



Mastektomi og seksuell helse

Hvordan kan sykepleier, gjennom sin undervisende sykepleiefunksjon, bidra til å ivareta seksuell helse hos kvinner etter gjennomgått mastektomi?

Kandidatnummer: 670
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 9894
Dato: 23/04-2019

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 23/04-2019
Tittel: Mastektomi og seksuell helse	
<p><u>Problemstilling:</u> Hvordan kan sykepleier, gjennom sin undervisende sykepleiefunksjon, bidra til å ivareta seksuell helse hos kvinner etter gjennomgått mastektomi?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv:</u> Det teoretiske perspektivet tar utgangspunkt i sykepleierens undervisende funksjon samt. juridiske og etiske føringer. Den undervisende sykepleiefunksjonen innebærer å informere, veilede og undervise. Veiledning vil stå i hovedfokus i oppgaven, herunder helseveiledning, men informasjon vil også bli nevnt. Den didaktiske relasjonsmodellen blir belyst som verktøy for å strukturere helseveiledningen til kvinnen. I oppgaven er det anvendt teori om seksuell helse, mastektomi, brystets betydning og mastektomiens konsekvenser for kvinnens seksuelle helse.</p> <p><u>Metode:</u> Dette er en litterær oppgave, hvor eksisterende litteratur legges til grunn for å besvare problemstillingen; herunder pensum- og annet relevant litteratur samt fag- og forskningslitteratur. Forskningsartiklene er innhentet fra databasen CINAHL, og er presentert i en egen artikkelmatrise.</p> <p><u>Drøfting:</u> Problemstillingen drøftes opp mot fremstilt teori og forskningsresultater. Drøftingskapittelet er strukturert etter momentene i den didaktiske relasjonsmodellen, herunder; deltakerforutsetninger, rammefaktorer, mål, innhold, metode og vurdering. Avslutningsvis i drøftingskapittelet vil jeg drøfte hvorfor seksuell helse oppleves som et vanskelig tema å snakke om. Den undervisende sykepleiefunksjonen er gjennomgående i hele drøftingen.</p> <p><u>Konklusjon:</u> Sykepleierens fagspesifikke funksjoner og ansvar, herunder den undervisende sykepleiefunksjonen samt etikken og lovverket tydeliggjør at sykepleiere har et ansvar for å ivareta kvinnens seksuelle helse etter mastektomi. Helseveiledning vedrørende seksuell helse bør individualiseres ut fra kvinnens individuelle ønsker og behov, og den didaktiske relasjonsmodellen kan i den forbindelse være til hjelp. Fag- og forskning viser at sykepleier bør være den som tar initiativ til å samtale om seksuell helse, fordi det kan åpne opp for samtale om temaet. Det eksisterer mange barrierer for å snakke om seksuell helse, blant annet manglende tid og kunnskap. At sykepleier innehar nok kunnskap om seksuell helse er viktig for å gi kvinnen den helhetlige omsorgen hun har krav på.</p>	

(Totalt antall ord:297)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Presentasjon av problemstilling	2
1.3	Begrepsavklaring	2
1.4	Avgrensning og kontekst	3
1.4.1	Avgrensinger	3
1.4.2	Kontekst	4
1.5	Oppgavens disposisjon	4
2	Teoretisk kunnskapsgrunnlag	6
2.1	Seksuell helse	6
2.2	Mastektomi	7
2.2.1	Brystets betydning og mastektomiens konsekvenser for kvinnens seksuelle helse	7
2.3	Sykepleiefaglig relevans	8
2.3.1	Den undervisende sykepleiefunksjonen	8
2.3.2	Sykepleierens ansvar i møte med pasienten	9
2.3.3	Den didaktiske relasjonsmodellen	10
2.3.4	Juridiske rammeverk	11
2.3.5	Yrkesetiske retningslinjer	12
3	Metode	13
3.1	Valg av metode	13
3.2	Søkestrategi og søkehistorikk	13
3.3	Inklusjons og eksklusjonskriterier	15
3.4	Valg av annen relevant litteratur	15
3.5	Kildekritikk	16
4	Presentasjon av forskningsresultater	19
5	Drøfting	21
5.1	Den didaktiske relasjonsmodellen	21
5.1.1	Deltakerforutsetninger	21
5.1.2	Rammefaktorer	24
5.1.3	Målet med helseveiledningen	26
5.1.4	Innholdet i helseveiledningen	26
5.1.5	Metode	28
5.1.6	Vurdering	29
5.2	Hvorfor er det vanskelig å snakke om seksuell helse?	29
6	Avslutning	31
	Referanseliste	32

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Brystkreft, *cancer mammae*, er den hyppigste formen for kreft hos kvinner både nasjonalt og internasjonalt (Sørensen, Lorvik, Erntsen & Almås, 2016, s. 437). I 2015 fikk 1,8 millioner kvinner påvist brystkreft, og antall kvinner som forventes å rammes av sykdommen stiger (Thune, 2017, s. 463). Samtidig har overlevelsen gradvis økt. Det skyldes blant annet økt bruk av mammografiscreening, bedret kirurgi, bedre strålebehandling og karakterisering av brystkreftsvulstens egenskaper og derav en mer «skreddersydd» behandling i tråd med svulstens egenskaper. Denne framgangen i behandlingen gjenspeiler seg i stadig lengre langtidsoverlevelse (Thune, 2017, s. 747). Thune hevder at brystkreftoverlevende er den største gruppen kreftoverlevende, og at 9 av 10 kvinner som rammes av brystkreft er i live 5 år etter diagnosen.

Operasjon er den viktigste og primære brystkreftbehandlingen. Omkring 30% av alle som opereres for brystkreft, får fjernet hele brystet. Denne type operasjon kalles mastektomi, eller *ablatio mammae* (Schlichting, 2016, s. 448). Behandlingen vil for de fleste kvinner resultere i fysiske og psykiske utfordringer relatert til deres seksuelle helse (Bredal, 2017, s. 476). Ved utgangen av 2016 var det 45.725 mennesker i Norge som levde med, eller som hadde hatt brystkreft (Brystkreftforeningen, uå). Når vi vet at den påfølgende behandlingen kan resultere i utfordringer relatert til seksuell helse, kan det høye antallet overlevende indikere at det foreligger et behov for informasjon og veiledning om seksuell helse.

I følge Almås & Benestad (2017, s. 129) er det vanlig at mennesker behandles for kreftsykdommer, uten at noen spør om deres seksuelle helse. Konradsen (2014) hevder at seksuell helse er et av de minst diskuterte temaene med pasienter som har brystkreft. I en studie gjennomført av Ussher, Perz & Gilbert (2013) fremkommer det at helsepersonell ofte unngår å snakke med sine pasienter om deres seksuelle helse. Resultater fra samme studie viser at et flertall kvinner med brystkreft gir uttrykk for at de ikke har fått tilstrekkelig med informasjon om hvordan behandlingen kan påvirke deres seksuelle helse. Samtidig blir det understreket at kvinnene ønsker informasjon om slike endringer.

Ved siden av studiet jobber jeg med å kurse sykepleiere i pigmentering av brystvorte, *areola*, etter brystkreft. Gjennom jobben har jeg møtt flere kvinner som har gjennomgått mastektomi. I den forbindelse har jeg fått økt forståelse for hvordan det kan oppleves å miste et bryst. Denne erfaringen har inspirert meg til valg av tema og problemstilling for bacheloroppgaven.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Med utgangspunkt i det ovenstående er oppgavens hensikt å få en økt forståelse for hvordan sykepleier, sett i lys av sin undervisende sykepleiefunksjon, kan veilede og således bidra til å ivareta seksuell helse hos kvinner som har gjennomgått mastektomi. I tillegg er hensikten å diskutere hvordan sykepleier kan anvende den didaktiske relasjonsmodellen som verktøy for å strukturere og individualisere veiledningen. Derfor er følgende problemstilling valgt:

Hvordan kan sykepleier, gjennom sin undervisende sykepleiefunksjon, bidra til å ivareta seksuell helse hos kvinner etter gjennomgått mastektomi?

1.3 Begrepsavklaring

I denne delen av oppgaven vil jeg definere de mest sentrale begrepene for valgt problemstilling. Enkelte av begrepene vil bli nærmere avklart i oppgavens teoridel.

Brystkreft - Brystkreft er kreft i brystkjertlenes melkeganger eller melkekjertler. Det er den hyppigste kreftformen hos kvinner i Norge og rammer omtrent hver 11. norske kvinne over 20 år (Schlichting, 2016, s. 446).

Mastektomi – Operasjon der hele brystkjertelen blir fjernet (Sørensen et al., 2016, s. 442).

Den undervisende sykepleiefunksjonen – I følge Nordtvedt & Grønseth (2016, s. 23) innebærer den undervisende sykepleierfunksjonen et ansvar for å informere, undervise og veilede pasienter, pårørende, medarbeidere og studenter.

Seksuell helse – Seksuell helse kan i følge Helse- og omsorgsdepartementet (2016, s. 7) defineres som fysisk, mental og sosial velvære relatert til seksualitet.

1.4 Avgrensning og kontekst

1.4.1 Avgrensinger

Brystkreft rammer oftest kvinner over 50 år, og er aller hyppigst i aldersgruppen 65-69 år (Thune, 2017, s. 464). Fordi brystkreft er den vanligste kreftsykdommen har en i flere land, herunder Norge, innført et tilbud om mammografiscreening annethvert år til kvinner i alderen 50-69 år. Screeningen gjøres for å finne brystkrefttilfeller i tidlig stadium med den hensikt å redusere dødeligheten av sykdommen (Thune, 2017, s. 466). Oppgaven vil, på bakgrunn av det ovenstående, ta utgangspunkt i kvinner fra 50-69 år. Videre vil jeg fokusere på kvinner som er førstegangsrammet og som ikke har gjennomgått kreftbehandling tidligere. Jeg vil ikke gå dypere inn på brystkreft i teorien, da det er mastektomi og konsekvenser av mastektomi som er fokus for oppgaven. Videre vil jeg fokusere på kvinner som har gjennomført mastektomi og som ikke har utført rekonstruksjon av brystet. Alle kvinner som fjerner bryst, skal få tilbud om gjenoppbygging av brystet. I følge Schlichting (2016, s. 452) er det imidlertid færre enn halvparten av kvinnene som får tilbud om rekonstruksjon som viser interesse for å gjennomføre det.

