

Irina Uillyams- Kandidatnr:10051
Madiken Wilberg- Gretland- Kandidatnr:10028
Shaonuo Yang- Kandidatnr:10050

Hvordan kan sykepleiers veiledende rolle fremme livskvalitet hos kvinner satt i kunstig overgangsalder på grunn av kreftbehandling?

Bacheloroppgave i Sykepleie Deltid
Veileder: Torhild Sørum
Mai 2023



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Irina Uillyams- Kandidatnr:10051

Madiken Wilberg- Gretland- Kandidatnr:10028

Shaonuo Yang- Kandidatnr:10050

Hvordan kan sykepleiers veiledende rolle fremme livskvalitet hos kvinner satt i kunstig overgangsalder på grunn av kreftbehandling?

Bacheloroppgave i Sykepleie Deltid

Veileder: Torhild Sørsum

Mai 2023

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Fakultet for medisin og helsevitenskap

Institutt for helsevitenskap i Gjøvik



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Tittel:	Hvordan kan sykepleiers veiledende rolle fremme livskvalitet hos kvinner satt i kunstig overgangsalder på grunn av kreftbehandling.	Dato:	14.mai.2023
Forfattere:	Irina Uillyams Madiken Wilberg- Gretland ShaonuoYang		
Veileder:	Torhild Sørum		
Stikkord/nøkkelord	Livskvalitet, kunstig overgangsalder, kreftbehandling, sykepleie, veiledning.		
Antall sider/ord:	Antall vedlegg:		
50/9742	0		
<p>Kort beskrivelse av bacheloroppgaven:</p> <p>Introduksjon: Kvinner som er satt i kunstig overgangsalder opplever ofte sterkere symptomer, enn de som kommer naturlig i overgangsalder. Denne bacheloroppgaven undersøker hvordan symptomene preger livskvaliteten til disse kvinnene og hvordan vi som sykepleiere kan fremme bedre livskvalitet ved hjelp av veiledning.</p> <p>Hensikt: Med oppgaven er å undersøke hvordan sykepleier kan veilede og støtte pasienter som er satt i kunstig overgangsalder, slik at de oppnår økt livskvalitet.</p> <p>Metode: For å svare på bacheloroppgavens problemstilling er det utført litteraturstudie. Det er benyttet eksisterende forskning i studien.</p>			

Resultat: Resultatet av studien viser at kunstig overgangsalder preger livskvaliteten til disse kvinnene. Det viser at sykepleiers veiledende funksjon er viktig for denne pasientgruppen og at god sykepleieveiledning forbedrer pasientenes livskvalitet.

Konklusjon: Kvinnene føler de har mangelfull oppfølging etter endt kreftbehandling. De føler sykepleiere har manglende kompetanse i møte med spørsmål omkring overgangsalder. Pasientene føler seg ikke lyttet til, og føler helsepersonell er mer opptatt av å dokumentere enn å veilede. Kvinnene som møtte kompetente sykepleiere, som var god på relasjonsbygging og besatt riktig kompetanse opplevde forbedret livskvalitet.

Abstract

Title:	How can patient education as a nurse's role improve quality of life in female patients with cancer-treatment induced menopause.	Date:	May 14th, 2023
Authors:	Irina Uillyams Madiken Wilberg- Gretland ShaonuoYang		
Supervisor:	Torhild Sørum		
Keywords	Quality of life, induced menopause, cancer treatment, nursing, patient education.		
Number of pages/words:	50/9742	Number of appendix:	0
Short description of the bachelor thesis:			
Background: Women who are put into artificial menopause often experience stronger symptoms, than for women who come naturally into menopause. This bachelor's thesis			

examines how symptoms affect the quality of life of these women and how we as nurses can promote a better quality of life through guidance.

Aim: The task is to investigate how nurses can guide patients who are put into artificial menopause, so that they achieve a better quality of life.

Method: In order to answer the bachelor's thesis's research question, a literature study has been conducted. Existing research has been used in the study.

Results: The results of the study show that artificial menopause affects the quality of life of these women. It shows how the nurse's guiding function is important for this patient group and that good nursing guidance improves the patients' quality of life.

Conclusion: The women feel they have inadequate follow-up after cancer treatment. They feel nurses have a lack of competence in dealing with questions about menopause. Patients do not feel listened to and feel that healthcare personnel are more concerned with documenting than providing guidance. The women who met competent nurses, who were good at relationship building and possessed the right competence, experienced improved quality of life.

Innholdsfortegnelse:

1. Innledning.....	6
1.1 Sykepleiefaglig relevans.....	7
1.2 Avgrensning av oppgaven.....	8
2. Bakgrunn	8
2.1 Overgangsalder	8
2.1.1 Hormoner i endringen	9
2.1.2 Stadier i overgangsalderen	9
2.1.3 Symptomer på overgangsalderen	10
2.1.4 Kirurgisk, stråling- og medikamentelt induisert menopause	11
2.1.5 Biologisk menopause versus menopause som seneffekt av kreftbehandling	12
2.2 Livskvalitet	13
2.2.1 Hva er livskvalitet	13
2.2.2 Livskvalitet og kreftbehandling	13
2.2.3 Hvordan overgangsalder påvirker livskvaliteten	14
2.3 Sykepleiers rolle i møte med pasienten	15
2.4 Hensikt.....	15
2.5 Problemstilling.....	15
3. Metode.....	16
3.1 Metodebeskrivelse	16
3.2 Litteratursøk og beskrivelse.....	17
3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	20
3.4 Kritisk vurdering av vitenskapelige artikler	22
3.5 Redegjørelse for analyse av artiklene.....	23
4. Resultater.....	23
4.1 Presentasjon av resultatene	23
4.2 Sammenfatning av resultatene	32
4.2.1 Overgangsalder preger livskvaliteten.....	32

4.2.2 Sykepleiers veiledende funksjon.....	33
4.2.3 Hvordan fremme livskvalitet?.....	33
5. Diskusjon.....	34
5.1 Overgangsalder preger livskvaliteten	34
5.2 Sykepleiers veiledende funksjon	36
5.3 Hvordan fremme livskvalitet?	38
5.4 Faglige implikasjoner	40
6. Konklusjon	41
7. Litteraturliste	43

1. Innledning

Forskningsrådet, et statlig norsk forvaltningsprogram som finansierer forsknings- og innovasjonsprosjekter på vegne av regjeringen, forteller at det forskes lite på overgangsalder. De siste fire årene har de finansiert 79 kvinnehelseprosjekter, men svært få av prosjektene tok for seg temaer som endometriose, overgangsalder, abort, menstruasjon eller hormon- og stoffskiftesykdommer (Tveit og Borge, 2022).

Som kommende sykepleiere ser vi at kvinnehelse nå står sterkere på dagsordenen. I en artikkel publisert i Sykepleien.no forteller blant annet Kvinnehelsealliansen at det forskes for lite på kvinnehelse da disse sykdommene har lav status og at behandlingstilbudet er for lite (Reppen, 2022). Som fremtidens sykepleiere ønsker vi å fremme kvinnehelse og øke kompetansen omkring dette komplekse emnet, både blant helsepersonell og til de pasientene vi vil møte. Sykepleier har flere ansvar og funksjonsområder, deriblant et eget ansvar for god fagutvikling. En god fagutvikling innebærer å holde seg faglig oppdatert for å bidra til kvalitetsforbedring i praksis. Sykepleiere bør vise interesse for faglitteratur og forskning, for å bidra til utvikling av ny kunnskap og ha en positiv holdning til endringer i faget (Nortvedt og Grønseth, 2017).

Etter flere drøftinger kom vi fram til at emnet overgangsalder ofte ble et glemt tema, også innenfor tema kvinnehelse. Overgangsalder er noe som oftest rammer kvinner i fra førtiårs alder, og blir beskrevet som en normal del av kvinners liv (Helsenorge, 2020). Likevel bringer overgangsalder med seg en rekke symptomer, deriblant: hetetokter, vektøkning, tap av muskelmasse, humørsvingninger, depresjon, manglende seksuell lyst, tørrere og tynnere slimhinner og søvnvansker. Dette er bare de symptomene som regnes som de vanligste. Summen av alle disse vanlige og mindre vanlige symptomene vil påvirke livskvaliteten i større eller mindre grad (Helsenorge, 2020). Overgangsalder, vil uansett livssituasjon, påvirke kvinnens hverdag. En tredjedel av kvinnene vil være svært plaget av disse symptomene. Overgangsalder starter som regel naturlig ved aldring, men den kan også oppstå grunnet sykdom eller medisinsk behandling (Prante *et al*, 2022).

En ekstra utsatt pasientgruppe er kvinner som har gjennomgått kreftbehandling ved brystkreft og underlivskreft. Noen former for kreftbehandling som hormonterapi, stråling og cellegiftkurer gjør at kvinnene ofte blir satt raskt i tidlig overgangsalder (Møller og Risberg,

2014). Kvinner som blir satt kunstig i overgangsalder kan oppleve kraftigere symptomer. Dermed opplever pasientene både uro for tilbakefall etter endt behandling, i tillegg til at overgangsalder kan bringe med seg symptomer som depresjon og angst (Kreftlex, 2023a).

1.1 Sykepleiefaglig relevans

Pasienter som gjennomgår/har gjennomgått kreftbehandling er en pasientgruppe sykepleiere kan møte i ulike deler av helsetjenesten, som onkologisk avdeling, innenfor psykiatrien, ved sengepost og i bedriftshelsetjenesten. Ved onkologisk avdeling jobber både sykepleiere og spesialsykepleiere. Det er blant annet sykepleiere som står for administreringen av cellegift til pasient, følger opp pasient på Pusterommet (et treningsrom kreftpasienter møtes for rehabilitering og behandling) og er ofte de som møter pasienten etter endt behandling.

Siri Vangen, seniorforsker og leder for nasjonalkompetansetjeneste for kvinnehelse ved Oslo universitetssykehus, skriver at kvinners overgangsalder er både tabu- og skambelagt. Vangen mener holdninger i vår kultur fortsatt diskriminerer kvinner som har nådd overgangsalder (Vangen, 2019). Håkonsen beskriver skamfølelsen som en negativ vurdering av en selv. Skam bringer med seg selvforakt, selvbepreidelse og nedvurdering av ens egne evner og ferdigheter (Håkonsen, 2017, s. 277). Sykepleier kan legge til rette for at pasient kan få uttrykke sine følelser, sine behov og opplevelser. I rollen som sykepleier kan man bli den første pasienten betror seg til om sine fysiske og psykiske plager. Dersom pasient skal føle seg trygg på sykepleier må en god relasjon oppnås via aktiv lytting til både det pasient sier verbalt og nonverbalt (Eriksen, 2016).

Sykepleierens arbeidsdag består av en rekke oppgaver og funksjonsområder. Deriblant skal sykepleieren jobbe helsefremmende og forebyggende. Etter endt kreftbehandling opplever de aller fleste seneffekter av større eller mindre grad. De er kanskje friskmeldt, men hvordan påvirker senskadene pasientens hverdag, og hvordan håndterer pasienten disse nye utfordringene? Som sykepleier skal man benytte seg av sin undervisende funksjon og veilede pasienten til å styrke egne ressurser. Å styrke pasientens ressurser virker helsefremmende og helseforebyggende (Nortvedt og Grønseth, 2017).

Det er innført pakkeforløp for flere kreftdiagnoser i Norge, deriblant ved brystkreft og livmorhalskreft. Pakkeforløpene deles inn i tre faser, og beskriver veiledende frister for utredning, diagnostikk og behandling (Kreftforeningen, 2023). Etter endt behandling følges

pasientene opp i et kontrollopplegg. Kontrollopplegget er spesifikt for hver enkelt pasient, og er avhengig av hvilken behandlingsprotokoll som følges. Helsedirektoratet skriver at behovet for sykepleie og støttebehandling skal vurderes individuelt (Helsedirektoratet, 2016a).

Kunstig igangsatt overgangsalder er en senskade etter endt behandling hvor sykepleier vil kunne veilede om tiltak for å motvirke plagene (Kreftforeningen, 2022).

1.2 Avgrensning av oppgaven

Ut ifra problemstilling vil denne oppgaven omhandle kun kvinner som har kommet i tidlig overgangsalder grunnet kreftbehandling. Vi vil sette søkelys på overgangsalder etter livmor-, eggstokk- og brystkreft, da det er disse som settes søkelys på i studiene. Oppgaven er avgrenset med tanke på antall ord til disposisjon.

