

**BSYBAC**

**Bacheloroppgave i Sykepleie**

Sykepleiers rolle i å ivareta selvbilde og den seksuelle helsen til brystkreftpasienter



Universitetet  
i Stavanger

**Det helsevitenskapelige fakultet**

**Bachelor i Sykepleie**

*01.01.24*

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

## Sammendrag

### *Bakgrunn*

Brystkreft er den vanligste kreftformen for kvinner. Både kreftsykdommen og behandlingen vil ha stor påvirkning på kvinners selvbilde, seksuelle helse og livskvalitet. Mange kvinner overlever i dag brystkreft, og opplever seneffekter i etterkant av behandling. Fokus på dette vil være en viktig faktor for disse kvinnenes livskvalitet. Det er viktig å undersøke hvilke barrierer som hindrer sykepleiere og pasienter fra å kommunisere om seneffektene og den seksuelle helsen. På denne måten kan sykepleiere forstå hvordan de kan ivareta kvinner som opplever endret selvbilde og seksuelle utfordringer.

### *Hensikt*

Hensikten med denne oppgaven er å belyse hvordan sykepleiere kan ivareta brystkreftpasienters livskvalitet ved å snakke om seksuell helse, og samtidig identifisere ulike barrierer som hindrer sykepleiere å snakke om dette temaet.

### *Metode*

Den anvendte metoden i denne oppgaven er en integrativ litteraturoversikt, der det ble analysert fem artikler. Det ble brukt både kvalitative og kvantitative artikler.

### *Resultat*

Brystkreftbehandling viste stor påvirkning på kvinners selvbilde og seksuelle helse. Majoriteten av kvinnene opplevde tiden etter behandlingen som utfordrende, og påpekte et behov for mer informasjon og veiledning fra helsepersonell. PLISSIT viste seg å være en god modell for dette, da de fleste kvinnene opplevde en forbedring i deres seksuelle funksjon etter veiledning basert på PLISSIT-modellen. Resultatene indikerer at PLISSIT kan være en effektiv tilnærming for å hjelpe kvinner som har overlevd brystkreft med å håndtere seksuelle utfordringer og forbedre deres livskvalitet. Til tross for disse gode resultatene ble det avdekket ulike barrierer som hindrer sykepleiere i å kommunisere om seksuell helse. Seksuell helse ble til tider nedprioritert grunnet tidspress og manglende kunnskap hos sykepleierne.

*Nøkkelord:* Brystkreft, brystkreftbehandling, selvbilde, selvfølelse, seksualitet, seksuell helse, kommunikasjon, sykepleieres barrierer.

## Innhold

<b>1 Innledning</b> .....	<b>4</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	4
1.2 Presentasjon av problemformulering.....	4
1.3 Hensikt med oppgaven .....	5
<b>2 Teori</b> .....	<b>6</b>
2.1 Brystkreft.....	6
2.2 Behandling.....	6
2.4 Forandret kropps- og selvbilde og seksuelle behov .....	7
2.5 Seksuell helse, livskvalitet og salutogenese .....	8
2.6 Joyce Travelbee.....	9
2.7 PLISSIT .....	9
<b>3 Metode</b> .....	<b>12</b>
3.1 Praktisk gjennomføring .....	12
3.1.1 Valg av databaser .....	12
3.1.2 Søkord og søkestrategi .....	12
3.1.3 Valg av artikler.....	13
3.2 Analyse.....	14
<b>4 Resultater</b> .....	<b>15</b>
4.1 Kvinners opplevelse av tiden etter brystkreftbehandling .....	15
4.1.1 Endret selvbilde etter mastektomi .....	15
4.1.2 Behandlingens effekt på seksualiteten .....	16
4.2 Sykepleieres erfaringer med kommunikasjon om seksuell helse.....	17
4.2.1 Behovet for informasjon.....	17
4.2.2 Sykepleieres barrierer.....	18
<b>5 Diskusjon</b> .....	<b>21</b>
5.1 Metodediskusjon .....	21
5.1.1 Kvalitativ og kvantitativ metode.....	21
5.1.2 Kildekritikk .....	21
5.1.3 Deltagere og etiske overveielser .....	22
5.2 Resultatdiskusjon.....	23
5.2.1 Kvinners opplevelse av tiden etter brystkreftbehandling .....	23
5.2.2 Sykepleieres erfaringer med kommunikasjon om seksuell helse.....	24
5.3 Konklusjon .....	27
<b>6 Anvendelse i praksis</b> .....	<b>29</b>
<b>Referanser</b> .....	<b>31</b>
<b>Vedlegg</b> .....	<b>34</b>
Vedlegg 1. Søkelogg .....	
Vedlegg 2. Analyserte artikler.....	

Antall ord: 7942

## 1 Innledning

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Brystkreft er en sykdom som rammer tusenvis av kvinner hvert år i Norge, og over 2 millioner kvinner på verdensbasis (WHO, 2023). Fremskritt på tidlig diagnostikk og behandling av brystkreft gjør at mange av kvinnene som diagnostiseres kan helbredes. De fleste overlever, men mange må leve videre med senskader og plager etter sykdommen. Brystkreft er den vanligste kreftformen for kvinner. Både som helsepersonell og som privatpersoner er sannsynligheten høy for å møte personer som har gjennomgått brystkreftbehandling. Vi har i løpet av våre praksisperioder på studiet møtt flere brystkreftoverlevende, og fått et innblikk i hvilke bivirkninger og seneffekter de opplever. Vi har også personlig erfaring med brystkreft i familien, så dette er et tema som både interesserer oss og treffer oss nært både personlig og profesjonelt som sykepleiere. Kreftbehandling er hardt for kroppen, og det er kjent at behandlingen kan gi en rekke plagsomme bivirkninger, som vil ha stor betydning for livskvaliteten til pasientene i tiden etter. Som tidligere nevnt, skal mange av kvinnene som diagnostiseres bli friske fra sykdommen, og fokus på bivirkninger og seneffekter til behandlingen mener vi da utgjør en viktig faktor for disse kvinnenes livskvalitet. På bakgrunn av våre egne erfaringer i helsevesenet, virker seksuell helse til å være noe som sjeldent diskuteres, og gjerne noe som faller i bakgrunnen av andre mer kritiske problemstillinger. I henhold til dette ønsker vi å rette søkelyset mot seksuell helse relatert til brystkreft.

### 1.2 Presentasjon av problemformulering

I denne oppgaven vil vi fokusere på kvinners opplevelse etter brystkreftbehandling, og hvordan sykepleiere kan tilrettelegge for god kommunikasjon rundt seksuell helse. Bivirkninger og seneffekter til brystkreftbehandling kan ha en stor påvirkning på kvinners kropps- og selvbilde, og seksuelle helse (Brystkreftforeningen, u.å.). Vi ønsker å belyse disse seneffektene som påvirker kvinner i ettertid av brystkreftbehandling. Seksuell helse er et intimt tema for de fleste, og ofte noe som kan oppleves som pinlig å snakke om. For å forstå hvorfor mange opplever seksuell helse som ubehagelig å snakke om, vil vi i vår problemformulering også søke etter å identifisere barrierer som hindrer helsepersonell og brystkreftpasienter i å prate om dette. Å forstå hvorfor seksuell helse nedprioriteres, og hvorfor både helsepersonell og pasienter unngår å ta dette opp, vil være viktig for å forstå

hvordan sykepleiere kan forbedre kommunikasjonen rundt seksuell helse. Seksuell helse anses som en grunnleggende dimensjon av helse og velvære, og vil dermed ha en stor innvirkning på livskvalitet (Helsedirektoratet, 2023). Vi ønsker å fokusere på endret selvbilde, seksuell helse og kommunikasjon rundt dette for å ivareta og fremme livskvaliteten til kvinner med gjennomgått brystkreft. Dette er et tema som har mye teori, men etter vår erfaring fungerer teorien dårlig i praksis. Mangelen på kommunikasjon rundt seksuell helse forblir derfor et sentralt problem. Vi søker ny kunnskap rundt dette, for å identifisere utfordringene, da dette kan bidra med å øke livskvaliteten til denne pasientgruppen.

### 1.3 Hensikt med oppgaven

Hensikten med denne oppgaven er å belyse hvordan sykepleie kan bidra til å ivareta livskvaliteten til brystkreftpasienter ved å tilrettelegge for kommunikasjon rundt seksuell helse, samt ved å identifisere barrierer som hindrer sykepleiere i å snakke om seksuell helse.

## 2 Teori

### 2.1 Brystkreft

Brystkreft (cancer mammae) er den klart hyppigste formen for kreft hos kvinner, og rammer i dag omkring hver niende norske kvinne over 20 år, dog oftest kvinner over 50 år. Det oppstår som kreft i brystkjertelens melkeganger eller melkekjerter. Årsakene til brystkreft er sammensatte, og kan være vanskelige å fastslå. Både genetiske forhold og livsstil kan være en faktor. Brystkreft gir sjelden symptomer før kvinnen oppdager en kjennbar kul i brystet eller at kreften har spredd seg til andre organer. Andre mulige symptomer kan være nyoppstått asymmetri av brystene, ensidig inndratt brystvorte eller hudforandringer som rødhet, eksem, appelsinhud eller hudinndragning. Det har de siste årene vært økende forekomst av brystkrefttilfeller i Norge, og parallelt med økt forekomst av brystkrefttilfeller øker også sjansen for overlevelse (Ørn & Bach-Gansmo, 2022, s. 443-444). Behandlingsresultatene for brystkreft her i Norge er gode, og i dag er det nær 90 % av kvinnene som lever fem år etter at de har fått diagnosen. Prognosen er likevel sterkt avhengig av sykdommens stadium ved diagnositidspunkt (Ørn & Bach, 2022, s. 450).