De fleste pasienter som er operert for brystkreft får en eller annen tilleggsbehandling, såkalt adjuvant behandling, etter operasjonen. Den adjuvante behandlingen kan bestå av strålebehandling, antihormonell endokrin behandling og/eller behandling med cytostatika (Thune, 2017, s. 469). Hva slags tilleggsbehandling pasienten skal ha avhenger av flere faktorer, herunder; operasjonstype, omfanget av svulstvevet, brystkreft cellenes egenskaper, kvinnens alder, menopausal status og eventuell metastasering. Hvilken behandling som egner seg best for den aktuelle pasienten, blir vurdert av kirurg og onkolog etter nasjonale retningslinjer (Sørensen et al, 2016, s. 443). Jeg vil i det følgende avgrense meg vekk fra eventuell tilleggsbehandling og konsekvensene tilleggsbehandlingen kan ha for kvinnens seksuelle helse. Denne avgrensningen er gjort på bakgrunn av at det er mastektomiens konsekvenser jeg ønsker å fokusere på, og fordi konsekvenser adjuvant behandling vil ha for kvinnens seksuelle helse vil variere i stor grad etter hvilke behandling kvinnen mottar.

Når kvinner kommer i overgangsalderen, klimakteriet, skjer det en endring i hormonbalansen. Den klimakterielle perioden strekker seg vanligvis fra 45- til 55-års alderen (Almås & Benestad, 2017, s. 122) I denne perioden kan den seksuelle helsen påvirkes av en rekke faktorer, eksempelvis som følge av hormonelle forandringer (Gamnes, 2016, s. 391). Dette

kan gi seg utslag i tørrere skjedeslimhinne, nedsatt evne til å få orgasme og nedsatt seksuell lystfølelse (Laursen, 2011, s. 709). Konsekvenser av disse forandringene vil ikke bli vektlagt videre i oppgaven, da jeg primært ønsker å fokusere på mastektomiens innvirkning på den seksuelle helsen.

Støtte og kjærlighet fra en eventuell partner, eller partnere, vil være av stor betydning for kvinnen (Borg, 2017, s. 127). Økt overlevelse innebærer at pasienter, og deres eventuelle partner, har et behov for støtte og veiledning når det gjelder deres seksuelle helse (Borg, 2017, s. 120). Inkludering av partner vil bli nevnt, men vil ikke være hovedfokus for oppgaven. Videre er menneskers seksualitet i høy grad avhengig av kulturen de lever i (Laursen, 2011, s. 712). Skulle jeg tatt høyde for seksualitet i ulike kulturer, ville oppgaven bli for omfattende. Derfor vil oppgaven omhandle skandinaviske kvinner.

1.4.2 Kontekst

Oppgavens kontekst vil være at sykepleier møter kvinnen ca. ett år i etterkant av gjennomgått mastektomi, i forbindelse med poliklinisk oppfølging. Konteksten er valgt siden gjennomgått mastektomi gir medisinsk grunnlag for kontroller ved noen sentrale tidspunkter, herunder det første året for å følge opp eventuelle bivirkninger eller komplikasjoner (Helsedirektoratet, 2018, s. 144).

Det er ikke uvanlig at kvinner som har gjennomgått mastektomi kan oppleve plager som kan trenge spesiell oppmerksomhet den første tiden etter avsluttet behandling. Dette kan gi seg utslag i fysiske og psykiske plager for kvinnens seksuelle helse. Behandlende sykehus har ansvar for å kvalitetssikre oppfølgingen av slike forhold (Helsedirektoratet, 2018, s. 144). På en poliklinikk står sykepleierne ovenfor en mangeartet rolle. I følge Smith-Strøm & Waardal vurderer flere sykepleiere informasjon og veiledning til pasienter som den viktigste oppgaven i poliklinikkene (2009).

1.5 Oppgavens disposisjon

Oppgaven består videre av fem kapitler; Teoretisk kunnskapsgrunnlag, metode, presentasjon av forskningsresultater, drøfting og avslutning. Kapittel 2 er teoretisk kunnskapsgrunnlag. Her tar jeg for meg begrepet seksuell helse, mastektomi, betydningen av et bryst og mastektomiens konsekvenser for kvinnens seksuelle helse. Videre tar jeg for meg sykepleiefaglig relevans, herunder den undervisende sykepleiefunksjonen og sykepleierens ansvar i møte med pasienten. Den didaktiske relasjonsmodellen samt juridiske rammeverk og yrkesetiske retningslinjer blir også presentert her. Kapittel 3 er et metodekapittel. Her

presenteres valg av metode for oppgaven, søkestrategi og søkehistorikk, inklusjons- og eksklusjonskriterier, valg av litteratur og kildekritikk av litteraturen og forskningen jeg har anvendt i oppgaven. I kapittel 4 presenteres forskningsresultater gjennom en artikkelmatrise. Kapittel 5 er en drøftingsdel, der jeg drøfter problemstillingen i lys av fremstilt teori og forskning. Drøftingen er strukturert etter momentene i den didaktiske relasjonsmodellen. Avslutningsvis i drøftingskapittelet vil jeg drøfte hvorfor seksuell helse oppleves som et vanskelig tema å snakke om. I oppgavens kapittel 6 oppsummerer jeg funnene i en avslutning.

2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag

2.1 Seksuell helse

Definisjoner av seksuell helse viser at begrepet er komplekst og langt fra ensbetydende. Begrepet beskrives av Helse- og omsorgsdepartementet (2016, s. 7) på følgende måte: “Seksuell helse kan defineres som fysisk, mental og sosial velvære relatert til seksualitet. Seksualitet omfatter følelser, tanker og handlinger, i tillegg til det fysiologiske og fysiske”. Seksuell helse omfatter således både fysiske, psykiske og sosiale aspekter, og er mer enn summen av seksuelle funksjoner. Fordi Helse- og omsorgsdepartementets definisjon av seksuell helse inkluderer begrepet seksualitet, vil jeg i det følgende kort beskrive begrepet seksualitet. Det er likevel viktig å presisere at det er seksuell helse oppgaven handler om.

Som en del av Verdens Helseorganisasjons arbeid med å definere seksuell helse, beskrev Thore Langfeldt og May Porter i 1986 (siteret i Almås & Benestad, 2017, s. 46) seksualitet som et grunnleggende behov og et sentralt aspekt ved det å være menneske. Seksualiteten motiverer oss til å søke kjærlighet, kontakt, varme og intimitet. Samtidig påvirker seksualiteten tanker, følelser og handlinger, og derigjennom også vår mentale og fysiske helse (Almås & Benestad, 2017, s. 46). I følge Helse- og omsorgsdepartementet (2016, s. 8) er åpenhet og positive holdninger til seksualitet samfunnsmessige faktorer som fremmer seksuell helse. Et menneskets seksuelle helse er en integrert del av hans eller hennes identitet og personlighet, og vil derfor være et viktig aspekt ved mellommenneskelige relasjoner, også i relasjonen mellom sykepleier og pasient. Derfor er det viktig at sykepleier innehar kunnskaper om hva den seksuelle helsen betyr for pasienten i den livsfasen han eller hun befinner seg i (Laursen, 2011, s. 704).

Helse- og omsorgsdepartementet presenterte i 2016 en ny nasjonal plan for seksuell helse, “Snakk om det! - Strategi for seksuell helse (2017-2022)”. Strategien skal bidra til å sikre god seksuell helse i hele befolkningen. Viktige delmål for å nå denne ambisjonen er blant annet å sikre mennesker god kunnskap og nødvendig kompetanse til å ivareta egen seksuell helse, sikre kunnskap om og ivaretagelse av seksuell helse i helse- og omsorgstjenesten og sikre at helsepersonell respekterer og forstår pasienters seksuelle behov (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 8).

2.2 Mastektomi

Operasjon er den vanligste behandlingsmetoden for brystkreft. Brystbevarende kirurgi er i dag den vanligste operative behandlingen ved sykdommen. Ved denne metoden får pasienten beholde brystet, men må ha postoperativ strålebehandling for å redusere risiko for tilbakefall. Hvis tumor er større enn 4cm i diameter, anbefales ikke denne metoden, siden risikoen for tilbakefall vil være større (Schlichting, s. 448).

Omkring 30% av alle som opereres for brystkreft, får fjernet hele brystet. Hvis tumor er større enn 4 cm, eller hvis det er flere tumorer med stor avstand i samme bryst, fjernes hele brystkjertelen. Denne operasjonen kalles mastektomi, eller *ablatio mammae*. Mastektomi var lenge den vanligste behandlingsmetoden for brystkreft. I dag gjennomføres mastektomi som oftest når brystbevarende kirurgi ikke er mulig. Enkelte kvinner ønsker å gjennomføre mastektomi for å unngå strålebehandling og for å redusere risikoen for tilbakefall (Schlichting, s. 449). Et bryst kan ha stor betydning for mange kvinner, og mastektomi kan medføre betydelig konsekvenser for kvinnens seksuelle helse (Bredal, 2017, s. 483).

2.2.1 Brystets betydning og mastektomiens konsekvenser for kvinnens seksuelle helse

Laursen (2011, s. 710) hevder at de fleste som får kreft, opplever at sykdommen og den påfølgende behandlingen påvirker den seksuelle helsen i en negativ retning. I følge Borg (2017, s. 125) vil de fleste behandlinger, uavhengig av kreftform, få konsekvenser for pasientens seksuelle helse til tross for at kreften ikke er lokalisert til urogenitalregionen.

I vår kultur er bryster et viktig symbol for feminitet (Sørensen et al, 2016, s. 446). I tillegg er bryster både vesentlige kjønnsattributter, erogene soner og organer av stor betydning ved amming (Almås & Benestad, 2017, s. 129). I følge Kreftforeningen (2015, s. 24) spiller brystene en viktig rolle for den seksuelle helsen, både fysisk og mentalt. Den seksuelle lysten eller evnen er ikke avhengig av brystene, men for de fleste kvinner har brystene betydning for opplevelsen av seg selv som seksuelt vesen. Derfor kan det å miste et bryst for mange kvinner være en traumatisk opplevelse (Borg, 2017, s. 125). For mange kan det å miste et bryst bety at en ikke lenger opplever seg selv som fullverdig kvinne (Sørensen et al, s. 446). De fysiske forandringene som mastektomi fører med seg kan gjøre at kvinnen har vanskeligheter med å forstå at andre fremdeles kan finne henne attraktiv og verdt å elske. En kvinne som mister et bryst ofte føle seg mindre verdt som seksualpartner enn tidligere. For noen kan tapet av brystet være uproblematisk, mens for andre vil det påvirke den seksuelle helsen i negativ

retning. Hvilken betydning brystet hadde for kvinnen før kreftdiagnosen, har betydning for kvinnens opplevelse av tapet av brystet (Borg, 2017, s. 125). En eventuell partners reaksjon på tapet av brystet og evne til å godta forandringene, vil være av stor betydning for kvinnens akseptering av seg selv (Kreftforeningen, 2015, s. 24). Oppsummert er det viktig at sykepleier reflekterer over hvilke konsekvenser mastektomi kan få for kvinnen.

