

[Kandidatnummer: 1645 + 1618 + 1728]

BSYBAC_6

Bacheloroppgave i Sykepleie

Behovet for informasjon om seksuell helse ved brystkreft



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

[Stavanger, 03.01.2023]

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

Sammendrag

Bakgrunn:

Brystkreft er den hyppigste formen for kreft hos kvinner i Norge. Da overlevelsesraten er høy vil flere brystkreftpasienter ha behov for individuell oppfølging av sin seksuelle helse. I praksisutøvelse har vi erfart at seksualitet ofte blir glemt som et grunnleggende behov og at sykepleiere ikke har nok kunnskap. En konsekvens av dette kan være at pasienten sitt informasjonsbehov omkring sin seksuelle helse blir forsømt.

Hensikt:

Hensikten med oppgaven er å beskrive hvordan sykepleiere kan ivareta informasjonsbehovet omkring temaet seksuell helse hos kvinner under og i etterkant av behandling for brystkreft. Videre ønsker vi å belyse hvilke utfordringer sykepleier opplever i samtaler om seksuell helse med denne pasientgruppen.

Metode:

I denne oppgaven er litteraturoversikt brukt som metode, der fire forskningsartikler ble valgt ut og analysert. Resultatene i forskningsartiklene og relevant bakgrunns litteratur er brukt til å besvare oppgaven.

Resultat:

Resultatene viser at sykepleiere mangler kompetanse om seksuell helse ved brystkreft og er usikre i samtaler. Disse utfordringene har innvirkning på ivaretagelsen av brystkreftpasienters informasjonsbehov.

Nøkkelord: Sykepleie, seksuell helse, brystkreft, sykepleie funksjon, kunnskap, ferdigheter, informasjonsbehov, utfordringer, kommunikasjon, kartlegging, tiltak, rutiner, relasjon.

Innhold

1.0 INNLEDNING	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema	5
1.2 Problemformulering	5
1.3 Hensikt	6
2.0 TEORI	7
2.1 Seksuell helse ved brystkreft.....	7
2.2 Sykepleierens pedagogiske funksjon	8
2.2.1 <i>PLISSIT-modellen</i>	9
2.3 Sykepleieteori.....	10
3.0 METODE	11
3.1 Litteratursøk	11
3.1.1 <i>Valg av søkestrategi</i>	11
3.1.2 <i>Valg av databaser</i>	12
3.1.3 <i>Valg av søkeord</i>	12
3.1.4 <i>Valg av artikler</i>	12
3.2 Analyse.....	14
4.0 RESULTAT	16
4.1 Sykepleietiltak knyttet til pasientens informasjonsbehov	16
4.1.1 <i>Individuell informasjon til rett tid</i>	16
4.1.2 <i>Tillit og anerkjennelse</i>	17
4.1.3 <i>Involvering av partner</i>	17
4.2 Sykepleiers utfordringer	17
4.2.1 <i>Usikkerhet</i>	17
4.2.2 <i>Manglende kompetanse</i>	18

5.0 DISKUSJON	20
5.1 Metodediskusjon	20
5.1.1 Land og forskningsarena for studiene	20
5.1.2 Forskernes bakgrunn	20
5.1.3 Studiens deltakere.....	20
5.1.4 Kvantitativ og kvalitativ metode	21
5.1.5 Litteraturoversikt som metode	22
5.2 Resultatdiskusjon	23
5.2.1 Viktige forhold for ivaretagelse av informasjonsbehovet omkring seksuell helse til brystkrefttrammede pasienter	23
5.2.2 Sykepleiers utfordringer i møte med seksuell helse.....	26
6.0 KONKLUSJON OG ANVENDELSE I PRAKSIS	29
LITTERATUR	30

Vedlegg 1. Søkelogg

Vedlegg 2. Litteraturmatrise

Antall ord: 7383

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Brystkreft er den hyppigste formen for kreft hos kvinner, både nasjonalt og internasjonalt (Sørensen, et al. 2017, s. 437). I 2021 ble 3991 kvinner diagnostisert med brystkreft i Norge. Ni av ti kvinner som rammes av brystkreft er i live fem år etter diagnosen (kreftregisteret, 2022). Da overlevelsesraten er høy vil flere brystkreftpasienter ha behov for individuell oppfølging av sin seksuelle helse. Flere kvinner vil oppleve endringer ved sin seksuelle helse i møte med sykdommen og behandlingen (Gamnes, 2016, s. 397). Sykepleiere har derfor et ansvar for å imøtekomme pasientens informasjonsbehov og plikt til å informere etter helsepersonelloven § 10 (Helsepersonelloven, 1999, § 10).

Gjennom praksis har vi erfart at seksualitet blir lite snakket om med pasientene og blant kollegaer. Ved inntakssamtaler blir funksjonsområdet «seksualitet og reproduksjon» ofte fjernet eller bare brukt til å kartlegge reproduksjon. Vi opplever derfor at seksualitet ofte blir glemt som et grunnleggende behov og sykepleier bidrar derfor sjeldent til å ivareta dette behovet. På bakgrunn av dette ønsker vi å tilegne oss ny kunnskap for å identifisere utfordringene som hindrer samtale om seksuell helse. Samt å bidra til fremme økt bevissthet og åpenhet omkring seksuell helse i vårt framtidige arbeid.

1.2 Problemformulering

Forskning viser at sykepleiere ofte ikke gir den nødvendige informasjonen de plikter å gi som følge av usikkerhet, tidspress og manglende kompetanse om seksuell helse (Canzona et al., 2016; Den Ouden et al., 2019; Ussher et al., 2012; Winterling et al., 2019). Kvinnelige brystkreftpasienter kan dermed ende opp med å ikke få ivaretatt sitt informasjonsbehov omkring endringer av sin seksuelle helse. Pasientene risikerer også å ikke bli forberedt på endringene og leve med utfordringer de ikke er klar over henger sammen med deres seksuelle helse (Gamnes, 2016, s. 401).

Det er behov for ny kunnskap om hvordan sykepleiere kan ivareta pasientens informasjonsbehov omkring seksuell helse. Ny kunnskap kan bidra til å danne nye rutiner og tiltak for å redusere utfordringene sykepleieren møter omkring seksuell helse. Vi antar at dette kan gjøre sykepleieren

bevisst på seksuell helse som problemområde, tryggere i samtaler med pasienten og bevisste på deres ansvar for å gi tilrettelagt informasjon.

1.3 Hensikt

Hensikten med oppgaven er å beskrive hvordan sykepleier kan ivareta informasjonsbehovet omkring temaet seksuell helse hos kvinner under og i etterkant av behandling for brystkreft. Videre ønsker vi å belyse hvilke utfordringer sykepleier opplever i samtaler om seksuell helse med denne pasientgruppen.

2.0 TEORI

2.1 Seksuell helse ved brystkreft

Brystkreft er den formen for kreft som er hyppigst hos kvinner i Norge. Symptomene kommer ofte veldig sent i sykdomsforløpet, og viser seg ofte ikke før det er dukket opp en kul i brystet eller når kreften allerede har metastasert til andre organer (Schlichting, 2017, s. 446-447). Det er flere muligheter for behandling av brystkreft. Blant disse inngår kirurgisk behandling i form av brystbevarende operasjon, fjerning av hele brystet og aksilleoperasjon. Adjuvant behandling brukes også ved brystkreft, først og fremst hos dem det ikke er påvist metastaser for å øke helbredelsen. Adjuvant behandling er en tilleggsbehandling etter den kirurgiske behandlingen. Dette kan være strålebehandling, cytostatika, endokrin behandling eller hormonbehandling. Valg av adjuvant behandling blir gjort på bakgrunn av kreftforløpet til den individuelle pasienten og den kirurgiske behandlingen pasienten har fått (Schlichting, 2017, s. 448-451).

Ettersom diagnostikken skjer tidligere og behandlingen har blitt bedre har overlevelsesraten blitt høyere. Med bedre behandling og høyere overlevelse vil flere kvinner leve med bivirkninger etter behandlingen. Dette kan være kronisk tretthet, konsentrasjonsproblemer, forandret hudfølelse, vektoppgang, lymfødem, angst og depresjon (Sørensen et al., 2017, s. 440). Behandling av brystkreft kan derfor påvirke den seksuelle helsen med fysiske endringer som kan vare i årevis etter behandlingen. Videre kan også kroppsbildet til kvinnen bli påvirket av sykdommen. Dersom sykepleiere har nok kunnskap om seksuell helse, kan de bidra til at det blir en ressurs hos pasienten. Ved å bruke seksuell helse som ressurs kan pasienten opprettholde og ivareta livskvaliteten til den enkelte. Det er også viktig med kunnskap da pasientene forventer å få nødvendig informasjon om hvordan brystkreft kan påvirke den seksuelle helsen (Mobekk & Willems, 2022, s. 1-3).