### 2.2 Behandling

Den viktigste behandlingen for brystkreft er kirurgi, enten alene eller i kombinasjon med adjuvant behandling som cytostatika, strålebehandling og endokrin behandling (Ørn & Bach-Gansmo, 2022, s. 446). Cytostatika benyttes for å drepe gjenværende kreftceller, og for å forebygge spredning og tilbakefall når det er økt risiko. Hormonbehandling brukes for å hindre brystkreftceller i å dele seg, da tumorcellenes vekst påvirkes av ulike hormoner (Kreftforeningen, 2023). De fleste brystkreftsvulster kan opereres bort, og i dag utgjør brystbevarende operasjon hvor man kun fjerner svulsten og vevet rundt ca. 70 % av alle brystkreftoperasjoner. Likevel blir det i 30 % av tilfellene ved kirurgisk behandling av brystkreft utført mastektomi. Dersom brystbevarende operasjon ikke lar seg gjøre eller pasienten selv ønsker det, fjernes hele brystet (Ørn & Bach-Gansmo, 2022, s. 446). Dersom det gjennomføres brystbevarende operasjon, vil det være nødvendig med strålebehandling i etterkant. Strålebehandling gis for å fjerne eventuelle gjenværende kreftceller eller hvis det er spredning til lymfeknuter i aksillen (Kreftforeningen, 2023). Strålebehandling virker ved å skade cellenes DNA og dermed celledelingen, som fører til at cellene dør. Strålebehandling

virker lokalt, og påvirker kun cellene i området som bestråles (Stubberud & Grønseth, 2022, s. 479).

Cytostatika, også kalt cellegift, er en hyppig brukt kreftbehandling hvor hovedmålet er å skade svulsten. Det virker ved å hemme celledelingen og kan dermed bremse veksten av tumoren, og i noen tilfeller også virke kurativt og gi remisjon (Stubberud & Grønseth, 2022, s. 477). I motsetning til strålebehandling virker cytostatika systemisk, og brukes ofte i kombinasjon med andre behandlinger. At det virker systemisk medfører at også noen av de friske cellene i kroppen blir påvirket, spesielt celler med rask delingshastighet, og dette kan gi en rekke plagsomme bivirkninger. Cellene i benmargen, slimhinnene, huden, hårfolliklene og gonadene er spesielt utsatt, med bivirkninger som hårtap, såre og tørre slimhinner, og svekket immunforsvar, som vil være enormt sjenerende for pasienten. Noen bivirkninger oppstår underveis i behandlingen, men det kan også forekomme langtidsbivirkninger som oppstår etter avsluttet behandling. For bivirkningene som oppstår underveis kan en vurdere å begrense behandlingen for å redusere plagene, mens det for seneffektene vil være verre å gjøre noe med. For kvinner i fertil alder kan cytostatikabehandling gi uregelmessig menstruasjon, eller føre til for tidlig overgangsalder, og nedsatt fertilitet (Stubberud & Grønseth, 2022, s. 477-478).

#### 2.4 Forandret kropps- og selvbilde og seksuelle behov

Kreft medfører store endringer på kroppen, og pasientene kan føle seg fremmedgjort i sin egen kropp (Stubberud & Grønseth, 2022, s. 483). Det å miste en kroppsdel, som et bryst ved mastektomi, kan føre til følelser av sorg og tap av identitet. Seksuelle problemer kan også oppstå etter kreftbehandling, blant annet relatert til tørre slimhinner, sammenvoksinger og nedsatt fertilitet. Problemer med seksualitet kan innebære at pasientene føler på at kroppen er forandret. De kan være engstelige for avvisning, eller oppleve problemer og smerter knyttet til samleie, som igjen kan påvirke samlivet. Seksuelle problemer er for mange et vanskelig tema å skulle ta opp, og sykepleiere har dermed en utfordrende og viktig oppgave med å kartlegge disse pasientenes behov for informasjon rundt seksuell helse (Stubberud & Grønseth, 2022, s. 500). På Brystkreftforeningen sin nettside er det listet opp en rekke seneffekter som kan inntreffe, inkludert østrogenmangelsymptomer som eksempelvis tørre slimhinner, tidlig

overgangsalder, nedsatt seksuell lyst og psykiske reaksjoner som sorg og bekymring (Brystkreftforeningen, u.å.).

## 2.5 Seksuell helse, livskvalitet og salutogenese

Seksuell helse defineres av WHO 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» (Kristoffersen et al., 2021b, s. 516).

Seksuell helse er et grunnleggende behov, noe som angår alle mennesker, og som dermed er en viktig del av den helhetlige helsen og livskvaliteten til en person. Når en skal prate med pasienter om deres seksualliv og eventuelle seksuelle problemer er det viktig å holde det profesjonelt, samt å arbeide etter de yrkesetiske retningslinjene. Det er viktig å ha kunnskap om sine egne holdninger til seksualitet, og forståelse for andres holdninger. På denne måten vil man kunne møte pasienten på en god måte, og legge til rette for ærlighet og åpenhet i en samtale som mange gjerne vegrer seg til. Man må også huske at seksualitet er en privatsak hos de fleste, og dermed være var på å ikke tråkke over grenser og krenke pasienten unødvendig (Kristoffersen et al., 2021b, s. 529).

Begrepet livskvalitet kan brukes på ulike måter, og man kan si at livskvalitet handler om å oppleve god helse, samt å mestre livet med eller uten sykdom (Kristoffersen et al., 2021a, s. 106). Livskvalitet handler om den enkeltes subjektive opplevelse av å ha det godt eller dårlig (Kristoffersen et al., 2021a, s. 107). Samtidig handler det om hvordan livet oppleves for den enkelte (Nes et al., 2021). Etersom at livskvalitet i stor grad handler om å oppleve god helse, vil man kunne se en sterk sammenheng mellom livskvalitet og salutogenese. Salutogenese er et begrep som omhandler hva det er som gjør at mennesker opprettholder god helse på tross av sykdom og belastende livshendelser (Kristoffersen et al., 2021a, s. 103). Dette står i motsetning til det patogene perspektivet som helsevesenet tradisjonelt sett har hatt, som fokuserer på sykdom og sykdomsforebygging. Salutogenese handler om å se og behandle hele personen, og ikke bare selve sykdommen. En salutogen tilnærming handler om å ha et helsefremmende perspektiv, og å se på hva det er som gir god helse (Kristoffersen et al., 2021a, s. 103).



## 2.6 Joyce Travelbee

Joyce Travelbees teori fokuserer på de mellommenneskelige forholdene i sykepleien som et virkemiddel for å kunne oppfylle sykepleiens mål og hensikt. Ifølge Travelbee vil det være å hjelpe et individ med å forebygge eller mestre sykdom og lidelse, samt å finne mening i disse erfaringene (Kristoffersen et al., 2021a, s. 252). Det å etablere et menneske-til-menneske forhold mellom pasient og sykepleier vil være viktig for at sykepleiens mål og hensikt skal kunne oppnås. Travelbees teori tar sterkt utgangspunkt i at ethvert menneske er en unik person, men at man som en del av det å være et menneske tar del i en rekke felles erfaringer. Sentralt i sykepleie vil være at sykdom og lidelse er en uunngåelig del av livet. Selv om sykdom og lidelse er en fellesmenneskelig erfaring, vil pasientens opplevelse være subjektiv. Derfor vil det være viktig for sykepleier å kjenne til pasientens opplevelse av egen situasjon og meningen hun selv tillegger den, fremfor å fokusere på selve diagnosen (Kristoffersen et al., 2021a, s. 251-254).

Ifølge Travelbee er kommunikasjon en av de viktigste verktøyene til en sykepleier når det kommer til å etablere et menneske-til-menneske forhold (Kristoffersen et al., 2021a, s. 256). For at sykepleieren skal kunne utøve god og profesjonell kommunikasjon må den være personorientert og faglig begrunnet. Personorientert kommunikasjon handler i likhet med Travelbees teori om å forstå hva som er viktig for pasienten i sin situasjon, samtidig som man ser pasienten som en unik person og ikke utelukkende som en pasient. Det er gjennom kommunikasjonen at sykepleieren blir kjent med pasienten som det unike mennesket hun er. Videre handler personorientert kommunikasjon om å være aktivt lyttende til stede slik at pasienten opplever å bli sett, hørt og forstått (Eide & Eide, 2019, s. 16-17).

## 2.7 PLISSIT

PLISSIT-modellen er et nyttig kartleggingsverktøy som er tilpasset til kommunikasjon rundt seksuell helse. Det er mange sykepleiere som synes at det er vanskelig å prate om seksualitet. Derfor kan modellen brukes for å avdekke seksuelle behov og ivareta pasientens seksuelle helse (Kristoffersen et al., 2021b, s. 530). Modellen beskriver ulike nivåer man kan forholde seg til og behandle seksuelle problemer på. Den viser at de fleste som trenger informasjon eller veiledning rundt seksualitet og seksuelle behov befinner seg på det første og laveste

nivået. Ifølge modellen vil de fleste kunne få hjelp av sykepleiere som har en viss grad av kunnskap om sexologi og samlivsrådgivning i utdanningen (Kristoffersen et al., 2021b, s. 531).

#### *Permission - tillatelse*

Dette er det første nivået i modellen, hvor det handler om at sykepleiere gir tydelige signaler om at seksualitet kan prates om. Hensikten med dette nivået er at pasienten skal få muligheten til å formidle sine tanker rundt seksualitet. Det er derfor viktig at sykepleiere er villig til å snakke om seksualitet, og like viktig er det å lytte til det pasienten har å si (Kristoffersen et al., 2021b, s. 531). Det å ta opp seksuell helse kan være vanskelig for pasienten, og en slik samtale skal ikke finne sted uten pasientens tillatelse. Det å få invitasjon til å snakke om seksualitet er noe alle bør få, men tillatelsen til å snakke om seksualitet gis av pasienten, og man må akseptere hvis tilbudet avslås (Langhelle et al., 2021).

