

Synne Dokken
Adele Marie Bruun

Brystkreft og seksuell helse

- *Å leve med senvirkninger*

Bacheloroppgave i Sykepleie
Veileder: Elin Stikbakke
Mai 2024

Synne Dokken
Adele Marie Bruun

Brystkreft og seksuell helse

- Å leve med senvirkninger



Bacheloroppgave i Sykepleie
Veileder: Elin Stikbakke
Mai 2024

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



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Tittel:	Brystkreft og seksuell helse - <i>Å leve med senvirkninger</i>	Dato:	23.05.2024
Forfattere:	Adele Marie Bruun Synne Dokken		
Veileder:	Elin Stikbakke		
Nøkkelord:	Breast Neoplasms, Nurses & Sexuality		
Antall sider/ord:	Antall vedlegg: 0		
42 / 7517			

Bakgrunn: Brystkreft utgjør den hyppigste kreftformen blant kvinner. Nyere behandling har medført stadig bedre overlevelse, men gjør også at kvinner må leve et liv hvor senvirkninger etter sykdom og behandling kan påvirke deres seksuelle helse. Seksuell helse utgjør et av menneskets grunnleggende behov, og svikt i dette behovet kan utfordre kvinners selvbilde, identitet og livskvalitet.

Hensikt: Litteraturstudien belyser det grunnleggende behovet seksuell helse hos brystkreftpasienter, og undersøker hvordan sykepleiers helsefremmende funksjon kan bidra til å ivareta behovet.

Metode: Dette er en litteraturstudie som baserer seg på kvalitativ og kvantitativ forskningslitteratur, nasjonale retningslinjer, yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere og annen relevant pensumlitteratur. Dette skal bidra til å belyse, problematisere og besvare problemstillingen. Forskningsartiklene er hentet fra databasene PubMed og Cinahl.

Resultater: Forskningsartiklene avdekket fire hovedfunn: 1) Brystkreftpasienter har et informasjonsbehov som ofte ikke blir møtt av sykepleiere, 2) Barrierer hindrer sykepleiere fra å ta opp seksuell helse, 3) Et behov for kompetanseheving hos sykepleiere vedrørende adressering av seksuelle utfordringer og 4) Pasientene trenger undervisning og veiledning for å kunne mestre behandlingsrelaterte bivirkninger.

Konklusjon: Kvinner opplever mangelfull informasjon fra helsepersonell vedrørende seksuell helse. Det finnes en rekke barrierer som utfordrer sykepleiers initiativ til å diskutere seksuell helse med brystkreftpasientene. Økt kunnskap og kompetanse hos sykepleiere kan bidra til bedre ivaretagelse av kvinnens seksuelle helse. Undervisning og veiledning utgjør en viktig del av sykepleiers helsefremmende rolle, og kan danne en viktig forutsetning/grunnlag for at kvinnen skal kunne mestre behandlingsrelaterte bivirkninger.

Abstract

Title:	Breast cancer and sexual health - <i>Living with long term effects</i>	Date:	23.05.2024
Authors:	Adele Marie Bruun Synne Dokken		
Supervisor:	Elin Stikbakke		
Keywords:	Breast Neoplasms, Nurses & Sexuality		
Number of pages/words:	Antall vedlegg: 0		
42 / 7517			
<p>Background: Breast cancer constitutes the most frequent form of cancer among women. Newer forms of treatment have resulted in better survival, but also mean that women have to live a life where late effects after treatment can affect their sexual health. Sexual health constitutes an important basic need, and failure to meet this need can challenge women's self-image, identity, and quality of life.</p> <p>Purpose: This literature study illuminates the nurses' health-promoting function and ability to take care of sexual health in breast cancer patients.</p> <p>Method: This literature study is based on qualitative and quantitative research articles, national guidelines, professional ethical guidelines for nurses and other relevant curriculum literature which contributes to illuminate, question, and answer the issue. The articles are obtained from the databases PubMed and Cinahl.</p> <p>Results: The research articles uncovered four main findings: 1) Breast Cancer patients have an information need that is not met by nurses, 2) Barriers prevent nurses from addressing sexuality, 3) A need for increased knowledge among nurses regarding addressing sexual challenges and 4) Patients need teaching and guiding to be able to control treatment-related side effects.</p> <p>Conclusion: Women experience inadequate information from nurses related to sexual health. There are several different barriers which lead the nurses not taking the initiative to talk about sexual health. Increased knowledge and competence among nurses can lead to better care for women's sexual health. Teaching and guidance form an important part of the nurse's health-promoting role, which can form an important prerequisite for the women to be able to cope with treatment-related side effects.</p>			

Innholdsfortegnelse

1 Innledning	4
1.1 Introduksjon av tema	4
1.2 Bakgrunn for valg av tema	4
1.3 Oppgavens formål	5
1.4 Presentasjon og avgrensning av problemstillingen	5
2.1 Brystkreft	6
2.2 Seksuell helse	7
2.3 Brystkreftens påvirkning på seksuell helse	7
2.4 Sykepleiers funksjon i et helsefremmende perspektiv	8
2.5 PLISSIT-modellen som et kommunikasjonsverktøy	10
3 Metode	11
3.1 Valg av metode	11
3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	12
3.3 Litteratursøk og søkehistorikk	13
3.4 Søketabletter	15
3.5 Flytskjema	17
4.1 Artikkelmatrise	19
4.2 Sammenfatning artikler	26
4.3 Faktorer som kan påvirke seksuell helse hos brystkreftpasienter	26
4.4 Sykepleiers sentrale rolle i møte med brystkreftpasienter	27
4.5 Livet etter utskrivelse	28
5 Drøfting	28
5.1 Faktorer som kan påvirke seksuell helse hos brystkreftpasienter	28
5.2 Sykepleiers helsefremmende funksjon	32
5.3 Livet etter behandling	36
5.4 Svakheter og styrker ved litteraturstudien	37
6 Konklusjon	38
Kildehenvisning	39

1 Innledning

1.1 Introduksjon av tema

Brystkreft, cancer mammae, utgjør den klart hyppigste kreftformen blant kvinner, både i Norge og internasjonalt (Sørensen et al., 2021, s. 437). Nye behandlingsformer har gitt bedre overlevelse, men har også medført at mange kvinner må leve med seneffekter som kan påvirke deres seksuelle helse, og dermed også deres livskvalitet (Sørensen et al., 2021, s. 440). Livskvalitet kan defineres som en subjektiv opplevelse av å leve et godt og meningsfullt liv (Rannestad & Haugan, 2016, s. 29). Helse utgjør en viktig komponent av livskvaliteten, som kan påvirke både positivt og negativt.

Seksualitet er et grunnleggende behov som utgjør en viktig del av menneskelivet. Det er viktig at sykepleiere innehar en bred forståelse av begrepet og erkjenner at seksualitet har med helse å gjøre (Borg, 2010, s. 122). Det er derfor viktig at sykepleiere retter oppmerksomheten mot senvirkninger som kan ramme dette området av kvinnens liv. Seksualitet blir ofte betraktet som en privatsak, og blir sjeldent tatt opp (Gamnes, 2021, s. 515). Grunnet senvirkninger av kreftbehandlingen er det viktig at sykepleier innehar kunnskaper om seksuell helse, for å forberede kvinnen på behandlingsrelaterte bivirkninger før utskrivelse.

1.2 Bakgrunn for valg av tema

Oppgaven belyser hvordan behandling for brystkreft påvirker kvinners seksuelle helse, og hvordan sykepleiers helsefremmende funksjon kan bidra til å ivareta kvinnens seksuelle helse. Gjennom utdannelsen har vi lært at seksuell helse er en viktig del av menneskelivet og rommer mye mer enn man først tenker. Det er derfor viktig å inkludere dette i utøvelsen av sykepleien. Likevel opplever vi at temaet får liten oppmerksomhet både gjennom utdannelsen og i klinisk praksis. Dette er grunnen til at vi ønsket å ta et dypdykk i tematikken og undersøke hvordan man som nyutdannet sykepleier kan rette oppmerksomheten mot seksuell helse. Grunnen til at vi landet på brystkreft er fordi det er den vanligste kreftformen som rammer kvinner. Det er både lærerikt og interessant å utforske hvilke tiltak sykepleier kan iverksette for å hjelpe denne pasientgruppen, da man vil kunne møte brystkreftpasienter på flere ulike områder i helsevesenet.

1.3 Oppgavens formål

Hensikten med litteraturstudien er å belyse det grunnleggende behovet seksuell helse hos brystkreftpasienter, og hvordan sykepleier kan ivareta dette med sin helsefremmende funksjon. Siden seksuell helse er en fundamental del av menneskelivet, ønsker vi å løfte opp og belyse dette viktige, men ofte underkommuniserte temaet. Gjennom oppgaven ønsker vi å undersøke hvorfor temaet er underkommunisert og diskutere mulige løsninger som gjør at temaet kan løftes mer frem i dagens helsevesen. Vi har en tanke om at funnene som belyses i oppgaven kan være overførbare til andre deler av helsevesenet, da seksuell helse ofte vil påvirkes ved sykdom og er en stor del av pasientenes liv.

1.4 Presentasjon og avgrensning av problemstillingen

Problemstilling:

Hvordan kan sykepleier sin helsefremmende funksjon bidra til å ivareta kvinnens seksuelle helse i siste del av kurativ behandling for cancer mammae?

Problemstillingen retter fokuset mot sykepleiers helsefremmende funksjon, og hvordan denne kan ivareta seksuell helse hos brystkreftpasienter. Problemstillingen avgrensner oppgaven til kvinner som er i siste fase av kurativ behandling for cancer mammae. Pasientene vi fokuserer på nærmer seg endt behandling og utskrivelse, og skal leve et liv videre preget av god livskvalitet. Oppgaven tar utgangspunkt i hvordan sykepleiere på sykehus kan forberede pasienten på livet som venter etter behandling. Forskning peker på at kvinner opplever begrenset tilgang på informasjon og manglende oppfølging fra helsepersonell rundt seksuell helse, både under og etter behandling. Oppgaven belyser derfor sykepleiers undervisende og veiledende funksjon i et helsefremmende perspektiv.

2 Teoretisk forankring

2.1 Brystkreft

Brystkreft, cancer mammae, utgjør en ondartet svulst i brystkjertelen (Sørensen et al., 2021, s. 438). Kreftregisteret (2023) viser at 4224 kvinner i Norge fikk påvist brystkreft i 2022. Det finnes en rekke disponerende faktorer. Blant disse finner vi kjønn, alder og livsstilsfaktorer. Det vanligste symptomet er at kvinnen oppdager en eller flere kuler i brystet eller i armhulen. Andre symptomer kan være sår som ikke vil gro, hudforandringer eller endret utseende i brystområdet. Typisk diagnostikk av brystkreft innebærer at kvinnen må gjennom mammografi, klinisk undersøkelse av brystet og en vevsprøve.