2.3 Sykepleiefaglig relevans

2.3.1 Den undervisende sykepleiefunksjonen

I følge Nordtvedt & Grønseth (2016, s. 21) kjennetegnes god klinisk sykepleieutøvelse ved at sykepleieren ivaretar sitt faglige ansvar og sine funksjoner i møte med pasienten. Det finnes syv fagspesifikke funksjoner og ansvarsområder, som sammen utgjør en integrert helhet i den kliniske praksisutøvelsen. Et av ansvar og funksjonsområdene er den undervisende sykepleierfunksjonen. Denne funksjonen innebærer et ansvar for å informere, undervise og veilede pasienter, pårørende, medarbeidere og studenter (Nordtvedt & Grønseth, 2016, s. 21). Videre i oppgaven vil jeg primært fokusere på veiledning, men begrepet informere vil bli nevnt. Det foreligger mange ulike definisjoner av hva veiledning kan være. I denne oppgaven har jeg valgt å ta utgangspunkt i Tveiten sin definisjon av begrepet. I følge Tveiten (2016, s. 90) innebærer veiledning at kunnskap omfordes fra den profesjonelle til brukeren. I dette tilfellet vil det innebære at kunnskap omfordes fra sykepleier til kvinnen. I de tilfeller der veiledningen foregår i en kontekst der fokuset er å bidra til å utvikle kompetanse til å håndtere helseutfordringer, kan den kalles for helseveiledning (Tveiten, 2016, s. 89). Begrepet helseveiledning vil derfor anvendes videre i oppgaven.

At sykepleier anvender sin undervisende sykepleiefunksjon i praksis skal hjelpe pasienten med å forstå og håndtere konsekvenser av sykdom og behandling. Å hjelpe pasienten med å håndtere konsekvenser av behandling forutsetter at sykepleieren har en evne til å se og forstå de ulike konsekvensene behandlingen har for den enkelte pasient (Nordtvedt & Grønseth, 2016, s. 21). Usher et al. (2013) hevder at sykepleier bør anvende sin undervisende funksjon når det gjelder seksuell helse, fordi pasientens behov for informasjon og helseveiledning om temaet ikke blir tilfredsstillt i praksis.

2.3.2 Sykepleierens ansvar i møte med pasienten

I følge Helse- og omsorgsdepartementet (2016, s. 10) er seksuell helse en integrert del av menneskets helse, som skal ivaretas i møte med helse- og omsorgstjenesten. Til tross for betydningen seksuell helse har for de fleste, er ofte seksuell helse et tema som forbigås ved sykdom og behandling. Tilbakemeldinger fra pasienter viser imidlertid at mange ønsker at seksuell helse skal tematiseres, men pasientene foretrekker at det er helsepersonellet som tar opp temaet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 43). Det kan være flere årsaker til taushet rundt temaet seksuell helse. I følge Helse- og omsorgsdepartementet (2016, s. 43) kan tausheten bunne i en tanke om at seksuell helse ikke er det viktigste for pasienten akkurat nå, og at informasjon om temaet nedprioriteres til fordel for annen informasjon. Borg (2017, s. 126) hevder på sin side at noen sykepleiere stiller for høye krav til egen kunnskap og derfor vegrer seg for å snakke om seksuell helse.

Når det gjelder seksuell helse mener Gamnes (2011, s. 71) at det er sykepleierens ansvar å ta opp temaet med sine pasienter i tilfeller der sykdom og behandling potensielt kan påvirke pasientens seksuelle helse på en uheldig måte. I følge Laursen (2011, s. 714) er det ikke meningen at sykepleiere skal ha ekspertkunnskap om temaet, men sykepleiere bør være oppmerksomme på pasientenes seksuelle helse og vise gjennom handling at pasientene trygt kan samtale med dem om temaet. Sykepleierens oppgave å gi informasjon og helseveiledning i den utstrekning de har tilstrekkelig kunnskap, og samtidig vite hvor pasientene kan få videre hjelp ved behov. Det kan være hensiktsmessig å ha en modell å støtte seg til når sykepleieren skal samtale med sine pasienter om seksuell helse (Laursen, 2011, s. 714). Det er utviklet flere ulike modeller som har som målsetting å ivareta seksuell helse hos pasienter som opplever sykdom (Helland, 2015, s. 877). Den hyppigst omtalte modellen er i følge Helland PLISSIT-modellen. PLISSIT-modellen er en modell som beskriver en måte å kommunisere og behandle seksuelle problemer på ulike nivåer. Den grunnleggende tanken i PLISSIT-modellen er at den kan anvendes til seksuell rådgivning, behandling og terapi. Fordi jeg i oppgaven har valgt å belyse sykepleieres undervisende funksjon vil jeg anvende den didaktiske relasjonsmodellen, da den didaktiske relasjonsmodellen er mye brukt for å planlegge veiledning (Tveiten, 2016, s.83). Det er viktig at sykepleier blir enig med seg selv om hvilken modell som passer best til ens egen måte å arbeide på (Laursen, 2011, s. 714).

2.3.3 Den didaktiske relasjonsmodellen

I studien til Ussher. et al (2013) fremkommer det at helseveiledning vedrørende seksuell helse bør individualiseres ut fra pasientens behov. Den didaktiske relasjonsmodellen er en modell som kan anvendes av sykepleieren for å individualisere og strukturere helseveiledning til pasienten. Modellen beskriver seks momenter som påvirker veiledningssituasjonen og som det bør tas hensyn til når helseveiledningen skal planlegges, herunder; deltakerforutsetninger, rammefaktorer, mål, innhold, metoder og vurdering samt relasjonen mellom de enkelte elementene. Modellen er dynamisk, hvilket innebærer at momentene påvirkes av hverandre (Tveiten, 2016, s. 83). Videre følger en beskrivelse av hva de ulike momentene innebærer.

Deltakerforutsetninger

Under deltakerforutsetninger er det viktig å reflektere over hvem pasienten er. Hvem pasienten er har blant annet å gjøre med alder, kjønn, etnisitet, diagnose og pasientens opplevelse av sin situasjon. Videre kan det være hensiktsmessig å vite noe om pasientens kunnskapsgrunnlag, altså hva pasienten vet fra før. Hvem som er i fokus for helseveiledningen er avgjørende for mange valg, herunder valget av tid, sted, innhold og metode for helseveiledningen (Tveiten, 2016, s. 143).

Basert på oppgavens kontekst er pasienten vi møter en skandinavisk kvinne, mellom 50-69 år, som har hatt brystkreft og som har gjennomgått mastektomi som behandling. Det er ikke gitt at pasienten selv er bevisst sitt behov for helseveiledning (Tveiten, 2016, s. 144). Derfor kan det være aktuelt at kvinnens behov for helseveiledning om seksuell helse kartlegges.

Rammefaktorer

Rammefaktorer er forholdene rundt pasienten. Situasjonen pasienten befinner seg i kan være av betydning, og må tas med i vurderingen. Det kan for eksempel være fysiske forhold hos pasienten, eller rammefaktorer i helsetjenesten som tid og økonomi (Tveiten, 2016, s. 84). I vårt tilfelle vil helseveiledning til kvinnen foregå på en poliklinikk, noe som kan by på utfordringer, eksempelvis tidsbegrensninger.

Mål

Det overordnede målet med helseveiledningen er å formidle kunnskap slik at pasienten opplever kompetanseutvikling og mestring (Tveiten, 2016, s. 85). I vårt tilfelle kan det innebære å formidle kunnskap til kvinnen om mastektomi og behandlingens konsekvenser for

hennes seksuelle helse, og på den måten bidra til at kvinnen best mulig kan håndtere potensielle konsekvenser som mastektomien har hatt for hennes seksuelle helse.

Innhold

Innholdet i en veiledningssituasjon bestemmes i hovedsak av pasientens behov og av målet med veiledningen. Innholdet kan ofte ikke planlegges, fordi innholdet stort sett fremkommer i møtet mellom den som veileder og pasienten. Derfor vil innholdet ofte formes underveis, og ta utgangspunkt i det pasienten etterspør og behovene som belyses underveis (Tveiten, 2016, s. 86).

Metode

Hvilken metode som er hensiktsmessig for helseveiledningen må vurderes i forhold til deltakerforutsetninger, mål og innhold. Noen pasienter kan ha behov for å få all kunnskap og informasjon gjennom dialog, mens andre foretrekker skriftlig materiale. Det kan ofte være hensiktsmessig å kombinere flere metoder for å oppnå målet med helseveiledningen. Det viktigste er å møte pasienten der hun er, også velge metode ut i pasientens behov (Tveiten, 2016, s. 88).

Vurdering

Vurderingen sier noe om hensikten med helseveiledningen er oppnådd. Det kan bidra til å legge grunnlag for veien videre, og belyser behovet for videre oppfølging (Tveiten, 2016).

2.3.4 Juridiske rammeverk

Pasienter har en lovfestet rett til å bli informert om konsekvenser av behandlingen de får. Dette gjelder også konsekvenser som er av betydning for seksuell helse (Gamnes, 2016, s. 401). Pasientens rett til informasjon 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. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger" (Molven, 2016, s. 163).

Med pasientens rett til informasjon medfølger en informasjonsplikt. Det følger av Helsepersonelloven §10 at den som gir helsehjelpen, skal gi informasjon til den som har krav på det etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven §§3-2 til 3-4 (Molven, 2016, s. 167) og retten til å bli informert avhenger ikke av at den blir etterspurt (Gamnes, 2016, s. 401). Hvis

sykepleier vet at en bestemt behandling kan påvirke pasientens seksuelle helse, har han eller hun plikt til å informere om hvilke utfordringer av seksuell art som kan oppstå. Det er sykepleieren som bestemmer hvilken informasjon pasienten får, og det er sykepleierens ansvar å sikre at pasienten får nødvendig informasjon (Laursen, 2011, s. 714).

2.3.5 Yrkesetiske retningslinjer

Sykepleierens funksjon og ansvar er knyttet til sykepleiens grunnlag, slik det er nedfelt i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere. “Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskes liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert” (Lillemoen, 2015, s. 299). Retningslinjene bygger på menneskerettighetene og er grunnleggende i all utøvelse av sykepleie (Norsk sykepleierforbund [NSF], 2011, s. 5). Retningslinjene konkretiserer hva sykepleiere skal strekke seg etter for å sikre god praksis innen profesjonen. Av de yrkesetiske retningslinjene fremkommer det at sykepleier skal ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg (NSF, 2011, s. 8). Laursen (2011, s. 718) hevder at det er først når seksuell helse blir en naturlig del av pleien og omsorgen sykepleiere yter, at vi med rette kan snakke om et helhetssyn.

3 Metode

Metode er den systematiske fremgangsmåten som benyttes for å samle inn informasjon og kunnskap for å belyse en problemstilling (Thidemann, 2015, s. 76). I metodekapitlet skal en gjøre rede for fremgangsmåten som er benyttet i datainnsamlingen (Dalland, 2017, s. 199).

I dette kapitlet vil jeg først presentere valg av metode. Videre vil jeg beskrive fremgangsmåten for hvordan søk etter forskningslitteratur ble utført. Søkehistorikk vil bli presentert gjennom en tabell. Deretter blir inklusjons- og eksklusjonskriterier presentert. Videre vil jeg beskrive hvordan annen relevant litteratur ble valgt ut. Avslutningsvis kommer kildekritikk av fag- og forskningslitteraturen som har blitt benyttet.

3.1 Valg av metode

Basert på høgskolens rammer og krav for bacheloroppgaven, er denne oppgaven utformet som en litterær oppgave. En litterær oppgave systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder. Å systematisere innebærer å samle inn litteratur, forholde seg kritisk til det som fremkommer, og til slutt sammenfatte det hele (Magnus & Bakketeig, referert i Thidemann, 2015, s. 79). I denne oppgaven er det anvendt pensum- og annet relevant litteratur, samt fag- og forskningslitteratur for å belyse valgt problemstilling.

Forskningsartiklene som anvendes i oppgaven er basert på både kvantitativ og kvalitativ metode. Kvalitativ metode gir oss mulighet til å fange opp meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfeste. Hensikten er å få kunnskap om menneskelig egenskaper, som meninger, opplevelser, erfaringer, tanker, holdninger og å få frem nyanser. Kvantitativ metode gir oss målbare data og kan hjelpe oss med å finne konkrete svar (Thidemann, 2017, s. 78).

3.2 Søkestrategi og søkehistorikk

For å finne forskningsartikler har jeg gjort søk i databasene Cinahl, PubMed og SweMed+. Ved søkene i PubMed og SweMed+ fant jeg ingen artikler jeg anså som relevante for å besvare oppgavens problemstilling. De fire forskningsartiklene jeg anvender i bacheloroppgaven er derfor hentet fra databasen Cinahl. Søkeord som ble anvendt for å finne forskningslitteratur ble funnet ved bruk av terminologibasen norsk MeSH, derfor er alle søkeordene MeSH-termer. Emneordene i Cinahl kalles for Cinahl subject headings, og bygger tildels på MeSH-termer. For å finne relevante artikler til oppgavens problemstilling har jeg

brukt følgende MeSH-termer, i ulike kombinasjoner: «Breast neoplasms», «breast cancer», «mastectomy», «sexual health», «sexuality», «body image», «patient education», «sexual counseling», «information needs», «nurse attitudes».

Hensikten ved å bruke disse MeSH-termene var å finne forskningsartikler som omhandler og belyser kvinners opplevelse av seksuelle helse i etterkant av mastektomi, behovet disse kvinnene har for informasjon eller veiledning om seksuell helse og sykepleierens holdninger når det gjelder å samtale med sine pasienter om seksuell helse. Søkene ble begrenset til å omfatte forskning fra de siste 10 årene og de skulle være fagfellevurderte. I søkene der hensikten var å finne forskning som belyste kvinnenes seksuelle helse etter mastektomi samt behovet disse kvinnene har for informasjon ble det gjort ytterligere avgrensninger for at treffene skulle matche oppgavens kontekst, herunder kjønn og alder. I det følgende presenteres søkene i en tabell.

Tabell 1. Søkehistorikk på anvendt forskning

Nr	Dato for søk	Forfatter, årstall på valgt artikkel	Database	MeSH-termer og kombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff
1	06/12-18	Jane M. Ussher, Janett Perz & Emilee Gilbert (2013)	Cinahl	1. Breast neoplasms OR breast cancer 2. Sexual health OR sexuality 3. Information needs OR patient education or sexual counseling 1 AND 2 AND 3	<ul style="list-style-type: none"> • 2009-2019 • Peer-reviewed • Full text • Sex: Female • Middle Aged: 45-64 • Aged: 65 + 	6
2	06/12-18	Kristianne Azevedo Batista, Magno Conceição das Mercês, Amalia Ivine Costa Santana, Sueli Lago Pinheiro, Iracema Lua & Daniela Sousa Oliveira (2017)	Cinahl	1. Breast neoplasms OR breast cancer 2. Sexual health OR sexuality 3. Mastectomy 1 AND 2 AND 3	<ul style="list-style-type: none"> • 2009-2019 • Peer-reviewed • Full text • Sex: Female • Middle Aged: 45-64 • Aged: 65 + 	14
3	10/12-18	Nina Saunamäki, Matilda Andersson & Maria Engström (2010)	Cinahl	1. Sexual health OR sexuality 2. Nurse attitudes 1 AND 2	<ul style="list-style-type: none"> • 2009-2019 • Peer-reviewed • Academic Journals • Geographic subset: Europe 	68
4	05/01-19	Ulrika Fallbjörk, Pär Salander, Birgit H. Rasmussen (2012)	Cinahl	1. Mastectomy 2. Body image 1 AND 2	<ul style="list-style-type: none"> • 2009-2019 • Peer-reviewed • Academic Journals • Full text 	91

					<ul style="list-style-type: none"> • Sex: Female • Middle aged: 45-64 • Aged: 65+ 	
--	--	--	--	--	--	--

3.3 Inklusjons og eksklusjonskriterier

For å velge ut artikler ble ulike inklusjons og eksklusjonskriterier benyttet. Inklusjons- og eksklusjonskriterier tydeliggjør litteratursøket, avgrenser utvalget av litteratur og sikrer at artiklene som blir inkludert er relevant for problemstillingen (Thidemann, 2015, s. 84).

Utvalget av artikler ble gjort ved at jeg først vurderte artiklens relevans basert på overskriften, for deretter å lese abstraktet til artiklene jeg anså som relevante. I de tilfeller der abstraktet virket relevant, ble artiklene lest og gransket i sin helhet for å finne ut om de var relevante for valgt problemstilling og de gitte inklusjons- og eksklusjonskriterier (se tabell 2). I tillegg oppsøkte jeg informasjon om tidsskriftenes kvalitet og gyldighet som en kvalitetssikring før inklusjon, til tross for at søkene var avgrenset med fagfelle vurdering.

Tabell 2. Inklusjon og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Pasienter som har, eller som tidligere har hatt, brystkreft	Annen type kreft
Gjennomgått mastektomi	Annen type behandling
Ikke gjennomført rekonstruksjon	Gjennomført rekonstruksjon
Artikler utgitt etter 2009	Artikler utgitt før 2009
Språk: Engelsk eller skandinavisk	Annet språk
Forskningsartikler	Fagartikler eller andre type artikler

3.4 Valg av annen relevant litteratur

I oppgaven har jeg benyttet både pensum- og annen relevant faglitteratur. All litteratur som er brukt i oppgaven er utgitt i løpet av de siste 10 årene, for å sikre en gyldig og faglig oppdatert oppgave. Pensumlitteratur er i all hovedsak hentet fra bøkene *Sykdom og behandling* (2016), *Klinisk sykepleie 2* (2016), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (2015) og *Grunnleggende sykepleie bind 2* (2016). Annen relevant faglitteratur er blitt funnet

på høgskolens bibliotek via Oria. I tillegg har jeg sett på referanselisten til tidligere bacheloroppgaver med samme tematikk som min oppgave for å finne relevant litteratur. En bok jeg har hatt stor nytte av er *Kreftsykepleie: pasient-utfordring-handling* av Reitan og Schjølberg (2017). Boken er primært skrevet for videreutdanninger i kreftsykepleie, men deler av den er også relevant for bachelorutdanningen i sykepleie. Jeg valgte å bruke denne boken da jeg fant mye nyttig teori til problemstillingen. Begge redaktørene i boken har tidligere vært høgskolelektor ved videreutdanning i kreftsykepleie ved Høgskolen i Oslo og Akershus. Jeg anser derfor boken som en troverdig kilde. For å belyse problemstillingen har jeg også hatt nytte av Helse- og omsorgsdepartementets strategi «Snakk om det!», strategi for seksuell helse (2017-2022). Jeg anser strategiens overordnede mål, som er å sikre god seksuell helse i hele befolkningen, som relevant for oppgavens tematikk og problemstilling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 8).

Ved søk etter forskningsartikler ble fagartikkelen “Breast Cancer and Women’s sexuality” funnet. Artikkelen er fagfellevurdert og belyser hvordan sykepleier kan bidra til å ivareta seksuell helse hos kvinner som har gjennomgått mastektomi og har vært til stor nytte for å belyse oppgavens problemstilling. Forfatteren, Anne Katz, er sykepleier med videreutdanning i seksualitet og jobber med å gi informasjon til personer med kreft om seksuelle forandringer som kan oppstå under og etter kreftbehandling (Katz, 2011). Jeg anser derfor artikkelen som en troverdig kilde.

3.5 Kildekritikk

I følge Dalland utøves kildekritikk for å gjøre en vurdering av kildene som er inkludert i en oppgave. Kildekritikk skal være til hjelp for å vurdere om kildene som blir brukt for å besvare problemstillingen er relevante og troverdige (Dalland, 2017, s. 158). Forskningsartiklene som er inkludert i oppgaven er hentet fra databasen Cinahl. Cinahl er databasen jeg har mest erfaring med å utføre søk i og kan være årsaken til at jeg fikk flere og bedre treff i denne databasen enn i SweMed+ og PubMed. At jeg har noe manglende erfaring med søk i andre databaser kan føre til at jeg har gått glipp av flere relevante forskningsartikler som finnes på samme felt, og kan være en svakhet med oppgaven. Når det gjelder kvalitet på artiklene som er valgt, er alle artiklene fagfellevurderte, hentet fra anerkjente tidsskrifter og utgitt innenfor de siste 10 årene. Artiklene jeg har anvendt i oppgaven er engelskspråklige, hvilket krever en viss grad av engelskspråklig kompetanse. Oversettelse av akademiske tekster fra engelsk kan medføre misforståelser i tolkning av innhold. Jeg anser likevel denne risikoen for å være liten,

da jeg har gode engelskkunnskaper og jeg har brukt engelsk-norsk ordbok i tilfeller jeg har hatt utfordringer ved oversetting. I oppgavens kapittel 5 anvender jeg et par direkte sitater fra artiklene. Disse har jeg valgt å ikke oversette til norsk, da min opplevelse er at det vil svekke betydningen.