#### *Limited Information - begrenset informasjon*

Det andre nivået i modellen er for de som har behov for enkel og saklig informasjon der generelle spørsmål om seksualitet belyses (Kristoffersen et al., 2021b, s. 531). Dette nivået handler om at pasienten får relevante opplysninger, veiledning og generell undervisning knyttet til sine egne behov og ønsker (Langhelle et al., 2021). Denne informasjonen skal pasienten få uten å måtte kreve å bli informert. På dette trinnet kan sykepleier invitere kvinnen til å fortelle om sin opplevelse av situasjonen, og hva hun tror vil påvirke hennes seksualitet. Sykepleiere kan for eksempel forklare hvordan behandling i form av mastektomi og cytostatika kan påvirke kvinnens kroppsbilde, og gi bivirkninger som redusert libido, samt tørre og såre slimhinner i skjeden (Stubberud & Grønseth, 2022, s. 500).

#### *Specific Suggestions - spesifikke forslag*

På det tredje trinnet i modellen er målet at de som har behov for å stille spørsmål rundt sin situasjon, skal få konkrete forslag til løsninger som fremmer seksuell helse. Dette nivået krever at den som veileder har kunnskap om rådgivning og ulike forslag og løsninger

(Kristoffersen et al., 2021b, s. 531). Sykepleiere kan for eksempel informere kvinnen om ulike glidemidler og vaginalkremer som kan hjelpe mot tørr skjede.

*Intensive Therapy - intensiv terapi*

Det fjerde og siste trinnet i modellen er forbeholdt et fåtall av pasienter som har mer komplekse problemer, og som har behov for spesialisert behandling. Sykepleierens rolle på dette nivået vil være å henvise til spesialister, samt å motivere pasientene til å gjennomgå behandling (Kristoffersen et al., 2021b, s. 531).

### 3 Metode

#### 3.1 Praktisk gjennomføring

##### 3.1.1 Valg av databaser

Det er med bakgrunn i universitetets retningslinjer valgt integrativ litteraturstudie som metode. En litteraturstudie handler om å systematisk innhente data (Friberg, 2018, s. 143). Vi benyttet oss av ulike databaser tilgjengelig via Universitetet i Stavanger for å finne relevante vitenskapelige artikler. Vi gjennomførte søk i skandinaviske og internasjonale databaser, inkludert Oria, SveMed+, Cinahl og PubMed. Disse databasene ble valgt på bakgrunn av at de inneholder forskningslitteratur som er relevant for sykepleiefaget. Vi brukte Cinahl mest, ettersom denne databasen ga oss flest relevante treff på artikler som kunne svare på problemformuleringen vår. Cinahl tilhører EBSCO Publishing, og er en engelskspråklig database som inneholder litteratur om sykepleie og andre helsefaglige yrker (Helsebiblioteket, u.å.).

##### 3.1.2 Søkord og søkestrategi

Vi startet søkeprosessen bredt med å bruke søkeordene “Breast Cancer”, “Quality of Life” og “Sexuality”. Dette ga oss mange resultater, som gjorde at vi ble nødt til å avgrense søket. Vi satte språk-avgrensningen til engelsk. Deretter spesifiserte vi søket mot problemstillingen som omhandler kvinners seksuelle helse og endret selvbilde relatert til bivirkninger av behandling. Vi supplerte videre søket med “self esteem” og “side effects”. I oppgaven ønsket vi å ta for oss kvinner med brystkreft som har gjennomgått behandling, og har derfor ikke avgrenset oppgaven spesifikt mot én behandlingsform. Vi ønsket å finne artikler som kunne gi oss et helhetlig perspektiv på bivirkninger og problemer kvinner opplever i ettertid av behandling. Derfor har vi på noen søk inkludert ordet “mastectomy” for å finne forskning relatert til endret selvbilde som følge av gjennomført mastektomi. Vi brukte disse søkeordene for å hovedsakelig få artikler fra et pasientperspektiv.

Videre ønsket vi også å finne artikler fra et sykepleiefaglig perspektiv, og kombinerte da de tidligere søkene med ordene “nurse” og “nursing care”. For å kombinere søkeordene brukte vi boolske søkeoperatorer som “AND” og “OR”, for eksempel kunne et søk da se slik ut:

“Breast Neoplasms” OR “Breast Cancer” OR “Breast tumor” AND “Body Image” AND “Quality of Life” (Nielsen et al., 2021, s. 67). For mer detaljert oversikt over vår søkeprosess, se søkelogg i vedlegg 1.

Vi utarbeidet inklusjons - og eksklusjonskriterier i forkant av søkene, for et mer spesifisert og relevant litteratursøk. Det er ikke blitt satt noen geografisk begrensning, da vi ønsket å få en helhetlig oversikt. Dette med bakgrunn i at brystkreft og behandlingsmulighetene vil kunne ha en innvirkning på kvinners seksuelle helse, uavhengig av hvor i verden vi befinner oss. I tabell 1 viser vi de ulike kriteriene som ble benyttet i utvelgelsen av artikler:

Tabell 1.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Kvinner med gjennomgått brystkreft behandling</li> <li>● Kvinner over 18 år</li> <li>● Artikler på skandinaviske språk eller engelsk</li> <li>● Fagfellevurderte vitenskapelige artikler</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Kvinner med tilbakevendende kreft og metastaser</li> <li>● Palliative pasienter</li> <li>● Artikler eldre enn 10 år</li> <li>● Profylaktisk mastektomi</li> <li>● Andre underliggende sykdommer</li> </ul>

### 3.1.3 Valg av artikler

Da vi skulle velge artikler startet vi generelt med å lese gjennom overskrifter. De overskriftene som hørtes relevante ut for vår oppgave ble utvalgt til å lese abstrakt. Derfra kunne vi ekskludere en del oppgaver som ikke samsvarte med problemformuleringen, og inklusjons- og eksklusjonskriterier. De relevante abstraktene ble med videre i utvelgelsen, og det ble lest gjennom fulltekst av totalt 9 artikler. Vi ønsket å ha med både kvalitativ og kvantitativ forskning, da en kombinasjon av målbare data og pasienters og sykepleieres subjektive opplevelser godt kan belyse problemformuleringen (Dalland, 2017, s. 52-54). Valget vårt falt med det på tre kvalitative artikler og to kvantitative artikler. De kvalitative artiklene gir et innblikk i kvinners opplevelser og seneffekter som brystkreftoverlevelse, og hvilke barrierer som hindrer seksuell helse fra å bli tilstrekkelig diskutert med helsepersonell.

Disse artiklene ses opp mot de kvantitative artiklene, hvor vi har inkludert en artikkel om forandringer i selvtillit og selvbylde etter mastektomi, og en artikkel om effekten av PLISSIT-modellen.

### 3.2 Analyse

I analysearbeidet gjennomgår man en prosess hvor man tar helheten og deler den opp i flere deler. Videre ser man på disse delene for å skape en ny helhet. Vi startet med å lese kritisk og reflektert gjennom artiklene, samtidig som vi delte helheten i artiklene opp i ulike deler. Videre tok vi for oss de ulike delene slik at vi kunne finne en helhet i resultatene fra artiklene. For å dele opp artiklene måtte vi lese dem flere ganger og notere ned nøkkelfunn fra hver artikkel. Etter dette sammenlignet vi funnene slik at vi kunne finne en ny helhet i artiklene våre. Under analysen markerte vi de sentrale hovedfunnene i de forskjellige artiklene. For å danne en oversikt over de utvalgte artiklene, ble de ulike funnene lagt inn i en litteratormatrise (Friberg, 2018, s. 135-137). Litteratormatrisen vises i vedlegg 2, analyserte artikler.

## 4 Resultater

Vi vil presentere resultatene av artiklene i to hovedkategorier med underkategorier. Hovedkategoriene ble valgt med hensikt om å skille mellom hvordan ulike bivirkninger påvirker kvinners selvbilde og seksuelle helse fra et pasientperspektiv, og sykepleieres erfaringer i møte med disse problemstillingene. Våre hoved- og underkategorier presenteres i tabellen under (Tabell 2), og vil bli fremlagt i dette kapittelet.

Tabell 2.

Hovedkategori	Underkategori
Kvinnens opplevelse av tiden etter brystkreftbehandling	Endret selvbilde etter mastektomi Behandlingens effekt på seksualiteten
Sykepleieres erfaringer med kommunikasjon om seksuell helse	Behovet for informasjon Sykepleieres barrierer

### 4.1 Kvinnens opplevelse av tiden etter brystkreftbehandling

#### 4.1.1 Endret selvbilde etter mastektomi

I studien til Wojtyna et al. (2023) presenteres selvtillit/selvfølelse som en viktig faktor med stor påvirkning på livskvalitet etter gjennomført operasjon som en del av kreftbehandling. Studien er todelt, hvor første del tar for seg livskvaliteten til pasienter operert for kreft i munnhulen. Andre del tar for seg forandringer i implisitt og eksplisitt selvfølelse og livskvalitet for kvinner med brystkreft som får utført mastektomi. Den andre studien er den som gjør seg relevant i denne oppgaven og videre vil utdypes. For å forstå forandringene i selvfølelse kreves det en forståelse av implisitt og eksplisitt selvfølelse. Eksplisitt selvfølelse defineres som en generell vurdering av egen verdi, en målbevisst prosess hvor en vurderer seg selv. Implisitt selvfølelse kan derimot forstås som en mer impulsiv prosess, noe som skjer automatisk og ubevisst, og påvirkes av følelsesmessige opplevelser (Wojtyna et al., 2023, s. 7). Det ble foretatt en test syv dager før mastektomi for å finne grunnlaget for kvinnens selvfølelse, ved å fastslå kvinnens opprinnelige implisitte og eksplisitte selvfølelse. Så ble

det tatt en ny test to måneder etter inngrepet for å undersøke forandringene i kvinnenes selvfølelse.

