

BSYBAC_6

Bacheloroppgave i Sykepleie

Sykepleierens ansvar i forhold til ivaretagelsen av kvinners informasjonsbehov om seksualitet etter gjennomgått brystkreftbehandling.



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

[Universitetet i Stavanger, 02.01.2024]

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

SAMMENDRAG

Bakgrunn

Den hyppigste formen for kreft blant kvinner i Norge er brystkreft (Ørn & Bach-Gansmo, 2022, s. 443). Mange pasienter opplever mangelfull informasjon angående seksualitet etter gjennomgått brystkreftbehandling. Som sykepleiere er det nødvendig at vi møter den enkelte og er klar over informasjonsbehovet til pasientene. Det er viktig at dette ikke blir et tabubelagt tema. Flere opplever at seksualitet blir lite diskutert blant sykepleiere, og dette kan ha innvirkning på blant annet livskvalitet og helse (Solberg et al., 2023, s. 2).

Hensikt

Hensikten med oppgaven var å belyse sykepleiers ansvar i forhold til ivaretagelsen av kvinners informasjonsbehov om seksualitet etter gjennomgått brystkreftbehandling.

Metode

Metoden som har blitt brukt i oppgaven var en integrativ litteraturoversikt (Fribergs analysemetode, 2018). Denne inkluderte en analyse av fire vitenskapelige artikler, her ble det anvendt både kvalitative og kvantitative metoder.

Resultat

Resultatene avdekket ulike pasientutfordringer og sykepleierbarrierer. Funnene omhandlet utilstrekkelig informasjon om seksualitet, foretrukket samtalepartner, inkludering av eventuell partner, informasjonsform og tidspunkt. Det ble identifisert ulike sykepleierbarrierer som bidro til at informasjonsbehovet ikke ble møtt, som for eksempel frykt for å tråkke over grenser, tidsbegrensninger og manglende kompetanse.

Sentrale nøkkelord: Brystkreftbehandling, sykepleier, seksualitet, informasjonsbehov, sykepleie, intimitet, brystkreft og selvbilde.

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG	2
INNHALDSFORTEGNELSE	3
1 INNLEDNING:	5
1.2 BAKGRUNN FOR VALGT TEMA	5
1.3 PRESENTASJON AV PROBLEMFORMULERING	5
1.4 HENSIKT MED OPPGAVEN	5
2 TEORI	6
2.1 BEHANDLING OG SENEFFEKTER	6
2.2 SEKSUALITET OG SEKSUELLE UTFORDRINGER	6
2.3 SYKEPLEIERENS ANSVAR	7
2.4 KARI MARTINSON	7
2.5 HELSEPEDAGOGIKK	8
2.6 PLISSIT- MODELLEN	8
2.6 INKLUDERING AV PARTNER	10
3 METODE	10
3.1 VALG AV METODE	10
3.1.2 <i>Integrativ litteraturoversikt</i>	11
3.2 LITTERATURSØK	11
3.2.1 <i>Valg av databaser</i>	11
3.2.2 <i>Valg av søkeord, søkestrategi og søkeprosess</i>	12
3.2.3 <i>Valg av artikler</i>	12
3.3 ANALYSE	13
<i>Tabell 1: Oversikt over hoved- og underkategorier</i>	13
<i>Tabell 2: Enkel oversiktstabell</i>	14
4 RESULTAT	15
4.1 PASIENTENS INFORMASJONSBEHOV	15
4.1.1 <i>Mangelfull informasjon om seksualitet</i>	15
4.1.2 <i>Ønsket kommunikasjonsform og samtalepartner</i>	16
4.1.3 <i>Hvilken informasjon er det behov for</i>	16
4.1.4 <i>Informasjon om endret kroppsbilde</i>	17
4.1.5 <i>Foretrukket tidspunkt for samtale</i>	17
4.1.6 <i>Informasjon til pasienter med og uten partner</i>	18
4.2 SYKEPLEIERES UTFORDRINGER	18
4.2.1 <i>Mangel på tid</i>	18
4.2.2 <i>Manglende kunnskap</i>	19
4.2.3 <i>Frykt for å trække over grenser</i>	19
5 DISKUSJON	20
5.1 METODEDISKUSJON	20
5.1.1 <i>Kvalitativ og kvantitativ metode</i>	20
5.1.2 <i>Valg av artikler</i>	20
5.1.3 <i>Artiklenes deltakere</i>	21

5.1.4 Forskerens bakgrunn.....	22
5.1.5 Integrativ litteraturoversikt.....	22
5.2 RESULTAT DISKUSJON	23
5.2.1 Pasientens informasjonsbehov.....	23
5.2.2 Sykepleierens utfordringer.....	26
6 ANVENDELSE I PRAKSIS	28
LITTERATUR.....	30
VEDLEGG 1.....	33
VEDLEGG 2.....	34

Antall ord: 7967

1 INNLEDNING:

1.2 Bakgrunn for valgt tema

I løpet av vår tid på studiet har vi hatt forelesninger og vært på ulike praksisplasser blant annet gynekologisk avdeling. Seksualitet og kvinnehelse er to temaer som har vekket vår interesse, og vi ønsket å få økt kunnskap innenfor feltet. I flere av våre praksisopphold har vi observert mangelfull dokumentasjon og begrenset informasjon om seksuell helse til pasientene. Solberg et al. (2023, s. 4) opplevde også at temaet er lite prioritert og tabubelagt. Som fremtidige sykepleiere har vi et ansvar for å gi helhetlig omsorg, som inkluderer å møte pasientenes rett til informasjon (Helsepersonelloven, 1999, §2-10). Mange kvinner i Norge blir rammet av brystkreft hvert år, og vi ønsket derfor å rette søkelyset mot dette temaet (Schlichting et al., 2023). Vårt mål som kommende sykepleiere er å bidra til å gjøre en positiv forskjell og være med på å bryte ned tabuer knyttet til dette temaet.

1.3 Presentasjon av problemformulering

Informasjon om seksualitet etter brystkreftbehandling er mangelfull og tabubelagt. Det er et lite belyst tema med tanke på at det er mange som blir rammet av brystkreft (Mobekk & Willems, 2022, s. 3). Utilstrekkelig informasjon angående risiko og bivirkninger etter brystkreftbehandling kan ha negativ innvirkning på den seksuelle helsen til pasienten. Som sykepleier har man et ansvar om å ta opp temaet seksuell helse med pasienten (Mobekk & Willems, 2022, s. 10). Økt kunnskap kan bidra til at sykepleier kan ivareta pasienten bedre samt at kvinnen kan føle på trygghet og bedre forståelse av seksuell helse etter brystkreftbehandling (Solberg et al., 2023, s. 5).

1.4 Hensikt med oppgaven

Hensikten med oppgaven var å belyse sykepleiers ansvar i forhold til ivaretagelsen av kvinners informasjonsbehov om seksualitet etter gjennomgått brystkreftbehandling.

2 TEORI

2.1 Behandling og seneffekter

Brystkreft er en ondartet svulst i brystkjertelvevet, og rundt en av ti kvinner vil utvikle brystkreft i løpet av livet (Schlichting et al., 2023). Leveutsiktene fra når en pasient får diagnosen, er i rask bedring, mye på grunn av at flere blir diagnostisert tidlig ved hjelp av blant annet mammografi (Schlichting et al., 2023). Operasjon er den viktigste behandlingsformen vi har. En anvender brystbevarende operasjon eller mastektomi som er fjerning av brystet (Ørn & Bach-Gansmo, 2019, s. 448). Dersom tumoren er over 4 cm er det ikke anbefalt med brystbevarende operasjon med tanke på risiko for tilbakefall. Mastektomi anvendes om tumoren er over 4 cm, man kan da redusere angsten for tilbakefall. Systematisk adjuvant behandling er en tilleggsbehandling som er med på å øke helbredelsen, og i dag blir det brukt strålebehandling, cytostatika behandling, endokrin behandling og antistoffbehandling (Ørn & Bach-Gansmo, 2019, s. 451).

På grunn av bedre behandlingsmuligheter overlever flere pasienter, og flere må lære seg å leve med seneffekter og bivirkninger. Kronisk fatigue, søvnvansker, kognitiv dysfunksjon og smerter er noen av de vanligste seneffektene etter brystkreft (Vandraas et al., 2023, s. 3). Det finnes en rekke aktuelle tiltak og tilbud for å behandle seneffekter etter brystkreft. Fysisk aktivitet og kognitiv atferdsterapi har vist seg å ha god effekt i sammenheng med symptomatisk medikamentell behandling (Vandraas et al., 2023, s. 4). Tilstrekkelig informasjon kan ha stor betydning for pasienten og kan bidra til å redusere seksuelle usikkerheter (Alberts et al., 2020, s. 206).

2.2 Seksualitet og seksuelle utfordringer

«Alle mennesker er født som seksuelle vesener med evne til å nyte» (Khule- Hansen, 2021). Seksualiteten handler ikke bare om seksuelle handlinger, men vel så mye om tanker, følelser og fantasier. (Khule- Hansen, 2021). Ifølge Verdens helse organisasjon (WHO) innebærer seksualitet flere aspekter som seksuelle handlinger, nærhet, kjærlighet, lengsler, tanker, fantasier, følelser, reproduksjon, intimitet og erotikk. Seksualiteten er en kilde til selvrealisering og glede, men kan også oppleves utfordrende (Khule-Hansen, 2021).

Seksualiteten er en del av identiteten og personligheten vår. Denne påvirkes derfor i stor grad av hvordan vi har det både psykisk, sosialt og fysisk. Som et eksempel kan ubehag som smerter og tristhet gjøre at man ikke har lyst til å gjøre noe seksuelt, men for andre kan det være en trøst (Khule-Hansen, 2021). Etter brystkreftbehandling kan mange kvinner oppleve nedsatt selvbilde. Brystene er et symbol på kvinnelig identitet, fjerning av disse kan gi endring i selvbilde og kroppsbilde. Andre utfordringer kan være plager som lymfeødem, kronisk tretthet, angst og depresjon (Stubberud et al., 2020, s. 441).

