



# Brystkreft og seksuell helse

*Hvordan kan sykepleier bidra til å ivareta seksuell helse hos kvinner i etterkant av kurativ behandling for cancer mammae?*

Kandidatnummer: 234  
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave  
i sykepleie

Antall ord: 10 021  
Dato: 18.04.17

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 18.04.17
<p>Tittel: Brystkreft og seksuell helse</p>	
<p><u>Problemstilling:</u> Hvordan kan sykepleier bidra til å ivareta seksuell helse hos kvinner i etterkant av kurativ behandling for cancer mammae?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv:</u> Det teoretiske perspektivet tar utgangspunkt i sykepleierens ansvars- og funksjonsområder, herunder den undervisende og veiledende sykepleiefunksjonen, samt juss og etikk. PLISSIT-modellen står sentralt i veiledningen, der sykepleier må inneha kunnskaper om cancer mammae, seksuell helse og behandlingens effekt på seksuell helse.</p> <p><u>Metode:</u> Dette er en litterær oppgave. Den er basert på relevant pensum,- fag- og forskningslitteratur, som er med på å problematisere, belyse og besvare problemstillingen. Forskningsartiklene er hovedsakelig innhentet fra databasen Cinahl. Noe litteratur er også funnet i bibliotekets søkebase Oria. PICO- skjema og relevante søkeord er brukt for å systematisere søkene.</p> <p><u>Drøfting:</u> Jeg drøfter problemstillingen ved å ta utgangspunkt i ansvaret sykepleiere har overfor denne pasientgruppen, og hva sykepleieren kan gjøre for å ivareta dette ansvaret. Sykepleierens veiledende funksjon, poliklinikk som arbeidsplass, samt de juridiske og etiske perspektivene, drøftes opp mot informasjonsbarrierer og sykepleieres holdninger. Veiledning ved bruk av PLISSIT- modellens fire trinn er gjennomgående i drøftingen.</p> <p><u>Konklusjon:</u> Sykepleierens veiledende funksjon ved bruk av PLISSIT- modellen er sentralt for å ivareta kvinnens seksuelle helse. Veiledning gjennom PLISSIT- modellen krever en tillatelse fra pasienten til å snakke om seksualitet. Det kreves ingen ekspertkompetanse, men empati, tilstedeværelse, og en fleksibilitet i forståelsen av problemene. Gjennom økt kompetanse om seksuell veiledning og betydningen av den, kan sykepleieren være bedre rustet til å møte alle kvinnens behov i etterkant av kurativ behandling for cancer mammae. Dette gir igjen sykepleieren en helhetlig tilnærming til pasientene i sin yrkesutøvelse.</p>	

(Totalt antall ord:263)

## Innholdsfortegnelse

<b>1 Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1 Begrunnelse for valg av tema .....	1
1.2 Presentasjon av problemstilling .....	1
1.3 Avgrensning av problemstilling .....	1
1.4 Oppgavens formål .....	3
1.5 Oppgavens oppbygging .....	3
<b>2 Metode</b> .....	<b>4</b>
2.1 Valg av metode .....	4
2.2 Litteratursøk og søkehistorikk .....	4
2.3 Kildekritikk .....	5
<b>3 Sykepleiefaglige referanserammer</b> .....	<b>8</b>
3.1 Juridiske og etiske overveielser i møte med pasientgruppen .....	8
3.2 Sykepleierens yrkesetiske retningslinjer .....	8
3.3 Den undervisende og veiledende sykepleiefunksjonen .....	9
<b>4 Teoretisk forankring</b> .....	<b>10</b>
4.1 Brystkreft- symptomer- diagnostikk .....	10
4.2 Behandling .....	10
4.3 Seksuell helse .....	11
4.4 Behandlingens effekt på seksuell helse .....	12
4.5 Sykepleiers rolle i veiledning om seksuelle problemstillinger .....	14
4.5.1 PLISSIT- modellen som verktøy i veiledning .....	15
<b>5 Drøfting: Hvordan kan sykepleier bidra til å ivareta seksuell helse hos kvinner i etterkant av kurativ behandling for cancer mammae?</b> .....	<b>18</b>
5.1 Sykepleierens veiledende funksjon og informasjonsplikt .....	18
5.2 Informasjonsbarrierer og stigma .....	21
5.3 Den ukjente kroppen- opprettholdelse og utvikling av den seksuelle helsen .....	24
<b>6 Avslutning</b> .....	<b>28</b>
<b>Referanseliste</b> .....	<b>29</b>

# **1 Innledning**

## **1.1 Begrunnelse for valg av tema**

I følge Gjertsen (2016, s. 440) rammes 2500 norske kvinner av cancer mammae hvert år. Den påfølgende behandlingen er langvarig, og vil for de fleste kvinner resultere i store fysiske og psykiske utfordringer relatert til deres seksuelle helse (Gjertsen, 2016). Borg (2016) vektlegger at dette både kommer av at kreftbehandlingen gir et endret utseende, og fordi den i større eller mindre grad påvirker de fysiologiske prosessene i kroppen. På tross av denne fagkunnskapen, er det fremdeles mange sykepleiere som unngår å adressere problemstillinger av denne karakter til kvinnene som er rammet. For sykepleiere kan dette dreie seg om alt fra en overdreven respekt for tema, til at de stiller for høye krav til egen faglighet og sitt kunnskapsnivå (Borg, 2016).

Jeg ønsker å lære mer om brystkreft, behandlingens effekt på seksuell helse og hvordan sykepleieren kan bidra til at problemene knyttet til seksuell helse blir minst mulig. Temaet er viktig både som følge av at brystkreft er svært utbredt i dagens samfunn, og ikke minst fordi fag- og forskningslitteratur viser at sykepleiere ikke tar seg tid til å diskutere seksuelle problemstillinger med pasientene (Saunamäki & Engström, 2014). Jeg opplever at solid kunnskap på dette feltet vil være av stor relevans for meg som fremtidig sykepleier, fordi det er viktig for meg at sykepleiere tilstreber en helhetlig tilnærming i sitt arbeid med pasienter. Dette gir igjen sykepleieren mulighet til å ivareta sine yrkesspesifikke funksjoner, ved å gi pasienter den omsorg og behandling de har krav på (Nortvedt & Grønseth, 2010).

## **1.2 Presentasjon av problemstilling**

Hvordan kan sykepleier bidra til å ivareta seksuell helse hos kvinner i etterkant av kurativ behandling for cancer mammae?

## **1.3 Avgrensning av problemstilling**

Oppgaven tar utgangspunkt i kvinner i alderen 40-55 år som er en relativt kort, men viktig periode i livet. Dette kan gjøre det lettere for sykepleieren å forstå hvordan kvinnens seksuelle

helse kan bli påvirket i forbindelse med behandling. I denne livsfasen er kvinnene fortsatt unge, men det er ikke uvanlig at barna flytter ut i denne perioden. Om kvinnen er i et parforhold, kan dette bety at hun og partneren kan ha problemer med å finne tilbake til den intimitet og nærhet som en gang var. Det er heller ikke uvanlig at kriser oppstår i denne fasen i livet (Laursen, 2011). Likeså vil kvinner i denne alderen ofte være premenopausale eller menopausale, med de plager dette medfører (Gregersen, Hilmand & Jensen, referert i Laursen, 2011). Videre finnes det flere behandlingsmuligheter ved brystkreft, derav operasjon, strålebehandling, cytostatika- og endokrin behandling (Wist, 2016). Da jeg ønsker å fokusere på hvordan behandlingen kan påvirke både de fysiologiske og de psykiske aspektene av kvinnens seksualitet, har jeg foretatt en avgrensning på type behandling. Kvinnen skal således ha gjennomgått kurativ behandling i form av masektomi, der det ikke har blitt utført rekonstruktiv kirurgi, samt adjuvant behandling med cytostatika. Sykepleier vil møte kvinnen i etterkant av dette, i forbindelse med at kvinnen får adjuvant behandling med antiøstrogeten tamoksifen. For kvinner som er under 55 år tilbys denne behandlingen ofte i fem år etter kurativ behandling (Wist, 2016, s. 434).

Sykepleiers konsultasjon og veiledning av kvinne vil foregå i forbindelse med en poliklinisk oppfølging. Det er ikke uvanlig at kvinner i etterbehandling av brystkreft opplever plager som østrogenmangelsymptomer, psykiske ettervirkninger og seksuelle problemer.

Behandler sykehus skal tilstrebe en kvalitetssikring av slik oppfølging (Helsedirektoratet, 2016). På en poliklinikk vil sykepleier ha mange ulike arbeidsoppgaver, og i denne sammenheng vil den veiledende funksjonen bli vektlagt. I den forbindelse vil sykepleier anvende PLISSIT- modellen som verktøy. Selv om tverrfaglig samarbeid er en viktig del av sykepleien, vil ikke dette aspektet bli vektlagt i oppgaven. I oppgaven vil sykepleiers rolle overfor pasientgruppen stå i fokus. Det er flere forhold som vil påvirke dette møtet mellom sykepleier og pasient, herunder tid. Den polikliniske oppfølgingen vil foregå i et begrenset tidsrom, og det vil derfor være av stor betydning at sykepleier planlegger veiledningen godt på forhånd. I tillegg vil både sykepleier- og kvinnens kompetanse på området være av betydning. Oppgaven vil fokusere på kvinner som ikke har gjennomgått kreftbehandling tidligere. Førstegangsrammede har behov for mer omfattende informasjon og veiledning enn ved gjentatt behandling. For sykepleieren vil denne type veiledning kreve en sammensatt kompetanse, noe jeg vil gå nærmere inn på i teoridelen.

Støtte og kjærlighet fra en partner vil være av stor betydning for kvinnen (Borg, 2016), og partners rolle vil bli diskutert i deler av oppgaven. Hovedfokuset vil likevel være på kvinnen, da sykepleiers tilnæringsmetoder og kommunikasjon til pårørende stiller andre krav til sykepleieutøvelsen. Som følge av dette, kombinert med oppgavens omfang, vil ikke pårørende bli vektlagt i besvarelsen. Likeledes vil kulturelle forskjeller og tro kunne påvirke hvordan sykepleieren møter pasienten, da kvinner fra andre kulturer kan ha andre syn på sin kropp og seksuelle helse. Som følge av oppgavens ordbegrensning, vil besvarelsen derfor omhandle etnisk norske kvinner.