Jeg har etterstrebet å finne forskning fra Skandinavia, etter oppgavens kontekst. Imidlertid har det vært noe utfordrende å finne nok forskning fra Skandinavia som er av relevans for oppgavens tematikk, kontekst og problemstilling. En svakhet ved oppgaven er derfor at ikke alle artiklene er skandinaviske. Jeg har inkludert en studie fra Australia og en fra Brasil, noe som kan medføre ulikheter når det gjelder skandinavisk kultur og helsevesen. Jeg anerkjenner at den direkte overføringsverdien kan være redusert. Artiklene har imidlertid overføringsverdi når det gjelder kvinnenes opplevelse etter gjennomgått mastektomi, og behovet kvinnene har for informasjon om seksuell helse. Artiklene ble inkludert da jeg samlet sett vurderte de som relevante for å belyse problemstillingen.

Artikkel nr 1 (se tabell 1) inkluderer kvinner som har gjennomgått annen type behandling enn mastektomi. Det kan være en svakhet ved besvarelsen. Studiens hensikt var å undersøke behovet for informasjon om seksuell helse etter behandling av brystkreft, erfaringer med å skaffe seg denne type informasjon og å undersøke pasientenes erfaringer når det gjelder å kommunisere med helsepersonell om seksuell helse etter brystkreft. Det fremkommer i studien at svarene kvinnene avga var de samme uavhengig av behandlingstype, derfor ble artikkelen inkludert. Artikkelen ble også inkludert på grunn av dens relevans for oppgavens problemstilling. Artikkel nr 3 (se tabell 1) omhandler sykepleierens holdninger når det gjelder å samtale med pasienter om seksuell helse. Artikkelen tar derfor ikke utgangspunkt i kvinnenes synsvinkel, men ble inkludert fordi jeg ønsket å finne eventuelle momenter som kan være av betydning for helseveiledningen og som på den måten kan bidra til å besvare problemstillingen.

Jeg har i all hovedsak benyttet meg av primærlitteratur i oppgavens bevarelse.

Sekundærlitteratur har blitt anvendt ved to tilfeller i kapittel 3.1. Utfordringen ved å anvende sekundærlitteratur er at perspektivet kan ha endret seg fra det opprinnelige materialet, og eventuelle feiltolkningen kan bli videreført i min oppgave (Dalland, 2017, s. 162). I kapittel 3.1 ble sekundærlitteratur anvendt for å beskrive hva en litterær oppgave er. Litteraturen ble hentet fra boken *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter* som jeg anser som troverdig kilde fordi den er anbefalt litteratur for bacheloroppgaven. Den didaktiske relasjonsmodellen ble

første gang beskrevet i av Bjarne Bjørndal og Sigmund Lieberg i boken *Nye veier i didaktikken* (1978). Det er i senere tid blitt gjort mange ulike tilpasninger av den didaktiske relasjonsmodellen, herunder Tveiten (2016) sin tolkning av modellen i fra boken *Helsepedagogikk: pasient- og pårørendeopplæring*. En kombinasjon av at jeg ikke fikk tak i primærkilden og at Tveiten har tilpasset modellen i en retning som er knyttet mot sykepleie og veiledning, gjorde at jeg i denne oppgaven har anvendt Tveitens tolkning av den didaktiske relasjonsmodellen. Tveiten har skrevet flere bøker om veiledning, der *Helsepedagogikk: pasient- og pårørendeopplæring* har vært på pensum for oss studenter ved Lovisenberg. Jeg anser derfor Tveiten som en troverdig kilde.

4 Presentasjon av forskningsresultater

Jeg har valgt å inkludere fire artikler, som belyser problemstillingen fra ulike perspektiver. I det følgende presenteres artiklene i en artikkelmatrise. Matrisen skaper en oversikt over de inkluderte artiklenes hovedinnhold.

Tabell 3 – Artikkelmatrise

	Forfatter	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1	Jane M. Ussher, Janett Perz & Emilee Gilbert (2013)	“Information needs associated with changes to sexual well-being after breast cancer”	Journal of Advanced Nursing	Hensikten med studiet var å undersøke behovet for informasjon om seksualitet, erfaringer med å skaffe seg denne type informasjon, og å undersøke pasienters erfaringer når det gjelder å kommunisere med helsepersonell om seksualitet etter brystkreft.	En blandet metodeanalyse ble anvendt, der kvalitative og kvantitative tilnæringer ble kombinert. Primært kvantitativ metode, med en kvalitativ komponent Data ble samlet inn ved bruk av online undersøkelse. 2210 pasienter som har eller har hatt brystkreft ble inkludert i studien. Av disse var det 1965 som fullførte. Gjennomsnittsalderen på deltakerne var 54 år.	85% av deltakerne rapporterte om endringer av betydning for deres seksuelle helse etter brystkreft og den påfølgende behandlingen. 68% av deltakerne hevdet at de ønsket informasjon om disse endringene. 41% rapporterte at de hadde fått slik informasjon.
2	Kristianne Azevedo Batista, Magno Conceição das Mercedes, Amalia Ivine Costa Santana, Sueli Lago Pinheiro, Iracema Lua & Daniela Sousa Oliveira (2017)	“Feelings of women with breast cancer after mastectomy”	The journal of nursing	Å kjenne til hvilke følelser og reaksjoner som kan oppstå hos kvinner som har gjennomgått mastektomi.	Kvalitativ metode. Data ble samlet inn gjennom et semistrukturert intervju. 5 kvinner diagnostisert med brystkreft og som har gjennomgått mastektomi deltok i studien.	Følelsene som oppstod da deltakerne fikk brystkreft var fortvilelse og overraskelse. Etter gjennomgått mastektomi oppstår følelser som tristhet, fornektelse, redsel, nedstemthet og endelig aksept. Studien peker på viktigheten av at helsepersonell har en holistisk tilnærming til pasienten.

3	Nina Saunamäki, Matilda Andersson & Maria Engström (2010)	"Discussing sexuality with patients: nurses' attitudes and beliefs"	Journal of Advanced Nursing	Hensikten med studiet var å beskrive sykepleieres holdninger og meninger når det gjelder å snakke med sine pasienter om seksualitet.	<p>Kvantitativ metode, med komparativ design. Data ble innsamlet ved bruk av skjema SABS (Sexual Attitudens and Beliefs Survey)</p> <p>88 sykepleiere som jobbet på sykehus i Sverige deltok i studien. Flertallet av deltakerne var kvinner og deres erfaring varierte fra 5 mnd til 40 år.</p>	Over 90% av sykepleierne forstod hvordan pasientenes sykdom behandling kunne påvirke deres seksuelle helse. Omtrent 2/3 av sykepleierne sa seg enige i at det er sykepleierens ansvar å oppfordre pasienten til å snakke om seksuell helse. Til tross for dette, var det 80% av sykepleierne som ikke tok seg tid til å snakke med sine pasienter om temaet. Omkring 60% av sykepleierne følte seg ikke trygge eller selvsikre nok til å håndtere pasientenes bekymringer vedrørende deres seksuelle helse.
4	Ulrika Fallbjörk, Pär Salander, Birgit H. Rasmussen (2012)	From "No Big Deal" to "Losing Oneself". Different Meanings of Mastectomy.	Cancer Nursing	Hensikten med studiet var å se på kvinner som hadde mistet et bryst etter brystkreft og forstå hvordan dette har påvirket deres liv.	<p>Kvalitativ metode.</p> <p>15 kvinner ble strategisk valgt fra en tidligere studie som omhandlet mastektomi. Gjennomsnittsalder på kvinnene som deltok var 60 år.</p> <p>Data ble samlet inn ved tematiske fortellingsinspirerte intervjuer. Intervjuene ble gjennomført ca. 4,5 år etter mastektomien.</p>	<p>Funn fra studien tyder på at opplevelsen av å miste et bryst er individuell; det kan være av stor eller liten betydning. Tre type «opplevelser» ble identifisert, herunder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Losing a breast is no big deal • Losing a breast means losing oneself • Losing a breast means wounded femininity

5 Drøfting

I dette kapittelet vil følgende problemstilling drøftes i lys av fremstilt teori og forskningsresultater:

“Hvordan kan sykepleier, gjennom sin undervisende sykepleiefunksjon, bidra til å ivareta seksuell helse hos kvinner etter gjennomgått mastektomi?”

Som nevnt i oppgavens kapittel 2.3.3 bør helseveiledning vedrørende seksuell helse individualiseres ut fra pasientens behov og i den forbindelse kan den didaktiske relasjonsmodellen anvendes som verktøy. Drøftingskapittelet er strukturert etter momentene i den didaktiske relasjonsmodellen, herunder; deltakerforutsetninger, rammefaktorer, mål, innhold, metode og vurdering. Avslutningsvis vil jeg drøfte hvorfor seksuell helse oppleves som et vanskelig tema å snakke om. Basert på funnene fra teori og forskningsartiklene har det vært mer å drøfte på enkelte av momentene fra den didaktiske relasjonsmodellen, men det er viktig å poengtere at alle momentene er likeverdige og påvirker hverandre gjensidig, og må som følge av dette betraktes som en helhet (Tveiten, 2016, s. 83). Momenter som drøftes under hvert delkapittel er basert på funn fra inkludert teori og forskning.

5.1 Den didaktiske relasjonsmodellen

5.1.1 Deltakerforutsetninger

Under deltakerforutsetninger bør sykepleier reflektere over hvem pasienten er (Tveiten, 2016, s. 83). Følgende momenter ble fremhevet i funn fra inkludert teori og forskningsartikler som viktig å ta hensyn til under deltakerforutsetninger: kvinnens behov for helseveiledning, kvinnens kunnskapsgrunnlag, kvinnens livssituasjon og hennes opplevelse av mastektomien.

Helland (2015, s. 871) poengterer at som den største profesjonsgruppen i helse- og omsorgstjenesten, og den gruppen som tilbringer mest tid i direkte pasientrettet arbeid, har sykepleieren en viktig rolle i å kartlegge pasienters behov for samtale om seksuell helse. Lorentsen & Grov (2016, s. 422) hevder at for mange pasienter oppleves seksuell helse som et vanskelig tema å diskutere med helsepersonell. Derfor er pasientene ofte tilbakeholdne og engstelige for å ta opp temaet. Som følge av at pasientene synes seksuell helse er vanskelig å snakke om, kan det være en utfordrende oppgave for sykepleiere å kartlegge pasientens behov for helseveiledning om temaet (Lorentsen & Grov, 2016, s. 422). I strategien for seksuell

helse “Snakk om det!” fremkommer det at mange pasienter ønsker at seksuell helse skal tematiseres, men de foretrekker at det er helsepersonell som tar opp temaet (Helse-og omsorgsdepartementet, 2016, s. 43). Dette funnet samsvarer med teori fra Helland som skriver at mange pasienter ønsker å samtale med helsepersonell om seksuell helse, men de tar sjelden initiativ selv til slike samtaler. Det manglende initiativet fra pasienten kan misforstås av sykepleieren som et manglende behov eller ønske om helseveiledning (Helland, 2015, s. 872). Funn fra studien til Ussher et al. (2013) taler for at sykepleier bør være den som tar initiativ til samtale om seksuell helse. Der fremkommer det at 92 av deltakerne i studiet ikke visste hvor de kunne få informasjon om seksuell helse, eller hvem de skulle snakke med om temaet. En av deltakerne uttrykker det på følgende måte: “Not sure where to start. I have not been aware of where to go to for advice” (Ussher et al., 2013, s. 331). At sykepleier er den som tar initiativ til å snakke om seksuell helse kan bidra til å åpne opp for samtale om temaet. På den måten kan sykepleier kartlegge kvinnens behov for helseveiledning. At sykepleier er den som tar opp temaet kan også signalisere at spørsmål vedrørende seksuell helse er legitime, hvilket igjen kan bidra til at pasienten lettere tar initiativ til å søke helseveiledning selv ved behov (Helland, 2015, s. 872).

En utfordring for sykepleier kan imidlertid være hvordan han eller hun bør starte samtalen om seksuell helse. Borg (2017) poengterer at enkelte pasienter ikke ønsker å snakke om sin seksuelle helse og at sykepleier må akseptere dette. Imidlertid burde alle få tilbud til å snakke om det. Borg påpeker videre at når sykepleier har tatt initiativ til samtale om seksuell helse, vil videre samtale forutsette kvinnens tillatelse. Dette samsvarer med teori fra Helland (2015, s. 873) som hevder at hvis sykepleier tar opp temaet med pasienten, kan pasienten selv velge om hun ønsker å fortsette samtalen. På den måten ivaretar sykepleier pasientene som ikke ønsker å samtale om seksuell helse. Å gi informasjon eller samtale om seksuell helse til en pasient mot hennes vilje kan være grenseoverskridende og ikke forenlig med etisk forsvarlig yrkesutøvelse (Helland, 2015, s. 873). Katz (2011, s. 66) foreslår at sykepleier kan åpne opp for samtale om temaet og videre helseveiledning, ved å stille et åpent spørsmål: “Body image issues and questions about sexuality are common after surgery. What concerns do you have in this regard?”. Å starte samtalen med et spørsmål slik det er gjort i Katz sitt eksempel kan etter min oppfatning tenkes å bidra til at sykepleier får gjort en konkret kartlegging av kvinnens behov for helseveiledning. Dette fordi åpne spørsmål inviterer til utforskning og gir rom for den andre til å snakke ut fra egne følelser, tanker og opplevelser (Eide & Eide, 2016, s. 276). Samtidig vil en tilnærming slik Katz eksemplifiserer det alminneliggjøre at utfordringer

relatert til seksuell helse etter mastektomi kan være vanlig og dette kan tenkes å bidra til at kvinnen tør å åpne seg om temaet.

I følge Tveiten (2016, s. 84) bør sykepleier kartlegge pasientens kunnskapsgrunnlag. Hva kvinnen vet fra før vil sykepleier antakelig få innsikt i gjennom samvær og samtale med henne. I studien til Ussher et al. (2013) rapporterer flere av kvinnene som hadde gjennomgått behandling for brystkreft om at de ikke hadde fått tilstrekkelig med informasjon om hvordan behandlingen kunne påvirke deres seksuelle helse. Funnet fra studien kan etter mitt syn påpeke viktigheten av at sykepleier på poliklinikken etterspør hva kvinnen har fått informasjon om tidligere i behandlingsforløpet. I samme studie fremkommer det at enkelte av kvinnene anså deres yrke som en utfordring for helseveiledningen. En av kvinnene beskriver det på følgende måte: "Being a Dr, everyone expects me to have no problems and know everything and deal with everything on my own" (Ussher et. al, 2013, s. 333). Tveiten (2016, s. 144) beskriver at det er lett å tenke at en pasient som selv er helsepersonell trenger mindre informasjon og helseveiledning enn andre pasienter. Det er viktig å være klar over at når det gjelder egen sykdom er ikke yrkeskompetansen av så stor betydning. Yrkeskompetansen i seg selv reduserer ikke behovet for informasjon og helseveiledning, men kan gjøre det lettere å tilegne seg kunnskap. Samtidig kan helsefaglig yrkeskompetanse gjøre at pasienten vet så mye at engstelsen blir større enn hos pasienter uten denne kompetansen (Tveiten, 2016, s. 144).

Laursen (2011, s. 704) hevder at det er viktig at sykepleier innehar kunnskap om hva den seksuelle helsen betyr for kvinnen i den livsfasen hun befinner seg i. Gjennom livet påvirkes et menneskes seksuelle helse av fysiske og sosiale overganger, eksempelvis som menopausen og overgangen fra å være voksen til å bli eldre (Helland, 2015, s. 866). Kvinner i 50-69 årsalderen befinner seg, slik jeg forstår det, i det som karakteriseres som den voksne fasen av seksualiteten (Helland, 2015, s. 867). Helland vektlegger at denne fasen for mange kan rammes av potensielle kriser som sykdom, eller store overganger og omveltninger i livet. I denne forbindelse har kvinnene vi møter i helseveiledningssituasjonen gjennomgått mastektomi. Bredal (2017, s.476) hevder at mastektomi for de fleste kvinner vil resultere i fysiske og psykiske utfordringer relatert til deres seksuelle helse. Følelser som oppstår etter mastektomi belyses i studien til Batista et al. (2017) der kvinnene som deltok i studien rapporterte om opplevelse av fornektelse, tristhet, nedstemthet, redsel og til slutt aksept etter mastektomi var gjennomført. Det er imidlertid viktig at sykepleier husker på at kvinnens opplevelse, reaksjoner og erfaringer ikke vil være like til tross for at kvinnene er i samme

alder og har gjennomgått samme type inngrep. Individuelle forskjeller poengteres i studien til Fallbjørk et al. (2012), der det fremkommer at opplevelsen av å miste et bryst er individuell og kontekstuell, og at sykepleier som følge av dette må ta utgangspunkt i kvinnens egen opplevelse og erfaring med å miste brystet. I studien ble tre ulike type opplevelser med å miste brystet identifisert. Den ene opplevelsen ble beskrevet som “å miste et bryst er ikke så farlig”, kvinnene med denne opplevelsen fortalte at det å miste et bryst ikke påvirket deres syn på seg selv som kvinne. Den andre opplevelsen, “å miste et bryst er det samme som å miste seg selv” innebar en følelse av krenket femininitet og en opplevelse av å miste sin seksuelle identitet. Den tredje opplevelsen falt mellom de to andre, “å miste et bryst svekker femininiteten”. Kvinnene med denne opplevelsen forklarte at deres følelse av femininitet ble svekket, men ikke i den grad at de mistet synet på seg selv som kvinner. At sykepleier må ta utgangspunkt i kvinnens egen opplevelse med å miste brystet støttes av Borg (2017, s. 125) som hevder at betydningen brystet hadde for kvinnen før kreftdiagnosen, har betydning for hennes opplevelse av tapet av brystet. Min forståelse av det ovennevnte er at sykepleier bør gjøre en helhetlig kartlegging av kvinnens livssituasjon, og på den måten få innblikk i hvordan mastektomien har påvirket hennes seksuelle helse.

5.1.2 Rammefaktorer

Rammefaktorer er forholdene rundt pasienten (Tveiten, 2016, s. 84). Kontekst og tidspunkt for helseveiledningen vil i det følgende drøftes.

Helseveiledningen foregår i denne oppgaven på en poliklinikk. Den polikliniske oppfølgingen foregår over et begrenset tidsrom, og i studien til Saunamäki et al. (2010) fremkom det at nettopp mangel på tid var en medvirkende faktor til hvorfor sykepleierne ikke tok opp seksuell helse med pasientene. Helland (2015, s. 872) viser til at det i følge pasienter er noen forutsetninger som må være tilstede for at seksuell helse skal tas opp på en god måte, hvor en av forutsetningene er tilstrekkelig med tid til samtalen. Funnene belyser at tilstrekkelig med tid er viktig for både sykepleier og for pasienten. Min kliniske erfaring tilsier at på en poliklinikk kan ofte utfordringer relatert til tidspress oppstå. Eide & Eide (2016, s. 254) understreker i den forbindelse at det kan være hensiktsmessig å klargjøre tidsrammen for samtalen, fordi det kan være til hjelp for både pasienten og for sykepleieren til å fokusere på det som er vesentlig. Til tross for at konteksten poliklinikk kan by på utfordringer relatert til tid, har pasientene en lovfestet rett til å få informasjon om konsekvenser av den behandlingen

de får (Molven, 2016, s. 163). Min forståelse er derfor at sykepleier ikke kan bortprioritere informasjon og helseveiledning til sine pasienter grunnet mangel på tid.

Tidspunkt for situasjonen der seksuell helse skal tematiseres er viktig (Helland, 2015, s. 872). Helseveiledningen i denne oppgaven finner sted omtrent ett år etter at pasientene har gjennomgått mastektomi, og det kan således være nærliggende å diskutere om helseveiledningen burde funnet sted på et tidligere tidspunkt i behandlingsforløpet. Det kan være vanskelig å vurdere hva som er et gunstig tidspunkt for helseveiledning (Tveiten, 2016, s. 147). Helland (2015, s. 872) hevder på sin side at seksuell helse bør tematiseres tidlig i sykdomsforløpet, muligens allerede når behandlingen planlegges. Helland beskriver videre at mange sykepleiere kan vegre seg for å snakke om seksuell helse tidlig i sykdomsforløpet, men det har vist seg å bidra til å forebygge senere problemer. Katz (2011) hevder at seksuell helse bør tas opp rutinemessig, og poengterer at det kan signalisere at sykepleier er åpen for å snakke om temaet. Katz beskriver det på følgende måte:

Some women may want to broach this topic as they prepare for treatment, but others may view sexuality as an issue best dealt with after treatment is over. Every woman is different—and so is her need for information and anticipatory guidance. The key is to offer each woman the opportunity to discuss concerns when the time is right for her (Katz, 2011, s. 66).

Utsagnet til Katz påpeker viktigheten av at tidspunkt for helseveiledningen må ta utgangspunkt i kvinnens egne behov og ønsker. I motsetning til Helland som påpeker at seksuell helse bør tematiseres tidlig i sykdomsforløpet, viser funn fra studien til Fallbjørk et al. (2012) at å ta opp seksuell helse tidlig i sykdomsforløpet ikke var hensiktsmessig, fordi på diagnosetidspunktet fokuserte kvinnene kun på å bli friske. Ussher et al. (2013) viser til liknende resultater, nemlig at mange pasienter foretrekker om “viktigere” aspekter ved sykdommen og behandlingen diskuteres ferdig før seksuell helse blir et tema. På den ene siden kan det altså være hensiktsmessig å ta opp seksuell helse tidlig i sykdomsforløpet, men på den andre siden kan pasientene være lite mottakelig for informasjon om seksuell helse hvis deres hovedfokus er å bli frisk. Eide & Eide (2016, s. 293) belyser viktigheten av at sykepleier er klar over at det som oppleves som relevant og aktuell informasjon for en, ikke nødvendigvis er relevant og aktuelt for en annen. I tillegg kan det som ikke var aktuell informasjon for noen kvinner tidligere i sykdomsforløpet, ha blitt aktuell informasjon nå ett år

i etterkant. I den forbindelse er det viktig at sykepleier tar hensyn til kvinnens individuelle behov når tidspunkt for helseveiledningen skal bestemmes.

5.1.3 Målet med helseveiledningen

I følge Tveiten (2016, s. 85) er det overordnede målet med helseveiledning å formidle kunnskap slik at pasienten opplever kompetanseutvikling og mestring. Tveiten hevder at det kan være hensiktsmessig å konkretisere målet, fordi det kan gi klare retningslinjer for hva innholdet i helseveiledningen må være og hvilke metodiske tilnærminger som er aktuelle. Aktuelle mål i forhold til problemstillingen kan for eksempel være at kvinnen skal bli komfortabel med de fysiske forandringene mastektomien har ført med seg, at kvinnen skal føle seg attraktiv eller at hun skal være komfortabel med å være intim med en eventuell partner. Sykepleieren bør samarbeide med pasienten når det gjelder hva som er målet med helseveiledningen. Å samarbeide med pasienten om målet innebærer å legge til rette for medvirkning (Tveiten, 2016, s. 145). Medvirkning i dette tilfellet kan innebære at sykepleier etterspør kvinnens syn, meninger, opplevelser, forståelse og behov.

5.1.4 Innholdet i helseveiledningen

Innholdet bestemmes i hovedsak av pasientens behov og av målet med helseveiledningen. Ofte kan ikke innholdet planlegges, fordi det stort sett fremkommer i møtet mellom den som veileder og pasienten (Tveiten, 2016, s. 86).

Det følger av pasient- og brukerrettighetsloven §3-2 (1999) første ledd at pasienten skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Molven (2016, s. 163) poengterer i den forbindelse at det i prinsippet kan se ut som at bestemmelsen overlater helsepersonell til å bestemme ut fra eget skjønn hva som er “nødvendig”, herunder hvor mye og hva slags informasjon som skal gis. Dette illustrerer maktubalansen som eksisterer mellom sykepleier og kvinnen, der sykepleier kan styre hvor mye informasjon kvinnen skal få om seksuell helse. Det er derfor viktig at sykepleier er oppmerksom på denne maktubalansen og bidrar til å motvirke den gjennom informasjon og samtale med kvinnen (Helland, 2015, s. 876). Reitan (2017) påpeker at samtale vedrørende seksuell helse vil basere seg på kvinnens subjektive opplevelse, noe som krever at kvinnen selv bidrar med innholdet i samtalen. Slik jeg forstår det bør innholdet i helseveiledningen baseres på et samspill mellom sykepleier og kvinnen, slik at sykepleier kan oppnå å gi kvinnen nødvendig innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen.

I studien til Ussher et al. (2013) ble det undersøkt hvilken type informasjon kvinnene ønsket etter gjennomgått brystkreftbehandling. 63% av deltakerne i studien svarte at de ønsket informasjon om behandlingens mulige negative konsekvenser for deres seksuelle helse, herunder; informasjon om behandlingens fysiske forandringer, psykologiske konsekvenser som hvordan behandlingen kan påvirke selvbilde og eventuelle innvirkninger på parforhold. Funnene fra studien samsvarer med teori fra Schjølberg (2016, s. 137-138) som påpeker at sykepleieren med fordel kan informere kvinnen om omfanget av de kroppslige og psykiske forandringene som ofte forekommer ved behandling og om forandringene er av forbigående eller varig karakter. Katz (2011, s. 66) fremmer et eksempel på hvordan sykepleier kan informere kvinner om enkelte av behandlingens negative konsekvenser "Flere kvinner som har gjennomgått mastektomi føler seg mindre attraktive etter operasjonen og er redde for å vise seg frem naken foran partneren sin. Det er ikke sikkert du opplever dette, men jeg vil informere deg om at det er en mulighet for det".

I følge Laursen (2011, s. 714) skal sykepleieren gi pasienten informasjon om seksuell helse i den grad de har kunnskap til det, og samtidig vite hvor pasientene kan få videre hjelp ved behov. Dette poengteres også av Bredal (2017, s. 483) som hevder at sykepleier skal formidle kontakt med sexolog eller sykepleier med kompetanse til sexologisk rådgivning ved behov. I vårt tilfelle kan det være hvis sykepleier opplever at kvinnen har seksuelle problemer av mer kompleks art som krever spesialisert behandling. Sykepleierens oppgave her blir å henvise pasienten videre og motivere dem til å gjennomgå behandling (Borg, 2017). Å henvise pasienten videre til relevante fagpersoner er i tråd med juridiske føringer, da det følger av Helsepersonelloven §4 (1999) at helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Katz (2011, s. 66) foreslår at sykepleier kan tilnærme seg kvinnen på følgende måte: "Vi har en sexolog som er tilstede på poliklinikken en dag i måneden. Jeg kan avtale en time til deg hos han/henne. Flere av pasientene jeg har henvist videre, forteller at time med sexolog har vært til stor hjelp".

I studien til Ussher et al. (2013) rapporterer 116 av deltakerne om at tilgjengelig informasjon ikke imøtekommer deres behov, og som følge av dette poengteres viktigheten av at sykepleier tilpasser informasjonen som gis etter kvinnens individuelle behov. Det følger av pasient- og brukerrettighetsloven §3-5 at informasjonen som gis skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Bestemmelsen gjelder for alle pasienter, og må sees i sammenheng med §3-2 om at pasienten

skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og i innholdet av helsehjelpen. Fordi oppgaven omhandler skandinaviske kvinner og avgrensner seg vekk fra kulturelle forskjeller, vil jeg ikke gå nærmere inn på dette. Etter oppgavens avgrensninger er kvinnen sykepleier møter på poliklinikken førstegangsrammet. At kvinnen er førstegangsrammet kan indikere at hun har et behov for mer omfattende informasjon og helseveiledning enn ved gjentatt behandling.

5.1.5 Metode

Som beskrevet i kapittel 2.3.3 må metoden for helseveiledning vurderes etter deltakerforutsetninger, mål og innhold. For å identifisere kvinnens foretrukne metode, kan det være hensiktsmessig å vurdere om kvinnen ønsker informasjon i skriftlig eller muntlig form, samt om helseveiledningen skal foregå med eller uten en eventuell partner (Helland, 2015, s. 874).

Måten informasjon formidles på er viktig for at den skal nå fram til mottakeren (Molven, 2016, s. 168). Tveiten (2016, s. 88) poengterer at det ofte kan være hensiktsmessig å kombinere flere metoder for å oppnå hensikten. Funn fra studien til Ussher et al. (2013) viser at 62% av deltakerne foretrakk å få informasjon om brystkreft og den påfølgende behandlingens konsekvenser for deres seksuelle helse i skriftlig form; via hefter, brosjyrer, nyhetsbrev eller nettsider. Det poengteres i studien at preferanser om skriftlig materiale fremfor muntlig øker over tid. I samme studie blir det understreket at informasjonen kan være enklere å ta innover seg gjennom skriftlig materiale, og at pasienten på den måten kan unngå den forlegenhet som kan oppstå når seksuell helse diskuteres ansikt til ansikt med helsepersonell. I tillegg kan skriftlig informasjon være nyttig fordi den kan leses ved behov og kan tas med hjem til en eventuell partner (Helland, 2015, s. 872). Imidlertid forutsetter skriftlig materiale at sykepleier snakker med kvinnen om innholdet i materialet, slik at sykepleieren får vite hva hun forstår. Dette samsvarer med juridiske føringer, da det følger av pasient- og brukerrettighetsloven §3-5 andre ledd at sykepleier, så langt det er mulig, skal sikre seg at mottaker av informasjonen har forstått innholdet og betydningen av informasjonen som er gitt (Molven, 2016, s. 168). Det er også en forutsetning at skriftlig materiale er faglig oppdatert og kvalitetssikret (Tveiten, 2016, s. 148).

Når sykdom og behandling påvirker pasientens seksuelle helse, vil det også påvirke hennes partner (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 49). Helland (2015, s. 871) understreker i

den forbindelse viktigheten av at en eventuell partner også mottar informasjon om behandlingens konsekvenser for den seksuelle helsen til kvinnen, og dermed også paret. I følge Borg (2017, s. 125) vil en eventuell partners evne til å godta kvinnens kroppslige forandringer bidra positivt for kvinnens akseptering av seg selv. Dette støttes av også av Helland (2015, s. 868), Katz (2011, s. 63) og Sørensen et al. (2016, s. 446). Imidlertid viser funn fra Ussher et al. (2013) at enkelte kvinner beskrev det å være singel som problematisk i forbindelse med å få helseveiledning vedrørende seksuell helse. Den ene kvinnen i studien uttrykker det på følgende måte: “Too much to do about those with partners. No one seems to give a toss about single people.. The information I have seen is mainly for those in a relationship.” (Ussher et al., 2013, s. 332). Enkelte av kvinnene i studiet ga også uttrykk for en følelse om at deres seksuelle helse ble ignorert fordi de var i forhold med en partner av samme kjønn. I strategien for seksuell helse “Snakk om det!” understrekes det at samtidig som det har blitt en større åpenhet om seksuell helse i Norge, er det fortsatt mange grupper som opplever fordommer i møte med enkeltmennesker. Det belyses i strategien at åpenhet, respekt for mangfold og positive holdninger er faktorer som kan fremme seksuell helse. Min forståelse av det ovennevnte er at når sykepleier skal snakke om seksuell helse er det viktig at han eller hun er fordomsfri og har en åpen holdning til det pasienten forteller.