Den viktigste behandlingsmetoden for brystkreft er kirurgi (Sørensen et al., 2021, s. 442). Dette utføres alene eller i kombinasjon med cytostatika, strålebehandling og endokrin behandling. Behandlingen vil avhenge av størrelse og eventuell spredning. Kirurgi innebærer enten brystbevarende behandling eller mastektomi. Brystbevarende behandling innebærer at svulsten fjernes sammen med så mye omkringliggende brystvev som mulig. Dersom svulsten er større enn 5 cm, og det er flere svulster i brystet, utføres mastektomi. Mastektomi, ablatio mammae, innebærer fjerning av hele brystet. De fleste sykehus tilbyr rekonstruksjon av brystet samtidig med fjerningen.

Pakkeforløp for brystkreft er innført som et strategisk tiltak av Helsedirektoratet for å sikre gode og adekvate behandlingsforløp. Det skal bestå av oppdatert kunnskap og inneholder ulike føringer med tanke på behandlingsstart og -strategi, samt generell informasjon om virkninger og bivirkninger av behandlingen (Lorentsen & Grov, 2021, s. 398). I kapittel 5 i pakkeforløpet finnes informasjon om støttetiltak og sykepleie, som underbygger viktigheten av sykepleiers ansvar for å ivareta pasientens grunnleggende behov som blir berørt av sykdom og behandling (Helsedirektoratet, 2016).

2.2 Seksuell helse

Helse- og omsorgsdepartementet har utarbeidet en strategi for seksuell helse, og definerer begrepet som fysisk, mentalt og sosialt velvære relatert til seksualitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 7). Seksualitet påvirker helsen vår, og omfatter følelser, tanker og handlinger samt det fysiologiske og fysiske. God kunnskap om kropp og seksualitet kan føre til tryggere seksuell identitet og sunne handlingsmønstre. Samtidig er det viktig med positive holdninger og følelser til egen kropp. Mange betrakter seksuell helse som en privatsak. Når sykdom og behandling medfører uheldige bivirkninger for pasientens seksualitet, vil dette påvirke både helse og livskvalitet (Gamnes, 2021, s.515).

De senere årene har seksuell helse fått økende oppmerksomhet, men en utfordring som trekkes frem er manglende oppmerksomhet rundt seksuell helse i behandling og oppfølging av sykdom (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s.10). Det vektlegges særlig mangelfull tilgang på god informasjon og veiledning rundt seksuell helse, samt senvirkningene som følger av sykdom og behandling. Dette gjør det viktig at sykepleiere har kunnskap om seksuell helse slik at temaet får oppmerksomhet (Gamnes, 2021, s.515). Samtidig har pasienten en lovfestet rett til å få informasjon rundt senvirkninger som vil påvirke den seksuelle helsen. Pasientens rettigheter vedrørende informasjon om helsetilstand, om helsehjelpen og mulige bivirkninger er forankret i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-2 (Lovdata, 1999). Det er viktig å vurdere situasjonen ut fra pasientens perspektiv, da pasienten ikke nødvendigvis har samme behovet for informasjon som sykepleier (Lorentsen & Grov, 2021, s. 418).

2.3 Brystkreftens påvirkning på seksuell helse

Andelen overlevende etter brystkreft har økt de siste årene (Sørensen et al., 2021, s. 440). Dette skyldes tidlig diagnostikk og nye behandlingsformer. Dette medfører at kvinner må leve med bivirkninger som påvirker deres livsutfoldelse og livskvalitet, ofte flere år etter behandlingen er avsluttet. Kreftbehandling vil nesten alltid få konsekvenser for pasientens seksuelle helse (Borg, 2010, s. 123). Cytostatikabehandling kan medføre konsekvenser for hormonproduksjonen, noe som kan føre til tidlig menopause hos yngre, eller økte problemer hos eldre kvinner som allerede

er i overgangsalderen. En slik behandling vil også ofte medføre hårtap, noe som kan ha negativ virkning på deres seksuelle helse. Mange kreftpasienter rammes av kronisk tretthet, fatigue, som i stor grad kan påvirke både lyst og evne til et seksuelt samliv.

Mastektomi kan medføre at kvinner føler seg mindre verdt som seksualpartner. Selve inngrepet kan oppleves dramatisk, og gir synlige forandringer. Dessuten anses kvinnens bryster som et viktig symbol på både femininitet og seksualitet i vår kultur, og for mange kan det å miste et bryst bety at de ikke føler seg som fullverdig kvinne (Sørensen et al., 2021, s. 446). Dette kan medføre en følelse av mindreverd. Opplevelsen av å ikke kunne gi seksualiteten det samme uttrykket som tidligere grunnet de fysiske forandringene behandlingen kan føre med seg, kan bli en trussel mot selvbildet (Schjølberg, 2010, s. 135). Det kan være svært utfordrende å leve med et endret kroppsbilde, og det kan i stor grad virke inn på kvinnens livskvalitet. Mange kvinner kan oppleve depresjon og angst i lang tid etter operasjonen (Sørensen et al., 2021, s. 440). Andre vanlige bivirkninger omfatter hudforandringer, kvalme og brekninger, vekttap eller vektøkning og nedsatt libido, som alle kan medføre seksuelle utfordringer og påvirke kvinnens livskvalitet.

2.4 Sykepleiers funksjon i et helsefremmende perspektiv

En sykepleier har fagspesifikke funksjoner og ansvar å forholde seg til som skal prege måten man tilnærmer seg og ivaretar pasienter på (Nortvedt & Grønseth, 2021, s.22). For at kvaliteten skal være god, er evnen til å ivareta sitt faglige ansvar viktig i utøvelsen av sykepleie. De direkte pasientrettede oppgavene er forebyggende, helsefremmende, behandlende, lindrende og rehabiliterende funksjoner. Det norske helsevesenet bygger på en helhetlig tilnærming, der personsentrert omsorg skal være grunnleggende verdier i sykepleieutøvelsen (Kristoffersen, 2021, s. 113). Dette handler om å se mennesket som unikt og uerstattelig. Pasientens individuelle behov og erfaringer bør stå sentralt, og pasienten bør behandles som mer enn bare et sykdomstilfelle.

Sykepleier som helsefremmende funksjon innebærer å iverksette tiltak og handlinger som setter pasienten i stand til å få økt kontroll over sin egen helse (Kristoffersen et al., 2021, s. 19). Dette innebærer utvikling av pasientens personlige kompetanse og ferdigheter. Helsefremming er nært tilknyttet begrepet empowerment, som kan betraktes som et rammeverk for helsefremming

(Tveiten, 2020, s. 33). Kontroll kan oppnås gjennom aktiv deltagelse i beslutninger og handlinger vedrørende egen helse og sykdom, med et formål om å styrke evnen til selvstendige valg. På dette grunnlaget kan man si at empowerment innebærer evnen til å ta ansvar for egen helse, men samtidig anerkjennelse av egen kompetanse.

Helsefremming kan danne et viktig grunnlag for mestring, som handler om en opplevelse av å ha krefter til å møte utfordringer og en følelse av å ha kontroll over eget liv (Kristoffersen, 2021, s. 262). Sosiologen Antonovsky ser mestring som summen av pasienters ressurser og en opplevelse av sammenheng, OAS (Tveiten, 2020, s. 21-22). For at pasienten skal oppleve mestring, kreves det en forståelse av egen situasjon og for hvilke ressurser man har. OAS oppstår når pasienten opplever egen situasjon forståelig og håndterlig, og en tilværelse som oppleves meningsfull. Som helsefremmende funksjon skal sykepleier ivareta og styrke de ressursene og det potensialet som fremmer helse og velvære, både i pasienten selv og hennes omgivelser. Sykepleiers ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom og lidelse inngår i de yrkesetiske retningslinjene § 2-1 (NSF, 2023).

Undervisning og veiledning er nødvendig for at sykepleier kan fungere som helsefremmende funksjon for pasienten. Den undervisende sykepleiefunksjonen innebærer ansvaret for å informere, undervise og veilede pasienter, og også kollegaer og studenter. Ansvaret er forankret i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere § 1-3 (NSF, 2023). Hensikten med undervisning av pasienter er å fremme trygghet og forståelse rundt sykdom og egen helse (Kristoffersen et al., 2021, s. 23). Studier viser at veiledning og undervisning av pasienter bidrar til bedret helse og livskvalitet (Kristoffersen, 2021, s. 262). Undervisning og veiledning tilknyttet mestring av senvirkninger er svært viktig for å ivareta den seksuelle helsen hos brystkreftpasienter (Reitan, 2021, s. 110). Som sykepleier i møte med pasienter med kreft, er det viktig å tilrettelegge for undervisning og veiledning slik at pasienten aktivt kan ta del i helsefremmende tiltak som kan bidra til mestring i hverdagen (Reitan, 2021, s. 110). En rekke faktorer kan påvirke sykepleiers mulighet til å undervise og veilede pasienter.

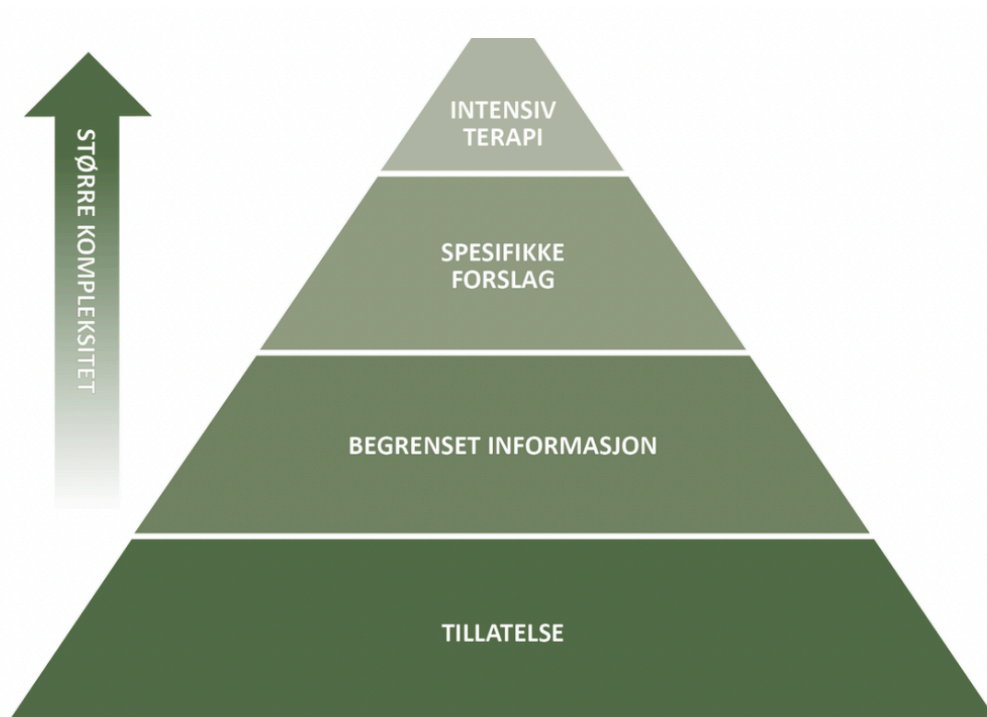
2.5 PLISSIT-modellen som et kommunikasjonsverktøy

Seksuell helse er et tabubelagt tema som mange sykepleiere unngår å ta opp med pasientene. Når helsepersonell unngår å prate om dette, vil det bidra til å styrke både fordommer og myter rundt kreftpasienters seksuelle helse (Borg, 2010, s. 126). Derfor bør sykepleiere være nysgjerrig og legge til rette for åpenhet, samt være klar over egne holdninger og verdier til tematikken. Under veiledning i seksuell helse for kreftpasienter er det viktig at man som sykepleier har kunnskap om både fysiske og psykiske utfordringer som følger med brystkreftbehandling, samt senvirkningene som påvirker seksuell helse. Sykepleiers kommunikasjonsferdigheter i undervisning og veiledning er derfor viktig (Borg, 2010, s.127).

