomstadium av de to overnevnte. Resultatene tyder på at opplevelsen av mastektomi er svært individuelt og kontekstuell	Det ble gjennomført fysiske intervjuer på 30-80 minutter 4,5 år etter mastektomi. Studien er godkjent av etikkomiteen ved det medisinske fakultet, Umeå universitetet.
Artikkel 4: Klaeson, K., Hovlin, L., Guvå, H. & Kjellsdotter, A. (2016). <i>Journal of Clinical Nursing</i>	Sexual health in primary health care – a qualitative study of nurses’ experiences.	Hensikten var å belyse sykepleieres erfaringer og muligheter til å diskutere seksuell helse med pasienter i	Sykepleieperspektiv	Kvalitativ	9 sykepleiere fra primærhelsetjenesten i Sverige	Resultater av studien viser at faktorer som: frykt, fordommer, personlige overbevisninger og institusjonelle rammer danner barrierer for sykepleieres kommunikasjon om seksuell helse.	Semistrukturerte intervjuer ble gjennomført. Deltakere fikk informasjon muntlig og skriftlig. Det var frivillig deltakelse og mulighet for å trekke

Sverige		primærhelsetjenesten.				Sykepleiere ønsker å jobbe mer aktivt med seksuell helse. Dette fordrer større fokus på seksuell helse på organisasjonsnivå, for å gi sykepleierne mulighet til å jobbe med sitt yrke, omsorg.	seg når som helst. Informasjonen ble håndtert som konfidensielt og anonymt. Etisk godkjent etter svensk lov.
Artikkel 5: Reese, J. B., Sorice, K., Lepore, S., Daly, M. B., Tulskey, J. A. & Beach, M. C. (2019). <i>Patient education and counseling.</i> USA	Patient-clinician communication about sexual health in breast cancer: A mixed-methods analysis of clinic dialogue.	Hensikten med studien var å undersøke utbredelsen og innholdet i kommunikasjonen om seksuell helse mellom sykepleier og brystkreftpasienter.	Sykepleie → pasientperspektiv	Kvantitativ	67 kvinnelige brystkreftpasienter og 7 klinikere.	Resultatene av studien viser at i 22 av tilfellene hvor pasienter hadde rapportert seksuelle bekymringer, var det i to av tilfellene sykepleier som initierte samtalen. De vanligste diskusjonene omhandlet seksuell inaktivitet, kroppsbilde, vaginal tørrhet og trygghet under seksuell aktivitet.	Pasienten og deres historie var ikke identifiserbare, og derav anonyme Lyddopptak tatt opp under besøk hos klinker, etterfulgt av et spørreskjema som både pasienten og klinker selv fylte ut. Dette har vist seg å være en pålitelig og gyldig måte å innhente informasjon om seksuelle utfordringer. Studien ble godkjent av Institutional Review Board ved Fox Chase Cancer Center