2.Bakgrunn

Dette kapittelet presenterer relevant kunnskap og tidligere forskning omkring oppgavens problemstilling. Her skal det gjøres rede for overgangsalder, livskvalitet, sykepleiers rolle i møte med pasienten, veiledning og undervisning. Overgangsalder er et tema som snakkes lite om og kunnskapsnivået er lavt. Overgangsalder forbindes med avtagende reproduktiv funksjon og alderdom. Teorien som legges frem vil være hentet fra faglitteratur, forsknings- og fagartikler.

2.1 Overgangsalder

Normalt brukes begrepet overgangsalder eller klimakteriet når det gjelder aldersrelaterte forandringer i forplantningsfunksjonen hos kvinner (Sand *et al* ,2016, s.516). Klimakteriet starter vanligvis i 45-50 årsalderen med gradvis reduksjon i ovarial reproduktiv funksjon med avtagende nivåer av kvinnelige kjønnshormoner østrogen, progesteron og testosteron (British Menopause Society, 2021a).

2.1.1 Hormoner i endringen

Østrogener er felles navn på tre kvinnelige kjønnshormoner østradiol, østron og østriol (Sand *et al*, 2016, s.501). Østradiol og østron produseres hovedsakelig i eggstokkene hos kvinner i reproduktiv alder. Østradiol er det viktigste fysiologiske østroget hos kvinner i fertil alder (Norsk legemiddelhandboka, 2016). Postklimakterisk opphører ovarienes produksjon av østradiol. Hos fertile kvinner trigges progesteronproduksjon av eggløsningen, og skjer først og fremst i korpus luteum (Sand *et al*, 2016, s.501). Dersom egget ikke blir befruktet faller progesteronet ned og utløser menstruasjon. Etter menopausen er eggløsningen opphørt, og eggstokkene slutter å produsere progesteron. Hormonelle endringer har effekt på både reproduktive organer, men også på andre organer og vev inkludert, bryster, hud, hår, slimhinner, skjelett, muskulaturen inkludert bekkenbunnen, bindevev, hjernen og sentralnervesystemet, tykktarm med mer (Endocrine Society, 2022a). Testosteron dannes i eggstokkene og er ansvarlig for kvinners sexlyst. Testosteron nivået reduseres med alderen på grunn av avtagende ovarialfunksjon (British Menopause Society, 2021a).

2.1.2 Stadier i overgangsalderen

Når en kvinne nærmer seg overgangsalder avtar østrogenproduksjon i eggstokkene gradvis, og det tar flere år før ovarialfunksjon opphører helt. Begrepet overgangsalder er mindre konkret og inkluderer oftest tiden før og etter menopausen. Mer nøyaktig kan overgangsalderen deles i tre faser. Menopause er et tidspunkt i kvinnens liv når menstruasjon og eggløsningen opphører. Det må gå 12 sammenhengende måneder uten blødninger før en defineres til å være i menopause (Norsk gynekologisk forening, 2021). Gjennomsnittsalder for menopause i Norge er 51- 53 år. Menopause før 45 års alder anses som tidlig menopause. Perioden før menopausen kalles for perimenopause, tiden når første tegn på menopausen begynner å vise seg. Perimenopausen inntreffer gjennomsnittlig i 47 års alderen, men kan starte mye tidligere (Endocrine Society, 2022a). Perimenopausen er det de fleste forbinder med overgangsalder. Tiden etter menopausen defineres som postmenopause.

2.1.3 Symptomer på overgangsalderen

80-90% av kvinner vil ha symptomer knyttet til menopause, 25 % beskriver symptomene deres som alvorlige og invalidiserende (British Menopause Society, 2021a). Det er vanlig å klassifisere overgangsplager i fysiske, psykiske og urogenitale.

Uregelmessig menstruasjonen er mest vanlig symptom i perimenopausen, men noen har regelmessig menstruasjon helt til menopausen. Blødningene kan komme hyppigere eller sjeldnere, bli kraftigere eller svakere og ha lengre eller kortere varighet (Womens Health,2022a).

Noen opplever andre klimakteriske symptomer som hetetokter og nattsvette, så kalte vasomotoriske symptomer. Om lag 70 % av kvinner opplever hetetokter. Hetetokter beskrives ofte som et varmeanfall spesielt i overkroppen og ansiktet etterfølgende med kraftig svetting. Noen kvinner plages med fryserier isteden, så kalte "frysetokter" (Womens Health,2022a). Vasomotoriske plager varer i gjennomsnitt 7,4 år (Norsk gynekologisk forening, 2021). Senere studier har vist at hetetokter kan vare i opptil 14 år etter menopausen.

Mange kvinner opplever søvnvansker i menopausen (Womens Health,2022a). Lave nivåer av progesteron gjør at det er vanskeligere å falle til søvn og sove gjennom hele natta. Lave nivåer av østrogen kan årsake hetetokter som kalles for nattsvette, noe som påvirker søvnkvalitet. Urogenitale symptomer som hyppigere vannlatingsbehov kan gjøre at man må opp flere ganger om natta, slik at man er mindre utvilt på morgenen.

Hjernetåke, dårligere konsentrasjon og hukommelse rammer så mange som to tredjedeler av kvinner i overgangsalderen (Womens Health,2022a). Senere studier linker konsentrasjonsvansker og hukommelsesproblemer til depresjon og søvnvansker.

Østrogenet spiller stor rolle i regulering av hjernenes transmittere serotonin og dopamin og kan ha innvirkning på humøret og velværefølelsen (Norsk gynekologisk forening, 2021). Humørsvingninger og irritabilitet er svært vanlig i overgangsalderen (Womens Health,2022a).

Østrogenet har positiv effekt på hjerne, hjerte og kar, muskulatur, ledd, ben, slimhinner, med mer. Østrogenfall i overgangsalderen kan gjøre at kvinnens subjektive opplevelse av livskvalitet kan endres (Norsk gynekologisk forening, 2021). Overgangsalderen øker risiko for psykiske plager som nedstemthet og depresjon, angst, engstelser og bekymringer

(Womens Health,2022a). Både hormoner i endringen og klimakteriske symptomer er årsaken for det. Mange føler seg triste på grunn av tap av fertilitet og aldersrelaterte kroppsendringer.

Omtrent 40 % av kvinner kan ha lavere libido på grunn av avtagende østrogen og testosteron (Norsk gynekologisk forening, 2021). Slimhinnene blir tynnere, og en opplever vaginal tørrhet som kan gjøre at sex oppleves mer ubehagelig og til og med smertefullt. Noen kvinner er mindre interessert i sex på grunn av angst, depresjon og mangel på søvn.

Andre symptomer inkluderer hjertepalpitasjoner, problemer med urinveiene, endringer i hårvekst, tørrere slappere hud, hudkløe, krypende følelse under huden, muskel og leddplager, vektøkning og lavt energinivå (Endocrine Society, 2022b).

Østrogen beskytter kvinner mot en rekke sykdommer. Etter menopausen faller hormonproduksjonen, noe som øker risikoen for sykdom (Womens Health,2022b). Risikoen for å utvikle osteoporose og aterosklerose (åreforkalkninger) og med det hjerte- og karsykdom og slag øker.

2.1.4 Kirurgisk, stråling- og medikamentelt induert menopause

Menopause inntreffer oftest naturlig, men kan være induert kirurgisk, medikamentelt og ved stråling. Kvinner som har gjennomgått kreftbehandling som stråling i bekkenregionen som omfatter ovarier kommer i menopause etter gjennomgått behandling (Helsedirektoratet, 2021).

Noen cytostatika (kjemoterapi) kan skade kjønnsorganer, redusere kjønns hormonproduksjon og føre til tidlig menopause og infertilitet (Helsedirektoratet, 2021). Yngre kvinner bevarer menstruasjonen oftere enn eldre og overvektige kvinner, men type kjemoterapi og intensitet av behandlingen spiller stor rolle.

I noen tilfeller gis medikamentell behandling med Avastin for å redusere vekst av kreftceller og spredning (Kreftlex, 2023b). Dette øker risiko for menopause og infertilitet (Helsedirektoratet, 2021).

Aromatasehemmere brukes for å redusere produksjon av østrogen ved behandling av hormonfølsomme brystsvulster og gir klimakteriske plager (Kreftlex, 2023c).

Hysterektomi –fjerning av livmor utføres ved flere former for gynekologisk kreft, som kreft i skjede, livmor, eggledere og eggstokkene. Etter gjennomgått hysterektomi mister man ikke menstruasjonen med en gang (med mindre eggstokkene er også fjernet), men kommer i menopausen tidligere enn på naturlig måte (Womens Health Concern, 2020).

Flere gynekologiske kreftformer behandles med kirurgisk fjerning av begge eggstokkene (bilateral oophorektomi). Kvinner med BRCA 1 og 2-mutasjoner har livsvarig høyre risiko for å utvikle eggstokk- og brystkreft, og salpingo(eggleder)-oophorektomy utføres som risikoreduserende tiltak (British Menopause Society, 2021b).

2.1.5 Biologisk menopause versus menopause som seneffekt av kreftbehandling

Med økt levealder er det estimert at kvinner lever 40% av sitt liv i postmenopausen (Endocrine Society, 2022a). Kvinner som kommer i menopausen tidligere enn på en naturlig måte kan leve enda flere år uten helsefordeler av østrogen, som medfører høyre langtids helserisiko (Womens Health, 2022c).

Såkalt “menopause transition” er gradvis prosess og tar vanligvis flere år. Dette er ikke et tilfelle etter ulike former for kreftbehandling. Kvinner havner i postmenopausen under behandlingen eller når behandlingen er gjennomført (Helsedirektoratet, 2021).

Kvinner som er satt i menopausen på grunn av kreftbehandling har samme symptomer som ved naturlig menopausen, men symptomene kan være mer invalidiserende og påvirke hverdagen i større grad enn ved naturlig menopause (Womens Health, 2022c). Mange opplever sorg både på grunn av for tidlig tap av fertilitet og endringene kroppen går gjennom. Det er ikke uvanlig at kvinner opplever nedstemthet, tap av interesse for ting og aktiviteter de tidligere trivdes med, lavere energinivåer og depresjon.

Fjerning av eggstokkene fører til umiddelbart tap av ovarialfunksjon og menopause. Kirurgisk induert menopause fører til mer alvorlige og langsiktige helsekonsekvenser og økt dødelighet (British Menopause Society, 2021b). Klimakteriske symptomer i dette tilfelle er spesielt alvorlige. Vasomotoriske symptomer, seksuell dysfunksjon, økt risiko for hjerte- og karsykdom og slag, tap av kognitive funksjoner, dårligere hukommelse og humørsvingninger, økt risiko for depresjon og angst, osteoporose, permanent infertilitet, hyppige UVI er mest vanlige konsekvenser. Tap av libido kan være mer fremtredende enn ved naturlig menopause.

Risiko for å utvikle hjerte- og kar sykdom er høyere hos kvinner etter kirurgisk induisert menopause enn ved naturlig menopause.

2.2 Livskvalitet

2.2.1 Hva er livskvalitet

Hva er så livskvalitet? WHO, Verdens helseorganisasjon, har definert livskvalitet som en subjektiv vurdering som er forankret i kulturelle, sosiale og miljømessige forhold. Denne definisjonen beskriver hvordan hvert enkelt menneske kan se på livskvalitet forskjellig. At livskvalitet er subjektivt, viser også psykologen Siri Næss til. Næss definerer livskvalitet: “som psykisk velvære knyttet til enkeltpersoner, ikke til samfunn”. Næss beskriver flere punkter for å oppnå god, psykisk velvære: en må føle glede, tilfredshet med eget liv, selvspekt og en opplevelse av mening med tilværelsen (Kristoffersen, 2016). Disse definisjonene passer godt for den generelle befolkning – vi har vårt eget syn på livskvalitet.