2.3 Sykepleierens ansvar

Sykepleieryrket innebærer å dekke grunnleggende og spesifikke behov, forebygge sykdom, lindre lidelse og fremme helse (Kristoffersen et al., 2021, s. 18). Man utøver sykepleie som ivaretar menneskets integritet og verdighet, rett til medbestemmelse, faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp (Kristoffersen et al., 2021, s. 24). I pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-2) står det at pasienten har rett på nødvendig informasjon og skal få opplysninger om sin helsetilstand. I tillegg få informasjon om mulige bivirkninger og risiko knyttet til sykdom og behandling. Informasjonen skal være tilpasset den individuelle sine forutsetninger til å forstå (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-5). Kultur, alder, språk og modenhet er eksempler på forutsetninger man må ta i betraktning når man skal tilpasse informasjonen. Som sykepleiere har man ofte mye pasientkontakt, og det blir derfor mange ganger naturlig for pasienten å henvende seg til sykepleieren ved spørsmål og bekymringer. Helsepersonelloven (1999, §10) setter krav om at den som yter helsehjelpen skal gi informasjon etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven. Lovene skal sikre at pasienten får nødvendig informasjon på en hensynsfull og forståelig måte. Sykepleieren har et rettslig ansvar med tanke på å ivareta informasjonsbehovet til pasienten (Helsepersonelloven, 1999, §10).

2.4 Kari Martinson

Kari Martinson mener at relasjonen er selve grunnlaget i sykepleien, og at pasienten ikke har en gjengjeldene forpliktelse (Nordtvedt, 2021, s. 45). Hun legger vekt på holdninger, de kommer til uttrykk i hver handling. Pasienten vil merke om omsorgsholdningen vi som sykepleiere har, er grunnleggende og ekte eller om den er anstrengt. Holdninger er noe vi utvikler gjennom flere år med sosialisering og samvær med andre (Nordtvedt, 2021, s. 50).

Det er viktig å være til stede i ulike situasjoner hvor en gir rom for undring, tenkning og innfall i møte med andre. Det forutsetter at sykepleier bidrar med åpenhet, mottakelighet og bevegelighet (Martinsen & Kjær, 2018, s. 37). Tenkning og undring kan åpne opp for spørsmål som plutselig kan falle oss inn (Martinsen & Kjær, 2018, s. 27). Stillheten kan åpne opp for en lyttende holdning og undring. Når man lytter bruker man flere sanser og retter fokuset ut fra seg selv. Lyttende åpenhet skaper et større rom mellom pasient og sykepleier (Martinsen & Kjær, 2018, s. 42).

2.5 Helsepedagogikk

Helsepedagogikk er et begrep som innebærer læring, veiledning og undervisning av pasienter for å fremme helse (Christiansen et al., 2020, s. 235). Pedagogisk praksis dreier seg om pasienten selv, men også pårørende (Brataas et al., 2019, s. 18). Sykepleiere har som arbeidsoppgave å informere pasienten om eventuelle endringer som kan skje i seksualiteten etter gjennomgått brystkreftbehandling (Stubberud et al., 2020, s. 141).

Det er manglende diskusjon og kommunikasjon om seksualitet fra sykepleiere (Langhelle et al., 2021, s. 3). Derfor er det viktig at sykepleieren selv jobber med sine holdninger og sin egen seksualitet. Åpenhet og støtte til pasienter er viktig, samt fokus på at pasienten selv bestemmer hvor åpen hun ønsker å være (Stubberud et al., 2020, s. 141). Det er viktig med god seksuell helse, og da krever det en positiv og respektfull tilnærming til seksualitet. Derfor er det relevant hvordan sykepleiere kommuniserer og møter pasienten og dens pårørende (Mobekk & Willems, 2022, s. 4).

2.6 PLISSIT- modellen

PLISSIT- modellen er en terapeutisk tilnærming som kan hjelpe pasienten til å takle seksuelle problemer. Det er et nyttig verktøy for sykepleiere som ønsker å kommunisere lettere med pasienter angående seksuelle problemer. I tillegg at man ser når pasienten har behov for mer spesialisert rådgivning. Modellen deles inn i ulike nivåer som kalles permission (tillatelse), limited information (begrenset informasjon), specific suggestions (spesifikke forslag), intensiv therapy (intensiv terapi) (Kristoffersen et al., 2019, s. 399).

Nivå 1 handler om tillatelse som gir en mulighet til å snakke om seksualitet. Det er viktig å skape trygge rammer. Det er ingen behov for utdanning eller et spesifikt behandlingsted (Kristoffersen et al., 2019, s. 400).

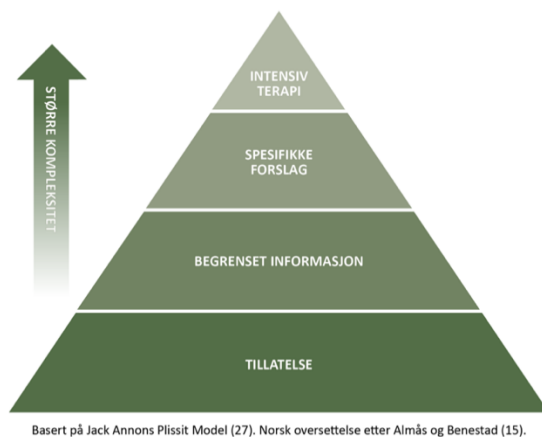
Nivå 2 er et nivå hvor det er behov for generell informasjon om seksualitet. Informasjonen kan bli presentert både muntlig og skriftlig. Det er nødvendig at denne hjelpen blir gitt på behandlingsteder med spesialkompetanse, som for eksempel hos psykolog, helseinstitusjon eller helsestasjon (Kristoffersen et al., 2019, s. 400).

Nivå 3 er for pasienter med konkrete spørsmål og som har behov for anbefalinger. Rådene kan være knyttet til kommunikasjon med partner og teknikker for å øke seksuell tilfredshet. Dette krever personer med spesifikk utdanning (Kristoffersen et al., 2019, s. 400).

Nivå 4 er for noen få som har behov for et spesialisert behandlingstilbud, eksempelvis ved spesielle dysfunksjoner og kjønnsidentitetsproblemtikk (Kristoffersen et al., 2019, s. 400).

Modellen legger vekt på kunnskap, veiledning, empatisk evne og selvinnsikt. Det er fokus på at man kan diskutere seksuelle bekymringer og få riktig hjelp og veiledning (Kristoffersen et al., 2019, s. 400).

Figur 1. PLISSIT-modellen



Modellen «PLISSIT-modellen» av Jack Annons (Sykepleien, 2021, s. 8)

2.6 Inkludering av partner

Det å få en kreftdiagnose kan representere et psykisk traume, det utløser de samme stressreaksjonene som man opplever etter en ulykke eller katastrofe. Dette kan igjen påvirke livskvaliteten og relasjoner inkludert en partner (Stubberud et al., 2020, s. 440). Bryster betraktes som en del av den kvinnelige seksuelle identitet, det å miste brystene kan ha ulik betydning for den individuelle personen. Det er flere aspekter etter brystkreftbehandling som kan få en negativ innvirkning på seksuallivet. Seksualiteten har oftest en sentral plass i et parforhold, og endringer på dette området kan ha betydelig innvirkning på livskvaliteten til både pasient og partner (Stubberud et al., 2020, s. 442).

For de aller fleste er det viktig med psykisk støtte, særlig fra sin partner. Det er viktig å se på pårørende som en ressurs, det kan da være gunstig at partner er med og deltar i samtale om seksualitet (Stubberud et al., 2020, s. 446). Sykepleier bør se på pasient og partner som en enhet, da de påvirker hverandre når det gjelder frykt og usikkerhet (Stubberud et al., 2020, s. 440). På en annen side er det ikke alle kvinner som har en partner. Da kan det være viktig med støtte fra familie eller nære venner (Stubberud et al., 2020, s. 446).

3 METODE

3.1 Valg av metode

«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Dalland, 2021, s. 53). Metode er et redskap i møte med noe vi ønsker å undersøke, og hjelper oss til å samle inn informasjon vi behøver for å utføre undersøkelsene våre (Dalland, 2021, s. 54). Kvantitativ metode er fordelaktig når målet er å få presise resultater, da metoden benytter nøyaktige, målbare data for å nå en konklusjon. Denne metoden blir ansett som «hard data», der man går i bredden (Dalland, 2021, s. 54-55). Det kan for eksempel være et spørreskjema med faste svaralternativer. De kvalitative metodene dreier seg om opplevelser og meninger som ikke kan bedømmes av tall eller målinger. Metoden omtales som «myk data» og omhandler å gå i dybden (Dalland, 2021, s.54-55). Dette kan for eksempel være intervju uten faste svaralternativer der vedkommende forteller om sine opplevelser og erfaringer etter gjennomgått brystkreftsbehandling.

I denne oppgaven har vi valgt ut fire vitenskapelige artikler av både kvantitative og kvalitative metoder slik at vi får innblikk i målbare statistikker, og i tillegg opplevelser som enkelt personer har erfart. På ulike måter bidrar kvalitative og kvantitative metoder til en bedre forståelse av samfunnet vi lever i. I tillegg kan det forbedre innsikten i hvordan enkeltmenneske, grupper og institusjoner handler og samhandler (Dalland, 2021, s.54).

3.1.2 Integrativ litteraturoversikt

Metoden som blir anvendt i denne oppgaven er en integrativ litteraturoversikt (Fribergs analysemetode, 2018). Metoden innebærer datareduksjon, skape en oversikt over alle data, se på forskjeller og avslutningsvis trekke konklusjoner og verifisere. På denne måten kan man danne seg en ny helhet (Friberg, 2018, s.150). Man må være observant på at de tolkningene som gjøres er holdbare og at de inneholder en rød tråd. Da kan man få innblikk i om resultatene henger sammen (Friberg, 2018, s.150).

3.2 Litteratursøk

3.2.1 Valg av databaser

Oria er en søkemotor som kan anvendes for å finne Universitetsbibliotekets trykte og digitale faglitteraturer (UIB, 2023). For å finne aktuelle databaser brukte vi Oria. Vi ønsket å ha forskning rettet mot sykepleierfaget og tok derfor i bruk underkategorien helse- og sosialfag. Databasene vi anvendte for å søke var PubMed, Cinahl, SveMed+ og Idunn. Det ble tatt i bruk ulike søkestrategier og kombinasjoner for å finne artikler som var relevant for vår hensikt. Gjennom flere grundige søk kom vi frem til at vi skulle bruke PubMed og Cinahl. PubMed er den største databasen for vitenskapelige artikler innen medisin og sykepleie (Berteussen, 2021). Cinahl er en database med litteratur om sykepleie og omliggende fag, her er litteraturen engelskspråklige (UIO, 2015).