PLISSIT-modellen er et kommunikasjonsverktøy som sykepleiere kan benytte under veiledning i seksuell helse. Modellen brukes for å avdekke spørsmål og problemer knyttet til tematikken. Den er nyttig for å avklare hvilke problemer pasienten kan få hjelp med på et sykepleiernivå, eller for å vurdere om pasienten behøver hjelp mer spesialisert kompetanse (Gannes, 2021, s. 546).

PLISSIT-modellen er bygd opp av fire trinn: tillatelse, begrenset informasjon, konkrete forslag og intensiv terapi (Borg, 2010, s.127).

Tillatelse er det første trinnet i modellen, og innebærer at pasienten skal få muligheten til å sette ord på tanker og følelser rundt seksuell helse. I dette trinnet kan det holde at sykepleiere har en lyttende funksjon (Borg, 2010, s.127). Trinn to er *begrenset informasjon*, og viser til sykepleiers informasjonsplikt. Pasienten skal i utgangspunktet få informasjon uten å etterspørre dette. Det innebærer informasjon om sykdom, behandling og konsekvenser dette har på seksuell helse. Her kan pasienten få avklart misforståelser eller stille spørsmål som dukker opp knyttet til seksuell helse. Som sykepleier må man tilegne seg kunnskap slik at man er forberedt. Trinn tre er *konkrete forslag*. Her kan sykepleiere bistå med råd slik at pasienten kan oppleve mestring i situasjonen, og finne løsninger for det som kan fremme, opprettholde og utvikle god seksuell helse (Borg, 2010, s. 128). Siste trinnet er *intensiv terapi*. Det er for pasienter som har komplekse og større problemer relatert til seksuell helse, som ofte behøver mer spesialisert hjelp enn det en sykepleier kan bidra med (Borg, 2010, s. 129).



Figur 1. (Langhelle et al., 2021)

3 Metode

3.1 Valg av metode

En metode forteller oss noe om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap (Dalland, 2020, s. 53). Metoden blir på denne måten et redskap i møte med det som skal undersøkes. I denne oppgaven er litteraturstudie anvendt som metode. Oppgaven baseres på syv forskningsartikler, og egenvalgt pensumlitteratur av relevans som kan bidra til å belyse og problematisere oppgavens problemstilling. Databasene som er benyttet er PubMed og Cinahl.

Artiklene som er anvendt i oppgaven er både kvalitative og kvantitative. Dette gir en bred forståelse da kvantitative metoder gir data i form av målbare enheter, mens kvalitative metoder har fokus på å fange opp meninger og opplevelser som ikke lar seg måle eller tallfeste (Dalland, 2020, s. 54). De kvalitative artiklene anvendt i oppgaven belyser både pasientens og sykepleiers erfaringer og opplevelser tilknyttet teamet. I en av artiklene er begge metodene benyttet, da den inkluderer både åpne og lukkede spørsmål i en nettbasert spørreundersøkelse. De kvantitative

artiklene tar utgangspunkt i et større antall deltakere, og gir dermed en bred forståelse. Til gjengjeld blir det lite detaljert informasjon, men man får en oversikt over hvor mange som mener noe om et tema.

3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

I forkant av det strukturerte søket vurderte vi hvilke kriterier som skulle inkluderes og ekskluderes. Dette bidro til at søket ble avgrenset så mye som mulig.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none">· Kvinner som gjennomgår eller har gjennomgått kurativ behandling for brystkreft· Engelske og norske artikler· Fagfellevurderte artikler· Artikler med IMRAD-struktur· Artikler som er relevant til oppgavens problemstilling· Kvalitative og kvantitative artikler· Artikler som fokuseres rundt relasjonen mellom sykepleier og pasient	<ul style="list-style-type: none">· Artikler som har hovedvekt på parrelasjoner· Artikler spesifikt rettet mot unge pasienter med brystkreft· Artikler før år 2000· Artikler med menn med brystkreft

3.3 Litteratursøk og søkehistorikk

Forskningsartiklene er i hovedsak hentet fra databasen PubMed. De resterende er hentet fra Cinahl. I tillegg har vi brukt nettressurser som Sykepleien, Brystkreftforeningen, regjeringens sider og Helsedirektoratet for ytterligere kunnskap til oppgaven, samt pensumlitteratur av relevans. I søkeprosessen har vi anvendt PICO-skjema. Dette har bidratt til å strukturere søket og holde fokuset rettet mot oppgavens problemstilling. Søket har basert seg på P, pasient/problem, og I, intervensjon/tiltak (Helsebiblioteket, 2021). Før vi reduserte til tre søkeord hadde vi flere relevante begreper i PICO-skjemaet hvor vi også hadde begreper i gruppen O, utfall. De ulike begrepene vi prøvde ut før vi valgte de endelige søkeordene kunne kombineres med OR. Senere kunne begreper fra ulike felt kombineres med AND, som ga et helhetlig søk.

Søket ble begrenset til begrepene “Breast Neoplasms”, “Sexuality” og “Nurses”, kombinert med AND. Dersom vi forsøkte å legge til enda et begrep, for eksempel “Communication” eller “Quality of Life”, ga søket svært få eller ingen resultater. Vi forsøkte å legge til flere begreper i samme gruppe og benytte “OR”, men dette ga heller ingen gode søk. Etter å ha prøvd ulike kombinasjoner, landet vi på tre, som ga oss gode og relevante artikler. De tre begrepene vi har søkt med, utgjør emneord i både Cinahl og PubMed. Begrepene ble også benyttet som nøkkelord for å sikre at alle artiklene som inkluderer søkeordene kom opp i søket. Søkertabellene er illustrert nedenfor.

Vedlagt ligger PPPIO-skjemaet vi startet med før vi fjernet mange søkeord. Til slutt endte vi opp med et PPP-skjema. Tabellen vedlagt er tatt med i oppgaven for å tydeliggjøre hvilke søkeord vi anså som relevante i søket, og at vi ikke kun har tenkt på tre begreper i søkeprosessen.

P	P	P	I	O
Breast Neoplasms Mastectomy	Nurses Nursing Nursing Care Hospitals Oncology Nursing Health Education	Sexuality Sexual Health Sexual Counseling	Communication Patient Communication Communication Barriers Counseling	Quality of Life Psychological Well- Being Health Promotion

Tabell 1. PPPIO-skjema.

3.4 Søketableller

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
PubMed	10.04.2024	1	Breast Neoplasms (MeSH)		352,000	0
		2	Breast Neoplasms (Text Word)		353,121	0
		3	Sexuality (MeSH)		128,194	0
		4	Sexuality (Text Word)		23,342	0
		5	Nurses (MeSH)		100,311	0
		6	Nurses (Text word)		252,250	0
		7	Breast neoplasms (MeSH) or Breast neoplasms (Text Word)		354,072	0
		8	Sexuality (MeSH) or Sexuality (Text Word).		136,748	0
		9	Nurses (MeSH) or Nurses (Text Word)		292,738	0
		10	(((breast neoplasms[MeSH]) OR (breast neoplasms[Text Word])) AND ((sexuality[MeSH]) OR (sexuality[Text Word]))) AND ((nurses[MeSH]) OR (nurses[Text Word]))		35	0
		11	(((breast neoplasms[MeSH]) OR (breast neoplasms[Text Word])) AND ((sexuality[MeSH]) OR (sexuality[Text Word]))) AND ((nurses[MeSH]) OR (nurses[Text Word]))	Etter år 2000	33	5

