

Emma Engebretsen Elton, Benedikte Ness og  
Marita Martinsen

## Brystkreft og seksuell helse

Bacheloroppgave i sykepleie

Veileder: Geir Vegard Berg

Mai 2021



Foto: Kreftforeningen



Emma Engebretsen Elton, Benedikte Ness og Marita  
Martinsen

## **Brystkreft og seksuell helse**

“Hvordan kan sykepleier tilrettelegge for god kommunikasjon rundt seksuell helse hos kvinnelige pasienter etter endt kurativ behandling for cancer mammae?”

Bacheloroppgave i sykepleie  
Veileder: Geir Vegard Berg  
Mai 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik



Kunnskap for en bedre verden



## SAMMENDRAG

Tittel:	“Hvordan kan sykepleier tilrettelegge for god kommunikasjon rundt seksuell helse hos kvinnelige pasienter etter endt kurativ behandling for cancer mammae?”	Dato:	21.05.21
Forfattere:	Emma Engebretsen Elton, Benedikte Ness og Marita Martinsen		
Veileder:	Geir Vegard Berg		
Stikkord/nøkkelord	Seksuell helse, brystkreft, cancer mammae, kommunikasjon, PLISSIT		
Antall sider/ord: 37/10001	Antall vedlegg: 0		

### **Bakgrunn**

Brystkreftbehandling påvirker kroppen til pasientene, noe som kan føre til utfordringer med fysisk funksjon, kroppsbilde og selvfølelse. Dette kan igjen påvirke seksuell funksjon og helse. Sykepleier har et ansvar for å følge opp også dette behovet, men kommunikasjon rundt seksuell helse viser seg å være utfordrende. PLISSIT-modellen er et verktøy som skal hjelpe sykepleier å kommunisere med pasienter om seksuell helse.

### **Hensikt**

Hensikten med denne litteraturstudien er å belyse viktigheten av og utfordringer knyttet til kommunikasjon rundt seksuell helse, og hvordan sykepleier kan tilrettelegge for dette. Vårt fokus er kvinnelige pasienter som har gjennomgått kurativ behandling for cancer mammae.

### **Metode**

Vi har skrevet en litteraturstudie, og har benyttet oss av både kvantitative og kvalitative forskningsartikler. Gjennom strukturerte søk har vi kommet frem til seks artikler vi har valgt å bruke. Interaksjonsteorien til Joyce Travelbee legger grunnlaget for den sykepleieteoretiske delen av oppgaven.

### **Resultat**

Seksuell helse blir underkommunisert mellom helsepersonell og brystkreftoverlevende. Pasientene tar sjelden eller aldri opp temaet, til tross for at de opplever problemer knyttet til dette. Tabu og intimgrenser er grunner til dette. De trenger at sykepleier tar initiativ, noe sykepleier synes er utfordrende. Årsakene til dette er at temaet er intimt, mangel på kunnskap, utrygghet og mangel på tid og ressurser. Seksuell helse blir ikke prioritert av fastleger, og det kan da være vanskelig for sykepleier å ta seg tid. PLISSIT-modellen er et av verktøyene som har vist god effekt.

### **Konklusjon**

Økt kunnskap hos sykepleier kan være med å øke både deres trygghet, men også pasienten og dens eventuelle partners trygghet og villighet til å kommunisere om seksuell helse. Relasjonsbygging, kompetanseheving og ufarliggjøring av temaet er avgjørende for å skape en trygg plattform for pasienter og deres eventuelle partnere. Økt fokus på dette fremover vil gi en mer helhetlig behandling og oppfølging av brystkreftpasienter og eventuelt deres partnere.

## ABSTRACT

Title:	“How can nurses facilitate great communication among sexual health with female patients that have been through curative treatment for cancer mammae?”	Date:	21.05.21
Authors:	Emma Engebretsen Elton, Benedikte Ness and Marita Martinsen		
Supervisor	Geir Vegard Berg		
Keywords	Sexual health, breast cancer, cancer mammae, communication, PLISSIT		
Number of pages/words: 37/10001	Number of appendix: 0		

### **Background**

Breast cancer treatment changes the patients' bodies, which can lead to challenges with physical function, body image and self-esteem. This can again affect sexual function and health. Nurses have the responsibility to follow up on this need, but communication among sexual health is proving to be challenging. The PLISSIT-model is a tool that could help nurses communicate with patients about sexual health.

### **Objectives**

The purpose of this study is to shed light on the importance of and challenges linked to communication around sexual health, and how nurses can facilitate this. Our focus is on female patients that have been through curative treatment for cancer mammae.

### **Method**

We have written a literature study. We used both quantitative and qualitative research articles. We picked six articles for this study, which we found through structured searches. As a ground theory of our study, we used Travelbees interaction theory.

### **Results**

Sexual health is under-communicated between health care workers and breast cancer survivors. Patients rarely initiate conversations about the topic on their own, even though they experience challenges linked to it. The reason behind this is taboo and intimate boundaries. They need nurses to take initiative, which nurses experience as challenging. This is because the topic is intimate, lack of knowledge, insecurity, and lack of time and resources. Sexual health is not a priority for the general practitioner, and that makes it challenging for nurses to make time for it. The PLISSIT-model is one of the tools that works great.

### **Conclusion**

Increased knowledge among nurses can contribute to both increase their own security, but also the patients and possibly their partners security and willingness to communicate about sexual health. Relationship building, increased knowledge and making the topic harmless is crucial to be able to build a safe platform for patients and possibly their partner's. Increased focus on this in the future will contribute to more holistic treatment and follow-up of breast cancer patients and possibly their partners.

## **Forord**

Som en avslutning på tre svært lærerike år ved NTNU i Gjøvik har vi nå skrevet vår bacheloroppgave i sykepleie. Gjennom denne tiden har vi lært mye om både oss selv, hverandre og om faget. Det har vært en krevende tid, med mange timer bak skjermene. Den pågående pandemien har satt en stopper for fysisk tilstedeværelse, noe som har gjort arbeidet ekstra utfordrende. Vi har likevel vært kreative, løsningsorientert og har samarbeidet godt. Oppgaven vår er rettet mot sykepleiere, men også annet helsepersonell, som syns kommunikasjon rundt seksuell helse kan være utfordrende. Den kan også være nyttig for pasienter.

Vi ønsker å takke vår veileder, Geir Vegard Berg, for veiledning og hjelp underveis i skriveprosessen. Vi vil også takke Aslaug Hilmen Lien for gode tips til litteratur.

Gjøvik og Flå, 21.05.21

Emma Engebretsen Elton, Benedikte Ness og Marita Martinsen

18BSPLH, NTNU i Gjøvik

# Innholdsfortegnelse

<b>1 Innledning</b> .....	1
1.1 Begrunnelse for valg av tema.....	1
1.2 Presentasjon av problemstilling .....	2
1.3 Definisjon av begreper .....	2
1.4 Oppgavens disposisjon.....	3
<b>2 Bakgrunn/teori</b> .....	4
2.1 Kreftbehandlingens påvirkning på seksuell helse .....	4
2.2 Sykepleier, pasient og eventuell partner .....	4
2.3 PLISSIT-modellen .....	6
2.4 Joyce Travelbees teori.....	7
<b>3 Metode</b> .....	8
3.1 Søkestrategi og databaser.....	8
3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	11
3.3 Kildekritikk .....	11
3.4 Etske overveielser .....	12
<b>4 Resultat</b> .....	13
4.1 “Opening a can of worms”: GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care .....	13
4.2 “Sexual health in long-term breast cancer survivors”.....	14
4.3 Patient-clinician communication about sexual health in breast cancer: A mixed-methods analysis of clinic dialogue.....	15
4.4 Effective patient-provider communication about sexual concerns in breast cancer: a qualitative study .....	17
4.5 Sexual functioning in breast cancer survivors experiencing body image disturbance.....	18
4.6 Comparison of the Effects of the PLISSIT Model Versus the Sexual Health Model on Quality of Life Among Women with Breast Cancer.....	19
<b>5 Drøfting</b> .....	21
5.1 Drøfting av resultater .....	21
5.1.1 Seksuell helse.....	21



5.1.2 Faktorer som kan gi dårlig seksuell helse .....	22
5.1.3 Brystkreft hos kvinnelige pasienter.....	23
5.1.4 Kroppsbilde .....	23
5.1.5 Kommunikasjon .....	25
5.1.6 Sykepleierens holdninger i møte med pasienten.....	26
5.1.7 Barrierer til god kommunikasjon mellom sykepleiere og pasienter .....	27
5.1.8 PLISSIT-modellen .....	28
5.2 Drøfting av benyttet metode.....	29
5.3 Forslag til videre forskning og tiltak .....	31
<b>6 Konklusjon.....</b>	<b>32</b>
<b>7 Litteraturliste.....</b>	<b>34</b>

# 1 Innledning

## 1.1 Begrunnelse for valg av tema

I denne litteraturstudien har vi valgt temaet seksualitet og brystkreft. Alle mennesker har en seksualitet. Det er en kjernedimensjon ved det å være menneske, og det kan innebære både handlinger, tanker, behov, ønsker, holdninger og religion. Vår seksuelle helse er ikke bare avhengig av samleie og fysisk kontakt, men det psykiske aspektet med ømhet, bekræftelse og psykisk nærhet kan være minst like viktig (Helland, 2016). Det varierer likevel veldig hva som er viktig for hver enkelt av oss. Gjennom vår praksis har vi fått et inntrykk av at seksualitet, som et grunnleggende behov, blir lite snakket om. Dette kan det være mange grunner til. Vår erfaring er at pasientene veldig sjelden tar opp dette på eget initiativ, og det derfor er helsepersonellet som må stille de vanskelige spørsmålene rundt seksuell helse. Til tross for at det er et grunnleggende behov vi alle har, kan det være vanskelig å snakke om. Det er intime tema som de aller fleste pasienter kanskje ikke er vant til å snakke høyt om, og særlig ikke med mennesker de ikke kjenner. Selv om seksuell helse er tema i fagbøker, for eksempel med konkrete kartleggingsverktøy, får det lite oppmerksomhet i praksis (Norsk Sykepleieforbund, 2021). PLISSIT-modellen er et verktøy som blant annet mange sexologer bruker når de skal gi seksuell rådgivning. Målet med denne modellen er å hjelpe pasienter som opplever sykdom og problemer i seksuallivet av andre årsaker. Den pasientgruppen vi har valgt å fokusere på i denne bacheloroppgaven er brystkreftpasienter. Noen av temaene vi ønsker å se nærmere på er kommunikasjon, partnerskap, konsekvenser av sykdommen og bivirkninger til eventuell behandling. Alt dette kan være noe pasientene og eventuelt deres partnere tenker mye på, men ikke tør å spørre om – særlig etter endt behandling. Enslige med kreftdiagnose kan føle på at seksuallivet ender med sykdommen, og at selvbilde og kroppsbilde blir veldig nedsatt (Kreftforeningen, u.å.; Wittmann, 2016). Dette er noe vi synes er viktig å snakke med pasientene og deres eventuelle partnere om, og som dermed bør være et fokusområde i utdanning og veiledning av sykepleiere.

