



# Mastektomi og seksuell helse

*«Hvordan kan sykepleier bidra til at kvinner kan ivareta sin seksuelle helse etter gjennomgått mastektomi?»*

Kandidatnummer: 700  
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave  
i sykepleie

Antall ord: 8.708  
Dato: 23.04.19



ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato 23.04.19
Tittel Mastektomi og seksuell helse	
<p><u>Problemstilling</u> Hvordan kan sykepleier bidra til at kvinner kan ivareta sin seksuelle helse etter gjennomgått mastektomi?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u> Teorien tar utgangspunkt i det medisinske- og sykepleiefaglige kunnskapsgrunnlaget. Begrepene brystkreft, mastektomi og seksuell helse blir beskrevet, samt forholdet mellom disse. Sykepleiernes funksjons- og ansvarsområder blir også presentert. Både profesjonelle kommunikasjonsferdigheter, PLISSIT-modellen, etikk og lovverk blir også omtalt.</p> <p><u>Metode</u> Litteraturstudie blir brukt som metode, hvor fem forskningsartikler ble brukt for å besvare problemstillingen. Forskningsartiklene ble funnet gjennom Cinahl eller PubMed, og ble funnet basert på inklusjons- og eksklusjonskriterier jeg på forhånd hadde satt.</p> <p><u>Drøfting</u> Det drøftes for årsaker til hvorfor seksuell helse ikke prates så mye om, samt hvilke tiltak sykepleiere kan gjøre for dette. Tidspress, ugunstige romløsninger og tilpasning på arbeidsplassen er faktorer som kan skape utfordringer for sykepleiernes mulighet til å diskutere seksuell helse med pasientene. Samtidig har sykepleierne forpliktelser som drøftes. Disse forpliktelsene er ansvarsfraskrivelse, kommunikasjon og sykepleiernes kunnskapsnivå og holdninger.</p> <p><u>Konklusjon</u> Det virker ikke å være noen fasitsvar for hvordan sykepleierne kan bidra til å ivareta kvinnens seksuelle helse etter gjennomgått mastektomi. Det blir trukket frem et samspill som tilsier at både arbeidsplassen og sykepleieren selv har et ansvar. Først og fremst må sykepleierne være åpne for å ha samtale rundt temaet seksuell helse, med pasientene. For at sykepleierne skal kunne ivareta kvinnens seksuelle helse etter gjennomgått mastektomi, så bør sykepleierne tilegne seg mer kunnskap for å lettere kunne håndtere kommende situasjoner rundt temaet. PLISSIT-modellen har også blir trukket frem som et godt verktøy i møte med denne pasientgruppen.</p>	

(Totalt antall ord: 251)

## Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Innledning og bakgrunn .....</b>	<b>1</b>
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2	Presentasjon av problemstilling.....	2
1.3	Avgrensning av problemstilling.....	2
1.4	Oppgavens formål og oppbygning.....	3
<b>2</b>	<b>Teoretisk og empirisk kunnskapsgrunnlag.....</b>	<b>4</b>
2.1	Medisinsk kunnskapsgrunnlag .....	4
2.1.1	Brystkreft.....	4
2.1.2	Mastektomi .....	4
2.2	Sykepleiernes kunnskapsgrunnlag .....	5
2.2.1	Seksuell helse .....	5
2.2.2	Opplevelsen av å miste et bryst .....	6
2.2.3	Sykepleiernes funksjons- og ansvarsområder.....	6
2.2.4	Profesjonell kommunikasjon .....	7
2.2.5	PLISSIT-modellen.....	7
2.3	Etikk og yrkesetikk .....	9
2.4	Juridisk rammeverk .....	9
<b>3</b>	<b>Metode for oppgaven .....</b>	<b>11</b>
3.1	Anvendt metode .....	11
3.2	Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	11
3.3	Søkehistorikk.....	12
3.4	Kildekritikk .....	14
3.4.1	Refleksjoner rundt valgt litteratur.....	15
<b>4</b>	<b>Presentasjon av forskningsresultater .....</b>	<b>16</b>
<b>5</b>	<b>Drøfting: Hvordan kan sykepleier bidra til at kvinnen kan ivareta sin seksuelle helse etter gjennomgått mastektomi? .....</b>	<b>19</b>
5.1	Faktorer som kan skape utfordringer for sykepleieren i forhold til å bidra til at kvinnen kan ivareta sin seksuelle helse. ....	20
5.1.1	Tidspress.....	20
5.1.2	Romløsninger.....	21
5.1.3	Skriftlige rutiner .....	22
5.1.4	Pasientens informasjonsbehov.....	22
5.2	Sykepleiernes forpliktelser i forhold til å bidra til at kvinnen kan ivareta sin seksuelle helse.....	23
5.2.1	Ansvarsfraskrivelse .....	23
5.2.2	Kommunikasjon mellom sykepleier og pasient.....	24
5.2.3	Sykepleiernes kunnskap .....	25
5.2.4	Sykepleiernes holdninger.....	26
<b>6</b>	<b>Avslutning .....</b>	<b>28</b>
	<b>Referanseliste .....</b>	<b>30</b>

# 1 Innledning og bakgrunn

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Denne oppgaven vil ta for seg temaet brystkreft og seksuell helse. Brystkreft er den vanligste formen for kreft hos kvinner, og i 2017 ble hele 3589 kvinner rammet brystkreft (Kreftregisteret, 2018). Forekomsten av antall brystkrefttilfeller har økt betraktelig de siste årene, samtidig som sannsynligheten for overlevelse har økt (Kreftregisteret, 2018). Det finnes ulike måter å behandle brystkreft på, hvor mastektomi er en av disse behandlingsmetodene (Schlichting, 2016). I dag er det færre og færre som behøver å utføre mastektomi, men det forekommer likevel dersom det er indikasjon for det (Schlichting, 2016). Etter utført mastektomi kan kvinnen føle ulike psykiske påkjenninger som krenket femininitet, endret selvbilde, sårbarhet, engstelse og skjemmende arr (Sørensen, Lørvik, Erntsen & Almås, 2016).

Seksuell helse anses som en del av menneskets grunnleggende rettigheter og er tilknyttet den generelle helsetilstanden til mennesket (Helland, 2015). Seksualitet virker å ha en sterk sammenheng med brystkreft, ifølge rapporten som kreftforeningen la frem i 2013 (Lundeby, Jensen, Slettvoll & Herne, 2013). Av de 12 senskadene respondentene ble spurt om, så var seksuelle problemer, fatigue og nedsatt konsentrasjon de senskadene flest opplevde (Lundeby et al., 2013). Rapporten viste at hele 64% opplevde seksuelle problemer som senskade etter gjennomgått kreftbehandling (Lundeby et al., 2013).

Ifølge Helland (2015) er det ingen retningslinjer for hvordan sykepleierne skal håndtere seksuelle utfordringer i helse- og omsorgstjenesten, og en konsekvens av dette er stor usikkerhet blant sykepleierne. Hun legger også frem kontrastene ved at pasientene ønsker at seksualitet skal tas opp av helsepersonell, men at dette ignoreres i stor grad i helsevesenet. Seksuelle problemer kan være en trussel både med tanke på samlivsrelasjoner, psykiske helse og den generelle helsetilstanden (Helland, 2015). Av den grunn er seksuell helse et viktig tema når man ser på forekomsten og de konsekvensene det kan medføre, dersom det oppstår utfordringer i menneskets seksuelle helse.

Temaet for oppgaven er svært relevant for sykepleiere ettersom sykepleiernes funksjons- og ansvarsområde innebærer forebygging og helsefremming (Kristoffersen, Nordtvedt, Skaug &

Grimsbø, 2016). Denne oppgaven vil være basert på sekundærforebygging hvor sykepleiernes rolle vil være å forebygge helsesvikt i henhold til seksualitet, på et tidlig stadium (Kristoffersen et al., 2016). Etter egne erfaringer fra praksis har jeg opplevd at temaet seksuell helse er noe helsepersonell syntes er svært ukomfortabelt å prate om, og derfor tas det sjeldent opp. Jeg har også opplevd at senskader etter kreftbehandling er noe som har blitt mer aktuelt i media det siste året. Det er av den grunn jeg ønsker å undersøke hva sykepleierne kan gjøre for pasientenes seksuelle helse i forhold til brystkreft.

## **1.2 Presentasjon av problemstilling**

Ut ifra det som nå er lagt frem har jeg formulert en følgende problemstilling:

*«Hvordan kan sykepleier bidra til at kvinner kan ivareta sin seksuelle helse etter gjennomgått mastektomi?».*

## **1.3 Avgrensning av problemstilling**

I 2017 ble 34 menn og 3623 kvinner rammet av brystkreft (Kreftregisteret, 2018). Dette viser til at flesteparten av dem som rammes av brystkreft er kvinner. På grunnlag av dette, har jeg valgt å kun fokusere på kvinner i denne oppgaven. Videre har jeg ikke valgt å avgrense mangfoldet av kvinner med tanke på seksuell legning, derfor er både heterofile og homofile kvinner inkludert. Oppgaven er videre basert på kvinnens opplevelse og vil derfor ikke ha fokus på pårørende.

De fleste kvinner som rammes av brystkreft er i alderen 50 til 69 år, og av den grunn virket det hensiktsmessig å avgrense aldersspennet slik (Cancer Registry of Norway, 2018).

Seksualitet er noe som står sentralt hele livet (Borg, 2017), og det er derfor viktig å anse seksuell rehabilitering som sentralt hos kreftpasienter, i alle aldre (Gamnes, 2016).