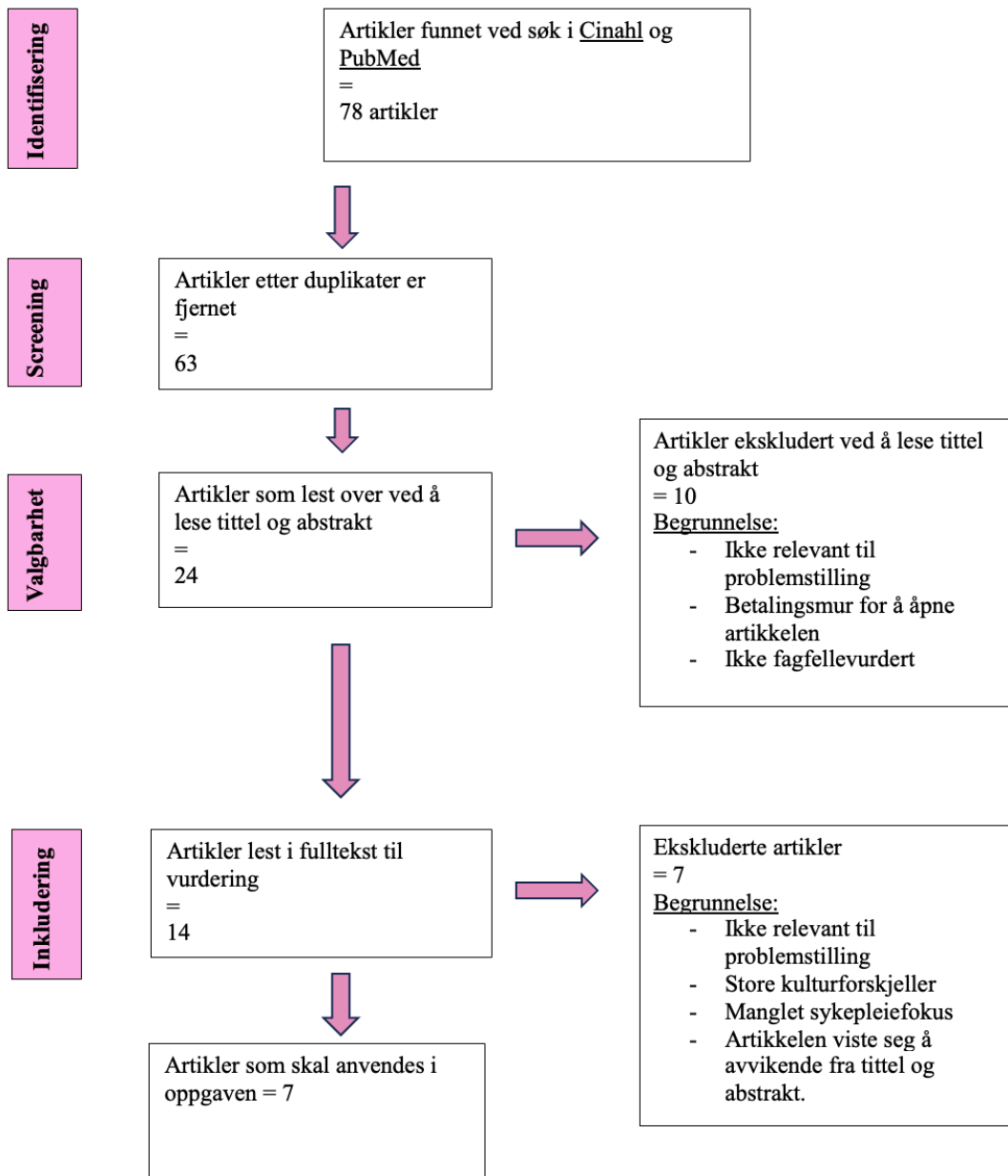
Tabell 2. Søketablell PubMed

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
Cinahl	10.04.2024	S1	(MH "Breast Neoplasms+") OR ("breast neoplasms" KW)		99,449	0
		S2	(MH "Sexuality+") OR ("sexuality" KW)		50,938	0
		S3	(MH "Nurses+") OR ("nurses" KW)		460,101	0
		S4	S1 AND S2 AND S3		48	0
		S5	S1 AND S2 AND S3	Etter år 2000	45	2

Tabell 3. Søketablell Cinahl.

3.5 Flytskjema

Flytskjemaet illustrerer hva vi har tenkt i utvelgelsesprosessen av artikler. Skjemaet er basert på Prisma Flow Diagram (2020).



Figur 2. Flytdiagram

3.6 Kildekritikk

Kildekritikk handler om å vurdere og karakterisere litteraturen man finner, og redegjørelse av kriteriene brukt i utvelgelsesprosessen. Dette innebærer å vurdere i hvilken grad litteraturen egner seg til å belyse og problematisere en problemstilling (Trygstad & Dalland, 2020, s. 152).

Utvelgelsesprosessen er illustrert i et flytskjema. I denne prosessen var vi opptatt av å ha et kildekritisk blikk for å sikre utvelgelse av solide, relevante og fagfellevurderte artikler. For å sikre dette benyttet vi oss av sjekklister for kvalitative og kvantitative studier fra Helsebiblioteket (2021). Gjennom utvelgelsen var vi også oppmerksomme på IMRAD-struktur, og forsøkte å finne artikler som i hovedsak fulgte denne strukturen. De ulike tidsskriftene artiklene er publisert i, ble også kvalitetssikret ved å vurdere artiklenes ulike forfattere og deres tidligere arbeid.

Oppgaven inkluderer syv artikler med forskning fra ulike land. Dette er et bevisst valg for å ikke ekskludere relevant forskning som kan bidra til å belyse, problematisere og besvare problemstillingen. Tanken var først å basere oppgaven på forskning som i hovedsak baserer seg på europeiske land, med en tanke om at dette i stor grad kan sammenlignes med norsk helsevesen. Dette fant vi raskt ut at ble utfordrende, da flere gode forskningsartikler baserte seg på land utenfor Europa. Dessuten ble det raskt tydelig for oss at utfordringene både sykepleiere og pasienter står overfor i møte med seksuell helse og sykdom, i stor grad er de samme uavhengig av landegrenser. Det er viktig å være bevisst på at ulike kulturer kan spille en rolle når man inkluderer flere ulike land, og at ulike kulturer ikke nødvendigvis er overførbare til det norske helsevesenet. Fem av artiklene er fra de siste 15 årene, og de resterende to fra 2006. De to eldste artiklene er inkludert da vi anser dem for å være ytterst relevante for oppgavens problemstilling, til tross for at mye kan ha skjedd på denne tiden. De underbygger blant annet hvor grunnleggende seksualitet er for menneskelivet, og at temaet har vært problematisk i lang tid.

4. Resultater

4.1 Artikkelmatrise

Artikkel 1	<i>Information needs associated with changes to sexual well-being after breast cancer</i>
Forfatter	Ussher et al.
Tidsskrift	Journal of Advanced Nursing
Utgivelsesår	2012
Land	Australia
Studiens hensikt	Undersøker kvinners informasjonsbehov relatert til seksuell helse og brystkreftbehandling.
Metode	Studien er i hovedsak kvantitativ, med en komponent av kvantitativ metode. Studien benytter seg av spørreundersøkelse, med åpne og lukkede spørsmål.
Resultat	<p>Deltakerne opplevde å få mangelfull informasjon av helsepersonell. De ønsket gjerne informasjon, særlig viktig er: fysiske endringer, relasjonelle utfordringer, psykologiske utfordringer og identitet og selvbilde. Likevel hadde under halvparten fått informasjon om seksuell velvære av sykepleier</p> <p>Studien trekker også frem PLISSIT-modellen som et nyttig verktøy for helsepersonell som skal veilede innen seksuell helse.</p>
Relevans	<p>Understreker viktigheten av informasjon tilknyttet seksuell velvære og andre bekymringer tilknyttet seksualitet, til de pasientene som ønsker dette.</p> <p>Studien viser til at kvinner gjerne ønsker informasjon, både skriftlig og muntlig. Den understreker også at sykepleier heller prioriterer informasjon om selve diagnosen og behandling.</p>

Tabell 4. Artikkelmatrise 1.

Artikkel 2	<i>Sexuality as an aspect of nursing care for women receiving chemotherapy for breast cancer in an Irish context</i>
Forfatter	Lavin, M. & Hyde, A.
Tidsskrift	European Journal of Oncology Nursing
Utgivelsesår	2006
Land	Irland
Studiens hensikt	Studien undersøker flere sykepleieres perspektiver og erfaringer tilknyttet seksuell helse som en del av utøvelsen av sykepleie.
Metode	Kvalitativ studie med dybdeintervju. Det er 10 kreftsykepleiere fra tre forskjellige sykehus i Irland som deltar i studien.
Resultat	Studien understreker at sykepleiere er klar over virkningene kjemoterapi kan ha på seksuell helse, og at dette er et viktig tema å ta opp. Studien trekker frem tre barrierer for at seksuell helse ikke tas opp: <ul style="list-style-type: none"> • Seksualitet er et bredt begrep som rommer mye, og det kan dermed være vanskelig å ta tak i. • Alle sykepleierne, utenom en, følte de hadde blitt for dårlig forberedt gjennom utdannelsen. • Kultur, særlig tilknyttet den katolske kirke og dens innvirkning på samfunnets holdninger til kvinner og seksualitet.
Relevans	Studien understreker barrierer både på individ- og systemnivå i lys av sykepleiere. Studien gir viktig informasjon om barrierer som kan hindre temaet i å bli tatt opp, og gir dermed mer forståelse for hvorfor kvinner kan oppleve helsepersonell som ikke tar opp dette temaet. Svakheter ved studien: <ul style="list-style-type: none"> • Studien er liten, og den påpeker at det vil være nødvendig med videre undersøkelse av tematikken. • Artikkelen er 18 år gammel. Det kan derfor ha skjedd store endringer siden resultatene ble presentert. • Artikkelen trekker frem den katolske kirken som en årsak til at seksuell helse ikke snakkes åpent om, særlig blant middelaldrende kvinner.

Tabell 5. Artikkelmatrise 2.

Artikkel 3	<i>Description of fundamental care needs in cancer care - An exploratory study</i>
Forfatter	Athlin et al.
Tidsskrift	Journal of Clinical Nursing
Utgivelsesår	2018
Land	Svensk studie basert på en studie fra England.
Studiens hensikt	Studien undersøker ivaretagelsen av grunnleggende behov hos kreftpasienter, blant annet seksuell helse. Undersøker relasjonen mellom sykepleier og pasient.
Metode	Kvalitativ metode med 30 deltakere. Studien er en sekundæranalyse.
Resultat	Artikkelens resultat viser til de ulike grunnleggende behov og hvordan kreftpasienter opplever at disse blir ivaretatt av helsepersonell
Relevans	<p>Artikkelen understreker viktigheten av kommunikasjon og undervisning fra sykepleiere. Det vil ha stor betydning for pasientens recovery og oppnåelse av kontroll og selvstendighet knyttet til kreftsykdom. Deltakerne opplevde at god informasjon og undervisning med helsepersonell bidro til økt livskvalitet.</p> <p>Deltakerne opplevde også at problemer knyttet til seksuell helse var tabu å ta opp, og at helsepersonell heller ikke tok initiativ til å snakke om dette.</p> <p>Studien trekker også frem kontroll, verdighet og privatliv hos kreftpasienters opplevelse av helsehjelpen. Artikkelen viser at temaet seksuell helse også er overførbart til andre kreftdiagnoser. Studien tar for seg bryst-, prostata- og tarmkreft.</p> <p>Svakheter ved studien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Studie med tre ulike kreftdiagnoser. Kun 10 representanter fra hver gruppe. Dette medfører at funnene ikke kan generaliseres til alle kreftpasienter. På en annen side har studien tatt med de tre vanligste kreftformene, inkludert brystkreft. • Studien er en sekundæranalyse, og dataene ble innhentet for et annet formål enn primærstudien.

Tabell 6. Artikkelmatrise 3.

Artikkel 4	<i>A pilot intervention study to improve sexuality outcomes in breast cancer survivors</i>
Forfatter	Almeida et al.
Tidsskrift	Asia-Pacific Journal of Nursing
Utgivelsesår	2020
Land	Brasil
Studiens hensikt	Studien undersøker hvordan veiledning gjennom PLISSIT-modellen påvirker kvinners livskvalitet og seksualitet, i etterkant av behandling for brystkreft.
Metode	Kvalitativ metode. Studien inkluderte 19 brasilianske kvinner. Majoriteten gjennomgikk mastektomi og gjennomsnittet siden behandlingen ligger på ca 7 år.
Resultat	Studien belyser hvordan helsepersonell kan veilede og undervise brystkreftoverlevende med utgangspunkt i PLISSIT-modellen, for å styrke livskvalitet og redusere plager relatert til seksuell helse.
Relevans	Studien er relevant for oppgaven da den belyser veiledning og undervisning av pasienter gjennom PLISSIT-modellen. Den viser til hvordan PLISSIT-modellen kan brukes som et kommunikasjonsverktøy for sykepleiere.

Tabell 7. Artikkelmatrise 4.