3.2.2 Valg av søkeord, søkestrategi og søkeprosess

Vi ønsket å undersøke ansvaret i forhold til ivaretagelse av kvinners informasjonsbehov om seksualitet etter gjennomgått brystkreftbehandling, og brukte disse faktorene som søkestrategi. Under søkeprosessen erfarte vi at det var lettere å bruke engelske nøkkelord enn norske da vi fikk mer relevante artikler opp i forhold til vår problemstilling og hensikt. Vi begynte bredt med søkeordene «breast cancer AND sexual health», og erfarte deretter at vi måtte avgrense søkene ytterlig grunnet mange søkeresultater. Kombinasjoner med «AND» og «OR» ble brukt. Ved å operere med «AND» begrenset man antall treff og det førte til at søket ble mer innsnevret. Ved å kombinere to søkeord med «OR» fikk man opp artikler som inneholdt enten et av søkeordene eller begge søkeordene. Dette brukes som regel med synonyme søkeord og gir flere treff (Søk&skriv, 2023). Søkeord med kombinasjon av «OR» gav for mange søkeresultater, og ble derfor ikke brukt videre. Søkeordene vi til slutt brukte i ulike kombinasjoner var breast cancer, sexuality, sexual health, body image, depression, communication, nurse, information, needs og partner.

3.2.3 Valg av artikler

Vi ønsket å finne artikler med både pasient- og sykepleieperspektiv. Vi hadde fokus på pasientens perspektiv der opplevelser og erfaringer var sentralt. I tillegg ønsket vi å finne artikler der sykepleiers perspektiv satte søkelys på hvordan man ivaretar og informerer kvinner om seksualitet etter gjennomgått brystkreftbehandling på best mulig måte. Også etikk ble tatt hensyn til, for eksempel at kvinnene som deltok var anonyme og at personvernet ble beskyttet. Det var også svært viktig at artikler belyste hensikten vår, dersom de ikke gjorde dette, ble artikkelen utelukket. Det ble lest på artikkeloverskriftene og sammendragene for å finne relevante artikler for vår hensikt. Vi undersøkte om artiklene inneholdt IMRaD-strukturen som er forkortelse for introduksjon, metode, resultat og diskusjon (Dalland, 2021, s. 157).

Søkene ble begrenset med at artiklene skulle være fagfellevurderte tidsskrifter, dette vil si at to eller tre kvalifiserte forskere innen fagfeltet har godkjent og vurdert artikkelen. På denne måten blir artikkelen grundig vurdert (Utdanningsforbundet, 2016). Dessuten ble det gjort andre avgrensninger som blir vist til i vedlegg 1. Artiklene vi til slutt valgte å bruke, er fra Nederland, USA og Brasil, da vi mener disse er relevante for vår oppgave.

3.3 Analyse

I analysearbeidet anså vi teksten i første stadium som en helhet, for så å dele teksten i flere deler og deretter forme det til en ny helhet (Friberg, 2018, s. 177). For å få en god forståelse av artiklene leste vi disse grundig flere ganger. Å analysere krever at man er tålmodig og at man er klar over at det er en tidskrevende prosess for å finne relevant data for hensikten (Friberg, 2018, s. 178). Vi hadde fokus på artiklenes resultater, og valgte å notere ned hovedfunn, likheter og ulikheter. I tillegg var vi målbevisst på hvilke resultater i artiklene som samsvarte med vår hensikt. Ved å bruke denne fremgangsmåten ble det mer effektivt og lettere å foreta en datareduksjon. Resultatene som ikke var aktuelle for vår hensikt, ble utelatt. Vi har utarbeidet en tabell med hovedfunn og underkategorier fra resultatene i artiklene.

Tabell 1: Oversikt over hoved- og underkategorier

Hovedfunn	Underkategorier
Pasientens informasjonsbehov	<ul style="list-style-type: none"> - Mangelfull informasjon om seksualitet - Ønsket kommunikasjonsform og samtalepartner - Hvilken informasjon er det behov for - Informasjon om endret kroppsbilde - Foretrukket tidspunkt for samtale - Informasjon til pasienter med og uten partner
Sykepleiers utfordringer	<ul style="list-style-type: none"> - Mangel på tid - Manglende kunnskap - Frykt for å tråkke over grenser

Tabell 2: Enkel oversiktstabell

Forfattere, årstall, tittel	Tema	Hensikt	Perspektiv	Metode
Artikkel 1 Archango, S. D. C. V., Neto, M. S., Veiga, D. F., Garcia, E. B., & Ferreira, L. M. (2019). Sexuality, depression and body image after breast reconstruction	Påvirkningen på seksualitet, depresjon og selvbilde etter gjennomgått brystkreft behandling.	Hensikten var å evaluere hvilke virkning brystkonstruksjon etter mastektomi har på seksuell funksjon, kroppsbilde og depresjon.	Pasient	Kvantitativ tilnærming. Tre forskjellige teknikker ble tatt i bruk: -Female Sexual Function Index. -Beck Depression Inventory. -Body Dysmorphic Disorder Examination.
Artikkel 2 Reese, J. B., Beach, M. C., Smith, K. C., Bantung, E. T., Casale, K. E., Porter, L. S., Bober, S. L., Tulsky, J. A., Daly, M. B. & Lepore, S. J. (2017). Effective patient-provider communication about sexual concerns in breast cancer: a qualitative study	Kommunikasjons erfaringer mellom sykepleier og pasient knyttet til seksuelle utfordringer etter brystkreft.	Hensikten i studiet var å undersøke pasientens og sykepleiers erfaringer og ønsker knyttet til kommunikasjon om brystkreftrelaterte seksuelle problemstillinger med mål om å informere om intervensjonsutvikling.	Pasient/sykepleier	Kvalitativ tilnærming. Pasientdata ble hentet fra fokusgrupper og intervjuer både med kvinner med partner og uten. Det ble også gjort intervjuer med sykepleiere. Intervjuene ble analysert separat ved bruk av rammemetoder for kvalitativ analyse.
Artikkel 3 Alberts, L. F., Van Ek, G. F., Krouwel, E. M., Osterkamp-Borgelink, C. M., Liefers, G. J., Den Ouden, M. E. M., Den Oudsten, B. L., Krol-Warmerdam, E. E. M., Guicherit, O. R., Linthorst-Niers, E., Putter, H., Pelger, R. C. M. & Elzevier, H. W. (2020). Sexual health needs: how do breast cancer	Kommunikasjonsbehovet til brystkreftpasienter og deres partner om seksuelle bekymringer.	Hensikten med studiet var å evaluere informasjonsbehovet til brystkreftpasienter og partnere angående seksuell omsorg.	Pasient/partner	Kvantitativ tilnærming. Data for studiet ble samlet inn ved bruk av et spørreskjema. Kvinnelige pasienter som ble behandlet for ikke-invasiv eller invasiv brystkreft mellom 2015-2016 ble valgt ut.

patients and their partners want information?				
Artikkel 4 Den Ouden, M. E. M., Pelgrum-Kerhost, M. N., Uitdehaag, M. J., & De Vocht, H. M. (2018). Intimacy and sexuality in women with breast cancer: professional guidance needed.	Informasjons behovet om seksualitet til kvinner med brystkreft.	Hensikten var å undersøke informasjon og kommunikasjonsprerferansen mellom sykepleier og kvinner med brystkreft med tanke på temaet intimitet og seksualitet.	Pasient	Kvantitativ og kvalitativ tilnærming. Nettbasert spørreundersøkelse: -Fem lukkede spørsmål -Et åpent spørsmål -Spørsmålene omhandlet hvilke type helsepersonell, metode og tidspunkt som er foretrukket knyttet til temaet intimitet og seksualitet.

4 RESULTAT

I resultatdelen skulle vi presentere funnene fra de fire artiklene som har blitt brukt. Vi delte resultatdelen inn i over- og underkategorier.

4.1 Pasientens informasjonsbehov

Her ble det presentert funn fra pasientens perspektiv.

4.1.1 Mangelfull informasjon om seksualitet

I artikkelen til Alberts et al. (2020, s. 205) kom det frem at hele 80,4% av kvinnene mottok ingen informasjon om seksualitet etter gjennomgått brystkreftbehandling. På samme tid var det bare en fjerdedel som ønsket direkte informasjon om seksualitet. De fleste foretrakk fremdeles en mulighet til å kunne diskutere seksualitet (Alberts et al., 2020, s. 205). Man så at artikkelen til Ouden et al. (2018, s. 328) belyste noe tilsvarende, at hele 60% av kvinnene foretrakk å få informasjon om innvirkningen på seksualitet og intimitet etter behandling. Det var bare 40% av kvinnene som faktisk mottok informasjon om dette. Av de som fikk informasjonen samsvarte bare 47,7% med den informasjonen pasientene hadde behov for.

Kvinnene hadde et ønske om å motta informasjon om intimitet og seksualitet for å kunne være forberedt på eventuelle endringer i det relasjonelle, fysiske og psykiske aspektet (Ouden et al., 2018, s. 328).

4.1.2 Ønsket kommunikasjonsform og samtalepartner

I artikkelen til Ouden et al. (2018) undersøkte de informasjons- og kommunikasjonspreferanser med sykepleiere om tema seksualitet og intimitet. Det kommer frem at en stor andel av kvinnene foretrakk å få informasjon angående seksualitet og intimitet av en sykepleier eller fastlege (Ouden et al., 2018, s. 326). I artikkelen til Alberts et al. (2020, s. 208) kommer det frem at 51% av kvinnene på spørreundersøkelsen ønsket å diskutere seksualitet med sykepleiere. Den mest foretrukne metoden for kommunikasjon var gjennom samtale med fagperson med eller uten partner. Kvinnene ønsket at sykepleier eller lege skulle sette i gang samtalen (Ouden et al., 2018, s. 326). 61,3% av kvinnene med partner ønsket å ha dem til stede under samtale om seksualitet (Alberts et al., 2020, s. 208).