Oppgaven kommer til å ha fokus på dem som har gjennomgått kurativ behandling av brystkreft, med hovedfokus på mastektomi. I henhold til konteksten baserer jeg oppgaven på at sykepleierne møter pasienten i sammenheng med utførelsen av brystfjerningen. Dette vil ta plass på en kirurgisk avdeling, hvor sykepleierne møter pasientene postoperativt. Jeg har kontaktet sykepleiere innenfor fagfeltet, og basert på dette så virker det som de ulike sykehusene i landet har ulike systemer på antall liggedøgn. Noen sykehus utfører

brystfjerning dagkirurgisk utfra konseptet «fast-track», mens andre sykehus har opptil flere liggedøgn. Ut ifra kontakten jeg har hatt med andre sykepleiere innenfor fagfeltet, så virker det ikke å være klare retningslinjer for hvor temaet seksualitet vil bli tatt opp. Ut ifra egne erfaringer vil pasientene bli liggende et par dager på sengepost, og sykepleierne har derfor muligheten til å ta opp temaet. Det er likevel mange som vil få den oppfølgingen på poliklinikk en stund etter operasjonen. Ulempen med dette kan være at utfordringer i den seksuelle helsen allerede kan ha oppstått, ettersom møte på poliklinikken vil være 2-4 uker etter selve inngrepet (Helsedirektoratet, 2018). Møtet mellom kvinnen og sykepleieren vil også være kortere og med mindre tid for samtale (Helsedirektoratet, 2018). Ettersom pasienten ligger på post 2-3 dager etter operasjonen vil sykepleierne ha lenger tid til å ta opp temaet. Utfordringer her vil være om pasienten er i stand til, eller åpen for, å prate om seksuell helse så tidlig i forløpet. Jeg har likevel endt opp med at sykepleierne møter pasientene de første dagene etter operasjon.

#### **1.4 Oppgavens formål og oppbygning**

Formålet med oppgaven er å få bedre forståelse rundt viktigheten av sykepleiernes veiledende- og undervisende funksjon i henhold til tema. Jeg ønsker å se nærmere på hva som kreves av en sykepleier i henhold til pasients seksuelle helse. Videre vil jeg se på hvordan sykepleierne kan ta i bruk kommunikasjonsverktøyet PLISSIT-modellen i møte med pasientene.

Oppgavens oppbygning er basert på fremstilling av relevant teori, bruk av metode, resultat av forskning, drøfting og en avslutning. Teorien vil ta for seg relevant fagkunnskap som senere blir omtalt i drøftekapitlet. I teorikapitlet legger jeg frem begreper som brystkreft, mastektomi, seksuell helse og sammenhengen mellom disse. Jeg trekker også frem relevant lovverk, etikk, kommunikasjonsverktøy og sykepleiernes funksjons- og ansvarsområder. I metodekapitlet viser jeg til hvilken metode som er brukt og beskriver hva det innebærer. Jeg omtaler også hvordan jeg basert på inklusjons- og eksklusjonskriteriene har funnet frem til relevante forskningsartikler, og viser til hvordan disse artiklene ble funnet. Kildekritikk er også en sentral del av metodekapitlet. Videre fremstiller jeg funnene fra forskningsartiklene i en artikkelmatrise. I den siste og største delen, som er drøftekapitlet, diskuterer jeg problemstillingen basert på den teorien og forskningen jeg tidligere har lagt frem.

## **2 Teoretisk og empirisk kunnskapsgrunnlag**

### **2.1 Medisinsk kunnskapsgrunnlag**

#### **2.1.1 Brystkreft**

Brystkreft, også kalt cancer mammae, er kreft i brystene eller nærmere bestemt brystkjertelens melkeganger eller melkekjertler (Schlichting, 2016). Det er ingen tydelig årsak til hvorfor noen rammes av brystkreft, men gener, forhold i fosterlivet og miljømessige faktorer kan spille en stor rolle (Schlichting, 2016). I henhold til dette er hevdet at 5-10% av brystkrefttilfellene skyldes en medfødt genetisk mutasjon på brystkreftgenene BRCA1 og BRCA2 (Schlichting, 2016). Det er også ulike risikofaktorer som kan medvirke til økt sannsynlighet for å bli rammet av brystkreft. Noen av disse medvirkende faktorene er blant annet høy alder, tidlig menarke, sen menopause, overvekt og sen eller ingen graviditet (Schlichting, 2016). Brystkreft er sjeldent merkbart før det gir en kjennbar kul i brystet, og disse nyoppdagede kulene skal alltid utredes med trippeldiagnostikk (Schlichting, 2016). En trippeldiagnostikk innebærer en klinisk undersøkelse av brystet, bildediagnostikk og nålebiopsi (Schlichting, 2016). Det er vist en dobling av antall brystkrefttilfeller de siste 50 årene, hvor hver tiende til ellefte kvinne blir rammet av brystkreft (Thune, 2017). Likevel har sannsynligheten for overlevelse økt med 25 % siden årene 1970-1974 (Thune, 2017). Økningen av antall brystkrefttilfeller har særlig økt de siste ti årene, og en mulig årsak til dette kan forklares ved endringer i kvinners livsstil (Schlichting, 2016). Disse endringene er særlig økt bruk av alkohol, reproduktive forhold og vektøkning (Schlichting, 2016).

#### **2.1.2 Mastektomi**

Det finnes ulike behandlingsmetoder av brystkreft, men den primære og viktigste behandlingen er kirurgi (Schlichting, 2016). Ved kirurgi kan det utføres både brystbevarende kirurgi eller fjerning av hele brystet, som kalles mastektomi (Schlichting, 2016). Mastektomi utføres i 30% av brystkrefttilfellene, og utføres hvis tumoren er større enn 4 cm eller dersom det er flere tumorer med stor avstand i brystet (Schlichting, 2016). Det finnes også tilfeller der kvinnen selv ønsker å fjerne hele brystet for å unngå strålebehandling, eller for å minske angsten for tilbakefall (Schlichting, 2016).

## 2.2 Sykepleiernes kunnskapsgrunnlag

### 2.2.1 Seksuell helse

Både Borg (2017), Almås og Benestad (2017) og Helland (2015) viser til at det fortsatt er mange ulike meninger om hva begrepet seksuell helse innebærer. De legger frem at begrepet er langt fra ensbetydende og en optimal internasjonal definisjon har enda ikke kommet på plass. Det har derfor vært utfordrende å finne en klar definisjon, men jeg har valgt å forholde meg til World Health Organization sin nyeste definisjon. Denne organisasjonen er en ledende autoritet i det internasjonale helsearbeidet, så definisjonen for seksuell helse er gjort på bakgrunn av dette (FN-sambandet, u.å). Det skal poengteres at dette begrepet ikke er blitt oppdatert siden 2006, men virker likevel å være en ledende definisjon. Definisjonen er oversatt til følgende:

Seksuell helse er en tilstand av fysisk, emosjonelt, mentalt og sosialt velvære relatert til seksualitet, ikke bare relatert til fravær og sykdom, dysfunksjon eller funksjonssvikt. Seksuell helse forutsetter en positiv og respektfull tilnærming til seksualitet og seksuelle relasjoner, så vel som muligheten til å ha positive og trygge seksuelle opplevelser, uten tvang, diskriminering eller vold. For å oppnå og opprettholde seksuell helse kreves det at seksuelle rettigheter for alle mennesker må bli respektert, beskyttet og oppfylt. (World Health Organization, 2006, s. 5).

Seksuell helse omfatter altså mer enn bare samleie (Ekdahl, 2017). Det er et samspill mellom biologiske, psykologiske og sosiale elementer som tilsier at definisjonen har en biopsykososial tilnærming (Helland, 2015). Seksuell helse anses som en del av menneskets grunnleggende rettigheter (Helland, 2015), og det er tydelig at nedsatt seksuell helse er assosiert med nedsatt allmenntilstand og livskvalitet (Ekdahl, 2017). Disse aspektene kan altså påvirke hverandre negativt og positivt, og en god seksuell helse kan være en ressurs for livskvaliteten (Ekdahl, 2017). Likevel er det slik at seksuelle utfordringer kan være en trussel for både samlivsrelasjoner og andre psykiske lidelser (Helland, 2015). Den seksuelle helsen er altså sterkt tilknyttet den generelle helsetilstanden hvor begge kan påvirke hverandre positivt, men også negativt (Helland, 2015).

Kompleksiteten rundt seksualitet gjenspeiles i tenkningen om seksuell helse, og jeg har derfor inkludert begrepet seksualitet da disse er sterkt knyttet (Helland, 2015). Seksualitet er noe et hvert menneske bærer med seg gjennom hele livet og er en sentral del av menneskets



identitet, selvbilde og livskvalitet (Borg, 2017). Seksualiteten påvirkes, på lik linje med andre grunnleggende behov, av sykdom og behandling (Gamnes, 2016).

### **2.2.2 Opplevelsen av å miste et bryst**

For de fleste kvinner har brystene en betydning for deres seksuelle helse (Gamnes, 2016). For mange oppstår det komplikasjoner knyttet til brystfjerning, både psykiske og fysiske ettervirkninger (Sørensen et al., 2016). Eksempler på dette kan være nedsatt konsentrasjon, kronisk tretthet, vektoppgang, lymfødem, fantomsmerter, angst, depresjon, og endret selvbilde (Sørensen et al., 2016).

Det å få en kreftdiagnose i seg selv kan være et psykisk traume (Sørensen et al., 2016). Mange av dem som rammes av en brystkreftdiagnose kan både oppleve redsel og usikkerhet rundt metastaser og død, samt problematikken rundt utseende og femininitet (Sørensen et al., 2016). Å miste et bryst kan for mange få negative innvirkninger på følelseslivet og medføre at de ikke lenger føler seg som fullverdige kvinner (Sørensen et al., 2016). Krenket femininitet, endret selvbilde, sårbarhet, engstelse og forandret kroppslige plager, er ettervirkninger mange opplever (Sørensen et al., 2016). Ved gjennomført mastektomi, så vil brystet bli erstattet av ett arr som kan virke svært skjemmende for mange (Sørensen et al., 2016). Fjerningen av et bryst kan derfor virke inn på selvbilde for mange, men hvordan pasienten opplever disse endringene er individuelt fra person til person (Schjølberg, 2017). Blant annet kan kulturelle og religiøse aspekter ha stor betydning for kvinnens opplevelse av å miste et bryst (Hanssen, 2016). Det er også hevdet at mastektomi er det som har størst innvirkning på forandret kroppsbilde, da dette er en såpass synlig og dramatisk forandring (Schjølberg, 2017). Det er kjent at flere kvinner opplever nedsatt seksuell lyst ved gjennomført mastektomi (Bredal, 2017), og følelser av endret selvbilde eller krenkelse av ens femininitet kan for mange ha en direkte innflytelse på seksuell funksjon (Borg, 2017).