Ved hjelp av spørreskjemaene og testene, kunne deltakerne deles inn i tre hovedkategorier: høy eksplisitt- og implisitt selvfølelse (HSES), skjør selvfølelse, og lav eksplisitt- og implisitt selvfølelse (LSES) (Wojtyna et al., 2023, s. 9). Samlet kunne en etter mastektomi se en felles nedgang i eksplisitt selvfølelse og livskvalitet for alle gruppene, relatert til faktorer som generell helsetilstand, fysiske faktorer og sosial funksjon. Det kommer frem i studien at brystkreft-diagnosen og behandlingen av den vil kunne ha negativ innvirkning på pasientens selvbylde og livskvalitet. Videre kunne det ses størst nedgang i livskvalitet og eksplisitt selvfølelse hos kvinnene med skjør selvfølelse. Kvinnene med høy eksplisitt- og implisitt selvfølelse (HSES) viste best opprettholdelse av faktorene med påvirkning på livskvalitet (Wojtyna et al., 2023, s. 7-9).

#### *4.1.2 Behandlingens effekt på seksualiteten*

Den kvalitative studien til Parker et al. (2023) undersøker overgangen fra aktiv brystkreftbehandling til tiden etter, i teksten referert til som “survivorship”. Når kvinnene entrer inn i denne fasen etter behandling, innebærer det sjeldnere møter med behandlingsteam og helsevesenet. Det kan være en tid preget av angst og usikkerhet for hvor kvinnene kan henvende seg ved spørsmål eller problemer som kan oppstå i månedene og årene etter. Kvinnene rapporterte om det å føle seg som en ny kvinne og det å måtte bli kjent med sin nye kropp, samt kognitive forandringer, depresjon, vektøkning og seksuelle forandringer (Parker et al., 2023, s. 2-7). Majoriteten av kvinnene kunne fortelle at hormonelle forandringer opplevdes enormt plagsomt. De følte seg ikke tilstrekkelig informert om slike forandringer, som for eksempel tidlig overgangsalder, tørre slimhinner og nedsatt sexlyst, som både påvirker kvinnenes seksualitet, så vel som samlivet. Endokrin behandling er en behandling som hyppig benyttes av kvinner i “survivorship”, som har store innvirkninger på kvinners seksuelle helse og livskvalitet.



“Sexual health remains one of the most frequent unmet needs for young breast cancer survivors.” (Parker et al., 2023, s. 9). Flertallet av kvinnene i denne studien følte at de ikke var tilstrekkelig forberedt på og informert om disse forandringene. De fleste følte seg i stor grad uforberedt på overgangen fra aktiv behandling til “survivorship”. Ifølge kvinnene var fokuset underveis i behandlingen å behandle kreften, mens andre bivirkninger og liknende ble avvirket, og mulig aldri diskutert. En kvinne kunne fortelle om et ønske om tilgang på mer veiledning og hjelp fra helsepersonell, for å takle den nye hverdagen og eventuelle bivirkninger (Parker et al., 2023, s. 8).

Det kommer også frem i studien til Halley et al. (2014) at bekymringer rundt seksuell helse er en av de vanligste og mest langvarige seneffektene til brystkreftbehandling. Cytostatika og hormonbehandling er assosiert med tidlig overgangsalder, hetetokter og tørre slimhinner i skjeden, hvor sistnevnte kan føre til smerter ved samleie. Kvinnene i denne studien kunne også rapportere om psykiske påkjenninger relatert til selv- og kroppsbilde, seksuell lyst og seksuell tilfredsstillelse. Disse påkjenningene opplevdes både av kvinner som gjennomgikk mastektomi og brystbevarende operasjon. Seksuelle problemer kan oppstå og være et problem for kvinner i lang tid etter behandling (Halley et al., 2014, s. 4-5).

## 4.2 Sykepleieres erfaringer med kommunikasjon om seksuell helse

### 4.2.1 Behovet for informasjon

Kvinnene i studien til Halley et al. (2014) viser til mangelfull informasjon knyttet til seksuelle bivirkninger etter brystkreftbehandling. De forteller at de følte seg forlatt av helsevesenet på det tidspunktet de opplevde seksuelle bivirkninger, da de ikke lenger var i aktiv behandling. Selv om det ifølge kvinnene snakkes om bivirkninger til en viss grad under aktiv behandling, er ikke dette tilstrekkelig når mange av seneffektene oppstår i ettertid. Kvinnene uttrykte et ønske om å motta utfyllende skriftlig informasjon om spesifikke bivirkninger til brystkreftbehandling som har en påvirkning på den seksuelle helsen (Halley et al., 2014, s. 11).

Et økt behov for informasjon kunne også Parker et al. (2023) vise til. Kvinnene i denne studien følte seg uforberedt på tiden etter behandling, og mente at oppfølgingen ikke var god nok. De kom med en rekke spesifikke forslag til forbedring, blant annet et ønske om tettere oppfølging etter behandling for å ikke måtte “stå i det alene”. Samtidig ønsket de et økt fokus på kommunikasjon relatert til seksuell helse. De ønsket særlig mer kommunikasjon rundt bivirkninger relatert til selvbilde, tørre slimhinner i skjeden og endret sexlyst, samt hvilken påvirkning dette kan ha for deres seksualitet og samliv (Parker et al., 2023, s. 8).

I følge studien til Keshavarz et al. (2021) kommer det frem at PLISSIT-modellen kan være en effektiv tilnærming for å hjelpe kvinner som har overlevd brystkreft med å håndtere seksuelle utfordringer og dermed forbedre deres livskvalitet. PLISSIT-modellen er et kommunikasjonsverktøy som helsepersonell kan bruke for å implementere hensiktsmessige og effektive strategier for å møte brystkreft pasienters seksuelle bekymringer (Keshavarz et al., 2021, s. 2). Resultatene i studien viser at deltakerne opplevde forbedringer i seksuell funksjon, redusert seksuell belastning og økt livskvalitet etter å ha gjennomgått rådgivning basert på PLISSIT-modellen. Det ble gjennomført en evaluering av effekten av PLISSIT-basert rådgivning relatert til seksuell funksjon, seksuell dysfunksjon og livskvalitet, både to og fire uker etter intervensjonen. Evalueringen viste ingen betydelig forskjell på disse to kontrollene, som indikerer et stabilt resultat, og at PLISSIT er en pålitelig modell som viser en klar positiv effekt både to og fire uker etter. Videre er det ifølge studien relatert til enkelheten og anvendeligheten av PLISSIT- modellen, anbefalt å innføre den som en del av sykepleien til brystkreftpasienter. Ved at sykepleierne brukte PLISSIT-modellen opplevde kvinnene i studien en forbedring i deres seksuelle funksjon (Keshavarz et al., 2021, s. 3-6).

#### *4.2.2 Sykepleieres barrierer*

Ifølge studien til Halley et al. (2014) er seksuelle utfordringer en av de vanligste bivirkningene til brystkreftbehandling. Til tross for hyppigheten og kompleksiteten til de seksuelle problemene, tyder forskning på at helsepersonell sjelden diskuterer muligheten for å oppleve langsiktige seksuelle helseproblemer med sine pasienter. De hyppigst identifiserte barrierene for kommunikasjon om seksuelle helsespørsmål er begrensninger på sykepleieres tid, ubehag eller mangel på kunnskap om emnet. Samtidig som pasientene ofte er motvillige

til å ta opp problemet, kan det også gjerne være relatert til sykepleieres holdninger i møte med pasientens seksuelle helse (Halley et al., 2014, s. 4-9). Studien til Ferreira et al. (2015) identifiserer tre hovedelementer angående sykepleieres barrierer. Videre vil disse presenteres under.

#### Barrierer relatert til helsemodellen:

I studien til Ferreira et al. (2015) kommer det fram at hvilken helsemodell helsevesenet følger vil kunne fungere som en stor barriere for sykepleiere i arbeidet med brystkreftpasienter. Helsevesenet der studien ble utviklet følger den biomedisinske helsemodellen, som vil si at helsevesenet har et standardisert og patogent fokus hvor de fokuserer på å behandle selve sykdommen. Sykepleierne erfarer at denne helsemodellen påvirker deres prioriteringer i møte med pasientene. Når de skal behandle pasientene er de preget av å ha et sykdomsfokus, og fokuserer på selve diagnosen og behandling av den fysiske kroppen. Studien viser at selv om sykepleierne er opptatt av å dekke pasientenes grunnleggende behov, er dette begrenset til behandling rettet mot å kontrollere sykdommen og de fysiske komplikasjonene som følge av behandlingen (Ferreira et al., 2015, s. 84-85).

#### Barrierer relatert til institusjonelle faktorer:

Sykepleierne i studien til Ferreira et al. (2015) viser til stor utskiftning og lite kontinuitet av sykepleiere på en typisk avdeling på sykehus, som gjør at sykepleierne opplever at det blir vanskelig å ta opp temaet seksualitet. Ifølge sykepleierne er dette fordi seksualitet er et veldig privat og intimt tema, og mangel på muligheter til å skape en god relasjon til pasientene fungerer som en barriere for hvorfor sykepleierne ikke inkluderer temaet seksuell helse i møte med pasientene.

Videre er mangelen på tid en av barrierene sykepleierne fremhever. Ved høyt arbeidstempo opplever mange sykepleiere at det er vanskelig å ta opp temaet seksualitet. Det er mange pasienter som skal motta pleie, og begrenset med ansatte. Det er mye informasjon som skal gis til pasientene, bl.a. om selve behandlingen og konkrete bivirkninger til den, som fører til at seksualitet blir nedprioritert og glemt. Kontakten med pasientene blir ofte hurtig og går på

automatikk, og samtidig forteller sykepleierne at mangelen på private områder blir en stor barriere for å snakke om seksualitet med pasientene sine (Ferreira et al., 2014, s. 85-86).