## 1.2 Presentasjon av problemstilling

Med bakgrunn i ovennevnte problemområder har vi valgt å skrive om temaet kommunikasjon om seksuell helse hos kvinner som har gjennomgått kurativ behandling for cancer mammae. Vi synes det er et unødvendig tabu rundt det å snakke om seksuell helse, og hensikten med denne oppgaven blir å informere helsepersonell og pasienter om viktigheten av kommunikasjon, og om hvordan en kan kommunisere på en god måte. Vi har utarbeidet følgende problemstilling:

*Hvordan kan sykepleier tilrettelegge for god kommunikasjon rundt seksuell helse hos kvinnelige pasienter etter endt kurativ behandling for cancer mammae?*

## 1.3 Definisjon av begreper

*Seksualitet:* Verdens helseorganisasjon definerer seksualitet som mye mer enn samleie. Hva som utgjør et menneskes seksualitet, varierer fra person til person. Det innebærer blant annet tanker, følelser og handlinger (World Health Organization, u.å).

*Seksuell helse:* Verdens helseorganisasjon sin definisjon på seksuell helse henger sammen med seksualitet, og omhandler mer det psykologiske og det sosiale. Seksuell helse og velvære avgjøres av både fysiske, emosjonelle, sosiale og mentale faktorer (World Health Organization, u.å).

*Cancer mammae:* Cancer mammae, altså brystkreft, er en ondartet svulst som oppstår i brystkjertelen (Schlichting, 2020).

*God kommunikasjon:* Forutsetningen for god kommunikasjon er blant annet gjensidig tillit og respekt. Avsender bør underveis i samtalen forsikre seg om at mottaker har forstått informasjonen som er formidlet, og at en har lik oppfatning av situasjonen (Nasjonal Digital Læringsarena, 2018). Kommunikasjon handler dermed om å lytte og tilpasse seg i forhold til hvem en kommuniserer med og hva som kan skape misforståelser (Helland, 2016).

## 1.4 Oppgavens disposisjon

Oppgaven er delt inn i seks hovedkapitler. Første kapittel er en introduksjon av valgt tema, presentasjon av problemstilling og definisjon av sentrale begreper i problemstillingen. Neste kapittel presenterer vi relevant teori, sykepleiefaglig relevans og lovverk. I tredje kapittel gjør vi rede for metode, altså hvordan vi har gått frem i vår søkeprosess etter litteratur og hvilke kriterier vi følger for å vurdere og analysere funnene. I kapittel fire presenterer vi resultatene fra analysene av forskningsartiklene. Kapittel fem er oppgavens drøfting, hvor vi diskuterer resultater og metode. Vi drøfter resultatene opp mot relevant teori, presentert i kapittel to. I siste kapittel fatter vi en konklusjon basert på drøftingen. Avslutningsvis kan en finne litteraturlisten.

## 2 Bakgrunn/teori

### 2.1 Kreftbehandlingens påvirkning på seksuell helse

Kreft og kreftbehandling har mange relativt allmennkjente bivirkninger slik som hårtap, fatigue, nedsatt muskelkraft og nerveplager (Kreftforeningen, u.å.). Det som derimot kan bli litt glemt er de bivirkningene som påvirker den seksuelle helsen. Å gjennomgå kreftbehandling kan i mange tilfeller påvirke kroppen fysisk, og dermed endre dens utseende og funksjon. Dette kan skape utfordringer med selvbilde, og dermed påvirke den psykiske helsen til pasientene. Seksuallivet kan påvirkes ved at pasientene ikke lenger har lyst til å kle av seg for en partner, men det kan også være utfordringer ved den seksuelle funksjonen under eller etter gjennomgått kreftbehandling (Wittmann, 2016). For brystkreftpasienter er det å komme i tidlig menopause ofte en utfordring. Menopause er når menstruasjonen opphører, og opptrer ofte rundt 53-årsalderen. Symptomer på menopause er hetetokter, urogenital atrofi og økende osteoporose (Kristoff, 2016). Komplikasjoner som nedsatt kjønnshormonproduksjon, tynne og skjøre slimhinner kan, sammen med kroppsbilde etter eventuelt å ha fjernet ett eller begge bryst gi utfordringer med seksuallivet (Soldera *et al.*, 2018). Det er vanskelig for mange pasienter å ta opp dette som tema hvis ikke helsepersonell spør direkte om det. Kunnskap blant helsepersonell blir derfor avgjørende for å kunne ivareta pasientenes seksuelle helse på lik linje som de andre grunnleggende behovene. Dette kan også gå ut over pasientenes eventuelle partnere, og må tas i betraktning i forhold til samliv og partnerskap.

### 2.2 Sykepleier, pasient og eventuell partner

Når det kommer til å ivareta pasienters seksuelle helse er kommunikasjon en sentral faktor. Veiledning og rådgivning foregår gjennom kommunikasjon, og for å kunne gjennomføre dette er det viktig at sykepleiere har kunnskap om hvordan en bør kommunisere (Helland, 2016). Dette er viktig i alle deler i utøvelsen av sykepleie, men kanskje særlig viktig når det kommer til intime, private og kanskje ubehagelige tema som seksuell helse kan være for mange. Alle er forskjellige når det kommer til kommunikasjon og intimgrenser. Det én pasient er vant med å snakke om, kan være veldig vanskelig for den neste. Det er derfor greit å ha noen punkter å forholde seg til når en skal begynne å ta opp et tema som kan være vanskelig å snakke om,

både for pasienten, men også for oss som helsepersonell. Som en hjelp til dette finnes det mange ulike kartleggingsverktøy som er tilpasset direkte til kommunikasjon rundt seksuell helse, og de har noen punkter som går igjen. Det å starte samtalen med å finne ut om pasienten faktisk er interessert i å snakke om det, og har et ønske om å få veiledning, informasjon eller konkrete råd blir vesentlig. En kan ikke snakke med pasienten om noe den selv ikke vil eller har interesse for å snakke om. Videre bør det kartlegges hvordan denne kommunikasjonen skal foregå. Det kan gjennomføres både muntlig og skriftlig, alene eller med partner og i grupper. Dette handler om pasientens behov og om hva pasienten er komfortabel med. Tidligere forskning viser at noen pasienter synes det kan være lettere å ha med seg partner i en muntlig samtale med sykepleier. Andre kan være mer komfortabel med å ta det skriftlig, i form av for eksempel et informasjonsskriv (Albers *et al.*, 2019).

Noen barrierer til kommunikasjon om seksuell helse er blant annet liten tid hos helsepersonell og mangel på kunnskap. Ved sykdom er seksualitet et grunnleggende behov som blir nedprioritert, og ikke sett på som like viktig som den medisinske behandlingen (Pedersen, 2016). Det har også en del å si hvilken livsfase pasienten er i (Helland, 2016). Yngre pasienter kan være i en fase der de begynner å bli kjent med egen kropp og seksualitet. Mange unge har heller ikke debutert seksuelt, noe som kan gjøre det enda vanskeligere å snakke om temaet. Likevel er det viktig å huske på at det mest sannsynlig er noe disse pasientene også tenker en del på, selv om de synes det er vanskelig å snakke om og uttrykke problemene og tankene rundt det. Selv om voksne personer over 18 år og eldre kan ha mer erfaring, har stigmaet rundt temaet seksualitet vært større for de eldre generasjonene enn det er i dag. Med eldre pasienter mener vi pasienter over 65 år. Livssituasjon og sivilstatus kan være avgjørende for hvor vanskelig samtaler rundt seksualitet kan være. Dersom en er i et langvarig forhold vil en ofte kjenne sin partner godt, og kan være svært trygge på hverandre i motsetning til noen i et nyetablert forhold. Å tilpasse seg og legge til rette for hver enkelt pasient sine behov og grenser er avgjørende for god kommunikasjon og for å gi pasientene tillit til oss som helsepersonell. Tillit er grunnleggende for at pasientene skal føle seg trygge nok til å prate om sårbare tema, som blant annet seksualitet kan være (Helland, 2016).

Den seksuelle helsen hos en pasient som har blitt diagnostisert med brystkreft vil endres, og dette kan påvirke deres intime forhold til partner. Selv om pasienten alltid kommer først, kan det å inkludere partner i samtaler som en del av behandlingen være svært viktig. Regjeringen har utarbeidet en nasjonal strategi for seksuell helse, "Snakk om det!", som ble publisert i

2016. Det nevnes også at partner bør få råd, veiledning og oppfølging, på lik linje med pasienten for å ivareta forholdet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

### 2.3 PLISSIT-modellen

Mange sykepleiere opplever det som vanskelig å prate om seksualitet. PLISSIT-modellen kan brukes som et hjelpemiddel til å bedre pasientens seksuelle helse. Modellen kan brukes som en måte å kommunisere på, til kartlegging av eventuelle seksuelle utfordringer og tilrettelegging av personlige utfordringer. Slik kan alle få muligheten til å ha et seksualliv. Ved å kartlegge dette vil det komme frem hva slags ansvar og virksomhet ansatte har og hvilken kompetanse som eventuelt er nødvendig (Nasjonal kompetansemiljø om utviklingshemming, 2021).

Det første nivået i PLISSIT-modellen er "Permission", som betyr tillatelse. Det omhandler at sykepleiere gir pasientene tillatelse til å prate om temaet. Seksuell helse kan være vanskelig å ta opp for pasienten, og det er derfor viktig at helsepersonell gir pasienten tydelige signaler om at seksualitet kan prates om og er et naturlig samtaleemne i behandling. Trinn to er "Limited Information", altså begrenset informasjon. Her gis det konkret og avgrenset informasjon om temaet til pasienten. Generelle spørsmål angående seksualitet skal belyses. Dette trinnet er avhengig av at helsepersonellet har kunnskap om seksuell helse og eventuelle konsekvenser av behandling (Norsk Sykepleierforbund, 2021). Med hjemmel i lov har pasienten rett til informasjon som gir innsikt i egen helsetilstand, dermed mulige risikoer og bivirkninger ved behandling (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). De to siste trinnene blir mer individuelle og spesifikke. "Specific suggestions", altså konkrete råd, må en være kvalifisert for å kunne gi til pasienten. Et eksempel på råd her kan være om hvilke hjelpemidler som kan brukes og opplæring på disse. Det siste trinnet i PLISSIT-modellen er "Intensiv Therapy" som er intensiv behandling, hvor en må utforme en individuelt tilpasset plan for personen som krever medisinsk behandling og psykoterapi (Nasjonal kompetansemiljø om utviklingshemming, 2021). Med hjemmel i lov om helsepersonell kapittel 2 §4 skal helsepersonell samarbeide med annet kvalifisert personell der de selv mangler kvalifikasjoner eller kunnskap. Dette skal de gjøre ved å henvise, bistå med henvisning videre eller innhente bistand der det er nødvendig (Helsepersonelloven, 1999).