#### **1.4 Oppgavens formål**

Formålet med oppgaven er å få større forståelse for hvordan sykepleier ved hjelp av sine yrkesspesifikke funksjoner, herunder den undervisende og veiledende funksjon, kombinert med sitt kunnskapsgrunnlag, kan bidra til å ivareta kvinnens seksuelle helse i etterkant av kurativ behandling for cancer mammae. I oppgaven vil jeg også diskutere faktorer som begrenser sykepleiere i å ta opp seksualitet med kvinnene, da dette kan reduserer deres evne til å jobbe helhetlig med pasientgruppen. Likeledes er formålet å diskutere hvordan sykepleier kan anvende PLISSIT- modellen som verktøy i veiledningen av kvinnen.

#### **1.5 Oppgavens oppbygging**

Kapittel 2 er et metodekapittel, hvor det fremkommer hvordan jeg har jobbet, søkeprosessen og kildekritikk av litteraturen jeg anvender i oppgaven. Videre i kapittel 3 presenteres de sykepleiefaglige referanserammene. Her går jeg inn på etikk, yrkesetiske retningslinjer, gjeldende lovverk og sykepleierens ansvarsområder. I kapittel 4 presenteres den teoretiske forankringen. Her tar jeg for meg pasientgruppen og forklarer kort om brystkreft, behandling, behandlingens innvirkning på kvinnens seksuelle helse og sykepleiers rolle i veiledning om seksuelle problemstillinger. Avslutningsvis gjennomgås kort PLISSIT- modellen, og det beskrives hvordan denne kan anvendes i veiledningen av kvinnen. Kapittel 5 er en drøftingsdel, hvor jeg diskuterer problemstillingene som er reist opp i mot resultater fra forskning på området. I sjette og siste kapittel oppsummerer jeg funnene i en avslutning.

## **2 Metode**

Sosiologen Vilhelm Aubert beskrev i sin tid metode på følgende måte: ”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (Dalland, 2012, s. 111).

Metode kan således beskrives som et redskap, da den forteller oss hvordan vi skal gå frem for å finne kunnskap og bruke kunnskapen for å løse et problem. Vi velger en metode i den hensikt at den vil gi oss gode data og informasjon som er av relevans for å besvare problemstillingen i faglig forstand. Det finnes kvantitativ metode og kvalitativ metode. Kvantitativ metode gir oss målbare data og kan hjelpe oss med å finne konkrete svar, mens kvalitativ metode gir mulighet til å fange opp meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfeste (Dalland, 2012, s. 111-112). I dette kapittelet skal jeg beskrive valg av metode, og videre presentere litteratursøk og søkehistorikk. Avslutningsvis kommer kildekritikken.

### **2.1 Valg av metode**

I denne oppgaven er litteraturstudie anvendt som metode, med bakgrunn i de rammer høgskolen har satt for bacheloroppgaven. En litterær oppgave kjennetegnes av at en systematiserer allerede kjent fag- og forskningslitteratur, der en forholder seg kritisk til det som fremkommer, og til slutt sammenfatter sine funn for å få økt forståelse for temaet (Magnus & Bakketeig, referert i Thidemann, 2015, s. 79). Denne oppgaven er basert på pensum- og egenvalgt litteratur, og det er også anvendt fag- og forskningslitteratur i besvarelsen. Som resultat av dette, har jeg funnet frem til ulike teoretiske perspektiver som er med på å belyse problemstillingen og som igjen bidrar til drøftingen.

### **2.2 Litteratursøk og søkehistorikk**

Forskningsartiklene jeg anvender i oppgaven er i all hovedsak hentet fra databasen Cinahl. Utover dette har jeg utført enkeltsøk på nettsider som Kreftforeningen, Norsk helseinformatikk, Norsk sykepleierforbund, Lovdata og regjeringens nettsider. Dette har bidratt med ytterligere kunnskap om oppgavens tematikk, og har likeledes vært en inspirasjon i videre søk etter fag og forskning. For å finne relevant litteratur, har jeg i tillegg brukt

søkemotoren Oria ved høskolens bibliotek. I søkeprosessen har jeg anvendt PICO- skjema, og det har vært til stor hjelp for å finne relevant litteratur. I den sammenheng har jeg hatt stort utbytte av henholdsvis P- og I'en i skjema, som står for pasient/ problem og intervensjon/ tiltak (Nortvedt mfl, referert i Thidemann, 2015, s. 86).

Ved søk i Cinahl har jeg anvendt ulike ordkombinasjoner og avgrensninger for å tilpasse søket etter oppgavens tematikk. Søkeordene som er benyttet i ulike kombinasjoner er "breast cancer eller breast neoplasms", "sexuality", "nurse attitudes", "information needs", "body image", "cancer patients", "communication" og "nurses eller health professionals". I søkene har jeg benyttet meg av ulike inklusjonskriterier. Søkene ble begrenset til å omfatte forskning fra de siste ti årene, de skulle være fagfelleurderte og i fulltekst. I søkene rettet mot forskning om pasienters opplevelse av seksualitet i forbindelse med behandling for brystkreft, ble søkene ytterligere begrenset til å omhandle middelaldrende kvinner. Eksempelvis gav et søk med ordkombinasjonen "body image", "breast neoplasms", "sexuality", "menopause", kombinert med "AND", 2 treff, hvorav begge var av relevans og som jeg videre har anvendt i oppgaven. Søket ble begrenset med de tidligere nevnte rammer. Hensikten ved bruk av disse søkeordene, var å finne fag- og forskningslitteratur som omhandler kvinners seksuelle helse i forbindelse med/ i etterkant av behandling for cancer mammae, deres behov for informasjon om seksuelle problemstillinger og sykepleieres holdninger når de blir stilt ovenfor disse problemstillingene.

### **2.3 Kildekritikk**

I følge Dalland (2012) utøves kildekritikk for å vise at en har gjort en vurdering av den litteraturen som er anvendt i oppgaven. Jeg har blant annet tilstrebet å anvende primærlitteratur i oppgaven, for å sikre meg mot andre sine feiltolkninger og unøyaktigheter (Dalland, 2012, s. 87). I visse tilfeller, eksempelvis i oppgavens presentasjon av PLISSIT-modellen, har det vært vanskelig å finne primærkilden. I disse tilfellene har jeg anvendt sekundærkilder. Borg (2016) sin tolkning av PLISSIT- modellen blir anvendt i denne oppgaven, og hans oversettelse av modellen fra engelsk til norsk.

Alle artikler som anvendes i oppgaven anser jeg å være av relevans i henhold til oppgavens tematikk og problemstilling. Forskningsartiklene er fra de siste ti årene, fagfelleurderte og er skrevet i anerkjente tidsskrifter. Artiklene som omhandler pasienters erfaringer med seksuelle



problemstillinger i forbindelse med behandlingsforløpet, er gjennomgående utført blant middelaldrende kvinner, som er av relevans i henhold til den aldersgruppen jeg fokuserer på. Samtlige artikler brukt i oppgaven er skrevet på engelsk, og ved oversettelse til norsk er det alltid en risiko for å tolke teksten feil. Jeg anser likevel denne risikoen for å være liten fordi jeg har gode engelskkunnskaper innen den aktuelle fagterminologien. I drøftingens siste kapittel anvender jeg et direkte sitat som omhandler en kvinnes opplevelse av å føle seg annerledes enn friske kvinner i etterkant av kurativ behandling for cancer mammae. Dette sitatet har jeg hentet fra den kvalitative studien til Klaeson, Sandell og Berterö (2011), og har valgt å ikke oversette dette til norsk, da det vil svekke sitatet sin betydning.

I mine utvalgte studier som omhandler pasienters erfaringer, har jeg tatt utgangspunkt i de funnene som fremkom blant middelaldrende kvinner i aldersspennet 40-55 år. Eksempelvis var det i studien til Anderson, Yates, Mccarthy, Lang, Hargraves, Mccarthy & Porter- Steele (2011) fokus på kvinner i to forskjellige aldersgrupper. Her tok jeg utgangspunkt i funnene som gjaldt kvinnene i den eldre gruppen, som var i alderen 42-53 år. Jeg har anvendt fem forskningsartikler i oppgaven, derav tre kvalitative studier og et kvantitativt studie. I studien til Ussher, Perz og Gilbert (2013) er metodene anvendt både kvantitative og kvalitative. Av de tre kvalitative studiene jeg har valgt, er henholdsvis to basert på fokusgrupper og en et intervjustudie. Studienes gjennomgående begrensinger er at de har hatt få respondenter, og at resultatene derfor ikke kan generaliseres til den øvrige befolkningen.

Jeg har i utgangspunktet tilstrebet å anvende forskningslitteratur som er utført innenfor Skandinavia, da dette kan være mer sammenlignbart i forhold til Norge. I oppgaven har jeg imidlertid anvendt to forskningsartikler fra Australia, noe som igjen kan medføre noen ulikheter hva gjelder norsk kultur og helsevesen. Jeg mener likevel at artiklene har stor overføringsverdi da Australia er et land av vestlig kultur, og likeledes at resultatene samsvarer med oppgavens tematikk. Eksempelvis tar forskningsartikkelen til Ussher et al. (2013) for seg pasienters behov for informasjon om seksuelle problemstillinger knyttet til behandling for brystkreft, og i hvilken grad de har fått denne informasjonen av helsepersonell.

Kreftforeningen (2015) sine beskrivelser av behandlingens effekt på seksuell helse, er hentet fra veilederen "Kreft og seksualitet hos kvinnen". Veilederen er i utgangspunktet ment for pasienter, men er også svært relevant for helsepersonell. Jeg har valgt å ta utgangspunkt i noen av disse beskrivelsene av behandlingens effekt på seksuell helse, da jeg mener de er

skrevet mer detaljert og konkret. Jeg mener denne kilden er pålitelig og av god kvalitet fordi informasjonen blir bekreftet i annen faglitteratur.