### **2.2.3 Sykepleiernes funksjons- og ansvarsområder.**

Det er syv grunnleggende funksjons- og ansvarsområder som skal prege måten sykepleieren utøver helsehjelp på (Nortvedt og Grønseth, 2016). Et av disse punktene er forebygging og helsefremming, nærmere bestemt sekundærforebygging (Kristoffersen et al., 2016). Dette innebærer at sykepleier skal identifisere tegn på potensiell helsesvikt og videre iverksette tiltak for å forebygge dette (Nortvedt og Grønseth, 2016). Målene ved helsefremming og

forebygging er helse, velvære og livskvalitet (Kristoffersen et al., 2016). Tiltakene sykepleier iverksetter er rettet mot den enkelte pasient og omgivelsene rundt (Kristoffersen et al., 2016).

#### **2.2.4 Profesjonell kommunikasjon**

Profesjonell kommunikasjon kan være helsefremmende dersom man behersker dette (Eide & Eide, 2017). Dette er den kommunikasjonen som fremmer sykepleiernes verdigrunnlag, hvor målet er å fremme helse og forebygge sykdom (Eide & Eide, 2017). Eide og Eide (2017) har formulert ti punkter som beskriver profesjonell personorientert kommunikasjon:

1. Å lytte aktivt
2. Å observere og fortolke verbale og nonverbale signaler
3. Å forstå hva de andre opplever som viktig
4. Å anerkjenne den andres helseprosjekt
5. Å stimulere den andres selvbestemmelse og ressurser
6. Å formidle informasjon på en klar og forståelig måte
7. Å strukturere en samtale eller samhandlingssituasjon
8. Å skape alternative perspektiver og åpne for nye handlingsvalg
9. Å forholde seg åpent til vanskelige følelser og eksistensielle spørsmål
10. Å medvirke til gode beslutninger og løsninger- samvalg. (Eide & Eide, 2017, s. 33).

Som sykepleier vil man møte pasienter i ulike livssituasjoner med ulike behov. Derfor er det ingen fasit for hvordan man skal opptre, men det er en rekke forhold og ferdigheter som bør tas med inn i møte med pasienten (Eide & Eide, 2017). Å være tilstede og lytte aktivt er viktige forutsetninger i kommunikasjon mellom pasient og sykepleier (Eide & Eide, 2017). Det er viktig å innhente informasjon som gjenspeiler hvordan pasienten selv opplever situasjonen, og av den grunn må sykepleieren snakke med pasienten og høre deres perspektiv (Heyn, 2015). Tid og rom er også en sentral rolle i kommunikasjonen mellom pasient og sykepleier (Heyn, 2015). De ti punktene som er nevnt kan ha betydning for hvorvidt kommunikasjonen fungerer og oppleves som hjelpende og støttende for pasienten (Eide & Eide, 2017).

#### **2.2.5 PLISSIT-modellen**

PLISSIT-modellen ble utviklet av psykologen Jack Annon (Almås & Benestad, 2017). Dette er en modell som sykepleiere kan forholde seg til ved behandling av seksuelle utfordringer (Almås & Benestad, 2017). Modellen brukes ofte forebyggende for å unngå at et

helseproblem eller senskade skal oppstå (Gamnes, 2016). PLISSIT-modellen består av de fire nivåene: permission, limited information, specific information og intensive therapy (Almås & Benestad, 2017). Modellen er fremstilt i en trekant der hensikten ved de tre første nivåene primært vil være å gi hjelp til selvhjelp (Helland, 2015). Helsehjelpen vil bli mer kompleks på de øverste nivåene, noe som tilsier at en sykepleier burde ha mer erfaring for å kunne yte optimal helsehjelp (Gamnes, 2016). Sykepleierne skal likevel kunne behandle trygt innenfor de to nederste nivåene (Almås & Benestad, 2017). Modellen er presentert slik at det første nivået er bredest, noe som tilsier at de aller fleste vil ha utbytte av dette nivået (Helland, 2015). Modellen er videre oppover tilpasset alvorlighetsgraden av den seksuelle problemstillingen, som reflekteres i at trekanten blir smalere og smalere (Helland, 2015).

#### P- Permission (tillatelse)

Det første nivået i modellen tar for seg tillatelse. Dette nivået dreier seg om å gi pasienten tillatelse til å kunne prate om sin seksuelle helse og eventuelle seksuelle plager (Almås & Benestad, 2017). Det er pasienten som gir tillatelse til å snakke om seksualitet, men ikke alle ønsker å prate om temaet (Borg, 2017). Som sykepleier skal man ovenfor pasienten bekrefte at seksuelle bekymringer er et tema som helsepersonell er villig til å ha en dialog rundt (Helland, 2015). Dette er med på å gjøre det mulig for pasienten å kunne sette ord på tanker og bekymringer rundt sin seksualitet (Borg, 2017). Pasientens utgangspunkt vil alltid være fokuset for veiledningen (Borg, 2017).

#### LI- Limited information (begrenset informasjon)

Dette omfatter at helsepersonell skal kunne gi begrenset informasjon om seksuell helse (Almås & Benestad, 2017). Dette gjelder ofte å gi opplysninger om hva som er vanlig, og hva som er uvanlig når det kommer til seksualitet (Almås & Benestad, 2017). Dette kan bidra til å unngå misforståelser og fantasier pasienten kan ha rundt behandlingen av sykdommen (Borg 2017). Pasienten skal kunne få denne informasjonen uten å selv behøve å ta initiativ (Borg 2017). Det kan for eksempel være relevant å legge frem hvordan en mastektomi kan påvirke den seksuelle helsen.

#### SS-Specific suggestion (spesifikke forslag)

Helsepersonell skal kunne gi pasienten spesifikke og konkrete råd når pasienten legger frem utfordringer rundt sin seksuelle helse (Almås & Benestad, 2017). Dette skal bidra til at pasienten skal kunne mestre ulike situasjoner knyttet til seksualiteten (Borg, 2017). Dette kan

gjelde en ny henvendelse til annen medisinsk behandling, som for eksempel råd om muligheten for videre rekonstruksjon av brystet.

#### IT- Intensive therapy (intensiv terapi)

Ved hjelp av de tre første nivåene vil sykepleieren kunne kartlegge om det er behov for spesialisert behandling, som medisinsk inngrep eller psykoterapi (Almås & Benestad, 2017). Selve behandlingen innenfor dette nivået vil være utenfor sykepleierens arbeidsoppgaver, men sykepleieren vil ha et ansvar om å henvise videre (Helland, 2015). Påfølgende fra eksemplet ovenfor kan dette være selve utførelsen av rekonstruksjonen av brystet.

### **2.3 Etikk og yrkesetikk**

De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere er svært relevant for denne oppgaven. Disse retningslinjene bygger på prinsippene i ICNs etiske regler, som sier noe om sykepleiernes profesjonsetikk (Norsk sykepleierforbund [NSF], 2011). Dette er en form for prinsippbasert etikk og minner også om plikтетikk (Sneltvedt, 2016). Grunnlaget for all sykepleie er respekten for den enkelte pasienten. Sykepleien skal være barmhjertig og det skal vises gjennom respekt og omsorg, som også skal være kunnskapsbasert (NSF, 2011). De yrkesetiske retningslinjene sier noe om sykepleiernes ansvar i henhold til profesjonen, pasienter, pårørende, medarbeidere, arbeidsstedet og samfunnet (NSF, 2011). Denne oppgaven kommer til å ta for seg punkt 1. Sykepleieren og profesjonen, og punkt 2. Sykepleieren og pasienten. Sykepleier har et personlig, etisk og faglig ansvar for egne handling, herunder holde seg oppdatert på forskning (NSF, 2011). Sykepleier skal også ivareta pasientens integritet, verdighet og behov for helhetlig omsorg (NSF, 2011).

Konsekvensetikk har fokus på mål og konsekvenser i valg om en handling er etisk akseptabel eller ikke (Sneltvedt, 2016). Gode konsekvenser rettferdiggjør en handling, og den handlingen som fører til mest mulig nytte kan anses som den etisk riktige handlingen (Sneltvedt, 2016).

### **2.4 Juridisk rammeverk**

I helsepersonelloven § 10 kommer det frem at sykepleierne skal gi informasjon til den som har krav på det ut fra pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 til 3-4 (Helsepersonelloven, 1999, § 10). Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 sier altså at pasienten har rett til å få

nødvendig informasjon i henhold til den helsehjelpen sykepleieren utøver (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2). Informasjonsplikten omfatter blant annet diagnoser, prognose, påkjenninger og andre konsekvenser som utfordringer angående seksuell helse (Molven, 2016). Dette innebærer også informasjon om mulige risikoer og bivirkninger ved behandlingen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-4). Det er slik at det ikke skal være nødvendig for pasienten å etterspørre denne informasjonen da denne skal bli meddelt uoppfordret (Molven, 2016). Helsepersonell skal altså meddele denne informasjonen uoppfordret i samsvar med loven (Molven, 2016).