Dette blir relevant for PLISSIT-modellen, da de to siste nivåene på tabellen omhandler samarbeid mellom helsepersonell og helsepersonell med spesifikk kompetanse (Nasjonal kompetansemiljø om utviklingshemming, 2021).

## 2.4 Joyce Travelbees teori

Joyce Travelbee var en psykiatrisk sykepleier født i 1926 som var opptatt av de mellommenneskelige forholdene i sykepleien, og hvordan en kunne finne en slags mening i sykdom og lidelse.

Travelbees definisjon av sykepleie:

*“Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktiker hjelper et individ, en familie, eller et samfunn i å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og, om nødvendig, å finne mening i disse erfaringene”* (Kirkevold, 1998, s. 113).

Denne teorien fokuserer på de mellommenneskelige forholdene i sykepleien, og dens hensikt i følge Travelbee er å hjelpe pasienten til å mestre sykdom og lidelse og å finne mening i erfaringene det medbringer. For å kunne oppfylle denne hensikten er god kommunikasjon en forutsetning. Kommunikasjon gjør også sykepleiere i stand til å etablere et menneske-til-menneske-forhold med pasientene ved å bli kjent med pasienten og dens behov. Travelbee mente det var viktig å se på interaksjonen mellom pasient og sykepleier, og være observant på hvilke konsekvenser dette kan ha for pasienten. Hennes teori tar sterkt utgangspunkt i at ethvert individ er ulikt, men at en tar del i erfaringer som er felles, som blant annet sykdom og lidelse. I følge Travelbee er det ikke diagnosen eller en objektiv vurdering som bør være hovedfokus, men heller pasientens opplevelse av sykdom eller lidelse. Å finne mening i erfaringene som sykdom fører med seg kommer frem i Travelbees teori (Kirkevold, 1998).



## 3 Metode

Metode kan defineres som et verktøy som brukes når en skal gå frem for å hente nytt materiale eller etterprøve tidligere forskning. For å velge metode må en finne ut målet med studien, og hvordan en vil oppnå målet. En velger en vei for å nå dette målet eller få svar på et bestemt spørsmål, og dette er da metoden (Dalland, 2017).

Vi skal skrive en systematisk litteraturstudie, som innebærer at vi skal samle inn relevant litteratur, som for eksempel forskningsstudier, organisasjoner og bøker. Deretter analysere og veie de opp mot hverandre i en drøfting. Oppgaven skal ha IMRaD-struktur som vil si at oppgaven har en innledning, metodedel, resultatdel og diskusjon med konklusjon til slutt (Thidemann, 2019).

### 3.1 Søkestrategi og databaser

Vi har gjennomført systematiske søk i anbefalte databaser fra NTNU. Databasene vi benyttet var Cinahl og Ovid Medline. Disse hadde vi tilgang til gjennom NTNU. Vi startet søkeprosessen med å grovsøke i databaser for å få en oversikt over det som allerede finnes av forskning på området. For å velge hovedpunktene i problemstillingen benyttet vi PICO-skjema (Se tabell 1.). Dette er et verktøy som kan benyttes for å få struktur i søkeprosessen, og for å hjelpe til når en med kritiske øyne skal velge ut fagstoff og artikler (Folkehelseinstituttet, 2016).

Vi brukte emneord som “nurse”, “sexual health” og “breast neoplasm”. Etter hvert som vi fikk litt oversikt over hvilke deler av temaet vi ville se mer på, og hvilke tema og søkeord som gikk igjen i forskningen vi fant i grovsøket, spisset vi søket og benyttet kombinasjoner av nøkkelord og emneord med “OR” eller “AND” (se tabell 2.). I starten fikk vi mange hundre eller tusener av treff på søk med få nøkkelord eller ett emneord. Etter hvert som vi kombinerte søkeord, og benyttet “OR” og “AND” klarte vi å spisse søkene ned til akkurat de temaene vi var interessert i å finne forskning på. Vi fant også noen av de samme artiklene, selv om vi satt hver for oss og søkte i hver vår database. Dette så vi på som positivt.

Tabell 1: PICO-skjema for å gjøre problemstillingen tydelig og presis

<b>P</b> Population/problem	<b>I</b> Intervention	<b>CO</b> Context
Hvem ønsker vi å få vite noe om? (pasientgruppe, diagnose og problem)	Hvilken aktivitet, erfaring, opplevelse eller prosess dreier det seg om?	Hvilken context eller setting dreier det seg om?
Kvinner med brystkreft og deres seksualitet	Kommunikasjon mellom sykepleier og pasient	Kunnskap hos sykepleier om kommunikasjon med brystkreftpasienter rundt seksuell helse

Tabell 2: Kombinasjoner av søkeord i databaser, antall treff, eventuelle avgrensninger og dato for søk i søkeprosessen.

<b>Database</b>	<b>Søkeord</b>	<b>Kombinasjoner</b>	<b>Avgrensninger</b>	<b>Antall treff</b>	<b>Dato for søk</b>
Medline	1. "Sexual health" 2. "Breast cancer" 3. "Communication" 4. "Survivors" 5. "primary care" 6. "nurse"	1 and 2 and 3  1 and 2 and 4	Ingen pga. få resultater	30  65	13.04.21 (Reese, J. B., 2019)  13.04.21 (Soldera, S.V. et al., 2018)

		1 and 5 and 6		40	13.04.21 (Gott, M. <i>et al.</i> , 2004)
Cinahl	1. "Breast neoplasms"	1 and 2	Full text, årstall 2015+, engelsk språk	95	13.04.21 (Reese, J.B. <i>et al.</i> , 2017)
	2. "Sexuality"				
	3. "Nurse"				
	4. "PLISSIT model"	4 and 5	Ingen, pga få treff	24	22.03.21 (Esmkhani, M. <i>et al.</i> , 2015)
5. "Sexual health"					
6. "Breast cancer" OR "breast neoplasms"					
7. "Communication"	5 and 6 and 7		Ingen, pga få treff	29	13.04.21 (Reese, J.B <i>et al.</i> , 2019)
8. "Body image" OR "self-esteem" OR "body image dissatisfaction"	6 and 8 and 2		Artikler fra 2015-2020 grunnet mange treff.	71	15.04.21 (Boquiren, V.M <i>et al.</i> , 2015)

### 3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Når det gjelder inklusjons- og eksklusjonskriterier var vår opprinnelige plan å benytte oss av nyere forskning, men grunnet få treff måtte vi fjerne det som et inklusjonskriterie. Andre inklusjonskriterier for søkeprosessen etter litteratur er:

- Skal omhandle kvinner som har gjennomgått brystkreft og deres seksuelle helse
- Kommunikasjon rundt seksuell helse mellom kvinnelige pasienter og helsepersonell
- Skal også omhandle sykepleieperspektivet
- De skal være engelskspråklige
- Være fagfelleverderte

Et eksempel på eksklusjon er at fant vi en artikkel om et verktøy (SABIS) som viste seg å ikke være brukt verken før eller siden, og grunnet dette valgte vi å ekskludere artikkelen fra studien vår. Derimot fant vi en artikkel om et kommunikasjonsverktøy (PLISSIT) som i større grad har blitt brukt når det omhandler kommunikasjon om seksuell helse. Vi vurderte at dette var mer relevant for problemstillingen som gjorde at vi valgte å inkludere denne.

### 3.3 Kildekritikk

Kildekritikk innebærer å være kritisk, vurdere og begrunne litteraturen vi har funnet ved litteratursøking i databaser. Målet er å finne litteratur som belyser vår problemstilling (Dalland, 2017). Vi ønsket å finne vitenskapelige artikler som omhandlet kvinnelige brystteftpasienters seksualitet, og kommunikasjonen mellom helsepersonell og kvinnelige brystkreftpasienter rundt temaet seksualitet.

Forskningen vi fant tar for seg barrierer til kommunikasjon om seksuell helse, tiltak til bedre kommunikasjon og hvordan kreftbehandling påvirker kvinnes kroppsbilde. Artikkene har både sykepleieperspektivet og pasientperspektivet, fordi vi mener det er viktig å se på begge opplevelse av samtalesituasjonen. Vi mener disse artikkene er relevante i oppgaven vår og hjelper oss å svare på problemstillingen vi har utarbeidet oss.

De utvalgte artiklene er publisert i vitenskapelige tidsskrifter og er relativt nye studier. En av de utvalgte artiklene er fra 2004, og de resterende fra 2015-2021. Studiene er hentet fra Europa, Amerika og Asia. Dette viser at uansett hvor en befinner seg er samtaleemnet om seksualitet like vanskelig, og at kvinner over hele verden kan påvirkes på lik måte av kreftbehandling.

Artiklene vi har valgt å ta med i denne oppgaven er både kvalitative og kvantitative. De fleste artiklene vi har valgt ut er kvalitative. De kvalitative studiene er fleksible og gir rom til pasientene å svare åpent på spørsmål, slik at studien fanger opp pasientens egen mening og opplevelse (Dalland, 2017). IMRaD-struktur er også noe alle artiklene har. Selv om en god vitenskapelig artikkel ikke nødvendigvis har IMRaD-struktur, synes vi at artikkelen er lettere å lese da den blir mer ryddig og strukturert. Artiklene vi har brukt er engelskspråklige, da de fleste relevante artiklene vi fant var skrevet på engelsk. Forskjellen mellom fagartikler og forskningsartikler ble viktig å være observant rundt, noe vi har erfart kan være litt utfordrende, men alle inkluderte artikler er fagfelleverdert.

### **3.4 Etiske overveielser**

Det er viktig at egne meninger ikke kommer i veien for innhenting av litteratur, og det å ha et åpent sinn blir viktig. Kvinnene som deltar i studiene skal være anonymisert og skal samtykke til å være en del av studien. Vi respekterer forfatterne av de brukte litteraturkildene ved å henvise til de på riktig måte, dette etter NTNU sine retningslinjer ved å bruke referansestilen "Harvard".

## 4 Resultat

I denne delen skal vi presentere funn fra analyser av de seks valgte artiklene. Dette har vi valgt å gjøre i tabellform da vi opplever dette som oversiktlig.

