



Mastektomi og seksualitet

Hvordan kan sykepleier gjennom veiledning bidra til å ivareta seksualitet hos kvinner etter gjennomgått mastektomi?

Kandidatnummer: 797
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i Sykepleie

Antall ord: 9014
Dato: 16.04.2018



ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 16.04.2018
Tittel: Mastektomi og seksualitet	
<p><u>Problemstilling:</u> Hvordan kan sykepleier gjennom veiledning bidra til å ivareta seksualitet hos kvinner etter gjennomgått mastektomi?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv:</u> Det teoretiske perspektivet tar utgangspunkt i sykepleierens ansvar-og funksjonsområder, herunder den undervisende og veiledende funksjonen i seksualitet ved hjelp av PLISSIT-modellen. Sykepleierens rolle i seksuell veiledning, fysiske og psykiske utfordringer for kvinner som har gjennomgått mastektomi står ovenfor, betydningen av et bryst og hvordan mastektomi påvirker seksualiteten, samt juridiske og etiske aspekter blir belyst.</p> <p><u>Metode:</u> Dette er en litterær oppgave. Oppgaven er basert på pensum- og egenvalgt litteratur, samt fag- og forskningslitteratur som er med på å belyse problemstillingen. Forskningsartiklene er innhentet fra databasene CINAHL og PubMed, og søkene ble gjort ved å benytte relevante søkeord.</p> <p><u>Drøfting:</u> Jeg drøfter problemstillingen ved å ta utgangspunkt i ansvaret sykepleieren har ovenfor pasientgruppen, og hva sykepleieren kan gjøre for å bidra til å ivareta seksualitet hos kvinner i etterkant av mastektomi. Sykepleierens undervisende og veiledende funksjon, å arbeide på poliklinikk her,- under mangel på tid, samt juridiske og etiske føringene drøftes opp mot informasjonsbarrierer og sykepleierens holdninger omkring seksualitet. Undervisning og veiledning ved bruk av PLISSIT-modellens fire trinn er gjennomgående i hele drøftingen.</p> <p><u>Oppsummering:</u> Sykepleierens undervisende og veiledende funksjon ved bruk av PLISSIT-modellen, er sentralt for å ivareta seksualitet hos kvinner i etterkant av brystkreft. Veiledning gjennom PLISSIT-modellen krever en tillatelse av pasienten, men også av sykepleieren til å snakke om seksualitet. Det kreves ikke ekspertkompetanse for å benytte PLISSIT-modellen, men empati, medfølelse, tilstedeværelse og en fleksibilitet i forståelsen av problemene kvinnene opplever. Gjennom økt kompetanse om seksualitet, en forståelse av betydningen av seksualitet og viktigheten av veiledningen, kan sykepleier være bedre rustet til å møte kvinnens behov i etterkant av brystkreft og mastektomi.</p>	

(Totalt antall ord: 279)

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
1.1 Om brystkreft og seksualitet	1
1.2 Bakgrunn for valg av tema	1
1.3 Presentasjon av problemstilling	2
1.4 Avgrensning	2
1.5 Oppgavens oppbygning	3
2.0 Teori	4
2.1 Hva er brystkreft?	4
2.1.1 Mastektomi	5
2.2 Betydningen av et bryst	6
2.3 Hva er seksualitet?	6
2.4 Seksualitetens betydning med brystkreft	7
2.5 Sykepleiefunksjonen i møte med kreftpasienten	8
2.6 Sykepleierens undervisende og veiledende funksjon	8
2.7 PLISSIT-modellen	9
2.8 Juridiske rammeverk	10
2.9 Etikk	11
3.0 Metode	12
3.1 Hva er metode?	12
3.2 Anvendt metode	12
3.2.1 Anvendt litteratur	12
3.3 Litteratursøk	13
3.3.1 Brukte databaser og søkeord	13
3.3.2 Utvelging av forskningsartikler	13
3.3.3 Inklusjon og eksklusjonskriterier	13
3.4 Kildekritikk	14
3.5 Ethiske overveielser	15
4.0 Presentasjon av forskningsresultater	16
5.0 Hvordan kan sykepleier gjennom veiledning bidra til å ivareta seksualitet hos kvinner etter gjennomgått mastektomi?	18
5.1 Sykepleierens rolle i veiledning om seksualitet	19
5.2 Tillatelse til å snakke om seksualitet	20
5.3 Informasjon om behandlingens effekt på seksualiteten	22
5.4 Løsninger som fremmer seksualiteten	25
5.5 Intensivterapi – seksuelle problemer av kompleks art	27
6.0 Avslutning	28
Referanseliste	29
Vedlegg 1: Oversikt over søkehistorikk	33

1.0 Innledning

1.1 Om brystkreft og seksualitet

Cancer mammae - brystkreft er den hyppigst forekommende kreftformen hos kvinner i Norge, og rammer omkring hver 11. norske kvinne (Schlichting, 2016). Forekomsten har økt betydelig de siste tiårene. I 2016 var det 3371 norske kvinner som fikk brystkreft, dette var dobbelt så mange sammenlignet med antall brystkrefttilfeller i 1957 (Kreftregisteret, 2018). I dag overlever flere kvinner med brystkreft enn noen gang før. Sammen med denne høye overlevelsen kommer en rekke psykiske, fysiske og psykososiale bekymringer. Disse bekymringene må bli tatt opp og diskuteres, og her spiller sykepleieren en viktig rolle (Davis, Meneses, Messias, 2010).

Kvinner som diagnostiseres med brystkreft og står ovenfor en mastektomi som behandling, opplever en trussel mot den delen av kroppen som både samfunnsmessig og sosialt uttrykker kvinnelighet, morskap og seksualitet. Seksualitet er en betydningsfull komponent i menneskets identitet (Konradsen, 2014). Til tross for dette viser forskning at helsepersonell ofte unngår å snakke om seksualitet med pasientene og deres partnere (Ussher, Perz & Gilbert, 2013). Når man unngår å diskutere seksuelle problemer med pasientene, styrkes fordommene om at seksualitet er et avsluttende kapittel for denne pasientgruppen. Borg (2017) peker på at kommunikasjon er et av de viktigste arbeidsredskapene sykepleieren har, derfor må samtale som dreier seg om seksualitet bli inkludert i arbeidet.

1.2 Bakgrunn for valg av tema

Antall kvinner som overlever brystkreft har økt, og mange sitter da igjen etter endt behandling med et forandret kroppsbilde og en forandret seksualitet (Thune, 2017). Mastektomi kan ha innvirkning på en kvinnes psykiske velvære, kroppsbilde og seksualitet (Raggio, Butryn, Arigo, Mikorski, Palmer, 2014). Et bryst for en kvinne er en meget viktig del av følelseslivet, som fordrer det mest elementære psykiske. Seksualitet har stor betydning for livskvaliteten, derfor er det viktig at temaet belyses og diskuteres. Sykepleier må ha kunnskap om temaet og

sikre seg kompetanse og ferdigheter for å møte situasjoner i praksis hvor seksualitet er et viktig aspekt av pasientomsorgen (Davis et. al., 2014).

Lise Asvik deltok som foredragsholder på etikkseminar på skolen 17.10.2017. Hun har selv hatt brystkreft, og vært svært delaktig i den politiske kampen for rekonstruksjon av brystet etter kirurgisk behandling av brystkreft. Lise Asvik fortalte åpenhertig om hennes opplevelser omkring brystkreft, og hun inspirerte meg til å skrive en oppgave som omhandlet brystkreft og seksualitet, for å få en dypere forståelse av betydningen av et bryst, og hvordan det å miste et bryst påvirker seksualiteten og livskvaliteten.

Formålet med denne oppgaven er å få en større forståelse for hvordan sykepleier ved hjelp av sine yrkesspesifikke funksjoner, herunder den undervisende og veiledende funksjon, kombinert med sitt kunnskapsgrunnlag, kan bidra til å ivareta kvinnens seksualitet i etterkant av mastektomi som behandling for brystkreft. I oppgaven vil jeg også diskutere faktorer som begrenser sykepleiere i å snakke om seksualitet med kvinnene, da dette kan redusere deres evne til å jobbe helhetlig med pasientgruppen. Likeledes er formålet å diskutere hvordan sykepleier kan anvende PLISSIT-modellen som verktøy i veiledningen av kvinnene.

1.3 Presentasjon av problemstilling

Hvordan kan sykepleier gjennom veiledning bidra til å ivareta seksualitet hos kvinner etter gjennomgått mastektomi?

1.4 Avgrensning

Oppgaven tar utgangspunkt i kvinner som er rammet av brystkreft uten metastaser, i alderen 50-70 år. Det finnes flere behandlingsmuligheter ved brystkreft, derav operasjon, strålebehandling, cytostatika- og endokrin behandling (Thune, 2017). Jeg ønsker å fokusere på kvinner som har gjennomgått mastektomi som behandling av brystkreft, og som ikke har utført rekonstruksjon. Sykepleierens konsultasjon og veiledning av kvinnen vil foregå i forbindelse med en poliklinisk oppfølging, etter at mastektomien er utført. På en poliklinikk vil sykepleier ha mange ulike arbeidsoppgaver, og i denne sammenheng vil den undervisende og veiledende funksjonen bli vektlagt. I den forbindelse vil sykepleier anvende PLISSIT-

modellen som verktøy. Tverrfaglig samarbeid er en viktig del av sykepleien, grunnet oppgavens omfang vil ikke dette aspektet vil bli vektlagt i oppgaven. Sykepleierens rolle ovenfor pasientgruppen vil stå å fokus i oppgaven. Det er flere forhold som vil påvirke dette møtet mellom sykepleier og pasient, herunder tid. Den polikliniske oppfølgingen av kvinnen er i et begrenset tidsrom, det vil derfor være av stor betydning at sykepleier planlegger veiledningen godt på forhånd. Jeg vil i oppgaven fokusere på kvinner som ikke har gjennomgått kreftbehandling tidligere. Førstegangsrammede av brystkreft har behov for mer omfattende informasjon og veiledning enn ved gjentatt behandling.