Helsepersonelloven § 21 omhandler helsepersonellens taushetsplikt. Her kommer det frem at sykepleierne skal hindre at andre får tilgang til opplysninger eller informasjon om pasientens sykdomsforhold, eller annen personlig relevans (Helsepersonelloven, 1999, § 21). Mennesket skal altså ikke unnlate å oppsøke helsehjelp fordi de frykter at sensitiv informasjon skal bringes videre til andre (Molven, 2016).

## **3 Metode for oppgaven**

### **3.1 Anvendt metode**

Når man skal undersøke noe så er man nødt til å samle inn data. Dette kan gjøres på flere forskjellige måter, så derfor må man finne ut hvilken type informasjon man trenger for å undersøke denne problemstillingen. Hvordan man innhenter og hvilken type informasjon, baserer seg på valg av metode (Dalland, 2017). I min oppgave er litteraturstudie brukt som metode. Litteraturstudie er basert på å samle kunnskap fra skriftlige kilder, stille seg kritisk til den og til slutt samle det hele (Thidemann, 2015).

Litteraturen har jeg i all hovedsak samlet inn gjennom pensumbøker som jeg har hatt gjennom studiet. Jeg har likevel brukt noen bøker utenfor pensumlisten for å supplere der det er manglende kunnskap på mer spesifikke tema knyttet til oppgaven min. Det har også blitt tatt i bruk en del forskningsartikler som belyser problemstillingen, samt kreftforeningens nettsider som henviser til diverse statistiske analyser på brystkreft og senskader av dette.

### **3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier**

Jeg har på forhånd satt noen inklusjons- og eksklusjonskriterier for artiklene jeg har valgt. Dette har jeg gjort for å tydeliggjøre litteratursøket, avgrense mengden artikler og for å opprettholde en objektiv posisjon i litteratursøket (Thidemann, 2015). Grunnleggende krav til all data er først og fremst at det er relevant for problemstillingen (Dalland, 2017). Jeg har inkludert både kvantitativ og kvalitativ forskning i oppgaven min. Thidemann (2015) legger frem at dette kan være problematisk ettersom det er vanskelig å sammenligne resultatene på ulike metoder, da disse presenteres på ulike måter. Ulike tilnærminger kan likevel aksepteres på bacheloroppgaver, og det er ikke noen styrke å utelukke en artikkel fordi den er kvalitativ heller enn kvantitativ (Thidemann, 2015). Videre, så måler kvalitative og kvantitative forskningsdesign ulike aspekter av den aktuelle problemstillingen (Thidemann, 2015). Kvantitativ forskningsdesign er en statistisk analyse som forteller noe om antall og frekvens av et fenomen, mens et kvalitativt forskningsdesign forteller noe om subjektive holdninger, verdier og tanker hos deltagerne (Thidemann, 2015). På denne måten, så får man kartlagt fenomenet i bredden ved å se på to forskjellige aspekter rundt problemstillingen. Med dette grunnlaget, og det faktum at alle artiklene er svært relevante og oppfyller inklusjons- og eksklusjonskriteriene, så har jeg valgt å ta disse med.

Jeg har videre valgt å ekskludere artikler som er eldre enn 10 år. Dette har jeg gjort med hensikt for å basere oppgaven min på den nyeste forskningen. Jeg har ekskludert artikler som omhandler seksualitet i henhold til andre sykdommer enn brystkreft, men med et forbehold om at artiklene i hovedsak skal handle om mastektomi. Tre av artiklene omhandler likevel kreft generelt, men etter jeg leste artiklene valgte jeg å inkludere de i oppgaven. Grunnen til dette, er at brystkreftpasienter en del av utvalget i studiet sammen med andre kreftdiagnoser, og selve studiet oppfylte de andre inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Videre har jeg valgt å ekskludere alle artikler som ikke er fagfellevurdert for å kunne sikre kvalitet i forskningen. Alle artiklene inneholder også kvinner i den aldergruppen jeg har valgt. Noen av artiklene har med kvinner yngre enn 50 år, men medianen er innenfor det aldersspennet jeg har basert oppgaven min på.

Jeg har ønsket at forskningsartiklene er fra land som har flere fellestrekk og er mer lik Norge, og har derfor hatt et ønske om å basere oppgaven på forskning fra vestlige land. Jeg har i all hovedsak ønsket artikler fra Skandinavia med tanke på kulturforskjeller, normer, kvinners rettigheter og oppbygningen av helsevesenet. Dette har jeg gjort med et forbehold og derfor endt opp med fire artikler fra Sverige, en fra Australia, men også en fra Iran. Grunnen til at jeg har inkludert en artikkel fra Iran er fordi dette er den eneste artiklene som konkret omtaler PLISSIT-modellen knyttet til mastektomi og seksuell helse. PLISSIT-modellen er en sentral del av oppgaven min, og derfor vurderes det som svært tilfredsstillende å ha med en forskningsartikkel knyttet til dette. Australia ble vurdert som et land med flere fellestrekk med Norge når det kommer til kultur, normer, kvinners rettigheter og helsevesen. Dette var bakgrunnen for at denne artikkelen også oppfylte ønsket om store fellestrekk med Norge på områdene nevnt.

### **3.3 Søkehistorikk**

Jeg har utført fem systematiske søk, som fokuserer på fire ulike områder. Dette har jeg gjort bevisst for å få forskning fra ulike perspektiver og fokusområder som er relevant for problemstillingen. De søkeordene som i størst grad ble brukt ved alle søkene var «Sexuality» OR «Sexual health» AND «Breast neoplasms» OR «Mastectomy». De resterende søkeordene er basert på hva som virker hensiktsmessig av forskning, i henhold til perspektiver og fokusområder. De to første søkene har fokus på sykepleierens refleksjoner når det gjelder samtale om seksuell helse. Neste søk har fokus på hvordan pasientene opplever å få

informasjon om seksuelle helse fra sykepleiere. Det tredje søket går spesifikt ut på å finne en artikkel som omtaler PLISSIT-modellen, og det siste søket tar for seg pasientenes erfaringer med hvordan en mastektomi påvirker feminitet og selvbylde. Søkene er fremstilt i tabellen nedenfor:

Nr.	Data-baser	Søke-dato	Søkeord	Avgrensing	Antall treff	Lest abstrakt	Artikler inkludert
1.	Cinahl	08.01.19	(Sexuality OR Sexual health) AND (Nurses OR Nursing care OR Nurse-Patient relations) AND Discussion AND Patients	Publication dates: 10 years Peer Reviewed Research Article	3	1	1 <i>«Registered nurses reflections on discussing sexuality with patients: responsibilities, doubts and fears»</i>
2.	Cinahl	09.01.19	(Sexuality OR Sexual health) AND Nurses AND Attitude to sexuality	Publication dates: 10 years Peer Reviewed Research Article	12	3	1 <i>«Discussing sexuality with patients: Nurses' attitudes and beliefs»</i>
3.	Cinahl	09.01.19	(Sexuality OR Sexual health) AND (Breast neoplasms OR Mastectomy) AND Information needs AND Communication	Publication dates: 10 years Peer Reviewed Research Article	2	1	1 <i>«Information needs associated with changes to sexual well-being after breast cancer»</i>



4.	PubMed	14.01.19	Mastectomy AND PLISSIT	Publication dates: 10 years	2	1	1 <i>«Effects of sexual rehabilitation using the PLISSIT model on quality of sexual life and sexual functioning in post- mastectomy breast cancer survivors»</i>
5.	PubMed	17.01.19	Sexuality AND Mastectomy AND Body image AND Femininity	Publication dates: 10 years	4	1	1 <i>«From «No big deal» to «Losing oneself»»</i>

For å finne de emneordene jeg ønsket å bruke i søkene mine brukte jeg SveMed+. Dette gjorde jeg for å finne de søkeordene som best mulig beskriver innholdet jeg ønsker å finne, noe som gjør at jeg får bedre kontroll over søket mitt (Thidemann, 2015). I de tilfellene hvor søkene mine har resultert i flere artikler har jeg tatt utgangspunkt i de inklusjons- og eksklusjonskriteriene jeg på forhånd har satt. Det vil si at jeg har lest overskrift, og i noen tilfeller abstrakt, og videre utelukket de artiklene som ikke oppfyller inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Den ene artiklene som ikke er presentert i tabellen har jeg funnet gjennom kjedesøk. Artikkelen *«Patient`s sexuality- A neglected area og cancer nursing?»* fant jeg gjennom Saunamäki og Engström (2014) sin referanseliste. Videre søkte jeg opp artikkelens tittel i Cinahl og kvalitetssikret at denne var fagfelleverdert.

### 3.4 Kildekritikk

Dalland og Trygstad beskriver at kildekritikk handler om å vurdere kildens troverdighet, pålitelighet, faglighet og relevans for oppgaven (Dalland, 2017). Kildekritikk handler også om å få frem hvorfor en bestemt type litteratur er valgt og hvordan dette utvalget har blitt gjort. Jeg har så langt det lar seg gjøre ønsket å benytte primærkilde fremfor sekundærkilde. Dette

har jeg gjort for å unngå feiltolkninger fra forfatterens side slik at budskapet eller perspektivet kan ha endret seg. Det har vært utfordrende å finne primærkilden ved presentasjon av PLISSIT-modellen. Her har jeg derfor brukt sekundærkilde og har valgt å trekke inn flere kilder i forklaringen av PLISSIT, i all hovedsak pensumlitteratur.

Et annet område jeg har vært kritisk til er utgiver eller databaser. På bakgrunn av dette har jeg bare brukt reliable databaser som Cinahl og PubMed, men hvor Cinahl har blitt mest tatt i bruk ettersom dette er en database som har stort fokus på sykepleiefaget (Thidemann, 2015).