### 4.1 “Opening a can of worms”: GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care

Referanse	Gott, M. <i>et al.</i> (2004) “Opening a can of worms”: GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care, <i>Family Practice</i> , 21(5), s. 528-536. DOI: <a href="https://doi.org/10.1093/fampra/cmh509">10.1093/fampra/cmh509</a>
Hensikt	Denne studien belyser temaet kommunikasjon mellom helsepersonell (fastleger og sykepleiere) og pasient om seksuell helse. Det undersøkes hva helsepersonell mener utgjør de største barrierene for å initiere til kommunikasjon med pasientene om seksuell helse, og hvordan de mener dette kan forbedres.
Metode	I studien fra England var det inkludert fastleger (n=22) og sykepleiere (n=35). Måten de utførte studien på var ved semi-strukturert intervju, som vil si at spørsmålene som stilles er åpne og har rom for diskusjon. Intervjuene ble spilt inn med tillatelse av pasientene og tatt notater av i etterkant. Lengden på intervjuene var 45-90 minutter og ble utført der deltakerne jobbet. Fastlegene som var inkludert jobbet i klinikker som enten var for ett kjønn eller blandet kjønn. De følte det var viktig å også inkludere forskjellig kjønn mellom fastlege og pasient i studien, da dette kan påvirke kommunikasjonen rundt seksuell helse.
Diskusjon/resultat	Studien viste at det var forskjeller i holdninger blant fastleger og sykepleiere. Sykepleierne så på seksuell helse som en del av sykepleien, mens mange fastleger var kritiske til om mange av de seksuelle problemene i det hele tatt var medisinske problemer. Seksuell helse viste seg å bli underprioritert, og fokuset lå heller på å forebygge seksuelt overførbare sykdommer, prevensjonsråd og

	<p>celleprøver. Utredning av seksuell dysfunksjon blir underprioritert. Til tross for at det er allmennkunnskap at seksuell helse er en stor del av menneskers liv, blir det ikke prioritert på grunn av mangel på ressurser og tid, sammen med det faktum at det er et vanskelig og tabubelagt tema. Det må brukes mer ressurser på dette temaet, og sykepleierne må bli mer involvert. Likevel ser en at sykepleiernes manglende mulighet til å forskrive medikamenter, henvise videre eller mangel på tid kan skape utfordringer. Et godt samarbeid mellom lege og sykepleier er derfor nødvendig.</p>
Kommentar/relevans	<p>Denne artikkelen setter søkelys på sykepleieren og dens holdninger til temaet seksuell helse i forhold til fastlegers holdninger. Studien er relevant fordi det belyser flere perspektiver når det kommer til utfordringer ved, og årsakene til at seksuell helse blir underprioritert i helsevesenet.</p>

#### 4.2 “Sexual health in long-term breast cancer survivors”

Referanse	<p>Soldera, S.V. <i>et al.</i> (2018) Sexual health in long-term breast cancer survivors, <i>Breast Cancer Research and Treatment</i>, 172, s. 159–166 DOI: <a href="https://doi.org/10.1007/s10549-018-4894-8">10.1007/s10549-018-4894-8</a></p>
Hensikt	<p>Hensikten med denne studien er å sammenligne seksuell funksjon hos langtids brystkreftoverlevende for å finne effekten av komplimenterende (tilleggs-) terapi på seksuell helse.</p>
Metode	<p>Studien fra Canada består av data fra 1989-1996 fra kvinner, under 75 år, nylig diagnostisert med invasiv cancer mammae (T1-3, N0-1, M0) som ble fulgt over mange år. Fra 2005-2007 ble de overlevende igjen kontaktet. N=284 gjennomførte spørreundersøkelsen. Kontrollgruppen med n=159 bestod av pasienter gjennomgått screening, men uten familie- eller sykdomshistorikk med cancer mammae. Spørreskjemaet som ble benyttet var “Sexual Activity</p>

	Questionnaire" (SAQ), og inneholdt spørsmål om blant annet seksuell funksjon, nytelse, ubehag og seksuelle vaner. Disse svarene ble analysert med t-tester og kjikvadrattester, med høyde for alder og nivå av menopause.
Diskusjon/resultat	Resultatene viste redusert seksuell aktivitet med økende alder, både for brystkreftpasientene og for kontrollgruppen. Komplimenterende terapi ga hyppigere gynekologiske symptomer et tiår etter endt brystkreftbehandling for de pasientene som forble pre- eller perimenopause. Brystkreftpasienter bør derfor få rådgivning om seksuell helse og gynekologiske symptomer med rutinemessige medisinske besøk, spesielt de som forblir pre/perimenopausale ved langvarig oppfølging. Fokus på å forbedre urogynekologisk helse kan forbedre seksuell helse og livskvalitet.
Kommentar/relevans	Den viser at det er viktig å følge opp pasientene, i forhold til seksuell helse, også etter endt behandling da de selv etter et tiår. Disse resultatene underbygger det vi antok var et problem i helsevesenet når det kommer til prevalens for seksuelle problemer etter endt kreftbehandling.

### 4.3 Patient-clinician communication about sexual health in breast cancer: A mixed-methods analysis of clinic dialogue

Referanse	Reese, J.B. <i>et al.</i> (2019) Patient-clinician communication about sexual health in breast cancer: A mixed-methods analysis of clinic dialogue, <i>Patient Education and Counseling</i> , 102(3), s. 436-442. DOI: <a href="https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.10.003">10.1016/j.pec.2018.10.003</a>
Hensikt	Hensikten er å finne ut hvor ofte og hva som blir kommunisert rundt seksuell helse mellom brystkreftpasienter og helsepersonell.
Metode	I denne studien fra USA ble det tatt opptak av samtalene mellom helsepersonell og n=67 pasienter på et kreftsentor. Pasientene var



	<p>kvinner med brystkreft. Dersom de ikke hadde gode nok ferdigheter i å prate engelsk eller at det var tydelige bekymringer angående deres psykiske og kognitive helse, var de ikke kvalifisert til å være med i studien. Informasjonen fra samtalene ble analysert ved hjelp av kjikvadrattest.</p>
Diskusjon/resultat	<p>Av n=67 pasienter rapporterte <math>\frac{1}{3}</math> (n=22) av kvinnene om seksuell dysfunksjon i en eller annen form. Av disse kvinnene var det 45% (n=10) som opplevde noen form for kommunikasjon rundt disse problemene. Av alle pasientene var det 40% (n=27) som opplevde noen form for kommunikasjon rundt seksuell helse i løpet av samtalene med helsepersonell. 70% av de tilfellene der seksuell helse ble et tema i samtale var det helsepersonell som tok initiativ. De vanligste temaene innen seksuell helse som ble tatt opp var seksuell inaktivitet, kroppsbilde, vaginal tørrhet og sikkerhet rundt seksuell aktivitet.</p> <p>Kommunikasjon rundt seksuell helse var sjelden, selv for kvinner som faktisk rapporterte om problemer med seksuell funksjon, og det ble nesten alltid initiert av helsepersonell. Dette viser at helsepersonell får et ansvar når det kommer til å ta opp temaet, dersom det ikke blir snakket om, til tross for et tydelig behov.</p>
Kommentar/relevans	<p>Artikkelen er relevant fordi den viser hvor sjeldent pasientene selv tar opp problemer rundt seksuell helse til tross for at de har et behov. Studien viser at vi som sykepleiere må ta mer initiativ til å kommunisere med pasientene om temaet seksuell helse for å ivareta deres behov, hvis ikke blir dette et behov som ikke ivaretas.</p>

#### 4.4 Effective patient-provider communication about sexual concerns in breast cancer: a qualitative study

Referanse	Reese, J.B. <i>et al.</i> (2017) Effective patient-provider communication about sexual concerns in breast cancer: a qualitative study, <i>Support Care Cancer</i> , 25, s. 3199-3207. DOI: 10.1007/s00520-017-3729-1
Hensikt	Hensikten med denne studien var å kartlegge årsaker til dårlig kommunikasjon om seksuelle bekymringer mellom brystkreftpasienter og helsepersonell, for å deretter kunne komme med forslag til tiltak for å forbedre dette.
Metode	I denne studien fra USA ble pasientdata samlet inn fra fokusgrupper og intervjuer med n=28 pasienter, både med og uten seksualpartner, diagnostisert med brystkreft. Data fra n=11 behandlere/helsepersonell ble samlet inn gjennom intervju av brystkreftonkologer og sykepleiere. Pasientdata og behandlerdata ble analysert separat gjennom metoderammene for kvalitative studier.
Diskusjon/resultat	Resultatene fra studien viste til at det var både individuelle barrierer og barrierer knyttet til selve helsevesenet som begrenset god kommunikasjon om seksuelle bekymringer. Disse barrierene var blant annet mangel på kunnskap og at temaet er ukomfortabelt å snakke om. Dersom ikke pasientene selv tok initiativ til samtale rundt sin seksuelle helse, nevnte heller ikke helsepersonell dette. Helsepersonell opplevde at det var tidsbegrensninger som også gjorde det vanskelig å ta opp seksuell helse i samtaler med pasienter, da det allerede var andre ting som skulle tas opp. Studien konkluderte med at det er nødvendig med kunnskap både for å aktivere pasient i samtale, men også for å hjelpe behandler på veien for å oppnå god kommunikasjon rundt seksuelle bekymringer. Det trengs også en endring i selve systemet for å ufarliggjøre temaet, da det er noe tabubelagt.

Kommentar/relevans	Omhandler kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell omkring seksuelle bekymringer hos brystkreftpasienter. Resultatet forteller oss hva som forårsaker at kommunikasjon rundt seksuell helse er underprioritert, eller er vanskelig for både pasienter og helsepersonell. Her får vi både pasient- og sykepleieperspektiv.
--------------------	---

#### 4.5 Sexual functioning in breast cancer survivors experiencing body image disturbance

Referanse	Boquiren, V.M. <i>et al.</i> (2015) Sexual functioning in breast cancer survivors experiencing body image disturbance, <i>Psycho-Oncology</i> , 25(1), s. 66-76. DOI: <a href="https://doi.org/10.1002/pon.3819">10.1002/pon.3819</a>
Hensikt	Denne studien undersøker pasienter som har gjennomgått kurativ behandling for brystkreft, og hvordan denne behandlingen har påvirket deres kroppsbilde som igjen påvirker seksuell helse.
Metode	<p>N=127 pasienter deltok i den kanadiske studien og inklusjonskriteriene var blant annet at de har gjennomgått kurativ behandling for cancer mammae, har hatt primær invasiv karsinom i brystene (grad I, II og III) uten spredning, er over 18 år, gjennomgått kjemoterapi og radioterapi og etter endt behandling har opplevd at det har påvirket deres kroppssyn. Dataene er analysert ved hjelp av deskriptiv statistikk, som vil si bruk av kvantitative metoder.</p> <p>Alle kvinnene som deltok måtte svare på et spørreskjema. Spørreskjemaene ble sendt til kvinnene slik at de kunne fylle ut og sende inn igjen via e-post. Dette gjorde de helt i starten, etter åtte uker, seks måneder og ett år etter oppstart av studien. Det ble brukt The Body Image Scale (BIS) og The Body Image after Breast Cancer Questionnaire (BIBCQ).</p>

Diskusjon/resultat	Deltakerne i studien hadde dårligere seksuell funksjon sammenlignet med andre kreftpasienter og friske kvinner. Studien konkluderte med at den seksuelle funksjonen virket å være nedsatt hos brystkreftpasienter som opplever dårlig selvbilde etter kreftbehandling. Studien viste at dersom pasienten er mer opptatt av hvordan kroppen hennes fremstår for partneren, vil hun være mindre til stede kognitivt og emosjonelt under samleie.
Kommentar/relevans	Kroppsbilde er et av de punktene vi vil diskutere i vår litteraturstudie. Denne artikkelen er relevant for vår problemstilling fordi den belyser problemene som forårsakes av nedsatt kroppsbilde og selvfølelse etter endt brystkreftbehandling. Den sier noe om viktigheten av å opprettholde et godt kroppsbilde postoperativt, og hva som skal til for å redusere eller forebygge helt at pasientenes kroppsbilde blir påvirket. Resultatene underbygger hvordan nedsatt kroppsbilde har påvirkning på den seksuelle helsen til pasientene.