Støtte og kjærlighet fra en eventuell partner vil være av stor betydning for kvinnen (Borg, 2017), og partners rolle vil bli diskutert i noen deler av oppgaven. Hovedfokuset vil være på kvinnen, da sykepleiers tilnæringsmetoder og kommunikasjon til pårørende stiller andre krav til sykepleieutøvelsen. Som følge av dette, og kombinert med oppgavens omfang vil ikke pårørende bli vektlagt. Kulturelle forskjeller og tro kan påvirke hvordan sykepleier møter pasienten, da kvinner fra andre kulturer kan ha andre syn på sin kropp og seksualitet. Som følge av oppgavens omfang og ordbegrensning, vil jeg derfor i oppgaven fokusere på etniske norske kvinner. Kvinner er ikke bare kvinner som lever i forhold med menn, derfor har jeg har jeg valgt å avgrense til partner.

1.5 Oppgavens oppbygning

Kapittel 2 er teoretisk kunnskapsgrunnlag. Her tar jeg for meg pasientgruppen og forklarer kort om brystkreft, behandling, betydningen av et bryst, hva som er seksualitet og seksualitetens betydning med brystkreft. Sykepleiefunksjonen, herunder sykepleierens undervisende og veiledende funksjon, PLISSIT-modellen, samt juridiske rammeverk og etikk blir også presentert her. Kapittel 3 presenterer oppgavens metodiske tilnærming, hvor det fremkommer hvordan jeg har jobbet, søkeprosessen, kildekritikk av litteraturen og forskningen jeg har anvendt i oppgaven, samt etiske overveielser som har blitt foretatt. Kapittel 4 er en presentasjon i artikkelmatrise av forskningsresultater som er relevante for å belyse problemstillingen min. Kapittel 5 er en drøftingsdel, hvor jeg diskuterer problemstillingen som er reist opp i mot resultater fra forskning og litteratur på området. I kapittel 6 løfter jeg frem de viktigste momentene fra oppgaven i en avslutning.

2.0 Teori

2.1 Hva er brystkreft?

Cancer mammae - brystkreft er den klart hyppigste kreftformen hos kvinner, og rammer omkring i dag hver 11. norske kvinne. Brystkreft rammer oftest kvinner over 50 år (Schlichting, 2016). Det har vært en kontinuerlig økning av brystkrefttilfeller i Norge, med en dobling av insidensen de siste 50 år. Økningen i antall brystkrefttilfeller er imidlertid parallell med en bedring i overlevelsen, og nesten ni av ti kvinner som får brystkreft er i live fem år etter diagnosen (Thune, 2017). Til tross for dette døde 623 kvinner av brystkreft i 2016 (Kreftregisteret, 2018).

Brystkreft er en sykdom som stammer fra unormal celledeling og cellevekst i brystvevet, som danner en tumor som potensielt kan invadere andre organer. Brystkreft er kreft i brystkjertelens melkeganger eller melkekjertler (Sørensen et. al., 2016). Årsakene til brystkreft er sammensatte. Både genetiske forhold, forhold i fosterlivet og påvirkninger gjennom livet spiller en viktig rolle. Brystkreft er heterogen, som vil si at sykdommen er sammensatt og omfatter ulike typer, dette vil påvirke behandling og oppfølging. Brystkreft kan inndeles etter hvilke celler kreften utgår fra, og det finnes to hovedtyper. Den duktale, som utgår fra gangkjertelepitlet, og den lobulære som utgår fra kjertelepitlet (Schlichting, 2016). Litteraturen peker på at faktorer som øker risikoen for brystkreft er:

- Kjønn-kvinne
- Alder
- Familiehistorie med brystkreft
- Tidlig menarke og sen menopause
- Sen alder ved første barn
- Godartede kuler i brystet
- Bruk av hormoner
- Tidligere brystkreft
- Høy tetthet i brystvevet
- Høyt alkoholforbruk
- Overvekt i voksen alder (Thune, 2017, s. 465).

Det naturlige forløpet ved brystkreft er svært varierende, fra en langsomt voksende tumor til en svært aggressiv sykdomsutvikling. Svulstene i brystet kan variere i sammensetning, størrelse og egenskaper. En brystkreftsvulst klassifiseres etter tumorstørrelse i millimeter, antall lymfeknuter med spredning og metastase. Brystkreftsykdommen er også kategorisert ut fra stadium I-IV (Thune, 2017). Brystkreft og forstadier til brystkreft gir sjeldent symptomer før en kul i brystet er kjennbar, eller at kreften har spredd seg til andre organer i kroppen. Det er i hovedsak kvinnen selv som oppdager kulen (Schlichting, 2016). Brystkreftpasienten er som regel da en frisk kvinne, men som har fått en alvorlig diagnose. Det at kvinnen ikke føler seg syk, samtidig som hun har fått en kreftdiagnose, kan gjøre det vanskelig for henne å identifisere seg med pasientrollen (Sørensen et. al., 2016).

Brystkreftsvulstens egenskaper er grunnlaget for behandling, som også må sees i sammenheng med kjennetegn hos pasienten (Thune, 2017). All behandling av brystkreft her i landet følger retningslinjer utarbeidet av Norsk brystforeningsgruppe. Kirurgi er den viktigste behandlingsmetoden for brystkreft, enten alene eller i kombinasjon med cytostatika, strålebehandling og endokrin behandling (Sørensen et. al., 2016). Hvis tumoren er større enn 4 cm, eller hvis det er flere tumorer med stor avstand i samme bryst, fjernes hele brystet - mastektomi. Dette gjelder omtrent 30 % av alle som opereres for brystkreft (Schlichting, 2016).

Leveutsiktene for en ferdigbehandlet brystkreftpasient i Norge er svært gode, og har hatt en kontinuerlig bedring de siste tiårene. Det skyldes blant annet økt bruk av mammografiscreening, som gir tidlig oppdagelse av sykdommen, bedret kirurgi og karakterisering av brystkreftsvulstens egenskaper. Brystkreft er likevel den viktigste årsaken til tapte leveår hos kvinner opp til 65 år. Prognosen er sterkt avhengig av sykdommens stadium, og brystkreftsvulstens egenskaper (Thune, 2017).

2.1.1 Mastektomi

Mastektomi er en operasjon der hele brystkjertelen blir fjernet (Sørensen et. al., 2016). Som nevnt ovenfor utfører omtrent 30 % av alle som diagnostiseres med brystkreft mastektomi. Ved mastektomi mottar ikke pasienten strålebehandling i tillegg om kreften ikke har metastasert, ettersom hele brystkjertelen er fjernet. Det er få kvinner som velger å fjerne hele brystet når brystbevarende operasjon er mulig (Mertz, Kroman, 2014). Allikevel er det noen

kvinner som ønsker å fjerne hele brystet for å unngå strålebehandling og bivirkninger av dette, samt også for å redusere angsten for tilbakefall (Schlichting, 2016). Et bryst har stor betydning for mange kvinner, og mastektomi kan medføre betydelig nedgang i seksualiteten og selvbildet (Borg, 2017).

2.2 Betydningen av et bryst

Hver dag blir vi bombardert med bilder fra media av lettkledde kvinner som belyser sammenhengen med blant annet bryster og seksualitet. Tait og Wing (1997) sier at det ikke har eksistert en tid siden Adam og Eva der en kvinnes bryster ikke var viktige. Gitt samfunnets forventinger med en kvinnes bryster, er det ikke overraskende at både den kirurgiske behandlingen av brystkreft, og brystkreft i seg selv påvirker en kvinnes selvtillit, selvfølelse og seksualitet (Rogers, Turner, 2011).

Kvinner som diagnostiseres med brystkreft, opplever altså en trussel mot den delen av kroppen som både samfunnsmessig og sosialt uttrykker kvinnelighet, morskap og seksualitet (Konradsen, 2014). Betydningen av et bryst er allikevel ikke den samme hos alle, dette fremkommer mer i drøftingsdelen av oppgaven.

Noen kvinner er langt mer bekymret for kreften, og ser på mastektomien som en nødvendig del av behandlingen for å bedre prognosen. For noen kan det også gi mer trygghet på lang sikt å utføre mastektomi, ved å bidra til å overvinne frykten for tilbakefall av brystkreften (Rogers, Turner, 2011). Et bryst har allikevel stor betydning for mange kvinner, og det å miste et bryst kan ha stor innvirkning på seksualiteten. Dette henger sammen med opplevelsen kvinnen hadde av sin kropp før behandlingen, og at dette påvirker måten hun vil oppleve sin kropp under og etter behandling (Konradsen, 2014).

2.3 Hva er seksualitet?

Definisjoner av seksualitet viser at begrepet er langt fra ensbetydende, og at det omfatter flere aspekter av mennesket. En oversatt arbeidsdefinisjonen av seksualitet defineres som:

Et sentralt aspekt ved å være menneske gjennom livet omfatter kjønn, kjønnsidentiteter og roller, seksuell orientering, erotikk, nytelse, intimitet og reproduksjon. Seksualitet er opplevd og uttrykt i tanker, fantasier, ønsker, tro, holdninger, verdier, atferd, praksis, roller og relasjoner. Mens seksualitet kan inkludere alle disse dimensjonene, er ikke alle av dem alltid opplevd eller uttrykt. Seksualitet påvirkes av samspillet mellom biologiske, psykologiske, sosiale, økonomiske, politiske, kulturelle, juridiske, historiske, religiøse og åndelige faktorer. (WHO, 2006, s. 5).