Flere kvinner gav uttrykk for at de opplevde at sykepleiere syntes det var vanskelig å snakke om slike temaer, og at de opplevde en unnvikende holdning (Ouden et al., 2018, s. 329). Videre i artikkelen skrives det «I tried to talk to the medical oncologist about the changes to my body and my relationship. His answer was, you should read about that in [a women's magazine]» (Ouden et al., 2018, s. 329). I artikkelen kom det også frem at flere kvinner kunne tenke seg informasjon om seksualitet i form av bok eller nettsted (Ouden et al., 2018, s. 329).

4.1.3 Hvilken informasjon er det behov for

Hele 70% av de overlevende kvinnene etter brystkreft rapporterte om seksuelle funksjonsforstyrrelser ifølge artikkelen til Reese et al. (2017, s. 3199). Fysiske endringer som nedsatt bevegelse, lymfeødem, tørrhet og seksuell dysfunksjon kunne påvirke livskvaliteten til pasientene (Archangelo et al., 2019, s. 3). Andre vanlige forstyrrelser var tap av libido, redusert seksuell aktivitet, vaginal tørrhet og endret kroppsbilde. Det finnes behandlingsalternativer, men flere kvinner var ikke informert, muligens siden sykepleiere sjeldent tok opp temaet (Reese et al., 2017, s. 3204). Vaginal tørrhet var en av de mest diskuterte seksuelle bekymringene, det ble beskrevet av en kvinne som «sandpapir» (Reese et al., 2017, s.3204). Andre utfordringer som nedsatt libido, brystendringer, dating problemer og endret kroppsbilde ble sjelden nevnt av sykepleierne. Noen kvinner rapporterte at de følte seg

tilsidesatt hvis de fikk henvisninger som ikke dekket deres behov. Det var nyttig for en del pasienter å få støtte for å kunne forstå og identifisere sine bekymringer (Reese et al., 2017, s. 3204). I artikkelen til Ouden et al. (2018, s. 328) uttrykket flertallet av kvinnene et ønske om informasjon angående effekten brystkreftbehandling hadde på intimiteten.

4.1.4 Informasjon om endret kroppsilde

I artikkelen til Archangelo et al. (2019) var det gjort en undersøkelse hvor de så på virkningen av brystrekonstruksjon etter mastektomi. De evaluerte seksuell funksjon, kroppsilde og depresjon (Archangelo et al., 2019, s. 1). Det kom frem at livskvaliteten til pasienter med brystkreft kunne påvirkes av faktorer som frykt for tilbakefall, smerter, depresjon, redusert feminitet og endret kroppsilde. Disse faktorene var betydningsfulle i etterkant av mastektomi (Archangelo et al., 2019, s. 1). Kvinner som hadde gjennomført mastektomi rapporterte om dårligere seksuell funksjon, større depressive symptomer og lavere kroppsilde enn kvinner som hadde rekonstruert brystet etter mastektomi (Archangelo et al., 2019, s. 1).

4.1.5 Foretrukket tidspunkt for samtale

Når det gjeldte riktig tidspunkt for samtale om seksualitet var funnene varierende. Pasientene opplevde at det var mest hensiktsmessig å diskutere dette under behandling, mens partner ønsket å starte diskusjon i begynnelsen av behandlingen (Alberts et al., 2020, s. 210). Det var også vist at både pasient og partner hadde et ønske om flere muligheter hvor man kunne snakke om seksualitet med sykepleier under behandling. Det kunne være nyttig å diskutere seksualitet med pasient og partner ved behandlingsstart, på den måten kunne man forberede dem på eventuelle endringer i seksualiteten og forventninger (Alberts et al., 2020, s. 211). Det ble gjennomført en spørreundersøkelse i artikkelen til Ouden et al. (2018, s. 328) hvor det kom frem at 45,1 % av pasientene foretrakk informasjon om seksualitet seks måneder etter endt behandling. Det var flere som rapporterte at det ikke var behov for diskusjon under og rett etter behandling, og at de hadde en tanke om at intimiteten ville komme spontant tilbake. Ved endt behandling kom problemer som libido og tidlig overgangsalder (Ouden et al., 2018, s. 329). Behovet for informasjon og samtale etter endt behandling var mer ønskelig når det hadde gått litt tid (Ouden et al., 2018, s. 328).

«Due to pain and exhaustion I have less sexual desire, which makes me feel guilty to my partner. My partner does not want to talk about it because he feels sorry for me. This has a

major impact on our relation” (Ouden et al., 2018, s. 329). Videre forklartes det at flere kvinner følte de tok feil valg av behandlingsmåte med tanke på innvirkningene på intimitet og seksualitet. Det understreket viktigheten med riktig tidspunkt for informasjon, helst kort tid etter behandling (Ouden et al., 2018, s. 329).

4.1.6 Informasjon til pasienter med og uten partner

Kvinner og deres partnere opplevde ofte negative endringer i forholdet (Alberts et al., 2020, s. 210). Over halvparten av kvinnene fortalte at det var viktig for dem å ha med partner ved rådgivning om seksuell helse (Alberts et al., 2020, s. 208). Ifølge artikkelen til Alberts et al. (2020, s. 210) viste det seg at partnere også ønsket seg en mulighet til å delta når seksualitet ble diskutert med pasienten. Kvinner uten partner uttrykte også et behov for informasjon. En kvinne foreslo at sykepleiere kunne ta opp seksualitet på denne måten «I know you are...not married, but here is some information that I know you can use...’ so it is up to me whether or not I want to [use it]» (Reese et al., 2017, s. 3203).

4.2 Sykepleieres utfordringer

Her vil det presenteres funn fra sykepleierens perspektiv.

4.2.1 Mangel på tid

Funnene viste at tidspress kan være en barriere for hvorfor seksuelle problemer blir lite diskutert med pasienten. Ifølge Alberts et al. (2020, s. 211) kjente sykepleiere på ansvar for å snakke om seksualitet med pasienten, men de møtte på ulike barrierer som mangel på opplæring og tid. En sykepleier sa “I don’t talk in too much detail with them because of the time constraints and there are other things I am trying to cover with them” (Reese et al., 2017, s. 3203). Her forklarte sykepleieren at hun ikke gikk i detaljer på temaet seksualitet med pasienter fordi det var andre ting hun heller brukte tiden på. En pasient fortalte at hun tok opp få bekymringer fordi hun så at sykepleierne var travle, og hun ville unngå å få et mangelfullt svar fordi de hadde dårlig tid (Reese et al., 2017, s. 3203). «time is a barrier and may not let you explore things as much as you think they need to unless the patient is giving you signals that they need something,” (Reese et al., 2017, s. 3203). Tid er en barriere og begrenser sykepleierens mulighet til å utforske tilstrekkelig, selv om de følte behov for det. Resultatene viste at tidsbegrensninger kan påvirke sykepleierne i deres jobb med å gi tilstrekkelig

helsehjelp. Sykepleiere kunne kjenne på mangelfull opplæring og tid, og på den måten ble informasjonen begrenset. Flere forklarte at stor arbeidsmengde resulterte i manglende henvisning til andre tjenester (Ouden et al., 2018, s. 330).

4.2.2 Manglende kunnskap

I artikkelen til Reese et al. (2017, s. 3203) kom det frem at det er mangelfull kompetanse blant sykepleiere. De følte seg usikre og hadde ikke nok kunnskap til å ta opp temaet seksualitet. En av sykepleierne sa følgende “I think it is a major issue that they are dealing with and I am the first to say that I don’t necessarily have the skills to deal with it [sex].” (Reese et al., 2017, s. 3203). Flere sykepleiere rapporterte at de ikke ønsket å ta opp spørsmål knyttet til problemer rundt seksualitet før de følte at de hadde nok kunnskap om for eksempel tilgjengelig behandling. Flere sykepleiere mente at de ikke ønsket å stille spørsmål de ikke hadde løsningen på (Reese et al., 2017, s. 3203).

Pasienter gav uttrykk for at de satte pris på en åpen og samarbeidende kommunikasjon med sykepleier (Reese et al., 2017, s. 3199). I tillegg gav Reese et al. (2017, s. 3119) en forklaring på at det var nødvendig med ferdighetsbaserte kommunikasjonsintervensjoner som kunne aktivisere pasienten. Dette kunne hjelpe sykepleieren med å ha diskusjoner om seksuelle problemer eller bekymringer. Det var vist til at mangelfull diskusjon og informasjon rundt seksuell funksjon og aktivitet, var assosiert med negative effekter som kunne gå ut over den seksuelle aktiviteten og helsen for pasienten (Reese et al., 2017, s. 3119).

4.2.3 Frykt for å tråkke over grenser

I artikkelen til Reese et al. (2017, s. 3207) ble det avdekket at sykepleiere ofte hadde negative holdninger i forbindelse med å diskutere seksuelle bekymringer. Mange hadde en oppfatning om at seksuelle bekymringer etter brystkreftbehandling er av lav prioritet. Flere pasienter rapporterte at de følte seg avvist av sykepleierne, og at dette skapte en betydelig hindring for å prate om seksualitet (Reese et al., 2017, s. 3207). Tilsvarende funn presentertes i teksten av Ouden et al. (2018, s. 329) hvor kvinnene opplevde at seksualitet og intimitet fremdeles ble sett på som et tabubelagt tema, og at sykepleiere fant det utfordrende å prate om (Ouden et al., 2018, s. 329). I funnene så vi at sykepleiere oppfattet temaet som ubehagelig og at seksualitet var et privat tema (Ouden et al., 2018, s. 330). Mange pasienter rapporterte om skam og frykt,

og var bekymret for hvordan sykepleierne oppfattet deres tanker knyttet til seksualitet (Ouden et al., 2018, s. 330). Dette skapte en betydelig terskel for pasientene når de skulle ta opp spørsmål og bekymringer rundt temaet (Ouden et al., 2018, s. 329).

5 DISKUSJON

I metodediskusjonen blir metoden vi anvender diskutert, hvor vi tar for oss svakheter og styrker. I resultatdiskusjonen skal vi drøfte artiklenes resultater og teorier. Egne refleksjoner vil bli inkludert i begge kapitlene.