#### 4.6 Comparison of the Effects of the PLISSIT Model Versus the Sexual Health Model on Quality of Life Among Women with Breast Cancer

Referanse	Esmkhani, M. <i>et al.</i> (2021). Comparison of the Effects of the PLISSIT Model Versus the Sexual Health Model on Quality of Life Among Women with Breast Cancer, <i>Sexuality and Disability</i> , 39, s. 85-96. DOI: 10.1007/s11195-020-09661-0
Hensikt	Hensikten er å se hvilken effekt PLISSIT-modellen har som individuell terapi sammenlignet med «Sexual health model» (SHM).
Metode	Iransk kontrollstudie, der to kommunikasjonsmodeller er sammenlignet ved hjelp av spørreundersøkelse blant pasienter. Pasientgruppen bestod av kvinner med cancer mammae (n=75), fordelt på tre grupper. Av disse var det 10 kvinner som ikke kunne

	<p>delta på grunn av cellegift eller avstand. Én gruppe fikk individuell terapi, én fikk gruppeterapi og én kontrollgruppe fikk behandling etter gjeldende rutiner. Kontrollgruppen fikk dermed ikke behandling basert på kommunikasjonsmodeller. Data ble samlet inn ved oppstart av studien, etter seks og tolv uker. Data ble analysert ved hjelp av analysene ANOVA, Kruskal-Walli og Friedman-test.</p>
Diskusjon/resultat	<p>Studien viser at PLISSIT-modellen og SHM modellen har god effekt på kvinnes seksuelle helse, men det var ikke påvist at den ene modellen var signifikant bedre enn den andre. Resultatene viser at flere terapitimer, inkludering av partner og psykologisk rådgivning sammen med seksuell rådgivning kan forbedre resultatene. Kroppsbildet hadde forbedret seg i løpet av seks til tolv uker, men dette var kun signifikant for gruppen som mottok PLISSIT-behandling.</p> <p>Resultatene viste ingen signifikant forskjell på alder, partners alder eller demografiske variabler. Ved oppstart av studien viste undersøkelsene at alle tre gruppene var på sitt laveste med tanke på seksuell nytelse og forventet levealder. Etter seks uker hadde gruppene det laveste gjennomsnittet for livskvalitet. Dette var relatert til kroppsbilde. Variansanalysene (ANOVA og Kruskal-Wallis-testene) viste ingen signifikant forskjell. Begge modellene hadde effekt.</p>
Kommentar/relevans	<p>Denne artikkelen belyser to metoder for å hjelpe brystkreftpasienter tilbake til et godt seksualliv, og dermed også god livskvalitet. Dette er relevant for vår oppgave, da vi ønsker å se på hvordan sykepleieren kan hjelpe disse pasientene. PLISSIT-modellen er den modellen vi er mest kjent med fra før, og det er relevant for oss å lese forskning som viser at den fungerer i praksis.</p>

## 5 Drøfting

I denne delen av oppgaven skal vi ta for oss problemstillingen vår «*Hvordan kan sykepleier tilrettelegge for god kommunikasjon rundt seksuell helse hos kvinnelige pasienter etter endt kurativ behandling for cancer mammae?*» og diskutere den opp mot forskning og teori. Vi skal se på faktorer som forårsaker dårlig seksuell helse hos brystkreftpasienter, og hvordan sykepleier kan bidra til å forebygge dette. Vi vil deretter drøfte ulike løsninger og verktøy for å bedre sykepleiers kommunikasjon om seksuell helse og dårlig kroppsbilde, som igjen kan påvirke pasientenes seksuelle helse. Avslutningsvis skal vi drøfte styrker og svakheter ved metoden vi benyttet, før vi kommer med forslag til fremtidig forskning og tiltak.

### 5.1 Drøfting av resultater

#### 5.1.1 Seksuell helse

Seksualitet og seksuell helse har gjennom historien vært mest tilegnet menn, i den forstand at en både i lovgivning og i psykiatrien ikke har gitt kvinnen en seksualitet. Dette var maskulint ladet, da kvinner kun hadde en seksualitet gjennom mannen. Sigmund Freud skrev blant annet at kvinner som hadde en seksualitet var “maskulint infantilt perverse” (Vildalen, 2014). I dag har vi heldigvis ikke den samme oppfatningen, men en finner fortsatt spor av den eldre tankegangen. Et eksempel er i psykiatrien, der seksuelle tenningsmønstre ligger under psykiske lidelser i to av de store diagnosesystemene (Vildalen, 2014; Reed *et al.*, 2016). Seksuell helse er noe som fortsatt kan være utfordrende å snakke om for mange, både for pasienter eller sykepleiere. Dette påvirker menneskers evne til å selvstendig tenke sine egne tanker og føle på egne følelser (Vildalen, 2014). Det blir et slags tabu, og det er dette tabuet vi som sykepleiere ønsker å redusere, eller aller helst fjerne.

En amerikansk studie analyserte møter mellom helsepersonell og pasienter. De så på hvor mange pasienter som rapporterte om seksuell dysfunksjon, og hvor mange av disse som opplevde noen form for kommunikasjon rundt deres seksuelle helse. Som beskrevet i kapittel 4.3 ser vi at av  $n=67$  pasienter, rapporterte  $n=22$  av kvinnene om seksuell dysfunksjon i en

eller annen form. 45% av disse kvinnene opplevde en form for kommunikasjon rundt disse problemene. I 70% av tilfellene der seksuell helse ble et tema i samtale, var det helsepersonell som tok initiativ (Reese *et al.*, 2019).

### **5.1.2 Faktorer som kan gi dårlig seksuell helse**

Hva et menneske trenger for å kunne ivareta sin seksuelle helse varierer. Det finnes mange seksualiteter, og dette kan oppleves ulikt fra person til person. På bakgrunn av dette finnes det ingen konkret fasit til hvordan en skal ivareta menneskes seksuelle helse. Selve handlingen å ha samleie er en del av det, mens hvor ofte vi trenger det eller hvordan vi vil ha samleie er andre faktorer. Noen har en høy sexlyst, altså behov for seksuell nytelse jevnlig, mens andre kan ha lav eller så godt som ingen lyst på eller behov for seksuell nytelse. Det er vanlig at lyst og behov forandrer seg gjennom livet (Helland, 2016). Dette er viktig å ta hensyn til når en som sykepleier skal samtale og veilede pasienter rundt seksuell helse. Ingen er like. Den seksuelle lysten og de ulike seksuelle lystene kan endre seg også, avhengig av alder, livssituasjon og bare det at vi som mennesker utvikler oss (Helland, 2016).

Brystkreft kan være et eksempel på en forandring i livssituasjon som kan ha stor innvirkning på seksuell helse. Brystkreft som ender i mastektomi, altså der en fjerner ett eller begge bryster (Schlichting, 2018), kan som nevnt i kapittel 4.5 forårsake endringer i både kroppsbilde og fysisk seksuell funksjon (Boquiren, 2015). En senkomplikasjon som ofte oppstår ved kreftbehandling er utmattelse. Utmattelse kan påvirke lysten til seksuell aktivitet ved at de blir så trette at de ikke har krefter igjen til partneren sin. Disse kvinnene kan føle at de ikke strekker til som partner. Andre gynekologiske symptomer som smerter og tørre slimhinner, samt depresjon, kan som nevnt i kapittel 4.2 og 4.5 også være med å påvirke lysten til seksuell aktivitet (Soldera, 2018; Boquiren, 2015). Symptomene som kan oppstå etter kreftbehandling kan bli behandlet med legemidler, og disse kan igjen påvirke den seksuelle helsen. Tørre slimhinner kan da være en bivirkning av et legemiddel. Enkelte legemidler kan også redusere kvinnens evne til å bli seksuelt opphisset og evnen til å få orgasme. En annen faktor er, som nevnt over, hvordan kroppsbildet til en kvinne som gjennomgår mastektomi påvirkes av dette. Slik kirurgi kan ha innvirkning på selvtilliten og selvbildet til kvinnen og kan dermed påvirke den seksuelle helsen. Lymfødeme kan også ha

negativ innvirkning på kroppsbildet til disse pasientene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

### **5.1.3 Brystkreft hos kvinnelige pasienter**

En kanadisk studie sammenlignet, som beskrevet i kapittel 4.2, seksuelle problemer blant langtidsoverlevende pasienter som har gjennomgått kurativ behandling mot cancer mammae og pasienter som har vært friske (en kontrollgruppe). Dette for å undersøke om brystkreftpasienter etter lang tid har en høyere andel av seksuelle problemer enn den friske kontrollgruppen. Studien viste at brystkreftpasientene oftere har gynekologiske og urologiske problemer som påvirker seksuallivet. Problemer med blærekontroll og vaginal tørrhet var mest vanlig, og dette er ting som kan påvirke seksuallivet betraktelig (Soldera, 2018). Her blir hvem som kan hjelpe disse pasientene, og hvordan denne hjelpen skal settes i gang, et tema. Dette viser hvor viktig det er at blant annet sykepleier har kunnskaper om mer enn bare de mest uttalte og synlige utfordringene. Seksuelle problemer er, for andre enn pasienten selv, mindre synlig enn bivirkninger som for eksempel hårtap. Temaet må kommuniseres om for at helsepersonell skal kunne hjelpe.

Brystkreft er den kreftformen som er mest vanlig hos kvinner. Ifølge kreftregisteret er akkumulert risiko for å utvikle brystkreft som kvinne satt til 8,9%. Menn kan også utvikle brystkreft, men dette er mer uvanlig, og er satt til 0,1% (Kreftregisteret, 2021). Disse tallene har økt det siste tiåret. Samtidig som en ser en betydelig økning i prevalens, så øker også overlevelsen blant de som utvikler brystkreft. Dette forårsaker at en har flere pasienter som opplever langtidsbivirkninger. Arbeidet med å kartlegge og bistå disse pasientene med eventuelle bivirkninger lang tid etter endt behandling blir mer og mer viktig. Seksuelle problemer er en av disse bivirkningene.