#### Barrierer relatert til sosiale tolkninger av seksuell helse:

De intervjuede sykepleierne i Ferreira et al. (2015) anser seksualitet som et sensitivt og delikat tema, som er for privat til å diskutere med pasientene. Disse fordommene til sykepleierne gjør det vanskelig å inkludere seksualitet i pleien, og sykepleiere føler seg ofte ukomfortable til å diskutere seksualitet med pasientene, og er redde for å krenke deres privatliv. Likevel viser tall fra studien at flertallet av sykepleierne, hele 81,7%, ikke mener at seksualitet er for privat til å snakke om, men at 47,9% av sykepleierne derimot er ukomfortabel med å snakke om seksuell helse. Samtidig kommer det frem at de sykepleierne som mener at seksualitet er for privat til å snakke om, også mener at seksuell helse og spørsmål rundt seksualitet kun bør tas opp dersom pasienten starter samtalen. Ifølge studien er disse holdningene til sykepleierne relatert til sykepleierutdanningen (Ferreira et al., 2015, s. 87). Sykepleierne erfarer også at mange kvinner med brystkreft tenker at seksualitet er synonymt med sex og nytelse, og at det dermed er upassende i en sykdomssituasjon. Sykepleierne forteller at pasientene ofte skammer seg over å tenke på sex, som fører til at de ikke tar opp denne problemstillingen med helsepersonell (Ferreira et al., 2015, s. 87).

## 5 Diskusjon

I denne delen av oppgaven vil vi ta for oss diskusjon rundt integrativ litteraturoversikt som metode. Vi vil diskutere vår fremgangsmåte i metodekapittelet, og trekke inn kildekritikk, avgrensninger og hvordan metoden belyser vår valgte problemformulering. Resultatene fra artiklene vil avslutningsvis diskuteres i samråd med relevant teori, egne erfaringer og refleksjoner.

### 5.1 Metodediskusjon

#### 5.1.1 Kvalitativ og kvantitativ metode

I vår integrative litteraturoversikt valgte vi å benytte oss av totalt fem artikler, hvorav to er kvantitative og tre er kvalitative. Vi valgte en kombinasjon med kvalitative og kvantitative artikler, da vi ønsket å se pasienters opplevelser opp mot målbare data for å få en dypere forståelse. De subjektive opplevelsene til pasientene og sykepleierne i de kvalitative artiklene lot seg fint supplere med data fra de kvantitative artiklene. Dette gav oss en god oversikt over både bivirkninger, barrierer rundt seksuell helse og effekten av målrettede terapeutiske tiltak. Ettersom at disse metodene utfyller hverandre, mener vi det vil styrke oppgaven å bruke en blandet metode.

#### 5.1.2 Kildekritikk

Fire av artiklene handler om seksuell helse, kommunikasjon og barrierer rundt dette, mens én artikkel handler om endret selvfølelse etter mastektomi. Hovedfokuset i oppgaven vår ble dermed seksuell helse, men vi inkluderte artikkelen om selvfølelse for å få et salutogenetisk syn, da dette også er en faktor som spiller inn på den seksuelle helsen og livskvaliteten. For å sammenligne resultatet, kunne vi ha inkludert flere artikler om endret selvfølelse.

Vi valgte å bruke i hovedsak europeiske og nordamerikanske artikler, men supplerte med en artikkel fra Brasil og en fra Iran. Dette kan sees på som en svakhet da helsevesenet vil være forskjellig i ulike deler av verden. Siden vi ikke har inkludert resultater fra Skandinavia, kan vi risikere at vi ikke kan relatere resultatene våre til det norske helsevesenet. Grunnen til at vi

har valgt artikler utenfor Norden er på bakgrunn av artiklenes relevans til vår oppgave. Alle artiklene er helsefaglig relevante, og forfatterne er tilknyttet helsefaglige fakulteter ved universiteter i de ulike landene. Videre førte ikke våre søk til gode forskningsartikler fra skandinaviske land. Dette kan muligens være fordi de fleste søkene våre foregikk på engelsk og i internasjonale databaser. Når vi søkte i skandinaviske databaser kom det begrenset med artikler opp, som kan tyde på at det trengs mer skandinavisk forskning på dette området. Likevel har vi tatt en bevisst avgjørelse om å ha med artikler fra forskjellige land, fordi resultatene i de ulike artiklene er meget relevante for vår problemformulering, samt at det viser til at senefekter til brystkreftbehandling er et globalt problem. Brystkreft og behandlingen av det vil være tilnærmet lik på verdensbasis, og selv om helsevesenet og behandlingsmulighetene i de forskjellige landene kan være forskjellige, vil mange av kvinnene oppleve de samme bivirkningene. Med dette tatt i betraktning er vi åpen for at det kan være forskjeller i helsevesenet, samt kulturelle forskjeller fra land til land når det gjelder å snakke om seksuell helse, som ikke er tatt høyde for i vår oppgave. Et gjennomgående tema i artiklene er likevel mangel på tilstrekkelig informasjon, som tyder på at seksuell helse er nedprioritert i like stor grad i de forskjellige landene. Dette stemmer overens med våre egne erfaringer fra praksis, hvor vi opplever seksuell helse til å være et tema som sjeldent diskuteres.

### *5.1.3 Deltagere og etiske overveielser*

I oppgaven vår har vi valgt å inkludere alle kvinner over 18 år som har gjennomgått brystkreftbehandling. Grunnen til dette er at brystkreft er den vanligste kreftformen for kvinner på verdensbasis. Vi ønsket et helhetlig bilde på denne pasientgruppen, uten å begrense det til en spesifikk aldersgruppe. Fordi seksualitet og seksuell helse er et veldig intimt og privat tema, vil denne pasientgruppen være sårbar. Vi ønsket derfor forskning der all pasientdata ble anonymisert. Alle kvinnene i de inkluderte artiklene er anonymisert eller pseudonymisert. Studiedeltakerne mottok utfyllende informasjon i forkant av deltakelsen, og gav sitt informerte samtykke for å kunne delta. Studiene er godkjent av etiske komiteer ved de respektive universitetene, og vi vurderer det dermed som etisk riktig å bruke artiklene.

## 5.2 Resultatdiskusjon

### 5.2.1 *Kvinnens opplevelse av tiden etter brystkreftbehandling*

Studien til Wojtyna et al. (2023) viser hvordan kvinnenes selvtillit og selvfølelse ble betydelig redusert etter mastektomi. Studien viste også at pasientenes initiale selvfølelse hadde en påvirkning på hvor godt de taklet sykdommen og bivirkningene i ettertid. Kvinnene med skjør selvfølelse ville være i større behov for veiledning underveis i brystkreftbehandlingen.

Generelt viste studien en samlet nedgang i livskvalitet for alle kvinnene, som kan vise til nettopp hvor stor påkjenning det er å gjennomgå en mastektomi, både på den helhetlige helsen og livskvaliteten (Wojtyna et al., 2023, s. 9). Kvinnene kan føle seg fremmedgjort i sin egen kropp, og det å miste et bryst kan utløse sorgreaksjoner og tap av identitet. Brystet er en viktig del av kvinners identitet og selvbilde, og vil dermed være en viktig faktor for kvinnenes livskvalitet og seksuelle helse. Cytostatika, strålebehandling og hormonbehandling er en stor påkjenning for kroppen, med store innvirkninger på kvinners selvbilde, seksuelle helse og livskvalitet (Stubberud & Grønseth, 2022, s. 483).

Kvinnene i studien til Parker et al. (2023) kunne også fortelle om deres opplevelser av det å føle seg som en ny kvinne etter behandlingen, og det å bli kjent med seg selv på ny som utfordrende. I flere av artiklene ble utfordringer relatert til seksuell helse lagt frem som noe av det mest utfordrende brystkreftoverlevende opplevde i etterkant av behandlingen. Flere av kvinnene påpekte en følelse av å måtte møte bivirkningene alene, og dermed et ønske om mer veiledning fra helsepersonell. Dette viser hvor viktig det er at sykepleier er innforstått med den behandlingen kvinnen har vært gjennom i forkant av veiledningen, og eventuelt den behandlingen hun får på gjeldende tidspunkt.

Kvinnene i studiene følte at bivirkninger som påvirket deres seksuelle helse i stor grad ble nedprioritert av helsepersonell, selv om disse bivirkningene er vanlige til brystkreftbehandling. Da det ikke ble fokusert på én spesifikk behandlingstype i denne oppgaven, viser resultatene av artiklene bivirkninger fra alle typer brystkreftbehandling. Majoriteten av kvinnene opplevde forandringer relatert til endret kropps- og selvbilde, seksualitet og seksuell helse, uavhengig av behandlingen de fikk. Helsevesenet har tradisjonelt sett en patogen tilnærming hvor hovedfokus er behandling av sykdommen, og

mindre fokus på bivirkninger. Dette står i kontrast til en salutogen tilnærming, hvor det er et høyt fokus på hva som gir god helse, med et mer helhetlig blikk. Mange kvinner med brystkreft har gode prognoser, og da er disse seneffektene som er rapportert om i artiklene viktig å ta tak i. Våre egne erfaringer fra praksis viser at det oftest fokuseres på selve diagnosen, og at noen bivirkninger og symptomer som kvalme og smerter gjerne ofte er hovedfokus framfor andre problemstillinger. En konsekvens av dette er at kvinners seksuelle utfordringer relatert til ulike bivirkninger blir glemt i pleien. Samtidig viser PLISSIT-modellen hvor viktig det er å gi informasjon for å redusere kvinners bekymringer relatert til deres seksuelle helse. I oppfølgingen av brystkreftpasienter bør sykepleiere ha tilegnet seg basal kunnskap om mulige bivirkninger til behandlingen, slik at pasienten kan få relevant informasjon knyttet til sine egne behov (Langhelle et al., 2021).