2.2.2 Livskvalitet og kreftbehandling

Carol E. Ferrans, en amerikansk sykepleier, definerer livskvalitet som «en persons følelse av tilfredshet eller utilfredshet med de områder i livet som er viktig for en». Hun delte deretter definisjonen inn i fire deler: helse og fysisk funksjon, et psykisk/åndelig område, et sosioøkonomisk og et familieområde. Disse fire områdene rommer flere punkter som kan påvirke et hvert menneske som opplever uhelse. Sykdom vil blant annet påvirke vårt aktivitetsnivå, vår seksualitet, vårt selvbilde og vår psykiske helse. Foruten om dette vil det også påvirke vår økonomiske situasjon, våre sosiale forhold og vårt familieliv. Kreft og seneffekter av kreftsykdom og kreftbehandling vil påvirke livskvaliteten, og vårt syn på hva som innebærer god livskvalitet. Livskvalitet er noe som endrer seg gjennom livet, og er avhengig av hvordan hver enkelt møter sykdom og andre utfordringer i livet (Rustøen, 2016).

Det kan oppstå flere senskader etter kreft og kreftbehandling, som fatigue, konsentrasjonsvansker, fordøyelsesplager og tidlig overgangsalder hos kvinner. De fleste opplever plager etter endt kreftbehandling, men de færreste vil få alvorlige senskader, som sekundærkreft eller koronarsykdom. Ikke desto mindre vil alle senskadene påvirke

livskvaliteten og noen opplever at senskadene tar stor plass i livet. Senskadene vil påvirke både den som har hatt kreft og pårørende (Kreftforeningen, 2023).

Alle disse senskadene nevnt over vil påvirke alle Carol E. Ferrans fire deler for å oppnå god livskvalitet (Rustøen, 2016). Senskadene vil gi uhelse, sette ned den fysiske funksjonen, gå utover karriere, familieliv og det psykisk/åndelig område.

2.2.3 Hvordan overgangsalder påvirker livskvaliteten

25 % opplever alvorlige symptomer som går betraktelig utover deres livskvalitet (British Menopause Society, 2021a). Pasientene opplever store forandringer i deres helse og hverdag, som vil påvirke deres livskvalitet. Tidlig bortfall av østrogen øker sjansene for en lavere livskvalitet, minsker levetiden med omkring to år og øker sjansene for å få en rekke sykdommer (Moen, 2019).

Alle symptomene påvirker den fysiske og psykiske helsen og kan føre med seg dårligere livskvalitet. Det er flere variabler som påvirker hvordan en kvinne opplever overgangsalderen, som kultur, rolleendringer, samfunnets syn på overgangsalder, helsetilstand både fysisk og psykisk og kvinnens holdninger til overgangsalderen. Søvnmangel senker livskvaliteten. Dette sees ofte i sammenheng med hetetokter, da hetetokter fører til nattesvette (Poniatowski, Grimm, Cohen, 2001). Nærmest 50 % av alle kvinner opplever søvnproblemer i overgangsalderen (Bastøe og Frantsen, 2016). Flere opplever å føle seg triste, har humørsvingninger, er engstelige og opplever depresjon (Helse Norge, 2020). Barbara Soltes, professor i Institutt for obstetrikk og gynekologi, mener at de psykiske symptomene blir påvirket av hormonforandringene, men også av aldringsprosessen. Andre forfattere mener at kvinnens endrede roller, som å få voksne barn som flytter ut, påvirker den psykiske helse omkring denne alderen (Poniatowski, Grimm, Cohen, 2001). Tap av sexlyst forekommer hos 40-55 % etter overgangsalderen (Norsk Helseinformatikk, 2021). Flere mener at samleie er viktig for både fysisk, psykisk helse og velvære, men andre mener man fint kan leve uten sex. Likevel ser en at et godt forhold til egen seksualitet, gode relasjoner til andre mennesker er viktig for ens livskvalitet (Gamnes, 2016). Hvordan plager en får og graden av dem varierer fra kvinne til kvinne. Mens andre har få plager, har andre store og langvarige plager. Likevel merker alle kvinner nye, varige aldersforandringer, som vil påvirke livet (Gamnes, 2016).

2.3 Sykepleiers rolle i møte med pasienten

Sykepleie er først og fremst pleie av den syke. Som sykepleier skal en gi omsorg og hjelp til de som er syke, de som kan bli syke og til de som lever med ettervirkninger av sykdom. Rollen som sykepleier består av både et moralsk og faglig aspekt. En sykepleier følger fire etiske prinsipper: autonomi, velgjørenhet og ikke skade-prinsippet, rettferdighet og barmhjertighet. Det faglige aspektet består av kunnskap. Kunnskap om de enkelte sykdommer, hvordan en sykepleie skal yte til den aktuelle sykdommen, anatomi og fysiologi, prosedyrer, medisinsk kunnskap, psykologi, etikk og mestrings- og læringsteorier (Nortvedt og Grønseth, 2017). En sykepleier har flere funksjoner i møte med pasienten, deriblant som en veiledende/undervisende part.

Den undervisende sykepleier skal veilede, informere og undervise pasienten. Veiledningen skal fremme trygghet og hjelpe pasienten til å mestre sine nye utfordringer ved sykdom og uhelse (Nortvedt og Grønseth, 2017).

2.4 Hensikt

Som sykepleier vil en møte pasienter som har kommet i tidlig overgangsalder grunnet kreft og kreftbehandling i både kommune- og spesialisthelsetjenesten. Dette er kvinner som lever med seneffekter av kreft som påvirker deres livskvalitet, og dermed også deres hverdag. Hensikten med oppgaven er å undersøke hvordan sykepleier kan veilede og støtte pasienter som er satt i kunstig overgangsalder, slik at de oppnår økt livskvalitet.

2.5 Problemstilling

Bacheloroppgavens problemstilling blir dermed: Hvordan kan sykepleiers veiledende rolle fremme livskvalitet hos kvinner satt i kunstig overgangsalder på grunn av kreftbehandling?

3. 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” (Vilhelm Aubert sitert i Dalland, 2021, s. 53). Dalland selv beskriver metode som vårt redskap i møte med noe vi vil undersøke. Når man skal undersøke påstander er vi nødt til å bruke flere metoder for å innhente kunnskap for å belyse hvorvidt disse påstandene er gyldige og holdbare (Dalland, 2021, s. 53).

3.1 Metodebeskrivelse

For å svare på problemstillingen har vi utført litteraturstudie. Først samlet vi allerede eksisterende faglig kunnskap, teori og forskning om temaet vi har valgt. Vi benyttet oss av pensumlitteratur, fagbøker, nettsteder og artikler. Det er dessverre svært begrenset med faglitteratur og forskning om utvalgt temaet på norsk eller andre skandinaviske språk, derfor brukte vi hovedsakelig internasjonale kilder på engelsk. For å finne gode faglige kilder har vi utført fritt søk etter fagartikler som omhandlet teamet overgangsalder generelt og livskvalitet relatert til tidlig overgangsalder hos kvinner under og etter kreftbehandling. Flere relevante fagartikler og teori ble hentet fra nettsider som British Menopause Society, International Menopause Society, Norsk legeforening, Kreftforeningen, Helse Norge, Helsedirektoratet, Sykepleien, Norsk gynekologisk forening, Helsebiblioteket, Kreftlex, Womens Health Concern, Cancer Research UK, Endocrine Society, Womens Health med mer. Med dette ønsket vi å gi leseren god forståelse av oppgavens problemstilling. For å best besvare studieformålet har vi valgt å inkludere både kvalitative og kvantitative studier (Nortvedt *et al*, 2107, s.67-158). Kvalitativ forskning utføres hovedsakelig gjennom intervjuer, og brukes for å undersøke subjektive erfaringer, opplevelser, holdninger og forventninger. I kvantitative studier kan innsamlet data gjøres om til tall og statistikk. For å beskrive forekomst eller finne sammenheng mellom en eller flere variabler brukes det oftest tverrsnittsstudier. Når man ønsker å evaluere effekten av et tiltak som behandling eller rehabilitering, er det mest

hensiktsmessig å benytte randomiserte kontrollerte studier. Blant vitenskapelige artiklene vi har funnet er kvalitative studier, tverrsnittstudier og et randomisert kontrollert forsøk.

3.2 Litteratursøk og beskrivelse

Søket for relevante vitenskapelige artikler ble utført i internasjonale databaser. Vi har valgt å foreta strukturert søk i Medline via EBSCO og Cinahl Complete. For å utføre søket etter vitenskapelige artikler måtte vi finne gode engelske søkeord. For å finne engelske emneord bruke vi termbasen MeSH utarbeidet av Universitetet i Adger og Medical Subject Headings browser (Nortvedt *et al*, 2107, s.37-63). Søkeord og PICO-skjema vi benyttet er presentert i Tabell 1.

Tabell 1.

Pico-skjema med søkeord

P	I	C	O
patient /populasjon	intervention	comparison	outcome
Menopause	Nursing		Quality of life
OR	OR		OR
Premature menopause	Nursing care		Wellness
OR	OR		OR
Climacterium	Nursing interventions		Psychological Wellbeing
OR	OR		OR
Surgical Menopause	Nursing Education		Wellbeing or well- being or well being
OR	OR		OR
Menopause symptoms	Patient Education		Life quality
	OR		

	Health promotion		OR Health-Related Quality of Life
AND			
Cancer OR Chemotherapy OR Cancer treatment OR Radiation			

Søket ble foretatt på ett og ett ord om gangen, søkeresultater blir kombinert deretter med OR og AND (Nortvedt *et al*, 2107, s.37-63). Søket ble foretatt med både emneord og nøkkelord. Dette er noe vi presiserer i søkestrategien slik at nøyaktig samme søk kan bli gjennomført. Søkestrategi steg for steg er detaljert beskrevet og dokumentert i Tabell 2 Søkestrategi og Søkedokumentasjon. Vi har foretatt flere "prøvesøk" og har fort funnet ut at vi ikke hadde luksusen av å velge mange eksklusjonskriterier. Derfor har vi valgt å ikke avgrense søket med publiseringsdato, språk osv., heller ikke krysse av for kun vitenskapelige tidsskrifter.

Tabell 2

Søkestrategi og Søkedokumentasjon

Søkeord	Medline	Cinhal
#1 (MH "Menopause+") OR (MH "Menopause, Premature")	62 597 emneord	23583 emneord
#2 Climacterium	268	24

	nøkkelord	nøkkelord
# 3 Surgical menopause	942 nøkkelord	323 nøkkelord
#4 Menopause symptoms	428 nøkkelord	330 nøkkelord
#5 #1 tom #4 OR	63 146	23820
#6 Cancer	2 980 269 nøkkelord	531223 nøkkelord
#7 (MH "Chemotherapy, Cancer+")	363 719 nøkkelord	38648 emneord
#8 Cancer treatment	85 552 nøkkelord	19817 nøkkelord
#9 Radiation	519 066 emneord	52683 emneord
#10 #6 tom #9 OR	3 439 466	575362
#11 #5 AND #10 -Patient	16 957	4726
#12 Nursing	262 955 emneord	897847 nøkkelord
#13 Nursing care	141 184 emneord	296494 emneord
#14 Nursing intervention	3296 nøkkelord	9810 emneord
#15 Patient education	107 611 nøkkelord	85566 emneord

#16 Health promotion	84 802 emneord	81508 emneord
#17 #12 tom #16 OR Intervention	477 372	956091
#18 #11 AND #17	164	164
#19 Quality of life	263 216 emneord	148838 emneord
#20 Wellness	37 115 nøkkelord	8717 emneord
#21 Psychological wellbeing	3 nøkkelord	35275 emneord
#22 Wellbeing or well-being or well being	12 634 nøkkelord	9503 nøkkelord
#23 Life quality	119 903 nøkkelord	66829 nøkkelord
#24 Health related quality of life	140 148 nøkkelord	76855 nøkkelord
#25 #19 tom #24 OR outcome	319 797	194226
#26 #18 AND #25	39	25

Søket i Cinhal er utført 15.april og i Medline- 17.april 2023.

3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Dalland (2021, s. 61) skriver dette: “Normen sier at presentasjonen av resultatene skal gjøres slik at den tillater kontroll, etterprøving og kritikk”. Under utvelgelsen av artiklene funnet i

søk har vi derfor benyttet oss av inklusjons- og eksklusjonskriterier. Utvelgelsen vises steg for steg i Flytskjema, som er plassert under.