### **5.1.4 Kroppsbilde**

En studie fra Canada viser, som oppsummert i kapittel 4.5, at de pasientene som bekymrer seg mye over kroppsbilde før gjennomgått kreftbehandling, er de som er mest utsatt for å få problemer etter endt behandling. Disse pasientene bekymrer seg for hvordan de selv kommer til å se på egen kropp, men også om hvordan partnere vil komme til å tenke om dem. Tanker



som “Ser arret stygt ut?”, “Blir hen kåt av meg?” eller generelle tanker om å ikke være bra nok er de mest vanlige (Boquiren, 2015). Disse tankene kan føre til at en ikke klarer å være emosjonelt til stede og nyte seksuelle aktiviteter. De negative tankene tar overhånd, og en klarer ikke konsentrere seg om sex. Enkelte kan også slite med å i det hele tatt ha lyst på sex. Pasientenes seksuelle funksjon blir da ikke like gunstig som den kunne vært, dersom de klarte å legge vekk de negative tankene (Vildalen, 2014).

Det å føle seg komfortabel i egen kropp kan være vanskelig, selv for friske mennesker. Kroppsbilde utgjør et menneskes syn på egen kropp, men også hvordan en tenker at andre ser på kroppen vår (Malt, 2020). Kroppspress, altså det presset en opplever fra resten av samfunnet på hvordan kroppen skal se ut eller hvordan den skal fungere, har stor påvirkning på manges psykiske helse (Vrabel, 2018). Kreftbehandling, da særlig kirurgi som nevnt over, der en fjerner en del av den ytre kroppen kan påvirke kroppsbilde til pasientene signifikant. Dette er det svært viktig at sykepleier har kunnskaper om, og tar initiativ til å snakke med pasientene om. Ikke bare fordi det kan påvirke seksuell helse, men også den generelle psykiske helsen til pasientene.

Pasientene er naturligvis den viktigste delen av det, men pårørende blir også påvirket av kreftbehandlingen deres partnere går gjennom. Pasientenes helse kan også påvirke helsen til eventuelle partnere. Dette er viktig for sykepleier å ikke glemme. En har sett eksempler på at pasientenes partnere føler seg glemt, og at de ikke blir forberedt godt nok på det de har i vente etter endt kreftbehandling. De savner kommunikasjon rundt de underkommuniserte og såkalt mindre viktige temaene som seksuell helse ofte kan føles å være (Vildalen, 2014). Dette kan i verste fall føre til samlivsbrudd eller ulykkelige forhold med dårlig psykisk helse hos alle parter. Stress, redusert livsglede og nedsatt mestringsfølelse kan være konsekvenser av underkommuniserte seksuelle helseplager (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

Som en løsning på problemet med kroppsbilde postoperativt, skal alle pasienter som i dag gjennomgår mastektomi få tilbud om brystrekonstruksjon (Helsedirektoratet, 2021). Det å fysisk få tilbake bryster som ligner de pasienten hadde, kan tenkes å være med å lette den psykiske belastningen postoperativt. Samtidig er det fortsatt en stor omveltning for pasienten, og det å kommunisere rundt det og få lufte sine tanker blir likevel viktig. Vi som sykepleiere må da være der, lytte og støtte der vi kan. Dette gjelder også ovenfor eventuelle partnere til pasienten. De må forberedes, på lik linje som pasienten selv, på hva de har i vente.

Sykepleiers oppgave blir å vise at alle følelser skal kunne føles på, og at alt skal kunne snakkes om. Å normalisere kommunikasjon rundt seksuell helse, seksuelle bekymringer og tanker, kan også gjøre det lettere for pasienten og dens partner å kommunisere sammen. Undervisning og kursing av sykepleiere om kommunikasjon rundt seksualitet og seksuell helse kan tenkes å være nødvendig på lik linje med annen undervisning. Det er mange steder, som nevnt tidligere, begrenset med aktivitet rundt dette i dag.

### 5.1.5 Kommunikasjon

Studie fra USA undersøkte, som oppsummert i kapittel 4.4, grunner til at seksuell helse blir underkommunisert. Det viste at individuelle barrierer som intimgrenser, åpenhet og hva pasienten er vant med å kommunisere om påvirker hvordan de snakker med helsepersonell om seksuell helse. Hos helsepersonell handler barrierene om mangel på kunnskap og dermed vanskeligheter med å ta initiativ til samtaler om seksuell helse (Reese *et al.*, 2017). Med bakgrunn i denne studien ser en at personlighetstrekk kan være med å avgjøre hvordan kommunikasjonen mellom helsepersonell og pasient blir. Grad av åpenhet, hva en selv er vant med å snakke om, er avgjørende for om og i hvor stor grad pasientene ønsker å snakke om dette temaet. Det kan også være avgjørende for helsepersonell, i forhold til hvor komfortable og profesjonelle de er i samtale rundt dette intime temaet. Kommunikasjon er sammensatt, og helsepersonell må ha kunnskap for å kunne kommunisere godt med pasientene på en vellykket måte.

Nyere forskning har, som beskrevet i kapittel 4.1, avdekket at det finnes flere faktorer som påvirker kommunikasjon rundt seksuell helse. En av dem er holdninger blant særlig fastleger og sykepleiere knyttet til dette tema. En studie fra England fant holdninger blant fastleger som viste at seksuell helse ble underprioritert (Gott *et al.*, 2004). Medisinsk behandling som celleprøver, prevensjonsråd og forebygging av seksuelt overførbare sykdommer ble prioritert foran seksuelle problemer. Grunner til dette var blant annet mangel på erfaring og kunnskap blant helsepersonell. Seksualitet er et intimt og tabubelagt tema. Helsepersonell må dermed ha gode kunnskaper om hvordan en skal kommunisere med pasientene. Tid og ressurser ble dermed brukt på andre områder. Sykepleierne fikk i denne studien hovedansvaret for å veilede pasientene til en bedre seksuell helse. Utdanningene de møtte var at de ikke har mulighet til å

henvise videre og ikke kan skrive ut legemidler. Mangel på tid var også et problem i denne studien (Gott *et al.*, 2004).

Dette underbygger også viktigheten av at helsepersonell tar initiativ til å snakke om seksuell helse. Pasientene tar selv ikke opp temaet, til tross for at de opplever problemer. Studien fra USA, presentert i 4.3, viser også at flertallet av brystkreftpasientene opplever problemer knyttet til deres seksuelle helse (Reese *et al.*, 2019). Det er individuelt hva pasientene er komfortable med å snakke om. Helsepersonell er for dem ofte ukjente personer, og det kan dermed være vanskelig å åpne seg om intime temaer.

Heyn viser til forskning som sier at kommunikasjon er noe som må læres og trenes på, i likhet med andre sykepleieferdigheter. Derimot finnes det ingen fasit på god kommunikasjon med pasienter, men det må tilpasses hvert enkelt individ. Det vil derfor ikke nytte å bare lese seg opp på kommunikasjon, men det må øves på. Et eksempel på gode øvingsmetoder på kommunikasjon er rollespill som ofte blir brukt under sykepleierutdanningen. Rollespill gir en muligheten til å øve på realistiske situasjoner, samtidig som en kan stoppe opp for råd og veiledning dersom det skulle oppstå utfordringer (Heyn, 2016).

I helsevesenet er det sykepleierne som tilbringer mest tid med pasientene. Pasienter er ofte i en sårbar situasjon der de kan føle på et tap av kontroll og deres behov for informasjon og støtte er derfor høyt. Dersom informasjonen formidles på en empatisk måte, kan det bidra til å lette på situasjonen for pasienten. Det vil derimot oppstå situasjoner der sykepleiere har liten erfaring fra før av, i tillegg til at enhver pasient er særegen. Dette betyr at det er svært viktig at sykepleiere har gode kommunikasjonsferdigheter og kunnskap om kommunikasjon (Heyn, 2016).

### **5.1.6 Sykepleierens holdninger i møte med pasienten**

I møte med pasienter er det viktig at en som sykepleier opptrer profesjonelt og ikke lar sine egne holdninger og erfaringer påvirke samtalen (Sex og Samfunn, 2021). I følge Travelbee vil sykepleier ofte ved første møte ha stereotypiske forventninger til pasienten. Det er viktig at sykepleier legger slike forventninger til side, og ser pasienten som et særegent menneske. Slik kan en etablere et menneske-til-menneske-forhold for å sikre god kommunikasjon (Kirkevold,

1998). Samtidig er evnen til å vise empati en viktig ferdighet i møte med andre mennesker, da en lettere kan forstå og sette seg inn i andres situasjoner. Det gjelder her å finne en balanse der en opptrer profesjonelt uten å bli for emosjonelt tilknyttet en situasjon. Dersom en blir for tilknyttet kan det gå utover pasienten ved at det påvirker vår evne til å handle profesjonelt, dermed vår evne til å hjelpe pasienten (Sex og Samfunn, 2021; Sneltvedt, 2017)

Pasienten skal alltid bli møtt med respekt, slik at pasienten føler seg trygg og tørr å åpne seg om sin seksuelle helse. I samtalen mellom sykepleier og pasient, er det viktig at pasienten ikke føler seg tvunget til å dele mer enn de selv føler er nødvendig. God kommunikasjon skal skje på pasientens premisser, når hen er mottakelig for det. Det er også viktig at informasjonen som blir formidlet er på et forståelig språk. Sykepleier bør også forsikre seg om at pasienten har mottatt og forstått det som har blitt formidlet.

### **5.1.7 Barrierer til god kommunikasjon mellom sykepleiere og pasienter**

Studien fra England viser en forskjell mellom sykepleiers og fastlegers holdninger til seksuell helse og seksuelle problemer. Fastleger konsentrerer seg som nevnt tidligere om det medisinske, som celleprøver, prevensjon og graviditet, mens sykepleiere også ser de seksuelle problemene som påvirker den seksuelle helsen til pasientene. Sykepleiere har ikke myndighet til å henvise videre, dermed blir samarbeid med lege avgjørende for å få henvist pasienter videre til mer kvalifisert personell som kan hjelpe med eventuelle seksuelle problemer pasienten har (Gott *et al.*, 2004). Samarbeid på tvers av yrkesgrupper er avgjørende for et helhetlig helsevesen (St.meld. 47, 2008-2009). Vi har i teoridelen nevnt kapittel 2 §4 i helsepersonelloven, hvor det står at helsepersonell er pliktig til å samarbeide med annet kvalifisert personell der de selv mangler kvalifikasjoner eller kunnskap. Dette skal de gjøre ved å bistå med henvisning videre eller innhente bistanden der det er nødvendig (Helsepersonelloven, 1999). Som nevnt kan dette by på utfordringer på grunn av holdningsforskjeller på tvers av yrkesgrupper.