### *5.2.2 Sykepleieres erfaringer med kommunikasjon om seksuell helse*

Studien til Halley et al. (2014) viser til at seksuelle utfordringer er en av de vanligste opplevde bivirkningene til brystkreftbehandling. Kvinnene i studiene til Halley et al. (2014) og Parker et al. (2023) har et økt behov for informasjon relatert til seksuell helse, et behov som ikke blir møtt. Selv om mange kvinner med brystkreft opplever seksuelle problemer som følge av behandling, blir det gitt lite informasjon om at dette kan forekomme som følge av kreftbehandling. Ifølge Virginia Hendersons teori handler sykepleie om å ivareta pasientens grunnleggende behov når pasienten selv ikke evner å møte disse behovene på egen hånd (Kristoffersen et al., 2021a, s. 237). Etersom at seksuell helse defineres som et grunnleggende behov, burde dette være en del av den helhetlige sykepleien (Kristoffersen et al., 2021b, s. 516). Likevel blir ikke pasienters seksuelle helse ivaretatt i tilstrekkelig grad. En konsekvens av dette er at pasientene kan få redusert livskvalitet.

Videre ser vi at sykepleierne forteller om flere barrierer når det kommer til å snakke om seksuell helse med pasienter. Noen av barrierene sykepleierne presenterte var begrensninger på sykepleiers tid, ubehag eller mangel på kunnskap om emnet, samtidig som at hvilke helsemodell helsevesenet følger vil påvirke hvorvidt sykepleierne inkluderer pasientens seksuelle helse som en del av pleien (Halley et al., 2014; Ferreira et al., 2015). I studien til Ferreira et al. (2015) møter vi et helsevesen som følger den biomedisinske helsemodellen, og



som tidligere nevnt har også vi i det norske helsevesenet hatt det vi kaller for et patogent fokus. Sykepleiere har en viktig rolle i å se og behandle hele personen, og ikke kun den synlige “syke” delen. Derfor bør sykepleiere ha en salutogen tilnærming i møte med brystkreftpasienten (Kristoffersen et al., 2021a, s. 103). Dette kan bidra til at sykepleiere evner å se og ivareta det helhetlige helsebehovet til kvinnene. I tråd med de yrkesetiske retningslinjene er det å gi helhetlig sykepleie og omsorg en viktig del av sykepleiers rolle, hvor den seksuelle helsen også inngår (Norsk Sykepleierforbund, 2023).

Samtidig ser vi at sykepleierne legger stor vekt på tidspress, som er et kjent utbredt problem i sykepleien. Å snakke om seksuell helse kan være en tidkrevende prosess, og ikke noe man vil haste seg gjennom, som kan føre til at det ofte blir nedprioritert ved mangel på tid. En annen konsekvens av sykepleiers mangel på tid er at møtet med pasientene ofte blir kort og automatisk, som igjen gjør det vanskelig å danne en god relasjon. Med bakgrunn i Joyce Travelbees teori ser vi at kommunikasjon er et av de viktigste verktøyene en sykepleier har i møte med pasienter (Kristoffersen et al., 2021a, s. 256). Det å bli rammet av kreft er en stor påkjenning, og møtet med helsepersonell har mye å si for pasientens livskvalitet og helse. Derfor vil god kommunikasjon mellom sykepleier og pasient være helt essensielt for å ivareta denne pasientgruppen i en høyst vanskelig og stressende tid (Stubberud & Grønseth, 2022, s. 476). Samtidig handler det å ha god profesjonell kommunikasjon om å ha et helsefremmende formål, og som sykepleier i møte med brystkreftpasienter kan man bl.a. ved å fokusere på ulike bivirkninger som påvirker deres seksuelle helse bedre den enkeltes livskvalitet.

For å bidra til å ivareta kvinnens livskvalitet ved å fokusere på seksuell helse, vil sykepleierens veiledende funksjon være sentral. Likevel fremhever Ferreira et al. (2015) at sykepleiere ofte vegrer seg for å snakke om seksualitet, da dette kan oppleves som et tabubelagt tema. I studien til Ferreira et al. (2015) kommer det fram at mange sykepleiere mener at seksualitet kun bør snakkes om dersom pasienten starter samtalen. Det kommer også fram at kvinner med brystkreft synes det er upassende å snakke om noe som er synonymt med nytelse i en sykdomssituasjon. Dette viser hvor viktig det er at sykepleiere åpner opp for samtale om seksualitet og seksuelle spørsmål, og det er her viktigheten av PLISSIT-modellen kommer fram.

For at sykepleiere skal kunne ivareta kvinnens seksuelle helse, vil det være viktig at veiledningen foregår innenfor trygge rammer. Kvinnene i studien til Keshavarz et al. (2021) har hatt god effekt av PLISSIT-basert veiledning. PLISSIT har vist seg som et godt kommunikasjonsverktøy i møte med brystkreftpasienters seksuelle helse. For å åpne opp for den gode samtalen om seksuell helse, er det viktig at sykepleiere gir tydelige signaler til pasientene om at det kan snakkes om. Å ta initiativ til samtalen vil være en stor del av sykepleierens rolle i møte med disse pasientene. Veiledning ved bruk av PLISSIT-modellen krever kvinnens tillatelse, og i noen tilfeller kan sykepleier oppleve å ikke få denne (Kristoffersen et al., 2021b, s. 531). For at sykepleiere skal kunne bidra til å ivareta kvinnens seksuelle helse, kan informasjon om seksuell helse bli gitt gjennom skriftlig materiale. Dette bekreftes i studien til Halley et al. (2014) hvor kvinnene ønsket utfyllende skriftlig informasjon om brystkreft og spesifikke bivirkninger som påvirker deres seksualitet (Keshavarz et al., 2021; Halley et al., 2014; Ferreira et al., 2015). Dette er også en rettighet kvinnene har. Kvinnenes rett på informasjon vedrørende seksuelle utfordringer i forbindelse med brystkreftbehandling, er lovfestet i pasient- og brukerrettighetsloven §3-2 første ledd (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2).

Gjennom god kommunikasjon vil det kunne opparbeides tillit i relasjonen mellom pasient og sykepleier, slik vil også et menneske-til-menneske forhold etableres. På denne måten vil sykepleiere kunne møte pasientens behov. I møte med brystkreftpasienters seksuelle helse bør sykepleiere ha generell kunnskap om seksualitet, slik at de kan møte pasientens behov for å snakke om dette. Sykepleiere bør ha kompetanse til å befinne seg på de to nederste nivåene av PLISSIT-modellen, da disse kun krever generell kompetanse om seksuell helse og kommunikasjon (Kristoffersen et al., 2021b, s. 531). Modellen vil fungere som et hjelpemiddel, men det vil være vanskelig å få fullt utbytte av modellen dersom sykepleier ikke kan kommunisere om seksuell helse.

Hvorvidt sykepleiere synes seksuell helse er et ubehagelig tema å prate om, vil selvsagt variere og være individuelt basert på hver persons bakgrunn og erfaringer. Likevel er et gjennomgående tema i artiklene at mange sykepleiere synes det er et ubehagelig tema, blant annet relatert til for lite kunnskap og lite fokus på dette i sykepleierutdanningen. I forkant av veiledningen må sykepleiere bevisstgjøre egne verdier og holdninger om seksualitet. En må

gjøre et oppgjør mot sine egne fordommer, både bevisste og ubevisste, for å kunne møte pasienten på en god måte. Dette kan gjøres ved en hermeneutisk tilnærming til sykepleie, hvor en må bevisstgjøre seg sine egne forforståelser og fordommer rundt seksuell helse, og ha forståelse for at også pasientene besitter egne forforståelser og fordommer (Aadland, 2021, s. 181). Andre mennesker kan forstås som fenomener, som vi kun får et begrenset, subjektivt inntrykk av, basert på våre egne opplevelser av personen, og tidligere erfaringer. Selvinnsikt i egne forforståelser og fordommer, samt det å kunne innta en empatisk holdning og ha evne til innlevelse i den andres situasjon vil ha stor betydning for å legge til rette for en god samtale. Dette vil også være viktig for å møte den andre fordomsfritt og åpent, spesielt i møte med et så intimt tema som seksuell helse (Aadland, 2021, s. 179). Ifølge Travelbees teori burde sykepleiere i møte med pasienters seksuelle helse bruke seg selv terapeutisk, altså at man bruker sin egen personlighet, erfaringer og kunnskap for å kunne hjelpe pasientene. Samtidig er det viktig å kjenne til pasientens opplevelse av egen situasjon, fremfor å fokusere på selve diagnosen (Travelbee, 1999, s. 44-45).

### 5.3 Konklusjon

Våre funn viser at kvinner har et stort informasjonsbehov når det kommer til seksuell helse og seneffekter til brystkreftbehandling, samt hvor viktig det er at helsepersonell veileder og informerer om dette. Dette behovet blir ikke møtt i tilstrekkelig grad slik det er nå. PLISSIT er et hjelpemiddel som burde brukes mer av sykepleiere, fordi den har vist seg å være et godt verktøy for sykepleiere til å veilede, informere og tilrettelegge rundt endret kropps- og selvbilde og seksuell helse. Gjennom denne oppgaven har vi lært at veiledning gjennom PLISSIT-modellen kun krever at sykepleierne veileder kvinnene ut fra sitt kompetansenivå. Overordnet handler modellen om at sykepleiere både gir og får tillatelse til å snakke om kvinnens seksuelle helse, samt seksuelle problemstillinger. Det å ta initiativ til kommunikasjon om seksuell helse er en del av sykepleierrollen, og ikke et ansvar som ligger hos pasientene, selv om pasientens tillatelse selvsagt må innhentes. Livskvalitet er en dimensjon av mange ulike faktorer, og for å ivareta livskvaliteten til brystkreftpasienter kreves det helhetlig sykepleie og omsorg, i tråd med de yrkesetiske retningslinjene. Seksuell helse er avhengig av både psykiske og fysiske faktorer, og bivirkningene er ofte lite synlige. Det er da enda viktigere at sykepleiere kommuniserer om disse utfordringene, for å få dem frem i lyset. På et så bredt tema er det mye mer teori som kunne vært med, men grunnet

ordbegrensning i oppgaven ble vi nødt til å prioritere. Vi syntes det var utfordrende å begrense oss, men vi føler likevel at teoridelen godt belyser hensikten med oppgaven.