Tabell 3

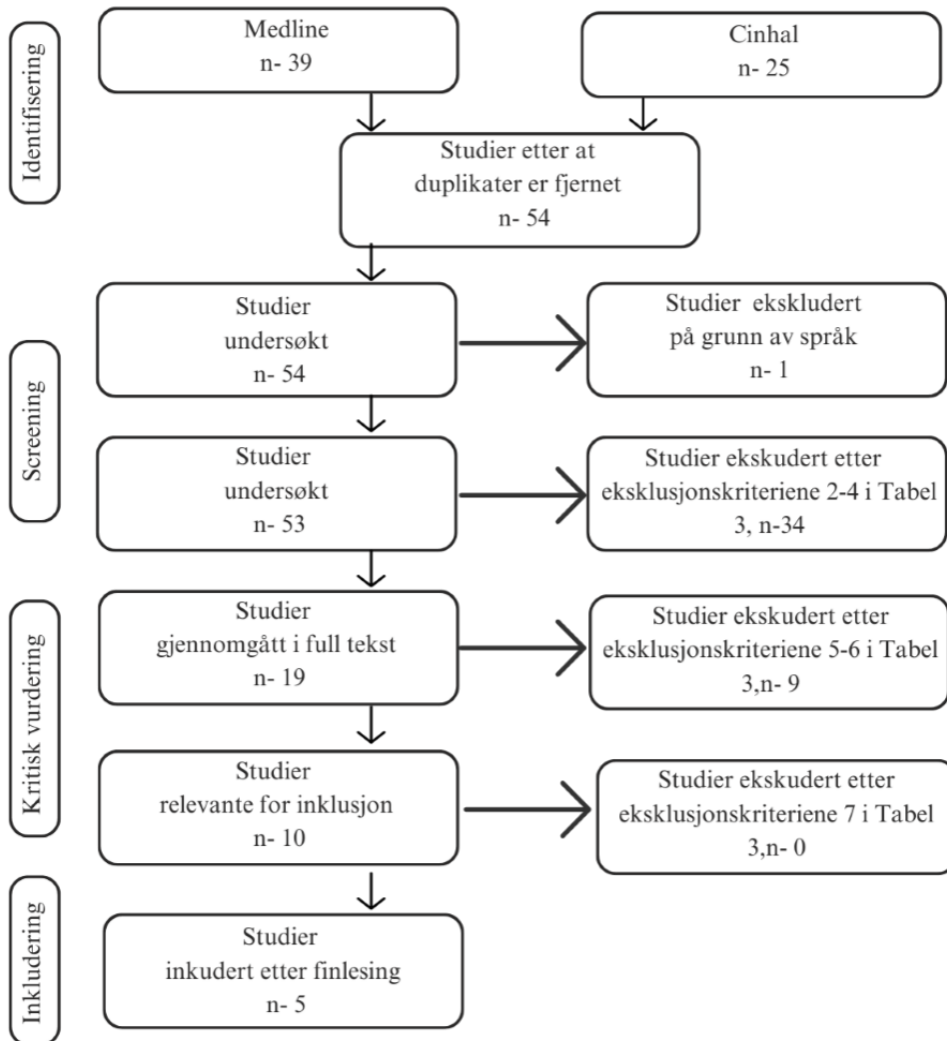
Inklusjons/Eksklusjonskriterier

	Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
1.	Artikler på Engelsk eller et annet skandinavisk språk	Artikler på andre språk
2.	Enkeltstudier	Fagartikler, rapporter, kronikker, litteraturoppsummeringer, osv.
3.	Handle om livskvalitet	Ikke handler om livskvalitet
4.	Handle om kunstig overgangsalder	Handler om naturlig overgangsalder
5.	Inkluderer kvinner i pre- eller perimenopause per behandlingstidspunkt	Ekskluderer kvinner i postmenopause per behandlingstidspunkt *
6.	Sykepleier relevans	Ikke relevante for sykepleiere
7.	Fagfellevurdert	Ikke fagfellevurdert

*Vi har valgt å inkludere en studie der studiedeltagere var en blandet gruppe av pre- og postmenopausale kvinner, og post –menopause var definert som amenoré (manglende menstruasjon) i 6 måneder eller lengre.

Utvelgelsesprosessen er presentert i et flytskjema under.

Flytskjema for utvelgelsesprosessen



3.4 Kritisk vurdering av vitenskapelige artikler

Kritisk vurdering betyr at man sjekker artikkelens gyldighet, kvalitet på metode som ble benyttet, og om studieresultater kan overføres til praksis (Helsebiblioteket, 2021). Ved vurdering av studier brukte vi Nortvedt *et al*, 2107 og sjekklister for kritisk vurdering av studier utarbeidet av Helsebiblioteket (Helsebiblioteket, 2021). Studiene skal være relevante til oppgavens problemstilling. For å finne ut om artikkelen hadde klar formulering av problemstillingen og hadde studiedesignet velegnet til å besvare problemstillingen, har vi skimlest sammendrag, formål og konklusjon. Relevante artikler ble lest i full tekst.

Metodekapitlene ble gjennomgått etter sjekklister avhengig av designet som ble benyttet. Studiene relevante for inklusjon ble finlest. Studiene skulle være fagfellevurdert, ha god litteraturliste og ikke bli påvirket av økonomiske, politiske eller andre faktorer. Hovedfunnene i artiklene skulle komme klart frem, resultatene i studiene skulle være sykepleierelevante og kunne overføres til praksis. En av studiene vi har valgt er fra 2000, men vi har vurdert denne artikkelen som fremdeles relevant, og resultatene tilsvarer senere funn.

3.5 Redegjørelse for analyse av artiklene.

Alle de valgte artiklene ble analysert videre og satt inn i tabeller. I tabellen ble artikkelen presentert og delt inn i kategorier; herunder hensikt, metode, resultater og konklusjon. På denne måten fikk vi raskt oversikt over om metodene deres undersøkte relevant teori til vår oppgave. Vi fikk undersøkt om deres hensikt passet til vår problemstilling og om deres resultater ga svar på vår problemstilling. Resultatene måtte gi svar på enten ett eller flere av disse kategoriene: livskvalitet hos pasienter i kunstig overgangsalder, sykepleiers veiledende funksjon og tiltak for å bedre kvinnenens livskvalitet. Dalland (2021, s. 63) skriver at det er ikke nok at kildene er relevante; det er et grunnleggende krav til at data er relevant for problemstillingen.

4.Resultater

4.1 Presentasjon av resultatene

Studie 1.

Tittel	Menopausal symptoms, sexual function, depression, and quality of life in Korean patients with breast cancer receiving chemotherapy.
Forfattere	Hyojung Park og Hyeon Gyeong Yoon, forskere ved Ewha Womans University.
Publiseringsår	2013

DOI	10.1007/s00520-013-1815-6
Tidsskrift	Supportive Care in Cancer- fagfelleverdert akademisk tidsskrift innen feltet Onkologi.
Hensikt	Hensikten med denne studien var å undersøke sammenheng mellom symptomer på menopause, seksuell dysfunksjon, depresjon og livskvalitet hos kvinner med brystkreft under behandlingen med kjemoterapi.
Metode	<p>Kvantitativ.</p> <p>Tverrsnittstudie med 200 deltakere, rekruttert fra Senteret for brystkreft på Seoul Universitetssykehus. Kvinnene var over 18 år gamle og hadde ikke kommet i menopausen før behandlingen.</p> <p>Kvinnene selvrapporterte deres svar. Data fra spørreskjemaer ble statistisk analysert og korrelert til livskvalitet.</p>
Resultater og Konklusjon	<p>Gjennomsnittsscore på klimakteriske symptomer befant seg på nivå fra alvorlig til svært alvorlig. 73 % av studiedeltagere opplevde alvorlige symptomer, hvor symptomer ble gradert fra mest plagsomme til mindre plagsomme i følgende rekkefølge: fysiske, psykologiske og urogenitale.</p> <p>62% av kvinner i studien scoret lavere på FSFI (the Female Sexual Function Index) – skala enn gjennomsnittet.</p> <p>Gjennomsnittlig depresjonsfølelse lå på “mild” nivå.</p> <p>Livskvalitet lå gjennomsnittlig på 85,77 poeng av 144, hvor kvinnene scoret lavere på fysisk velvære, etterfulgt av velvære omkring det sosiale og familielivet, deretter emosjonell- og psykisk velvære.</p> <p>Forskere konkluderte med at det var sterkt samsvar mellom klimakteriske symptomer, depresjon, seksuell dysfunksjon og livskvalitet. Til tross for noen studiesvakheter som forskere opplyser om i diskusjonen, har de konkludert med at fysiske klimakteriske symptomer som kvinner opplevde både under og etter behandlingen påvirket livskvalitet i stor grad. Derfor understreker de viktigheten av symptoms kartleggingen, samt viktigheten av å gi pasientene tilstrekkelig informasjon. De refererer til tidligere studier</p>

	<p>som har vist at kvinner som fikk individuell psykososial støtte fra sykepleier opplevde symptomer i mindre grad. De understreker viktigheten av sykepleierens veiledende og undervisende rolle i denne prosessen.</p> <p>Seksuell dysfunksjon samsvarte med både depresjon og livskvalitet. Basert fra funn i denne studien og tidligere studier konkluderte forskere med at bedre seksuell funksjon kan ha positiv virkning på både psykisk helse og livskvalitet. Derfor bør sykepleiere tilby veiledning til kvinner og deres partnere med målet om å bedre sekslivet under og etter kreftbehandlingen.</p> <p>Kvinner som har fått sosial støtte fra familien og partnere opplevde mindre stress og rapporterte mildere symptomer. Sykepleiere bør derfor oppmuntre pårørende til å være aktive støttespillere og delta i pårørende gruppe.</p>
--	--

Studie 2.

Tittel	Cross-sectional survey of the health behaviour of southeast Queensland women with cancer-treatment induced menopause: implications for cancer and primary care nurses.
Forfattere	<p>Alexandra McCarthy, førstelektor ved Queensland Universitetet.</p> <p>Patsy Yates, professor ved Queensland Universitetet.</p> <p>Ramon Z. Shaban, professor ved Griffith Universitet i Brisbane.</p>
Publiseringsår	2013
DOI	10.1016/j.colegn.2012.09.004
Tidsskrift	Collegian -the Australian Journal of Nursing Practice, fagfelleurdert tidsskrift som formidler bredt spektrum av sykepleierrelevant kunnskap.
Hensikt	Kvinner som er satt i kunstig overgangsalder etter gjennomgått kreftbehandling har høyere langtids helserisiko og morbiditet. Dette kan forebygges med helsefremmende livsstil. Formålet med denne studien var å

	undersøke helseatferd hos yngre premenopausale kvinner satt i kunstig overgangsalder, og variablene (livskvalitet og psykiske plager) som antas å moderere helseatferd. Studiefunn skulle brukes som informasjonsgrunnlag i utarbeidelse av undervisnings- og veiledningsprogram med målet om å fremme helse og livskvalitet hos overnevnt pasientgruppe.
Metode	<p>Kvantitativ.</p> <p>Tverrsnittstudie med 85 deltagere som har gjennomgått kurativ behandling for bryst-, eggstokk- og blodkreft med kirurgi og/eller kjemoterapi og/eller stråling. Kvinner inkludert i studien ble satt i kunstig menopause på grunn av kreftbehandlingen.</p> <p>Det ble brukt ulike kartleggingsverktøy for å samle inn data.</p>
Resultater og Konklusjon	<p>Gjennomsnittsalder på studiedeltakerne var 40 år, noe som betyr at disse kvinnene kom i overgangsalder betydelig tidligere enn ved naturlig menopause.</p> <p>Totalt sett rapporterte studiedeltakerne dårligere helsestatus enn befolkningen i Australia generelt. 64% av studiedeltagere var mindre fysisk aktive enn anbefalt. En stor andel av kvinnene fulgte ikke anbefalinger om sunt kosthold.</p> <p>Studiedeltagere konsumerte mer alkohol enn det som var anbefalt.</p> <p>60% av studiedeltagere har rapportert vektreduserende forsøk. Kvinner som var overvektige og ble anbefalt å gå ned i vekt skåret lavere på livskvalitet. Vektøkning på grunn av behandlingsindusert menopause nevnes av forskere som spesielt bekymringsfull i det kvinner som behandles med høye doser av cytostatika har allerede høyere risiko for hjertesvikt.</p> <p>De som var fysisk aktive rapporterte bedre fysisk helse generelt. Resultatet av studien har vist sterk assosiasjon mellom selvrapportert generell helse og livskvalitet, de med bedre helse generelt rapporterte høyere livskvalitet.</p> <p>Forskere konkluderte med at yngre kvinner som er satt i kunstig overgangsalder etter endt kreftbehandling trenger undervisning og veiledning rettet mot fordeler med sunnere livsstil, som inkluderer fordeler</p>

	<p>med fysisk aktivitet og sunt kosthold, vektreduksjon og begrensning av alkohol. Yngre kvinner i kunstig menopause etter kreft bør informeres om negative langtids helseeffekter av behandlingen. Sykepleiere både i kommuner og spesialist- helsetjenesten har gode muligheter for å kunne avdekke informasjonsbehovet og gi veiledning og undervisning angående livsstilsfaktorer som kan fremme helse og livskvalitet.</p>
--	---

Studie 3.