Et dårlig samarbeid, eller ulik forståelse av alvorlighetsgrad på problemene kan dermed her føre til at pasientene ikke får den hjelpen de trenger for å opprettholde en god seksuell helse. Som nevnt tidligere mener Travelbee at et menneske-til-menneske-forhold er grunnmuren for god kommunikasjon, og dersom sykepleieren ikke evner å se pasienten som et særegent individ, vil dette kunne skape barrierer for god kommunikasjon (Kirkevold, 1998).

Som nevnt tidligere i oppgaven bør samtaler om seksualitet være bygd på gjensidig tillit og respekt. Det er også viktig å bruke et språk som ikke kan oppleves som krenkende for pasienten. For å ta initiativ til samtale om temaet seksuell helse kan det være fint å åpne med at en del mennesker kan oppleve at sykdom, i dette tilfellet brystkreft, kan påvirke den seksuelle helsen. Sykepleiere kan bekymre seg over å ikke ha nok kunnskap eller kompetanse innenfor emnet til å kunne svare på spørsmål. Ofte kan det være nok å la pasienten uttrykke sin bekymring, for å deretter komme med informasjon om hvordan sykdommen kan påvirke seksuell helse. Dersom sykepleiere i større grad tar utgangspunkt i at sykdom kan påvirke samliv og seksualitet, vil flere pasienter med slike utfordringer kunne bli oppdaget, og gitt muligheten til den oppfølgingen de har behov for. Dette kan også bidra til å normalisere et tema som ellers er noe tabubelagt (Helland, 2016).

### **5.1.8 PLISSIT-modellen**

I en studie fra Iran hvor målet var å evaluere effekten av individuell terapi mot gruppeterapi ved kvinner som har brystkreft, som beskrevet i avsnitt 4.6, blir PLISSIT-modellen brukt ved individuell terapi. Den individuelle rådgivningen ved bruk av PLISSIT-modellen hadde en positiv innvirkning på den seksuelle helsen og livskvalitet til kvinnene i studien og deres partner etter mastektomi. De brukte modellen ved at de begynte ved første nivå som er tillatelse. De ga kvinnene tillatelse til å prate om deres seksuelle helse, deretter ga de kvinnene begrenset med informasjon om seksuelle problemer relatert til brystkreft, relevant behandling og mulige konsekvenser ved behandling. Ut ifra de to første punktene kunne de komme med konkrete og spesifikke forslag slik at de kunne sette i gang den type terapi som hver enkelt kvinne hadde behov for. Resultatet av denne studien var at det var ingen signifikant forskjell mellom modellene som ble brukt i studien, PLISSIT-modellen og Sexual Health Model. Begge hadde god effekt på livskvaliteten til kvinnene i studien. Det er ikke nok studier eller bevis på hvilken av metodene i studien som har best effekt, men det er tydelig at bruk av PLISSIT-modellen har en positiv effekt på kvinners seksuelle helse (Esmkhani, 2021). Det er denne modellen som er mest brukt i helsevesenet i dag, og er mest beskrevet i faglitteratur og forskning.

Denne modellen skal være en veileder for sykepleiere, slik at de blant annet kan stille pasienten konkrete spørsmål. Konkrete spørsmål kan gjøre det lettere for pasienten å få frem sine tanker, hvor det noen ganger kan være vanskelig å ordlegge seg (Sex og Samfunn, 2021; Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Sykepleier bør ha en generell kunnskap om seksualitet, slik at de kan møte pasienter som har behov for å prate om sin seksuelle helse. Sykepleier bør kunne stille spørsmål etter de to nederste nivåene av PLISSIT-modellen, da disse ikke krever spesifikk kompetanse, men generell kompetanse i kommunikasjon og om seksuell helse.

Dersom helsepersonell benytter seg av PLISSIT-modellen, kan det lettere åpne en samtale om seksuell helse, og helsepersonell kan da gi begrenset og tilpasset informasjon til pasienten om eventuelle bivirkninger og konsekvenser av behandling. Dette skal gi pasienten mulighet til å stille spørsmål om deres seksualitet (Sex og Samfunn, 2021). Dersom pasienten har en partner, kan det ha positiv effekt at partner inkluderes i samtalen (Sex og Samfunn, 2021; Heyn, 2016).

PLISSIT-modellen vil være et hjelpemiddel, men dersom sykepleier ikke kan kommunisere om seksuell helse blir det vanskelig å få fullt utbytte av modellen. Sykepleiere har et visst ansvar selv til å snakke om seksualitet, men det bør også være en del av undervisning både i utdanning og på arbeidsplassen. Ved å ta opp seksuell helse i personalmøter, fagdager og konferanser, blir det vanligere å prate om seksuell helse og en blir mer åpen og forståelsesfull for temaet. Det er viktig når vi skal ut i arbeid som sykepleiere at vi reflekterer over egen holdning til seksuell helse. Selv om det er viktig at sykepleier er reflekterende og åpen om tema, må en likevel øve på å kommunisere om seksuell helse dersom dette ikke faller en naturlig (Pedersen, 2016).

## **5.2 Drøfting av benyttet metode**

Vi har vært tre studenter under hele prosessen fra valg av tema til å ferdigstille oppgaven. Dette har både fordeler og ulemper. For å velge ut tema satt vi å "brainstormet" ulike temaer eller situasjoner vi har opplevd i praksis. Flere av oss hadde observert at temaer rundt sex, kropp og seksuell helse ikke i det hele tatt ble nevnt i noen av praksisene vi har vært gjennom. Heller ikke særlig i undervisningssammenheng, og dette synes vi alle tre var interessant. Etter

noen litteratursøk for å få oversikt over om det fantes nok fagstoff på området, bestemte vi oss for å velge dette temaet. Vi utarbeidet deretter en problemstilling, ved hjelp av PICO-skjema som vist i tabell 1. Det å finne et tema som interesserte alle tre var viktig, da det kan bidra til å gjøre det lettere å jobbe med stoffet og samarbeide godt. Grunnen til at vi valgte å snevre temaet ned til kvinner som har gjennomgått kurativ behandling for brystkreft, var fordi vi fikk inntrykk av at denne pasientgruppen har størst grunnlag for å oppleve problemer knyttet til seksuell helse.

For å strukturere arbeidet på en god og riktig måte har vi benyttet oss av boken “Metode og oppgaveskriving” (Dalland, 2017). Denne har hjulpet oss veldig når det kommer til strukturering av oppgaven, og hvilke punkter vi må ha med og ikke i de ulike delene. For å forsikre oss om at vi følger NTNU sine retningslinjer benyttet vi oss av NTNU sine hjemmesider. Dette var en kvalitetssikring for oss selv, da vi ikke hadde skrevet bacheloroppgave for NTNU før og var usikre på hvordan dette gjøres. Det at vi, som vist i tabell 2., gjorde strukturerte litteratursøk ved hjelp av NTNU sine retningslinjer styrker kvaliteten på resultatene. Samtidig er det å bli god på litteratursøk en lang prosess, og vi har forholdsvis lite erfaring, så vi har en vei å gå før vi blir helt trygge på dette. Dette punktet er det vi synes var mest utfordrende, og var det vi brukte mest tid på.

Vi valgte å inkludere både kvalitative og kvantitative studier i våre resultater. Dette fordi de kvantitative studiene viser generelle tall og analyser, mens de kvalitative studiene går mer i dybden og gir oss mer informasjon. Dette mener vi styrker oppgaven. Det var litt tilfeldig at det ble overvekt av kvalitative studier, fordi det var mest denne typen studier som ligger ute om de aktuelle temaene. Men vi ser at dette har vært en fordel, fordi det gir oss større mulighet til å se på bakgrunnen til hvorfor ting er som de er. Det var mange spørreundersøkelser og intervju som ble benyttet, og dermed får en et bredere svar enn i kvantitative studier med rene tall. En får frem holdninger og erfaringer, og dette var avgjørende for å kunne svare på vår problemstilling.

Siden vi ikke har engelsk som morsmål kan dette være en svakhet for oppgaven, da det er fare for at vi har misforstått informasjon i artiklene. Det er derimot en fordel at vi har vært tre studenter som har samarbeidet, fordi vi da har kunnet diskutere hver enkelt artikkel for å redusere muligheten for mistolkning. Vi benyttet google translate og digitale ordbøker for å forstå ord eller setninger vi ikke var helt sikre på. Dette som en sikkerhet for oss selv. En

annen svakhet i oppgaven kan være at vi kun har benyttet to databaser. Samtidig ble vi anbefalt å benytte disse to, fordi de er anerkjente og gode databaser som er enkle å bruke. Det var også disse to databasene som vi var mest kjent med fra tidligere, så vi mestret å bruke dem på en god måte.

Med hjemmel i §13 i lov om medisinsk og helsefaglig forskning kreves det i Norge samtykke fra deltakere i medisinsk og helsefaglig forskning. Dette er noe vi har tatt hensyn til når vi har valgt ut artikler, ved at vi har lagt merke til studier som har skriftlig samtykke fra alle deltakerne (Helseforskningsloven, 2008).

Vi har valgt å bruke flest artikler fra Canada og USA, en fra England og en fra Iran. Dette kan sees på som en svakhet ved at helsevesenet er forskjellig i ulike deler av verden. Ved å ikke inkludere resultater fra Skandinavia kan vi risikere å ikke kunne relatere våre resultater til norsk helsevesen. Grunnen til dette er at vi fant få gode forskningsartikler fra nordiske og europeiske områder. Canada og USA virket å være de landene som har hatt mest forskningsaktivitet rundt vårt tema, og dermed valgte vi flest artikler derfra. Vi ser på det som positivt at vi har med resultater fra ulike land, fordi det viser at det er et problem over hele verden. Studien vår viste også gjennomgående samme resultater uavhengig av opprinnelse, noe som tyder på at vi likevel kan relatere det til norsk helsevesen. Samtidig kan vi også få pasienter som er av utenlandsk opprinnelse, og har ulike kulturer og etnisiteter. Det er da en styrke å ha litt kunnskaper om pasientgrupper fra andre land i tillegg til Norge.

### **5.3 Forslag til videre forskning og tiltak**

Våre resultater viser blant annet at mangel på kunnskap blant sykepleiere, og dårlige holdninger blant fastleger, er noe av det som må endres for å kunne bedre kommunikasjonen rundt seksuell helse i helsevesenet. Hvis disse punktene får økt oppmerksomhet, kan en få et mer helhetlig helsevesen der pasienter og deres pårørende blir godt informert. Det er viktig som sykepleier å sørge for at pasientene blir fulgt opp i alle deler av livet, også innen seksuell helse. Det å undersøke kunnskapsnivå om seksuell helse i norsk helsevesen kan sette søkelys på hvilke tiltak som kan være nødvendig for å avstigmatisere seksuell helse som tema.