Helse- og omsorgsdepartementet definerer seksuell helse slik:

«Seksuell helse kan defineres som fysisk, mentalt og sosialt velvære relatert til seksualitet. God seksuell helse er en ressurs og beskyttelsesfaktor som fremmer livskvalitet og mestringsferdigheter. Seksualitet omfatter følelser, tanker og handlinger, i tillegg til det fysiologiske og fysiske». (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 7)

Ved brystkreft kan kvinnen oppleve å gå gjennom en psykologisk problematikk omkring utseende og kvinnelighet. Brystet er en del av følelseslivet, og konsekvenser av å skjære i dette organet kan føre til angst og depresjon. Brystkreft medfører ofte kroppslige og fysiske endringer

som kan ha negative konsekvenser for kvinnen ved seksuallivet. Pasienten trenger støtte fra en eventuell partner, da hennes seksuelle funksjon kan bli påvirket. Pasient og partner har derfor begge behov for informasjon og oppfølging for å håndtere mulige endringer som kan komme av brystkreft. Dette krever at sykepleier gir tilrettelagt informasjon og møter pasienten på hennes premisser (Sørensen et al., 2017, s. 440-442).

2.2 Sykepleierens pedagogiske funksjon

Sykepleiere har spesifikke funksjons- og ansvarsområder som preger måten han eller hun tilnærmer seg og ivaretar pasienter. De beskrives i lover, regler og yrkesetiske retningslinjer som regulerer sykepleieutøvelsen (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 21-22). I arbeid med pasienter skal helsepersonell forsikre seg at pasienter får den informasjonen og veiledningen de har rett på (Molven, 2019, s. 26). Dessuten har sykepleieren en undervisende funksjon som innebærer et ansvar om å informere, undervise og veilede pasienter og pårørende. Dette skal skape trygghet, og hjelpe pasienten å mestre og forstå konsekvensene av sykdom og behandling (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 23). Sykepleiere må også forholde seg til plikter som er nedfelt i lovverket. I Helsepersonelloven (1999, § 10) står det at helsepersonell har plikt til å gi den nødvendige informasjonen pasienten har krav på etter Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 til 3-4. Dette omfatter at de skal informere pasienten om diagnose, prognose, undersøkelse og behandlingstiltak. Denne informasjonen skal bidra med å gi pasienten innsikt i sin helsetilstand og hva helsehjelpen innebærer for å kunne ivareta sine rettigheter (Molven, 2019, s. 175). Det stilles også krav til at denne informasjonen blir gitt på en hensynsfull måte og er tilrettelagt den enkelte (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-5).

I samtaler om seksuell helse med brystkreftpasienter vil sykepleieres profesjonalitet være avgjørende for å sikre god kommunikasjon med pasienten. Det kan også være nyttig og ha et bevisst og reflektert forhold til egne holdninger og erfaringer for å kunne være fordomsfri og imøtekommende i kommunikasjon om seksualitet og seksuell helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 27). Ved å stille det rette spørsmålet og følge dette opp nonverbalt og verbalt på måter som skaper trygghet, kan dette bidra til samtaler som utfordrer pasienten til å dele tanker og følelser omkring noe som er uklart (Eide & Eide, 2018, s. 191-192). En forutsetning for personorientert kommunikasjon er å lytte aktivt til det som blir sagt og det som vises med kroppsspråk. Dette innebærer at sykepleier møter pasienten med åpenhet og

anerkjennelse. Det er viktig å være aktivt lyttende til stede for pasienten, slik at hun opplever å bli sett, hørt og forstått ved samtaler (Eide & Eide, 2017, s. 17).

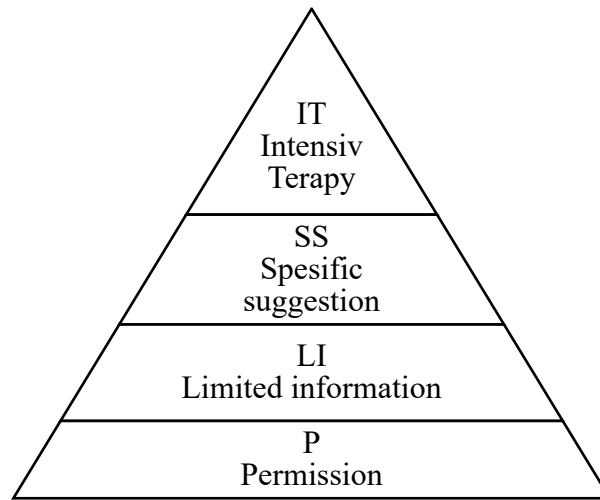
Sykepleiere trenger fem grunnleggende kvalifikasjoner for å hjelpe pasienter med den seksuelle helsen. Sykepleieren trenger selverkjennelse og trygghet i egen seksualitet. Det er viktig å akseptere at seksualitet er et viktig tema innenfor sykepleie og kunne være villig til å arbeide med pasienter som uttrykker sin seksualitet på ulike måter. I tillegg er det også en forutsetning at sykepleieren har grunnleggende kunnskap om seksualitet, og hvordan ulike diagnoser og behandlinger kan påvirke seksualitet og seksuell funksjon. I samtaler om seksuell helse er det også sentralt å ha gode kommunikasjonsferdigheter. Til slutt må sykepleieren legge merke til om pasienten og familiemedlemmer har behov for en samtale om seksualitet utover skriftlig informasjon (Kozier et al., 2000, s. 924).

2.2.1 PLISSIT-modellen

PLISSIT-modellen er en rådgivningsmodell som brukes til veiledning ved samtaler om seksuell helse med den enkelte. Denne beskriver hvordan helsearbeidere kan gå fram ved samtale og behandling av seksuell helse. Den gir også en oversikt over hvor mange som har behov for rådgivningen på de ulike nivåene i pyramiden. Fra alle på det nederste nivået til få på det øverste nivået i pyramiden i illustrasjon 1 (Gamnes, 2016, s. 399).

Modellen deles inn i permission, limited information, specific suggestions og intensive therapy. P-nivået (permission) innebærer å gi tillatelse og rom for å snakke om seksualitet. Dette nivået krever ingen utdanning eller spesielt behandlingssted. Men det kreves trygghet og hensyn til å snakke om seksualitet og alle kan legge til rette for samtaler. LI-nivået (limited information) handler om å gi begrenset informasjon som er generell, saklig og enkel. SS-nivået (specific suggestions) er et nivå som krever kunnskap og kjennskap for å kunne gi spesifikke råd om den enkelte sin situasjon. For å kunne gi råd på dette nivået er det nødvendig å tilegne seg mer kunnskap fordi grunnutdanninger ofte ikke dekker dette. På IT-nivået (intensive therapy) er det få som har behov for spesialisert behandlingstilbud som for eksempel ved spesielle seksuelle dysfunksjoner. Dette krever at helsepersonellet har spesialkompetanse i psykoterapi og sexologi (Gamnes, 2016, s. 400).

Illustrasjon 1



(Gannes, 2016, s. 399)

2.3 Sykepleieteori

Joyce Travelbee er en tidligere amerikansk psykiatrisk sykepleier og lærer i sykepleierutdanningen. Travelbee beskriver at hensikten med sykepleie handler om å hjelpe både den hun har omsorg for, familien og samfunnet til å mestre erfaringene og opplevelsene i møte med sykdom. Teorien trekker frem å danne et menneske til menneske forhold, å se enkelt mennesket og bruke seg selv terapeutisk for å hjelpe de å finne håp, lindre og mestre deres sykdom og lidelse (Travelbee, 1999, s. 41).

Hensikten med sykepleien kan nås gjennom å danne et menneske til menneske forhold. Dette innebærer at erfaringer eller opplevelser deles mellom sykepleieren og den han eller hun har omsorg for. Disse erfaringene eller opplevelsene gjør at den sykepleier har omsorg for, får ivaretatt sine behov (Travelbee, 1999, s. 41). Menneske til menneske forholdet omhandler også at sykepleier bruker kommunikasjon som et hjelpemiddel. I møtet mellom sykepleier og den hun har omsorg for vil det foregå kommunikasjon. Dette skjer i form av ansiktsuttrykk, atferd, utseende, holdning, manerer og gester. Den kan både være bevisst og ikke bevisst mellom sykepleieren og den syke. Gjennom interaksjonen vil sykepleier kunne bli kjent med den syke, ivareta han eller hennes behov og kunne danne menneske til menneske forholdet (Travelbee, 1999, s. 135). Forutsetningen for at sykepleier kan tilegne seg kommunikasjonsferdighetene er å bruke seg selv terapeutisk og ha en målrettet intellektuell tilnærming til problemer. Travelbee beskriver dette som livslang prosess med læring av ferdighetene (Eide & Eide, 2018, s. 367).

3.0 METODE

I dette kapitlet tar vi for oss hva metode er og presenterer metodevalget for oppgaven. Videre vil vi presentere litteratursøket og analyseprosessen.