Artikkel 5	<i>Life, illness and death - Existential reflections of a Swedish sample of patients who have undergone curative treatment for breast cancer or prostatic cancer</i>
Forfatter	Westman et al
Tidsskrift	European Journal of Oncology Nursing
Utgivelsesår	2006
Land	Sverige
Studiens hensikt	Undersøker pasienters eksistensielle behov og utfordringer relatert til kreftsykdom, og hvordan sykepleiere møter pasienter på dette.
Metode	Kvalitativ metode. Studien gjør intervju av 10 deltakere som har mottatt kurativ behandling for kreft. Fem av deltakerne var behandlet for brystkreft og fem for prostatakreft.
Resultat	Studien viser at kreftdiagnosen resulterte i eksistensielle refleksjoner og utfordringer, relatert til helse, seksualitet og relasjoner, hos noen av pasientene. Studien trekker også frem viktige grunner til at sykepleier ikke klarer å møte disse utfordringene, både på individ- og systemnivå.
Relevans	Studien er relevant fordi den fremmer viktigheten av god kommunikasjon mellom sykepleier og pasient. Den viser til at de psykososiale behovene ofte blir glemt. Studien understreker at flere pasienter har ulike tanker rundt eksistensialisme, og har behov for å prate om dette. Studien påpeker også at sviktende seksuell helse påvirker livskvaliteten etter kreftsykdom.

Tabell 8. Artikkelmatriks 5.

Artikkel 6	<i>A Workshop for Educating Nurses to Address Sexual Health in Patients with Breast Cancer</i>
Forfatter	Smith, A. & Baron, R. H.
Tidsskrift	Clinical Journal of Oncology Nursing
Utgivelsesår	2015
Land	USA
Studiens hensikt	Studien undersøker hvordan undervisning gjennom workshop kan bidra til å øke sykepleieres empowerment. Det skulle gi økt kunnskap om vanlige bivirkninger ved kreft, samt gi dem redskaper og ressurser for å ruste sykepleierne til å ta opp temaet seksuell helse med pasienter.
Metode	Studien kategoriseres som en kvalitativ studie. Studien består av en spørreundersøkelse med 60 sykepleiere, etterfulgt av en workshop med 29 sykepleiere. Spørreundersøkelsen ble benyttet for å identifisere og evaluere sykepleieres kunnskap om seksuell helse, og basert på resultatene, ble det laget en workshop om seksuell helse
Resultat	Sykepleierne opplevde å i etterkant ha styrket sin empowerment på dette fagfeltet. De ga uttrykk for at denne metoden var både effektiv og styrkende for deres kommunikasjonsferdigheter. Workshop trekkes frem som et trygt miljø å lære i, men de skulle gjerne hatt mer tid til å simulere. Tre måneder senere evaluerte sykepleierne effekten av workshopen. Resultatene viste at flere sykepleiere nå tok initiativ til å snakke om seksuell helse med pasientene sine. Flere rapporterte også at de nå hadde tilegnet seg mer kunnskap om temaet, og på dette grunnlaget turte å ta det opp med pasienter.
Relevans	Dette er overførbart til det norske helsevesen da simulering blir en stadig større del av både utdanning, men også på arbeidsplasser innenfor helsesektoren. Den er også relevant da studien påpeker at sykepleiere behøver kunnskap for å kunne undervise og informere videre rundt seksuell helse.

Tabell 9. Artikkelmatrise 6.

Artikkel 7	<i>Barriers for the inclusion of sexuality in nursing care for women with gynecological and breast cancer: perspective of professionals</i>
Forfatter	Ferreira, S.M.A et al
Tidsskrift	Revista Latino-Americana de Enfermagem
Utgivelsesår	2015
Land	Brasil
Studiens hensikt	Utforske de barrierer som fører til at sykepleiere ikke tar opp seksuell helse og utfordringene knyttet til det som pasienter med brystkreft og gynekologisk kreft gjennomgår.
Metode	Kvalitativ studie der 16 helsepersonell i Brasil blir intervjuet.
Resultat	<p>Artikkelen viser til tre hovedfunn:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Barrierer relatert til den biomedisinske modellen: <ul style="list-style-type: none"> • Modellen baserer seg i stor grad på det fysiologiske og medisinsk behandling tilknyttet dette, noe som gjør at psykososiale behov blir nedprioritert. 2) Barrierer relatert til arbeidsplassen og strukturen der som påvirker forhold i utøvelsen av sykepleien: <ul style="list-style-type: none"> • Mangel på kontinuitet • Mangel på tid • Mangler det mellommenneskelige på grunn av tid • For mye arbeid per sykepleier så det er ikke rom eller tid for at pasientene kan ta opp sårbare temaer 3) Barrierer relatert til sosiale holdninger knyttet til seksuell helse: <ul style="list-style-type: none"> • Sensitivt og privat tema • Ikke komfortable med å ta det opp • Sykepleiere vil ikke trække over pasientens personlige grenser
Relevans	Studien er relevant fordi den belyser ulike barrierer som sykepleiere møter i tilknytning til seksuell helse. Den viser til at europeiske sykepleiere sliter med å ta opp seksuelle problemer.

Tabell 10. Artikkelmatrise 7.

4.2 Sammenfatning artikler

Hovedtema	Undertema
Faktorer som kan påvirke seksuell helse hos brystkreftpasienter	<ul style="list-style-type: none">· Identifisere pasientens informasjonsbehov· Bevissthet rundt barrierer
Sykepleiers sentrale rolle i møte med brystkreftpasienter	<ul style="list-style-type: none">· Helsefremming· Undervisning og veiledning· Bruk av kommunikasjonsverktøy
Livet etter utskrivelse	<ul style="list-style-type: none">· Ivaretagelse av pasientens livskvalitet

Tabell 11. Artikkelsammenfatning i stikkord.

4.3 Faktorer som kan påvirke seksuell helse hos brystkreftpasienter

Identifisering av pasientens informasjonsbehov

Ussher et al. (2012) viser til informasjonsbehovet brystkreftpasienter har rundt seksuell helse, endret kroppsbilde, psykiske konsekvenser av behandling og hvordan man selv kan ta opp temaet med helsepersonell. Artikkelen viser også at nærmere $\frac{2}{3}$ opplevde å ikke få informasjon rundt senvirkningene brystkreftbehandling har på pasientens seksuelle helse. Av de kvinnene som hadde snakket med ulike helseprofesjoner om seksuell helse, opplevde de størst utbytte av samtale med en sykepleier. I Athlin et al. (2018) kommer det fram at deltakerne opplevde mangelfull undervisning, informasjon og støtte fra helsepersonell.

Bevissthet rundt barrierer

Ferreira et al. (2015) trekker frem barrierer som sosiale normer og mangel på tid og kontinuitet som årsak til at seksualitet ikke inkluderes i utøvelsen av sykepleie. Dette fremkom også i studien til Lavin & Hyde (2006), som også understreker at majoriteten av de deltakende sykepleierne var klar over hvordan brystkreftbehandling kan påvirke den seksuelle helsen. De anerkjente også seksualitet som en viktig del av menneskelivet.

Ussher et al. (2012) trekker frem at sykepleiere og annet helsepersonell unngår å snakke om seksuell helse, blant annet grunnet manglende erfaring og kunnskap, men også fordi de ikke anser det som en del av sin rolle. I studien til Lavin & Hyde (2006) kommer det fram at flere av de deltakende sykepleierne føler de ikke presterer tilstrekkelig i rollen med å undervise pasienter om seksuelle problemer. Dette knyttes opp mot manglende undervisning om temaet under utdannelsen. Det fremkom også at pasientene kan føle det er upassende å ta opp temaet selv, da deres fokus burde ligge et annet sted.

4.4 Sykepleiers sentrale rolle i møte med brystkreftpasienter

Helsefremming

I studien til Athlin et al. (2017) fremkommer det at deltakerne gjerne ønsker å bli selvstendige, men at de trenger hjelp fra sykepleier for å klare å ta kontroll over eget liv. Flere av deltakerne opplevde å streve med å få den hjelpen de trengte av sykepleiere. Studien til Smith & Baron (2015) viser til hvordan styrking av sykepleiers ressurser er viktig for at sykepleier skal kunne utøve sykepleie til pasienter med utfordringer tilknyttet seksualitet. Athlin et al. (2018) viser til den viktige rollen sykepleiere har i møte med pasientens psykososiale behov. Den trekker frem at pasienter som fikk ta del i valg og beslutninger knyttet til sykdom, opplevde en følelse av kontroll og selvtillit, noe som ga dem styrke til å leve med senvirkninger.

Undervisning, veiledning og bruk av kommunikasjonsverktøy

Almeida et al. (2020) viser til hvordan PLISSIT-modellen kan være et viktig verktøy for sykepleiere som skal undervise og veilede pasienter om seksuell helse og utfordringer tilknyttet brystkreft. Dette fremgår også i studien til Ussher et al. (2012). Smith & Baron (2015) bemerker hvordan undervisning gjennom simulering kan bidra til å styrke sykepleiers kunnskap og kommunikasjonsferdigheter tilknyttet seksuell helse. Deltakerne opplevde økt selvtillit tilknyttet adressering av seksuelle utfordringer hos pasienter med brystkreft. Studien trekker også frem at PLISSIT-modellen kan fungere som et kommunikasjonsverktøy for sykepleiere. (ha med mer spesifikt om undervisning og pasienter?)

4.5 Livet etter utskrivelse

Ivaretagelse av pasientens livskvalitet

I studien til Almeida et al. (2020) fremkommer det at god undervisning og informasjon fra sykepleiere kan bidra til å forbedre pasientens livskvalitet på sikt. Westman et al. (2006) viser til at det å få en kreftdiagnose kan resultere i eksistensielle utfordringer tilknyttet blant annet seksuell helse. Videre fremkom det at mangel på kunnskap om sykdommen kan medføre utfordringer med å finne mening med livet.

5 Drøfting

Problemstilling:

- *Hvordan kan sykepleier sin helsefremmende funksjon bidra til å ivareta kvinnens seksuelle helse i siste del av kurativ behandling for cancer mammae?*

5.1 Faktorer som kan påvirke seksuell helse hos brystkreftpasienter

Identifisering av pasientens informasjonsbehov

Mange brystkreftpasienter opplever mangelfull informasjon vedrørende utfordringer tilknyttet seksuell helse. Som pasient har man en lovfestet rett til å få informasjon som er nødvendig for å få tilstrekkelig innsikt i egen helsetilstand. Loven er hjemlet i pasient- og brukerrettighetsloven §3-2 (Lovdata, 1999). Pakkeforløp for brystkreft er et strategisk tiltak som skal sikre gode og adekvate behandlingsforløp for pasienten (Lorentsen & Grov, 2021, s. 398). Dette innebærer informasjon tilknyttet utredning, behandling og oppfølging. Formålet med pakkeforløp er å sikre opplevelsen av et helhetlig og forutsigbart behandlingsforløp (Helsedirektoratet, 2016). Dette kan bidra til å gi pasienten en opplevelse av sammenheng ved at situasjonen er forståelig og håndterlig. Dette danner et viktig grunnlag for mestring (Tveiten, 2021, s. 21-22).

Pakkeforløpet skal sikre ansvars plassering og god dialog med pasienten. Likevel står det lite utdypende om ansvarsfordelingen og hva informasjonen skal innebære. Den har i tillegg lite

fokus på sykepleiers funksjon (Lorentsen & Grov, 2021, s. 398). For å imøtekomme den lovfestede plikten sykepleier har til å gi informasjon kan likevel pakkeforløp være et godt utgangspunkt. Slik vi ser det kan inkludering av seksuell helse som en integrert del av informasjonsgrunnlaget i pakkeforløpet, bidra til at pasientene får relevant og nødvendig informasjon vedrørende seksuell helse, til riktig tid i behandlingsforløpet. Det er viktig å understreke at dette krever endring på systemnivå da Helsedirektoratet står for utarbeidelsen av pakkeforløpene.

Et viktig aspekt ved informasjonsplikten til sykepleiere, er at pasienten ikke skal være nødt til å ta initiativ til eller kreve å få informasjon (Gamnes, 2021, s. 539). Likevel fremkom det av studien til Athlin et al. (2018) at pasientene opplevde mangelfull informasjon fra sykepleiere. Videre viser studien at noen av deltakerne følte de fikk sensitiv og privat informasjon i et dårlig tilrettelagt miljø, og at det derfor følte upassende. Ifølge Reitan (2010, s. 107) skal sykepleiere bidra til å skape et trygt miljø når informasjon skal formidles til pasienten. Dette vil være viktig ved samtale rundt seksuell helse, og kan gjøres ved å tilrettelegge for et lukket og privat rom uten forstyrrende elementer. Dette kan gjøre at pasienten føler seg trygg og ivaretatt, og dermed gjøre det lettere å adressere utfordringer tilknyttet seksuell helse.

Det kan være viktig for pasienten å delta i beslutninger tilknyttet informasjonen som gis (Athlin et al., 2018). Lorentsen & Grov (2021, s. 418) påpeker at helsepersonellets behov for å gi informasjon noen ganger er større enn pasientens eget ønske, eller at pasienten ikke er klar over at hun trenger informasjon. Dette gjør personsentrert sykepleie viktig, der sykepleiere ser hele mennesket og på denne måten kan identifisere pasientens informasjonsbehov (Kristoffersen & Nortvedt, 2021, s. 39). Forskningen peker likevel på at kvinner med brystkreft opplever mange av de samme utfordringene i forhold til seksuell helse, og de fleste ønsker informasjon rundt mange av de samme senvirkningene som følge av behandlingen.

Ussher et al. (2012) viser til at brystkreftpasienter gjerne ønsker informasjon om seksuell helse og at behovet påvirkes av kreftbehandling. Særlig viktig er informasjon om fysiske endringer, utfordringer som kan påvirke parforholdet, psykiske konsekvenser og bekymringer rundt eget selvbilde. Likevel hadde under halvparten av kvinnene fått informasjon av sykepleier vedrørende

seksuell helse og utfordringer som kan følge av behandling. Behandlingen kan medføre en rekke bivirkninger, som kan gi kvinnen utfordringer tilknyttet seksualitet (Schjølberg, 2010, s. 140). Informasjon om slike bivirkninger og mulige tiltak vil være viktig for kvinner som gjennomgår behandling. For kvinner som har fjernet et bryst kan det være vanskelig å akseptere kroppsforandringen og vise seg frem til andre (Sørensen et al., 2021, s. 446). Et viktig tiltak sykepleier kan gjøre i møte med pasienter som har utført mastektomi, er å oppfordre kvinnen til å se arret før hun forlater sykehuset. På denne måten kan sykepleier støtte kvinnen ved å svare på eventuelle spørsmål og bekymringer. Forberedelse kan bidra til at kvinnen opplever situasjonen som forståelig og håndterlig, og dermed danne et viktig grunnlag for mestring (Tveiten, 2020, s. 21-22). Ussher et al. (2012) påpeker at de kvinnene som hadde fått informasjon fra ulike helseprofesjoner, opplevde størst utbytte av å ha snakket med en kreftsykepleier. Dette understreker viktigheten av sykepleierens funksjon vedrørende adressering av seksuell helse i møte med brystkreftpasienter. Til tross for dette følte 1/10 at helsepersonell ikke hadde noen interesse av å snakke om seksuell helse, noe som indikerer at brystkreftpasienter har et informasjonsbehov som ikke blir møtt av sykepleiere og andre helseprofesjoner.

Bevissthet rundt barrierer

En rekke barrierer kan hindre sykepleiere fra å ta opp seksuell helse med pasienten. Sosiale normer, kontinuitet og mangel på tid er viktige faktorer som kan påvirke sykepleiers evne til å ta opp seksuell helse. Ferreira et al. (2015) bemerker at sykepleiere ofte opplever mangel på tid til å kunne sette seg ned med pasientene. Dette kombinert med mangel på kontinuitet i arbeidshverdagen, kan hindre en god dialog mellom pasient og sykepleier. Dette medfører at psykososiale behov som seksuell helse gjerne kommer i andre rekke. I tillegg trekker Borg (2010, s.126) frem flere sosiale barrierer som årsak til at mange helsepersonell unngår å snakke om seksuell helse med pasientene. Det kan skyldes usikkerhet, overdreven respekt for temaet eller frykten for å ikke ha et godt nok kunnskapsgrunnlag til å ta det opp.

Ferreira et al (2015) belyser også sosiale normer som kan hindre sykepleiere i å adressere seksuell helse. Dette inkluderte faktorer som at temaet er upassende, privat, ubekvemt, frykt for å krenke pasientens integritet, eller mangler i utdanningen. Dette kan medføre at temaet ikke tas opp med mindre pasienten gjør det selv. Pasienten kan på sin side føle at det er upassende å ta

opp seksuell helse mens de er syke, da seksualitet gjerne kobles opp mot nytelse, og man kan derfor føle at deres fokus bør ligge andre steder (Lavin & Hyde, 2006). Borg (2010, s. 126) viser til at dersom sykepleiere unngår å diskutere seksuelle problemer med pasienter, kan dette bidra til å forsterke allerede eksisterende fordommer. Det er derfor viktig at sykepleiere er både åpne og nysgjerrige rundt temaet, for å sikre en helhetlig tilnærming til pasienten.

En viktig forutsetning for åpenhet og nysgjerrighet i møte med seksuell helse, er forståelse for egen seksualitet. I arbeidet med å fremme seksuell helse er det derfor viktig at sykepleiere kontinuerlig jobber med å forstå både egen og andres seksualitet (Borg, 2010, s. 126). Et avklart forhold til egen seksualitet, gjør det lettere å støtte andre med sine seksuelle utfordringer. Det kan også føre til at sykepleier opplever økt trygghet i å adressere seksuelle problemer. På den måten kan sykepleiere veilede og fremme god seksuell helse hos pasientene. Samtidig vil en kombinasjon av hektiske vakter med et stort antall pasienter kunne gjøre det utfordrende for sykepleiere å sette av tid til samtale (Ferreira et al, 2015). Igjen ser man hvordan barrierer som mangel på tid og kontinuitet kan skape utfordringer med å skape en nær relasjon med pasienten. Seksualitet er et privat og sensitivt tema, som gjør det nødvendig med en god relasjon mellom pasienten og sykepleier for at pasientens utfordringer skal kunne identifiseres. Det er viktig at pasienten føler seg sett og hørt, noe som utgjør et viktig aspekt ved personsentrert sykepleie (Kristoffersen & Nortvedt, 2021, s. 39). Dersom en nær relasjon uteblir, kan dette medføre at informasjonen begrenses til sykdom, noe som hindrer sykepleiere i å utøve god personsentrert sykepleie.

Fokus på det medisinske i form av diagnose og behandling, kan ses i lys av den biomedisinske modellen. Ferreira et al (2015) trekker frem den biomedisinske modellen som en viktig barriere for at seksuell helse ikke tas opp av brasilianske sykepleiere. Denne modellen har fokuset rettet mot de syke organene, og dermed blir sykepleien i stor grad basert rundt medisinske undersøkelser og prøver (Kristoffersen, 2021, s. 111). Helsevesenet i Norge etterstreber et fokus på at psykiske forhold virker inn på kroppslige funksjoner, og dermed må ses sammen med sykdom (Kristoffersen, 2021, s. 113). Man kan derfor undre seg over om dagens utfordringer i det norske helsevesenet, med barrierer som mangel på tid og kontinuitet, fører til at dagens praksis i stor grad kan oppleves sykdomsfokusert. Det kan tenkes at sykepleiere ikke har

mulighet til å prioritere å snakke om seksualitet i en travel hverdag på sykehuset. Dette vanskeliggjør dannelsen av en god relasjon til pasienten, som igjen kan utfordre sykepleiers mulighet til å utøve personsentrert sykepleie (Kristoffersen & Nortvedt, 2021, s. 39).

5.2 Sykepleiers helsefremmende funksjon

Helsefremmende funksjon

Sykepleiers ansvar for en helsefremmende sykepleieutøvelse inngår i de yrkesetiske retningslinjene § 2-1 (NSF, 2023). Helsefremming har som mål å gjøre pasienten i stand til å ta kontroll over og forbedre sin egen helse. Det krever at pasienten evner å identifisere og gjennomføre nødvendige tiltak for å oppnå endring, mestring og tilfredsstille sine behov (Tveiten, 2020, s. 26). Sykepleiers rolle kan være å støtte pasienten i å utvikle ferdigheter for å kunne opprettholde god helse og livskvalitet. I denne sammenhengen blir igjen personsentrert sykepleie viktig for å skape en god relasjon til pasienten (Kristoffersen & Nortvedt, 2021, s. 39). I studien til Athlin et al. (2018) fremkom det at pasientene som følte seg godt informert og var involvert i behandlingen, opplevde sykdomsforløpet som lettere å håndtere. Dette viser hvordan det å fremme pasientens empowerment kan bidra til at pasienten opplever eierskap til egen sykdom og behandling. Da blir pasienten deltaker fremfor mottaker i egen behandling, som kan øke følelsen av kontroll (Tveiten, 2020, s.33).

Likevel blir det påpekt at flere pasienter lener seg på at helsepersonellet tar de riktige avgjørelsene og at de ikke behøver å ha kontroll selv (Athlin et al., 2018). Dette kan medføre at pasienten blir en passiv mottaker som ikke tar del i beslutninger vedrørende egen helse. Dette kan gjøre pasienten i mindre stand til å håndtere utfordringer på egenhånd ved utskrivelse.

Empowerment-tenkningen skal ha fokus på å gjøre pasienten til en deltakende ressurs, noe sykepleier kan gjøre ved å hjelpe pasienten til å identifisere sine egne ressurser som kan fremme mestring og kontroll. Dette kan sykepleier gjøre ved å danne et trygt miljø for pasienten. Athlin et al. (2018) viser til at deltakerne fikk økt selvtillit og opplevelse av kontroll da de fikk delta i beslutninger som gjelder egen situasjon. Dersom sykepleier jobber kontinuerlig med å fremme pasientens empowerment under behandling, kan det tenkes at pasienten på den måten blir bedre rustet til å håndtere livet etter behandlingen.