Tittel	Fertility- and Menopause-Related Information Needs of Younger Women with a Diagnosis of Early Breast Cancer.
Forfattere	Thewes, B., Meiser, B., Taylor, A., Phillips, KA., Capp, A., Dalley, D., Goldstein, D., Baber, R. og Friedlander, M.L. Department of Medical Oncology, Prince of Wales Hospital, Australia.
Publiseringsår	2005
DOI	10.1200/JCO.2005.07.773
Tidsskrift	Journal of clinical oncology, fagfelleurdert akademisk tidsskrift innen feltet Onkologi.
Hensikt	Denne studien hadde som mål å kartlegge behovet for informasjon angående kunstig overgangsalder og fertilitet blant unge kvinner i tidlig stadium av brystkreft. Behandling av yngre kvinner med brystkreft med kjemoterapi og medikamentelt forårsaker uheldige gynekologiske endringer som kan føre til overgangsalder og infertilitet, noe som for mange kan være stressende, spesielt for de som hadde planer om å ha barn.
Metode	Kvalitativ 228 kvinner med brystkreft fra 12 ulike onkologiske klinikker i Australia deltok i studien. Deltagere var mellom 18 og 40 år gamle på diagnosetidspunktet. Forskere samlet deltakernes kliniske data. Deltakere selvrapporterte svar på spørreundersøkelser elektronisk.

<p>Resultater og Konklusjon</p>	<p>Resultater:</p> <p>71% av deltakerne diskuterte fertilitetsproblemer med helsepersonell under behandlingen. 86% av kvinner i studien diskuterte overgangsplager. Ifølge undersøkelsen var informasjonen om fertilitet viktigere på diagnosetidspunkt, og informasjonen om overgangsplager ble foretrukket under og etter behandlingen.</p> <p>Kvinner oppsøkte ulike faggrupper med helsepersonell for å samle nødvendig informasjon, inkludert sykepleiere. Ifølge forskere kan tverrfaglig samarbeid mellom flere grupper av helsepersonell være den beste løsningen for denne pasient gruppen. Individuelle konsultasjoner var foretrukket form for veiledning og undervisning, etterfulgt av informasjonsvideoer og brosjyrer. Internett og støttegrupper var minst foretrukket.</p> <p>De mest vanlige spørsmålene kvinnene lurte på var:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Om menstruasjonen stoper på grunn av behandlingen, og om den kommer tilbake etter behandlingen. -Hvilke symptomer og hvor raskt etter behandlingen man kan forvente klimakteriske plager. - Hva menopause betyr. - Alvorligheten av klimakteriske plager. - Hvordan man vet om man er i overgangsalderen. - Hvordan kunstig overgangsalder vil påvirke sexlivet. - Vil kunstig overgangsalder påvirke helse generelt. - Om det finnes behandling for klimakteriske plager. - Om prevensjon og fertilitet under behandlingen. - Kan man bli gravid etter behandlingen og om man kan forvente komplikasjoner.
--	--

	<p>Forskere understreker at informasjonsbehovet kan endre seg etter behandlingen, og det er viktig å ta opp dette teamet også under videre oppfølging.</p> <p>Kvinner som ble behandlet med endokrinterapi (inkludert kirurgisk fjerning av eggstokkene) og de som rapporterte dårligst livskvalitet, kan ha større informasjonsbehov angående klimakteriske plager under videre oppfølging.</p> <p>Forskere er enige i at det kreves bedre retningslinjer /måter for å tilfredsstille informasjonsbehovet angående fertilitet og kunstig overgangsalder hos yngre kvinner behandlet mot brystkreft.</p> <p>Forskere konkluderte med at yngre kvinner i kunstig overgangsalder, under og etter kreftbehandling ønsker å være velinformert.</p>
--	--

Studie 4.

Tittel	Managing menopausal symptoms in breast cancer survivors: results of a randomized controlled trial.
Forfattere	Patricia A. Ganz, onkolog ved University of California Gail A. Greendale, Laura Petersen, Laura Zibecchi, Barbara Kahn, Thomas R. Belin -forskere ved Universitetet i California.
Publiseringsår	2000
DOI	10.1093/jnci/92.13.1054
Tidsskrift	Journal of the National Cancer Institute, fagfelleurdert tidsskrift innen feltet Onkologi.
Hensikt	Formålet med studien var å undersøke effekten av et omfattende intervensjonsprogram for overgangsalder evaluering (i studien kalt CMA) for å oppnå lindring av symptomer på overgangsalder, øke livskvalitet og seksuell funksjon hos brystkreftoverlevende.

Metode	<p>Ved hjelp av en to-gruppe, randomisert kontrollert design, ble 76 postmenopausale brystkreftoverlevende med minst ett alvorlig målsymptom tildelt enten til intervensjonsgruppen eller til en vanlig omsorgsgruppe.</p> <p>CMA-intervensjonen, levert av en sykepleier, fokuserte på symptomvurdering, utdanning, rådgivning etter behov, spesifikke farmakologiske og atferdsmessige tiltak for hvert av de tre målsymptomene.</p> <p>Deltakerne deltok via selvrapporing.</p>
Resultater og Konklusjon	<p>Kvinnene som deltok i studien, var svært symptomatiske når det gjaldt menopausale symptomer. Hele 97 % slet med hetetokter, deretter var det 71 % som opplevde vaginal tørrhet, og 51 % opplevde stressinkontinens.</p> <p>Likevel rapporterte de brystkreftoverlevende kvinnene like høye verdier for livskvalitet som friske kvinner. Seksuell funksjon var den eneste som viste moderate problemer.</p> <p>Kvinnene som deltok i intervensjonen opplevde at deres menopausale symptomer ble betraktelig redusert etter å ha deltatt i intervensjonsgruppen, sett i forhold til kvinnene som deltok i den vanlige omsorgsgruppen. Deres seksuale funksjon forbedret seg aller mest. En del av intervensjonen var samtaler med deltakerne om hva kvinnen følte om seg selv, sin partner, kommunikasjon med partner. Det ble også tatt opp generelle aldersrelaterte endringer i seksualitet.</p>

Studie 5.

Tittel	<p>The experience of providing support about menopausal symptoms to women with breast cancer.</p>
Forfattere	<p>Susanne Cruickshank, forsker ved School of Nursing, Edinburgh Napier University.</p> <p>Alison Hume er spesialsykepleier ved Breast Unit, Western General Hospital.</p>

Publiseringsår	2014
DOI	10.1016/j.ejon.2013.08.001
Tidsskrift	European journal of oncology nursing, offisielt tidsskrift for den Europeiske Kreftsykepleierforeningen.
Hensikt	Hensikten med studien var å beskrive erfaringene og forventningene til både kvinner med brystkreft og helsepersonell som pleier dem, i forhold til håndtering av plager ved overgangsalder.
Metode	Kvalitativ, eksplorativ studie med en kombinasjon av fokusgrupper og dybdeintervjuer for å samle inn data fra kvinner med brystkreft og helsepersonell som behandlet dem.
Resultater og Konklusjon	<p>Det var 14 kvinner som deltok i alderen fra 40 til 70. Av disse 14 var 6 som ikke har kommet i overgangsalder før kreftbehandling. 4 andre hadde ikke merket noen symptomer på overgangsalder før kreftbehandling.</p> <p>Kvinnene som var i studien, følte seg psykologisk uforberedt på overgangen til menopause og symptomene som kom. De kunne huske at helsepersonell hadde varierende informasjon om overgangsalder før kreftbehandling ble startet, men deres fokus da var på å komme gjennom behandling og overleve.</p> <p>Resultatene viste at helsepersonell var varierende involvert i å prøve å håndtere overgangssymptomene til disse kvinnene. Helsepersonells tid og evne til å bygge et godt pasient-pleier forhold bidro til bedre veiledning til pasienten. Med et godt forhold turte pasienten å åpne seg opp og søkte råd hos helsepersonell omkring deres symptomer på overgangsalder.</p> <p>Helsepersonell beskrev også at de hadde manglende kompetanse på dette feltet, og at menopausale symptomer ofte ikke ble diskutert tverrfaglig.</p> <p>Studien viste at det manglet rutinemessig vurdering av overgangsplager og oppfølging omkring dette fra helsepersonells side. Kvinnene følte at de håndterte plagene bedre da de møtte riktig kompetanse og når de hadde et godt, trygt forhold til sykepleierne de møtte.</p>

4.2 Sammenfatning av resultatene

De fem artiklene som er inkludert i denne oppgaven setter søkelys på hvordan kvinner som er satt i kunstig overgangsalder etter kreftbehandling opplever sine klimakteriske symptomer. Studiene viser hvordan sykepleiers funksjon kan forbedre pasientens opplevelser av sine symptomer og hvordan en som sykepleier bør møte disse pasientene. Under resultatet vil tre hovedkategorier trekkes frem. De drøftes i kapittel 5.0.

4.2.1 Overgangsalder preger livskvaliteten

Alle de utvalgte vitenskapelige artiklene tar for seg hvordan kunstig igangsatt overgangsalder preger kvinnene. Forskningen viser at kvinnene opplevde sine overgangsplager som enten alvorlige eller svært alvorlige. Kvinnene graderte fysiske plagene som mest plagsomme, deretter de psykologiske og så de urogenitale (Park og Yoon, 2013). En studie utført ved Universitetet i California viste at omtrent alle slet med hetetokter, 71 % opplevde vaginal tørrhet og 51 % slet med stressinkontinens. Likevel scoret kvinnene med brystkreft likt som friske kvinner med tanke på livskvalitet i denne studien. På den annen side scoret kvinnene lavere sammenlignet med friske på seksuell funksjon (Ganz, *et al*, 2000). Den koreanske studien støttet dette, som viste at 62% av kvinner i studien scoret lavere på FSFI (The Female Sexual Function Index) – skala enn gjennomsnittet (Park og Yoon, 2013).

Forskingen viste at kvinnene opplevde lavere livskvalitet sammenlignet med friske kvinner. Målingene viste at kvinnene scoret lavere på fysisk velvære, etterfulgt av velvære omkring det sosiale- og familielivet, deretter emosjonell- og psykisk velvære, med lavest score på symptomer grunnet brystkreft. Forskerne konkluderte med at det er sterkt samsvar mellom klimakteriske symptomer, depresjon, seksuell dysfunksjon og livskvalitet (Park og Yoon, 2013). I en australsk studie rapporterte de 85 kvinnelige deltagere, som var satt i kunstig overgangsalder, en dårligere helse enn den generelle befolkningen i landet. 64% av studiedeltagere var mindre fysisk aktive enn anbefalt. En stor andel av kvinnene fulgte ikke anbefalinger om sunt kosthold og de konsumerte mer alkohol enn det som er anbefalt (McCarthy, Yates, Shaban, 2013).

4.2.2 Sykepleiers veiledende funksjon

Flere av kvinnene fulgte ikke generelle livsstils anbefalinger. Hva kan være grunnen til det? En felles nevner for alle deltakerne var at de følte seg psykologisk uforberedt på overgangsalderen og symptomene som kom. Flere av kvinnene kunne huske at helsepersonell hadde bistått med informasjon i forkant, men at de på det tidspunktet i behandlingen ikke hadde overskudd til å tenke på det som kom etterpå. Kvinnene følte at de håndterte overgangsplagene bedre når de ble møtt av kompetente sykepleiere, som de kunne bygge gode relasjoner til (Cruickshank og Hume, 2014). Viktigheten av sykepleiers veiledende og undervisende funksjon bekreftes. Studiene viser at kvinnene som fikk individuell psykososial støtte fra sykepleier opplevde symptomer i mindre grad (Park og Yoon, 2013). Sykepleiere både i kommune- og spesialisthelsetjenesten har gode muligheter for å kunne avdekke informasjonsbehovet og gi veiledning og undervisning angående livsstilsfaktorer som kan fremme helse og livskvalitet (McCarthy, Yates, Shaban, 2013). Det manglet rutinemessig vurdering av overgangsplager og oppfølging omkring dette fra helsepersonells side. Helsepersonell følte ofte at de manglet kunnskap om overgangsalder og emnet ble lite diskutert tverrfaglig (Cruickshank og Hume, 2014). Gitt at sykepleiere var involverte, bygde gode relasjoner og ga individuell tilpasset veiledning økte kvinnenes livskvalitet (Park og Yoon, 2013).

4.2.3 Hvordan fremme livskvalitet?

I møte med kompetente sykepleiere og god oppfølging i etterkant av behandling bidro til økt livskvalitet. Individuelle samtaler var foretrukket form for veiledning og undervisning, etterfulgt av informasjonsvideoer og brosjyrer (Thewes *et al*, 2005). 76 kvinner med brystkreft deltok totalt i en intervensjon. Halvparten av gruppen mottok vanlig oppfølging etter kreftbehandling, mens de andre deltok i intervensjonsprogrammet. Kvinnene som deltok i intervensjonsgruppen opplevde at deres menopausale symptomer ble betraktelig redusert, sett i forhold til den andre gruppen på slutten av studieperioden. Intervensjonen ble levert av en sykepleier som konsentrerte seg om symptomvurdering, utdanning, rådgivning etter behov, spesifikke farmakologiske og atferdsmessige tiltak for å bedre symptomene. Deres seksuelle funksjon forbedret seg aller mest.

Sykepleiere gjennomførte samtaler med deltakerne i intervensjonsgruppen om hva kvinnen

følte om seg selv, sin partner, kommunikasjon med partner, og tok opp generelle aldersrelaterte endringer i seksualitet (Ganz *et al*, 2000).

Forskere er enige i at det kreves bedre retningslinjer for å dekke informasjonsbehovet omkring kunstig overgangsalder hos kvinner behandlet mot brystkreft og andre former for gynekologisk kreft. Det er behov for undervisning og veiledning rettet mot fordeler med sunnere livsstil, som inkluderer fordeler med fysisk aktivitet og sunt kosthold, vektreduksjon og begrensning av alkohol. De som var fysisk aktive rapporterte bedre fysisk helse generelt, dermed økt livskvalitet. Yngre kvinner i kunstig menopause etter kreft bør informeres om negative langtids helseeffekter av behandlingen (McCarthy, Yates, Shaban, 2013). God veiledning om seksuell funksjon var veldig viktig, da flere av kvinnene meldte om seksuell dysfunksjon. Dårlig seksuell helse ble satt i sammenheng med depresjon og lav livskvalitet. Kvinnene som mottok god veiledning til både seg selv og partner viste å ha positiv effekt på deres livskvalitet (Park og Yoon, 2013).

5. Diskusjon

Her diskuteres resultat opp mot relevant faglitteratur for å prøve å svare på problemstillingen: Hvordan kan sykepleier fremme livskvalitet hos kvinner satt i kunstig overgangsalder etter kreftsykdom?

5.1 Overgangsalder preger livskvaliteten

Ganz *et al* (2000) studie med brystkreftoverlevende viste at de scoret høyt på klimakteriske symptomer, men de opplevde like god livskvalitet som friske kvinner. I kontrast har Park og Yoon (2013) konkludert med at de fysiske klimakteriske symptomer som kvinner opplever både under og etter behandlingen påvirker livskvalitet i stor grad. Kvinnene opplevde lavere livskvalitet i forhold til friske kvinner. Livskvalitet lå gjennomsnittlig på 85,77 poeng av 144. Forskningen til McCarthy, Yates og Shaban (2013) støtter konklusjonen da deres 85 studiedeltakere rapporterte dårligere helse enn befolkningen generelt i Australia.

Målinger viste lavere score på det fysiske, psykiske, det sosiale og familielivet. Forskere kunne se sammenheng mellom symptomer på overgangsalder og depresjon, samt på lavere

seksuell funksjon og livskvalitet (Park og Yoon, 2013). Hetetokter, nattesvette, søvnforstyrrelser, psykisk ubalanse og hodepine er plager en ofte forbinder med overgangsalder. Hvilke plager hver enkelt kvinne får varierer. Enkelte får mindre plager, mens andre får langvarige og store plager (Gamnes, 2016).

Forskning viser at kvinner som er satt i kunstig overgangsalder har høyere langtids helserisiko og morbiditet. Symptomer på overgangsalder danner grunnlag for økt sjanse for å utvikle blant annet benskjørhet og koronarsykdom, som beskrevet i 2.1.3. Studier viser at kvinner som følger anbefalinger omkring fysisk aktivitet, kosthold og alkoholinntak økte deres livskvalitet på tross av overgangsalder (McCarthy, Yates, Shaban, 2013). Fysisk aktivitet vil på flere ulike måter være positivt for vår helse. All aktivitet vil være helsefremmende og helseforebyggende. Aktivitet virker også lindrende og rehabiliterende. Ikke bare øker en sin muskelstyrke og bevegelighet, men det forbedrer også vår psyke. Det sees sammenheng mellom fysisk aktivitet og god psykisk helse. Det forebygger mot depresjon, reduserer angstsymptomer og bidrar til bedret kognitiv funksjon (Skaug, 2016).

Allikevel vet man at for å være i aktivitet kreves det mentale og fysiske ressurser (Skaug, 2016). Pasienter som har gjennomgått kreftbehandling opplever ofte seneffekter, deriblant fatigue. Fatigue, som er en type utmattelse, påvirker pasientens livskvalitet, og hvile og søvn gir ofte ikke bedring (Lorentsen og Grov, 2017). Kunstig overgangsalder, spesielt hos yngre kvinner, kan gi kraftigere menopause symptomer. En kan tenke seg at kombinasjonen av overgangsplager og andre seneffekter vil påvirke pasientens mentale og fysiske ressurser, og at aktivitet dermed blir vanskeligere å gjennomføre (Kreftlex, 2023d).

Etter endt behandling opplevde over halvparten av kvinnene lavere seksuell funksjon. Dette resulterte i lavere selvtillit, velværefølelse og livskvalitet. God seksuell funksjon forbedret kvinnenens livskvalitet og psykiske helse (Park og Yoon, 2013). Kvinner kan etter kreftbehandling få tørre slimhinner eller sammenvoksingers, og disse problemene forsterkes ved overgangsalder (Lorentsen og Grov, 2017). Enkelte mener at seksuell aktivitet er nødvendig både for fysisk og psykisk helse og velvære. Andre mener man kan leve et like godt liv uten sex. Seksuell lyst er individuelt og varierer gjennom livets løp (Gamnes, 2016). WHO definerer seksuell helse som: “integrering av somatiske, emosjonelle, intellektuelle og sosiale aspekter av seksuell væren på en måte som er positivt berikende, og som fremmer personlig utvikling, kommunikasjon og kjærlighet” (WHO sitert i Gamnes, 2016). Seksuell lyst påvirkes både av det fysiske og psykiske (Gamnes, 2016).

5.2 Sykepleiers veiledende funksjon

Symptomer på overgangsalder preget kvinnenes psyke, dette gjenspeilet også de vitenskapsartiklene. Artiklene brukt i denne oppgaven viser at kvinnene følte seg psykisk uforberedt til overgangsalderen. En kreftpasient tenker først og fremst på å komme gjennom behandlingen og overleve. Derfor tenkte de lite på hva som kommer etter endt behandling. Kompetansen til helsepersonellet de møtte hadde alt å si, for hvor god informasjon de mottok og hvorvidt de turte samtale med sykepleier omkring tema: overgangsalder. Som skrevet tidligere er overgangsalder fortsatt tabu. For at pasienten skal kunne åpne seg opp om sine plager, må hun føle seg trygg på sykepleieren (Cruickshank og Hume, 2014). Som sykepleier er det viktig å bli god på å skape relasjoner. Sykepleiers kommunikasjonsferdigheter innebærer blant annet aktiv lytting og evnen til å vise empati. Det kreves god relasjonsbygging for at pasienten skal føle seg trygg nok til å dele personlige erfaringer. Enkelte temaer er vanskeligere å prate om, som overgangsalder og seksualitet. Disse temaene kan være vanskelige å prate om, også for sykepleier. Likevel kan ikke sykepleier reservere seg mot å prate om sensitive temaer. Har pasienten behov for å prate, skal sykepleier lytte. Pasientene forventer som oftest ikke at sykepleier skal komme med en løsning, det er ofte nok at noen lytter (Heyn, 2016).

Studiene viste at overgangsplager ble lite diskutert tverrfaglig, og det manglet rutinemessige vurderinger av overgangsplager og oppfølging omkring dette etter endt behandling. I tillegg følte helsepersonell at de manglet kompetanse på dette feltet (Cruickshank og Hume, 2014). Uten kunnskap om kroppens normale funksjon og oppbygning, og om sykdomslæren får en ikke ytet god sykepleie og omsorg ovenfor sine pasienter (Nortvedt og Grønseth, 2017). Sykepleier har selv ansvar for å utvikle sin kompetanse og bedrive fagutvikling. Sykepleier skal selv etterspørre og delta i opplæring for å kunne gi faglig forsvarlig sykepleie. Det faglige behovet endrer seg også etter samfunnets utvikling (Kristoffersen *et al*, 2016). Cruickshank og Humes (2014) forskning viser at helsepersonell var varierende involvert i hjelpe disse pasientene med symptomshåndtering. På tross av at sykepleier har ansvar for egen læring, kom det også frem at emnet overgangsalder og plagene det medbringer ble lite diskutert tverrfaglig. Spørsmålet er dermed om det mangler kompetanse i flere ledd i helsetjenesten, og at emnet har behov for større fokus. Kan det være at mangelen på kompetanse bidro til at sykepleiere var varierende involvert ovenfor denne pasientgruppen?

Eller var det mangelen på retningslinjer i etterkant av behandling som skapte så store forskjeller for hvilken oppfølging pasient mottok?

Ved mistanke om kreft starter som regel utredningen hos fastlegen. Fastlegen henviser videre til spesialisttjeneste for videre utredning, og pasient tar da del i pakkeforløp for kreft.

Pakkeforløpet inneholder utredning, behandling og oppfølging (Helsedirektoratet, 2016b).

Imidlertid opplever 70-80 %, av alle kreftpasienter, at de har et udekket informasjonsbehov i etterkant omkring seneffekter. Av disse har 50 % søkt på internett for informasjon. Pasientene følte at helsevesenet ikke lenger tok ansvar så fort behandlingen var gjennomført.

Hovedutfordringen så ut til å handle om manglende kompetanse blant helsepersonell omkring livet etter kreft og seneffekter. I tillegg følte pasientene at rutinekontrollene i etterkant handlet kun om dokumentasjon – de dokumenterer det pasientene sier, men de handler ikke. Dermed savnet pasientene råd og veiledning (Bærheim, 2018).

I pakkeforløpet beskrives oppfølgingen i etterkant, altså kontrollene, som individuelle. Det beskrives at pasient bør få informasjon om mulige seneffekter og eventuelle tiltak (Helsedirektoratet, 2016c).

Bør det legges opp til et mer standardisert opplegg for å sikre at alle pasienter mottar nødvendig oppfølging? Kvinnene følte at de håndterte sine symptomer bedre når de mottok god veiledning og oppfølging fra kompetente sykepleiere (Cruickshank og Hume, 2014).

Park og Yoon (2013) konkluderer likt; kvinner som mottok veiledning og individuell psykososial støtte fra sykepleier opplevde symptomer i mindre grad. Ganz *et al* (2000) undersøkte denne teorien. De utførte en studie der 76 kvinner deltok. Halvparten av kvinnene mottok vanlig oppfølging i etterkant, mens resten deltok i en intervensjon. Under

intervensjonen, som var sykepleierstyrt, mottok kvinnene symptomvurdering, veiledning, rådgivning etter behov, farmakologiske og sykepleietiltak for menopausale symptomer.

Kvinnene som deltok i intervensjonen rapporterte at deres menopausale symptomer ble kraftig redusert, i forhold til gruppen som mottok vanlig oppfølging.