Således kan seksualitet knyttes til helsen, der de somatiske plagene får konsekvenser for hele seksualiteten, inklusiv de emosjonelle, intellektuelle og sosiale aspektene i kvinnens liv. Behovet for seksualitet varierer hos de forskjellige, men det er likevel en betydningsfull komponent i menneskets identitet. Seksualiteten blir lett skadet under fysisk og psykisk stress forårsaket av sykdom (Konradsen, 2014). Det er viktig at helsepersonell erkjenner at seksualitet har med helse å gjøre, og at det blir anliggende og akseptert for oss i møte med pasienter og pårørende. For å kunne utøve profesjonell omsorg er det derfor viktig i følge Borg (2017) at sykepleieren har en større forståelse for seksualitetens betydning for kvinnen, og ikke bare definerer den utelukkende som en forplantningsfunksjon (Borg, 2017).

Seksualiteten skal sees på som en integrert del av en kvinnes personlighet. Det er derfor viktig at sykepleier innehar kunnskaper om menneskets seksualitet, og hva seksualiteten betyr for kvinnen i den livsfasen hun befinner seg i (Helland, 2015).

2.4 Seksualitetens betydning med brystkreft

Seksualitet er et av de minst diskuterte emnene med brystkreftpasienter. Dette er ikke overraskende ettersom at mange anser seksualitet og sex som et meget privat tema. Allikevel er det mange pasienter som sitter med spørsmål angående seksualitet, med et ønske og et behov for å snakke om det (Konradsen, 2014). Derfor burde det bli implementert i arbeidshverdagen hos sykepleiere som jobber med brystkreftpasienter, å spørre pasientene om deres personlige forhold. Da blir det lagt til rette for at pasientene kan diskutere deres seksualitet og deres bekymringer angående dette med sykepleierne (Rogers, Turner, 2011). For noen kvinner, uansett alder, er det å miste brystet en traumatisk opplevelse, og noen føler seg mindre verdt som kvinne. Uansett kirurgimetode kan kvinner føle seg mindre attraktive eller feminine etter operasjonen (Bredal, 2017).

2.5 Sykepleiefunksjonen i møte med kreftpasienten

Pasienter med kreft er i en sårbar og stressende situasjon, og pasientstudier viser at gode, omsorgsfulle relasjoner mellom pasient og sykepleier har betydning for opplevelsen av livskvalitet og helse (Lorentsen & Grov, 2016). Sykepleiernes oppgaver i møte med kreftpasienter er mange, men viktig er det å lindre de plagene som sykdomstilstanden fører med seg, både fysisk og psykisk. Omsorg er en viktig dimensjon i sykepleien til pasienter med kreft. Mange pasienter med kreft føler seg ensomme i lidelsen. Ved at sykepleieren signaliserer at hun/han bryr seg om den enkelte, kan pasienten oppleve at man ikke er alene i kampen og at sykdommen blir lettere å bære (Bredal, 2017). Det er viktig at sykepleieren forsøker å styrke pasientens kompetanse i å selv kunne mestre sykdommen og dens følger (Nortvedt & Grønseth, 2016).

Sykepleieren har fagspesifikke funksjoner og ansvar som skal prege måten hun/han tilnærmer seg og ivaretar pasienter på i alle situasjoner. Utøvelse av sykepleie omfatter oppgaver som er direkte pasientrettede, og i tillegg forebyggende og helsefremmende, behandlende, lindrende, rehabiliterende/habiliterende funksjoner, og indirekte pasientrettede oppgaver som undervisning og veiledning, administrasjon og ledelse, fagutvikling og forskning (Nortvedt & Grønseth, 2016).

2.6 Sykepleierens undervisende og veiledende funksjon

Jeg har i denne oppgaven valgt å fokusere på sykepleierens undervisende og veiledende funksjon. Den undervisende og veiledende sykepleiefunksjonen innebærer ansvar for å informere, undervise og veilede pasienter og pårørende, medarbeidere og studenter. Dette skal blant annet fremme trygghet og hjelpe pasientene og pårørende til å forstå og mestre konsekvensene av sykdom og behandling (Nortvedt & Grønseth, 2016). Tilstrekkelig informasjon og pasientutdanning er viktige elementer i forhold til å forebygge ytterligere sykdom. Likevel viser forskning at 43 % opplever at de ikke har fått den hjelpen de har behov for, for selv å håndtere sykdommen og dens følger. Kun 16 % er blitt tilbudt tilstrekkelig undervisning i hvordan de best mulig håndterer livet under og etter en kreftsykdom (Witturp, Kristensen, 2014).

Jeg har i oppgaven valgt å ta utgangspunkt i sykepleierens undervisende og veiledende funksjon, med fokus på ivareta seksualitet hos kvinner etter gjennomgått mastektomi. PLISSIT-modellen vil her bli benyttet som veiledningsverktøy.

2.7 PLISSIT-modellen

En hovedmålsetting i veiledning om seksualitet vil være å hjelpe pasienten til å bevare seksuell helse uansett årsakene til problemene, og uansett livssituasjon. PLISSIT-modellen er en av mange kommunikasjonsmodeller som er nyttig ved veiledning i seksuelle spørsmål (Borg, 2017). Det er en enkel modell som er godt egnet som utgangspunkt når en skal arbeide med seksuelle anliggender (Gamnes, 2016).

PLISSIT-modellen ble utviklet i 1976 av den amerikanske psykologen Jack Annon. Modellen beskriver ulike nivåer man kan forholde seg til, og behandle seksuelle problemer på. PLISSIT er en kommunikasjonsmodell som kan anvendes av sykepleieren blant annet på seksualopplysning, veiledning, rådgivning og behandling. Modellen er formet som en pyramide som inneholder potensielle seksuelle problemer (Almås & Benestad, 2017). PLISSIT er en forkortelse av følgende begreper: Permission - tillatelse, Limited Information - begrenset informasjon, Specific Suggestions - konkrete forslag, og Intensive Therapy - intensivterapi (Jensen, 2014).

Permission - tillatelse

Dette er det første trinnet i modellen, og det er for alle. Målet med permission er at pasienten skal få mulighet til å sette ord på tanker rundt seksualiteten. Det innebærer at sykepleieren er villig til å snakke om seksualitet, selv om dette kan bestå i å lytte til det pasienten har å si. Det er pasienten som gir tillatelse til å snakke om seksualitet, men det er ikke alle som ønsker å prate om det. Dette må man akseptere, men alle bør likevel få tilbudet til å prate om det. Det vil alltid være pasientens eget utgangspunkt som er fokus i veiledningen (Borg, 2017).

Limited Information – begrenset informasjon

Dette er det andre nivået i modellen, og det gjelder for de som har et behov for å få enkel og saklig informasjon om seksualitet på generell basis (Gamnes, 2016). Pasienten skal i utgangspunktet få informasjon om sykdom, behandling og eventuelle konsekvenser for

seksualiteten uten selv å ta initiativ eller kreve denne informasjonen. Sykepleier kan på dette trinnet i modellen oppfordre kvinnen til å fortelle om hvordan hun opplever situasjonen, og hva hun tror vil ha påvirkning for hennes seksualitet (Borg, 2017).

Specific Suggestions – konkrete forslag

Dette er det tredje nivået i PLISSIT-modellen, og det er for dem som trenger å stille spørsmål rundt sin situasjon, å få spesifikke forslag til løsninger (Gamnes, 2016). Målet på dette trinnet er å gi råd for å gjøre pasientene i stand til å mestre konkrete situasjoner. Sykepleieren skal i samarbeid med pasienten, prøve å finne løsninger som fremmer den seksuelle helsen. Dette innebærer konkrete forslag til løsninger på hvordan et godt seksualliv kan opprettes og utvikles (Borg, 2017).

Intensive Therapy – intensivterapi

Dette er det fjerde trinnet i PLISSIT-modellen, og det er forbeholdt pasienter og partnere som har komplekse problemer, og som har behov for en dypere og mer spesialisert behandling. Disse problemene kan ikke løses på de lavere trinnene i modellen, og er derfor forbeholdt spesialister på området. Sykepleierens rolle på Intensive Therapy er å henvise pasientene til spesialister på området, samt motivere dem til å gjennomgå behandling (Borg, 2017).

PLISSIT-modellen symboliserer at de fleste som trenger informasjon om, eller hjelp med seksuelle problemer, befinner seg på det første og laveste nivået, noen færre på det andre nivået, enda færre på det tredje nivået og på det fjerde nivået er det kun noen få som befinner seg. Det viser altså til at det er få som trenger eksperthjelp, og at de fleste kan få hjelp på de tre første nivåene i modellen av mange forskjellige profesjoner. Her under sykepleiere med en viss grad av kunnskap om sexologi og samlivsrådgivning i utdanningen (Gamnes, 2016).

2.8 Juridiske rammeverk

Pasienter har rett til informasjon i henhold til loven om pasient-og brukerrettigheter. Paragraf 3-2 sier at ”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” (Pasient-og brukerrettighetsloven, 1999). Årsaken til manglende informasjon om seksualitet kan ligge i at helsepersonell og pasienter er ukomfortable med å diskutere

problemer med seksualiteten (Borg, 2017). Sykepleieren har en juridisk plikt til å gi informasjon til dem som har krav på det etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven (Helsepersonelloven, 1999). Når pasienten får informasjonen de trenger, kan de forholde seg mer aktivt til helsetilstanden og helsehjelpen de får eller skal få. Det skal ikke være nødvendig for pasienten å etterspørre informasjonen, da denne skal bli meddelt uoppfordret (Molven, 2016).

2.9 Etikk

Sykepleieren spiller en viktig rolle i de innledende samtale om seksualitet. Hun/han er ofte den første pasienten møter. Ved å ta initiativ til samtale om seksualitet både på diagnosetidspunktet, ved behandlingsstart, under og etter behandling signaliserer sykepleier at seksualitet er en viktig faktor her, og at det er en viktig faktor i livet hos de aller fleste mennesker (Jensen, 2014). Når sykepleier skal snakke med pasienter om deres seksualliv og eventuelle seksuelle problemer, er det viktig at man arbeider etter sykepleierens yrkesetiske retningslinjer. Retningslinjene beskriver sykepleierens profesjonsetikk og de forpliktelser som tilligger god sykepleiepraksis (NSF, 2011). Etske regler setter klare grenser for hva som er rett og galt, og dette vil være til hjelp i møte med seksuelle problemstillinger (Gamnes, 2016).