## **3 Sykepleiefaglige referanserammer**

### **3.1 Juridiske og etiske overveielser i møte med pasientgruppen**

I Norge har pasienter rett på informasjon vedrørende deres sykdom og behandling, noe som er forankret i pasient- og brukerrettighetsloven §3-2 første ledd: ”pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen” (Molven, 2012, s. 160). Dette gjelder også konsekvenser som har betydning for kvinnens seksuelle helse, og kvinnen skal ikke måtte ta initiativ eller kreve å bli informert om dette (Gamnes, 2011, s. 99). Sykepleierens informasjonsplikt er nedfelt i helsepersonelloven kapittel 2, §10 (Helsepersonelloven, 1999).

Da seksualiteten ofte overveies i et moralsk perspektiv er det viktig at sykepleieren, i forkant av veiledningen av kvinnen, har bevisstgjort sine egne verdier og holdninger. Sykepleieren må gjøre en vurdering av hva hun selv tenker er vanlig eller uvanlig og riktig eller galt. Likså må sykepleieren gi rom for kvinnens opplevelse av egen seksuell helse, deriblant hennes problemer, grenser og måter å leve ut sin seksualitet på, og vise respekt for hennes syn. Seksualiteten kan også være en maktfaktor, enten det gjelder private relasjoner eller i samhandling med pasienter, noe sykepleieren må være klar over. I sykepleiers arbeid med problemstillinger relatert til den seksuelle helsen, er det viktig å ha kunnskaper om at de både kan forstås og løses på forskjellige måter, noe som igjen gir en fleksibilitet i forståelsen av problemet. Sykepleieren bør tilstrebe å være lyttende og utforskende, og samtidig ha respekt for sin profesjonalitet (Gamnes, 2011, s. 86). I møte med kvinnen, er dessuten en holistisk tilnærming av stor betydning. Dette innebærer at sykepleieren har en helhetsforståelse av kvinnen, der fokuset ikke utelukkende er på den behandlede kroppen, men likeså på kvinnens sårbarhet, tanker, følelser og ressurser. Sykepleieren bør tilstrebe en allianse av likeverd når det kommer til å løse kvinnens problemstillinger knyttet til seksualitet (Odland, 2012).

### **3.2 Sykepleierens yrkesetiske retningslinjer**

De yrkesetiske retningslinjene er grunnleggende i all utøvelse av sykepleie, og de bygger på menneskerettighetene. De yrkesetiske retningslinjene beskriver sykepleierens fundamentale plikt til å fremme helse, forebygge sykdom, lindre lidelse og sikre en verdig død. Sykepleie skal bygges på omsorg og barmhjertighet, og retningslinjene presiserer hvordan sykepleiere skal arbeide for å sikre god praksis innen profesjonen (Norsk sykepleierforbund, 2011, s. 4).

Av de yrkesetiske retningslinjene fremkommer det likeså at sykepleier skal ivareta pasientens verdighet og integritet, herunder pasientens rett på helhetlig omsorg (NSF, 2011, s. 8). I sykepleiers samtale og veiledning av kvinner om seksuelle problemstillinger, er det av stor betydning å arbeide etter de yrkesetiske prinsippene. De er med på å sette grenser for hva som er rett og galt, og vil derfor være til hjelp der både sykepleieres personlige og yrkesmessige etikk blir utfordret (Gamnes, 2011, s. 86).

Sykepleieren er en viktig ressurs som kan bidra til å fremme kvinnens håp og mestring i en situasjon som kan føles uhåndterlig og vanskelig. Sykepleieren skal tilstrebe å fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser vedrørende sykdom og behandling, ved å gi tilstrekkelig informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått (NSF, 2011, s. 8). Sykepleieren skal ikke misbruke sin maktposisjon av å være fagperson til egen vinning, men anvende sin kunnskap til å fremme det gode, og unngå det som kan skade (Sneltvedt, 2012, s. 100).

### **3.3 Den undervisende og veiledende sykepleiefunksjonen**

Yrkesutøvelsen forutsetter at sykepleieren ivaretar sine yrkesspesifikke funksjoner og sitt ansvar i møte med pasientene, og på denne måten ivaretar kvaliteten på den omsorg og pleie som gis. Sykepleieren har flere indirekte pasientrettede oppgaver, herunder den undervisende og veiledende funksjonen, som innebærer å informere, undervise og veilede blant annet pasienter og pårørende. Dette er nødvendig for å fremme kvinnens trygghet og hennes evne til å håndtere konsekvenser av sykdom og behandling. Sykepleieren bør tilstrebe gode rutiner som sikrer at pasienten og eventuelt pårørende er aktivt deltakende i hele sykdom- og behandlingsforløpet (Nortvedt & Grønseth, 2010, s. 21-22).

## **4 Teoretisk forankring**

### **4.1 Brystkreft- symptomer- diagnostikk**

Kreft i brystkjertelens melkekjertler eller melkeganger betegnes som brystkreft, eller på latinsk, cancer mammae (Schlichting, 2011, s. 434). Årsakene til brystkreft er sammensatte, og vanskelig å fastlå. Faktorer som kan påvirke er blant annet kjønn, alder, menarke, samt overvekt og andre livsstilsfaktorer (Sørensen & Almås, 2010, s. 440). Det faktum at kvinners livsstil har endret seg de siste årene, relatert til økt alkoholbruk, vektøkning og reproduktive forhold, har ført til en økning i antall tilfeller av brystkreft (Schlichting, 2011, s. 434).

Forløpet til brystkreft er svært varierende, og faktorer som avgjør hvor aggressiv brystkreften er, knyttes til blant annet tumorens størrelse, differensieringsgrad, alder og her-2-status. Brystkreft gir sjelden symptomer før kvinnen oppdager en kjennbar kul i brystet eller at kreften har spredd seg til andre organer. Typiske symptomer er nyoppstått asymmetri av brystene, ensidig inndratt brystknopp samt rødhet og hudinndragninger. Slike symptomer skal alltid utredes videre med trippeldiagnostikk. Denne utredningsalgoritmen gir nær hundre prosent sikker diagnose, og innebærer en klinisk undersøkelse, bildediagnostikk og nålbiopsi av alle mistenkte forandringer i brystet (Schlichting, 2011, s. 435- 436).

### **4.2 Behandling**

Den viktigste behandlingen for brystkreft er kirurgi, ofte med påfølgende adjuvant behandling i form av cytostatika og hormonbehandling med antiøstrogener (Sørensen & Almås, 2010, s. 444). I dagens samfunn er det et stort fokus på brystkreft og screeningprogrammer som gjør at kreften kan oppdages tidlig og at det dermed kan utføres brystbevarende kirurgi (Gamnes, 2011, s. 98). Likevel blir det i 45% av tilfellene ved kirurgisk behandling av cancer mammae utført masektomi. Dette er en operasjon der hele brystet til kvinnen, samt overflødig hud, fjernes. Kriterier for slik kirurgi er blant annet om tumoren er større en 4 cm, at det er flere tumorer i samme bryst eller at kvinnen selv ønsker det som følge av frykt for residiv (Schlichting, 2011, s. 437). I følge Schlichting (2011, s. 440) skal alle kvinner som har gjennomgått masektomi få tilbud om rekonstruktiv kirurgi, men det er i følge henne under halvparten som viser interesse for å gjennomføre dette.

Adjuvant behandling av cancer mammae blir gitt for å øke helbredelsen der det ikke er påvist metastaser. De fleste kvinner under 55 år blir gitt cytostatikabehandling i etterkant av operasjon, uavhengig av operasjonsmetode, men det benyttes også hos kvinner opp til 75-årsalderen. Vurdering blir i tillegg gjort basert på karakteristika ved tumoren, og behandlingen blir vanligvis utført seks uker etter operasjon. Videre påvirkes tumorcellenes vekst av mange hormoner, og kvinner har i ca. 80% av tilfellene en tumor som har reseptor for østrogen (Schlichting, 2011, s. 439). Behandling med antiøstrogener gis dersom tumoren er reseptorpositiv og har en viss størrelse. Antiøstroget vil da blokkere disse reseptorene, slik at østroget ikke lenger kan stimulere cellene. Denne behandlingen reduserer risiko for residiv, og blir ofte gitt flere år etter operasjonen (Sørensen & Almås, 2010, s. 445).

### **4.3 Seksuell helse**

Definisjoner av seksuell helse viser at begrepet er langt fra ensbetydende, og at det omfatter flere aspekter av menneskelivet. Begrepet beskrives på følgende måte: ”Seksuell helse kan defineres som fysisk, mental og sosial velvære relatert til seksualitet. God seksuell helse er en ressurs og en beskyttelsesfaktor som fremmer livskvalitet og mestringsferdigheter. Seksualitet omfatter følelser, tanker og handlinger, i tillegg til det fysiologiske og fysiske” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 7).

Seksualitet kan således knyttes til helsen, der de somatiske plagene får konsekvenser for *hele* seksualiteten, inklusiv de emosjonelle, intellektuelle og sosiale aspektene i kvinnens liv. Behovet for seksualitet varierer, men det er likevel en betydningsfull komponent i menneskets identitet. Flere undersøkelser tyder på at mennesker som mister deler av sin seksualitet, eksempelvis i forbindelse med kreftbehandling, lider sterkt under dette. Betingelser for å ivareta god helse er blant annet å elske og kjenne seg elsket (Borg, 2016, s. 122). For å kunne utøve profesjonell omsorg, er det derfor i følge Borg (2016) viktig at sykepleiere har en større forståelse for seksualitetens betydning for kvinnen, og ikke definerer den utelukkende som en forplantningsfunksjon.

Seksualiteten kan ses på som en integrert del av kvinnens personlighet, og vil således være et viktig aspekt i den mellommenneskelige relasjonen mellom sykepleier og kvinne. Det er derfor viktig at sykepleier innehar kunnskaper om menneskets seksuelle utvikling, og hva seksualiteten betyr for kvinnen i den livsfasen hun befinner seg i (Laursen, 2011, s. 704).

Kvinner i alderen 40-55 år befinner seg i den voksne fasen av seksualiteten. Om kvinnen er i et parforhold kan hun og partner oppleve problemer med å gjenvinne den intimiteten og seksualiteten som en gang var, og det er heller ikke uvanlig at kriser oppstår i denne perioden i livet. Eksempelvis kan en brystkreftdiagnose og påfølgende behandling sette parforholdet på prøve, som følge av kvinnens endrede identitetsoppfatning. Det er da viktig at paret bevarer intimitet og samhørigheten, slik at sykdommen ikke går ut over deres samliv (Laursen, 2011, s.709). I denne alderen er det også vanlig at kvinner kommer i overgangsalderen, og hun vil da oppleve endringer i hormonbalansen, som gir tørrere skjedeslimhinne og nedsatt seksuell lystfølelse (Gregersen, Hilmand & Jensen, referert i Laursen, 2011, s. 709).

#### **4.4 Behandlingens effekt på seksuell helse**

I perioden der kvinnen får en brystkreftdiagnose og må starte opp med behandling, kan de seksuelle behovene komme i bakgrunn som følge av at kvinnen har andre tanker og bekymringer som må prioriteres. Behovet for intimitet og nærhet vil likevel komme gradvis tilbake, og kvinnen kan da oppleve flere hindre på veien. Om kvinnen er i et parforhold vil dette kreve evne til nytenkning og omstilling slik at begge parter får sine behov tilfredsstilt, og for enslige kvinner kan terskelen for nærhet og bekreftelse være høy- for noen kvinner et umulig steg å ta (Gamnes, 2011, s. 95).

Vanlige seksuelle komplikasjoner ved brystkreft er krenket feminitet, kunstig overgangsalder, endret selvbilde og endret følsomhet (Agger, referert i Borg, 2016, s. 124). Brystene er av stor betydning for seksuallivet, både fysisk og mentalt, selv om kvinnens seksuelle lyst ikke avhenger av dem. Brystene er viktig for kvinnens opplevelse av seg selv som et seksuelt vesen, og tap av et bryst kan medføre en følelsesmessig omveltning, som igjen virker inn på hennes selvbilde (Kreftforeningen, 2015, s. 24). Likeledes beskriver Gjertsen (2016, s. 441) at kvinnebrystet for de fleste er et symbol på det absolutt feminine, og på mange måter et identitetsskapende organ. Når kvinnen etter operasjon sitter igjen med ett bryst og arr over halve brystveggen, er det ikke uvanlig at seksuelle problemstillinger oppstår som følge av at kvinnen føler seg lite attraktiv (Gjertsen, 2016).

Adjuvant behandling med cytostatika medfører i de fleste tilfeller kvalme og slapphet, og likeså er hårtap en bivirkning kvinnen vil oppleve. Håret er for mange kvinner av betydning for hvordan de liker å fremstå utad, og det kan oppleves traumatisk å miste det (Gjertsen,

2016, s. 442). Ved adjuvant antiøstrogenbehandling kan kvinnen oppleve smerter under samleie, da behandlingen gir tørrhet og irritasjon i skjedeslimhinnen. Tørrhet og ubehag rundt kvinnens klitoris og kjønnslepper kan også forekomme som følge av lavt østrogennivå (Kreftforeningen, 2015, s. 24). Mange kvinner vil dessuten i forbindelse med behandling oppleve fatigue, noe som igjen vil gi store konsekvenser for lyst og evne til seksuelt samliv (Borg, 2016, s. 125).

Postoperativ adjuvant cytostatika- og antiøstrogenbehandling gir skade på ovarialcellene, og medfører derfor varig eller forbigående menopause. Alder og behandlingstype spiller her en vesentlig rolle, og sjansen for varig menopause øker med alderen. For kvinner i 40-årsalderen er det eksempelvis 40% sjanse for varig menopause. Kvinnen kan oppleve bivirkninger som vektøkning, osteoporoseutvikling, seksuelle problemer samt hjerte- og karsykdommer, som vil være en betydelig påkjenning (Schlichting, 2011, s. 440). I en studie utført blant brystkreftbehandlede kvinner i Australia, fremkom det at respondentene hadde opplevd en rekke menopausale symptomer i forbindelse med behandling. Symptomer som hetetokter, tørr skjede, vektøkning og manglende seksuallyst hadde størst innvirkning på kvinnens liv. Kvinnene rapporterte videre at de syntes det var vanskelig å håndtere sine overgangsplager. De beskrev at deres behov for informasjon relatert til behandlingsindusert menopause ikke ble oppfylt, og at de følte symptomene ble bagatellisert, særlig av mannlig helsepersonell (Anderson et al., 2011).

Klaeson et al. (2011), fremhever i sin studie at ettervirkninger av brystkreftbehandling, spesielt de seksuelle problemstillingene, ser ut til å være et bortprioritert problem i vårt utviklede samfunn. Formålet med studien var å se på hvordan middelaldrende kvinner opplevde sin seksuelle identitet knyttet til brystkreftbehandling og samfunnsnormer. Funnene viste at kvinnene opplevde sin kropp på en helt ny og ukjent måte, som påvirket seksualiteten i en svært negativ grad. Kvinnene uttrykte at de følte seg ufeminine som følge av sitt endrede kroppsbilde (Klaeson et al., 2011). Kroppsbilde (det fysiske selvet) sier noe om hvordan en person oppfatter sin kropp, herunder kroppsfunksjoner og utseende. Kroppsbilde er således et viktig element i personens selvbilde (det personlige selvet). I forbindelse med behandling for brystkreft, er det vanlig at kvinner opplever ulike grader av endringer i kroppsbilde. I hvilken grad kvinnen opplever et endret kroppsbilde er vesentlig for hvordan hun ser på seg selv, og likeså hennes forhold til sine nærmeste. Det vil også ha innvirkning på livskvaliteten, og kan derfor i ytterste konsekvens påvirke helbredelsesprosessen (Schjølberg, 2016, s. 131).



Masektomi er muligens den forandringen som har størst betydning for kroppsbilde til kvinnene, da inngrepet kan oppleves som traumatisk og gir synlige forandringer. I veiledningen av kvinner, er det derfor viktig at sykepleieren ser kvinnens endrede kroppsbilde som en integrert del av hennes velvære (Schjølberg, 2016, s. 134- 135). Det er derfor viktig at sykepleieren også hjelper kvinnene med disse problemstillingene.

#### **4.5 Sykepleiers rolle i veiledning om seksuelle problemstillinger**

Gode kommunikative ferdigheter anses å være viktig i samhandling med pasienter som gjennomgår kreftbehandling. Basert på en kartlegging av kvinnens deltakerforutsetninger, må sykepleier i veiledningen være bevisst ved valg av temaer og uttrykksmåter. Likeledes er det av stor betydning at sykepleier og pasient opparbeider en felles forståelse av hverandres virkelighet, der pasienten forstår det sykepleieren formidler, og sykepleieren forstår sykdommen- og behandlingens betydning for pasienten (Reitan, 2016, s. 102-103). Det er kvinnen som er hovedpersonen i veiledningen, noe som fordrer at hun bidrar med innhold i samtalen (Reitan, 2016, s. 113). Sykepleier skal deretter hjelpe pasienten til å mestre konkrete personlige og/ eller praktiske utfordringer, ved hjelp av sin faglige innsikt. Pasienten opparbeidet kunnskap og ferdigheter om sin seksuelle helse og samliv i etterkant av kurativ behandling (Dalland, referert i Reitan, 2016, s. 113). På denne måten kan sykepleieren hjelpe pasienten til å løse hennes problemer. En veiledningssamtale skal være preget av gjensidighet, nærhet og omtanke. For kvinnen som gjennomgår behandling som påvirker hennes seksuelle helse, kan veiledningen ses i et helhetsperspektiv, der hennes følelser, tanker og kropp inngår i veiledningen (Reitan, 2016, s. 113).

I en studie utført i Sverige ble sykepleieres holdninger og tanker når det kom til å snakke om pasientenes seksuelle problemstillinger undersøkt. Åttiåtte sykepleiere deltok i studien, og det fremkom at 90% av respondentene hadde kunnskap om og forståelse for at sykdom og behandling kan påvirke pasientens seksualitet. To tredjedeler svarte at de var i stand til å snakke med pasienter om seksuelle problemstillinger, og at det var sykepleierens ansvar å ta initiativ til slik samtale. Likevel bekreftet flesteparten at de ikke tok seg tid til dette, og rundt to tredjedeler følte seg usikre når de skulle ta opp slike problemer med pasientene (Saunamäki, Andersson & Engström, 2010). Dette bekreftes av en nyere studie (Saunamäki & Engström, 2014), der funnene viste at sykepleiere fortsatt syntes det var utfordrende å diskutere seksuelle problemstillinger med pasientene. Sykepleierne gav uttrykk for at de

forstod sitt ansvar overfor pasientgruppen, men at ansvaret medbrakte motstridende følelser som frykt og forlegenhet. Mangel på tid, privat rom, ekstern støtte og fordommer var også medvirkende faktorer til hvorfor seksualitet ikke ble tatt opp. Noen av sykepleierne anså det dessuten ikke som sitt ansvar, og mente det var et tabuemne (Saunamäki & Engström, 2014).

Fordommer om seksualitet og kreft kan styrkes dersom sykepleiere unngår å ta opp problemstillingene med pasientene (Borg, 2016). I veiledningen av kvinnen bør sykepleier tilstrebe en åpenhet og nysgjerrighet. Sykepleieren må ha kunnskaper om de fysiske og psykiske utfordringene pasienten står overfor, samt et emosjonelt engasjement med empati. Dette kan gjøre samtalen om følelser og seksualitet lettere for pasienten. Om kvinnen er i et parforhold, bør veiledningen inkludere hennes partner. Om kvinnen er alene, er oppgaven å hjelpe henne med å leve godt med sin seksualitet. Det overordnede målet er uansett å bidra til å ivareta kvinnens seksuelle helse, uavhengig av årsakene til problemene og hennes livssituasjon (Borg, 2016, s. 126-127). For å kartlegge kvinnens kroppsbilde, vil det være hensiktsmessig at sykepleieren stiller åpne, muntlige spørsmål, samt observere kvinnens verbale og nonverbale kommunikasjon. Sykepleieren skal hjelpe kvinnen til å flytte fokuset vekk fra det endrede kroppsbilde. Sykepleieren kan med fordel informere kvinnen om omfanget av de kroppslige og psykiske forandringene som ofte forekommer ved behandling, hvor lenge problemstillingene vil vedvare, og om de er av forbigående eller varig karakter (Schjølberg, 2016, s. 137-138). I etterkant er det viktig at sykepleier forsikrer seg om at det er gitt tilfredsstillende informasjon, at den er forstått, og eventuelt om det er noen misforståelser som må oppklares (Gamnes, 2011, s. 99).