Per dags dato finnes det flere universitetssykehus med seneffekt-poliklinikker; deriblant på St. Olavs Hospital, Radiumhospitalet og Universitetssykehuset Nord-Norge (i Tromsø).

Klinikkene tar imot voksne kreftoverlevende, som avsluttet kreftbehandling for minst ett år siden, med uttalte, komplekse og/eller sammensatte seneffekter (Oslo universitetssykehus, u.å).

Hvilke seneffekter kategoriseres som uttalte og komplekse? Vil kreftoverlevende med kraftige menopausale symptomer få hjelp ved disse klinikkene? Eller bør det opprettes nye oppfølgingsprogram spesielt for dette? Ganz *et al* (2000) intervensjonsprogram var som skrevet sykepleiestyrt, og oppnådde gode pasientresultater. Kan det være aktuelt med sykepleiestyrt oppfølging til denne pasientgruppen?

De valgte studiene er hentet fra Australia, Skottland, USA og Sør-Korea. Noe som viser at dette er et internasjonalt problem (Ganz *et al*, 2000; Thewes *et al*, 2005; Park og Yoon, 2013). Flere fagartikler vi refererer til i oppgaven viser at dette også er et problem i Norge. Bærheim (2018) beskriver blant annet at kreftpasienter savner råd og veiledning fra helsepersonell etter endt kreftbehandling. Vistad (2018) beskriver at pasientene synes det er vanskelig å dele sine problemer på etterkontrollene, da de synes legen virker så travel.

5.3 Hvordan fremme livskvalitet?

Kreftoverlevende som deltok i intervensjonen opplevde en markant bedring av deres menopausale symptomer (Ganz *et al*, 2000). Dersom en skulle startet et nytt, standardisert oppfølgingsprogram for kvinner som er satt i kunstig overgangsalder er det flere sykepleietiltak som viser effekt. Cruickshank og Humes (2014) studie viste at det aller viktigste var at sykepleier viet pasienten god tid og trygghet. Med en god relasjon turte pasienten å åpne seg opp om sine plager. Thewes *et al* (2005) viste at kvinnene foretrakk individuelle samtaler ved veiledning. Deretter ønsket de informasjonsvideoer og brosjyrer. Under samtalene ønsket kvinnene å få råd om hvordan overgangsalder arter seg, hvilke symptomer en kan forvente og hvilke tiltak man kan gjøre for å forbedre eventuelle symptomer. De lurte også på hvordan menopausale symptomer påvirker helse generelt, også langsiktig. McCarthy, Yates, Shabans (2013) sin forskning viste at kvinnene også hadde behov for veiledning omkring livsstilsfaktorer som kan forbedre helse og livskvalitet. Veiledning rettet mot fordeler med sunnere livsstil, som inkluderer fordeler med fysisk aktivitet og sunt kosthold, samt råd om vektreduksjon og alkoholkonsum dersom nødvendig. Vistad (2018), som er overlege ved Sørlandet sykehus, anbefaler å opprettholde eller øke sin fysiske aktivitet etter endt kreftbehandling da det kan øke livskvaliteten. Hun viser til at flere studier på brystkreftpasienter har vist at moderat fysisk aktivitet blant annet fører til bedre prognose.

McCarthy, Yates, Shaban (2013) beskriver at kvinnene som levde aktive liv og hadde et sunt kosthold scoret høyere på livskvalitet, tross overgangsplager.

Park og Yoon (2013) så sammenheng mellom seksuell dysfunksjon og dårligere livskvalitet, og oppfordret til bedre veiledning omkring seksuell helse – til både pasient og eventuell partner. Ganz *et al* (2000) viste i sin intervensjon at veiledning hadde god effekt. I samtale med sykepleier pratet deltakerne om hva de følte om seg selv, sin partner, deres kommunikasjon med partner og tok opp generelle aldersrelaterte endringer i seksualitet. Etter intervensjonen var det deres seksuale funksjon som forbedret seg aller mest. Gamnes (2016) viser til PLISSIT-modellen. PLISSIT står for: Permission, Limited Information, Specific Suggestions og Intensive Therapy. Der Permission er det første nivået og Intensive Therapy er det fjerde. Langhelle *et al* (2021) forteller at PLISSIT-modellen inviterer pasienten inn i den seksuelle samtalen. Det kan være vanskelig for helsepersonell å starte en slik samtale, og det vies alt for lite oppmerksomhet til seksuell helse. Helse- og omsorgsdepartementet har skrevet en strategiplan for hvordan helsepersonell kan bli flinkere til å gjennomføre samtaler om seksuell helse. I denne planen har de beskrevet at alt helsepersonell bør kunne håndtere de to første trinnene i PLISSIT-modellen. Nettopp fordi seksuell helse er en viktig del av deres livskvalitet.

Individuelle samtaler var det kvinnene foretrakk, mens nettsider og støttegrupper var det de likte minst. Individualisert sykepleie krever at hver enkelt pasient får opplegg tilpasset dem. Likevel må sykepleien følge aksepterte, satte standarder. Utfordringen med slik sykepleie er hvorvidt pasient og pleier oppnår god kontakt og tillit. For at slik sykepleie skal fungere må en ha god kommunikasjon og innlevelse, et personlig engasjement for å handle på en måte som ivaretar pasients grunnleggende behov og integritet og at en likevel opprettholder sin profesjonelle rolle (Kirkevold, 2016).

Studiene viste også at kvinner som mottok støtte fra familie og partnere rapporterte mildere symptomer og mindre stress. Sykepleiere burde derfor ha familien i fokus, og oppfordre de pårørende til delta aktivt i oppfølgingen. En kan oppfordre til å delta i pårørende gruppe (Park og Yoon, 2013). Pårørende gir ofte den viktigste hjelpen og er god følelsesmessig støtte til pasienten. Hvem som er den pårørende varierer, men det er som oftest fra nær familie. De pårørende ønsker ofte å bli inkludert, men også de har behov for nærvær og kunnskap fra sykepleier (Grov, 2016).

5.4 Faglige implikasjoner

Som beskrevet i kapittel 5.2 ønsket pasientene tettere oppfølging fra sykepleiere. De kunne erindre at de hadde fått noe veiledning omkring overgangsalder i forkant av kreftbehandlingen, men at dette ikke var riktig tidspunkt for de å dra nytte av kunnskapen. Thewes *et al* (2005) beskriver hvordan det kreves bedre retningslinjer og metoder for å imøtekomme informasjonsbehovet omkring kunstig overgangsalder hos yngre kvinner. Cruickshank og Hume (2014) støttet denne påstanden. Studien deres viste at kvinner som møtte kompetente sykepleiere under oppfølging opplevde å håndtere sine overgangssymptomer bedre. McCarthy, Yates og Shaban (2013) viser til at sykepleiere i både kommune- og spesialisthelsetjenesten er i gode posisjoner til å veilede og undervise kvinnene. Hvordan skal kvinnene komme i kontakt med sykepleierne? Skal de bli henvist fra fastlege eller skal det være en oppgave for kreftkoordinator i kommunen? Dersom det ikke er en standard på oppfølgingen, vil det være tilfeldig om kvinnene får den oppfølgingen de har behov for. I kapittel 5.2 hevdet Bærheim (2018) at pasienter følte de møtte på manglende kompetanse og mangelfull veiledning i deres oppfølgingstimer. Helsepersonell brukte mye av kontrollene til å dokumentere, mens pasienten følte seg ikke lyttet til og fikk ikke svar på deres spørsmål. Det finnes per dags dato flere klinikker for pasienter som opplever seneffekter etter kreft, men for å henvises dit kreves det komplekse eller uttalte seneffekter, og det må ha gått ett år siden endt kreftbehandling (Oslo universitetssykehus, u.å). Flere kvinner vil kanskje dermed ikke få dette tilbudet. I tillegg kan overgangssymptomene ha gitt mange plager og dårligere livskvalitet i løpet av det året. Bør det opprettes sykepleierstyrt oppfølging til denne pasientgruppen, som kan bli en standard etter endt kreftbehandling? Og bør det finnes videreutdanning til sykepleiere, med mulighet for spesialisering innenfor overgangsalder? Eller bør videreoppfølging og behandling av seneffekter av gynekologisk kreftbehandling inkluderes i pakkeforløp? Bærheim (2018) konkluderer i sin artikkel at sykepleiere trenger mer kunnskap om seneffekter og hvordan det påvirker de yngre sitt liv. På den annen side har Bærheim en annen løsning: Bør kreftsykepleierne øke sin kompetanse om seneffekter? Med andre ord er det flere måter en kan løse den mangelfulle veiledningen.

6. Konklusjon

Gjennom denne oppgaven har vi undersøkt hvordan sykepleier kan veilede og støtte pasienter som er satt i kunstig overgangsalder, slik at de oppnår økt livskvalitet. Det kommer frem av studiene at kvinnene opplever mangelfull oppfølging etter endt kreftbehandling. Kvinnene føler at helsepersonell mangler kompetanse omkring symptomer på overgangsalder, og at deres veiledning dermed ble mangelfull. De følte at sykepleier var mer opptatte av å dokumentere, enn å faktisk lytte til pasienten og veilede deretter. Kvinnene kunne huske at de hadde mottatt noe informasjon omkring seneffekter i forkant og underveis i kreftbehandlingen, men at de på dette tidspunktet ikke hadde overskudd til å ta til seg informasjonen. De ønsker dermed bedre veiledning og undervisning i etterkant av behandling.

Per dags dato er pakkeforløpet omkring kreftdiagnoser sentrert omkring utredning og behandling, mens oppfølgingen blir beskrevet som individuelt og ved behov. Studien viser at kvinnene har behov for et mer standardisert opplegg i etterkant, som også tar hensyn til individuelle forskjeller. Forskningen viser at kvinner som mottok god og kompetent oppfølging i etterkant omkring sine menopausale symptomer opplevde økt livskvalitet og symptomsmestring. Individuell veiledning var det foretrukne. De ønsker råd om tiltak for å bedre sine symptomer, de ønsker livsstilsveiledning, seksualundervisning sentrert om menopausale plager og aldersforandringer og de ønsker støtte. Ikke minst hadde de behov for undervisning omkring hvordan overgangsalder arter seg, hvilke symptomer enn kan forvente og hvordan symptomene vil påvirke helsen generelt og langsiktig. Å få møte trygge sykepleiere, som klarte å bygge gode relasjoner og aktivt lytte, var viktigere enn selve kompetansen. Slik oppfølgingen er per nå følte pasientene at helsepersonell ikke lenger sto til ansvar for dem etter endt behandling, og at de ikke hadde nok tid til å lytte.

Seksuell helse ble ofte glemt av helsepersonell. Flere av kvinnene opplevde seksuell dysfunksjon etter å ha blitt satt i kunstig overgangsalder, noe som preget deres livskvalitet. Pasienter som mottok veiledning om seksuell helse, ofte sammen med partner, opplevde økt livskvalitet. Sykepleiere må bli flinkere til å kartlegge pasientenes seksuelle helse og deres behov for veiledning.

Arbeidet med denne oppgaven har gjort oss mer klar over betydningen av å møte kompetente sykepleiere for å oppnå god veiledning. Vi ser også klare mangler i oppfølgingen til denne

pasientgruppen, da det er svært varierende oppfølging. Flertallet beskriver kontrollene i etterkant som mangelfulle, og at det er behov for mer kunnskap hos helsepersonell omkring disse seneffektene.

I løpet av vår utdanning som sykepleier har vi følt en mangel på undervisning omkring kvinnehelse, da også overgangsalder. Vi ser også at pensumlitteratur belyser temaet kvinnehelse og overgangsalder i en liten grad. Dette synes vi viser et kunnskapshull i utdanningen, med rom for forbedring. Kvinnehelse er nå sterkere på agendaen og sykepleiers kompetanse bør følge samfunnets utvikling.

7. Litteraturliste

Bastøe, L. K. H. og Frantsen, A. (2016) Behovet for søvn og hvile, i Grimsbø, G.H (red.) *Grunnleggende sykepleie 2. Grunnleggende behov og helse*. 3 utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, s. 347-367.

British Menopause Society (2021a) *What is menopause. Information for GPs and other health professionals*. Tilgjengelig fra: <https://thebms.org.uk/wp-content/uploads/2022/12/17-BMS-TfC-What-is-the-menopause-NOV2022-A.pdf?fbclid=IwAR0k4al0iEfrVxiBJf7lLbHvPngWOpi0fFOk7Inhfs0gwEYqzi33pHnp-4k> (Hentet: 1.april 2023).