## 6 Anvendelse i praksis

Gjennom denne studien har vi sett nærmere på hvordan kvinners opplevelser til brystkreftbehandling påvirker deres seksuelle helse, samt hvilke barrierer som hindrer helsepersonell i å snakke om dette. Vi ser at PLISSIT som et kommunikasjonsverktøy har dokumentert effekt, og at kvinnene opplevde forbedring i deres seksuelle helse.

Vi ser at det er et tydelig forbedringspotensial innen dette temaet, da seksuell helse ikke blir prioritert i praksis. Seksuell helse må opp på prioriteringslisten, særlig i møte med kvinner som har brystkreft. Derfor vil vi avslutningsvis legge frem begrunnede forslag til videre praksis og forskning.

- Grunnet mangel på kunnskap og erfaring hos sykepleiere, bør det fokuseres på å opparbeide gode kunnskaper rundt seksuell helse og kommunikasjon i sykepleierutdanningen. Dette kan bidra til å øke kunnskapsnivået, og gjøre sykepleiere mer komfortable med å kommunisere om dette med pasienter.
- Vi foreslår mer definerte roller. For eksempel kan én på avdelingen ha hovedansvaret for å sørge for at pasienters seksuelle helse og behov blir ivaretatt. Videre foreslår vi at den som har hovedansvaret på avdelingen, kan fungere som en veiledende og undervisende rolle overfor de andre på avdelingen.
- Tidspress fremstår som en stor barriere for den gode samtalen. Kunne det vært mulig å delegerer noe av ansvaret videre til andre helsefaglige yrker? F.eks. kunne helsefagarbeidere ha gitt skriftlig informasjon til pasienten, og invitert til samtale ved behov. Så kunne sykepleiere ha avtalt et tidspunkt for å ha en mer utdypende samtale.
- Våre litteratursøk tyder på at det er lite forskning på skandinaviske kvinner. Vi anbefaler videre forskning til å fokusere mer på skandinaviske kvinner, fordi kulturforskjeller kan føre til at resultater og funn ikke anses som like relevante i alle land.

- PLISSIT er en god og pålitelig modell for kommunikasjon om seksuell helse. Derfor mener vi at PLISSIT som et kommunikasjonsverktøy burde vektlegges i større grad i sykepleierutdanningen. Bruken av modellen burde også normaliseres i møte med pasienter.

## Referanser

- Aadland, E. (2021). "Og eg ser på deg...": *Vitenskapsteori i helse- og sosialfag* (3.utg.). Universitetsforlaget.
- Brystkreftforeningen. (u.å.). *Seneffekter etter brystkreft*. Hentet 14. november 2023 fra <https://www.brystkreftforeningen.no/om-brystkreft/seneffekter/>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6.utg.). Gyldendal Norsk Forlag.
- Eide, H. & Eide, T. (2019). *Kommunikasjon i relasjoner* (3.utg.). Gyldendal Norsk Forlag.
- Ferreira, S.M.A., Gozzo, T.O., Panobianco, M.S., Santos, M.A. & Almeida, A.M. (2015). Barriers for the inclusion of sexuality in nursing care for women with gynecological and breast cancer: perspective of professionals. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(1). <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3602.2528>
- Friberg, F. (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. 129-138). Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2018). Att göra en litteraturöversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3. utg., s. 141-152). Studentlitteratur.
- Halley, M. C., May, S. G., Rendle, K. A. S., Frosch, D. L. & Kurian, A. W. (2014). Beyond barriers: fundamental 'disconnects' underlying the treatment of breast cancer patients' sexual health. *Culture, Health & Sexuality: An International Journal for Research, Intervention and Care*, 16(9). <https://dx.doi.org/10.1080/13691058.2014.939227>
- Helsebiblioteket. (u.å.). *Cinahl*. Hentet 13. november 2023 fra <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/lenker/databaser/cinahl>

- Helsedirektoratet. (2023, 9. juni). *Sentrale begreper på seksuell helse-området*. Hentet 6. november 2023 fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/seksuell-helse/sentrale-begreper-seksuell-helse>
- Keshavarz, Z., Karimi, E., Golezar, S., Ozgoli, G. & Nasiri, M. (2021). The effect of PLISSIT based counseling model on sexual function, quality of life, and sexual distress in women surviving breast cancer: a single-group pretest-posttest trial. *BMC Women's Health*, 21(417). <https://doi.org/10.1186/s12905-021-01570-4>
- Kreftforeningen. (2023, 2 oktober). *Brystkreft*. Hentet 6. November 2023 fra <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/brystkreft/>
- Kristoffersen, N.J., Skaug, E-A., Steindal, S.A. & Grimsbø, G.H. (Red.). (2021a). *Grunnleggende sykepleie: bind 1* (4 utg.). Gyldendal Norsk Forlag.
- Kristoffersen, N.J., Skaug, E-A., Steindal, S.A. & Grimsbø, G.H. (Red.). (2021b). *Grunnleggende sykepleie: bind 2* (4. utg.). Gyldendal Norsk Forlag.
- Langhelle, T.H., Paulsen, A., Fredly, K. & Sekse, R.J.T. (2021). Sykepleiere kan hjelpe pasientene til bedre seksuell helse. *Sykepleien*, 105, e-83207. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2021.83207>
- Nes, R.B., Røysamb, E., Eilertsen, M.G., Hansen, T. & Nilsen, T.S. (2021, 17. desember). *Livskvalitet i Norge*. Folkehelseinstituttet. Hentet 10. november 2023 fra <https://www.fhi.no/he/folkehelse/rapporten/samfunn/livskvalitet-i-norge/?term=>
- Nielsen, D.A., Hjørnholm, T.Q. & Jørgensen, P.S. (2021). *Oppgaveskriving og metode i helse - og sosialfag* (1. utg.). Vigmostad & Bjørke.
- Nordtvedt, P. (2021). *Omtanke: Innføring i sykepleieetikk* (3.utg.). Gyldendal Norsk Forlag.
- Norsk sykepleierforbund. (2023, 31. mai). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. <https://www.nsf.no/group/725/yrkesetiske-retningslinjer-sykepleiere>



Parker, P. D., McSweeney, J. C., McQueen, A., Jin, J., Bryanth-Smith, G. & Henry-Tillman, R. (2023). "I'm Not Fighting Anymore So What Do I Do Know?" Young Women's Challenges While Transitioning Out of Active Breast Cancer Treatment and into Survivorship. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 60. <https://doi.org/10.1177/00469580231164230>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Stubberud, D-G. & Grønseth, R. (Red.). (2022). *Klinisk sykepleie 2* (6.utg.). Gyldendal Norsk Forlag.

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (1. utg.). Gyldendal Norsk Forlag.

Wojtyna, E., Pasek, M., Nowakowska, A., Goździalska, A. & Jochymek, M. (2023). Self at Risk: Self-Esteem and Quality of Life in Cancer Patients Undergoing Surgical Treatment and Experiencing Bodily Deformities. *Healthcare*, 11(15). <https://doi.org/10.3390/healthcare11152203>

World Health Organization (WHO). (2023, 12. juli). *Breast cancer*. Hentet 16. november 2023 fra <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>

Ørn, S. & Bach-Gansmo, E. (2022). *Sykdom og behandling* (3.utg.). Gyldendal Norsk Forlag.

## Vedlegg

### Vedlegg 1. Søkelogg

Søkedato	Database	Søkeord	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Antall valgte artikler
25.10.23	CINAHL	“Breast cancer” AND “sexual health”	Peer reviewed 2013-2023 Europa	46	5	2	0
25.10.23	CINAHL	“Breast neoplasms” OR “Breast Cancer” AND “Sexual Health” AND “Plissit model”	Peer reviewed 2013-2023	3	2	1	1
25.10.23	CINAHL	“Breast neoplasms” OR “Breast Cancer” AND “Side effects” AND “Sexual Health”	Peer reviewed 2013-2023	10	5	1	1
25.10.23	CINAHL	“Breast Neoplasms” OR “Breast Cancer” AND “Communication” AND “Quality of Life”	Peer reviewed 2013-2023 Engelsk Kjønn: kvinne	173	2	1	1
26.10.23	CINAHL	“mastectomy” OR “breast surgery” AND “self-esteem” OR “self-worth” OR “self- perception” OR “self- confidence”	Peer reviewed 2013-2023	37	5	1	1
26.10.23	CINAHL	“Breast neoplasms” OR “Breast Cancer” AND “Quality of Life” AND “Sexual Health”	Peer reviewed 2013-2023 Engelsk Kjønn: kvinne	36	9	0	0
26.10.23	Svemed+	“Brystkreft” AND “Mastektomi”	Peer reviewed 2013-2023	2	0	0	0
26.10.23	Pubmed	“Breast Cancer” AND “Sexuality” AND “nursing”	Peer reviewed 2013-2023	29	1	0	0
01.11.23	CINAHL	“Breast Neoplasms” OR “Breast Cancer” OR “Breast tumor” AND “Body Image” AND “Quality of Life”	Peer reviewed 2013-2023 Engelsk: Kjønn: kvinne	169	8	2	0
03.11.23	CINAHL	“Breast neoplasms” OR “Breast Cancer” AND “Sexuality” AND “Nursing Care” AND “Barriers”	Peer reviewed 2013-2023 Engelsk Kjønn: kvinne	2	1	1	1