3.0 Metode

3.1 Hva er metode?

Metode er en systematisk fremgangsmåte som benyttes for å samle inn informasjon og kunnskap for å belyse en problemstilling (Thidemann, 2015). Metoden forteller noe om hvordan man bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Metoden er redskapet vi bruker for å samle inn data, og for å innhente nødvendig informasjon som er av relevans for å besvare problemstillingen i faglig forstand. Man skiller mellom to typer forskningsmetoder: kvalitativ og kvantitativ metode. Kvalitativ metode gir oss mulighet til å fange opp meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfeste, mens kvantitativ metode gir oss målbare data og kan hjelpe oss med å finne konkrete svar. Metode handler også om å gjøre rede for valg av litteratur, og vurdere disse kildene kritisk, da dette er grunnlaget i oppgaven (Dalland, 2017).

3.2 Anvendt metode

I tråd med skolens retningslinjer og krav, er bacheloroppgaven utformet som en litterær oppgave. En litterær oppgave har sin hovedvekt på skriftlige kilder, og innholdet baserer seg på allerede eksisterende kunnskap (Dalland, 2017). Alle trinn i prosessen skal ha en systematisk tilnærming, og hensikten er å gi leseren en oppdatert og god forståelse av kunnskapen på det området problemstillingen etterspør, og hvordan man har kommet frem til denne kunnskapen (Thidemann, 2015).

3.2.1 Anvendt litteratur

Denne oppgaven er basert på pensum- og egenvalgt litteratur, samt fag- og forskningslitteratur som er med på å belyse problemstillingen. Bøker jeg har hatt mye nytte av i oppgaven er blant annet "Kreftsykepleie: pasient-utfordring-handling" av Reitan og Schjøberg (2017), "Kræftsykepleie: i et forløbsperspektiv" av Prip og Witturp (2014) og kapitlet "Seksualitet og helse" av Siv Gamnes i Grunnleggende sykepleie bind 2 (2016). Dette er bøker som har mye relevant litteratur i forhold til problemstillingen min. De ble valgt ut etter mye gransking på temaet, og etter å ha sett på referanselisten på tidligere bacheloroppgaver med samme tematikk som min oppgave. Jeg har også fått mye nytte av "

Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter - Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving” av Thidemann (2015). Denne boken har gitt meg mye kunnskap i hvordan en bacheloroppgave skal utformes og hva den skal inneholde.

3.3 Litteratursøk

Søk etter forskningsartikler ble gjort i databasene CINAHL og PubMed med relevante søkeord. Overskriftene på artiklene ble lest, og om de virket relevante ble abstract lest. Om abstractet i artikkelen var interessant og relevant for problemstillingen, ble artikkelen lest i sin helhet og vurdert og gransket. Artiklene ble sammenlignet for å finne likheter og forskjeller.

3.3.1 Brukte databaser og søkeord

Søkeordene som ble brukt i søket etter forskningsartikler er: cancer survivors, sexual dysfunction, sexual identity, breast neoplasms, mastectomy, emotions, body image, breast cancer, femininity, sexuality.

Hensikten med bruk av disse søkeordene var å finne fag- og forskningslitteratur som omhandler kvinners seksuelle helse i forbindelse med og i etterkant av behandling for brystkreft. Samt deres behov for informasjon om seksuelle problemstillinger, og sykepleierens holdninger og rolle i møte med disse pasientene. En oversikt over søkene finnes som tabell i vedlegg 1.

3.3.2 Utvelging av forskningsartikler

Artiklene ble lest i sin helhet og vurdert for sin relevans og tilknytning til min oppgave. Artiklene som var relevante ble valgt ut, mens de som ikke var det eller var av dårlig kvalitet, ble utelatt. Etter litteratursøket ble fem artikler inkludert. Det var to kvalitative og to kvantitative forskningsartikler, og en artikkel som hadde en blandingsmetode av disse to. Alle artiklene jeg har valgt ut er fra 2010 eller nyere, dette for å ha ny og aktuell forskning som understøtter teoridelen i oppgaven min.

3.3.3 Inklusjon og eksklusjonskriterier

I tre av søkene ble det gjort avgrensninger for årstall 2013-2017. Ved to søk ble det ikke gjort avgrensninger på årstall, men artikler som var eldre enn år 2010 ble ekskludert for videre

vurdering. Se vedlegg 1 for oversikt over søkehistorikk. Artikkene som er valgt ut er skrevet på engelsk, og er i hovedsak fra vestlig kultur som kan relateres til Norge. Unntak er en artikkel fra Brasil. Selv om denne artikkelen har gjort forskning i et ikke-vestlig land, ble den inkludert på grunn av sin relevans for temaet. Det ble i artikkelen kun fokusert på resultatet og eventuelle kulturforskjeller ble ikke diskutert eller presentert. Jeg har også inkludert en artikkel av Ussher et. al. (2013) fra Australia, noe som kan medføre noen ulikheter relatert til norsk kultur og helsevesen. Jeg mener likevel at artikkelen har stor overføringsverdi, da Australia er et land av vestlig kultur, og likeledes at resultatene samsvarer med tematikken i oppgaven min. Eksempelvis tar forskningen til Ussher et. al. (2013) for seg pasienters behov for informasjon om seksuelle problemstillinger knyttet til behandling for brystkreft, og i hvilken grad de har fått denne informasjonen av helsepersonellet.

Artikkene som er inkludert i oppgaven gjorde undersøkelsene på forskjellige tidspunkt etter diagnosen ble stilt og etter behandlingen. Noen gjorde undersøkelsene like etter kirurgien eller i løpet av det første året, mens andre gjorde langtidsundersøkelser flere år etterpå for å se på langtidseffektene. Disse artiklene ble inkludert og sett på som nyttige for min oppgave, for å få et innsyn i om tid hadde betydning for seksuell helse og seksualitet etter overlevelse av brystkreft.

Det er ikke gjort noen avgrensning i forhold til alder, fordi brystkreft er sjeldent blant yngre kvinner og er mest utbredt hos kvinner som er 50 år eller eldre. Artikkene jeg har inkludert har i hovedsak hatt en aldersmedian på 50 år eller eldre hos kvinnene.

3.4 Kildekritikk

I følge Dalland og Trygstad (2017) utøves kildekritikk for å vise at en har gjort en vurdering av den litteraturen som er anvendt i oppgaven (Dalland, Trygstad, 2017). Jeg har tilstrebet å anvende primærlitteratur i min oppgave, for å sikre meg mot andre sine feiltolkninger og eventuelle unøyaktigheter. I visse tilfeller, for eksempelvis i oppgavens presentasjon av PLISSIT-modellen, var det vanskelig å finne primærkilden. I disse tilfellene har jeg anvendt sekundærkilder. Borg (2017) og Gamnes (2016) sin tolkning av PLISSIT-modellen blir i hovedsak anvendt i min oppgave, og deres oversettelse av modellen fra engelsk til norsk.

Alle artiklene som anvendes ansees å være relevant i henhold til oppgavens tematikk og problemstilling. I all hovedsak har artiklene jeg har inkludert i oppgaven et bredt spekter av deltakere, med unntak av studien utført av Batista et. al. (2017). Studien har kvalitativ tilnærming, og består av et utvalg på 5 kvinner som har utført mastektomi på grunn av brystkreft. Det antas at et større antall deltakere i studien vil tillate en mer omfattende kunnskap om temaet. Jeg anser den likevel som relevant, for det er vesentlig for sykepleier å være forberedt og inneha kunnskap på hvilke følelser og reaksjoner som umiddelbart kan oppstå hos en kvinne som har utført mastektomi. Da kan sykepleier gi bedre behandling, og fremstå som en trygg person som kan tilby gode samtaler og råd. Kvinnen vil da føle seg bedre ivaretatt og mer robust for å takle andre utfordringer. I tillegg er studien fra 2017, som gjør at informasjonen er oppdatert og eksakt (Batista et. al., 2017). Samtidig har jeg inkludert andre forskningsartikler i oppgaven min som har et bredt spekter av deltakere. Eksempelvis studien utført av Ussher et. al. (2013) som hadde 1965 deltakere som fullførte undersøkelsen.

Fire av artiklene jeg har inkludert er fra 2012 eller nyere. Med unntak av studien utført av Davis et. al. som er fra 2010. Jeg anser den likevel som oppdatert, med bakgrunn i at informasjonen de har funnet har overføringsverdi til dagens tid. I tillegg er tematikken i studien svært relevant for problemstillingen.

3.5 Etiske overveielser

Jeg har benyttet etiske overveielser i oppgaven. God etikk er et viktig aspekt i all vitenskapelig forskning. Det er viktig at forskningsartiklene som er inkludert er godkjent av en etisk komitè, fordi dette er et kvalitetsstempel på artiklene. Noen av artiklene som jeg har benyttet har skrevet at de er godkjent av en etisk komitè, mens andre har ikke nevnt at de er det, men de er publisert i anerkjente tidsskrifter som krever etisk godkjenning for å kunne publisere. Derfor ble disse inkludert og ansett som etisk godkjent. Jeg har referert til forfatter(e) for å vise at resultatene og fagstoffet er funnet og skrevet av noen andre, og for å kreditere deres arbeid.

4.0 Presentasjon av forskningsresultater

Resultatene i forskningsartiklene som er relevante for å belyse problemstillingen, blir presentert her i artikkelmatrise.

Artikkelnummer, forfatter, år, land, tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode	Utvalg	Funn
1: Kristianne Azevedo Batista, Magno Conceição das Mercedes, Amalia Ivine Costa Santana, Sueli Lago Pinheiro, Iracema Lua og Daniela Sousa Oliveira. 2017 Brasil. Journal of Nursing	Feelings of woman with breast cancer after mastectomy.	Hensikten med studiet er å kjenne til hvilke følelser som først viser seg hos kvinner med brystkreft etter utført mastektomi.	Kvalitativ metode. Dataen ble samlet gjennom et semi-strukturert intervju, og analysen ble utført med å bruke Bardin-metoden.	5.	Studien viser at de følelsene som først viser seg når de møter brystkreft, og står ovenfor en mastektomi som behandling, er overraskelse og fortvilelse. Når mastektomien er utført oppstår tristhet, fornektelse, depresjon, angst og endelig aksept. I denne forstand er det nødvendig med helsepersonell som gir en god og helhetlig pleie.
2: Greer A. Raggio, Meghan L. Butryn, Danielle Arigo, Renee Mikorski og Steven C. Palmer. 2014 Philadelphia. Psychology & Health.	Prevalence and correlates of sexual morbidity in long-term breast cancer survivors.	Hensikten er å kjenne til langsiktige seksuelle utfordringer kvinner opplever flere år etter diagnose og behandling.	Kvantitativ metode. Undersøkelses elementene undersøkte demografisk, diagnostisk og klinisk informasjon, samt seksuell aktivitet, seksuell funksjon, kroppsbilde og bekymring angående kroppsendring er og seksuelle problemer.	83.	Studien viser at overlevende av brystkreft rapporterer betydelig nedsatt seksualitet flere år etter behandling, spesielt etter mastektomi eller vektøkning som følge av behandling. Mastektomi var forbundet med lavere seksualitet og utfordringer på grunn av kroppsendring.

<p>3:</p> <p>Ulrika Fallbjörk, Pär Salander og Birgit H. Rasmussen.</p> <p>2012 Sverige.</p> <p>Cancer Nursing.</p>	<p>From “No Big Deal” to “Losing Oneself” – Different Meanings of Mastectom y.</p>	<p>Å undersøke kvinner fortellinger om innvirkningen mastektomien har på deres liv, samt deres refleksjoner rundt eventuell rekonstruksjo n.</p>	<p>Kvalitativ metode.</p> <p>Tematiske fortellingsinspi rerte intervjuer 4,5 år etter mastektomi.</p>	<p>15.</p>	<p>Studien viser funn som tyder på at opplevelsen av mastektomi på grunn av cancer mammae er individuell og kontekstuell. Å miste et bryst kan være av liten eller stor betydning.</p>
<p>4:</p> <p>Stephanie C. Davis, Karen Meneses og DeAnne K. Hilfinger Messias.</p> <p>2010 3 sørøstlige amerikanske stater.</p> <p>The Nurse Practitioner.</p>	<p>Exploring sexuality & quality of life in women after breast cancer surgery.</p>	<p>Hensikten er å bedre forstå forholdet og sammenheng en mellom seksualitet og livskvalitet til kvinner som har undergått kirurgisk behandling for brystkreft.</p>	<p>Kvantitativ.</p> <p>Studiepakken inneholdt tre undersøkelse instrumenter: en demografisk brystkreft historie statistikk, en livskvalitet måler, og et seksualitet instrument.</p>	<p>72.</p>	<p>I denne studien viser de til at kvinner opplever en rekke psykologiske, psykososiale og fysiologiske bekymringer etter kirurgisk behandling av brystkreft. Brystkreft og brystkreftbehandling påvirker kvinners livskvalitet og seksualitet.</p>
<p>5:</p> <p>Jane M. Ussher, Jeanette Perz og Emilie Gilbert.</p> <p>2013 Australia</p> <p>Journal of Advanced Nursing.</p>	<p>Information needs associated with changes to sexual well - being after breast cancer.</p>	<p>Å undersøke behovet for informasjon om seksualitet, erfaringer med å få slik informasjon, og pasient kommunikasj on om seksualitet med helsepersonel l etter brystkreft.</p>	<p>Blandet metode analyse: primært kvantitativ, med en kvalitativ komponent.</p>	<p>1965</p>	<p>Studien viser at 85 % av deltakerne rapporterte endringer i seksuelt velvære etter brystkreft. 68 % ønsket informasjon om slike endringer, Bare 42 % hadde fått det.</p>

5.0 Hvordan kan sykepleier gjennom veiledning bidra til å ivareta seksualitet hos kvinner etter gjennomgått mastektomi?

I følge Krefregisteret (2018) var det 3371 norske kvinner som fikk brystkreft i 2016. Thune (2017) beskriver at leveutsiktene for en ferdigbehandlet brystkreftpasient i Norge, er svært gode. Dette samsvarer med studien utført av Davis et. al. (2010), som viser til at overlevelsesraten for brystkreft er høy, med 89 % overlevelse 5 år eller lengre etter diagnosen.

I samme studie peker de også på at å overleve brystkreft har store implikasjoner for kvinner, både fysisk og psykisk. Dette samsvarer med litteraturen, og i denne sammenheng der kvinnene utfører en mastektomi som behandling av brystkreft, viser Schjøberg (2017) til at det at å fjerne et bryst er muligens det som har størst betydning for endringer i kroppsbilde. Det henger sammen med at det gir fysisk synlige forandringer, men at i tillegg er bryster i vår kultur et viktig symbol på femininitet og seksualitet. Dette samsvarer med forskningen utført av Raggio et. al. (2014), der mastektomi var forbundet med lavere seksualitet og utfordringer på grunn av fysisk synlige kroppsendringer. Likevel viser studien til Fallbjørk, Salander & Rasmussen (2012), at betydningen å miste et bryst er individuelt og kontekstuell. Så det kreves at sykepleier er innforstått hva behandlingen har betydd for den enkelte kvinne.

I studien til Ussher et. al. (2013) blir det understreket at sykepleiere bør tilstrebe å anvende sin undervisende og veiledende funksjon også når det kommer til seksualitet, spesielt fordi det fremkommer at pasientenes behov for informasjon om seksualitet, ikke blir tilfredsstillt i praksis. I samme studie blir PLISSIT-modellen trukket frem som et betydningsfullt veiledningsverktøy sykepleiere kan anvende, ettersom at modellen understreker viktigheten av å gi informasjon for å redusere kvinners bekymringer relatert til deres seksualitet. Dette samsvarer med litteraturen, og Borg (2017) hevder at sykepleiere har gjennom sin undervisende og veiledende funksjon, et adekvat grunnlag til å ivareta kvinnens seksualitet i etterkant av brystkreftbehandling.

PLISSIT-modellen er gjennomgående i hele denne delen av oppgaven, og drøftingen er delt opp etter sykepleierens rolle i veiledning om seksualitet, og PLISSIT-modellens fire punkter; tillatelse, konkrete forslag, begrenset informasjon og intensivterapi.

5.1 Sykepleierens rolle i veiledning om seksualitet

Når sykepleier skal veilede kreftpasienten om seksualitet, kreves det at han/hun har kunnskap om både de fysiske og psykiske utfordringene disse pasientene står ovenfor. Det trengs kunnskap for å forstå, men også et emosjonelt engasjement i arbeidet (Borg, 2017).

Brystkreft, og forstadier til brystkreft, gir sjeldent symptomer før en kul i brystet er kjennbar, eller at kreften har spredd seg til andre organer i kroppen. Sørensen et. al. (2016) beskriver at en brystkreftpasient er som regel en frisk kvinne, men som har fått en alvorlig diagnose. Det at kvinnen ikke føler seg syk, samtidig som hun har fått en kreftdiagnose, kan gjøre det vanskelig for henne å identifisere seg med pasientrollen. I en samtale der målet er å kartlegge behovet for hjelp til seksualiteten, hevder Gamnes (2016) at det er en forutsetning at det er etablert et godt tillitsforhold mellom sykepleier og pasient.

For å kunne ivareta kvinnens seksualitet, må sykepleieren i sin yrkesutøvelse tilstrebe å ivareta kvinnens behov for helhetlig omsorg. Mennesket må ses ut fra en større helhet som tar både hensyn til sjel og legeme, sosiale, åndelige og kulturelle anliggender (Odland, 2016). Dette er en betingelse som er nedfelt i de yrkesetiske retningslinjene punkt 2-3 (NSF, 2011). Borg (2017) beskriver at empati er en viktig del, og gjennom å vise medfølelse kan sykepleier gi pasienten en trygghet som gjør at samtaler om følelser og seksualitet går lettere. Videre beskriver han at for de fleste er seksualiteten noe en deler med en annen person. Derfor bør all seksuell veiledning ha som mål å få pasienten og pasientens partner til å snakke sammen om seksualitet. For dem som lever alene, er målet at veiledningen vil være å hjelpe pasienten til å bevare seksuell helse uansett årsakene til problemene og uansett livssituasjon.

Nortvedt & Grønseth (2016) sine beskrivelser av sykepleierens ansvars- og funksjonsområder, gjengir at sykepleieren har en spesifikk funksjon i sin yrkesutøvelse som omhandler å informere, veilede og undervise pasienter om konsekvenser av den pågående behandlingen de gjennomgår. Sykepleieren som i denne sammenheng møter brystkreftpasienter i forbindelse med en poliklinisk oppfølging, har et sentralt ansvar når det kommer til å veilede henne om eventuelle seksuelle problemstillinger hun har opplevd, eller opplever i forbindelse med behandlingen. Dette ansvaret er også nedfelt i helsepersonelloven §10, der det beskrives at sykepleieren har en informasjonsplikt ovenfor sine pasienter (Helsepersonelloven, 1999). Plikten til å informere kan ikke velges bort på grunn av knapphet på tid. Sørensen et. al. (2016) hevder at utfordringer sykepleieren møter i løpet av den korte

tiden kvinnen er på poliklinikk, er å vise at hun blir sett der hun er, samt forberede henne med å blant annet gi informasjon om livet etter brystkreftbehandlingen, som i denne sammenheng omhandler mastektomien.