## 6 Konklusjon

Hensikten med denne litteraturstudien var å finne ut hva som gjør at seksuell helse blir underkommunisert i dagens helsevesen, og dermed hva som kan gjøre sykepleiere bedre på kommunikasjon rundt seksuell helse. Her med fokus på pasienter som har gjennomgått kurativ behandling for cancer mammae.

Prevalensen av brystkreft er økende, og våre resultater viste at store deler av disse pasientene opplever bivirkninger knyttet til seksuell funksjon som påvirker seksuell helse. Samtidig ble dette temaet underkommunisert. Resultatene viste at det som utgjør den største barrieren for pasientene er at temaet er intimt. Pasientene er ikke vant med å snakke om seksuell helse og de har gjerne et behov for at sykepleier tar opp temaet da det er vanskelig å ta initiativ selv. Sykepleiernes barrierer viste seg å være noe av de samme som pasientenes. En faktor var personlighet, som for eksempel hvor vant en som privatperson er til å snakke om temaer knyttet til samleie eller hvor åpen en er. Sammen med mangel på kunnskap var dette individuelle barrierer som påvirket kommunikasjonen. Barrierer knyttet til selve helsevesenet, som tid og ressurser, var også en stor faktor.

Seksuell helse blir underprioritert av fastleger. Dette på grunn av holdninger om at mer medisinske utfordringer som prevensjon eller forebygging av seksuelt overførbare sykdommer, er viktigere å prioritere enn seksuelle vansker. Mangel på tid og ressurser blir her avgjørende for om seksuell helse blir prioritert. Sykepleier har ikke mulighet til å henvise videre eller skrive ut medikamentell behandling, så derfor er tverrfaglig samarbeid avgjørende. Samarbeid mellom sykepleiere og fastleger kan være utfordrende på grunn av holdningsforskjeller.

Utfordringer med kroppsbilde hos pasienter som har gjennomgått kurativ behandling mot cancer mammae, da særlig kirurgi, er et utbredt problem. Resultatene våre viste at redusert kroppsbilde postoperativt kan forårsake både dårlig livskvalitet, dårlig seksuell helse og påvirkning på parforhold. Bivirkninger som redusert kroppsbilde og seksuell funksjon er mindre synlig enn andre bivirkninger. Dermed må disse utfordringene kommuniseres om, for at sykepleier skal kunne hjelpe.

For å svare på vår problemstilling har vi sett at sykepleier bør ta initiativ til kommunikasjon. Det bør opparbeides gode kunnskaper rundt seksuell helse, så fremt som kommunikasjon. Holdningsendringer og det å ufarliggjøre kommunikasjon rundt temaet seksuell helse blir viktig fremover, sammen med det å inkludere seksualitet i utdanning og veiledning for å øke kompetansen. Lykkes helsevesenet med dette så skapes en plattform der pasientene trygt skal kunne snakke om alle utfordringene knyttet til bivirkninger etter brystkreftbehandling. PLISSIT-modellen viste seg å være et godt verktøy for sykepleiere til å mestre kommunikasjon rundt seksuell helse, og for å veilede og tilrettelegge.

## 7 Litteraturliste

Albers, L.F. *et al.* (2019) Sexual Health Needs: How Do Breast Cancer Patients and Their Partners Want Information?, *Journal of Sex & Marital Therapy*, 46, s. 205-226. DOI: [10.1080/0092623X.2019.1676853](https://doi.org/10.1080/0092623X.2019.1676853) (Hentet: 19. april 2021)

Boquiren, V.M. *et al.* (2015) Sexual functioning in breast cancer survivors experiencing body image disturbance, *Psycho-Oncology*, 25(1), s. 66-76. DOI: [10.1002/pon.3819](https://doi.org/10.1002/pon.3819) (Hentet: 15. april 2021)

Dalland, O. (2017) *Metode og oppgaveskriving*. 6. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Esmkhani, M. *et al.* (2021) Comparison of the Effects of the PLISSIT Model Versus the Sexual Health Model on Quality of Life Among Women with Breast Cancer, *Sexuality and Disability*, 39, s. 85-96. DOI: [10.1007/s11195-020-09661-0](https://doi.org/10.1007/s11195-020-09661-0) (Hentet: 22. mars 2021)

Folkehelseinstituttet (2016) *PICO*. Tilgjengelig fra:

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico> (Hentet: 23. mars 2021)

Gott, M. *et al.* (2004) "Opening a can of worms": GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care, *Family Practice*, 21(5), s. 528-536. DOI: [10.1093/fampra/cmh509](https://doi.org/10.1093/fampra/cmh509) (Hentet: 13. april 2021)

Helland, Y. (2016) Seksualitet, i Grov, E.K. og Holter, I.M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utg. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 861-886.

Helsedirektoratet (2021) *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter med brystkreft*. Tilgjengelig fra:

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/brystkreft-handlingsprogram> (Hentet: 26. april 2021)

Helseforskningsloven (2008) *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning*. Tilgjengelig fra:

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44> (Hentet: 11. mai 2021)

Helse- og omsorgsdepartementet (2016) *Snakk om det!*. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/snakk-om-det/id2522933/> (Hentet: 19. april 2021)

Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonelloven m.v.* Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (Hentet: 16. april 2021)

Heyn, L. (2016) Kommunikasjon, i Grov, E.K. og Holter, I.M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utg. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 363-398

Malt, U. (2020) Kroppsbilde, *Store Norske Leksikon*. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/kroppsbilde> (Hentet: 26. april 2021)

Nasjonal Digital Læringsarena (2018) *Kommunikasjonsmodeller og forståelse*. Tilgjengelig fra: <https://ndla.no/subject:18/topic:1:185337/topic:1:21798/resource:1:21800?filters=urn:filter:18569f4e-5901-472a-96a0-b06c09b201fb> (Hentet: 03. mai 2021)

Nasjonal kompetansemiljø om utviklingshemming (2021) *PLISSIT - Sexologisk rådgivningsmodell*. Tilgjengelig fra: <https://naku.no/kunnskapsbanken/plissit-%E2%80%93-sexologisk-r%C3%A5dgivningsmodell> (Hentet: 22. mars 2021)

Norsk Sykepleierforbund (2021) *Det glemte primærbehovet #Seksualitet*. Tilgjengelig fra: [https://sykepleien.no/sites/default/files/2021-03/sy\\_2021-03-05%20mini.pdf](https://sykepleien.no/sites/default/files/2021-03/sy_2021-03-05%20mini.pdf) (Hentet: 19. mars 2021)

Kirkevold, M. (1998) *Sykepleieteorier - analyse og evaluering*. 2. utg. Oslo: Cappelen Damm AS

Kreftforeningen (u.å.) *Hvordan påvirker kreftbehandlingen seksuallivet?*. Tilgjengelig fra: <https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/kreft-og-seksualitet/hvordan-pavirker-kreftbehandlingen-seksuallivet/> (Hentet 12. mai 2021)

Kreftforeningen (u.å.) *Seksualitet, kropp og selvbilde*. Tilgjengelig fra:

<https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/kreft-og-seksualitet/seksualitet-kropp-og-selvbilde/> (Hentet 12. mai 2021)

Kreftregisteret (2021) *Brystkreft*. Tilgjengelig fra:

<https://www.kreftregisteret.no/Temasider/kreftformer/Brystkreft/> (Hentet: 26. april 2021)

Kristoff, A. (2016) Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer, i Ørn, S. og Bach-Gansmo, E. (red.) *Sykdom og behandling*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 402-453.

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven> (Hentet: 16. april 2021)

Pedersen, L. (2016) *Psykisk helse og seksualitet - tør vi snakke om det?* Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/en/node/56726> (Hentet 07. mai 2021)

Reed, G.M. *et al.* (2016) Disorders related to sexuality and gender identity in the ICD-11: revising the ICD-10 classification based on current scientific evidence, best clinical practices, and human rights considerations, *World Psychiatry*, 15(3), s. 205–221. DOI: [10.1002/wps.20354](https://doi.org/10.1002/wps.20354) (Hentet: 21. april 2021)

Reese, J.B. *et al.* (2017) Effective patient-provider communication about sexual concerns in breast cancer: a qualitative study, *Support Care Cancer*, 25, s. 3199-3207. DOI: [10.1007/s00520-017-3729-1](https://doi.org/10.1007/s00520-017-3729-1) (Hentet: 13. april 2021)

Reese, J.B. *et al.* (2019) Patient-clinician communication about sexual health in breast cancer: A mixed-methods analysis of clinic dialogue, *Patient Education and Counseling*, 102(3), s. 436-442. DOI: [10.1016/j.pec.2018.10.003](https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.10.003) (Hentet: 13. april 2021)

Schlichting, E. (2018) Mastektomi, *Store Norske Leksikon*. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/mastektomi> (Hentet: 26. april 2021)

Schlichting, E. (2020) Brystkreft, *Store Norske Leksikon*. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/brystkreft> (Hentet: 03. mai 2021)

Sex og Samfunn (2021) *Kommunikasjon*. Tilgjengelig fra:

<https://emetodebok.no/kapittel/kommunikasjon/> (Hentet: 16. april 2021)

Sneltvedt, T. (2017) Hva innebærer det å være en profesjonell sykepleier?, i Brinchmann, B.S (red.) *Etikk i Sykepleien*. 4. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 147-161

Soldera, S.V. et al. (2018) Sexual health in long-term breast cancer survivors, *Breast Cancer Research and Treatment*, 172(1), s. 159-166. DOI: [10.1007/s10549-018-4894-8](https://doi.org/10.1007/s10549-018-4894-8) (Hentet: 25. mars 2021)

St.meld. 47 (2008-2009)(2009) *Samhandlingsreformen*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/> (Hentet: 12. mai 2021)

Thidemann, I.J. (red.) (2019) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Vildalen, S. (2014) *Seksualitetens betydning for utvikling og relasjoner*. 1. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk

Vrabel, K. (2018) *Hva er kroppspress?*. Tilgjengelig fra:

<https://www.psykologforeningen.no/publikum/informasjonsvideoer/videoer-om-livsutfordringer/hva-er-kroppspress> (Hentet: 26. april 2021)

Wittmann, D. (2016) Emotional and sexual health in cancer partner and relationship issues, *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*. 10(1), s. 75-80 DOI: [10.1097/SPC.0000000000000187](https://doi.org/10.1097/SPC.0000000000000187) (Hentet: 22. mars 2021)

World Health Organization (u.å) *Sexual health*. Tilgjengelig

fra: <https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research/key-areas-of-work/sexual-health/defining-sexual-health> (Hentet: 12. mai 2021)