#### **4.5.1 PLISSIT- modellen som verktøy i veiledning**

PLISSIT- modellen ble i 1970- årene utviklet av Annon og Robinson, og er en hierarkisk firetrinnsmodell, hvor ett trinn fører til det neste (Schjølberg, 2016, s. 138). Borg (2016) beskriver at kommunikasjon er et av sykepleierens viktigste verktøy, og at PLISSIT- modellen er et nyttig verktøy sykepleieren kan anvende i veiledning vedrørende seksuelle problemstillinger. PLISSIT står for:

1. **Permission**= tillatelse
2. **Limited Information**= begrenset informasjon
3. **Specific Suggestions**= konkrete forslag

#### 4. Intensive Therapy= intensiv terapi (Borg, 2016, s. 127)

*Tillatelse* er det første trinnet i modellen. Målet er at kvinnen skal ha mulighet til å sette ord på sine tanker rundt endringer i seksuell helse i forbindelse med kreftbehandling. En slik samtale skal ikke finne sted uten kvinnens tillatelse, og det er viktig at sykepleier er villig til å snakke om tema eller eventuelt lytte til kvinnen. Kvinnen kan i forbindelse med kreftbehandlingen trenge tid på å bearbeide sitt endrede kroppsbilde, men det er samtidig viktig at sykepleier oppmuntrer til samtale om disse problemstillingene slik at kvinnen kan sette ord på dem. Det vil være av stor betydning at sykepleier stiller spørsmål som: ”Har behandlingen du har vært gjennom fått betydning for din rolle som kvinne?”. Noen pasienter ønsker ikke å snakke om sin seksuelle helse, og dette må sykepleier akseptere. For andre pasienter kan det være ønskelig med skriftlig materialet og i den sammenheng har Kreftforeningen et heftet om Seksuell helse og kreft. Fokuset i slik veiledning vil til en hver tid være pasientens eget utgangspunkt (Borg, 2016, s. 127).

I Ussher et al. (2013) sin studie fremkom det at en andel av deltakerne ikke ønsket informasjon eller samtale om seksualitet i etterkant av brystkreft. Kvinnene uttrykte at de allerede hadde fått informasjon, at de var usikre på hvordan de kunne få hjelp eller ikke turte å spørre som følge av forlegenhet. Forfatterne vektla at helsepersonell bør respektere hver enkeltperson sitt valg når det kommer til å diskutere seksualitet, og samtidig være oppmerksom på at pasienter kan oppleve det som flaut å spørre om hjelp. Helsepersonell bør således bli flinkere til å adressere seksualiteten med pasientene, og deretter gi informasjon hvis det er ønskelig.

*Begrenset informasjon* er det andre trinnet i modellen, og handler om at kvinnen har rett på informasjon om kreftsykdommen og behandlingens konsekvenser, og hun skal få denne informasjonen uten å kreve å bli informert. Sykepleier kan eksempelvis forklare hvordan kroppsbilde kan forandres i forbindelse med behandling i form av masektomi, cytostatika og antiøstrogen. Informasjon kan både fjerne eventuelle misforståelser eller feilaktige antagelser kvinnen kan ha, og samtidig besvare spørsmål kvinnen måtte ha (Borg, 2016, s. 128).

*Konkrete forslag* er det tredje trinnet i modellen, og målet er her at sykepleier kommer med konkrete forslag og løsninger som fremmer seksuell helse. Det handler om løsninger som vil

hjelpe kvinnen med å opprettholde, samt utvikle, sitt seksualliv. Sykepleier kan eksempelvis gi kvinnen informasjon om glidemidler og vaginalkremer som kan hjelpe mot tørr skjede. Cytostatika- og hormonbehandling påvirker ovarialcellene i kroppen, og nivået av testosteron vil da synke eller forsvinne helt. Testosteron er hos kvinner et sterkt lysthormon, og i noen tilfeller kan det derfor være aktuelt å foreslå testosteronbehandling. Dessverre er det få hjelpemidler tilgjengelig for å ivareta kvinnens seksuelle helse knyttet til kreftbehandling (Borg, 2016, s. 128).

*Intensiv terapi* er det fjerde og siste trinnet i modellen. Kun et fåtall pasienter har behov for dyp og spesialisert behandling. Eksempelvis kan dette dreie seg om dypere samlivsproblematikk der andre trinn i modellen eller andre hjelpemidler ikke er tilstrekkelige. Sykepleiers rolle på dette trinnet er å henvise kvinnen videre til en spesialist, eksempelvis en sexolog, samt motivere kvinnen til å gå gjennom behandling (Borg, 2016, s. 129-130).

## **5 Drøfting: Hvordan kan sykepleier bidra til å ivareta seksuell helse hos kvinner i etterkant av kurativ behandling for cancer mammae?**

I følge Gjertsen (2016) rammer cancer mammae 2500 kvinner hvert år. Den påfølgende behandlingen vil påvirke kvinnens seksuelle helse i større eller mindre grad, da behandlingen gir store fysiske og psykiske påkjenninger. Dette bekreftes i blant annet studien til Ussher et al. (2013), der det fremkom at 85% av kvinnene hadde opplevd seksuelle problemer som følge av brystkreftbehandling. På tross av dette, hadde under halvparten fått informasjon om at svekket seksuell helse var vanlig i forbindelse med kreftbehandling. I studien ble liksom PLISSIT- modellen trukket frem som et betydningsfullt veiledningsverktøy sykepleiere kan anvende, da modellen understreker viktigheten av å gi informasjon for å redusere kvinners bekymringer relatert til deres seksuelle helse (Ussher et al., 2013). Sykepleiere har, gjennom sin veiledende funksjon, et adekvat grunnlag til å ivareta kvinnens seksuelle helse i etterkant av kurativ behandling for cancer mammae. Sykepleiere bør tilstrebe å anvende sin veiledende funksjon også når det kommer til seksualitet, særlig da det fremkommer at pasientenes behov for denne type informasjon ikke blir tilfredsstillt i klinisk praksis.

### **5.1 Sykepleierens veiledende funksjon og informasjonsplikt**

Definisjoner av seksuell helse viser at begrepet er langt fra ensbetydende, og at det omfatter flere aspekter av menneskelivet, ikke kun det rent fysiologiske. I følge Borg (2016) er det derfor ikke uvanlig at kvinner som opplever seksuelle vanskeligheter i forbindelse med behandlingsforløpet, plages sterkt av dette, da seksualiteten på mange måter er en viktig komponent i hennes kvinnelige identitet. For å kunne ivareta kvinnens seksuelle helse, må sykepleieren i sin yrkesutøvelse tilstrebe å ivareta kvinnens behov for helhetlig omsorg, en betingelse som er nedfelt i de yrkesetiske retningslinjer punkt 2-3 (NSF, 2011). Ved å utøve helhetlig omsorg vil sykepleieren lettere oppfatte alle kvinnens behov, noe også Saunamäki og Engström (2014) i sin studie vektlegger er viktig, særlig da sykepleiere har en nøkkelrolle i å oppdage uhelse hos pasienter. For å identifisere seksuelle problemstillinger, må derfor sykepleieren i lys av sine holdninger og fagkunnskaper adressere problemområdet med kvinnene, og i den forbindelse være villig til å gå utenfor sin komfortsone.

I Nortvedt og Grønseth (2010) sine beskrivelser av sykepleierens ansvars- og funksjonsområder, fremkommer det at sykepleiere har en spesifikk funksjon i sin yrkesutøvelse som omhandler å informere, veilede og undervise kvinner om konsekvenser av den behandlingen de gjennomgår. Sykepleieren som i denne sammenheng møter kvinnen i forbindelse med en poliklinisk oppfølging, har et sentralt ansvar når det kommer til å veilede henne om de seksuelle problemstillinger hun har opplevd/ opplever i forbindelse med behandlingsforløpet. Dette ansvaret blir også understreket i helsepersonelloven §10, der det står beskrevet at sykepleiere har en informasjonsplikt overfor sine pasienter (Helsepersonelloven, 1999). Den polikliniske oppfølgingen foregår over et begrenset tidsrom, og i studien til Saunamäki og Engström (2014) fremkom det at nettopp mangel på tid var en medvirkende faktor til hvorfor sykepleierne ikke tok opp seksualitet med pasientene. Min forståelse av dette er at sykepleiere ikke kan bortprioritere denne type veiledning, selv ikke som følge av liten tid.

For å bidra til å ivareta kvinnens seksuelle helse, vil derfor sykepleierens veiledende funksjon være sentral. Likevel fremhever Borg (2016) at sykepleiere ofte vegrer seg for å snakke om nettopp seksualitet, da det for mange oppleves som et tabubelagt emne. Språket i veiledningen kan virke utfordrende og sykepleiere kan føle de ikke har adekvat kunnskap på området. For at sykepleieren skal kunne ivareta kvinnens seksuelle helse gjennom sin veiledende funksjon, tenker jeg derfor at det vil være viktig at veiledningen foregår innenfor trygge rammer. PLISSIT- modellen vil således være et hjelpende verktøy, og i den sammenheng må sykepleieren være klar over de fysiske og psykiske utfordringene kvinnen står overfor (Borg, 2016). Dette forutsetter at sykepleier er innforstått med den behandlingen kvinnen har vært gjennom i forkant av veiledningen, og den behandlingen hun får på det gjeldende tidspunktet. Gamnes (2011) beskriver dessuten at seksualitet ofte inngår i et moralsk perspektiv, og at sykepleieren derfor i forkant av veiledningen må bevisstgjøre egne verdier og holdninger om seksualitet. Det er viktig å gjøre en vurdering av hva hun/han selv tenker er vanlig eller uvanlig, og samtidig tilstrebe å gi rom for kvinnens opplevelse av egen seksuell helse. På denne måten vil sykepleieren vise respekt for kvinnens problemer, grenser og måter å leve ut sin seksualitet på (Gamnes, 2011).

Det vil også i forkant av veiledningen være hensiktsmessig at sykepleier er bevisst på at seksualiteten kan være en maktfaktor i samhandlingen med kvinnen. Sykepleieren bør unngå å moralisere eller overbevise kvinnen om at hennes holdninger til sin seksuelle helse er

feilaktige, og at egne holdninger er riktige (Gamnes, 2011). Dette bekrefter Sneltvedt (2012), da hun vektlegger at sykepleieren ikke skal misbruke sin maktposisjon av å være fagperson til egen vinning, men anvende sine fagkunnskaper til å fremme det gode og unngå det som kan skade. Reitan (2016) vektlegger dessuten at veiledningen fordrer gode kommunikative ferdigheter, da den involverer kvinnens tanker, følelser og kropp. Jeg mener alle disse faktorene vil være utslagsgivende når sykepleieren går inn i PLISSIT- modellens første trinn, *tillatelse*, der sykepleier åpner for samtale om kvinnens seksuelle problemstillinger. Her vil den videre samtalen forutsette kvinnes tillatelse, da hun er hovedpersonen i veiledningen (Borg, 2016). Likeledes vil veiledningen basere seg på kvinnens subjektive opplevelse av seksuelle problemstillinger, noe som igjen fordrer at kvinnen bidrar med innhold i samtalen. For kvinnen kan dette oppleves som vanskelig, da det hun skal prate om kan føles privat og sårbart. Sykepleieren må derfor hjelpe kvinnen til å føle seg trygg i relasjonen, ved å tilstrebe en allianse av likeverd, nærhet og omtanke (Reitan, 2016).

Ved at sykepleieren er innforstått med den kurative behandlingen kvinnen har fått, og den etterbehandlingen hun får på det gjeldende tidspunktet, vil sykepleieren ut fra min forståelse ha en helhetlig tilnærming i arbeidet med å ivareta kvinnens seksuelle helse. Dette vil være i tråd med de yrkesetiske retningslinjene (NSF, 2011). Med dette som utgangspunkt, vet eksempelvis sykepleieren i forkant av veiledningen at kvinnen går på adjuvant behandling med antiøstrogenet tamoksifen, og at hun skal gå på dette flere år fremover (Wist, 2016). Kreftforeningen (2015) beskriver at slik behandling kan medføre smerter ved samleie som følge av at skjedeslimhinnen blir tørr og irritert. Sykepleieren må derfor være forberedt på at kvinnen kan spørre: ”Jeg opplever tørrhet og smerter i skjeden, som påvirker mitt seksualliv... Hva kan jeg gjøre med dette?”. Likeledes vet sykepleieren at kvinnen har gjennomgått kirurgisk behandling i form av masektomi, der det ikke har blitt utført rekonstruktiv kirurgi. I følge Gjertsen (2016) er det ikke uvanlig at kvinnen i den forbindelse kan oppleve seksuelle problemstillinger, da hun kan sitte igjen med en følelse av krenket feminitet fordi hun ser på seg selv som mindre attraktiv. Borg (2016) hevder derfor at det er en fordel om sykepleier stiller kvinnen spørsmål om hvorvidt hun føler behandlingen har hatt betydning for hennes rolle som kvinne. Om kvinnen er i et parforhold, må sykepleieren være forberedt på at kvinnen kan oppleve det som vanskelig å vise den behandlede kroppen til partneren sin (Borg, 2016).

Den innledende veiledningen ved bruk av PLISSIT- modellen krever kvinnens tillatelse, noe sykepleieren i noen tilfeller kan oppleve å ikke få. For at sykepleieren likevel skal kunne bidra til å ivareta kvinnens seksuelle helse, kan informasjon gjennom skriftlig materialet være mer gunstig for kvinnen i slike tilfeller (Borg, 2016). Dette bekreftes i studien til Ussher et al. (2013) der informasjon om brystkreft og seksualitet gjennom hefter, nyhetsbrev og nettsider ble foretrukket av de fleste kvinnene. Forfatterne fremhevet at dette trolig skyldes den drastiske økningen i bruk av internett de siste årene, der informasjonen ligger lettere tilgjengelig for de fleste. Det blir også vektlagt at informasjonen kan være lettere å fordøye gjennom skriftlig materialet, og at pasientene på denne måten kan unngå den forlegenheten som kan oppstå når seksualiteten diskuteres ansikt til ansikt med helsepersonell.

## **5.2 Informasjonsbarrierer og stigma**

Molven (2012) beskriver i sin bok at kvinnens rett på informasjon vedrørende seksuelle problemstillinger i forbindelse med kreftbehandling, er lovfestet i pasient- og brukerrettighetsloven §3-2 første ledd. På tross av dette, viser funn fra flere studier at denne type informasjon i mange tilfeller ikke blir formidlet til pasientene. Eksempelvis fremkommer det av studien til Saunamäki et al. (2010), utført blant svenske sykepleiere, at de ikke tok seg tid til å diskutere seksuelle problemstillinger med pasientene. Likså fremkom det at 40% av sykepleierne i studien mente seksuelle problemstillinger kun skulle drøftes dersom temaet ble tatt opp av pasienten selv. Denne tankegangen står i stor kontrast til hvordan Borg (2016) vektlegger at sykepleier i PLISSIT- modellens første trinn både må gi, og få, tillatelse til å snakke om seksualitet med kvinnen. Min tolkning er videre at denne informasjonsbarrieren kan anses som universell, og dermed også omfatte sykepleieutøvelsen i Norge. Borg (2016) vektlegger at kommunikasjon vedrørende seksualitet, som en naturlig konsekvens av samfunnet vi lever i, spiller på dypere strenger hos oss alle. Det er derfor i følge han ikke sjeldent at sykepleiere stiller høye krav til egen faglighet og profesjonalitet, noe som igjen kan resultere i at sykepleiere aktivt velger å ikke ta opp seksualiteten med pasientene.

I studien til Saunamäki et al. (2010) fremkom det at 41% av sykepleierne mente at det å samtale om seksuelle problemstillinger ikke var av betydning for pasientens helse. Jeg mener dette er motstridende til det faktum at sykepleiere, med bakgrunn i sine fagkunnskaper, vet at sykdom og behandling kan påvirke kvinnens seksuelle helse. Sykepleiernes uttalelser samsvarer heller ikke med Borg (2016) sin vektlegging av at pasienter ofte har stort utbytte av



veiledning og råd, for å kunne mestre sine kroppslige og psykiske utfordringer relatert til kreftbehandling. God seksuell helse er av stor betydning for menneskets livskvalitet og mestringsferdigheter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016), og slik jeg tolker det vil dermed slike holdninger redusere sykepleierens evne til å ivareta kvinnens behov for helhetlig omsorg, og likeså hennes mestringsferdigheter i forbindelse med kreftbehandling. En annen barriere som fremkom blant 40% av sykepleierne, var at de mente pasientene ofte var for syke og således i en livssituasjon der de likevel ikke var interessert i å diskutere seksuelle problemstillinger (Saunamäki et al., 2010). I visse faser av behandlingsforløpet kan dette være tilfelle, da kvinner som nylig har fått en brystkreftdiagnose og må gjennom behandling, kan ha andre tanker og bekymringer som først må prioriteres (Gamnes, 2011). Min oppfatning er likevel at sykepleieren i slike tilfeller må bruke skjønn i vurderingen av kvinnens situasjon. Borg (2016) vektlegger dessuten at det ikke skader om sykepleieren både gir og får tillatelse til å snakke om kvinnens seksuelle helse allerede i forkant av kurativ behandling. Med slik praksis, vil det være mer naturlig for kvinnen å gjenoppta dialogen med sykepleieren på et senere og mer passende tidspunkt, eksempelvis i forbindelse med en poliklinisk oppfølging.

Forskningsfunn har gitt indikasjoner som tyder på at kvinner som er premenopausale før brystkreftbehandling, ofte får hyppigere og mer alvorlige menopausale symptomer som følge av behandling (Biglia et al., referert i Anderson et al., 2011). Kvinnene i studien til Anderson et al. (2011) ga uttrykk for at de ikke var forberedt på disse symptomene, og at symptomene var vanskelig å håndtere. Spesielt de som påvirket seksualiteten. De mente deres behov for informasjon vedrørende behandlingsindusert menopause ikke ble tilfredsstillt, og at symptomene ble bagatellisert. For en kvinne som er under behandling for cancer mammae kan en slik bagatellisering av hennes problemer, i følge Borg (2016), forsterke allerede eksisterende fordommer om at seksualiteten for henne er et avsluttet kapittel. Likevel hevder Klaeson et al. (2011) at det fra et sykepleieperspektiv, kan se ut som at det er en klar utfordring å identifisere problemstillinger relatert til kvinners seksuelle helse i etterbehandling for brystkreft. Borg (2016) hevder derfor videre at sykepleieren kan tilstrebe å møte dette informasjonsbehovet, ved at veiledningen går inn i PLISSIT- modellens andre trinn, *begrenset informasjon*, der målet er å gi kvinnen informasjon om cancer mammae og behandlingens effekt på seksuell helse. Denne informasjonen skal kvinnen få uten å måtte kreve å bli informert (Borg, 2016).

Når veiledningen går videre inn i dette andre trinnet, tenker jeg sykepleieren bør ha gjort en helhetlig kartlegging av kvinnens livssituasjon. Min tolkning er at sykepleieren da lettere kan forstå hvordan behandlingen påvirker kvinnens seksuelle helse. Dette bekrefter Laursen (2011), da hun beskriver at sykepleier i møte med kvinnens seksuelle problemstillinger bør ha kunnskaper om menneskets seksuelle utvikling, og hva seksualiteten betyr for kvinnen i den livsfasen hun befinner seg i. Slik jeg forstår det, befinner middelaldrende kvinner seg i det som kan karakteriseres som den voksne fasen av seksualiteten. Laursen (2011) vektlegger videre at denne fasen på mange måter kan anses som problematisk for kvinnen om hun er i et parforhold. Hun beskriver at barna ofte flytter ut i denne perioden, og at paret i den forbindelse kan ha problemer med å gjenvinne den intimitet og seksualitet som en gang var. Likeledes er det ikke unormalt at kriser oppstår i denne perioden i livet, eksempelvis utroskap eller kronisk sykdom. I denne forbindelse vil det være en brystkreftdiagnose med påfølgende behandling. Parforholdet kan da igjen settes på prøve, som følge av kvinnens endrede identitetsoppfatning i forbindelse med kreftbehandling (Laursen, 2011). Om kvinnen er i et parforhold, bør derfor veiledningen involvere hennes partner. Sykepleieren kan hjelpe paret til å være mer åpne overfor hverandre, og samtidig vektlegge viktigheten av at de ivaretar nærheten og ømheten overfor hverandre i denne vanskelige fasen. Om kvinnen er alene, skal sykepleieren liksom hjelpe henne til å leve godt med sin seksualitet. Hovedmålet i veiledningen er uansett å bevare kvinnens seksuelle helse, uavhengig av hennes livssituasjon og årsakene til problemene (Borg, 2016).