For at sykepleier gjennom sin undervisende og veiledende funksjon skal kunne bidra til å ivareta seksualitet hos kvinner som har gjennomgått mastektomi, hevder Borg (2017) at det er en forutsetning at veiledningen foregår innenfor trygge rammer. PLISSIT-modellen vil således her være et hjelpende verktøy. Reitan (2017) vektlegger at veiledningen fordrer gode kommunikasjonsferdigheter, da den involverer kvinnens tanker, følelser og kropp.

5.2 Tillatelse til å snakke om seksualitet

I studien utført av Davis et. al. (2010) legges det vekt på at sykepleieutøvelsen bør nærme seg seksualitet som tema på rutinebasis på en profesjonell og omsorgsfull måte. Det første trinnet er da å tilby kvinner muligheten til å diskutere seksualitet. En oversatt uttalelse som kan være til hjelp for å innlede samtaler om seksualitet er: ”mange kvinner som har gjennomgått samme brystkreftbehandling som deg opplever et tap av seksuell lyst og interesse, endringer i kroppsbilde, og til og med frykt for å ha seksuelt forhold til sin partner. Vil du snakke om noen bekymringer du måtte ha?” (Davis et. al., 2010, s. 29).

Med dette kommer man inn på PLISSIT-modellens første trinn, *permission*, der sykepleier åpner for samtale om kvinnens seksuelle problemstillinger. Borg (2017) beskriver at her vil videre samtale forutsette kvinnens tillatelse, da det er hun som er hovedpersonen i veiledningen. Videre beskriver Reitan (2017) at veiledningen vil basere seg på kvinnens subjektive opplevelse av seksuelle problemstillinger, noe som fordrer at kvinnen bidrar med innholdet i samtalen. For kvinnen kan dette oppleves som vanskelig, da det hun skal prate om kan føles meget privat og sårbart. Sykepleier må da hjelpe kvinnen til å føle seg trygg i relasjonen dem i mellom, ved å tilstrebe en allianse av likeverd, nærhet og omtanke (Borg, 2017).

Gamnes (2016) poengterer at det er en forutsetning at sykepleier er klar over hva situasjonen betyr for den enkelte kvinne. Dette problematiseres i studien til Fallbjörk et. al. (2012), der det å miste et bryst kan være av liten eller stor betydning hos de forskjellige kvinnene. I

studien ble tre typer fortellinger identifisert. I den første ble mastektomien beskrevet som ”ikke så farlig”, det å miste et bryst forstyrret ikke synet på seg selv som kvinne. I den andre ble mastektomien sammenlignet med ”å knuse deres identitet”, å miste et bryst innebærer å miste seg selv som et seksuelt vesen og synet på seg selv som kvinne. Den tredje falt mellom de to andre ”følelsen av femininitet ble såret”, men ikke i den grad at de mistet synet på deg selv som kvinner.

Helland (2015) beskriver at seksualiteten skal sees på som en integrert del av en kvinnes personlighet. Videre beskriver hun at det derfor er viktig med sykepleiere som innehar kunnskaper om menneskets seksualitet, og hva seksualiteten betyr for den enkelte kvinnen i den livsfasen hun befinner seg i. Kvinner i aldersgruppen 50-70 år som jeg fokuserer på i oppgaven, er trolig ferdig med å få barn. For å kunne utøve profesjonell og helhetlig omsorg med seksuelle utfordringer, er det i følge Borg (2017) viktig at sykepleiere har en større forståelse for seksualitetens betydning for kvinnen, og ikke bare definerer den utelukkende som en forplantningsfunksjon. Dette er i tråd med de yrkesetiske retningslinjene, der det er beskrevet at sykepleier skal ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg (NSF, 2011).

Sykepleier vet i denne sammenheng at kvinnen har gjennomgått kirurgisk behandling for brystkreft, i form av mastektomi. I den forbindelse beskriver Fallbjörk et. al. (2012) i sin studie at det ikke er uvanlig at kvinnen kan oppleve seksuelle problemstillinger, da mange kvinner sitter igjen med en følelse av krenket femininitet fordi hun ser på seg selv som mindre attraktiv. Derfor er det en fordel om sykepleier stiller kvinnen spørsmål om hvorvidt hun føler mastektomien har hatt betydning for hennes seksualitet. Borg (2017) beskriver at noen pasienter ikke ønsker å prate om seksualitet, det må man akseptere, men alle bør få tilbudet (permission) til å prate om det.

Informasjon gjennom skriftlig materiale vil være gunstig i slike tilfeller der kvinnen ikke ønsker å snakke om seksualitet. Dette bekreftes i studien til Ussher et. al. (2013), der informasjon om brystkreft og seksualitet gjennom hefter, nyhetsbrev og nettsider ble foretrukket av et flertall av kvinnene. Forfatterne av studien fremhevet at dette trolig skyldes den store økningen av internettbruk de siste årene, og at informasjonen som her foreligger er lett tilgjengelig for de fleste. Det blir også understreket i studien at informasjonen kan være

lettere å ta inn over seg gjennom skriftlige kilder, og at pasienten på den måten kan unngå den forlegenheten som kan oppstå når seksualitet diskuteres sammen med helsepersonell. Reitan (2017) beskriver at i omsorgen for pasienter med kreft, må sykepleiere lære å skille mellom når de har nytte av kommunikasjon, og når nærvær og medfølelse kanskje er det som passer best for pasienten. Hun understreker videre at i samtalen bør sykepleieren bruke åpne spørsmål, og være lyttende til det pasienten eventuelt har å si.

5.3 Informasjon om behandlingens effekt på seksualiteten

Mange brystkreft pasienter gir uttrykk for at de ikke har fått tilstrekkelig med informasjon om hvordan brystkreftbehandlingen kan påvirke seksualiteten. I studien til Ussher et. al. (2013) opplevde 85 % av kvinnene seksuelle problemer som følge av brystkreftbehandlingen. På tross av dette, hadde kun under halvparten av deltakerne fått informasjon om at svekket seksuell helse var vanlig i forbindelse med kreftbehandling. Dette samsvarer med litteraturen, der Rogers & Turner (2011) hevder at seksualitet er et av de minst diskuterte emnene med brystkreftpasienter.

I følge Borg (2017) kan det være flere grunner til at sykepleiere unngår å snakke med pasientene sine om seksualitet. Mange sykepleiere er redde for at samtalen skal gå inn på områder som gjør at de føler seg flau, truet eller forvirret. Ut fra egne erfaringer i praksis opplever jeg ofte at mangel på tid kan være problematisk i ulike situasjoner. Dette samsvarer med litteraturen der Borg (2017) gjengir informasjon om en dansk undersøkelse blant kreftsykepleiere hvorav 43 % av deltakerne anga at de var for sjenert til å prate om seksualitet med pasientene. 28 % skyldte på hensynet til pasienten, og andre begrunnelser for å ikke ta opp temaet var mangel på tid og kunnskap. Jamfør med Helsepersonelloven (1999) har sykepleieren en plikt til å informere, sykepleiere kan ikke bortprioritere denne type veiledning, selv ikke som følge av liten tid.

To tredjedeler av pasientene ønsket mer informasjon i studien til Ussher et. al. (2013). De ønsket informasjon om fysiske forandringer, innvirkning på seksualiteten, eventuelle problemer i parforhold, psykologiske konsekvenser, kroppsbilde og hvordan man skal kommunisere med helsepersonell om seksualitet. Flertallet av deltakerne i undersøkelsen ønsket også mer skriftlig informasjon. Borg (2017) hevder derfor videre at sykepleieren kan tilstrebe å møte dette informasjonsbehovet ved at veiledningen går inn i PLISSIT-modellens

andre trinn, *limited information*. Her er målet å gi kvinnen informasjon om brystkreft og behandlingens effekt på seksualitet. Gamnes (2016) understreker at denne informasjonen skal kvinnen få uten selv å ta initiativ eller kreve den.

Når veiledningen går inn i dette trinnet av PLISSIT-modellen, er det viktig at sykepleieren har gjort en helhetlig kartlegging av kvinnens livssituasjon. Dette for at sykepleieren lettere kan forstå hvordan behandlingen påvirker kvinnens seksualitet. Dette bekrefter Helland (2015), som beskriver at sykepleier i møte med kvinnens seksuelle problemstillinger skal ha kunnskaper om menneskets seksuelle utvikling, og hva seksualiteten betyr for kvinnen i den livsfasen hun befinner seg i. I denne sammenheng hvor jeg fokuserer på kvinner i alderen 50-70 år, befinner disse kvinnene seg i det som kan karakteriseres som den voksne fasen av seksualiteten. Helland (2015) vektlegger at denne fasen på mange måter kan ansees som en problematisk fase for kvinnen, om hun er i et parforhold. Barna flytter ofte ut i denne perioden, og at i den forbindelse kan paret ha problemer med å gjenvinne den intimitet og seksualitet som en gang var. Det er heller ikke unormalt at kriser oppstår i denne perioden av livet, eksempelvis utroskap, eller kronisk sykdom. I denne forbindelse vil det være en brystkreftdiagnose med mastektomi som behandling. Helland (2015) beskriver videre at parforholdet kan settes på prøve, som følge av kvinnens endrede identitetsoppfatning i forbindelse med kreftbehandling. Dette støttes også av Gamnes (2016) som beskriver at behovet for nærhet og nytelse varer livet ut, og at seksualiteten og kjærligheten trenger næring for å overleve. Medgang og motgang må møtes av begge, dette kan bringe paret tettere sammen, eller føre til at de glir lengre fra hverandre. Sykepleieren kan gi tillatelse til å snakke om seksualitet ved å stille spørsmål som: "Hvilken betydning får disse plagene i forholdet mellom deg og partneren din?" (Games, 2016, s. 386). Om det kommer frem at plagene har negativ innvirkning på seksualiteten på forholdet, kan sykepleieren gi råd til hvordan disse skal løses, eventuelt hvor de skal henvende seg.