### **3.4.1 Refleksjoner rundt valgt litteratur.**

Alle artiklene jeg har brukt er skrevet på engelsk. Det kan trekkes som en svakhet i oppgaven ettersom det alltid vil være en risiko for feiltolkning i en oversettelse. Jeg har først og fremst oversatt dette selv, etter beste evne. I de tilfellene det har vært ord eller avsnitt jeg har vært usikker på, så har jeg bedt om hjelp fra kjente som har svært gode engelskkunnskaper. Det som også kan trekkes som en svakhet i oppgaven er at tre av artiklene omhandler sykepleiernes refleksjoner rundt det å diskutere seksuelle helse, uten spesifikt pasienter rammet av brystkreft. Forskningen er likevel basert på kvinner som er rammet av sykdom som kan påvirke seksualiteten. Som nevnt i avsnitt 3.2, så er også en av artiklene fra et ikke-vestlig land, nemlig Iran. Norge er likevel et flerkulturelt land, og som fremtidig sykepleier kommer jeg til å møte kvinner med ulik bakgrunn og kultur. Derfor kan disse resultatene være viktige for sykepleier å vite noe om i møte med andre kulturer. Til slutt er noen av forskningsartiklene basert på litt få respondenter. Dette kan også trekkes som en svakhet i oppgaven.

## 4 Presentasjon av forskningsresultater

Nr.	Forfatter, årstall, land	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1	Nina Saunamäki & Maria Engström. 2014, Sverige.	Registeres nurses` reflections on discussing sexuality with patients: responsibilities , doubts and fears	Journal of clinical nursing	Utforske sykepleiernes refleksjoner når det gjelder å diskutere seksualitet med pasientene.	Kvalitativ studie der 10 svenske sykepleiere ble intervjuet.	Det kom frem ulike faktorer som påvirket sykepleierne til å ikke prate med pasienten om seksuell helse. Årsakene var manglende rutiner, liten tid, ansvarsfraskrivelse og tabu.
2	Nina Saunamäki, Matilda Andersson og Maria Engström. 2010, Sverige	Discussing sexuality with patients: Nurses' attitudes and beliefs	Journal of clinical nursing	Undersøke sykepleiernes holdninger og meninger når det gjelder å diskutere seksualitet med pasientene.	En kvantitativ studie med et korrelasjonelt design. Fra 5 kirurgiske og 5 medisinske avdelinger fikk til sammen 88 sykepleiere utdelt et spørreskjema.	Sykepleierne tar seg ikke tid til å prate om seksuell helse med pasientene, selv om de er klar over at de har et ansvar til å gjøre det.  Kunnskap, erfaring og klarere retningslinjer var viktig for å lettere kunne prate med pasientene om seksuelle helse.
3	Jane M. Ussher, Janette Prez og Emiliee Gilbert.	Information needs associated with changes to sexual well-being after breast cancer	Journal of advanced nursing	Undersøke pasientenes behov for informasjon om seksualitet fra	Blandet metode. Primært kvantitativ metode med en kvalitativ komponent.	85% opplevde at brystkreft påvirket deres seksuelle velvære. 2/3 ønsket informasjon om hvordan brystkreft kunne påvirke seksualiteten. Det kom også frem i studien at mange

	2013, Australia			helsepersonell etter brystkreft.	1965 respondenter.	ønsket skriftlig informasjon fremfor muntlig.
4	Cecilia Olsson, Anne- Lena Berglund, Maria Larsson & Elsy Athlin.  2012, Sverige.	Patient`s sexuality- A neglected area og cancer nursing?	European Journal of Oncology Nursing	Beskrive sykepleiernes oppfatninger rundt samtale om seksualitet med kreftpasienter.	En kvalitativ studie, med en fenomenologisk tilnærming. Det gir muligheten til å undersøke og beskrive opplevelser, erfaringer og perspektiver. Det ble gjennomført private intervjuer med 10 sykepleiere.	Pasientene ønsker å prate om seksualitet, men mener dettet er lavt prioritert i helsevesenet.  Sykepleierne er klar over viktigheten av dette men på grunn av egne holdninger, kunnskaper, ferdigheter og tilpasning i arbeidsmiljøet så skjer ikke dette.
5	Ulrika Sallbjörk, Pär Salander og Birgit H. Rasmussen.  2012, Sverige.	From «No big deal» to «Losing oneself»	Cancer nursing	Hvordan en mastektomi har påvirket livet, og deres refleksjoner rundt brystrekonstru ksjon.	Kvalitativ studie hvor 15 svenske kvinner ble intervjuet 4,5 år etter gjennomført mastektomi.	Det er svært varierende hvordan kvinner opplever det å miste et bryst. Noen opplevde kun glede ved å bli kvitt den syke delen av kroppen, mens andre opplevde at de mistet sin femininitet.
6	Safieh Faghani og Fatemeh Ghaffari.	Effects og sexual rehabilitation using the PLISSIT	Asian Pacific Journal of Cancer Prevention	Undersøke effekten ved bruk av PLISSIT- modellen med	En kvasieksperimen telt studie. Sammenligning av to grupper	PLISSIT-modellen kan ha god effekt. Modellen gjorde det lettere for kvinnene å kunne prate om sin seksuelle helse og

	2016, Iran.	model on quality of sexual life and sexual functioning in post- mastectomy breast cancer survivors		fokus på kvinner med gjennomgått mastektomi	hvor 50 kvinner ble eksponert for PLISSIT modellen og 50 kvinner ble ikke.	eventuelle utfordringer rundt den. Det ble også vist til at sykepleierne kan bruke denne modellen for å kartlegge seksuell helse, på en bedre måte.
--	----------------	--	--	--	--	--

## **5 Drøfting: Hvordan kan sykepleier bidra til at kvinnen kan ivareta sin seksuelle helse etter gjennomgått mastektomi?**

Mange som jobber innen helsevesenet unngår å akseptere at utfordringer rundt seksualitet er et faktum (Borg, 2017). Likevel ser man at det er grunnleggende å akseptere disse utfordringene for å kunne hjelpe kvinnen med å ivareta sin seksuelle helse (Borg, 2017). I studien til Ussher, Perz og Gilbert (2013), kommer det frem at over 2/3 av deltagerne uttrykte at kommunikasjon med helsepersonell om seksuell helse var svært viktig. 2/3 uttrykte også at de ønsket informasjon om hvordan den seksuelle helsen kan bli påvirket av en mastektomi (Ussher et al., 2013). Mitt syn på dette er at det vil være grunnleggende at både pasient og sykepleier er åpen for samtale om seksuell helse for å kunne fremme seksuell helse etter gjennomgått mastektomi. Saunamäki, Andersson og Engström (2010), la frem at 40% av sykepleierne i deres studie mente at seksuelle utfordringer kunne diskuteres, dersom temaet ble tatt opp av pasienten selv. Dette strider imot det Borg (2017) legger frem ved at pasienten skal kunne få denne informasjonen uten å selv behøve å ta initiativ. Dette støttes også opp i pasient og brukerrettighetsloven § 3-2, hvor det står at kvinner har rett til å få nødvendig informasjon i henhold til den helsehjelpen som sykepleieren utøver (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2).

Selv om statistikken tilsier at mange har utfordringer med sin seksuelle helse etter gjennomgått mastektomi, så er det likevel svært individuelt hvordan kvinner reagerer på dette. Fallbjørk, Salander og Rasmussen (2012), la frem tre grupper i deres forskning som opplevde en mastektomi svært forskjellig. Den ene gruppen opplevde ingen særlige konsekvenser i deres seksuelle helse, og hadde ingen behov for brystrekonstruksjon. En annen gruppe følte de mistet seg selv og opplevde svært store utfordringer i henhold til deres seksualitet og velvære, mens den siste gruppen kun hadde noen lettere utfordringer. Det er altså veldig viktig å ta stilling til pasientens opplevelse, og ikke bare basere dette på hva man selv tenker er best for pasienten (Heyn, 2015). I henhold til dette, så er en av sykepleiernes viktigste ferdighet å utforske pasienter sin subjektive opplevelse av situasjonen, og samtidig ta et valg om videre tiltak ut ifra dette (Tveiten, 2016; Heyn, 2015). Når man har settet seg i pasientens perspektiv og utviklet en god relasjon, så er man i bedre stand til å gi tilpasset informasjon basert på kvinnens ønsker og behov (Eide & Eide, 2017). Det kan derfor være viktig at sykepleier vet at ikke alle kvinnene har et stort behov for å prate om seksualitet med dem.

Mange kvinner er åpne med sin partner om slike utfordringer (Sørensen et al., 2016). Dette kan gjøre situasjonen lettere for kvinnen og medføre at ikke alle har et like stort behov for å prate med en sykepleier om dette (Sørensen et al., 2016). Personlighetsmessige og mellommenneskelige faktorer er også medvirkende for hvordan kvinnen reagerer på å miste et bryst, men generelt er tapet et stort traume for mange (Sørensen et al., 2016).

Videre skal jeg drøfte årsakene for hvorfor seksuell helse ikke prates så mye om, og hvordan sykepleiere kan gjøre noe med dette. Jeg ønsker å legge frem faktorer som både kan hemme og fremme sykepleiernes rolle i henhold til tema.

## **5.1 Faktorer som kan skape utfordringer for sykepleieren i forhold til å bidra til at kvinnen kan ivareta sin seksuelle helse.**

### **5.1.1 Tidspress**

I forskningen til både Saunamäki og Engström (2014) og Olsson, Larsson og Athlin (2012), så kommer det frem at sykepleierne mener de har for lite tid til å prate med pasientene sine om seksuell helse. Ut ifra egne erfaringer fra praksis, så opplevde jeg ofte at sykepleierne jobbet under strengt tidspress. Denne mangelen på tid gjorde at sykepleierne ofte måtte gjøre prioriteringer som gikk på bekostning på visse deler av helsehjelpen. Samtidig, så kommer det også tydelig frem at sykepleierne, når dem er i hastverk, ikke ønsker å ta opp et slikt tema med sine pasienter (Saunamäki & Engström, 2014). Fra en annen synsvinkel, kan det likevel diskuteres om dette med tidspress er en unnskyldning fra sykepleiernes side (Olsson et al., 2012). Tilstrekkelig med tid er likevel en forutsetning som bør være tilstede når seksuell helse skal diskuteres med pasientene (Helland, 2015).