Pasientens behov for undervisning og veiledning

For at sykepleiere skal fungere som en helsefremmende funksjon, er undervisning og veiledning avgjørende. Hensikten med dette er å fremme trygghet og forståelse hos pasienten rundt egen sykdom og helse (Kristoffersen et al., 2021, s. 23). Athlin et al. (2018) trekker frem undervisning som fundamentalt innen kreftomsorg, og som selve grunnmuren i å danne en god relasjon mellom pasient og sykepleier. Hos brystkreftpasienter vil undervisning tilknyttet mestring av behandlingsrelaterte bivirkninger være svært viktig for å ivareta kvinnens seksuelle helse (Reitan, 2021, s. 110). For eksempel kan sykepleier formidle til pasienten at det vil være normalt å føle seg sliten og utmattet i etterkant av behandlingen, og at dette kalles fatigue. Videre vil det være viktig for kvinnen å vite at dette kan begrense henne i dagliglivet og dermed påvirke hennes seksuelle helse og livskvalitet (Sørensen et al, 2021, s. 440). På denne måten kan hun bli bedre forberedt til å mestre en slik senvirkning. Antonovsky anser mestring som summen av pasientens ressurser og en opplevelse av sammenheng (Tveiten, 2020, s. 21). For at pasienten skal oppleve mestring kreves en klar forståelse av egen situasjon og egne ressurser. Det er sykepleier sin oppgave å tilrettelegge for undervisning og veiledning, slik at pasienten aktivt kan ta del i helsefremmende tiltak som kan føre til mestring i hverdagen.

Likevel kom det frem av studien til Athlin et al. (2018) at mangelfull undervisning, informasjon og opplevelse av støtte fra helsepersonell var gjennomgående. Dette kan ses i lys av studien til Lavin & Hyde (2006) der det fremkommer at majoriteten av de deltakende sykepleierne følte seg dårlig forberedt gjennom utdannelsen til å snakke om seksuell helse, og dermed unngikk å ta opp temaet. Seksuell helse har lenge vært et tabubelagt tema som mange unngår. Dette kan medføre at pasienten blir sittende med mange ubesvarte spørsmål, som også bidrar til å styrke fordommer og myter rundt seksuell helse (Borg, 2010, s. 126). Sykepleiere trenger derfor kunnskap og evner knyttet til hvordan man kan undervise og veilede på en god måte. Samtidig fremhever Solberg et al. (2023) at lite presise læringsutbytter vedrørende seksuell helse kan hindre kompetanseheving hos sykepleierstudenter. Det er forventet at sykepleiere utøver en helhetlig, personsentrert omsorg til pasientene, men det kan tyde på at utdannelsen kanskje ikke alltid imøtekommer de forventningene sykepleiere står overfor ute i praksis.

Det finnes flere ulike undervisningsmetoder som sykepleiere kan benytte seg av, blant annet dialog eller skriftlig materiale (Tveiten, 2020, s. 158). En god dialog mellom pasient og sykepleier kan innebære at sykepleiere forteller om senvirkninger som kan ramme seksuell helse. Dette kan suppleres med å for eksempel vise en informasjonsfilm fra brystkreftforeningens nettside om seksuell helse og senvirkninger (Brystkreftforeningen, u. å). Å kombinere god dialog med visning av film kan hjelpe pasienten med å få en helhetlig forståelse av temaet, men samtidig være en støtte for sykepleiere i undervisningssituasjonen. Sykepleier kan også ta i bruk skriftlig materiale. Det er likevel viktig at sykepleiere snakker med pasienten og sikrer at kvinnen forstår innholdet som presenteres. Den skriftlige informasjonen må være kvalitetssikret og faglig oppdatert før det deles. På en annen side kan skriftlig informasjon også fungere som et verktøy for sykepleiere. Dette kan skape trygghet, slik at sykepleiere tørr å ta initiativet til å undervise og veilede om seksuell helse (Drageset et al, 2016, s. 180).

Bruk av kommunikasjonsverktøy

Almeida et al. (2020) viser til at undervisning og veiledning innen seksuell helse ikke trenger å være komplisert. Studien belyser hvordan PLISSIT-modellen kan være et nyttig kommunikasjonsverktøy for sykepleiere som skal undervise og veilede pasienter om seksuell helse, og bidra til å øke kvinnenes livskvalitet på sikt. Dette fremgår også i studien til Ussher et al. (2012). Modellen kan bidra til å avdekke pasientens spørsmål og utfordringer, og redusere bekymringer. I studien ble PLISSIT-modellen benyttet i gruppetimer. Gruppebasert undervisning kan bidra til å styrke den enkeltes mestring, da erfaringer og utfordringer kan gjøres til gjenstand for refleksjon og bearbeidelse (Tveiten, 2020, s. 179). Samtidig kan opplevelsen av samhörighet ved å møte andre med samme diagnose, bidra til å styrke selvfølelsen og troen på egen kompetanse. Samtale i grupper kan dermed bidra til å styrke kvinnens empowerment, dersom hun klarer å delta aktivt og ta i bruk sine ressurser og selvbestemmelse (Tveiten, 2020, s. 180).

På en annen side kan det tenkes at PLISSIT-modellen ikke vil passe alle. Modellen krever en aktiv samtale mellom pasient og sykepleier, der pasienten får mulighet til å sette ord på tanker rundt seksualitet, samt at sykepleiere formidler sin kunnskap og kommer med konkrete forslag til pasientens utfordringer (Borg, 2010, s. 127). Ussher et al. (2012) viser til at majoriteten av deltakerne ønsket informasjonen skriftlig fremfor muntlig. Dette kunne være i form av

informative brosjyrer eller nettsider. For pasienter som ønsker informasjonen skriftlig, kan kommunikasjon gjennom PLISSIT-modellen oppleves ubehagelig. Dette kan resultere i at pasienten ikke klarer å løfte frem sine bekymringer og utfordringer til sykepleier. Likevel kan det at sykepleier velger å gi kvinnen skriftlig informasjon, i form av for eksempel en brosjyre, oppleves som en invitasjon og skape åpenhet for å snakke om seksuell helse (Jacobsen, 2010, s. 546). Et enkelt tiltak som sykepleiere kan gjøre er derfor å gi skriftlig informasjon rundt seksuell helse og senvirkninger, eller henvise pasienten til ulike informative nettsider. Dette kan føre til at kvinnen ønsker ytterligere samtale med sykepleier i etterkant, og da kan PLISSIT-modellen komme til nytte.

Undervisning av helsepersonell

Studier viser at flere sykepleiere opplever at utdanningen ikke forbereder dem nok rundt adressering av seksuell helse (Lavin & Hyde, 2006). Sykepleiere som møter kreftpasienter, trenger tilstrekkelig kunnskap om vanlige senvirkninger tilknyttet seksuell helse for å fungere som en helsefremmende funksjon. De behøver også selvtillit for å klare å adressere seksuelle utfordringer. Det er viktig å merke seg at studien er fra 2006. Mye kan ha endret seg siden da. Nyere forskning viser imidlertid at de samme utfordringene kan være gjeldende i Norge i dagens samfunn. På tross av dette er det forventet at sykepleiere utøver helhetlig personsentrert omsorg, og da er det avgjørende at kompetansen knyttet til seksuell helse styrkes (Solberg et al, 2023).

Smith & Baron (2015) viser til hvordan sykepleieres kompetanse kan styrkes gjennom simulering. Studien viser at de deltakende sykepleierne opplevde å styrke deres kunnskap og kommunikasjonsferdigheter gjennom rollespill. Dette bidro til økt selvtillit i adressering av seksuell helse. Dette belyser viktigheten av å styrke sykepleiers kompetanse, som en viktig forutsetning i møte med pasienter. Gjennom sykepleierutdannelsen, har vi benyttet simuleringer som metode i læringsprosessen. Dette lar oss øve på relevante situasjoner innenfor trygge rammer, som kan være en god forberedelse til arbeidslivet. Solberg et al (2021) understreker at simuleringer i utdanningen har en positiv innvirkning, og fungerer som et nyttig verktøy for å utvikle kommunikasjonsevner rundt seksuell helse. Økt fokus på simulering knyttet til samtaler om seksuell helse allerede i utdanningen, kan derfor være et effektivt tiltak for å styrke sykepleiere.

5.3 Livet etter behandling

Ivaretagelse av pasientens livskvalitet

Forskningen viser gjennomgående at behandling for brystkreft kan påvirke kvinnens livskvalitet i stor grad. Det er viktig å erkjenne at det å være kreftfri ikke nødvendigvis er ensbetydende med å være frisk, da en rekke senvirkninger kan påvirke kvinnens helse (Vandraas et al., 2023). Dersom sykepleier klarer å fremme pasientens forståelse av egen situasjon kan dette bidra til mestring av behandlingsrelaterte bivirkninger, som danner et godt grunnlag når kvinnen skal tilbake til hverdagen (Tveiten, 2020, s. 21-22). Dette understreker viktigheten av Antonovskys tanke om OAS, som igjen kan fremme grunnlaget pasienten har for å mestre sine helseutfordringer. Almeida et al (2020) fant ut at veiledning av kvinner ved bruk av PLISSIT-modellen, ga økt livskvalitet på sikt. Samtidig trekker Westman et al (2006) frem at pasientene som ikke opplevde nok informasjon, hadde vanskeligheter med å finne mening med livet. Dette understreker viktigheten av å se informasjon, undervisning og livskvalitet i sammenheng med hverandre for å kunne utøve en helhetlig omsorg for brystkreftpasienter.

Kreftdiagnosen kan også medføre eksistensielle refleksjoner og utfordringer rundt seksuell helse (Westman et al., 2006). Diagnosen knyttes ofte til meningsløshet, tap av identitet og opplevelse av verdiløshet, og på denne måten kan diagnosen utgjøre en trussel mot pasientens livskvalitet. Lorentsen & Grov (2021, s. 419) trekker frem kvaliteten på møtet mellom sykepleier og pasient som svært betydningsfull for hvordan pasienten opplever ivaretagelse av deres eksistensielle behov. Når sykepleier ser pasienten, og utviser interesse og bekreftelse, kan dette bidra til å danne et viktig grunnlag for at pasienten skal klare å fortelle om sine seksuelle utfordringer. Samtidig ser man at det å stille pasienten spørsmål av eksistensiell karakter krever mot fra sykepleier (Lorentsen & Grov, 2021, s. 420). I møte med pasientens usikkerhet og redsel, kan sykepleier konfronteres med egen sårbarhet. Dette kan oppleves skremmende, og krever et avklart forhold til egne eksistensielle spørsmål. Lorentsen & Grov (2021, s. 420) trekker frem viktigheten av at refleksjon rundt hva eksistensielle spørsmål innebærer, bør være et tema under utdanningen, og også i videreopplæring og klinisk praksis.

5.4 Svakheter og styrker ved litteraturstudien

Avslutningsvis drøftes styrker og svakheter ved denne litteraturstudien. Vi har brukt tre søkeord. Dette kan anses som en svakhet fordi det mulig kan utelukke relevante artikler, som for eksempel inkluderer helsefremming eller undervisning tydeligere. Likevel har vi brukt god tid på å finne artikler tilpasset problemstillingen, og de tre søkeordene ga det beste utgangspunktet. To artikler er fra 2006, men vi har hatt det i bakhodet hele veien, og tatt i betraktning at mye kan ha skjedd siden da. Likevel har vi diskutert sammen og valgt å bruke dem, siden funnene er relativt like de fra nyere tid. Dette har også vært spennende funn som vi har undret oss over gjennom skriveprosessen. Det er interessant å se hvordan studier fra 18 år tilbake inneholder de samme utfordringene som kvinner opplever knyttet til seksuell helse nå.

En viktig styrke i denne litteraturstudien er at vi har samarbeidet godt hele bachelorperioden. Vi har jobbet sammen daglig for å få til en god oppgave. Funn og resultater er derfor analysert og tolket i lys av to forskjellige personer. Alle artiklene er gjennomgått nøye, hvor vi har diskutert og funnet av studienes hensikter og resultater sammen. Likevel vil det alltid være risiko for feiltolkning, særlig når alle artiklene vi har brukt er skrevet på engelsk og vi har måttet oversette dem. Vi har sammen diskutert hvordan litteraturstudien vår kan være overførbart til andre deler av sykepleie og Norsk helsevesen. Seksuell helse er et grunnleggende behov, og vil berøre pasienter i større eller mindre grad ved sykdom. Vi anser derfor dette temaet som svært sykepleiefaglig relevant, samt overførbart til andre deler av helsevesenet.

6 Konklusjon

Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse hvordan sykepleiers helsefremmende funksjon kan bidra til å ivareta seksuell helse hos kvinner i siste del av kurativ behandling for cancer mammae. Problemstilling er relevant for dagens sykepleiepraksis da forskning viser til at brystkreftpasienter gjerne ønsker informasjon vedrørende seksuelle utfordringer tilknyttet sykdom og behandling, men opplever å ikke få dekket informasjonsbehovet av sykepleiere. Samtidig belyser litteraturstudien mulige tiltak for hvordan temaet kan løstes frem i dagens helsevesen.

Lovverk understreker pasientenes rett til nødvendig informasjon for tilstrekkelig innsikt i egen situasjon. Strategiske tiltak som pakkeforløp skal bidra til å sikre et helhetlig sykdomsforløp ved at pasienten får riktig informasjon til rett tid i behandlingsforløpet. Likevel viser flere av forskningsartiklene at barrierer som mangel på tid og kontinuitet og sosiale normer, er gjennomgående hindringer til at sykepleiere ikke tar opp seksuell helse med sine pasienter.

Et viktig funn er behovet for å øke kompetansen hos helsepersonell som en viktig forutsetning for muligheten til å kunne undervise og veilede brystkreftpasienter vedrørende seksuell helse på en tilfredsstillende måte. Flere av forskningsartiklene peker på at mange sykepleiere ikke føler seg godt nok forberedt gjennom utdannelsen. Likevel har vi lært at veiledning og undervisning om seksuell helse og utfordringer ikke trenger å være så komplisert, slik mange gjerne antar. Sykepleier kan støtte seg på PLISSIT-modellen for å invitere pasienten til samtale, og avdekke pasientens spørsmål og utfordringer rundt seksuell helse.

Slik vi ser det vil økt kompetanse hos sykepleier danne et godt grunnlag for å dekke brystkreftpasienters informasjonsbehov tilknyttet seksuell helse. Både forsknings- og pensumlitteratur viser til at opplevelsen av god informasjon, gjennom undervisning og veiledning fra sykepleier, danner en viktig forutsetning for brystkreftpasienters evne til mestring da dette kan bidra til å gjøre situasjonen forståelig og håndterlig for kvinnen. På denne måten blir økt kompetanse hos sykepleiere en viktig forutsetning for at seksuell helse tas opp i møte med brystkreftpasienter. Dette gjør at de får den undervisningen og veiledningen de trenger for å kunne leve et liv etter behandling preget av god livskvalitet.

Kildehenvisning

Almeida, N. G., Knobf, T. M., Oliveira, M. R., Salvetti, M. G., Oria, M. O. B. & Fialho, A. V. M. (2020). A pilot intervention study to improve sexuality outcomes in breast cancer survivors. *Asia-Pacific Journal of Nursing*, 7(2), 161-166. https://doi.org/10.4103/apjon.apjon_56_19

Athlin, Å. M., Brovall, M., Wengstrøm, Y., Conroy, T. & Kitson, A. L. (2018). Descriptions of fundamental care needs in cancer care - and exploratory study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(11-12), 2322-2332. <https://doi.org/10.1111/jocn.14251>

Borg, T. (2010). Seksualitet. I T. Kr. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie. Pasient, utfordring og handling* (3. utg., s. 121-130). Akribe.

Brystkreftforeningen. (u. å.). Seksuell helsehjelp for brystkreftberørte. <https://www.brystkreftforeningen.no/seksuell-helsehjelp/>

Dalland, O. (2020). Hva er metode? I O. Dalland. *Metode og oppgaveskriving* (utg. 7 s. 51-61). Gyldendal Akademisk.

Drageset, S., Mæland, M. K. & Ellingsen, S. (2016). Helsefremmende sykepleie i møte med kreftsyke og deres utfordringer i sykehus. I G, Haugen. & T, Rannestad (Red.), *Helsefremming i spesialisthelsetjenesten* (s. 174-185). Cappelen Damm.

Ferreira, S. M. A., Gozzo, T. O., Panobianco, M. S., Santos, M. A. & Almeida, A. M. (2015). Barriers for the inclusion of sexuality in nursing care for women with gynecological and breast cancer: perspective of professionals. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(1), 83-88. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3602.2528>

Gamnes, S. (2021). Seksualitet og helse. I N. J. Kristoffersen, E-. J. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 2: Grunnleggende behov og helse* (4. utg., s. 514-548). Gyldendal Akademisk.

Helsebiblioteket. (2021, 17. september). 4.1 Sjekklistene. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/4.kritisk-vurdering/4.1-sjekklistene>

Helsebiblioteket. (2021). PICO.

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#2sporsmalsformulering-21-pico>

Helsedirektoratet. (2016). Brystkreft. Kapittel 5. Oppfølging og kontroll av brystkreft.

<https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/brystkreft>

Jacobsen, A. M. L. (2010). Sykepleieutfordringer ved kreft i kvinnelige kjønnsorganer. I T. Kr. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie. Pasient, utfordring og handling* (3. utg., s. 542-550). Akribe.

Kreftregisteret. (2024). Brystkreft.

<https://www.kreftregisteret.no/Temasider/kreftformer/Brystkreft/>

Kristoffersen, N. J., Skaug, E. A., Steindal, S. A. & Hjelmeland, G. G. (2021). Introduksjon til sykepleie som fag og tjeneste. I G. H. Grimsbø (Red), *Grunnleggende sykepleie bind 1. Fag og profesjon* (4 utg. s. 15-28). Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2021). Sykepleiefagets teoretiske utvikling - en historisk reise. I G. H. Grimsbø (Red), *Grunnleggende sykepleie bind 1. Fag og profesjon* (4 utg. s. 226-279). Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2021). Helse og sykdom - utvikling og begreper. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1: Fag og profesjon* (4. utg., s. 79-129). Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2021). Å styrke pasientens ressurser. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3: Pasientfenomener, organisasjon og kompetanseutvikling*. (4. utg., s. 257-308). Gyldendal Akademisk.

Langhelle, T. H., Paulsen, A., Kjellaug, F., & Sekse, R. J. T. (2021). Sykepleiere kan hjelpe pasienten til bedre seksuell helse. *Sykepleien*. 2021;109,

<https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2021.83207>

Lavin, M. & Hyde, A. (2006). Sexuality as an aspect of nursing care for women receiving chemotherapy for breast cancer in an Irish context. *European Journal of Oncology Nursing*, 10(1), 10-18. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2005.03.013>

Lorentsen, V. B. & Grov, E. K. (2021) Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie bind 2* (5. utg., 398 - 436). Gyldendal Akademisk.

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

Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2021). Klinisk sykepleie - funksjon, ansvar og kompetanse. I H, Almås (Red.). *Klinisk sykepleie bind 1* (Utg 5, s. 17-40). Gyldendal Akademisk.

Norsk sykepleierforbund. (2023). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer-sykepleiere>

Prisma (2020). Prisma Flow diagram. <https://www.prisma-statement.org/prisma-2020-flow-diagram>

Regjeringen. (2016). Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017-2022). <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/snakk-om-det/id2522933/>

Schjølberg, T. Kr. (2010). Endret kroppsbilde. I T. Kr. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie. Pasient, utfordring og handling* (3. utg., s. 131-140) Akribe.

Smith, A. & Baron, R. H. (2015). A workshop for educating nurses to address sexual health in patients with breast cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 19(3), 248-250. <https://doi.org/10.1188/15.CJON.248-250>

Solberg, A. S., Stojiljkovic, M. & Josefsson, K. A. (2023). Sykepleierutdanningen må sikre kunnskap om seksuell helse. *Sykepleien*. 2023;111 <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2023.90884>

Sørensen, E. M., Lorvik, M. K., Erntsen, N. G. & Almås, H. (2021). Sykepleie ved brystkreft. I D.- G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie bind 2* (5. utg., 437 - 451).

Tveiten, S. (2020). Helsepedagogikk - helsekompetanse og brukermedvirkning. (utg. 2). Fagbokforlaget.

Trygstad, H & Dalland, O. (2020). Kunnskapskilder og kildekritikk. I O. Dalland. *Metode og oppgaveskriving* (utg. 7, s.139 - 166). Gyldendal Akademisk.

Ussher, J. M., Pers, J. & Gilbert, E. (2012). Information needs associated with changes to sexual well-being after breast cancer. *Journal of advanced nursing*, 69(2), 327-337.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06010.x>

Vandraas, K. F., Smedsland, S., Engan, H. K., Kiserud, C., Naume, B., Brekke, M. & Reinertsen, K.V. (2023). Seneffekter etter behandling av brystkreft. *Tidsskriftet - Tidsskrift for den Norske Legeforening*, 143. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.23.0017>

Westman, B., Bergenmar, M. & Andersson, L. (2006). Life, illness and death - Existential reflections of a Swedish sample of patients who have undergone curative treatment for breast or prostatic cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 10(3), 169-176.

<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2005.06.002>

Wist, E. (2010). Brystkreft. I T. Kr. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie. Pasient, utfordring og handling* (3. utg., s. 431-438). Akribe.