Om kvinnen er i et parforhold, bør derfor veiledningen også involvere hennes partner. Dette støttes av studien utført av Davis et. al. (2010), der de beskriver at sykepleieutøvelsen skal hjelpe kvinnene til å kommunisere følelser og bekymringer til deres partnere. Sykepleier kan hjelpe paret til å være åpne ovenfor hverandre, og samtidig understreke viktigheten at de ivaretar nærhet og ømhet ovenfor hverandre i denne vanskelige fasen. Borg (2017) beskriver at om kvinnen er alene, skal sykepleier likeså hjelpe henne til å leve godt med sin seksualitet.

Hovedmålsettingen i veiledningen er å bevare kvinnens seksualitet, uavhengig av hennes livssituasjon og årsakene til problemene (Gamnes, 2016).

Videre i dette trinnet av PLISSIT-modellen, kan sykepleier informere kvinnen om at det ikke er unaturlig å stille spørsmål ved seg selv som et seksuelt vesen. Sykepleier kan oppfordre kvinnen til å fortelle om hvordan hun opplever situasjonen, og hva hun tror vil ha påvirkning for hennes seksualitet (Borg, 2017). Kvinnen kan nemlig oppleve varige forandringer til sitt kroppsbilde i forbindelse med behandlingen. Schjølberg (2017) hevder at det å fjerne et bryst hos kvinner, er muligens det som har størst betydning for endringer i kroppsbilde. Det henger sammen med at inngrepet er dramatisk, og gir fysisk synlige forandringer. I tillegg er bryster i vår kultur et viktig symbol på femininitet og seksualitet. Dette støttes av studien utført av Raggio et. al. (2014), der mastektomi var forbundet med lavere seksualitet og utfordringer på grunn av fysisk synlige kroppsendringer.

Videre beskriver Schjølberg (2017) at det er derfor viktig at sykepleieren ut fra sitt kunnskapsnivå, informerer kvinnen om omfanget av de kroppslige og fysiske forandringene. Borg (2017) hevder at ved å gi denne informasjonen, vil sykepleier kunne besvare de spørsmål kvinnen måtte ha, også å fjerne eventuelle misforståelser eller feiltagelser. Dette er også i tråd med yrkesetiske retningslinjer, som beskriver blant annet at sykepleier bør tilstrebe å gi pasienten tilstrekkelig med informasjon, og forsikre seg om at denne informasjonen er forstått (NSF, 2011). Samt i tråd med juridiske føringer, der sykepleier har en plikt til å gi informasjon til dem som har krav på det etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven (Helsepersonelloven, 1999).

Sykepleierens utfordring er å gi pasienten informasjon, emosjonell støtte og hjelp til å opprettholde et godt selvbilde (Bredal, 2017). Å leve med et endret selvbilde og kroppsbilde kan være svært komplekst. En kjent reaksjonsmåte er å svare med sinne fordi en kroppsdeler er borte, i denne sammenheng et bryst (Schjølberg, 2017). Derfor må sykepleier være klar over at dette kan være en reaksjonsmåte hos kvinnen, og sykepleier er dermed mer rustet til å møte disse utfordringene. Kvinnene i denne alderen, 50-70 år, har ikke samleie for å få barn, men for nytelse og kjærlighet, derfor er det desto viktigere at sykepleier bidrar til at kvinnen opprettholder et godt kroppsbilde og selvbilde (Gamnes, 2016).

Brystkreftpasienter trenger å bli informert om at bekymringer relatert til seksualitet ved sykdom og behandling er normalt. Dette fremkommer i studien til Davis et. al. (2010) der de beskriver at sykepleiere skal være en kilde til informasjon, konsultasjon, støtte og henvisning.

5.4 Løsninger som fremmer seksualiteten

Den kirurgiske behandlingen av brystkreft, og brystkreft i seg selv påvirker en kvinnes selvtillit, selvfølelse og seksualitet (Rogers, Turner, 2011, s. 315). Betydningen av et bryst er likeledes individuell og kontekstuell. Dette bekreftes i studien utført av Fallbjörk et. al. (2012) der kvinnene som deltok hadde forskjellig tilnærming til hva et bryst betydde for dem. Studien utført av Batista et. al. (2017) viser til de følelser som først viser seg når man står ovenfor en mastektomi som behandling av brystkreft. Kvinnene som deltok i studien rapporterte at når mastektomien var utført, opplevde de fornektelse, tristhet, depresjon, angst og endelig aksept. I den forstand understreker forfatterne av studien viktigheten av helsepersonell som yter god og helhetlig pleie. Dette støttes også av yrkesetiske retningslinjer som beskriver at sykepleieren i sin yrkesutøvelse skal tilstrebe å ivareta kvinnens behov for helhetlig omsorg (NSF, 2011).

Som nevnt ovenfor slet kvinnene som deltok i studien til Batista et. al. (2017) å akseptere sitt endrede kroppsbilde. Etter operasjonen rapporterte kvinnene en følelse av ufullkommenhet. Helland (2015) beskriver da at det er viktig med sykepleiere som hjelper kvinnen med å forstå, å akseptere sitt endrede kroppsbilde etter mastektomien. Hun beskriver videre at sykepleiere må yte helhetlig pleie, og således se kvinnens endrede kroppsbilde som en integrert del av hennes velvære. I den forbindelse kan sykepleier komme med råd som gjør kvinnen i stand til å mestre konkrete situasjonen, og veiledningen går da videre inn i PLISSIT-modellens tredje trinn, *specific suggestions*.

Borg (2017) beskriver at målet i dette trinnet av modellen, er at sykepleier i samarbeid med pasienten, skal prøve å finne konkrete løsninger som fremmer seksualiteten. Dette innebærer konkrete forslag til løsninger på hvordan et godt seksualliv kan opprettholdes og utvikles. Sykepleieren hjelper således kvinnen til å opparbeide seg kunnskaper og ferdigheter om sin seksualitet i lys av sine fagkunnskaper. Dette kan fremme kvinnens håp og mestring i en situasjon som kan føles vanskelig. Dette samsvarer med sykepleierens yrkesetiske

retningslinjer, som beskriver at sykepleieren skal understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten (NSF, 2011).

Videre vektlegger Borg (2017) at det å gi konkrete forslag også innebærer å gi kvinnen informasjon om seksuelle hjelpemidler. I denne sammenheng der kvinnen har utført mastektomi, kan sykepleier eksempelvis informere om brystprotese, og ulike Bh-er som er komfortable og pene. Dette problematiseres i studien til Fallbjörk et. al. (2012). Her beskrev noen av kvinnene som deltok at de alltid hadde vært glad i brystene sine, men etter mastektomien følte de at de hadde begrensede muligheter til bekledding, og at de alltid følte at de måtte skjule brystprotesen sin. Man får støtte til kjøp og fornyelse av brystprotese etter brystkreftoperasjon der brystet er helt eller delvis fjernet. Det finnes flere typer proteser til å plassere i Bh-en, og det finnes brystvorter man kan feste på protesen med lim (Kreftforeningen, udatert). Sykepleier kan informere kvinnen om dette, samt også i samarbeid med kvinnen, prøve forskjellige klesplagg og komplimentere henne. Borg (2017) hevder likevel at det finnes få konkrete hjelpemidler som kan ivareta kvinnens seksualitet i forbindelse med mastektomi.

Sykepleier må møte kvinnenes informasjonsbehov, et behov som er stort i følge flere studier jeg har inkludert i oppgaven. Det fremkommer eksempelvis studien utført av Davis et. al. (2010). Her beskriver noen av pasientene at de følte at helsepersonellet ikke turte å snakke om seksualitet med dem. Dette på tross av at flertallet av helsepersonellet meldte at det å veilede å svare på spørsmål pasienten måtte ha om seksualitet, føltes som en veldig viktig arbeidsoppgave (Davis, et. al., 2010). I studien til Ussher et. al. (2013) svarte 1901 kvinner på spørsmål om hvorvidt de hadde et ønske, og et behov for informasjon om brystkreft og seksualitet, hvorav to tredjedeler svarte ja på dette. På spørsmål om hvilket type informasjon som var ønskelig, svarte 63 % at de ønsket informasjon om behandlingens effekt på seksualiteten.

Det er likevel ikke til å komme bort i fra at denne type informasjonsformidling, veiledning og undervisning krever en sammensatt kompetanse hos sykepleieren. Selvtillit et nøkkelord for at sykepleieren skal føle seg kompetent og trygg i undervisning og veiledning gjennom PLISSIT-modellens tre første trinn. Kunnskaper om seksuelle behov kan hjelpe sykepleiere til å føle seg tryggere på å ta opp seksualitet som tema, selv om emnet er følsomt og tabubelagt

(Gamnes, 2016). Helland (2015) peker på at som den største profesjonsgruppen i helse- og omsorgstjenesten, og den gruppen som tilbringer mest tid i direkte pasientrettet arbeid, har sykepleiere en viktig rolle med å identifisere og møte pasienters behov for samtale og veiledning angående seksuelle spørsmål. Dette fremkommer også i studien til Ussher et. al. (2012) der de beskriver at sykepleiere og annet helsepersonell, kan spille en nøkkelrolle i å lette bekymringer rundt seksualitet og intimitet etter brystkreft med å snakke åpent med dem om temaet.