I henhold til konsekvensetikken, så må sykepleierne vurdere konsekvensene ut ifra hvilken nytte det gir (Sneltvedt, 2016). På den ene siden, så kan det å innlede en samtale om seksualitet i hastverk, som er et så sårt og personlig tema, gjøre at pasienten får en dårlig opplevelse av samtalen. På den andre siden, så kan det å uttrykke at man ikke er åpen for å prate om seksuell helse være vondt for pasienten. Av den grunn, så må sykepleierne derfor vurdere hvilken handling som fører til mest nytte, altså hvilken handling som er den etisk riktige handlingen (Sneltvedt, 2016). Likevel må sykepleierne forholde seg til lovverket. Lovverket tilsier at sykepleierne har informasjonsplikt ovenfor sine pasienter, noe som er

nedtegnet i Helsepersonelloven § 10 (Helsepersonelloven, 1999). Det samme kommer frem i Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 (1999). Disse to lovene kan tolkes slik at sykepleieren ikke kan velge bort å informere på grunn av tidspress på jobben. Likevel kan det se ut til at sykepleierne kan bestemme utfra eget skjønn hvor mye informasjon som skal bli gitt (Molven, 2016). Det er ikke slik at sykepleierne har fullt ansvar for å gi all informasjon (Haugsett, 2018), ettersom legene har hovedansvaret for informasjonsformidlingen av medisinsk behandling og prognose, men sykepleierne har et ansvar for å sikre at den nødvendige informasjonen er gitt (Haugsett, 2018). Dette kan gjøre det vanskelig for sykepleierne å vite hvilken informasjon som er deres ansvar å formidle, og hva som er legenes ansvar.

Ut ifra det som er lagt frem, så kan man se at bedre tid er sentralt for at sykepleierne skal bidra til at kvinnen kan ivareta sin seksuelle helse etter gjennomgått mastektomi. Likevel så er det vanskelig å vite om det er tiden i seg selv som er utfordringen, eller om det må gjøres andre prioriteringer for at tidsdisponeringen i større grad skal være tilfredsstillende.

### **5.1.2 Romløsninger**

Saunamäki og Engström (2014) legger frem at sykepleierne opplever ugunstige arbeidsmiljø, som påvirker muligheten for å prate med pasientene om seksualitet. De trekker frem romløsninger i form av to- og firemannsrom som gjør det vanskelig å ha en privat samtale. Dette støttes også opp av egne erfaringer fra praksis, hvor mange pasienter blir plassert i både to- og firemannsrom. Dette omtales også i forskningen til Olsson et al. (2012), der de påpeker hvordan arbeidsmiljøet påvirker muligheten sykepleierne har for å diskutere seksualitet. Det kommer frem at det er mangel på rom der sykepleierne kan prate med pasientene sine, uten å bli forstyrret. På den andre siden, så kommer det ikke tydelig frem hvorfor de ikke ønsker å prate med pasientene i åpent rom der det er fare for at andre kan høre. Det kan tenkes at lovverket og etikken er medvirkende faktorer. Helsepersonelloven sier noe om taushetsplikt, som sykepleiere må forholde seg til. Samtale i flermannsrom kan føre til konflikter med loven om taushetsplikt som er beskrevet i § 21 i helsepersonelloven (Helsepersonelloven, 1999, § 21). Å ha samtale i et lite rom med forstyrrende faktorer kan påvirke oppmerksomheten til pasienten og dermed forstyrre muligheten for læring (Tveiten, 2016). En viktig faktor som må være på plass for å få en best mulig samtale mellom pasient og sykepleier er nemlig konteksten (Helland, 2015).



### **5.1.3 Skriftlige rutiner**

Saunamäki og Engström (2014) legger frem at sykepleierne ønsker en mer tilpasset arbeidsplass i henhold til skriftlige rutiner og retningslinjer. De ønsker at enhver pasient skal bli spurt om sin seksuelle helse, som skal være en del av avdelingens rutiner. Sykepleierne oppgir, at dersom seksuell helse hadde vært et punkt i den elektroniske pasientjournalen [EPJ], så hadde det vært lettere å rutinemessig spørre pasienten om deres seksuelle helse (Saunamäki og Engström, 2014). DIPS som brukes på flesteparten av norske sykehus i dag, har et eget punkt under sykepleiedokumentasjon som heter seksualitet og reproduksjon. Etter egne erfaringer fra praksis og arbeidslivet, så opplever jeg at dette punktet sjeldent brukes. I de fleste tilfeller skrives det «uten anmerkning», uten at sykepleierne i det hele tatt har spurt dem. Sykepleierne beskriver likevel at det hadde hjulpet med et eget punkt for seksualitet i EPJ, ettersom de da hadde hatt en standard prosedyre å følge fremfor å selv ta initiativ til å spørre pasientene (Saunamäki og Engström, 2014). Dersom det hadde vært rutine på arbeidsplassen hadde sykepleierne allerede kommet inn på PLISSIT-modellens første trinn, nemlig tillatelse. Det å få eller gi tillatelse til å prate om seksuell helse, er en forutsetning for videre samtale og derfor er dette punktet i PLISSIT-modellen svært viktig (Borg, 2017).

### **5.1.4 Pasientens informasjonsbehov**

Som tidligere nevnt i innledningen til drøftingen, så må sykepleierne tilpasse informasjonen ut ifra pasientens forutsetninger og behov. Det er ikke bare individuelle forskjeller for hvordan pasientene opplever en mastektomi, men det er også individuelle forskjeller rundt ønske om hvordan informasjonen om seksuell helse skal mottas (Fallbjörk et al., 2012). Det kommer frem i flere av forskningsartiklene at kvinnene setter pris på å kunne prate med sykepleiere om seksuelle utfordringer, men likevel er det ikke slik at alle ønsker å motta informasjonen muntlig (Ussher et al., 2013). Ussher et al. (2013) la frem at flesteparten av kvinnene i deres studie ønsker informasjon skriftlig, enten gjennom brosjyrer eller nettsider. Kun 2% av kvinnene ønsket informasjon fra helsepersonell ved en til en samtale (Ussher et al., 2013). Årsaken til dette kan begrunnes ved at muligheten for informasjon på internett har økt betraktelig de siste årene (Ussher et al., 2013). Informasjonen er også mer tilgjengelig på internett, og pasienten unngår «pinlige» samtaler med sykepleierne (Ussher et al., 2013). Dersom dette er tilfellet så burde sykepleierne informere pasienten om disse nettsidene eller brosjyrene (Bredal, 2017). I motsetning til dette, så viser nyere forskning til en positiv effekt ved bruk av PLISSIT-modellen, noe som gjøres gjennom muntlig kommunikasjon (Faghani

og Ghaffari, 2016). På grunnlag av dette kan det se ut til at det ikke er noe fasitsvar på hvordan sykepleierne skal utlevere informasjon om seksuell helse. Det virker å være individuelle forskjeller hos pasientene for hvordan og hvor mye informasjon de ønsker å motta. Det er derfor viktig at sykepleierne er åpne og nysgjerrige, da dette kan bidra til å kartlegge hva pasienten selv ønsker (Borg, 2017).

## **5.2 Sykepleiernes forpliktelser i forhold til å bidra til at kvinnen kan ivareta sin seksuelle helse.**

### **5.2.1 Ansvarsfraskrivelse**

I studien til Saunamäki og Engström (2014), så kommer det tydelig frem en ansvarsfraskrivelse hos sykepleierne i forhold til samtale om seksualitet med pasientene. Sykepleierne overførte ansvaret til leger eller spesialsykepleiere, og begrunnet dette med at de har bedre tid og mer kunnskap enn dem selv (Saunamäki og Engström, 2014). Det som ikke blir nevnt, er om legene eller spesialsykepleiere er klar over dette. Muligvis, så kan det være slik at sykepleierne fraskriver seg ansvaret, og det samme gjør andre profesjoner. Utfallet av dette kan være at ingen påtar seg ansvaret, dermed blir temaet aldri tatt opp ovenfor pasienten. Ut ifra litteraturen og forskningen lest, så virker det ikke å være et klart svar på hvem som faktisk har dette ansvaret.

Det kommer frem i forskningen til Ussher et al. (2013), at sykepleierne var den profesjonen pasientene var mest fornøyd med når det kom til å diskutere egen seksuell helse. Både helsepersonelloven og de yrkesetiske retningslinjene, sier noe om dette ansvaret. Helsepersonelloven § 10 sier noe om at sykepleiere har informasjonsplikt ovenfor pasientene, og har derfor et ansvar for å informere om de seksuelle utfordringene som kan oppstå (Helsepersonelloven, 1999, § 10). Sykepleierne skal også ivareta kvinnens behov for helhetlig omsorg, ettersom dette er nedtegnet i de yrkesetiske retningslinjene punkt 2.3 (NSF, 2011). I tillegg har sykepleierne noen funksjons- og ansvarsområder som innebærer forebygging og helsefremming (Kristoffersen et al., 2016). Dette innebærer at sykepleiere skal forebygge at et helseproblem skal oppstå, som i dette tilfellet omhandler seksuell helse (Kristoffersen et al., 2016). Det kan tolkes slik at sykepleiernes profesjon innebærer å påta seg ansvaret for å forebygge problemet rundt den seksuelle helsen til kvinnen. Olsson et al. (2012) viser også at sykepleierne uttrykker at de selv mener det er en del av deres profesjon å kartlegge, samt å

håndtere eventuelle seksuelle utfordringer. Dette stemmer likevel ikke overens med det som senere kommer frem i forskningen til både Saunamäki et al. (2010) og Olsen et al. (2012), hvor sykepleierne oppgir at de likevel overfører det ansvaret til andre profesjoner, selv når de mener det er en del av deres ansvarsområde.