5.1 Metodediskusjon

5.1.1 Kvalitativ og kvantitativ metode

Vi valgte fire artikler til å besvare hensikten for oppgaven, da vi ønsket å kunne gå i dybden på disse. Ordbegrensning ble også tatt hensyn til i avgjørelsen om å ikke ta flere artikler med. To av artiklene er kvantitative, en er kvalitativ og den siste er både kvantitativ og kvalitativ. Vi benyttet en artikkel som hadde brukt begge metodene, da det kan bidra til dypere og forbedret forståelse av innholdet i artiklene og styrke tilliten til konklusjonen (Andersen, 2017). I tillegg ønsket vi å få innblikk i målbare enheter og opplevelser den enkelte personen har opplevd. Dette mener vi kan føre til et større overblikk og dypere forståelse for kvinnenes erfaring.

5.1.2 Valg av artikler

Vi søkte etter artikler der kvinnene tidligere hadde gjennomgått brystkreftbehandling for å kunne betrakte hvilke erfaringer og opplevelser kvinnene hadde, knyttet til informasjon om seksualitet etter behandling. I tillegg ønsket vi å finne artikler der sykepleiers perspektiv var sentralt. Vi mener at å ha pasient- og sykepleierperspektiv kan være gunstig da man kan se det helhetlige bildet, få økt kunnskap og forståelse. Det kan hjelpe sykepleier å forstå kvinnenes behov, men på samme tid ha kunnskap om sykepleierens barrierer. På denne måten kan man lettere kartlegge hvilke tiltak som er velgjørende å iverksette.

Artiklene som ble funnet var fra Nederland, USA og Brasil. Det hadde vært optimalt med artikler fra land som ligner det norske helsesystemet, men vi anser likevel artiklene som relevante for vår hensikt. Alle tekstene vi tok i bruk var engelskspråklig, derfor valgte vi å oversette de til norsk. Vi var kritiske og anerkjente at dette kunne føre til misforståelser eller feiltolkninger, derfor sammenlignet vi de engelske tekstene med de oversatte for å plukke opp eventuelle oversettelsesfeil.

5.1.3 Artiklenes deltakere

Vi har konsekvent valgt å kalle deltakerne for kvinner og pasient, og helsepersonell for sykepleiere da det er dette vi beskriver i hensikten for oppgaven. I artiklene skrevet av Archango et al. (2019) og Ouden et al. (2018) er det kun pasientperspektiv. Dette kan bli sett på som en svakhet grunnet at vi bare får innblikk i pasientens perspektiv, men på samme tid skal pasientenes erfaringer anerkjennes og dataene kan føre til praksisrelevant kunnskap (Natland et al., 2017, s. 210).

I artikkelen skrevet av Reese et al. (2017) er helsepersonell med i studiet. Her er det helsepersonell med forskjellige erfaringer og utdanninger, disse besto av syv medisinske onkologer og fire spesialiserte sykepleiere. Det kan bli sett på som en svakhet at det er ulikt helsepersonell med i studiet grunnet at man ikke fokusere helt og fullt på sykepleierfaget alene. På den andre siden mener vi at det kan styrke studiet da man kan få et bredere kunnskapsnivå og få innsikt i tverrfaglig samarbeid. I tillegg kan annet helsepersonell enn sykepleiere ha nytte av studiet.

Artikkelen skrevet av Alberts et al. (2020) inneholder både kvinner og partnere som deltakere. Vi har inntrykk av at å inkludere partneren er en styrke grunnet at man kan få økt forståelse for hvordan seksualiteten etter brystkreftbehandling kan påvirke relasjonen mellom kvinnen og partneren. Dessuten mener vi at det kan være med på å identifisere bekymringer, plager eller spørsmål partneren har.

I de ulike artiklene er det en variasjon i antall deltakere. I Archango et al. (2019) sin artikkel er det 90 deltakere, mens i artikkel skrevet av Reese et al. (2017) er det 20 deltakere. Artikkelen av Alberts et al. (2020) inkluderer 173 kvinner og 76 partnere, altså til sammen 249 deltakere. I den fjerde artikkelen skrevet av Ouden et al. (2018) er det hele 667 kvinner

som er med i studiet. Vi mener at å inkludere flere deltakere er en styrke da det kan gi mer pålitelig data og samtidig føre til mer detaljerte analyser.

I alle artiklene kommer det frem at deltakerne blir anonymisert. Vi mener at det er av stor betydning at personvernet blir ivaretatt. At sensitiv informasjon er anonymisert kan føre til tillit mellom deltakerne og forskerne, dette er forskningen avhengig av (Dalland, 2021, s. 172). I alle studiene, bortsett fra artikkelen skrevet av Ouden et al. (2018), ble det også innhentet samtykke fra alle som deltok.

5.1.4 Forskerens bakgrunn

For oss var det viktig å huske på at forskerne ofte har egne fordommer eller førforståelse om undersøkelsen de skal utføre. Forskingen kan muligens bli påvirket av dette (Dalland, 2021, s. 60). I våre artikler kommer det ikke spesifikt frem hvilken bakgrunn de ulike forskerne har. Dette mener vi er en svakhet da vi ikke får tilstrekkelig informasjon om hvor pålitelige forskerne er. Det kommer derimot frem i artikkelen skrevet av Alberts et al. (2020) og Reese et al. (2017) hvor de ulike forskerne jobber. Blant annet på forskjellige universiteter, sykehus og kreftsenters. Også i artikkelen til Ouden et al. (2018) er det vist til at forskerne jobber ved "Research Center of Nursing, Saxion University of Applied Sciences" i Nederland. Dette mener vi er en styrke grunnet at det øker troverdigheten for tekstene da forskerne har en helsefaglig bakgrunn.

5.1.5 Integrativ litteraturoversikt

Vi mener at å bruke metoden integrativ litteraturoversikt har vært nyttig for oss. Søkeprosessen har vært tidskrevende selv om det var mange interessante artikler å finne. Vi valgte å bruke god tid på denne prosessen, da vi ønsket å finne studier som samsvarte med vår hensikt. Dersom vi hadde hatt flere ord til rådighet, er det mulig at resultatet ville vært noe annerledes. Også valg av andre søkeord enn de vi har valgt ville gjerne ført til andre resultater eller konklusjoner. Likevel mener vi at de fire artiklene vi har brukt, er relevante for vår hensikt. Vi kan sammenligne likhetstrekk på tvers av artiklene, selv om mye også er ulikt. Ifølge Dalland kan man forsøke å møte et fenomen uten å ha forhåndsantakelser, men det er ikke til å unngå at man likevel har tanker om det (Dalland, 2021, s.60). Vi ønsket derfor å være innforstått med at vår førforståelse kan ha vært med på å påvirke resultatet.

5.2 Resultat diskusjon

5.2.1 Pasientens informasjonsbehov

5.2.1.1 Mangelfull informasjon om seksualitet

Funn fra våre artikler antydnet at det er mangelfull informasjon til kvinner om seksualitet etter gjennomgått brystkreftbehandling. De fleste kvinnene opplevde ikke å motta tilstrekkelig informasjon om temaet, selv om det var et behov og et ønske fra de fleste kvinnene (Alberts et al., 2020, s. 205; Ouden et al., 2018, s. 328). Brystkreftbehandling kan gi innvirkning på flere aspekter ved seksualiteten, som tørre slimhinner og negativt kroppsbilde (Weltzien, 2022). Pasienten kan kjenne på symptomer som kan være normale bivirkninger, men er uinformert om disse. Som en konsekvens kan det føre til unødvendige redsler og bekymringer. Pasienten har rett på informasjon om mulige bivirkninger og risiko knyttet til sykdom og behandling (1999, §3-5). Vi mener dette kan være bekymringsverdig, da det tilsynelatende er rettigheter som ikke blir oppfylt, og pasienter som ikke blir tilstrekkelig ivaretatt.

5.2.1.2 Ønsket kommunikasjonsform og samtalepartner

Funnene våre indikerte at brystkreftpasienter foretrakk å få informasjon i form av samtale angående seksualitet og intimitet av sykepleier eller fastlege (Ouden et al., 2018, s. 326). Det kom også frem at kvinner ønsket informasjon i form av nettsted eller brosjyre (Ouden et al., 2018, s. 329). Funn viste at pasientene ønsket at det er sykepleieren selv som innleder til samtale, med eller uten partner til stede (Ouden et al., 2018, s. 326). Det er ofte sykepleiere som kjenner pasienten best og kan koordinere et helhetlig pasienttilbud (Sykepleien, 2019). Sykepleieren tilbringer ofte store deler av arbeidssdagen sin inne hos pasienten. På denne måten kan kvinnen kjenne at hun føler seg tryggere, og at det er mer naturlig å henvende seg til sykepleieren. Det kan også tenkes at det er lettere for sykepleieren å fange opp eventuelle seksuelle spørsmål og bekymringer. PLISSIT-modellen er en modell som kan hjelpe sykepleiere å diskutere seksuelle bekymringer (Kristoffersen et al., 2019, s. 399). Vi mener at ved å bruke denne modellen kan det skape trygghet for pasienten og kan hjelpe oss som sykepleiere å gi best mulig omsorg og rådgivning.

5.2.2.3 Hvilken informasjon er det behov for

Man ser i artikkelen til Reese et al. (2017, s. 3199) at de fleste overlevende etter brystkreft rapporterte om seksuelle utfordringer. Det kom frem i artikkelen til Reese et al. (2017, s. 3204) at det først kan være aktuelt å hjelpe pasienten med å forstå og identifisere sine bekymringer. Det er et tydelig behov for informasjon om fysiske endringer som nedsatt bevegelighet, lymfeødem, tørrhet, seksuell dysfunksjon, tap av libido, redusert seksuell aktivitet, vaginal tørrhet og endret kroppsbilde (Archangelo et al., 2019, s.3; Reese et al., 2017, s. 3204). Det finnes ulike behandlinger, men mange pasienter var ikke informert om disse alternativene (Reese et al., 2017, s. 3204).