5.5 Intensivterapi – seksuelle problemer av kompleks art

Vanskeligheter med å få informasjon om seksualitet og brystkreft ble i noen tilfeller relatert til helsepersonellens usikkerhet omkring emnet i studien til Ussher et. al. (2013). Noen pasienter meldte at de opplevde at helsepersonellet manglet interesse eller syntes temaet var ubehagelig. Dette fremkommer også i litteraturen der Borg (2017) beskriver at språket i seksuell veiledning kan være en utfordring for mange, og flere sykepleiere melder at de ikke har et språk de er komfortable med å bruke. Videre meddeler Borg (2017) at som sykepleier bør en være åpen og nysgjerrig, og ved å tilegne seg kunnskap tar man ansvar for egen yrkesutøvelse. Dette er igjen i tråd med tanken bak PLISSIT-modellens tre første trinn, som fordrer at sykepleier gir lettfattelig informasjon og enkle råd til kvinnen (Gamnes, 2016).

Borg (2017) hevder at sykepleier som benytter seg av PLISSIT-modellen på lang vei kan bidra til å ivareta kvinners seksualitet. Dette med bakgrunn i å gi, og å få tillatelse til å snakke om seksualitet, ved å lytte, vise empati og medfølelse, samt videreformidle sine fagkunnskaper og erfaringer omkring seksualitet. Dette støttes også av studien til Davis et. al. (2010) som vektlegger at dette er oppgaver som står sentralt i sykepleieutøvelsen. Sykepleiere skal likevel i sin yrkesutøvelse tilpasse seg sin grad av fagkompetanse, og dette er årsaken til at PLISSIT-modellen har et fjerde trinn, *intensive therapy*. Borg (2017) beskriver at dette trinnet anvendes dersom sykepleieren gjennom undervisningen og veiledningen opplever at kvinnen har seksuelle problemer av mer kompleks art, og som krever mer spesialisert behandling. Disse problemene kan ikke løses på de lavere trinnene i modellen, og er derfor forbeholdt spesialister på området. Dette kan eksempelvis dreie seg om dypere samlivsproblematikk slik som Gamnes (2016) peker på, og sykepleierens rolle blir her å henvise pasienten til spesialister på området, samt motivere dem til å gjennomgå behandling.

6.0 Avslutning

Målet med denne litterære oppgaven var å belyse hvordan sykepleien gjennom veiledning kan bidra til å ivareta seksualitet hos kvinner i etterkant av mastektomi. Spørsmålet er viktig fordi forskning viser at kvinners informasjonsbehov vedrørende seksualitet og brystkreftbehandling ikke blir tilfredsstilt. Temaet er også sentralt i sykepleieutøvelsen, fordi sykepleiere har en rekke barrierer som medfører at informasjon av den karakter ikke blir tatt opp i klinisk praksis. Både sykepleierens yrkesspesifikke oppgaver, herunder den undervisende og veiledende funksjon, samt etikken og lovverket, tydeliggjør at sykepleiere her har et ansvar for å ivareta kvinnens seksualitet i etterkant av brystkreftbehandling, og i denne sammenheng mastektomi.

Veiledning om seksualitet vil for mange sykepleiere fordre at de går utenfor komfortsonen sin, samt kreve en sammensatt fagkompetanse og selvtillit for å tørre å ta samtalen. PLISSIT-modellen gir sådan et bilde på hvor varierende utøvelsen av undervisning- og veiledningsfunksjonen kan være. Det at kvinnen får tilstrekkelig med informasjon vedrørende seksuelle problemstillinger i etterkant av brystkreftbehandling og mastektomi, vil ha stor betydning for kvinnens seksualitet og dermed mestringsferdigheter i etterkant av kreften. Sykepleieutøvelsen på en poliklinikk vil også by på en rekke utfordringer. Mangel på tid spiller en sentral rolle, og forklarer hvorfor sykepleiere ikke tar opp seksualiteten med pasientene. Det kan da forekomme etiske dilemmaer, der sykepleieren blir stående mellom egne vurderinger, samt etiske og juridiske føringer.

Trinnene i PLISSIT-modellen handler overordnet om at sykepleier gir, og får tillatelse til å snakke om seksualitet, og at sykepleiere viser empati, medfølelse, tilstedeværelse og en fleksibilitet i forståelsen av problemene. Sykepleiere vil på den måten gi kvinnen en bekreftelse på at slike problemstillinger er normalt i forbindelse med brystkreftbehandling. Etter min forståelse kan derfor sykepleiere gjennom økt kompetanse om seksuell veiledning, være bedre rustet til å møte alle kvinners behov i etterkant av behandling for brystkreft, og i denne sammenheng mastektomi som behandling. Dette gir sykepleieren en helhetlig tilnærming i arbeidet med pasientgruppen, og bidrar til ivaretagelse av seksualiteten til kvinner som har gjennomgått mastektomi.

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. doi: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.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dalland, O. & Trygstad, H. (2017) Kilder og kildekritikk. I: Dalland, O. *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Davis S. C., Meneses, K. & Messias, D. K. H. (2010), Exploring sexuality & quality of life in women after breast cancer surgery, *The Nurse Practitioner*, 35 (9). (25-31). Doi: 10.1097/01.NPR.0000387142.02789.1e.
- 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. Doi: 10.1097/NCC.0b013e31823528fb.
- Gannes, S. (2016) Seksualitet og helse. I: N. J. Kristoffersen., F. Nortvedt., & E-A. Skaug (Red.). *Grunnleggende sykepleie bind 2*. (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. (861-886). Oslo: Cappelen Damm AS.

Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell.*

Hentet 05.03.2018 fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Jensen, P., T. (2014). Sygeplejemæssige udfordringer ved seksualitets- og fertilitetsproblemer hos mennesker med kræft. I: Prip A., & Wittrup K. (Red.), *Kræftsygepleje: I et forløbsperspektiv.* (275-286). København: Forfatterne og Munksgaard.

Konradsen, H. (2014). Body image. I: Prip A., & Wittrup K. (Red.), *Kræftsygepleje: I et forløbsperspektiv.* (111-119). København: Forfatterne og Munksgaard.

Kreftforeningen. (udatert). *Mammografi, brystprotese og BH.* Hentet 06.04.2018 fra: <https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/okonomi-og-rettigheter/okonomiske-stotteordninger-til-pasienter/stotte-til-utgifter-i-forbindelse-med-kreft/utgifter-mammografi-brystprotese-og-bh/>

Kreftregisteret. (2018). *Brystkreft.* Hentet 07.03.2018 fra:

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

Lorentsen, V. B., & Grov, E. K. (2016). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I: H. Almås, D-G. Stubberud., & R. Grønseth. (Red.), *Klinisk sykepleie 2.* (397-436). Oslo: Gyldendal Akademisk.

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

Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, ICNs etiske regler.* Hentet 28.02.2018 fra: https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YERhefte_pdf.pdf

Mertz, B. G., Kroman, N. (2014). Mennesker med kræft i kirurgisk behandling. I: Prip A., &

- Wittrup K. (Red.), *Kræftsygepleje: I et forløbsperspektiv*. (171-183). København: Forfatterne og Munksgaard.
- Molven, O. (2016). *Sykepleie og jus*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Odland, L-H. (2016). Menneskesyn. I: B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien*. (25-42). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient og brukerrettigheter*.
Hentet 05.03.2018 fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetslove>
- Raggio, G. A., Butryn, M. L., Arigo, D., Mikorski, R., & Palmer, S. C. (2014). Prevalence and correlates of sexual morbidity in long-term breast cancer survivors. *Psychology & Health*, 29(6), 632-650. doi:10.1080/08870446.2013.879136.
- Reitan, A.M. (2017). Klinisk kommunikasjon. I A. M. Reitan & T. Kr. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient- utfordring- handling* (104- 119). Oslo: Cappelen Damm AS
- Rogers, J., Turner, M. (2011). Psychological Issues for the patient with Breast Cancer. I: Harmer, V. (Red). *Beast Cancer Nursing – care and management*. (London: Blackwell Publishing Ltd.
- Schlichting, E. (2016). Sykdommer i brystene. I: I S. Ørn, J. Mjell, & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling*. (443-453). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Schjølberg, T- Kr. (2017). Endret kroppsbilde. I A. M Reitan & Tore. Kr. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient- utfordring- handling* (132-143). Oslo: Cappelen Damm AS
- 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*. (437-451). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Thidemann, I-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*.

Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving. Oslo: Universitetsforlaget AS.

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

Ussher, J. M., Perz, J., & Gilbert, E. (2013). Information needs associated with changes to sexual well-being after breast cancer. *Journal Of Advanced Nursing*, 69(2), 327-337. doi:10.1111/j.1365-2648.2012.06010.x

World Health Organization (2006). *Defining Sexual Health*. Hentet 16.03.2018 fra:

http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf

Wittrup, K., Kristensen, R, D. (2014). Kræftsygepleje – et speciale?. I: Prip A., & Wittrup K. (Red.), *Kræftsygepleje: I et forløbsperspektiv*. (57-72). København: Forfatterne og Munksgaard.

Vedlegg 1: Oversikt over søkehistorikk

Artiklene er rangert etter nummer. Tittel og videre informasjon om artikkelen finnes i vedlegg 2: artikkelmatrise.

Nr.	Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Inkluderte artikler
1	Breast neoplasms, AND mastectomy, AND emotions. Begrenset søket med å velge kvinner som kjønn, og årstall 2013-2017.	30.10.2017	CINAHL	31. Fant artikkel på treff nr. 1.	5	2	1
2	Cancer survivors AND mastectomy. Begrenset søket med å velge årstall 2013-2017.	28.10.2017	CINAHL	40. Fant artikkel på treff nr. 9.	4	1	1
3	Body image, Breast cancer, Femininity, Mastectomy.	23.01.2018	PubMed	34. Fant artikkel på treff nr. 14.	5	3	1
4	Breast neoplasms	15.02.2018	CINAHL	33. Fant	3	3	1

	AND sexuality AND mastectomy. Begrenset søket med å velge årstall 2010- 2017.			artikkel på treff nr. 25.			
5	Breast neoplasms AND Information needs AND sexuality.	27.02.2018	CINAHL	8. Fant artikkel på treff nr. 3.	2	2	1