Videre vil jeg trekke frem det jeg nevnte i kapittel 5.1.1 angående informasjonsplikt. Legene har nemlig hovedansvar for å gi informasjon om den medisinske behandlingen, og det kan derfor tenkes at det er legenes ansvar å prate med pasientene om temaet (Haugslett, 2018). Med tanke på dette, så kan det være vanskelig for sykepleierne å avgjøre dersom dette er en del av deres profesjon, eller legen sitt ansvar. I helseinstitusjoner er det likevel slik at arbeidsgiver har ansvar for å sikre informasjonsrutiner på arbeidsplassen, og det er opp til den enkelte arbeidsplass å utarbeide rutiner for dette (Den norske legeförening, u.å). Dersom sykepleiere opplever at seksuell helse faller litt mellom to stoler for hvem som har ansvaret, så burde dette eventuelt tas opp med arbeidsgiver.

### **5.2.2 Kommunikasjon mellom sykepleier og pasient**

Kommunikasjon er sykepleiernes viktigste arbeidsredskap (Borg, 2017). Som sykepleier må man være særlig flink til å kommunisere, ettersom de vil møte pasienter i sårbare situasjoner (Heyn, 2015). PLISSIT-modellen har blitt trukket frem i teoridelen som en sentral modell i samtale om seksuell helse mellom sykepleier og pasient. Faghani og Ghaffari (2016) har skrevet en artikkel som belyser bruken av modellen. Konkludert sett, så ble det vist til god effekt ved bruk av modellen og en forbedring av den seksuelle helsen. Det var en signifikant forskjell mellom dem som ble eksponert for PLISSIT-modellen og dem som ikke ble. PLISSIT-modellen ga dem muligheten til å prate om seksualitet etter gjennomgått mastektomi, selv om det er et tema som kan være preget av skam (Faghani og Ghaffari, 2016). Helland (2015) trekker likevel frem andre viktige faktorer som må være tilstede når det gjelder å kommunisere om seksualitet. Ordbruk, kroppsspråk, tillit og åpenhet, er alle sentrale faktorer når det kommer til dette (Helland, 2015). I forhold til ordbruk, så må samtalen basere seg på et bevisst bruk av alminnelig kjente ord slik at pasienten forstår budskapet (Helland, 2015). Samtalen må også bygges på gjensidig tillit og respekt for kvinnens livssituasjon, kultur, følelser og grenser (Helland, 2015). Det fremheves også viktigheten av tilstrekkelig med tid og gode romplanløsninger i samtale mellom sykepleier og pasient, når det kommer til

seksuell helse (Helland, 2015). Etter mitt syn må derfor andre kommunikasjonsferdigheter være tilstede for å kunne ta i bruk PLISSIT-modellen, på best mulig måte.

Religion og kultur er også noe som kan ha stor påvirkning på vedkommens opplevelse av sykdommen (Hanssen, 2016). Som fremtidig sykepleier, så vil det oppstå situasjoner der jeg kommer til å møte pasienter med ulik kulturell bakgrunn (Hanssen, 2016). Det er ikke forventet at sykepleiere kjenner til alle aspekter ved alle kulturer og religioner, men det er likevel viktig at sykepleiere prøver å gjøre seg kjent med pasientens behov ut ifra den sosiokulturelle sammenhengen vedkommende befinner seg i (Hanssen, 2016). Med andre ord, så vil det være sentralt å sette seg inn i hva den andre parten opplever som viktig, og handle ut ifra dette (Eide og Eide, 2017).

### **5.2.3 Sykepleiernes kunnskap**

Sykepleierne i studien til Saunamäki og Engström (2014), legger frem at seksualitet er et ømfintlig tema. Det kommer også frem i samme studie at hele 90% av sykepleierne forstod hvordan en mastektomi kan påvirke seksualiteten. Dette er oppsiktsvekkende med tanke på at dette temaet ikke blir tatt opp med pasientene, selv når de fleste vet hvordan dette kan påvirke kvinnen. Tilstrekkelig kunnskap om kvinnes fysiske og psykiske utfordringer blant sykepleiere, er helt nødvendig i samtale om seksualitet (Borg, 2017). Videre kan man se en signifikant forskjell mellom sykepleiere, med og uten videreutdanning, samt antall år med erfaring (Saunamäki og Engström, 2014). Slik som jeg ser på dette, så har kunnskapsnivået en påvirkningskraft ettersom både videreutdanning og erfaring gir økt kunnskap. Dette kan støttes opp i forskningen til Saunamäki og Engström (2014), hvor sykepleierne overførte ansvaret til leger eller spesialsykepleiere. Dette var begrunnet ved at sykepleierne følte at spesialsykepleierne og legene hadde mer kunnskap på dette området. Ifølge de yrkesetiske retningslinjene, så har sykepleierne likevel en plikt om å holde seg oppdatert på forskningen innenfor eget fagområde, og deretter anvende dette i praksis (NSF, 2011). Sykepleierne har derfor et individuelt ansvar til å tilegne seg kunnskap om seksuell helse i henhold til mastektomi. Det er uklart hvorfor sykepleierne likevel ikke setter seg inn i temaet, selv når de er pliktige til det. Det vi vet, er at mange sykepleiere stiller alt for høye krav til egen kunnskap og profesjonalitet, og med dette unngår å prate med pasienten om seksuell helse (Borg, 2017). Likevel er det ikke en forutsetning med enormt mye kunnskap rundt teamet seksuell helse for å tilstrekkelig gjøre effektive og enkle tiltak. Dette kan, for eksempel, gjøres ved å hjelpe

pasienten med å sette ord på egne bekymringer. I henhold til dette, så har man allerede tatt i bruk det første punktet i PLISSIT-modellen (Helland, 2015). Sykepleierne kan videre ha muligheten til å rydde opp i eventuelle misforståelser som pasienten muligens kan ha i forhold til behandlingen av brystkreft (Borg, 2017). Sykepleierne har da beveget seg videre i PLISSIT-modellen sitt andre trinn som omhandler å gi begrenset informasjon (Borg, 2017). Vanligvis er det svært lite som skal til for å gjøre en stor forskjell for pasientene (Borg, 2017). Mine tanker rundt dette er at sykepleierne på lang vei kan bidra til å ivareta kvinnens seksuelle helse ved gi tillatelse til å prate om temaet. Selv om det ikke virker å trenge enormt mye kunnskap om temaet, så har Saunamäki et al. (2010) likevel lagt frem at det er ønskelig at sykepleierne lærer mer om seksuell helse og samtaleferdigheter som en del av grunnutdanningen. Alternativt, selv om det kommer frem at man ikke trenger så mye kunnskap på området for å gjøre tiltak, så kan det å integrere temaet i grunnutdanningen bidra til å øke selvtilliten hos sykepleierne dersom dem skulle havne i en slik situasjon. Da er det kanskje tydeligere for dem at det er mulig å gjøre enkle tiltak, selv uten å kunne enormt mye om emnet.

Endret kroppsbilde opptrer ofte i forbindelse med brystfjerning (Schjølberg, 2017). Sykepleiere må derfor ha evnen til å kunne se endret kroppsbilde som en del av vedkommende sin opplevelse av velvære (Schjølberg, 2017). Borg (2017) legger da frem PLISSIT-modellens tredje punkt, som er konkrete forslag. Sykepleier kan blant annet gi råd om ulike hjelpemidler, som protese i Bh-en og den praktiske håndteringen rundt dette (Bredal, 2017). Målet vil da være å gjøre pasienten i bedre stand til å håndtere endringene de går gjennom (Borg, 2017). Sykepleierne har også muligheten til å tilpasse samtalen ut ifra deres fagkompetanse, og likevel bidra til forebygging i stor grad (Gamnes, 2016). Det er ikke forventet at sykepleierne skal kunne alt om seksuelle helse for å kunne ta i bruk PLISSIT-modellen (Gamnes, 2016). Det eksisterer et fjerde nivå i PLISSIT-modellen, som er intensiv terapi. Hensikten med det punktet er at sykepleierne skal kunne henvise kvinnen til mer spesialisert behandling dersom det anses som nødvendig (Helland, 2015).

#### **5.2.4 Sykepleiernes holdninger**

Gjengående i flere av artiklene, så kommer man stadig tilbake til dette med at seksuell helse er et tabulagt tema som mange tenker er unødvendig eller er ukomfortabelt å prate om. Dette kommer frem fra både pasientens og sykepleiernes side. Sykepleierne beskriver at det er

ubehagelig å ta opp temaet med pasientene, i frykt for å invadere deres privatliv (Saunamäki og Engström, 2014). Ifølge studien til Saunamäki og Engström (2014), så opplyste hele 2/3 av sykepleierne at de syntes det er ukomfortable å prate med pasientene om seksuell helse. Dette støttes også opp i studiet til Ussher et al. (2013), som legger frem at 1/10 av pasientene opplevde at helsepersonellet virket ukomfortable eller uinteresserte når det kom til deres seksuelle helse. Pasientene fikk inntrykk av at helsepersonell ikke ønsket, eller ikke tok initiativ til, å prate om deres seksuelle helse i etterkant av utført mastektomi (Ussher et al., 2013). Dette vil stå i kontrast til hvordan Borg (2017) legger frem PLISSIT-modellens første trinn. I henhold til første trinn, så skal ikke sykepleierne kun få tillatelse fra pasientene for å ta opp temaet, men de skal også tilrettelegge og gi pasientene tillatelse for å selv kunne uttrykke deres bekymringer rundt seksualitet (Borg, 2017). Saunamäki et al. (2010) la frem at 40% av sykepleierne i studiet mente seksuelle utfordringer kunne diskuteres, men kun dersom temaet ble tatt opp av pasienten selv. Dette strider også imot det Borg (2017) legger frem ved at pasienten skal kunne få denne informasjonen uten å selv behøve å ta initiativ.