Metode er en fremgangsmåte og et redskap som hjelper oss å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Den forteller hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap (Dalland, 2020, s. 53). I denne oppgaven bruker vi litteraturoversikt som metode. Dette innebærer å bruke eksisterende kunnskap for å skape en helhet innenfor et sykepleiefaglig område. Dette gjøres ved å anvende tidligere kunnskap, forstå resultatet og skape en oversikt over kunnskapen (Friberg, 2017, s. 141-143).

Kvalitative og kvantitative metoder er orienterte metoder som har ulike fremgangsmåter. På hver sin måte gir det oss innsikt i ulike deler av samfunnet vårt, og hvordan enkeltmennesker, grupper og institusjoner samhandler. Forskjellen mellom disse metoderetningene er først og fremst knyttet til måten en innhenter data på. Ved kvantitative metoder ser forskeren på fenomenet utenfra og samler inn data uten direkte kontakt. Dette kan være gjennom spørreundersøkelse eller systematiske og strukturerte observasjoner. Dataene blir gitt i form av tall, det som er målbart. Tallene gir forskeren mulighet til å foreta et kalkulert resultat for å få frem det gjennomsnittlige og representative for en større gruppe (Dalland, 2020, s. 54-55).

Ved de kvalitative metodene skjer datainnsamlingen i direkte kontakt med forskningsfeltet, ofte ved bruk av intervju med ufaste svaralternativer eller ustrukturerte observasjoner. Her tar forskeren sikte på å samle inn data for å få fram en helhet og sammenheng. Denne metoden går i dybden og får fram det som er spesielt eller avvikende. Den fanger opp meninger og opplevelser som ikke er mulig å fange opp ved bruk av tall eller målinger (Dalland, 2020, s. 54-55).

3.1 Litteratursøk

3.1.1 Valg av søkestrategi

For å finne artikler som svarer på hensikten, har vi benyttet strukturerte litteratursøk. Ved bruk av et strukturert søk, avgrenses søket ved hjelp av ulike kriterier (Dalland, 2020, s. 148). Vi har valgt å avgrense søket til et 10 års tidsspenn for å finne forskning fra nyere tid. Da sykepleievitenskapelig forskning er i stadig utvikling, kan avgrensingen sikre funn av artikler

som er relevante i dag. Det var også ønskelig å finne kvalitetssikrede og troverdige artikler. Søket ble derfor avgrenset til engelskspråklige peer reviewed artikler. Videre ble snøballmetoden også benyttet parallelt med strukturerte søk. Pensumbøker ble brukt for å finne supplerende ord og uttrykk. Vi supplerte søket med uttrykk som «quality of life» og «sexual well-being» for å få et større søk.

3.1.2 Valg av databaser

De vitenskapelige artiklene ble hentet inn fra databasene Cinahl og Oria. Dette er databaser som dekker tidsskrifter innen sykepleie og helsefag, og anses derfor som relevant for vår hensikt. Idunn og PubMed ble også brukt under søkeprosessen, men ble etterhvert ekskludert på grunn av få relevante funn. Databasene ble funnet gjennom Oria som er Universitetsbibliotekets søkedatabase.

3.1.3 Valg av søkeord

For å finne vitenskapelige artikler utformet vi strukturerte søk med nøkkelord fra hensikten. Ordene som ble inkludert var sykepleier, seksuelle dysfunksjoner, brystkreft og oppfølging. Deretter ble de oversatt til fagspråklige engelsk ord ved hjelp av Mesh, for å oppnå et bredere treff. I søket ble OR brukt mellom synonymer og AND for å kombinere ordene i søket. I tillegg anvendte vi frasesøk, som «sexual function» for at ordene skulle henge sammen. Trunkering ble også brukt for å finne ulike variasjoner av et ord, for eksempel nurs*. Underveis i søkeprosessen ble hensikten utformet, og 4 vitenskapelige artikler ble valgt ut. Vedlegg 1 viser søkeloggen og inneholder søkeordene, antall treff og valgte artikler.

3.1.4 Valg av artikler

Underveis i søkeprosessen ble inklusjons- og eksklusjonskriterier avklart og artikler som var lite relevante for hensikten ble ekskludert. Inklusjons- og eksklusjonskriteriene er fremstilt i tabell 1. Artikler eldre enn 10 år ble ekskludert, for å finne forskning som er relevant i dag. Vi ønsket også å finne forskning fra land som kunne sammenlignes med det norske helsevesenet. Artikler fra ikke-vestlige land ble derfor ekskludert. Vi har videre valgt å utelukke menn fordi majoriteten av diagnostiserte brystkreftpasienter er kvinner.

Da vi leste gjennom artiklene så vi etter en tydelig IMRaD-struktur. IMRaD-strukturen er bygd opp av innledning, metode, resultat og diskusjon. Dette er en mye brukt norm for

forskningsartikler, derfor ble artikler med annen oppbygning lagt bort (Dalland, 2020, s. 157). Vi har valgt å inkludere både kvantitative og kvalitative artikler. Vi ønsket å undersøke pasienters meninger og opplevelse av informasjon om seksuell helse ved brystkreft, og utfordringene sykepleiere opplever i møte med dette. Ved å bruke en kombinasjon av kvalitative og kvantitative artikler får vi både innblikk i opplevelser, meninger og statistikk som kan belyse hensikten. Statistikk kan blant annet vise om informasjonsbehovet til pasientene blir ivaretatt og hvor mange som ønsker informasjon. Vi har på bakgrunn av dette valgt ut fire artikler med pasient- eller sykepleier perspektiv. De valgte artiklene er fremstilt i tabell 2.

Tabell 1 – Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"> - IMRaD-struktur - Kvalitativ eller kvantitativ metode - Kvinnelige brystkreftpasienter - Seksuell helse 	<ul style="list-style-type: none"> - Forskning eldre enn 10 år - Forskning som utelukkende omhandler brystkreft hos menn - Forskning fra ikke-vestlige land

Tabell 2 – Artikler brukt i oppgaven

Forfattere, årstall, tittel	Tema	Hensikt	Perspektiv	Metode
Canzona, M. R., Garcia, D., Fisher, C. L., Raleighs, M., Kalish, V. & Ledford, C. J. W. (2016) Communication about sexual health with breast cancer survivors: Variation among patient and provider perspectives	Kommunikasjon om seksuell helse mellom sykepleier og pasient	Hensikten med artikkelen var å undersøke om ulike kommunikasjonsmåter fungerte bra eller dårlig i samtaler om seksuell helse med brystkreftpasienter.	Pasient og sykepleier	Kvalitativ tilnærming med et semistrukturert intervju. Tematisk analyse av kvalitative data ved bruk av en systematisk sammenlignende metode.
Ussher, J. M., Perz, J. & Gilbert, E. (2012) Information needs associated with changes to sexual well-being after breast cancer	Pasientens informasjonsbehov om seksuell helse etter brystkreft	Hensikten med artikkelen var å finne pasientens behov for informasjon om endringer ved den seksuelle helsen etter brystkreft	Pasient	Kvantitativ og kvalitativ tilnærming. Nettundersøkelse Tematisk analyse av kvalitative data og data analyse av kvantitative data

<p>Winterling, J., Lampic, C & Wettergren, L. (2019)</p> <p>Fex-Talk: a Short Educational Intervention Intended to Enhance Nurses' Readiness to Discuss Fertility and Sexuality with Cancer Patients</p>	<p>Undervisningsprogram med sykepleiere om seksuell helse til kreftpasienter</p>	<p>Å forbedre sykepleiernes kunnskap om seksuell helse i møte med kreftpasienter ved hjelp av et undervisningsprogram.</p>	<p>Sykepleier</p>	<p>Kvalitativ metode</p> <p>Samlet inn 194 muntlige og skriftlige tilbakemeldinger fra deltakere og 46 felt notater fra lærere etter 5 arrangement.</p>
<p>Den Ouden, M.E.M., Pelgrum-Keurhorst, M. N., Uitdehaag, M. J. & De Vocht, H. M. (2019)</p> <p>Intimacy and sexuality in women with breast cancer: professional guidance needed</p>	<p>Pasientenes ønsker om ulik informasjon ved den seksuelle helsen</p>	<p>Finne ut hvilken informasjon kvinner med brystkreft ønsker om seksuell helse</p>	<p>Pasient</p>	<p>Kvantitativ og kvalitativ Spørreundersøkelse</p>

3.2 Analyse

«Analysarbeidet kan beskrivas som en rörelse från helheten till delarna, och därifrån till en ny helhet» (Friberg, 2017, s. 135). Vi startet analysearbeidet med å lese gjennom de utvalgte artiklene, for å få en helhetlig forståelse av innholdet. Videre ble resultatdelen i artiklene vektlagt, etterfulgt av en datareduksjon. Vi benyttet ulike fargekoder i artiklene for å identifisere nøkkelfunn og lignende temaer. Vi fant nøkkelfunn som ble sammenlignet samt likheter og ulikheter ble identifisert. Først fant vi underkategoriene barrierer, kommunikasjonsmetoder og relasjon mellom pasient og sykepleier. Disse ble plassert i foreløpige hovedkategorier som kunnskap og ferdigheter, og kommunikasjon og informasjon. Når alle resultatene falt på plass, kunne vi forbedre temaene og kategorisere resultatene på en ny og mer hensiktsmessig måte. Til slutt endte vi med hovedkategoriene sykepleietiltak knyttet til pasientens informasjonsbehov og sykepleiers utfordringer. Individuell informasjon til rett tid, tillit og anerkjennelse, involvering av partner, usikkerhet og manglende kompetanse hos sykepleierne ble plassert i underkategorier og ansett som hensiktsmessige. De to hovedkategoriene og fem underkategoriene blir fremstilt i Tabell 3.

Tabell 3 – Nøkkelfunn

Hovedkategorier	Underkategorier
Sykepleietiltak knyttet til pasientenes informasjonsbehov	<ul style="list-style-type: none">❖ Individuell informasjon til rett tid❖ Tillit og anerkjennelse❖ Involvering av partner
Sykepleiers utfordringer	<ul style="list-style-type: none">❖ Usikkerhet❖ Manglende kompetanse

4.0 RESULTAT

Nedenfor presenteres nøkkelfunnene fra de fire analyserte forskningsartiklene. Disse resultatene er valgt ut fordi de beskriver informasjonsbehovet om seksuell helse hos kvinner som har gjennomgått behandling for brystkreft. I tillegg belyses hvilke utfordringer sykepleier opplever i samtaler om seksuell helse med denne pasientgruppen.

4.1 Sykepleietiltak knyttet til pasientens informasjonsbehov

4.1.1 Individuell informasjon til rett tid

Informantene i to av studiene påpekte betydningen av individuell informasjon omkring seksuell helse (Canzona et al., 2016; Ussher et al., 2012). Å lytte til pasientenes historier var viktig for å imøtekomme deres individuelle behov. I studien til Ussher et al. (2012, s. 331) hadde kun 41% av deltakerne mottatt informasjon om ivaretagelse av seksuell helse etter brystkreft. Informasjonen som var tilgjengelig var heller ikke rettet mot deres spesifikke utfordringer. Enkelte informanter opplevde at deres behov og bekymringer rundt seksualitet ikke ble tatt på alvor av helsepersonellet grunnet alder og sivilstatus (Canzona et al., 2016; Ussher et al., 2012). Behovet for individuell informasjon kommer tydelig fram i sitatet til denne informanten: «Haven't found anything specific to my problems; 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., 2012, s. 331).

Behov for å motta informasjon på ulike tidspunkt i behandlingsforløpet, kom også fram i studien til Den Ouden et al. (2019, s. 328-329). Flere kvinner foreslo at informasjon om potensielle seksuelle endringer under behandlingen kunne redusere lidelsen. Det kunne også gjøre dem forberedt på mulige fysiske og psykiske endringer samt endringer som kunne oppstå i forholdet til partneren. Andre informanter ønsket å få informasjon først når de var klar for det og hadde merket behovet. En av kvinnene uttrykker dette slik: «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 the treatment the problems became more clear...» (Den Ouden et al., 2019, s. 328-329).

4.1.2 Tillit og anerkjennelse

Informantene vektla sterkt betydningen av tillit og anerkjennelse i samtaler om sin seksuelle helse (Canzona et al., 2016; Den Ouden et al., 2019). Tillit ble oppgitt som en hovedforutsetning for samtalerne. Kvinnene ønsket å bli møtt med interesse og omsorg, og følte seg ivaretatt når helsepersonellet anerkjente utfordringene som kunne påvirke den seksuelle helsen ved brystkreft. Kvinnene mente det var oppmuntrende når helsepersonellet kommuniserte med medfølelse og empati (Canzona et al., 2016; Den Ouden et al., 2019). Sitatet under viser hvordan en av deltakerne ønsket at helsepersonell skulle snakke med henne om hennes seksuelle helse; «I know how important this is. I want to help you.» (Canzona et al., 2016, s. 1816).

4.1.3 Involvering av partner

73,3% av deltakerne i studien til Ussher et al. (2012, s. 330) ønsket at partneren fikk informasjon om den seksuelle helsen ved brystkreft. 51,6% av kvinnene i en annen studie ønsket å motta informasjon om seksualitet og intimitet sammen med sin partner (Den Ouden et al., 2019, s. 329). Pasientene rapporterte at det var viktig for dem at deres partnere fikk den samme informasjonen om mulige seksuelle utfordringer knyttet til sykdommen og behandlingen. Sitatet viser at dette var viktig for informanten og hennes partner: «For me my physical and psychological complaints were clear, however, for my partner it was very important to be informed by a professional and how he/we can cope with these complaints» (Den Ouden et al., 2019, s. 329). Tilstedeværelse av partner under samtaler kunne forbedre kommunikasjonen om seksualitet og intimitet i parforholdet. På tross av dette forteller pasientene at helsepersonellet ikke vektla hvordan endringer ved den seksuelle helsen kunne påvirke forholdet (Den Ouden et al., 2019, s. 329).

4.2 Sykepleiers utfordringer

4.2.1 Usikkerhet

Sykepleierne opplevde usikkerhet omkring samtaler om den seksuelle helsen til de brystkreftrammede kvinnene (Canzona et al., 2016; Winterling et al., 2019). Sykepleierne opplevde usikkerhet og vanskeligheter med å initiere til samtaler om temaet. Denne usikkerheten kom til uttrykk både nonverbalt eller ved at helsepersonell sa direkte til pasienten at det var ukomfortabelt og endret temaet i samtalen. Pasientene uttrykte også at sykepleierne kunne

oppleves usikre. En av pasientene fortalte: «They [providers] need to learn how to talk about these things without turning red, which is what my internist does. He turns bright red and then you're like, 'oh I better drop this» (Canzona et al., 2016, s. 1818).

I en av studiene fikk sykepleierne i «hjemmelekse» å starte en samtale om seksuell helse med aktuelle pasienter på sin arbeidsplass (Winterling et al., 2019, s. 542). Flere av deltagerne gjennomførte ikke «leksen». De begrunnet dette med tidspress, tilstedeværelse av partner, mangel på samtalerom og manglende rutiner på avdelingen. Noen av deltakerne sa at samtale om seksuell helse ikke var en del av den vanlige praksisen, de var derfor usikre på når og hvordan de skulle gjøre det (Winterling et al., 2019, s. 542).

4.2.2 Manglende kompetanse

Flere av sykepleierne uttrykte manglende kunnskap om endring av seksuell helse under og etter kreftbehandling (Winterling et al., 2019, s. 541). Flere av informantene hadde behov for mer kunnskap om mulige seksuelle utfordringer ved kreft. Ved økt kunnskap mente sykepleierne at de lettere kunne imøtekomme pasientenes behov. I tillegg rapporterte de at slik kunnskap var med på å bygge opp trygghet og selvtillit i samtale om seksualitet med pasientene. Sykepleierne uttrykte at økt kunnskap gjorde dem mer oppmerksomme på pasientenes seksuelle helse (Winterling et al., 2019, s. 541).

Dårlige eller manglende kommunikasjonsferdigheter gjenspeilet seg også hos sykepleierne (Canzona et al., 2016, s. 1816-1818). Dette kom frem gjennom deres kommunikasjonsatferd. De brukte ubevisst avledningsmanøvre som hindret pasientens mulighet til å snakke om problemene omkring sin seksuelle helse (Canzona et al. 2016, s. 1818). En av pasientene fortalte om hvordan hun ble møtt i en samtale som medførte at hun opplevde seg både avvist og ikke tatt på alvor: «I said I can't deal with all this change in my body' and she [the provider] said, 'but change is good for you.' I'm thinking 'Not this kind of change.'» (Canzona et al., 2016, s. 1817).

Etter deltakelse i et undervisningsprogram omkring temaet, oppga sykepleiere at de hadde fått økt trygghet og bevissthet om seksualitet som et viktig problemområde etter kreftbehandling (Winterling et al., 2019, s. 541). Dette kommer fram i følgende sitat: «I learned not to ignore these issues because they seem uncomfortable. I must dare to ask questions and find

[Kandidatnummer: 1645 + 1618 + 1728]

opportunities to raise questions about sexuality and fertility... We must become better and dare to take such a step!» (Winterling et al., 2019, s. 541).

5.0 DISKUSJON

I følgende kapittel vil vi diskutere styrker og svakheter ved oppgavens metode og foreta kildekritikk av valgte forskningsartikler. Videre blir resultatene drøftet med teori for å beskrive hvordan sykepleier kan ivareta informasjonsbehovet omkring seksuell helse hos kvinnelige brystkreftpasienter og belyse utfordringer sykepleier opplever i samtaler om seksuell helse.