Funnene indikerte at det både var viktig med informasjon om seksuelle utfordringer og behandlingsmuligheter for å kunne håndtere eventuelle endringer. (Ouden et al., 2018, s. 328). Som kommende sykepleiere tror vi at det er viktig å anvende verktøyet PLISSIT- modellen for å hjelpe kvinnene og identifisere deres behov for informasjon. Sykepleieren kan da bidra til at den individuelle pasienten får dekket sitt informasjonsbehov. Vi oppfatter at det er sentralt å se den enkelte pasient da behovet for informasjon er varierende fra kvinne til kvinne.

5.2.2.4 Informasjon om endret kroppsbilde

I våre funn kom det frem en tydelig sammenheng mellom mastektomi og endret kroppsbilde (Archangelo et al., 2019, s. 5). Funnene indikerte at rekonstruksjon kan bidra til å opprettholde livskvalitet og kvinnens kroppsbilde (Archangelo et al., 2019, s. 4). Kvinner som får endret utseende på grunn av kirurgisk behandling av brystkreft, kunne ofte kjenne på lavt selvbilde og depresjon (Archangelo et al., 2019, s. 5). Seksualitet handler om tanker, følelser og fantasier, ikke bare om seksuelle handlinger (Khule-Hansen, 2021). Seksualitet handler i tillegg om hvordan kvinnen oppfatter seg selv. Vi som sykepleiere kan spille en viktig rolle som omsorgspersoner. Martinsen & Kjær (2018, s. 37) forklarte at det er viktig å være til stede i ulike situasjoner som kan gi rom for tenkning og undring, og at sykepleieren bidrar med åpenhet. Selv om sykepleieren skal gi god informasjon og være samtalepartner, er det viktig at man ikke utløser kompleks hos pasienten. Det er ikke gitt at alle pasienter som gjennomgår brystkreftbehandling kommer til å kjenne på lavt selvbilde. Noen pasienter kan muligens kjenne på lettelse etter mastektomi, og frykten for tilbakefall blir mindre. Behovet for informasjon om endret kroppsbildet er individuelt.

5.2.2.5 Foretrukket tidspunkt for samtale

Funnene viste at pasienten ofte ønsket å diskutere seksualitet under behandling mens partner ønsket å ha samtale ved oppstart av behandling (Alberts et al., 2020, s. 210). Det var flere kvinner som beskrev endret libido og tidlig overgangsalder etter endt brystkreftbehandling, og ønsket samtale rundt seksualitet når det hadde gått en liten stund (Ouden et al., 2018, s. 329). I Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-2) forklares det at pasienten har rett på nødvendig informasjon og skal få opplysninger om sin helsetilstand. Pasienten skal også få informasjon om eventuelle bivirkninger knyttet til sykdom og behandling. På den andre siden er det viktig å vurdere når man skal gi informasjon. Ved nyoppdaget brystkreft kan kvinnen ha ulike følelser og reaksjoner. Det kan derfor føles overveldende om vi som sykepleiere tar opp temaet seksualitet når kvinnen muligens tenker på prognose og behandling. Kari Martinsen forklarer viktigheten med stillhet. Det kan skape en lyttende holdning, noe som er en viktig egenskap for sykepleiere (Martinsen & Kjær, 2018, s. 42). Ved å være stille og lytte til hva pasienten gir uttrykk for, kan man få et inntrykk og fange opp når pasienten er klar for å snakke om seksuelle bekymringer.

5.2.2.6 Informasjon til pasienter med og uten partner

Informasjon til pasientene er sentralt, men det er også viktig å inkludere en eventuell partner og huske på kvinnene uten partner. I våre funn kom det frem at flertallet av kvinner og partnere opplevde negative endringer i parforholdet (Alberts et al., 2020, s. 210). Halvparten av kvinnene ønsket at partneren skulle delta i samtale med sykepleier om seksuelle utfordringer, partnere ønsket også en mulighet til å diskutere seksuell helse (Alberts et al., 2020, s. 208-210). I teorien ser vi at sykepleiere bør se på partner og pasient som en enhet da de påvirker hverandre med tanke på frykt og usikkerhet (Stubberud et al., 2020, s. 440). Dette viser oss viktigheten av å inkludere partner ved samtale. På den andre siden er det viktig å huske på at kvinner uten partner også har et behov for informasjon. I Reese et al. (2017, s. 3203) kom det frem at en kvinne uten partner ønsker at seksualitet ble tatt opp uansett, slik at kvinnen selv kan vurdere om hun har et behov for det. Som sykepleier er det viktig å inkludere alle kvinner med eller uten partner, da alle mennesker er født som et seksuelt vesen med evne til å nyte (Khule-Hansen, 2021). Kari Martinson legger vekt på det moralske engasjementet for det andre mennesket. Det å se pasienten og pårørende, ta ansvar for dem

blir en del av sykepleierens omsorgsarbeid (Nordtvedt, 2021, s. 47). Psykisk støtte fra partner er sentralt, men vi mener både familie og venner kan være viktig støtte spesielt for pasienter uten partner. Pårørende kjenner ofte pasienten best og kan bidra til å gi trygghet, de bør ses på som en ressurs (Stubberud et al., 2020, s. 446)

5.2.2 Sykepleierens utfordringer

5.2.2.1 Mangel på tid

Selv om man kan oppleve tidspress, har man likevel en plikt til å informere pasienten om mulig risiko og bivirkninger (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2). I rollen som sykepleier skal man ha fokus på ulike behov, inkludert stell, ernæring, velvære og behandling. Det kan være vanskelig å prioritere, spesielt når man opplever tidspress. Som sykepleiere skal man informere pasienten om eventuelle endringer som kan skje i seksualiteten etter brystkreftbehandling (Stubberud et al., 2020, s. 141). Det er kjent at helsevesenet stadig opplever underbemanning og begrenset med tid. Da er det fort å prioritere arbeidsoppgaver som haster mer mens andre oppgaver blir satt på vent. I helsevesenet skal man være spesialist på tid, og tiden blir sett på som en ressurs og bør utnyttes (Martinsen & Kjær, 2018, s. 124). Tidspress kan føre til at sykepleieren fraskriver seg ansvar som igjen kan gjøre at pleien blir dårligere og at sykepleieren selv kan sitte igjen med dårlig samvittighet. Pasient og sykepleier har ofte et ønske om å dele det nåværende øyeblikket (Martinsen & Kjær, 2018, s. 128). Man kan stå i et dilemma mellom barmhjertighet og tid. I Helsepersonelloven (1999, §16) forklares det at virksomheten skal organiseres slik at helsepersonellet overholder sine lovpålagte plikter. Det kan være en organisatorisk utfordring med tanke på økonomi, fornuft og arbeidsoppgaver.

5.2.2.2 Manglende kunnskap

Våre funn indikerte at det er manglende kompetanse blant sykepleiere, og flere føler seg usikre rundt temaet seksuell helse (Reese et al., 2017, s. 3203). For å få til et godt samarbeid mellom pasient og sykepleier er det avgjørende å ha tilstrekkelig med kunnskap. En av oppgavene vi som sykepleiere har, er å informere pasienten om eventuelle endringer som kan oppleves etter brystkreftbehandling (Stubberud et al., 2020, s. 141). Helsepedagogikk innebærer læring og undervisning av pasienter for å fremme helse (Christiansen et al., 2020, s. 235). Funnene våre viste at flere pasienter ønsket at sykepleiere skal innlede til samtale, det er

da viktig med kunnskap om seksualitet. Ved å øke kunnskapen kan det være lettere for sykepleieren å starte dialog, og det vil kunne gi forbedret klinisk omsorg. Et hjelpemiddel kan være PLISSIT-modellen, her kan man identifisere pasientens behov for videre henvisninger (Kristoffersen et al., 2019, s. 399). I funnene kom det frem at mangelfull diskusjon og informasjon rundt seksuell funksjon og aktivitet, er assosiert med negative effekter på pasientens sexliv (Reese et al., 2017, s. 3119). Dette viser viktigheten av at sykepleieren har nok kunnskap. Likevel kan vi diskutere hvordan sykepleien skal tilegne seg denne informasjonen. Det kunne vært en mulighet å ha mer fokus på dette i studieløpet og informasjon på arbeidsplassen med kurs eller plakater med PLISSIT-modellen.

5.2.2.3 Frykt for å tråkke over grenser

Seksualitet blir ofte sett på som et privat tema, og mange er derfor redd for å tråkke over grenser. Funnene indikerte at sykepleiere ofte har negative holdninger til å diskutere seksuelle bekymringer, og at det fremdeles blir sett på som et tabubelagt tema. Mange pasienter følte seg avvist av sykepleieren noe som kan skape en barriere for videre kontakt (Reese et al., 2017, s. 3207; Ouden et al. 2018, s. 329). Kari Martinson forklarte at holdninger kommer frem i alle handlinger, og at pasienten vil merke om holdningene er grunnleggende og ekte (Nordtvedt, 2021, s. 50). Det kan tyde på at våre holdninger kan påvirke hvorvidt pasienten føler seg komfortabel med å prate om seksualitet. På samme tid kan vi reflektere over at relasjonen mellom pasienten og sykepleieren kan ha en betydning. Kari Martinson forklarte at relasjonen er selve grunnlaget i sykepleien (Nordtvedt, 2021, s. 45). Ved god relasjon til pasienten vil samtalen om seksualitet tilsynelatende bli enklere. Dermed kan man lettere føre en samtale om seksualitet uten å føle at man tråkker over grenser. Åpenhet og støtte fra sykepleieren er viktig, samt fokus på at pasienten selv bestemmer hvor åpen hun ønsker å være (Stubberud et al., 2020, s. 141). Etter Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-2) har sykepleiere et ansvar for å ta opp temaet.

6 ANVENDELSE I PRAKSIS

En av sykepleierens oppgaver er å imøtekomme pasientens informasjonsbehov relatert til seksualitet hos kvinner etter gjennomgått brystkreftbehandling. Sykdommen, behandlinger og bivirkninger kan gi utfordringer knyttet til kvinners seksualitet, som igjen kan gå ut over livskvaliteten. Sykepleiere har et ansvar for å holde seg faglig oppdatert, åpne opp for mulighet til samtale og bryte ned tabuer rundt temaet seksualitet. Dette er viktig for å kunne gi relevant informasjon til den enkelte pasient.