Videre i denne delen av veiledningen, kan sykepleier informere kvinnen om at det ikke er unaturlig å stille spørsmål ved seg selv som et seksuelt vesen. Schjølberg (2016) beskriver nemlig at kvinnen kan oppleve varige forandringer til sitt kroppsilde i forbindelse med behandling, da henholdsvis masektomi, cytostatika- og antiøstrogenbehandling kan medføre betydelige fysiske og psykiske funksjonsforandringer knyttet til den seksuelle helsen. Dette kan gi ytterligere konsekvenser for kvinnens rehabilitering. Det er derfor viktig at sykepleieren, ut fra sitt kunnskapsnivå, informerer kvinnen om omfanget av de kroppslige og fysiske forandringene, og hvorvidt de er forbigående eller vedvarende (Schjølberg, 2016). Ved å gi denne informasjonen, vil igjen sykepleieren kunne besvare de spørsmål kvinnen måtte ha, og likeledes fjerne eventuelle misforståelser eller feilantagelser (Borg, 2016). Dette er også i tråd med de yrkesetiske retningslinjer, som beskriver at sykepleieren bør tilstrebe å gi pasienten tilstrekkelig informasjon, og forsikre seg om at informasjonen er forstått (NSF, 2011).

I Saunamäki og Engström sin studie fra 2014 (Saunamäki & Engström, 2014), ble det bekreftet at sykepleierne fortsatt syntes det var utfordrende å snakke om seksuelle problemstillinger med pasientene, og at temaet medbrakte motstridende følelser som frykt og forlegenhet. Likeledes ble ordet ”tabu” brukt av flere sykepleiere i studien, når det beskrev hvorfor de ikke snakket om seksualitet med henholdsvis kollegaer og pasienter. Min oppfatning er at slike informasjonsbarrierer både kan hindre sykepleiere i å jobbe helhetlig med pasientene, og likeså medføre at sykepleierne ikke overholder sin lovpålagte informasjonsplikt. På den andre siden kan sykepleierens besværligheter til en viss grad forstås. Gamnes (2011) beskriver at slik kommunikasjon både utfordrer sykepleierens personlige og yrkesmessige etikk. Det er heller ikke slik at alle sykepleiere har en negativ holdning når det kommer til å ta opp seksualitet med pasientene. Dette bekreftes i studien til Saunamäki og Engström (2014), der nesten alle de intervjuede sykepleierne mente at det å snakke om seksualitet var en naturlig del av deres yrke, uavhengig av om pasientene tok initiativ til dette eller ikke. Noen av sykepleierne i studien beskrev at de hadde erfaring med å bli kontaktet av pasienter som opplevde seksuelle problemstillinger, noe som gjorde dem mer bevisst på pasientenes behov for denne type informasjon. Andre sykepleiere vektla at deres fagkunnskaper om at sykdom og behandling kan medføre seksuelle problemstillinger, gjorde dem i stand til å informere pasientene om dette.

### **5.3 Den ukjente kroppen- opprettholdelse og utvikling av den seksuelle helsen**

I forbindelse med brystkreftbehandling, er det i følge Schjølberg (2016) ikke uvanlig at kvinner opplever varige forandringer knyttet til sin kropp og sitt kroppsbilde, da behandlingen kan medføre betydelige fysiske og psykiske funksjonsforandringer. Dette fremkom likeså i studien til Klaeson et al. (2011), der de undersøkte middelaldrende kvinners opplevelse av seksuell helse knyttet til behandling for cancer mammae. Det fremkom at kvinnene hadde problemer med å uttrykke positive følelser rundt den kvinnelige kroppen som følge av de konsekvenser behandlingen medførte. De uttrykte en følelse av å ikke anerkjenne seg selv som kvinne, og at de på mange måter følte seg ”utenfor” i samfunnet. De følte seg ufeminine, ikke bare som følge av et tapt bryst, men fordi de opplevde et totalt endret kroppsbilde. Følelsen av å være ”annerledes” enn friske kvinner uttrykte en dame i studien på følgende måte:

*No, it is that I want – I want to be like all the others, a little. It isn't me any longer, this woman with only one breast. She isn't me; I don't feel like that. As I said, I feel that I have left that a little bit behind, now I am like all the others and then I want to look as all the others.* (Klaeson et al., 2011, s. 734)

Schjølberg (2016) beskriver at ”det fysiske selvet” (kroppsbilde) handler om hvordan kvinnen oppfatter sine kroppsfunksjoner og sitt utseende, noe som igjen er et viktig element i ”det personlige livet” (selvbilde). Omfanget av det endrede kroppsbilde vil både ha betydning for hvordan kvinnen oppfatter seg selv i forbindelse med kreftbehandling, men også hvordan hennes relasjoner med sine nærmeste utvikler seg. Slik jeg tolker dette, kan derfor et endret kroppsbilde som følge av de fysiske forandringene behandlingen medfører, forårsake store konsekvenser for kvinnens seksuelle helse. Dette samsvarer med det som fremkom i studien til Klaeson et al. (2011), der kvinnene uttrykte at tap av bryst med påfølgende arr, samt håravfall, førte til at de følte seg ukomfortable i sine liv. Tap av øyevipper og bryn ved cytostatikabehandling følte ekstra problematisk da dette ikke kunne skjules. Kvinnene fortalte videre at alle deres forsøk på å skjule de kroppslige forandringer var slitsomt, særlig da behandlingen for flere av dem hadde utløst fatigue.

Da kreftbehandlingen både kan påvirke de fysiologiske og psykiske aspektene av kvinnens liv, beskriver Odland (2012) viktigheten av at sykepleier møter kvinnen ut fra et holistisk perspektiv. Sykepleieren må i den sammenheng ha en helhetsforståelse i møte med kvinnen, der fokuset ikke utelukkende er på den behandlede kroppen, men likeledes på kvinnens tanker, følelser og sårbarhet. I situasjoner der pasientens problemstillinger knyttet til den seksuelle helsen skal belyses, er det derfor viktig at sykepleier tilstreber en allianse av likeverd. Gamnes (2011) beskriver likeså viktigheten av at sykepleieren, i veiledningen av kvinnen, innehar en oppfatning om at kvinnens seksuelle problemstillinger både kan løses og tolkes på forskjellige måter. Dette vil gi sykepleieren en fleksibilitet i forståelsen av problemene. Sykepleieren bør tilstrebe å være utforskende og lyttende i samtalen med kvinnen, samtidig som hun har respekt for sin profesjonalitet (Gamnes, 2011).

Som følge av at et endret kroppsbilde kan påvirke kvinnens seksuelle helse, er det i følge Schjølberg (2016) viktig at sykepleieren hjelper kvinnen med å forstå og akseptere sitt endrede kroppsbilde i forbindelse med brystkreftbehandling. Sykepleieren må således se kvinnens endrede kroppsbilde som en integrert del av hennes velvære. I den forbindelse vektlegger Borg (2016) at sykepleieren kan komme med råd som gjør kvinnen i stand til å

mestre konkrete situasjoner, og veiledningen går da inn i PLISSIT- modellens tredje trinn, *konkrete forslag*. Målet er da altså at sykepleier gir konkrete forslag og løsninger som kan fremme kvinnens seksuelle helse (Borg, 2016). Sykepleieren hjelper således kvinnen til å opparbeide seg kunnskaper og ferdigheter om sin seksualitet og eventuelt samliv, i lys av sine fagkunnskaper (Dalland, referert i Reitan, 2016). Min forståelse er at dette igjen kan fremme kvinnens håp og mestring i en situasjon som kan føles vanskelig, noe som er i tråd med de yrkesetiske retningslinjene (NSF, 2011). Schjølberg (2016) beskriver at kvinnen i forkant av cytostatikabehandling skal ha fått beskjed om at hårtap kan forekomme på alle deler av kroppen. I den forbindelse skal kvinnen både ha fått tilbud om, samt fått tilpasset en parykk, før oppstart av behandling. For å minske hårtapets innvirkning på kroppsbilde, kan sykepleieren på dette trinnet i PLISSIT- modellen forsøke å flytte oppmerksomheten vekk fra hårets betydning, og heller hjelpe kvinnen med å fokusere på andre måter å gjøre seg fin på. Om kvinnen er i et parforhold, og partneren er den del av veiledningen, kan sykepleieren vektlegge at det finnes utallige måter å uttrykke omsorg og kjærlighet på (Schjølberg, 2016). Sykepleieren kan da vektlegge viktigheten av at paret ivaretar nærheten og ømheten overfor hverandre. Eksempelvis kan nærkontakt gjennom massasje, eller en klem, i visse tilfeller kompensere for det klassiske samleie (Borg, 2016).