5.1 Metodediskusjon

5.1.1 Land og forskningsarena for studiene

Studiene som er inkludert i oppgaven har opprinnelse fra Nederland, Sverige, Australia og USA. Disse landene har likhetstrekk med det norske helsevesenet og anses derfor som relevante. Forskningen er ikke avgrenset til en forskningsarena, fordi vi ønsket å undersøke pasienters informasjonsbehov gjennom hele behandlingsforløpet. Vi har derfor valgt artikler som ikke spesifiserer arena og kan svare på hensikten.

5.1.2 Forskernes bakgrunn

For å vurdere artikkelens gyldighet har forfatternes faglige bakgrunn, erfaringer og relevans for sykepleie blitt undersøkt. Samtlige av forfatterne hadde erfaring eller fagkunnskap innenfor helse relaterte fag. I tillegg hadde flere forskerkunnskap fra doktorgrad. Flere av forfatterne var også professorer eller førsteamanuensis innenfor sykepleie, seksualitet, helsekommunikasjon eller kreftomsorg. Artikkene ble derfor vurdert som gyldige og relevante for sykepleie.

5.1.3 Studiens deltakere

Informantene i artikkene var sykepleiere, leger og pasienter. Sykepleierne i studiene ble rekruttert gjennom videreutdanning i kreftsykepleie eller som ansatte på sykehus. Legene ble også rekruttert som ansatte på sykehus. Pasientene var hovedsakelig kvinner og ble rekruttert fra brystkreftorganisasjoner eller med flygerbrev. Vi mener at resultatene kunne ha blitt annerledes dersom deltakerne ikke hadde vært organisert. Da organiserte deltakere kan være mer engasjert i temaet. Dette kan anses som en mulig svakhet for oppgaven.

Flertallet av artikkene hadde et større antall deltagere og anses derfor som representative for oppgaven. Antall deltakere varierte fra 80 til 1965. I studien til Canzona et al. (2016) var 40 av informantene helsepersonell og 40 pasienter. Ved flere deltakere mener vi at resultatene sannsynligvis hadde blitt mer holdbare, da flere ulike oppfatninger og erfaringer kunne kommet

frem. Det var også et lavt antall sykepleiere som deltok i studien. Vi anser seksuell helse som et tverrfaglig tema, og opplever derfor at kommunikasjon mellom pasienter og leger likevel er relevant for å svare på hensikten vår.

Artiklene hadde ulike inklusjonskriterier som vi anser som relevante for å belyse hensikten med oppgaven. Gjennomgående for artiklene med pasientperspektiv var at de inkluderte nåværende eller tidligere brystkreft pasienter som var over 18 år. Disse studiene er inkludert siden vi anser pasienters perspektiv på behandling og mangler som nyttig for å forbedre rutiner og skape helsefremmende tiltak.

Vi har inkludert artikler som avgrenser til brystkreft. En av artiklene avviker likevel fra inklusjonskriteriet. Studien til Winterling et al. (2019) er en kort intervensjonsstudie med kreftsykepleierstudenter og pasienter med ulike former for kreft. Denne studien bidrar med å øke bevisstheten om pasienters behov for samtaler om seksualitet og belyser utfordringer som kan komme relatert til dette. Denne artikkelen er valgt til tross for at den retter seg mot ulike typer kreft, da sykepleierens oppgaver omkring seksuell helse er relativt like på tvers av ulike krefttyper.

I starten av vår søkeprosess vurderte vi å avgrense behandlingen til mastektomi. Dette ga et smalt søk og få artikler som kunne svare på hensikten. Det var derfor hensiktsmessig å ta med alle behandlinger til brystkreft. Vi har utelukket avgrensning av alder fordi vi ønsket å undersøke hvordan brystkreft påvirker informasjonsbehovet omkring den seksuelle helsen i alle aldersgrupper. Ved å avgrense søket til en spesifikk behandling eller alder, kunne det muligens vist mer konkret hvordan sykepleier kan ivareta informasjonsbehovet.

5.1.4 Kvantitativ og kvalitativ metode

Vi har valgt å bruke både kvalitative og kvantitative artikler. To av artiklene var kvalitative og kvantitative, de to andre var kvalitative. Vi mener en kombinasjon av kvalitative og kvantitative artikler kan bidra til å skape en bredere og mer helhetlig forståelse om sykepleieres og pasienters erfaringer i samtaler om seksuell helse. Vi opplever at metoden forskerne har valgt å bruke har samstemt med artikkelens hensikt i samtlige artikler. De kvantitative dataene til Den Ouden et al. (2019) og Ussher et al. (2012) har gitt oss en breddeforståelse, samtidig som den kvalitative delen i studien har vært et positivt supplement for å besvare artiklens hensikt. For eksempel er

hensikten i studien til Ussher et al. (2012) å vurdere informasjonsbehovet om seksuelt velvære etter brystkreft, samle data om erfaringer ved å skaffe denne type informasjon, og erfaringer fra å kommunisere med fagpersonell om seksualitet etter brystkreft. Det ble bevisst valgt å inkludere artikler med kvalitative og kvantitative forskning, fordi begge var egnet for vår hensikt. Ved å bruke kvalitative artikler får vi innsikt i sykepleiernes og pasienters erfaringer, tanker og opplevelser omkring seksuell helse, informasjonsbehov og utfordringer sykepleiere møter i samtaler om seksuell helse ved brystkreft. Artikkene med en kombinert kvalitativ og kvantitativ metode kan styrke de kvalitative dataene med statistikk som kan belyse hensikten vår.

For å vurdere hvordan etiske forhold er ivaretatt i artikkene, har vi sett på samtykke og anonymisering av data. Eksempelvis ble fullføring og retur av spørreskjema tatt som stilltiende samtykke i studien til Ussher et al. (2012). Dataen som ble samlet inn i Den Ouden et al. (2019) ble anonymisert idet deltakerne fylte ut spørreskjemaet. Under analysearbeidet ble resultatene oppbevart sikkert på et universitet. I artikkene som har brukt spørreskjema, er det spesifisert at svarene ikke kan spores tilbake til informantene.

5.1.5 Litteraturoversikt som metode

Vi mener at litteraturoversikt som metode har vært tilstrekkelig for å besvare vår hensikt. En litteraturoversikt innebærer å bruke eksisterende kunnskap for å skape en helhet innenfor et sykepleiefaglig område (Friberg, 2017, s. 141). Litteraturoversikt som metode har gitt oss en mulighet til å oppsummere, tolke og analysere allerede eksisterende forskning for å skape en helhet. For å finne artikler til oppgaven har vi valgt å bruke ulike databaser og søkeord. Vi ønsket å få et bredere treff og vurderte et stort antall artikler som kunne være relevante for oppgaven vår. Når vi skulle velge artikler valgte vi først syv stykk. Vi avgrenset disse til fire, da vi opplevde at tre av dem ikke var gode nok til å beskrive hvordan sykepleiere kan ivareta informasjonsbehovet omkring temaet seksuell helse. Det ville også vært utfordrende å analysere så mange artikler som følge av den begrensede tiden vi har til rådighet. Alle artikkene som er valgt er skrevet på engelsk, det er derfor mulig at vi har mistet noen nyanser i oversettelsen. Vi har prioritert å være nøye i oversettelsesprosessen, men det kan tenkes at andre med bedre forutsetninger og kompetanse hadde kommet frem til ulike nyanser av resultatene.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Viktige forhold for ivaretagelse av informasjonsbehovet omkring seksuell helse til brystkreftrammede pasienter

Seksualitet har lenge vært et tabubelagt tema i vår kultur (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 25). Seksuell helse anses som en privat del av livet og deles ikke med hvem som helst. Det kan derfor være vanskelig å ta opp temaet i møte med helsepersonell (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 25). Ved brystkreft kan pasienten oppleve flere fysiske seksuelle endringer som kan vare i årevis etter behandlingen. Disse endringene kan ha negative konsekvenser for seksuallivet og føre til angst og depresjon (Mobekk & Willems, 2022, s.1-3; Sørensen et al. 2017, s. 440-442). Endringene kan føre til at ulike spørsmål melder seg og sykepleiere trenger kunnskap for å svare på disse. Studien til Ussher et al. (2012, s. 331) viser at under halvparten av brystkreftpasientene fikk informasjon om sin seksuelle helse. Informasjonen som var tilgjengelig var heller ikke rettet mot deres spesifikke utfordringer (Ussher et al., 2012, s. 331). Dette belyser forbedringspotensialet sykepleiere har for å ivareta pasientens individuelle informasjonsbehov. Sykepleier har en sentral undervisende funksjon som innebærer å informere, veilede og undervise pasienter og pårørende. Dette skal bidra til å skape trygghet og fremme mestring hos pasienten (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 23). Ettersom seksuell helse kan være et vanskelig tema å ta opp for pasientene vil sykepleiere ha et ansvar for å gi rom for samtale. For å styrke sykepleiers evne til å ivareta pasientens informasjonsbehov mener vi det kan være hjelpsomt med opplæring av kommunikasjonsverktøy. PLISSIT-modellen kan bidra til individuell oppfølging samt gi pasienten rom for å uttrykke sine bekymringer (Gannes, 2016, s. 400).