Funnene viste individuelle ulikheter med tanke på informasjonsbehovet. Det kan dreie seg om utilstrekkelig informasjon om seksualitet, foretrukket samtalepartner, inkludering av eventuell partner, informasjonsform og tidspunkt. Resultatene indikerte også ulike sykepleierbarrierer. Kommunikasjonsverktøyet PLISSIT- modellen kan brukes av sykepleiere som et hjelpemiddel for å diskutere seksuelle bekymringer og imøtekomme kvinnenes informasjonsbehov. Funnene antydte at flere kvinner ikke fikk tilstrekkelig informasjon, og at sykepleiere har et forbedringspotensial til å formidle relevant informasjon. Vi vil presentere konkrete forslag som vi mener kan forbedre praksis.

- Vi foreslår kurs og gruppeoppgaver angående seksualitet, og plakater med PLISSIT- modellen på arbeidsplassen. Dette kan bidra til økt kunnskap blant sykepleiere. I tillegg kan det være med å bryte ned tabuer rundt seksualitet. Dette kan styrke arbeidsmiljøet som igjen kan skape en plattform der det kan være enklere å dele erfaringer. Man kan som sykepleiere gi råd og støtte til hverandre på arbeidsplassen.
- Vi foreslår å supplere samtale med oppdaterte brosjyrer med tanke på tidspres. Da får pasienten konkret og relevant informasjon. Dette kan åpne opp for videre dialog mellom sykepleier og kvinnen.
- Vi foreslår at arbeidsdagen blir tilrettelagt for en eller to av sykepleierne på vakt, slik at de har mulighet til å kunne ha samtaler med kvinner som ønsker det. I funnene våre kom det frem at majoriteten av kvinnene foretrakk å snakke om seksualitet med en

sykepleier. For å oppnå dette må ledelsen ha fokus på tilstrekkelig sykepleierbemanning.

- Vi mener det er behov for videre forskning på informasjonsbehovet om seksualitet til kvinner som har gjennomgått brystkreftbehandling. Det trengs også å få fokus på kvinner uten partner, da vi har inntrykk av at det er lite forskning på dette. Ved videre forskning kan man bidra til mindre bekymringer for pasienten, samt øke kunnskapen til sykepleierne.

LITTERATUR

- Alberts, L. F., Van Ek, G. F., Krouwel, E. M., Osterkamp-Borgelink, C. M., Liefers, G. J., Den Ouden, M. E. M., Den Oudsten, B. L., Krol-Warmerdam, E. E. M., Guicherit, O. R., Linthorst-Niers, E., Putter, H., Pelger, R. C. M. & Elzevier, H. W. (2020). Sexual Health Needs: How Do Breast Cancer Patients and Their Partners Want Information? *Journal of sex & marital therapy*, 46 (3), 205-262.
<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/0092623X.2019.1676853>
- Andersen, J. (2017, 27. Desember). "Mixed methodes"-design i helseforskning. Sykepleien.
<https://sykepleien.no/forskning/2017/12/mixed-methods-design-i-helseforskning>
- Archango, S. D. C. V., Neto, M. S., Veiga, D. F., Garcia, E. B. & Ferrieira, L. M. (2019) . Sexuality, depression and body image after breast reconstruction. *Clinics*, 30, 1-5.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31166474/>
- Berteussen, L, M. (2021, 6. juli) *PubMed*. Store medisinske leksikon.
<https://sml.snl.no/PubMed>
- Brataas, H., Evensen, A. E. & Ingstad, K. (2019). *Pedagogisk praksis i sykepleie*. Gyldendal
- Christiansen, B., Erichsen, T., Holmberg. & Vågan, A. (2020) Helsepedagogikk- fra begrep til praksis i helsefagutdanninger: hva kjennetegner studentenes erfaringer?. *Uniped*, 43(3) , 235- 246. <https://www.idunn.no/doi/10.18261/issn.1893-8981-2020-03-06>
- Dalland, O. (2021). *Metode og oppgaveskriving* (7.utg.). Gyldendal.
- Den Ouden, M. E. M., Pelgrum-Kerhost, M. N., Uitdehaag, M, J. & De Vocht, H. M. (2018). Intimacy and sexuality in women with breast cancer: professional guidance needed. *Breast cancer*, 26, 326-332. <https://link.springer.com/article/10.1007/s12282-018-0927-8>
- Friberg, F. (2018). *Dags for uppsats*. (3.utg.). Studentlitteratur AB, Lund.
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell*(LOV-1999-07-02-64). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E. A., Grimsbø, G. H. (2019). *Grunnleggende sykepleie*. Gyldendal.
- Kristoffersen, N. J., Skaug, E. A., Steindal, S. A., Grimsbø, G. H. (2021). *Grunnleggende sykepleie* (4.utg). Gyldendal.
- Kühle-Hansen, S. (2021, 27. April). Hva er seksualitet? Nasjonal Digital Læringsarena. <https://ndla.no/nb/subject:d1fe9d0a-a54d-49db-a4c2-fd5463a7c9e7/topic:3cdf9349-4593-498c-a899-9310133a4788/topic:7e6a20d3-ceb5-46e3-ad28-1412c9a5745c/topic:599e2b1e-fe7e-4285-aa3c-a5a391264f24/resource:fb76fa68-6a5c-4f38-a941-b53e37c682d7>
- Langhelle, T. H., Paulsen, A., Fredly, K., Sekse, R. J. T. (2021). Sykepleiere kan hjelpe pasientene til bedre seksuell helse. *Sykepleien*, 1-8. <https://sykepleien.no/sites/default/files/pdf-export/pdf-export-83207.pdf>
- Martinson, K. & Kjær, T. A. (2018). *Løgstrup og sykeleien*. Cappelen damm akademisk.
- Mobekk, H., Willems, A. (2022, 27. oktober). *Helsepersonell må tørre å snakke med brystkreftpasienter om seksuell helse*. *Sykepleien*. <https://sykepleien.no/fag/2022/09/helsepersonell-ma-torre-snakke-med-brystkreftpasienter-om-seksuell-helse>
- Natland, S., Tveiten, S. & Knutsen, I. R. (2017) Hvorfor skal pasienten medvirke i forskning? *Tidsskriftet den norske legeforening*. <https://tidsskriftet.no/sites/default/files/pdf2017--210-2.pdf>
- Nordtvedt, P. (2021). *omtanke* (3.utg). Gyldendal.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettighetsloven*(LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Reese, J. B., Beach, M. C., Smith, K. C., Bantung, E. T., Casale, K. E., Porter, L. S., Bober, S. L., Tulskey, J. A., Daly, M. B. & Lepore, S. J. (2017). Effective patient-provider communication about sexual concerns in breast cancer: a qualitative study. *Supportive Care in Cancer*, 25, 3119-3207. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00520-017-3729-1>

- Schlichting, E., Klepp, O., Hofslie, E., Engstrøm, M. J. (2023, 20. Mars). Brystkreft. Store medisinske leksikon. <https://sml.snl.no/brystkreft>
- Solberg, A. S., Stojiljkovic, M., Josefsson, K. A. (2023, 24. januar). *Sykepleierutdanningen må sikre kunnskap om seksuell helse*. Sykepleien. <https://sykepleien.no/fag/2023/01/sykepleierutdanningen-ma-sikre-kunnskap-om-seksuell-helse>
- Stubberud, D. G., Grønseth, R., Almås, H. (2020). *Klinisk sykepleie*. Gyldendal.
- Sykepleien. (2019, 12. april). *Hva er sykepleie, og hva burde det være?*. <https://sykepleien.no/sykepleien/2019/04/hva-er-sykepleie-og-hva-burde-det-vaere>
- Søk & skriv. (2023, 11. november). *Søketeknikker*. <https://www.sokogskriv.no/soking/soketeknikker.html#kombiner-søkeord>
- UIO, Universitetsbiblioteket. (2015, juli). *CINAHL. en veiledning fra Medisinsk bibliotek*. <https://www.ntnu.no/blogger/wp-content/uploads/sites/21/2016/05/Cinahl-UiO-UB.pdf>
- Utdanningsforskning. (2016, 15. april). *Hva er en fagfelleurdert artikkel?* <https://utdanningsforskning.no/artikler/2016/hva-er-fagfelleurdert-artikkel/>
- Universitetet i Bergen. (2023, 30. oktober). *Hvordan bruke Oria*. <https://www.uib.no/ub/119990/hvordan-bruke-oria>
- Vandraas, K. F., Smedsland, S., Engang, H. K., Kiserud, C., Naume, B., Brekke, M. & Reinertsen, K. V. (2023). Senefekter etter behandling av brystkreft. *Tidsskriftet den norske legeforening*, 1-7. <https://tidsskriftet.no/2023/07/senefekter-etter-behandling-av-brystkreft>
- Weltzien, S. B. (2022, 22. Mars). *Over halvparten av brystkreftoverlevende er seksuelt inaktive*. Brystkreftforeningen. <https://www.brystkreftforeningen.no/nyheter/over-halvparten-av-brystkreftoverlevende-er-seksuelt-inaktive>
- Ørn, S. & Bach-Gransmo, E. (2019). *Sykdom og behandling*. Gyldendal.