5.1.6 Vurdering

Vurderingen sier noe om målet med helseveiledningen er oppnådd (Tveiten, 2016, s. 157). Det følger av pasient- og brukerrettighetsloven §3-5 (1999) at sykepleier så langt som mulig skal sikre seg at informasjonen som er gitt er forstått, og opplysning om informasjonen som er gitt skal nedtegnes i pasientens journal. I etterkant av helseveiledningen er det derfor viktig at sykepleier forsikrer seg om at informasjonen som er gitt til kvinnen er forstått, og eventuelt om det er noen misforståelser som må oppklares (Gamnes, 2011, s. 99). Dette er også i tråd med yrkesetiske retningslinjer, som beskriver at sykepleieren bør tilstrebe å gi pasienten tilstrekkelig informasjon, og forsikre seg om at informasjonen er forstått (NSF, 2011). Katz (2011, s. 66) poengterer viktigheten av at sykepleier dokumenterer i pasientjournalen etter en samtale vedrørende seksuell helse har funnet sted, fordi det kan være viktig for å vurdere behov for videre oppfølging og helseveiledning.

5.2 Hvorfor er det vanskelig å snakke om seksuell helse?

Det eksisterer mange barrierer for kommunikasjon om seksuell helse med pasienter (Helland, 2015, s. 876). Eksempler på barrierer som er identifisert blant sykepleiere er mangel på tid,

manglende kunnskap og opplæring, eller en oppfatning om at pasienten er for syk. I følge de yrkesetiske retningslinjene skal sykepleieren ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg (NSF, 2011). I den forbindelse poengterer Laursen (2011, s. 718) at det først er når seksuell helse blir en naturlig del av pleien sykepleiere yter, at vi med rette kan snakke om et helhetssyn.

I studien til Saunamäki et al. (2010) belyses viktigheten av at sykepleier har nok kunnskap om seksuell helse for å gi pasientene den helhetlige omsorgen de har krav på. Videre i studien fremkommer det at over 90% av sykepleierne hadde kunnskap om og forståelse for at sykdom og behandling kan påvirke pasientenes seksuelle helse, og 2/3 av sykepleierne sa seg enige i at det var sykepleierens ansvar å ta initiativ til samtale om seksuell helse. Likevel bekreftet 80% av sykepleierne at de ikke tok seg tid til å snakke med sine pasienter om seksuell helse. I følge Saunamäki et al. skyldes dette usikkerhet blant sykepleiere og manglende erfaring. Min oppfatning er at sykepleiere må tørre å snakke om seksuell helse med sine pasienter for å skaffe seg nettopp denne erfaringen. Helland (2015, s. 874) hevder på sin side at årsaken til at seksuell helse ikke snakkes om er at flere sykepleiere er redde for at de ikke har tilstrekkelig med kompetanse til å kunne besvare pasienters spørsmål om seksuell helse. Videre beskriver Helland at enkle tiltak ofte er nok, og at sykepleier kan komme langt med å la pasienten sette ord på sine følelser, og å gi kortfattet og nøktern informasjon om hvordan behandlingen kan påvirke den seksuelle helsen. Katz (2011, s. 66) poengterer at de fleste sykepleiere skal kunne evne å gi denne typen informasjon. Videre hevder Katz at sykepleiere har et ansvar for å “utdanne” seg selv for å skaffe seg den kunnskapen han eller hun trenger for å føle seg trygg nok til å snakke med sine pasienter om seksuell helse.

6 Avslutning

Hensikten med denne bacheloroppgaven har vært å få en økt forståelse for hvordan sykepleier, sett i lys av sin undervisende sykepleiefunksjon, kan veilede og således bidra til å ivareta seksuell helse hos kvinner som har gjennomgått mastektomi. I tillegg var hensikten å diskutere hvordan den didaktiske relasjonsmodellen kunne bli brukt som verktøy for å strukturere og individualisere veiledningen til kvinnen. Den undervisende sykepleiefunksjonen samt etikken og lovverket tydeliggjør at sykepleiere har et ansvar for å ivareta kvinnens seksuelle helse etter mastektomi. Likevel viser forskning at kvinnenes behov for informasjon om temaet ikke blir tilfredsstilt i praksis (Ussher et al., 2013).

Funn fra studien til Ussher et al. (2013) viser at helseveiledning vedrørende seksuell helse bør individualiseres ut fra pasientens behov. Den didaktiske relasjonsmodellen har klare rammer for veiledning og kan således være til hjelp. Momentene i modellen handler overordnet om at sykepleier tar utgangspunkt i kvinnens deltakerforutsetninger, rammefaktorer, mål, innhold, metode og vurdering når helseveiledningen skal gjennomføres.

Inkludert fag- og forskningslitteratur viser at sykepleier bør være den som tar initiativ til å snakke om seksuell helse, fordi det kan åpne opp for samtale om temaet. Videre samtale vil kreve kvinnens tillatelse. Ved at sykepleier åpner opp for samtale om temaet og lar kvinnen selv få velge selv om hun ønsker å fortsette samtalen, kan sykepleier ivareta de kvinnene som ikke ønsker å samtale om temaet. Mangel på tid og manglende kunnskap om seksuell helse er sentrale barrierer for hvorfor seksuell helse ikke snakkes om. I den forbindelse kan det være hensiktsmessig å klargjøre tidsrammen for samtalen. Samtidig er det viktig at sykepleier innehar nok kunnskap om seksuell helse for å gi kvinnen den helhetlige omsorgen hun har krav på. Etter min forståelse kan sykepleier bidra til å ivareta seksuell helse hos kvinner som har gjennomgått mastektomi ved å ta initiativ til samtale om temaet, og ved å individualisere helseveiledningen etter kvinnens ønsker og behov.

Gjennom å arbeide med denne oppgaven har jeg erfart at det er utfordrende å finne forskning som fokuserer spesifikt på når i behandlingsforløpet og hvilken informasjon som bør gis til kvinner som har gjennomgått mastektomi. Min oppfatning er at det trengs mer forskning på feltet.

Referanseliste

- Almås, E., & Benestad, E. E. P. (2017). *Sexologi i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget
- Azevedo Batista, K., Conceição das Mercês, M., Costa Santana, A. I., Pinheiro, S. L., Lua, I., & Sousa Oliveira, D. (2017). FEELINGS OF WOMEN WITH BREAST CANCER AFTER MASTECTOMY. *Journal Of Nursing. UFPE / Revista De Enfermagem UFPE*, 11(7), 2788-2794. <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.10939-97553-1-RV.1107201719>
- Borg, T. (2017). Seksualitet. I: A. M. Reitan., & T.K. Schjølberg. (Red.), *Kreftsykepleie: pasient-utfordring-handling*. (120-131). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Bredal, I. S. (2017). Sykepleieutfordringer ved brystkreft. I: A. M. Reitan., & T.K. Schjølberg. (Red.), *Kreftsykepleie: pasient-utfordring-handling*. (477-487). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Brystkreftforeningen. (uå). Om brystkreft. Hentet 05.12.2018 fra: <https://www.brystkreftforeningen.no/om-brystkreft>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Eide, H. & Eide, T. *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk* (2.utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Fallbjörk, U., Salander, P. & Rasmussen, B. H. (2012), From “No Big Deal” to “Losing Oneself” – Different Meanings of Mastectomy, *Cancer Nursing*, 35(5), 41-48. [10.1097/NCC.0b013e31823528fb](https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e31823528fb)
- Garnes, 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

- Gamnes, S. (2016) Seksualitet og helse. I: N. J. Kristoffersen., F. Nortvedt., & E-A. Skaug (Red.). *Grunnleggende sykepleie bind 2: Grunnleggende behov.* (371-407). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helland, Y. (2015). Seksualitet. I: I Grov, E. K. & Holter, I. M. (Red.). *Grunnleggende kunnskap I klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1.* (s. 861-886). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Helsedirektoratet. (2018). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter med brystkreft.* 11.utgave. Hentet 05.12.2018 fra: https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1460/IS-2736_Brystkrefthandlingsprogram_08.08.18.pdf
- Katz, A. (2011). Breast Cancer and Women's Sexuality. *American Journal of Nursing, 2011,* (Vol. 111, Nr. 4) s. 63-67.
<http://dx.doi.org/10.1097/01.NAJ.0000396560.09620.19>
- Konradsen, H. (2014). Body image. I: Prip A., & Wittrup K. (Red.), *Kræftsygepleje: I et forløbsperspektiv.* (111-119). København: Forfatterne og Munksgaard.
- Kreftforeningen. (2015). Kreft og seksualitet. Hentet 25.03.2019 fra:
<https://wpstatic.idium.no/kreftforeningen.no/2018/08/kreft-og-seksualitet-kvinner-a5-des15w.pdf>
- Kreftregisteret. (2018). Brystkreft. Hentet 04.12.2018 fra:
<https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Fakta-om-kreft/Brystkreft-Alt2/>
- 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
- Lerdal, A. V. & Grov, E. K (2015) Aktivitet. I E.K Grov & I. M. Holter (Red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1* (5. Utgave, s. 819-835). Oslo: Cappelen Damm AS

- Lillemoen, L. (2015). Etikkk i sykepleien. I E.K Grov & I. M. Holter (Red.)
Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1 (5. Utgave, s.297-335).
Oslo: Cappelen Damm AS
- Lorentsen, V, B., & Grov, E, K. (2016), Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I: Almås,
H., Stubberud D-G. & Grønseth R. (Red.), *Klinisk sykepleie 2*. (5.utgave, s. 397-430).
Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Molven, O. (2016). *Sykepleie og jus* (5.utgave). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, ICNs etiske regler*. Hentet 13.03.2019 fra:
https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Nortvedt, P., & Grønseth, R., (2016). Klinisk sykepleie- funksjon og ansvar. I: H. Almås, D-G. Stubberud., & R. Grønseth. (Red.), *Klinisk sykepleie 1*. (17-39). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Saunamäki, N., Andersson, M., & Engström, M. (2010). Discussing sexuality with patients: nurses' attitudes and beliefs. *Journal of Advanced Nursing* 66(6), 1308-1316.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05260.x>
- Schlichting, E. (2016). Sykdommer i brystene. I: S. Ørn & E. Bach-Gransmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2.utgave, s. 443-452). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Smith-Strøm, H., & Waardal, P., (2009). Sykepleierroller i poliklinikker. *Sykepleien Forskning*, Sykepleien 2004 92(5)(50-53).
<https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2004.0026>
- Sørensen, E, M., Lorvik, M, K., Erntsen, N, G., Almås, H. (2016), Sykepleie ved brystkreft. I: Almås, H., Stubberud D-G. & Grønseth R. (Red.), *Klinisk sykepleie 2*. (5.utgave, s. 437-451). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Thidemann, I-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget

Thune, I. (2017). Brystkreft. I: A. M. Reitan., & T.K. Schjølberg. (Red), *Kreftsykepleie: pasient-utfordring-handling*. (4.utgave, s. 463-476). Oslo: Cappelen Damm AS

Tveiten, S. T. (2016). *Helsepedagogikk. Pasient- og pårørendeopplæring*. Bergen: Fagbokforlaget

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), 237-337.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06010.x>