Selv om sykepleiere har en undervisende funksjon, viser funnene i studien til Canzona et al., (2016, s. 1817-1818) at flere likevel unnlater å snakke om det. Sykepleiernes holdninger til seksuell helse kan fremstå som en hindring i samtaler om temaet. For å ivareta informasjonsbehovet bør sykepleier være bevisst og reflektert til egne holdninger. Det kan bidra til at sykepleierne blir imøtekommende og fordomsfrie i samtale med pasienten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 27). Sykepleieteoretiker Travelbee (1999, s. 135) hevder at holdninger kan brukes for å danne et menneske til menneske forhold og videre kunne nå hensikten med sykepleie. Om sykepleier bruker holdningene sine på en reflektert måte kan det

bidra til å ivareta den enkelte sine behov. Første møtet mellom sykepleier og pasient kan være betydningsfull for relasjonen videre. Det er derfor viktig at sykepleier er bevisst egne holdninger og hvordan de kommuniserer med pasienten. Ved å danne en god relasjon vil sykepleier legge et grunnlag for at pasienten kan få dele sine tanker og ivaretatt sine følelser knyttet til seksuell helse. Det kan også bidra til at pasienten videre kan mestre livet med brystkreft.

Sykepleierne i studien til Winterling et al. (2019, s. 541) ga uttrykk for lite kunnskap om seksuell helse ved kreft. Det kan tyde på at sykepleiere unngår å snakke med pasientene om seksuell helse på grunn av manglende kunnskap og frykt for å gå over sin faglige kompetanse. Når sykepleieren unngår å initiere til samtalen kan det medføre at pasientens individuelle behov for informasjon blir forsømt. Selv om de ikke ønsker å gå over egen kompetanse har de et ansvar for å kartlegge pasientens behov. Det forventes at sykepleiere med 3-årig utdanning kan ivareta de to nederste nivåene i PLISSIT-modellen. Dette innebærer å gi rom for samtale, og kunne gi begrenset og tilpasset informasjon om seksuell helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 26). Når pasientens behov går over sykepleierens faglige kompetanse, skal pasienten bli henvist videre til en spesialist. Det tverrfaglige samarbeidet er viktig for at pasienten skal få hjelp av helsepersonell med riktig faglig kompetanse. PLISSIT-modellen kan bidra til at sykepleiere blir mer bevisst på muligheten for å henvise pasienten videre, dersom problemområde er utenfor sykepleieren sin kompetanse. De to øverste nivåene i PLISSIT-modellen legger til rette for dette (Gamnes, 2016, s. 400).

Studien til Den Ouden et al. (2019, s. 328-329) trekker også frem betydningen av å få informasjonen til riktig tid. Enkelte av pasientene hadde behov for informasjonen tidlig i behandlingsforløpet, andre hadde behov under eller etter behandlingen av brystkreft. Dette viser at pasienten kan ha behov for informasjon gjennom hele behandlingsforløpet. Sykepleiere skal forholde seg til plikter som er nedfelt i lovverket, som forsikrer at pasienten får informasjonen de har krav på (Molven, 2019, s. 175). De skal blant annet få innsikt i hvordan brystkreft kan påvirke dem og hva helsehjelpen innebærer for å kunne ivareta sine rettigheter. Sykepleiere har derfor en viktig rolle for å kartlegge deres individuelle behov. Forskningen viser at å tilpasse informasjonen etter deres behov kan gjøre pasientene forberedte på seksuelle endringer og redusere lidelsen (Den Ouden et al., 2019, s. 328-329). Får pasientene derimot for mye informasjon kan den oppleves belastende og lett glemmes. Det kan derfor være en fordel å gi

pasienten informasjon muntlig og skriftlig gjentatte ganger, og pårørende bør ses på som en ressurs ved informasjonsformidling (Sørensen et al. 2017, s. 438). Det kan også være lønnsomt å kartlegge pasientens informasjonsbehov tidlig i forløpet for å skape forutsigbarhet og grunnlag for mestring av sine endringer av seksuell helse (Eide & Eide, 2018, s. 219).

Travelbee (1999, s. 41) belyser at sykepleie handler om å hjelpe både enkeltindividet og familie til å mestre møtet med sykdommen. Sykepleiere møter ikke bare en kvinnelig brystkreftpasient med et seksuelt behov, men også en eventuell partner. Endringer ved den seksuelle helsen til pasienten kan også påvirke forholdet med partneren. 73,3% av deltakerne i studien til Ussher et al. (2012, s. 330) ønsket at partneren også fikk informasjon om hvordan den seksuelle helsen kunne endre seg ved brystkreft. I studien til Den Ouden et al. (2019, s. 329) forteller en av deltakerne at hennes partner uttrykket at det var viktig å bli informert om hvordan en kan håndtere mulige endringer ved den seksuelle helsen. Hele 51,6% av deltakerne fra den samme studien ønsket informasjon sammen med en partner. Selv om over halvparten av deltakerne i studien ønsket å involvere partneren, erfarte deltakerne at helsepersonellet ikke tok i betraktning at endringene ved den seksuelle helsen kunne påvirke forholdet. I følge Travelbee (1999, s. 41) skal både pasienten og pårørende bli ivaretatt. Om helsepersonell ikke ivaretar partneren, kan det føre til at partneren får lite forståelse for endringer av seksuell helse ved brystkreft. Sykepleier bør derfor kartlegge pasientens behov for involvering av partner. På denne måten kan sykepleier hjelpe både pasient og partner til å mestre seksuelle endringer i forholdet og lindre lidelsen.

Canzona et al. (2016, s. 1816-1818) peker på at sykepleierne sine kommunikasjonsferdigheter påvirker samtaler med pasientene om seksuell helse. Funnene i denne studien viser at pasientene har opplevd å bli avvist i samtaler. Dette har hindret pasientene i å dele sine behov omkring sin seksuelle helse (Canzona, 2016, s. 1818). Det kan føre til en dårlig relasjon mellom sykepleier og pasient som bidrar til at pasientens informasjonsbehov ikke blir ivaretatt. Sykepleieteoretiker Travelbee (1999, s. 41) hevder at opplevelsene som deles mellom sykepleieren og pasienten har betydning for ivaretagelse av pasienten sine behov. Studien til Den Ouden (2019, s. 329) viser at tillit og anerkjennelse var viktig for å danne samtale og en god relasjon. For å skape tillit og vise at du anerkjenner pasienten er det viktig å være lyttende til stede for pasienten og stille det rette spørsmålet. På denne måten kan pasienten oppleve å bli sett, hørt og forstått. Dette kan bidra til samtaler som utfordrer pasienten til å dele tanker og følelser omkring sine utfordringer (Eide &

Eide, 2017, s. 191-192). Travelbee (1999, s. 135) belyser også viktigheten av kommunikasjonsferdigheter for å danne et menneske til menneske forhold. Dette er viktig for å kunne ivareta den enkelte sitt behov, lindre lidelse og mestre sykdommen. Dersom sykepleier er bevisst på egen kommunikasjon kan de bruke disse kommunikasjonsferdighetene som et hjelpemiddel til å ivareta pasientenes informasjonsbehov. En god relasjon og gode kommunikasjonsferdigheter kan bidra til at pasienten får delt sine tanker. Uten disse faktorene kan et sårt tema ende med å ikke bli ivaretatt. Når pasienten får snakket om sine utfordringer omkring seksuell helse kan det bidra til å fremme håp og livsmot.

5.2.2 Sykepleiers utfordringer i møte med seksuell helse

Sykepleiere har etter Helsepersonelloven (1999, § 10) en lovpålagt plikt til å gi den nødvendige informasjonen som pasienten har krav på etter Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 til 3-4. Selv om sykepleiere har en lovpålagt plikt til å informere pasienter om sin helsetilstand, kommer det tydelig frem i flere av artiklene at ulike utfordringer gjør det vanskelig å informere pasienten om mulige endringer av den seksuelle helsen (Winterling et al., 2018; Canzona et al., 2016).

Dette er for det første utfordringer med å initiere til samtaler om temaet. Sykepleierne i studien til Winterling et al. (2019, s. 542) og Canzona et al. (2016, s. 1818) uttrykket usikkerhet og var ukomfortable i møte med pasientene. Det å starte en samtale med pasienter kan oppleves ukomfortabelt, da seksuell helse kan være privat og svært personlig. Om pasientene opplever at helsepersonellet er ukomfortable, kan det medføre at pasienter unngår å ta opp temaet (Canzona et al., 2016, s. 1818). Vi mener det sannsynligvis vil være lønnsomt for sykepleiere å utfordre det som føles ubehagelig, for å gradvis bli tryggere. Ved å anvende simulering i praksis, kan det bidra til at sykepleierne får utfordret denne usikkerheten. Simulering har vist seg å være en effektiv måte å lære praktiske ferdigheter som bidrar til at sykepleieren blir forberedt på å snakke om seksuell helse (Eide & Eide, 2018, s. 40-41).