Vedlegg 1

Søkedato	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Antall valgte artikler
04.09.23	PubMed	Breast cancer AND sexuality AND body image AND depression	År: 2013-2023 Kjønn: kvinner Tilgjengelighet av tekst: fulltekst gratis	21	8	3	1
07.09.23	PubMed	Breast cancer AND sexuality AND communication AND nurse	År: 2013-2023 Kjønn: kvinner	12	4	1	1
06.09.23	Cinahl	Sexual health AND breast cancer AND partner AND information AND needs	År: 2017-2023 Kjønn: kvinner Alder: 19-44 år Land: USA Kildetype: Tema: Seksualitet Seksuelle partnere	26	10	3	1
06.09.23	PubMed	Breast cancer AND sexuality AND intimacy AND needs	År: 2013-2023 Kjønn: kvinner	13	8	2	1

Vedlegg 2

Forfatter (e) Årstall Tidsskrift Land	Artikkel- tittel	Hensikt med studien	Perspek- tiv (sykeple- ier/ pasient/ pårørende)	Metode og analyse	Utvalg/ populasjon	Hovedfunn/ resultat
Archango, S. D. C., Neto, M. S., Veiga, D. F., Garcia, E. B., & Ferrieira, L. M. 2019. Clinics. Brasil	Sexuality, depression and body image after breast reconstruction	Hensikten var å evaluere hvilke virkning brystkonstru- ksjon etter mastektomi har på seksuell funksjon, kroppsbilde og depresjon.	Pasient	Kvantitativ tilnærming. Studiet ble utført ved hjelp av validerte brasilianske- portugisiske versjoner av Female Sexual Function Index (FSFI), Beck Depression Inventory (BDI) og Body Dysmorphic Disorder Examination (BDDE). FSFI er for å kartlegge seksuell funksjon. En skala med 19 elementer som er delt inn i 6 undergrupper: lyst, opphisselse, smøring, orgasme, tilfredshet og smerter. BDI er en selvvurderingsskal- a som består av 21 elementer. Der kan depresjon vurderes som lett, moderat eller alvorlig ufra- poengskår. BDDE omhandler et spørreskjema med 34 elementer som vurderer graden av misnøye av en bestemt del av kroppen eller bidra til diagnostikk av kroppsdysmorfe- lidelser. BDDE blir gjennomført som intervju. Deretter ble det brukt ulike statistiske analysemetoder	Deltakere var 90 seksuelt aktive kvinner, som hadde gjennomgått mastektomi (30 stykk) eller mastektomi og brystrekonstr- uksjon (30 stykk) minst et år før studien. Det var også med en kontrollgrup- pe som ikke hadde brystkreft (30 stykk). Kvinnene var i alderen 18- 65 år.	Et av resultatene fra studiet var at kvinnene som hadde gjennomgått bryst- rekonstruksjon etter mastektomi oppgav bedre seksuell funksjon, bedre kroppsbilde og færre depressive symptomer, enn kvinner som hadde gått gjennom mastektomi uten bryst- rekonstruksjon. I tillegg viste funn i studiet at kvinner uten partner, høyere utdanning og gjennomgått mastektomi var assosiert med seksuell dysfunksjon.

Kandidatnummer: 1547, 1875 & 1505

				slik som Kruskal-Wallis variansanalyse, Mann-Whitney-testen og Statistical Package for å komme frem til et resultat oppsummert i tabeller.		
Reese, J. B., Beach, M. C., Smith, K. C., Bantung, E. T., Casale, K. E., Porter, L. S., Bober, S. L., Tulskey, J. A., Daly, M. B., & Lepore, S. J. 2017. Supportive Care in Cancer. USA	Effective patient-provider communication about sexual concerns in breast cancer: a qualitative study	Hensikten i studiet var å undersøke pasientens og sykepleiers erfaringer og ønsker knyttet til kommunikasjon om brystkreftrelaterte seksuelle problemstillinger med mål om å informere om intervensjon utvikling.	Pasient og sykepleier	<p>Kvalitativ tilnærming. Intervjuer og fokusgrupper fulgte et semi-strukturert format. Det ble tatt feltnotater av alle intervjuer, for å forbedre analysen.</p> <p>Rammemetoden en systematisk kvalitativ analytisk tilnærming, ble brukt for å analysere transkripsjonene.</p> <p>Pasient- og sykepleierdata ble analysert hver for seg. Det ble gjennomført manuell koding, deretter grundig diskusjon for å gjennomgå konsept og klassifisere dem. N Vivo 10-programmavare ble brukt, deretter brukt på alle intervjudataene.</p>	<p>20 deltakere, 11 var helsepersonell 5 brystkreftoverlevende med partner og 4 brystkreftoverlevende uten partner</p> <p>Pasientgruppen var fra et kreftsenters, de var voksne kvinner med brystkreftdiagnose som hadde gjennomgått en form for behandling, og scoret over tre på en screening for seksuelle bekymringer.</p> <p>Helsepersonell var leger og sykepleiere innfor onkologifeltet. Disse var fra fire kreftsentere eller samfunnsykehus i USA.</p>	<p>Artikkelen avdekker individuelle og institusjonelle barrierer for effektiv kommunikasjon om seksuelle bekymringer.</p> <p>Det er nødvendig med mer kunnskap til pasientene som aktiverer dem og som forbereder sykepleierne på samtale om seksualitet.</p> <p>Sykepleiere hadde individuelle preferanser for hvordan de skulle gripe inn i samtalen om seksualitet, men de var enige om at informasjonsmåten måtte være praktisk, kortfattet og rettet mot å identifisere pasientens bekymringer og tilby henvisninger. Det kom frem at det kan være praktisk at pasienter først får skriftlig informasjon.</p> <p>Pasienter ønsket åpen og samarbeidende kommunikasjon</p>
Alberts, L. F., Van Ek, G. F., Krouwel, E. M.,	Sexual health needs: how do breast cancer	Hensikten med studiet var å	Pasient og partner	Kvantitativ tilnærming.	Deltakerne var 173 brystkreftpasi	Studiet viste til at de fleste pasientene og

<p>Osterkamp-Borgelink, C. M., Liefers, G. J., Den Ouden, M. E. M., Den Oudsten, B. L., Krol-Warmerdam, E. M., Guicherit, O. R., Linthorst-Niers, E., Putter, H., Pelger, R. C. M., & Elzevier, H. W. 2020. Journal of sex & marital therapy. Nederland</p>	<p>patients and their partners want information?</p>	<p>evaluere informasjon s-behovet til brystkreftpasienter og partnere angående seksuell omsorg.</p>		<p>Studiet ble gjennomført som en tverrsnittlig-undersøkelse som ble samlet inn gjennom et spørreskjema. For brystkreftpasientene var spørreskjemaet delt inn i 57 elementer, og for partnene besto det av 37 elementer. Data ble deretter analysert ved bruk av IBM SPSS-statistikk. Demografisk informasjon ble analysert ved beskrivende statistikk.</p>	<p>enter og 76 partnere.</p> <p>Pasientgruppen var kvinner som ble behandlet for invasiv eller ikke-invasiv brystkreft mellom januar 2015- desember 2016. Alle pasientene fikk også en invitasjon til partneren sin, slik han/hun også kunne delta.</p> <p>Gjennomsnittsalder på pasientene var 60,1 år med et spenn i alder fra 29-91 år.</p> <p>Partnere sin gjennomsnittsalder var 61 år med spenn fra 33-79 år. De fleste partnere var menn.</p>	<p>partnene ikke gav uttrykk for et direkte behov for informasjon om seksualitet, men de fleste verdsatte en mulighet til å diskutere temaet seksualitet sammen med et helsepersonell. Det kom også frem at flertallet av pasientene rapporterte at de ikke hadde mottatt informasjon om effekt av brystkreft på seksualitet. I tillegg anga over halvparten av partnene at de ikke hadde mottatt informasjon om mulige utfordringer ved seksualitet etter brystkreft. Både pasient og partner ønsket å få informasjon gjennom brosjyre, nettside eller å ha samtale med sykepleier. Sykepleier ble foretrukket fremfor annet helsepersonell. I studiet kom det frem at det var forskjell på hvilke tidspunkt som ble foretrukket for samtale om seksualitet. Halvparten av pasientene anga at best tidspunkt var under behandling. Partnerne ønsket derimot å diskutere temaet seksualitet før behandling. Et funn fra studiet var at partnere ønsker å være til stede under samtaler og</p>
---	--	---	--	---	--	---

						informasjon om seksualitet sammen med sykepleier. Det er derfor viktig at sykepleier inkluderer partner. Det kom frem at partnere som ikke hadde mottatt tilstrekkelig informasjon følte seg mer bekymret enn partnere som følte seg godt informert.
Den Ouden, M. E. M., Pelgrum-Kerhost, M. N., Uitdehaag, M. J., & De Vocht, H. M. 2018. Breast Cancer. Nederland	Intimacy and sexuality in women with breast cancer: professional guidance needed.	Hensikten var å undersøke informasjon og kommunikasjonspreferansen mellom sykepleier og kvinner med brystkreft med tanke på temaet intimitet og seksualitet.	Pasient	Kvantitativ og kvalitativ tilnærming. Studiet ble gjennomført ved et spørreskjema som inneholdt 5 flervalgsspørsmål. Pasientene kunne velge flere svaralternativer på hvert spørsmål. I tillegg var det en fritekstboks på slutten av spørreskjemaet, der pasienten kunne dele tilleggsinformasjon om: intimitet, seksualitet og brystkreft. Analyse av kvantitativ data ble utført ved bruk av beskrivende statistikk. IBM SPSS-statistikk ble brukt til dette. For å berike dataene til de lukkede spørsmålene ble det brukt en deduktiv rammeanalyse på de åpne spørsmålene. I tillegg gav fritekstboksene informasjon på et dypere plan, noe som var svært nyttig	Totalt 667 kvinnelige brystkreftpasienter deltok. Pasientgruppen var medlemmer av den nederlandske brystkreftforeningen. Medlemmene hadde gjennomsnittsalder på 54 år. 82% var tidligere brystkreftpasienter, 8% hadde metastasert brystkreft og 3% hadde en mulig ikke-invasiv brystkreft. 5% har BRCA-genmutasjon og 2% var andre (feks medisinske spesialister).	To tredjedeler av kvinnene oppga seksuelle utfordringer, som påvirket de selv og partneren deres. Studiet viste til at kvinnene foretrakk informasjon om intimitet og seksualitet fra sykepleier eller fastlege ved en personlig samtale enten alene eller med sin partner. De fleste ønsket denne informasjonen kort tid etter påbegynt behandling. Resultatet avdekker at kvinnene ønsket å motta informasjon om intimitet og seksualitet gjentatte ganger i konsultasjon. Slik at de var mer forberedt på mulige fysiske, psykiske og relasjonelle endringer. Det var også et behov for å få gjentatt informasjon da det stadig er endringer i virkningen av brystkreft i forskjellige stadier av behandlingen. I tillegg kan det

Kandidatnummer: 1547, 1875 & 1505

				tilleggsinformasjon til forskningsspørsmålene.		oppstå endringer i behovene til kvinnene. Kommunikasjon kan derfor medvirke til en bedre forståelse av "hva du kan forvente".
--	--	--	--	--	--	---