Videre vektlegger Borg (2016) at det å gi konkrete forslag også innebærer å gi kvinnen informasjon om seksuelle hjelpemidler. Sykepleieren vet at kvinnen går på antiøstrogenbehandling, som kan medføre tørrhet og irritasjon i skjedeslimhinnen, og derfor føre til smerter ved samleie (Kreftforeningen, 2015). Likeledes kan behandlingsindusert menopause medføre tørrhet i skjeden (Anderson et al., 2011). I den forbindelse kan sykepleier gi informasjon om diverse glidemidler og vaginalkremer mot tørr skjede. I tillegg vil cytostatika- og antiøstrogenbehandlingen i kvinnens tilfelle ha påvirket ovariene, og nivået av testosteron kan derfor ha sunket eller forsvunnet helt. Som følge av at testosteron er et sterkt lysthormon for kvinnen, kan det i noen tilfeller være aktuelt at sykepleier forslår testosteronbehandling (Borg, 2016). På tross av dette, hevder Borg (2016) at det finnes få konkrete hjelpemidler som kan ivareta kvinnens seksuelle helse i forbindelse med kreftbehandling. Slik jeg anser det, kan likevel sykepleier gjennom å veilede kvinnen i PLISSIT- modellens tre første trinn, bidra til å ivareta hennes seksuelle helse i etterkant av kurativ behandling. Dette blant annet fordi sykepleieren møter kvinnens informasjonsbehov, et behov som er stort i følge flere studier. I studien til Ussher et al. (2013) svarte eksempelvis 1901 kvinner på spørsmål om hvorvidt de hadde et ønske og et behov for informasjon om

brystkreft og seksualitet, hvorav to tredjedeler svarte ja. På spørsmål om hvilken type informasjon de ønsket, svarte 71% at de ønsket informasjon om plager relatert til tørrhet i skjeden, og 63% ønsket informasjon om kreftbehandlingens effekt på seksuelt velvære. Det er likevel ikke til å komme bort fra at denne type informasjonsformidling og veiledning krever en sammensatt kompetanse hos sykepleieren. Slik jeg anser det er selvtillit et nøkkelord for at sykepleieren skal føle seg kompetent i veiledning gjennom PLISSIT- modellens tre første trinn.

I studien til Saunamäki og Engström (2014) uttrykte flere av sykepleierne at det å ikke være kompetent nok på område, var en medvirkende barriere til hvorfor de ikke diskuterte seksuelle problemstillinger med pasientene. Sykepleierne i studien uttrykte at de ikke følte de hadde fått adekvat opplæring, og noen hevdet at de ikke fikk noen støtte fra sin avdelingssykepleier eller andre i ledelsen. Saunamäki og Engström (2014) understreker i den sammenheng at lederne desidert har et ansvar på sin side, men at sykepleiere også har et individuelt ansvar til å tilegne seg faglig kunnskap på området. Ved å tilegne seg kunnskap, tar de ansvar for sin yrkesutøvelse. Dette er igjen i tråd med tanken bak PLISSIT- modellens tre første trinn, som kun fordrer at sykepleieren gir lettfattelig informasjon og enkle råd til kvinnen, for å ivareta hennes seksuelle helse i forbindelse med behandling for cancer mammae (Gamnes, 2011). Min forståelse er med dette at sykepleieren på lang vei kan bidra til å ivareta kvinnens seksuelle helse, ved å gi og få tillatelse til å snakke om seksualitet, ved å lytte, vise empati og videreformidle sine fagkunnskaper, noe Gamnes (2011) bekrefter. Jeg anser alle disse oppgavene som sentrale i sykepleieutøvelsen. Sykepleieren skal likevel i sin yrkesutøvelse tilpasse seg sin grad av fagkompetanse, og dette er årsaken til at PLISSIT- modellen innehar et fjerde og siste trinn, *intensiv terapi*. Dette trinnet anvendes dersom sykepleieren gjennom veiledningen opplever at kvinnen har seksuelle problemer av mer kompleks art og som krever mer spesialisert behandling. Dette kan eksempelvis dreie seg om dypere samlivsproblematikk, og det er da sykepleieren sin oppgave å henvise kvinnen videre til en sexolog eller en kreftsykepleier med mer kunnskap på område. Likeså skal sykepleieren på dette trinnet motivere kvinnen til å gjennomgå behandling (Borg, 2016).

## 6 Avslutning

Målet med denne litterære oppgaven var å belyse hvordan sykepleier kan bidra til å ivareta kvinnens seksuelle helse i etterkant av kurativ behandling for cancer mammae. Spørsmålet er viktig fordi forskning tyder på at kvinners informasjonsbehov vedrørende seksuelle problemstillinger ved behandling for brystkreft ikke blir tilfredsstilt. Temaet er også sentralt fordi sykepleiere har en rekke barrierer som medfører at problemstillinger av den karakter ikke blir tatt opp i klinisk praksis. Både sykepleierens yrkesspesifikke oppgaver, herunder den veiledende funksjon, samt etikken og lovverket, tydeliggjør at sykepleiere har et ansvar for å ivareta kvinnens seksuelle helse etter kurativ behandling for brystkreft.

Veiledning om seksuell helse vil for mange sykepleiere fordre at de går utenfor sin komfortsone, liksom kreve en sammensatt fagkompetanse og selvtillit. PLISSIT- modellen gir således et bilde på hvor varierende utøvelsen av veiledningsfunksjonen kan være. Det at kvinnen får tilstrekkelig informasjon vedrørende seksuelle problemstillinger i etterkant av kurativ behandling, vil ha stor betydning for kvinnens seksuelle helse og dermed mestringsferdigheter i etterkant av kreftsykdommen. Samtidig vil sykepleieutøvelsen på en poliklinikk by på en rekke utfordringer. Mangel på tid er en sentral barriere og forklarer hvorfor sykepleiere ikke tar opp seksualiteten med pasientene. Det kan da oppstå etiske dilemmaer, der sykepleieren blir stående mellom egne vurderinger, samt etiske og juridiske krav.

Gjennom denne oppgaven har jeg lært at ivaretagelse av kvinnens seksuelle helse ikke krever ekspertkompetanse, da veiledning gjennom PLISSIT- modellen kun krever at sykepleiere hjelper kvinnene ut fra sitt kompetansenivå. Trinnene i modellen handler overordnet om at sykepleier gir og får tillatelse til å snakke om kvinnens seksuelle helse, og at sykepleier viser empati, tilstedeværelse og en fleksibilitet i forståelsen av problemene. Sykepleieren vil på den måten gi kvinnen en bekreftelse på at problemstillinger av denne karakter er normalt i forbindelse med kreftbehandling. Slik jeg forstår det, kan derfor sykepleiere gjennom økt kompetanse om seksuell veiledning og betydningen av den, være bedre rustet til å møte alle kvinnens behov i etterkant av kurativ behandling for cancer mammae. Dette gir igjen sykepleieren en helhetlig tilnærming i arbeidet med pasientgruppen.

## Referanseliste

- Anderson, D., Yates, P., Mccarthy, A., Lang, C., Hargraves, M., Mccarthy, N., & Porter-Steele, J. (2011). Younger and older women's concerns about menopause after breast cancer. *European Journal Of Cancer Care*, 20(6), 785-794. doi:10.1111/j.1365-2354.2011.01282.x
- Borg, T. (2016). Seksualitet. I A. M Reitan & T. Kr. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient- utfordring- handling* (s. 121- 130). Oslo: Akribe AS
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. 5. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Gannes, S. (2011). Nærhet og seksualitet. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E- A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3: Pasientfenomener og livsutfordringer* (s. 71-102). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Gjertsen, T. (2016). Sykepleieutfordringer ved brystkreft. I A. M. Reitan & T. Kr. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient- utfordring- handling* (s. 440- 447). Oslo: Akribe AS
- Helsedirektoratet. (2016). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter med brystkreft*. 8 utg. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1154/IS-2440-handlingsprogram-brystkreft-ny.pdf>
- Helsepersonelloven (1999). Lov om helsepersonell. Hentet fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL\\_6#KAPITTEL\\_6](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_6#KAPITTEL_6)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017-2022)*. Hentet fra [https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi\\_seksuell\\_helse.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf)
- Klaeson, K., Sandell, K., & Berterö, C. (2011). To feel like an outsider: focus group



discussions regarding the influence on sexuality caused by breast cancer treatment. European Journal Of Cancer Care, 20(6), 728-737. doi:10.1111/j.1365-2354.2011.01239.x

Kreftforeningen. (2015). *Kreft og seksualitet*. Hentet fra

<https://kreftforeningen.no/globalassets/brosjyrer/seksualitet/kreft-og-seksualitet-kvinner-a5-des15w.pdf>

Laursen, S- B. (2011). Seksualitet. I I. M Holter & T. E Mekki (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: sykepleieboken 1* (s. 704- 720). Oslo: Akribe AS

Molven, O. (2012). *Sykepleie og jus*. 4. utg. Oslo: Gyldendal Juridisk

Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, ICNs etiske regler*. Hentet fra [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)

Nortvedt, P & Grønseth, R. (2010). Klinisk sykepleie- funksjon og ansvar. I H. Almås, D-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (s. 17- 31). Oslo: Gyldendal Akademisk

Odland, L-H. (2012). Menneskesyn. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien*. 3. utg (s. 23- 40). Oslo: Gyldendal Akademisk

Reitan, A-M. (2016). Kommunikasjon. I A. M. Reitan & T. Kr. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient- utfordring- handling* (s. 102- 119). Oslo: Akribe AS

Saunamäki, N., Andersson, M., & Engström, M. (2010). Discussing sexuality with patients: nurses' attitudes and beliefs. *Journal Of Advanced Nursing*, 66(6), 1308-1316. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05260.x

Saunamäki, N., & Engström, M. (2014). Registered nurses' reflections on discussing sexuality with patients: responsibilities, doubts and fears. *Journal Of Clinical Nursing*, 23(3/4), 531-540. doi:10.1111/jocn.12155

- Schjølberg, T- Kr. (2016). Endret kroppsbilde. I A. M Reitan & Tore. Kr. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient- utfordring- handling* (s. 131- 140). Oslo: Akribe AS
- Schlichting, E. (2011). Sykdommer i brystene. I S. Ørn, J. Mjell & E. Bach- Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (s. 431- 441). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Sneltvedt, T. (2012). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien*. 3. utg (s. 97- 111). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Sørensen, E-M & Almås, H. (2010). Sykepleie ved brystkreft. I H. Almås, D.-G. Stubberud, R. Grønseth, & (red.), *Klinisk sykepleie 2* (ss. 439-453). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Thidemann, I- J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter- den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget
- Ussher, J. M., Perz, J., & Gilbert, E. (2013). Information needs associated with changes to sexual well-being after breast cancer. *Journal Of Advanced Nursing*, 69(2), 327-337. doi:10.1111/j.1365-2648.2012.06010.x
- Wist, E. (2016). Brystkreft. I A. M Reitan & T. Kr. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient- utfordring- handling* (s. 431- 438). Oslo: Akribe AS