For det andre viser forskningen at sykepleiere har for lite kunnskap om seksuell helse ved brystkreft (Canzona et al., 2016; Den Ouden et al., 2019; Ussher et al., 2012; Winterling et al., 2019). I en av studiene ser vi at utdanning av sykepleierne har ført til økt bevissthet rundt seksuell helse som et problemområde. Videre har det gjort dem tryggere i møte med pasientene (Winterling et al., 2019, s. 541). Vi ser at utdanning kan bidra til å sette pasientens seksuelle

behov på dagsordenen på linje med andre grunnleggende behov. Om seksuell helse ikke blir tematisert vil den seksuelle helsen bli glemt som ressurs for livskvalitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 26). Når sykepleiere ikke har kunnskapen som trengs omkring seksuell helse, kan det være vanskelig å vite hva de skal informere pasienten om. Dette kan medføre at informasjonsplikten ikke blir opprettholdt. Regjeringen har derfor laget en strategi som skal sikre at seksuell helse blir integrert som helsefremmede og sykdomsforebyggende arbeid i helse- og omsorgstjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 26).

Sykepleiere er ofte den som har kontakt med pasienten og kan bli den som pasienten velger å spørre (Gamnes, 2016, s. 401). Med utgangspunkt i dette kan sykepleiere bruke en innkomstsamtale for å kartlegge pasientens seksuelle behov. Dette kan gjøre de forberedt på mulige spørsmål pasienten kan ha om sin seksuelle helse. Selv om seksuell helse er et grunnleggende behov stiller sykepleiere sjeldent spørsmål om dette temaet (Gamnes, 2016, s. 401). Dersom sykepleiere blir bevisste på seksuell helse som et viktig problemområde kan det føre til at de stiller pasienten spørsmål om temaet og informasjonsbehovet deres blir kartlagt.

Videre ser vi i studien til Winterling et al. (2019, s. 542) at tidspress fører til at informasjonsbehovet ikke blir ivaretatt. Vi mener tidspress kan bidra til at sykepleiere ikke får tilegnet seg den kunnskapen de trenger for å ivareta pasientens helhetlige behov i samtaler om seksuell helse. I følge helsepersonelloven § 4 skal sykepleier holde seg faglig oppdatert for å kunne sikre forsvarlig helsehjelp til den enkelte. Virksomhetens eier og ledelse har også et ansvar for at forholdene ligger til rette for at sykepleierne skal kunne utføre sine oppgaver på en forsvarlig måte (Helsedirektoratet, 2012, kapittel 2, § 4, første ledd). Det kan tyde på at sykepleierne nedprioriterer samtaler om seksuell helse på grunn av tidspresset og manglende rutiner på arbeidsplassen. Når det mangler konkrete tiltak og rutiner for ivaretagelse av pasientens seksuelle helse, vil det trolig medføre at sykepleierne bruker tiden på andre prosedyrer og at informasjonsbehovet ikke blir ivaretatt.

Tidspress kan også skyldes for lav bemanning på arbeidsplassen. Det er ledelsen som har det overordnede ansvaret for å organisere virksomheten på en måte som gjør at sykepleierne får gjennomført sine plikter. Vi tolker dette som at ledelsen og økonomien kan være en utløsende årsak til tidspresset sykepleiere opplever. Sykepleiere har et ønske om å gjøre det beste for

pasienten. Når sykepleierne ikke får ivaretatt den enkeltes behov kan hun sitte igjen med en følelse av å ikke strekke til og ikke få utført sine lovpålagte plikter. Det er heller ingen hemmelighet at det er en sykepleiemangel i Norge (Norsk Sykepleier forbund, 2022). Denne mangelen kan være med på å legge ytterligere press på sykepleierne som allerede er i arbeid. Sykepleierne blir satt i et etisk dilemma der de må velge mellom systemets føringer eller ivaretagelse av den enkelte. Hadde det vært flere sykepleiere på en vakt, kunne det frigjort mer tid til samtale med den enkelte pasienten gjennom arbeidsdagen.

6.0 KONKLUSJON OG ANVENDELSE I PRAKSIS

Som sykepleiere har vi en lovpålagt plikt om å gi den nødvendige informasjonen pasienten har krav på ved seksuell helse ved brystkreft. I samtaler med brystkreftpasienter har sykepleiere en viktig funksjon for å kartlegge pasientens individuelle behov. Vi har kartlagt flere utfordringer i resultatene våre som sykepleiere møter i samtaler om seksuell helse. Disse utfordringer kan føre til at de individuelle behovene til pasientene ikke blir tilfredsstillende og hindre oppstart av helsehjelp. Utfordringene er manglende tid, samtalerom og rutiner. Faktorer som lite tilfredsstillende kommunikasjonsferdigheter, ukomfortable sykepleiere og kunnskapsmangel om seksuell helse ved brystkreft har også forbedringspotensial i dagens praksis. Vi vil presentere konkrete forslag til tiltak som kan redusere utfordringene sykepleiere møter i samtaler om seksuell helse ved brystkreft.

- Ledelsen kan innføre obligatoriske simuleringer og eksterne og interne kurs på arbeidsplassen. Temaet i simuleringen og kursene bør inneholde seksuell helse og hvordan brystkreft kan påvirke dette.
- Ledelsen bør innføre rådgivningsverktøy på arbeidsplassen. Hensikten er å hjelpe sykepleiere å ta opp temaet seksuell helse i samtaler med brystkreftpasienter.
- Vi foreslår at arbeidsplassene lager egne opplæringsdager for ansatte, både nye og erfarne ansatte. Opplæringsdagene bør bestå av opplæring av ulike verktøy sykepleierne kan bruke for å bedre kommunikasjon og samhandling i samtaler med pasienter. Simuleringstrening bør også være med som en del av denne dagen, for å bidra til at sykepleiere kan bli tryggere på seg selv og tilegne seg gode kommunikasjonsferdigheter.
- Det bør tilegnes egne økonomiske midler til obligatoriske kurs om seksuell helse.
- Ledelsen bør innføre seksuell helse som en prioritert del av datasamlingen ved inntakssamtalen.

LITTERATUR

- Canzona, M. R., Garcia, D., Fisher, C. L., Raleigh, M., Kalish, V., & Ledford, C. J. (2016). Communication about sexual health with breast cancer survivors: Variation among patient and provider perspectives. *Patient Education and Counseling*, 99(11), 1814–1820. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.06.019>
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal Norsk Forlag.
- Den Ouden, M. E. M., Pelgrum-Keurhorst, M. N., Uitdehaag, M. J., & De Vocht, H. M. (2019). Intimacy and sexuality in women with breast cancer: professional guidance needed. *Breast Cancer*, 26(3), 326–332. <https://doi.org/10.1007/s12282-018-0927-8>
- Eide, H. & Eide, T. (2018). *Kommunikasjon i relasjoner* (3. utg.). Gyldendal Norsk Forlag.
- Friberg, F. (Red.). (2017). *Dags for oppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3. utg.). Studentlitteratur.
- Gamnes, S. (2016). Seksualitet og helse. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie, Bind 2: Grunnleggende behov* (3. utg., s. 373–407). Gyldendal Akademisk.
- Helsedirektoratet. (2012). *Lov om helsepersonell*. (IS-2012-8) [Rundskriv]. <https://lovdata.no/pro/rundskriv/is-2012-8>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2016, 06. desember). *Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017-2022)*. https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Kozier, B., Erb, G. L., Berman, A. J. & Burke, K. C. (2000). *Fundamentals of nursing: Concepts, Process, and Practice* (6. utg.). Prentice-Hall, Inc.
- Kreftforeningen. (2022, oktober). *Om brystkreft*. Hentet 14 november 2022 fra <https://kreftforeningen.no/rosasloyfe/om-brystkreft/>

- Mobekk, H. & Willems, A. (2022) Sykepleien: *Helsepersonell må tørre å snakke med brystkreftpasienter om seksuell helse*, 2022, s. 1-3
<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2022.90143>
- Molven, O. (2019). *Sykepleie og jus* (6. utg.). Gyldendal akademisk.
- Norges sykepleier forbund. (2022, 18. mai). *Klart størst mangel på sykepleiere, sier norske arbeidsgivere*. NSF. <https://www.nsf.no/nyheter/vart-politiske-arbeid/klart-storst-mangel-pa-sykepleiere-sier-norske-arbeidsgivere>
- Norsk Sykepleierforbund. (u.å). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet 06. desember 2022 fra <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, P. & Grønseth R. (2016). Klinisk sykepleie – funksjon, ansvar og kompetanse. Stubberud, D.-G. Grønseth, R. & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., s. 17-39). Gyldendal Norsk Forlag.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Schlichting, E. (2017). Sykdommer i brystene: brystkreft. S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling*. (2. utg., s. 442-453). Gyldendal Norsk Forlag.
- Sørensen, E. M., Lorvik, M. K., Erntsen, N. G. & Almås H. (2017). Sykepleie ved brystkreft. Stubberud, D.-G. Grønseth, R. & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5. utg., s. 437-451). Gyldendal Norsk Forlag.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (K. M. Thorbjørnsen, Overs.). Gyldendal Akademisk. (Opprinnelig utgitt 1966).
- Ussher, J. M., 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.x>
- Winterling, J., Lampic, C., & Wettergren, L. (2020). Fex-Talk: a Short Educational Intervention Intended to Enhance Nurses' Readiness to Discuss Fertility and Sexuality with Cancer