British Menopause Society (2021b) *Surgical menopause*. Tilgjengelig fra: <https://thebms.org.uk/wp-content/uploads/2023/01/13-BMS-TfC-Surgical-Menopause-JAN2023-A.pdf> (Hentet 3.april 2023).

Bærheim, A.L. (2018) Helsepersonell mangler kunnskap om senefeffekter. Unge kreftpasienter savner råd og veiledning fra helsepersonell om hva de kan forvente i tiden etter behandlingen, *Sykepleien*, 106(72213), s.124.doi:10.4220/Sykepleiens.2018.72213

Cruickshank, S. og Hume, A. (2014) The experience of providing support about menopausal symptoms to women with breast cancer, *European journal of oncology nursing: the official journal of European Oncology Nursing Society*, 18(1), s. 110-117. doi: 10.1016/j.ejon.2013.08.001

Dalland, O. (2021) *Metode og oppgaveskriving*. 7 utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Endocrine Society (2022a) *Hormones and menopause. What you need to know*. Tilgjengelig fra: https://www.endocrine.org/-/media/endocrine/files/patient-engagement/hormones-and-series/hormones_and_menopause_what_you_need_to_know.pdf (Hentet 15.april 2023).

Endocrine Society (2022b) *Menopause signs and symptoms*. Tilgjengelig fra: <https://www.endocrine.org/menopausemap/signs-and-symptoms/index.html> (Hentet 4.apri 2023).

Eriksen, S. (2016) Menneskets psykososiale behov, i Grov, E.M og Holter, I.M (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utg. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 887-905.

Gamnes, S. (2016) Seksualitet og helse, i Grimsbø, G.H (red.) *Grunnleggende Sykepleie 2.Grunnleggende behov*. 3.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s.374-388.

Ganz, P.A. *et al.* (2000) Managing menopausal symptoms in breast cancer survivors: results of a randomized controlled trial, *Journal of the National Cancer Institute*,92(13), s. 1054-1054. doi: 10.1093/jnci/92.13.1054

Grov, E. K. (2016) Om å være pårørende, i Knutstad, U. (red.) *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie*. 4 utg. Oslo: Cappelen Damm, s. 327-345.

Helsebiblioteket (2021) *Sjekklistor*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor> (Hentet:29.desember 2022).

Helsedirektoratet (2016a) *Oppfølging og kontroll av brystkreft*. Tilgjengelig fra: [Oppfølging og kontroll av brystkreft - Helsedirektoratet](#) (Hentet: 18. April 2023).

Helsedirektoratet (2016b) *Pakkeforløp på kreftområdet*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/generell-informasjon-for-alle-pakkeforloepene-for-kreft/pakkeforlop-pa-kreftområdet> (Hentet: 6.mai 2023)

Helsedirektoratet (2016c) *Oppfølging og kontroll av livmorkreft*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/livmorkreft/oppfolging-og-kontroll-av-livmorkreft> (Hentet: 7.mai 2023).

Helsedirektoratet (2021) *Seneffekter etter kreftbehandling*. Tilgjengelig fra: https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/seneffekter-etter-kreftbehandling/Seneffekter%20etter%20kreftbehandling.pdf/_/attachment/inline/3d984c2a-7926-4d1a-a5f0-06d48fe7c95f:f3e498d059734ff34b013c1c206877e488e95600/Seneffekter%20etter%20kreftbehandling.pdf (Hentet: 2. april 2023).

Helse Norge (2020) *Overgangsalder: Hva er det?* Tilgjengelig fra: [Overgangsalder \(menopause\) - Helsenorger](#) (Hentet: 18. november 2022).

Heyn, L. (2016) Kommunikasjon-menneskets grunnleggende behov for å forstå og blitt forstått, i Grov, E.M og Holter, I.M (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utg. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 363-395.

Håkonsen, K.M (2017) *Psykologi og psykiske lidelser*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kirkevold, M. (2016) Karakteristika ved sykepleiepraksis-sykepleiens møte med ulike typer situasjoner, i Grov E.M og Holter, I.M (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utg. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 193-208.

Kreftforeningen (2022) *Tidlig overgangsalder hos kvinner*. Tilgjengelig fra: [Tidlig overgangsalder hos kvinner - Kreftforeningen](#) (Hentet: 18. April 2023).

Kreftforeningen (2023) *Ventetider og pakkeforløp*. Tilgjengelig fra: [Ventetider og pakkeforløp - Kreftforeningen](#) (Hentet: 18. April 2023).

Kreftflex (2023a) *Plutselig overgangsalder*. Tilgjengelig fra: https://www.kreftflex.no/KSPROSEDYRERFASE1/Oppfolging/Plutselig-overgangsalder_G?SearchText=overgangsalder&containsFaq=False (Hentet: 6. januar 2023).

Kreftflex (2023b) *Bevacizumab (Avastin)*. Tilgjengelig fra: <https://kreftflex.no/Tykk-og-endetarmskreft/ProsedyreFolder/BEHANDLING/Cellegift/Tykk-og-endetarm-Avastin?lg=ks&containsFaq=False&CancerType=Tykktarm> (Hentet 7. april 2023).

Kreftflex (2023c) *Behandling med aromatasehemmere ved brystkreft*. Tilgjengelig fra: <https://www.kreftflex.no/Brystkreft/ProsedyreFolder/BEHANDLING/Cellegift/med-bryst-aromatasehemmere?lg=ks&CancerType=Bryst&containsFaq=False> (Hentet: 7. april 2023).

Kreftflex (2023d) *Fysisk aktivitet og trening under og etter kreftbehandling*. Tilgjengelig fra: https://kreftflex.no/Brystkreft/ProsedyreFolder/BEHANDLING/Cellegift/Fysisk_aktivitet_trening?lg=ks&containsFaq=False&CancerType=Bryst (Hentet: 4. mai 2023).

Kristoffersen, N.J. (2016) Helse og sykdom – utvikling og begreper, i Grimsbø, G. H. (red.) *Grunnleggende sykepleie 1. Fag og profesjon*. 3 utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, s. 29-79.

Kristoffersen, N.J *et al* (2016) Hva er sykepleie? Sykepleie- fag og funksjoner, i Grimsbø, G.H. (red) *Grunnleggende sykepleie 1.Fag og profesjon*. 3 utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, s. 15-28.

Langhelle, T.H. *et al* (2021) Sykepleiere kan hjelpe pasientene til bedre seksuell helse, *Sykepleien*, 109(83207), s.34-41.doi:10.4220/Sykepleiens.2021.83207

Lorentsen, V.B og Grov (2017) Generell sykepleie ved kreftsykdommer, i Almås, H.(red.) *Klinisk Sykepleie 2*. 5.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, s. 397-436.

McCarthy, A., Yates, P. og Shaban, R.Z. (2013) Cross-sectional survey of the health behaviour of southeast Queensland women with cancer-treatment induced menopause: implications for cancer and primary care nurses, *Collegian -the Australian Journal of Nursing Practic*,20(4), s. 223-231. doi: 10.1016/j.colegn.2012.09.004

Moen, M. H. (2019) *Dette er tidlig overgangsalder*. Tilgjengelig fra: Dette (Hentet: 6. januar 2023).

Møller, K. og Risberg, T. (2014) *Følte meg som en 80-åring*. Tilgjengelig fra: [– Følte meg som en 80-åring – NRK Livsstil – Tips, råd og innsikt](#) (Hentet: 18. november 2022).

Norsk gynekologisk forening (2021) *Overgangsalder(menopause)*. Tilgjengelig fra: <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-gynekologi/overgangsalder-menopause/> (Hentet: 1. april 2023).

Norsk Helseinformatikk (2021) *Seksuelle problemer i overgangsalderen*. Tilgjengelig fra: [Seksuelle problemer i overgangsalderen \(nhi.no\)](#) (Hentet 5.mai 2023)

Norsk legemiddelhåndboka (2016) *Østrogen*. Tilgjengelig fra: https://www.legemiddelhandboka.no/L14.1.1/Legemidler_i_gynekologien (Hentet: 15.04.2023).

Nortvedt M.W. *et al* (2017) *Jobb kunnskapsbasert!* 2. utg. Oslo: Cappelen Damm AS.

Nortvedt, P. og Grønseth, R. (2017) Klinisk sykepleie – funksjon, ansvar og kompetanse, i Almås, H, (red.) *Klinisk sykepleie 1*. 5 utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 17-37.

Oslo Universitetssykehus (u. å) *Seksjon for seneffekter*. Tilgjengelig fra: [Seksjon for seneffekter - Oslo universitetssykehus \(oslo-universitetssykehus.no\)](https://www.oslo-universitetssykehus.no/om-oss/saksjon-for-seneffekter) (Hentet: 7.mai 2023).

Park, H. og Yoon, H. G. (2013) Menopausal symptoms, sexual function, depression, and quality of life in Korean patients with breast cancer receiving chemotherapy, *Supportive Care in Cancer*, 21(9), s. 2499-2507. doi: 10.1007/s00520-013-1815-6

Poniatowski, B.C., Grimm, P., Cohen, G. (2001) Chemotherapy-Induced Menopause: A Literature Review, *Cancer Investigation*, 19(6), s. 641-648. doi: org/10.1081/CNV-100104292

Prante *et al* (2022) *Dette er en dag for kvinnekraft*. Tilgjengelig fra: [- Dette er en dag for kvinnekraft \(sykepleien.no\)](https://www.sykepleien.no/nyheter/dette-er-en-dag-for-kvinnekraft) (Hentet: 6. januar 2023).

Reppen, N. K. (2022) *Ny allianse satser på kvinnehelse*. Tilgjengelig fra: [Ny allianse satser på kvinnehelse \(sykepleien.no\)](https://www.sykepleien.no/nyheter/ny-allianse-satser-pa-kvinnehelse) (Hentet: 18. november 2022).

Rustøen, T. (2016) Livskvalitet og velvære, i Knutstad, U. (red.) *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie*. 4. utg. Oslo: Cappelen Damm, s. 80-107.

Sand, O. *et al* (2016) *Menneskekroppen, Fysiologi og anatomi*, 2.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 490-520.

Skaug, E.A. (2016) Aktivitet, i Grimsbø, G.H (red.) *Grunnleggende Sykepleie 2.Grunnleggende behov*. 3.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s.314-334.

Thewes, B. *et al* (2005) Fertility- and Menopause-Related Information Needs of Younger Women with a Diagnosis of Early Breast Cancer, *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 23(22), s. 5155-5165.
doi: 10.1200/JCO.2005.07.773

Tveit, M. S. og Borge, O. J. (2022) Slik får vi bedre forskning på kvinnehelse, *Khrono.no*. Tilgjengelig fra: [Slik får vi bedre forskning på kvinnehelse \(khrono.no\)](https://www.khrono.no/nyheter/slik-far-vi-bedre-forskning-pa-kvinnehelse) (Hentet: 6. januar 2023).

Vangen, S. (2019) Tre myter om overgangsalderen, *Forskersonen.no*. Tilgjengelig fra: [Tre myter om overgangsalderen \(forskning.no\)](https://www.forskersonen.no/nyheter/tre-myter-om-overgangsalderen) (Hentet: 13. April 2023).

Vistad, I. ((2018) Oppfølging etter kreftbehandling – på tide å tenke nytt, *Sykepleien.no*. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2018/11/oppfolging-etter-kreftbehandling-pa-tide-tenke-nytt> (Hentet 8.mai 2023).

Womens Health (2022a) *Menopause symptoms and relief*. Tilgjengelig fra: <https://www.womenshealth.gov/menopause/menopause-symptoms-and-relief> (Hentet 3.april 2023).

Womens Health (2022b) *Menopause and your health*. Tilgjengelig fra: <https://www.womenshealth.gov/menopause/menopause-and-your-health> (Hentet 3.april 2023).

Womens Health (2022c) *Early or premature menopause*. Tilgjengelig fra: <https://www.womenshealth.gov/menopause/early-or-premature-menopause> (Hentet 7.april 2023).

Womens Health Concern (2020) *Hysterectomy*. Tilgjengelig fra: <https://www.womens-health-concern.org/wp-content/uploads/2022/12/13-WHC-FACTSHEET-Hysterectomy-NOV2022-B.pdf> (Hentet:7.april 2023).