## Vedlegg 2. Analyserte artikler

Artikkel 1	
Forfatter(e) Årstall Tidsskrift Land	Halley, M. C., May, S. G., Rendle, K. A. S., Frosch, D. L. & Kurian, A. W. 2014. Culture, Health and Sexuality: An International Journal for Research, Intervention and Care. USA.
Artikkeltittel	Beyond barriers: fundamental 'disconnects' underlying the treatment of breast cancer patients' sexual health.
Hensikt med studien	Å utforske årsaker til barrierer rundt kommunikasjon relatert til seksuell helse hos brystkreftpasienter. Studien utforsker ulike bivirkninger kvinnene opplevde, både fysiske og psykiske faktorer, som påvirket seksuell helse, og i hvilken grad disse ble tilstrekkelig informert om og diskutert med kvalifisert personell.
Perspektiv (sykepleier/pasient/pårørende)	Pasientperspektiv.
Metode og analyse	Kvalitativ metode, hvor 21 kvinners opplevelser rundt kommunikasjon relatert til seksuell helse etter brystkreftbehandling utforskes.
Utvalg / populasjon	Kvinner over 18 år, som snakket engelsk og som hadde gjennomgått brystkreft. Majoriteten av de som deltok i studien var hvite kvinner med høy utdanning.
Hovedfunn / resultater	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En inkonsekvens mellom måten seksuell helse ble prioritert og snakket om av helsepersonell sett imot bivirkningene pasientene opplevde i etterkant av behandlingen.</li> <li>- Helsepersonell virket til å fokusere mest på fysiske faktorer til seksuell helse, og i mindre grad psykiske og sosiale faktorer.</li> <li>- Kvinners følelse av å bli "forlatt" av helsesystemet i tiden etter aktiv behandling, usikkerhet rundt hvor de skulle henvende seg for å få hjelp/informasjon.</li> <li>- Et behov for å øke helsepersonells kunnskap om bivirkninger og tiltak knyttet til seksuell helse.</li> </ul>

Artikkel 2	
Forfatter(e) Årstall Tidsskrift Land	Keshavarz, Z., Karimi, E., Golezar, S., OZgoli, G. & Nasiri, M. 2021. BMC Women's Health. Iran.
Artikkeltittel	The effect of PLISSIT based counseling model on sexual function, quality of life, and sexual distress in women surviving breast cancer: a single-group pretest-posttest trial.

Hensikt med studien	Å undersøke effekten av PLISSIT-modellen på rådgivning relatert til seksuell helse og livskvalitet hos brystkreftoverlevende.
Perspektiv (sykepleier/pasient/pårørende)	Sykepleieperspektiv og pasientperspektiv.
Metode og analyse	Kvantitativ metode, med data hentet fra 65 personer som fullførte studien med rådgivning etter PLISSIT-modellen.
Utvalg / populasjon	65 gifte kvinner med gjennomgått brystkreft, fravær av kroniske psykiske og fysiske sykdommer, som ikke har tatt Tamoxifen i minst 3 år, har gjennomført mastektomi og som har minst en seksuell dysfunksjon. Eksklusjonskriterier: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gynekologisk kreft, tidligere bekkenskade, alkohol- eller rusavhengighet, sår eller lesjoner i genitalia og depresjon.</li> </ul>
Hovedfunn / resultater	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Brystkreft viser seg som et enormt helseproblem for kvinners livskvalitet, gjennom påvirkning av seksuell helse.</li> <li>- Gjennomsnittet for total seksuell funksjon og livskvalitet økte etter intervensjonen med PLISSIT-rådgivning.</li> <li>- Et stort behov for å opplyse brystkreftoverlevende om påvirkning av seksuell funksjon og seksuell helse i etterkant av behandling.</li> </ul>

Artikkel 3	
Forfatter(e) Årstall Tidsskrift Land	Parker, P. D., McSweeney, J. C., McQueen, A., Jin, J., Bryanth-Smith, G. & Henry-Tillman, R. 2023. INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing. USA.
Artikkeltittel	“I’m Not Fighting Anymore So What Do I Do Know?” Young Women’s Challenges While Transitioning Out of Active Breast Cancer Treatment and into Survivorship.
Hensikt med studien	Hensikten med studien er å belyse hvilke behov unge kvinner som overlever brystkreft opplever i overgangen fra aktiv behandling til overlevelse, og hvordan de føler seg uforberedt på ulike utfordringer de møter i etterkant av behandlingen.
Perspektiv (sykepleier/pasient/pårørende)	Pasientperspektiv.
Metode og analyse	Kvalitativ metode hvor 33 unge kvinner som de siste fem årene har fullført aktiv brystkreftbehandling deltar i 7 nettbaserte fokusgrupper.
Utvalg / populasjon	Kvinner mellom 18-45 år som de siste fem årene har fullført aktiv brystkreftbehandling ble inkludert i studien. Studiens utvalg av kvinner inkluderer for det meste hvite kvinner som er gift, har høyere utdanning og er komfortable med å bruke teknologi.

Hovedfunn / resultater	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Overgangen fra aktiv behandling til overlevelse er påvirket av mye usikkerhet relatert til de fysiske og emosjonelle endringene.</li> <li>- Brystkreftoverlevende opplever at seksuell helse er et av de hyppigste behovene som ikke blir møtt i møte med helsepersonell.</li> <li>- Deltakerne i denne studien anbefalte grundigere kommunikasjon med fokus på fysiske aspekter som seksuelle endringer, samt emosjonelle utfordringer som tap av identitet i overlevelsfasen.</li> <li>- De fysiske endringene som f.eks. tørre slimhinner i skjeden og smerter under samleie sammen med de psykososiale påvirkningene relatert til libido og endringer i kroppsbilde kan ha stor innvirkning på kvinners tilfredshet.</li> <li>- Sykepleiere og helsepersonell snakker lite om seksualitet i møte med brystkreftpasienter til tross for pasientenes ønske om å snakke om emnet.</li> </ul>
------------------------	--

Artikkel 4	
Forfatter(e) Årstall Tidsskrift Land	Ferreira, S.M.A., Gozzo, T.O., Panobianco, M.S., Santos, M.A. & Almeida, A.M. 2015. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Brasil.
Artikkeltittel	Barriers for the inclusion of sexuality in nursing care for women with gynecological and breast cancer: perspective of professionals
Hensikt med studien	Hensikten med studien er å identifisere ulike barrierer som påvirker sykepleiepraksisen knyttet til seksualiteten til kvinner med gynekologisk kreft eller brystkreft. Denne studien ønsker å belyse at man ikke kan neglisjere temaet seksualitet i sykepleien, da det er et grunnleggende behov.
Perspektiv (sykepleier/pasient/pårørende)	Sykepleieperspektiv.
Metode og analyse	Kvalitativ metode hvor 16 ulike sykepleiere fra to sektorer på et universitetssykehus i Brasil ble intervjuet.
Utvalg / populasjon	Sykepleiere som enten jobbet på en gynekologisk avdeling eller på en poliklinikk for onkologi på et universitetssykehus i Sao Paulo i Brasil.
Hovedfunn / resultater	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Barrierer knyttet til helsemodellen: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sykepleierne forteller om en standardisert og biomedisinsk praksis.</li> <li>- Selv om de er opptatt av å dekke de grunnleggende behovene, fokuserer de på å kontrollere sykdommen og de fysiske komplikasjonene som følge av behandlingen.</li> </ul> </li> <li>- Barrierer knyttet til institusjonen: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Det er veldig stor utskifting av sykepleiere på en typisk avdeling, som gjør at sykepleierne opplever at det blir vanskelig å skape en god relasjon til pasientene slik at man føler man kan ta opp et så privat og intimt tema som seksualitet.</li> <li>- En viktig grunn til at mange sykepleiere opplever at det er vanskelig å ta opp temaet seksualitet er mangelen på tid.</li> <li>- Samtidig trekker sykepleierne frem mangelen på private områder som en barriere for å snakke om seksualitet med pasientene sine.</li> </ul> </li> <li>- Barrierer knyttet til sosiale tolkninger av seksualitet:</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sykepleierne anser seksualitet som et sensitivt og privat tema, som er for privat til å diskutere med pasienten.</li> <li>- Sykepleiere føler seg ofte ukomfortable til å diskutere seksuallivet med pasientene, og er redd for å krenke pasientenes privatliv.</li> </ul>
--	---

Artikkel 5	
Forfatter(e) Årstell Tidsskrift Land	Wojtyna, E., Pasek, M., Nowakowska, A., Goździalska, A. & Jochymek, M. 2023. Healthcare. Polen.
Artikkeltittel	Self at Risk: Self-Esteem and Quality of Life in Cancer Patients Undergoing Surgical Treatment and Experiencing Bodily Deformities.
Hensikt med studien	Å undersøke endringer i selvtillit og livskvalitet for kvinner med brystkreft som gjennomgår mastektomi, på bakgrunn av deres opprinnelige eksplisitte og implisitte selvtillit.
Perspektiv (sykepleier/pasient/pårørende)	Sykepleieperspektiv.
Metode og analyse	Kvantitativ, langsgående metode, med tester før og etter utført mastektomi - en test utført syv dager før mastektomi, og en test utført to måneder etter mastektomi.
Utvalg / populasjon	96 kvinner med brystkreft, mellom 34-56 år, som kvalifiserte for mastektomi, som kunne samtykke til studiet. Eksklusjonskriterier: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manglende samtykke, akutt krise av andre årsaker enn kreft, graviditet, avhengighet eller psykotiske symptomer.</li> </ul>
Hovedfunn / resultater	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Selvfølelse er sterkt knyttet opp mot kontroll av sykdomssituasjonen, og det å klare å tilpasse seg til situasjonen, og takle det på en god måte.</li> <li>- Selvfølelse er en viktig faktor for livskvaliteten til pasientene.</li> <li>- Selvfølelse deles i to undergrupper: eksplisitt selvfølelse og implisitt selvfølelse.</li> <li>- Basert på resultatene av testene ble deltakerne delt inn i tre grupper: høy eksplisitt og implisitt selvfølelse, skjør selvfølelse og lav eksplisitt og implisitt selvfølelse.</li> <li>- Etter mastektomi kunne det ses en nedgang i eksplisitt selvfølelse og livskvalitet, hvor den største nedgangen kunne ses hos kvinnene med skjør selvfølelse.</li> <li>- Kvinnene med høy eksplisitt og implisitt selvfølelse viste høyest fungering etter operasjonen.</li> <li>- Når kvinners selvbilde er truet (som ved mastektomi), behøves det en spesiell tilnærming til psykisk støtte.</li> </ul>