[Kandidatnummer: 1645 + 1618 + 1728]

Patients. *Journal of Cancer Education*, 35(3), 538–544. <https://doi.org/10.1007/s13187-019-01493-7>

Vedlegg 1. Søkelogg

Søkedato	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensinger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Antall valgte artikler
25.10.22	Cinahl	Nurs* and ("cancer mammae" OR "breast cancer") and (sexuality or "sexual behavior" or "intimacy" or "sexual function" or "sexual quality of life")	År: 2012-2022 Peer review Språk: Engelsk	75	8	7	1
26.10.22	Oria	Nurs* AND ("breast cancer" OR "cancer mammae") AND sexuality	År: 2012-2022 Språk: Engelsk Fra fagfelleverderte tidsskrift	62	5	2	1
31.10.22	Cinahl	Nurs* AND (cancer OR oncology) AND sexuality AND communication*	År: 2012-2022 Peer reviewed Språk: Engelsk	39	5	2	1
01.11.22	Cinahl	Patient AND "breast cancer survivors" AND communication AND "sexual health"	År: 2012- 2022 Peer reviewed	10	4	2	1

Vedlegg 2. Litteraturmatrise

Forfattere Årstall Tidsskrift Land	Artikkel- tittel	Hensikten med studien	Perspektiv	Metode og analyse	Utvalg/ populasjon	Hovedfunn/ resultater
<p>Canzona, M. R., Garcia, D., Fisher, C. L., Raleighs, M., Kalish, V. & Ledford, C. J. W. (2016)</p> <p>Patient Education and Counseling</p> <p>USA</p>	<p>Communication about sexual health with breast cancer survivors: Variation among patient and provider perspectives</p>	<p>Identifisere helsepersonells kommunikasjons atferd som legger til rette for eller hindrer kliniske interaksjoner omkring seksuell helse, og å synliggjøre avvik som påvirker omsorgen.</p>	<p>Pasient og sykepleier</p>	<p>Kvalitativ tilnærming med et semistrukturert intervju med åpne spørsmål. Pasientene ble intervjuet over telefon og helsepersonellet ble intervjuet ansikt til ansikt på private legekontor.</p> <p>Det ble utført tematisk analyse av kvalitative data ved bruk av systematisk sammenlignende metode.</p>	<p>Totalt 80 deltakere. 40 kvinnelige pasienter som har overlevd brystkreft og 40 helsepersonell fra ulike spesialiteter.</p>	<p>Studien avslørte viktige variasjoner blant helsepersonell og pasient oppfatninger, som kan ha negativ effekt på brystkreftoverlevende sin seksuelle helse.</p> <p>Kommunikasjon som var nyttig: Se hver enkelt pasients behov og formidle beskjeder med empati</p> <p>Kommunikasjon som var unyttig: Bruke avvisende kommunikasjons metoder</p> <p>Helsepersonell og brystkreftoverlevende hadde ulike oppfatninger om hvilke kommunikasjons metoder som fungerte best i praksis. Pasientene mente normalisering av problemene relatert til seksuell helse gjorde dem oppmerksomme på at andre brystkreftpasienter også hadde like problemer, men de ønsket ikke at helsepersonellet brukte «den nye normalen» når de snakket om disse problemene. Helsepersonellet</p>

[Kandidatnummer: 1645 + 1618 + 1728]

						mente derimot at begge deler fungerte bra.
Ussher, J. M., Perz, J. & Gilbert, E. (2012) Journal of Advanced Nursing Australia	Information needs associated with changes to sexual well-being after breast cancer	Vurdere informasjonsbehovet om seksuelt velvære etter brystkreft, Samle data om erfaringer ved å skaffe denne type informasjon, og erfaringer fra å kommunisere med fagpersonell om seksualitet etter brystkreft.	Pasient	Kvantitativ og kvalitativ metode. Data ble samlet inn ved bruk av en nettundersøkelse med åpne og lukkede spørsmål. Kvalitative data ble analysert med tematisk analyse og kvantitative ved hjelp av dataanalyse.	1965 deltakere med nåværende eller tidligere gjennomgått brystkreft. Deltakerne var medlem i en Australsk brystkreft organisasjon og 98,8% av disse var kvinner.	85% av brystkreftpasientene opplevde endringer ved seksuelt velvære etter brystkreft og 68% ønsket informasjon om dette, hovedsakelig i skriftlig form. 41% av brystkreftpasientene fikk informasjon om seksuelt velvære etter bryst kreft. 65% av brystkreftpasientene hadde ikke snakket om seksuelle endringer med helsepersonell. Flere pasienter opplevde også vanskeligheter med å finne informasjon og enkelte opplever at tilgjengelig informasjon ikke møter deres behov.
Winterling, J., Lampic, C & Wettergren, L. (2019) Journal of Cancer Education Sverige	Fex-Talk: a Short Educational Intervention Intended to Enhance Nurses' Readiness to Discuss Fertility and Sexuality with Cancer Patients	Evaluerer Fex-talk intervensjonen som videre har hensikt å gjøre sykepleiere klare til å diskutere fertilitet og seksualitetsproblemer med kreftpasienter.	Sykepleier	Kvalitativ metode. Data ble samlet inn 194 muntlige og skriftlige tilbakemeldinger fra deltakere og 46 felt notater fra lærere etter 5 arrangement. Dataene ble analysert ved bruk av tematisk analyse.	Totalt 140 sykepleiere fordelt på 5 grupper som gav tilbakemelding på innholdet i intervensjonen.	Intervensjonen gav sykepleierne økt bevissthet om pasienters behov for å snakke om seksualitet og fertilitet. Sykepleierne uttrykte behov for kunnskap for å forstå potensielle seksuelle problemer og fertilitets utfordringer. Intervensjonen hjalp flere sykepleiere å utfordre ubehaget

						<p>ved samtaler om seksualitet og videre starte samtaler med pasienter omkring temaet.</p> <p>Sykepleierne fortalte om hindringer som gjorde det utfordrende å initiere til samtaler om seksualitet. Dette var hindringer som mangel på tid, rutiner og personvern. Gjennom intervusjonen diskuterte sykepleierne utfordringene og strategier som å innføre seksualitet og fertilitet til eksisterende sjekklister, bruke skriftlig informasjon rettet mot pasientgruppen på deres arbeidsplass og mulighet for å lage diagnosespesifikk informasjon.</p>
<p>Den Ouden, M.E.M., Pelgrum-Keurhorst, M. N., Uitdehaag, M. J. & De Vocht, H. M. (2019)</p> <p>Breast Cancer</p> <p>Nederland</p>	<p>Intimacy and sexuality in women with breast cancer: professional guidance needed</p>	<p>Undersøke hvordan kvinner med brystkreft foretrekker informasjon og kommunikasjon med helsepersonell omkring temaene intimitet og seksualitet.</p>	<p>Pasient</p>	<p>Kvantitativ og kvalitativ metode. Data ble samlet inn ved bruk av et spørreskjema med flervalgsspørsmål. Deltakerne kunne velge flere svar på spørsmålene og skrive utfyllende informasjon i en tekstboks på slutten av spørreskjemaet.</p> <p>Kvantitative data ble analysert med deskriptiv statistikk.</p> <p>Kvalitative data ble analysert med</p>	<p>Totalt 667 kvinnelige brystkreftpasienter fra Dutch Breast Cancer Patient Association fortalte om hvordan de foretrakk å få informasjon og hvilken informasjon de ønsket.</p>	<p>De kvinnelige brystkreftpasientene foretrakk å få informasjon av fagpersonell i en personlig samtale eller sammen med partner.</p> <p>60% ønsket informasjon om hvordan brystkreft påvirker intimitet og seksualitet. 40% fikk ikke denne informasjonen.</p> <p>66,4% av kvinnene ønsket å få informasjon om intimitet og</p>

[Kandidatnummer: 1645 + 1618 + 1728]

				deduktiv tematisk analyse.		seksualitet fra en sykepleier. 46% av kvinnene i studien fikk informasjon etter deres behov. Deltakerne i undersøkelsen trakk også frem viktigheten av passende timingen for informasjon. Kvinnene foretrakk informasjon på ulike tidspunkt. 45,1% ønsket informasjon innen 6 måneder etter fullført behandling, 38,6% før behandling, 27,7% under behandling og 24,1% etter 6 måneder etter fullført behandling.
--	--	--	--	----------------------------	--	---