Svært mange sykepleiere vet hvordan sykdom kan påvirke den seksuelle helsen, men siden det er betraktet som et tabubelagt tema, så velger de å ikke prate om det (Saunamäki og Engström, 2014). Når sykepleierne da velger dette bort, så bidrar de til å styrke de fordommene om at seksualitet er noe helsepersonellet ikke prater med pasientene om, noe som opprettholder tausheten rundt emnet (Borg, 2017). Sykepleierne sine holdninger er nemlig avgjørende for at samtalen om seksualitet skal bli så åpen som mulig (Bredal, 2017). Etter mitt syn, så må sykepleierne derfor bryte tausheten og sette pasientens behov øverst, og dermed vike fra seg sine egne følelser, fordommer og tabu. Borg (2017) hevder videre, at det er en forutsetning at sykepleiere har et avklart forhold til sin egen seksualitet, fordi dette står sentralt når man skal støtte andre med seksuelle utfordringer. Etersom de fleste mennesker i voksen alder har funnet sin måte å leve ut sin seksualitet på, så kan alderen hos sykepleierne ha betydning for tiltak rundt emnet (Gamnes, 2016). Dette kan støttes opp i det Saunamäki et al. (2010) legger frem, hvor de hevder at eldre sykepleiere oftere prater med pasientene angående seksualitet, enn yngre sykepleiere. Med tanke på dette, så må derfor sykepleiere arbeide kontinuerlig med sin egen seksualitet og vite at det er en forutsetning i møte med denne pasientgruppen (Borg, 2017).

## 6 Avslutning

I denne oppgaven har jeg drøftet problemstillingen: *«Hvordan kan sykepleier bidra til at kvinner kan ivareta sin seksuelle helse etter gjennomgått mastektomi?»*.

For de fleste kvinner har brystene en stor betydning for sin seksuelle helse (Gamnes, 2016). For mange oppstår det komplikasjoner knyttet til brystkreftbehandlingen, både psykiske og fysiske ettervirkninger (Sørensen et al., 2016). Det er likevel svært varierende hvordan kvinnen opplever å miste et bryst. Personlige, mellommenneskelige og kulturelle faktorer kan spille en stor rolle for hvordan kvinnen opplever at en mastektomi påvirker den seksuelle helsen. Dette må sykepleierne vite noe om, imøte med disse kvinnene.

Etter mitt syn, basert på det som er lagt frem, så har sykepleierne en sentral rolle når det gjelder å prate med pasientene om seksuell helse. Sykepleiernes profesjon innebærer forebyggende og helsefremmende arbeid som selve oppgaven baserte seg på. For at sykepleierne skal kunne ivareta kvinnens seksuelle helse, så er det en forutsetning at de er villige til å prate åpent om temaet med sine pasienter. Det kommer tydelig frem i flere av forskningsartiklene at sykepleierne likevel unngår å prate om temaet, til tross for at de forstår hvor stor betydning seksuell helse har for denne pasientgruppen. Årsakene for hvorfor dette ikke blir gjennomført er mange, men de årsakene jeg har trukket frem og drøftet er, blant annet: tidspress, tilpasning på arbeidsplassen, ansvarsfraskrivelse, kommunikasjonsferdigheter, manglende kunnskap og sykepleiernes holdninger.

Ut ifra det som er lagt frem, så er det ingen fasitsvar for hvordan sykepleierne kan bidra til å ivareta kvinnens seksuelle helse. Det blir trukket frem et samspill som tilsier at både arbeidsplassen og sykepleieren selv har et ansvar. Det kan se ut til at sykepleierne ønsker klarere retningslinjer med tanke på hvem som har ansvar for å prate med kvinnene om temaet. For at jeg som fremtidig sykepleier skal klare å fremme seksuell helse hos kvinner etter gjennomført mastektomi, så tenker jeg at det vil være viktig å normalisere temaet seksualitet. Seksuell helse trenger også å få mer oppmerksomhet i sykepleierutdanningen, for at nyutdannede sykepleiere i større grad kan imøtekomme kvinnens grunnleggende behov. PLISSIT-modellen har blitt trukket frem som et godt verktøy som sykepleiere kan ta i bruk. Denne modellen kan gjøre det lettere å prate med pasientene om seksualitet, som igjen kan fremme god seksuell helse. Det vil derfor være viktig at sykepleierne er klar over denne

modellen og vet hvordan den anvendes i praksis. Det å få støtte fra arbeidsplassen og kollegaer, stole på ens egen kunnskap, legge fra seg fordommer og ta i bruk profesjonell kommunikasjon, er også faktorer som blir trukket frem i drøftingen.

Det er altså mange faktorer som påvirker sykepleiernes evne til å kunne bidra til å ivareta kvinnens seksuelle helse, etter mastektomi. Dette er faktorer som både fremmer og hemmer sykepleiernes evne til å kunne gjøre det på best mulig måte. Jeg har selv erfart at det er større åpenhet rundt senskader etter kreftbehandling de siste årene, noe som tilsier at det er mer fokus på dette enn før. Av disse senskadene, så er seksuell helse noe som har blitt mer og mer diskutert, men likevel er det fortsatt et tabulagt tema som det bør forskes mer på.



## Referanseliste

- Almås, E., & Benestad, E. E. P. (2017). *Sexologi i praksis* (3. utg). Oslo: Universitetsforlaget
- Borg, T. (2017). Seksualitet. I A. M. Reitan & T.K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient-utfordring-handling* (4. utg., s. 120-131). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Bredal, I. S. (2017). Sykepleieutfordringer ved brystkreft. I A. M. Reitan & T.K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient-utfordring-handling* (4. utg., s. 477-487). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Cancer Registry of Norway. (2018). *Cancer in Norway 2017: Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway*. Hentet fra <https://www.kreftregisteret.no/globalassets/cancer-in-norway/2017/cin-2017.pdf>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Den norske legeforening. (u.å). Informasjon og samtykke. Hentet 08.04.19 fra <https://beta.legeforeningen.no/jus-og-arbeidsliv/rettigheter-og-plikter-for-lege-og-pasient/informasjon-og-samtykke/>
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner*. (3. utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ekdahl, J. (2017). *Sexualitet och sexuella problem - bedomning och behandling enligt KBT*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Faghani, S. & Ghaffari, F. (2016). Effects og sexual rehabilitation using the PLISSIT model on quality of sexual life and sexual functioning in post-mastectomy breast cancer survivors. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 17(11), 4845-485. <https://doi.org/10.22034/APJCP.2016.17.11.4845>
- 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.

<https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e31823528fb>

FN-sambandet. (u.å). Verdens helseorganisasjon (WHO). Hentet 26.03.19 fra

<https://www.fn.no/Om-FN/FNs-organisasjoner-fond-og-programmer/Verdens-helseorganisasjon-WHO>

Gamnes, S. (2016). Seksualitet og helse. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug & G. H Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 2: Grunnleggende behov* (3. utg., s. 373-407). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Hanssen, I. (2016). Sykepleie i et flerkulturelt samfunn. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3 utg., s. 81-103). Oslo: Gyldendal akademisk.

Haugslett, T. (2018). Hva informerer vi om- og hvordan gjøres det? Hentet 08.04.19.

<https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2002.0036>

Helland, Y. (2015). Seksualitet. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1*. (5. utg., s. 861-886). Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Helsedirektoratet. (2018). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter med brystkreft*. Hentet fra

[https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1494/IS-2760\\_brystkreft\\_handlingsprogram.pdf](https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1494/IS-2760_brystkreft_handlingsprogram.pdf)

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>

Heyn, L (2015). Kommunikasjon- menneskets grunnleggende behov for å forstå og å bli forstått. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1*. (5. utg., s. 363-398). Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Kreftregisteret. (2018). Brystkreft. Hentet 18.03.19 fra

<https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Fakta-om-kreft/Brystkreft-Alt2/>

Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F., Skaug, E-A. & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E- A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1: Sykepleie- fag og kunnskap* (3 utg., s. 15-28). Oslo: Gyldendal akademisk.

Lundeby, L. E, Jensen, L., Slettvold, E. & Herne, F. H. (2013). *Rehabilitering og mestring blant kreftrammede*. Hentet fra

<https://wpstatic.idium.no/kreftforeningen.no//2018/06/895f6b8b0b3b4661bbf79abaf3699b66.pdf>

Molven, O. (2016). *Sykepleie og jus* (5. utg). Oslo: Gyldendal akademisk.

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

Olsson, C., Berglund, A-L., Larsson, M. & Athlin, E. (2012). Patient`s sexuality- A neglected area of cancer nursing? *European Journal of Oncology Nursing*, 16(4), 426-431.

<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2011.10.003>

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

Saunamäki, N., Andersson, M. & Engström, M. (2010). Discussing sexuality with patients: nurses' attitude and beliefs. *Journal of advanced nursing*, 66(6), 1308-1316.

<https://doi.org/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. <https://doi.org/10.1111/jocn.12155>

- Schjølberg, T- Kr. (2017). Endret kroppsbilde. I A. M. Reitan & T.K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient-utfordring-handling* (4. utg., s. 132-143). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Schlichting, E. (2016). Sykdommer i brystene. I S. Ørn, J. Mjell & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg., s 443-453). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Sneltvedt, T. (2016). Konsekvensetikk. I B.S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4. utg., s. 67- 80). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Sørensen, E. M., Lorvik, M. K., Erntsen, N. G. & Almås, H. (2016). Sykepleie ved brystkreft. I D-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk Sykepleie 2* (5. utg., s. 437-451). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Thidemann, I-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: 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. utg., s. 463-476). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Tveiten, S. (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), 327-337.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06010.x>
- World Health Organization (2006). *Defining Sexual Health*. Hentet fra  
[https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual\\_health/defining\\_sexual\\_health.pdf](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf)