



Mastektomi og seksuell helse

Hvordan kan sykepleier bidra til å ivareta seksuell helse hos kvinner i etterkant av mastektomi?

Kandidatnummer: 667
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 8196
Dato: 23.04.2019

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 23.04.2019
Tittel: Mastektomi og seksuell helse	
<p><u>Problemstilling:</u> Hvordan kan sykepleier bidra til å ivareta seksuell helse hos kvinner i etterkant av mastektomi?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv:</u> Det teoretiske perspektivet i oppgaven tar utgangspunkt i sykepleierens ansvars- og funksjonsområder, herunder den undervisende og veiledende funksjonen. Sykepleieren anvender PLISSIT-modellen for å kunne bidra til å ivareta kvinnens seksuelle helse i etterkant av mastektomi. Teorien belyser sykepleierens rolle i seksuell veiledning, fysiske og psykiske utfordringer for kvinner som har gjennomgått mastektomi, betydningen av et bryst, endret kroppsbilde, samt lovverk og etikk.</p> <p><u>Metode:</u> Dette er en litterær oppgave. Problemstillingen belyses kritisk ved hjelp av faglitteratur og forskningsartikler. Forskningsartiklene er innhentet fra databasene Cinahl og PubMed. PICO-skjema, MeSH og relevante søkeord er benyttet for å systematisere søkene.</p> <p><u>Drøfting:</u> Problemstillingen drøftes med utgangspunkt i sykepleierens ansvar ovenfor pasienter som har utført mastektomi og hva sykepleieren kan gjøre for å bidra til å ivareta seksuell helse hos disse kvinnene. I oppgaven drøftes sykepleierens undervisende og veiledende funksjon, sykehus som arbeidsplass, samt lovverk og etikk opp mot informasjonsbarrierer og sykepleierens holdninger. Undervisning og veiledning ved bruk av PLISSIT-modellens fire trinn er gjennomgående i hele drøftingen.</p> <p><u>Konklusjon:</u> Sykepleieren kan være i stand til å ivareta seksuell helse hos kvinner i etterkant av mastektomi ved å benytte seg av PLISSIT-modellens tre første trinn. Det krever også at sykepleieren har tiltro til egen kunnskap for å tørre å ta opp temaet med pasienten.</p>	

(Totalt antall ord: 235)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Presentasjon av problemstilling	2
1.2	Avgrensning av problemstilling	2
2	Teori.....	3
2.1	Brystkreft	3
2.1.1	Mastektomi.....	4
2.2	Seksuell helse.....	4
2.2.1	Seksuell helse hos kvinner i alderen 50-69 år.....	5
2.3	Konsekvenser av mastektomi i forhold til seksuell helse	6
2.3.1	Betydningen av et bryst.....	6
2.3.2	Endret kroppsbilde	6
2.4	PLISSIT-modellen.....	7
2.5	Sykepleierens veiledende og undervisende funksjon.....	8
2.6	Lovverk og etikk.....	9
3	Metode	10
3.1	Anvendt metode	10
3.2	Litteratursøk.....	10
3.3	Søkehistorikk	12
3.4	Annen litteratur	13
3.5	Kildekritikk.....	13
4	Presentasjon av forskningsresultater	15
5	Drøfting: Hvordan kan sykepleier bidra til å ivareta seksuell helse hos kvinner i etterkant av mastektomi?	18
5.1	Sykepleierens veiledende og undervisende funksjon og informasjonsplikt	18
5.2	Tillatelse til å snakke om seksualitet.....	20
5.3	Informasjon om mastektomiens konsekvenser for seksuell helse	22
5.4	Løsninger som kan bidra til å ivareta seksuell helse.....	24
5.5	Intensiv terapi – henviser til spesialisert behandling.....	26
6	Avslutning	27
	Referanseliste	28

1 Innledning

I 2017 fikk 3589 kvinner brystkreft i Norge (Kreftregisteret, 2018). Brystkreft er den vanligste kreftsykdommen blant kvinner i Norge og det er en kontinuerlig økning med en dobling av insidensen de siste 50 årene (Thune, 2017). Thune (2017) sier videre at hver 10.-11. kvinne i landet rammes av brystkreft. 80% av brystkrefttilfellene rammer kvinner over 50 år og er hyppigst i alderen 65-69 år (Thune, 2017). Brystkreftoverlevende er den største gruppen av kreftoverlevende (Thune, 2017). Prognosen er blitt betraktelig bedre de siste ti årene, hvor det i dag er 90,4 % overlevelse etter fem år (Kreftregisteret, 2018).

Behandlingen av brystkreft kan påvirke kvinnens seksualitet både fysisk og psykisk (Bredal, 2017). Det å miste et bryst kan være en traumatisk opplevelse fordi brystene kan for mange kvinner ha en betydning for deres kvinnelighet, selvbilde og identitet (Bredal, 2017). Studien til Ussher, Perz & Gilbert (2013) viser at 85% av deltakerne rapporterte endringer i seksuell helse etter brystkreft, 68% ønsket informasjon om disse endringene, hvor kun 41% fikk dette.

Sykepleiere har en viktig rolle i å gi kvinnene informasjon om sykdommens påvirkning på seksuell helse (Bredal, 2017). Til tross for dette viser en studie at 80% av sykepleierne ikke tok seg tid til å snakke om seksuelle utfordringer og at 60% ikke følte at de hadde nok kunnskap til å ta opp temaet (Saunamäki, Andersson & Engström, 2010).

Helse- og omsorgsdepartementet har utformet en strategi for seksuell helse ”Snakk om det!”, som gjelder for årene 2017-2022. Strategien får frem viktigheten av at vi har et fokus på dette temaet i dagens samfunn (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Den fremhever også at det er for lite oppmerksomhet rundt seksuell helse i behandling og oppfølging, samt at det er mangelfull tilgang til informasjon og veiledning om seksuelle utfordringer som følge av sykdom.

Jeg fikk inspirasjon til å skrive denne oppgaven fra bladet *Sykepleien* som gis ut av Norsk sykepleierforbund. I utgaven fra november 2018 hadde bladet fokus på livet etter kreften. Utgaven omhandlet pasienthistorier om kreftens påvirkning på seksuell helse, sykepleierens holdninger og viktigheten av at sykepleiere tar opp dette temaet.

1.1 Presentasjon av problemstilling

Hvordan kan sykepleier bidra til å ivareta seksuell helse hos kvinner i etterkant av mastektomi?

1.2 Avgrensning av problemstilling

Oppgaven tar utgangspunkt i kvinner i alderen 50-69 år fordi brystkreft oftest rammer kvinner over 50 år og er aller hyppigst i aldersgruppen 65-69 år (Thune, 2017). Det finnes flere behandlingsmuligheter ved brystkreft, derav kirurgi, strålebehandling, cytostatika og endokrin behandling (Thune, 2017). Jeg velger å fokusere på kvinner som har gjennomgått mastektomi som kurativ behandling av brystkreft. Avgrensningen er basert på en studie som viser at kvinner som har gjennomgått mastektomi hadde de største utfordringene knyttet til seksuell helse (Raggio, Butryn, Arigo, Mikorski & Palmer, 2014).

Sykepleieren vil møte kvinnen på sykehuset i forbindelse med mastektomioperasjonen. Dette er på bakgrunn av at pasienter som har gjennomgått mastektomi uten adjuvant behandling i etterkant ikke får spesiell oppfølging av sykepleier (Helsedirektoratet, 2018). Sykehuset vil derfor være arenaen sykepleieren har mulighet til å undervise og veilede kvinnen om seksuell helse i etterkant av mastektomi.

Støtte fra en eventuell partner vil være av stor betydning for kvinnen i etterkant av mastektomi (Borg, 2017). Partnerens rolle vil derfor bli diskutert i deler av oppgaven. Hovedfokuset er på kvinnen på bakgrunn av oppgavens omfang. Norge er et multikulturelt samfunn hvor sykepleieren møter kvinner med bakgrunn fra forskjellige kulturer og religioner (Borg, 2017). ”Religion er kanskje den faktoren som regulerer seksuallivet i flest kulturer, men også samfunnsnormer og de enkelte lands lovverk har stor betydning” (Gamnes, 2016, s. 377). For å begrense omfanget av oppgaven velger jeg å avgrense til kvinner med vestlig kultur.

2 Teori

2.1 Brystkreft

Brystkreft er kreft i brystkjertelens melkekjertler eller melkeganger (Schlichting, 2016). Brystkreftsykdommen er heterogen fordi den er sammensatt og omfatter ulike typer (Thune, 2017). Dette påvirker behandlingen og oppfølgingen (Thune, 2017).

Det har vært en økning av antall tilfeller av brystkreft de siste årene (Schlichting, 2016). Forklaringen kan være endringer i kvinners livsstil, hvor reproduktive forhold, alkoholbruk og vektøkning spesielt blir trukket frem (Schlichting, 2016). Det er vanskelig å fastslå årsaken til brystkreft, med unntak av påviste spesifikke genforandringer (Sørensen, Lorvik, Erntsen & Almås, 2016). Årsakene er sammensatte, men vi kjenner til en del faktorer som øker risikoen:

- Kvinne
- Alder
- Familiehistorie med brystkreft
- Tidlig menarke og sen menopause
- Sen alder ved første barn (over 30 år)
- Godartede kuler i brystet
- Bruk av hormoner
- Tidligere brystkreft
- Høy tetthet i brystvevet
- Alkohol, mer enn 1 enhet per dag
- Overvekt i voksen alder (Thune, 2017, s. 465).

Forløpet for brystkreft er svært varierende, fra en langsomtvoksende tumor til en svært aggressiv sykdomsutvikling (Schlichting, 2016). Tumorens størrelse, spredning til lymfeknuter, differensieringsgrad, hormonreseptorstatus og alder er faktorer som er av betydning for hvor aggressiv sykdommen er (Schlichting, 2016). Det tidligste symptomet på brystkreft er oftest en fast kul i brystet eller i armhulen som oppdages selv av kvinnen (Sørensen et al., 2016). Andre symptomer kan være hudforykkelse eller forandringer i brystets størrelse (Sørensen et al., 2016).

I Norge er det innført et tilbud om mammografiscreening annethvert år til alle kvinner i alderen 50-69 år, som utføres for å oppdage brystkrefttilfeller i et tidlig stadium, slik at behandling kan iverksettes tidlig og for å redusere dødeligheten (Thune, 2017).

Diagnostiseringen av brystkreft foregår med trippeldiagnostikk som omfatter klinisk undersøkelse, bildediagnostikk og en vevsprøve (Thune, 2017).

Behandlingen av brystkreft varierer ut fra brystkreftssvulstens egenskaper og må ses i sammenheng med kjennetegn hos pasienten (Thune, 2017). Den viktigste behandlingsmetoden for brystkreft er kirurgi, enten alene eller i kombinasjon med strålebehandling, cytostatika og endokrin behandling (Sørensen et al., 2016). Ved kirurgisk behandling kan man utføre en brystbevarende operasjon eller fjerning av hele brystet, (Schlichting, 2016). Alle pasienter som skal gjennomgå en slik operasjon får tilbud om primær rekonstruksjon med protese (Schlichting, 2016).

I følge Thune (2017) er prognosen for brystkreft svært god og leveutsiktene har kontinuerlig bedret seg gjennom de siste tiårene. Brystkreft er likevel den viktigste årsaken til tapte leveår hos kvinner opp til 65 år. Prognosen er sterkt avhengig av sykdommens stadium ved diagnosetidspunktet og brystkreftsvulstens egenskaper (Thune, 2017).

2.1.1 Mastektomi

Schlichting (2016) beskriver mastektomi som en operasjon der man fjerner hele brystet. Dette utføres dersom tumoren er større enn 4 cm, eller hvis det er flere tumorer med stor avstand i samme bryst. Omtrent 30% av alle som opereres for brystkreft fjerner hele brystet. Flere kvinner velger mastektomi for å unngå strålebehandling og bivirkninger av dette, og/eller for å redusere angsten for tilbakefall (Schlichting, 2016).

2.2 Seksuell helse

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

Brystkreftsykdommen og behandlingen kan medføre forandringer som har uheldig virkning på seksuallivet og som kan påvirke kvinnens helse (Gamnes, 2016). Seksualitet kan knyttes til helsen der somatiske plager hos kvinnen kan få konsekvenser for hele seksualiteten, både for de emosjonelle, intellektuelle og sosiale aspektene i kvinnens liv (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Behovet for seksualitet varierer hos hvert enkelt menneske, men det er likevel en betydningsfull komponent i menneskets identitet i alle aldre (Helland, 2015). Når sykepleieren arbeider med kvinnens helse er det viktig å være våken for hvordan sykdom og behandling påvirker seksualiteten (Almås & Benestad, 2017). Det er i dag en økende bevissthet i helsesektoren om seksualitetens positive betydning for menneskets helse og velbefinnende (Almås & Benestad, 2017).

2.2.1 Seksuell helse hos kvinner i alderen 50-69 år

Kvinner i alderen 50-69 år er vanligvis menopausale og denne perioden av livet markerer avslutningen på den fertile perioden (Gamnes, 2016). Seksualiteten til disse kvinnene er fremdeles av stor betydning selv om den ikke knyttes til fertilitet og forplantningsfunksjon (Borg, 2017). Etter menopausen vil kvinnen merke varige aldersforandringer først og fremst på grunn av fall i østrogennivået (Gamnes, 2016). Således kan kvinner oppleve seksuelle utfordringer som nedsatt seksuell lyst, samt tynne og tørre slimhinner som kan føre til sårhet ved samleie. Gamnes (2016) sier videre at regelmessig seksuell stimulans vil kunne gi færre slike plager for kvinnen.

I følge Gamnes (2016) starter en ny fase for kvinnene etter menopausen. Denne fasen preges av begrensninger, lettelse og tristhet. Noen kvinner kan føle tristhet fordi de ikke lenger kan få barn, mens andre kan oppleve lettelse ved at de får tid og mulighet til å realisere drømmer som de tidligere kanskje ikke har fått virkeliggjort. Mange kvinner er etablerte i parforhold hvor det kan være en utfordring å holde vedlike et seksualliv. Andre kvinner lever som enslige og kan leve uten et seksualliv, med et sporadisk seksualliv eller med et seksualliv med seg selv (Gamnes, 2016).

I voksen alder har tilfredshet med seksuallivet nær sammenheng med kvinnens selvfølelse og evne til kommunikasjon med eventuell partner (Vildalen, 2014). Seksuell lyst og seksuelle behov varierer gjennom livet og kvinnens seksualitet er svært var for både psykiske og fysiske

påkjenninger som for eksempel sykdom (Vildalen, 2014). Seksualitet er et grunnleggende behov hos mennesket som sykepleieren bør møte på lik linje med andre grunnleggende behov (Helland, 2015). Det er viktig at sykepleieren har innsikt i seksualitetens betydning for pasienten og har evner til å hjelpe på dette området når pasienten har behov for det (Borg, 2017).

2.3 Konsekvenser av mastektomi i forhold til seksuell helse

Behandlingen av brystkreft kan påvirke kvinnens seksualitet både fysisk og psykisk (Bredal, 2017). Studien til Ussher et al. (2013) viser at 85% av deltakerne rapporterte endringer i seksuell helse etter brystkreft. Mastektomi kan føre til endringer i kroppsbilde hos kvinnen, som igjen kan føre til seksuelle utfordringer (Gamnes, 2016). Studien til Raggio et al. (2014) beskriver at mastektomi er forbundet med lavere seksualitet og utfordringer på grunn av fysisk synlige kroppsendringer.

2.3.1 Betydningen av et bryst

Brystkreftsykdommen og behandlingen som følger representerer et spesielt område for sexologisk våkenhet (Almås & Benestad, 2017). I vår kultur er brystene et viktig symbol for femininitet, samt en viktig del av kvinnens seksuelle identitet (Schjøllberg, 2017). Brystene er erogene soner og vesentlige kjønnsattributter og for mange kvinner er brystene viktige for deres selvbilde og kvinnelighet (Almås & Benestad, 2017; Bredal, 2017). De fleste kvinner opplever det traumatisk å miste et bryst og noen føler seg mindre verdt som kvinne (Bredal, 2017). En viktig kilde til seksuell nytelse kan være borte på grunn av brystkreftsykdommen og tapet av et bryst (Almås & Benestad, 2017).

2.3.2 Endret kroppsbilde

Schjøllberg (2017) definerer kroppsbildet som menneskets oppfatning av sin egen kropp. Kroppen har både funksjonelle og estetiske uttrykk, og har en viktig funksjon i forhold til egen identitet og i relasjon med andre (Konradsen, 2014). Kroppens funksjonalitet kan bli tatt for gitt i perioder av livet, men dukker gjerne opp i bevisstheten ved dysfunksjon (Konradsen, 2014). Vi påvirkes av kulturelle normer fra samfunnet og forsøker aktivt å påvirke kroppens estetiske uttrykk i forhold til hva vi selv ønsker og tenker at omgivelsene vil godta og synes er optimalt (Konradsen, 2014). Kvinner som diagnostiseres med brystkreft opplever ofte en

trussel mot den delen av kroppen som samfunnsmessig og sosialt uttrykker kvinnelighet og seksualitet (Konradsen, 2014).

”For kvinners vedkommende er det hevdet at det å få fjernet et bryst muligens er det som har størst betydning for endringer i kroppsbildet” (Schjølberg, 2017, s. 136). Det er individuelt hvordan kvinner opplever de kroppslige forandringene (Konradsen, 2014). Det endrede kroppsbildet avhenger av kvinnens forhold til sin egen kropp før operasjonen (Schjølberg, 2017). Derfor er det hensiktsmessig å kartlegge pasientens kroppsbilde før mastektomien (Schjølberg, 2017). Endringer i kroppsbildet kan også påvirke hvordan man forholder seg til egen seksualitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Operasjoner som endrer utseende fysisk, som ved å fjerne kjønnsmarkører som et bryst, kan gi endret selvbilde og selvtillit som også påvirker seksuell helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

2.4 PLISSIT-modellen

Permission, limited information, specific information og intensive therapy (PLISSIT)-modellen ble utviklet av psykologen Jack Annon og er en kommunikasjonsmodell sykepleier kan benytte seg av i veiledning og behandling av seksuelle utfordringer (Almås & Benestad, 2017). Modellen består av fire trinn; permission, limited information, specific information og intensive therapy, altså tillatelse, begrenset informasjon, konkrete forslag og intensiv terapi (Borg, 2017). Sykepleieren har mulighet til å ivareta de tre første trinnene i modellen gjennom rådgivning og miljøbehandling, mens det siste trinnet vil ha hovedfokus på henvisning til spesialister innenfor de ulike fagområdene (Vildalen, 2014). Nedenfor beskrives de fire trinnene i modellen.

Tillatelse

Det første trinnet handler om at sykepleieren skal gi tillatelse eller rom for at kvinnen kan sette ord på tanker rundt seksualitet og eventuelle seksuelle utfordringer. Dette innebærer at sykepleieren er villig til å snakke om temaet eller å lytte til pasienten. Det er ikke alle pasienter som ønsker å snakke om sine seksuelle utfordringer og på dette trinnet er det pasienten selv som gir tillatelse til å snakke om temaet. Sykepleieren må akseptere pasientens ønsker, men alle skal likevel få tilbudet om å snakke om sin seksuelle helse (Borg, 2017).

Begrenset informasjon

Dette trinnet gjelder for pasienter som har behov for å få enkel og saklig informasjon om seksualitet på generell basis (Gannes, 2016). Pasienten har rett på informasjon fra sykepleieren om kreftsykdommen og behandlingens konsekvenser for deres seksuelle helse, uten selv å ta initiativ eller å kreve å bli informert (Borg, 2017). Sykepleieren kan på dette trinnet oppfordre kvinnen til å si hvordan hun opplever sin situasjon og hva hun tror vil virke inn på hennes seksualitet (Borg, 2017).

Konkrete forslag

I det tredje trinnet i PLISSIT-modellen er målet at sykepleieren skal komme med konkrete forslag og løsninger til kvinnen for å gjøre henne i stand til å mestre konkrete situasjoner. Sykepleieren har kunnskaper om sykdommen og behandlingen som det antas at pasienten ikke har. Dette trinnet handler om at sykepleieren og kvinnen sammen finner løsninger som bidrar til å ivareta kvinnens seksuelle helse, samt hvordan et godt seksualliv kan opprettholdes og utvikles (Borg, 2017).

Intensiv terapi

Ved hjelp av de tre første trinnene vil sykepleier kunne kartlegge om det er behov for spesialisert behandling dersom det seksuelle problemet ikke kan bli løst i de tidligere trinnene. Dette trinnet er aktuelt for et fåtall av kvinnene, men problemene kan være desto større og mer komplekse. Sykepleierens rolle er å henvise kvinnen til spesialister på området, samt å motivere kvinnen til å gjennomgå den aktuelle behandlingen (Borg, 2017).

2.5 Sykepleierens veiledende og undervisende funksjon

I følge Nortvedt og Grønseth (2016) beskrives det i lover, regler og yrkesetiske retningslinjer at sykepleieren har fagspesifikke funksjoner og ansvar som skal prege måten sykepleieren tilnærmer seg og ivaretar pasienten på. Utøvelse av sykepleie omfatter oppgaver som er direkte pasientrettede; forebyggende og helsefremmende, behandlende, lindrende, rehabiliterende/habiliterende, og indirekte pasientrettede oppgaver; undervisende og veiledende, administrasjon og ledelse, fagutvikling og forskning (Nortvedt & Grønseth, 2016).

Denne oppgaven benytter seg av sykepleierens undervisende og veiledende funksjon. Denne funksjonen innebærer at sykepleieren har et ansvar for å informere, undervise og veilede pasienter og pårørende, medarbeidere og studenter (Nortvedt & Grønseth, 2016). Denne sykepleierfunksjonen skal fremme trygghet og bidra til at pasienten kan forstå og mestre konsekvenser ved egen sykdom og behandling (Nortvedt & Grønseth, 2016).

2.6 Lovverk og etikk

I pasient- og brukerrettighetsloven står det i §3-2 i første ledd 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, §3-2). Sykepleieren har en juridisk plikt til å gi informasjon til den som har krav på det etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven (Helsepersonelloven, 1999, §10). Det skal derfor ikke være nødvendig for kvinnen å etterspørre informasjon om hennes sykdom og seksuelle helse, da denne informasjonen skal gis uoppfordret fra sykepleieren (Gamnes, 2016).

I samtale med pasienter om deres seksuelle helse er det spesielt viktig at sykepleieren arbeider etter yrkesetiske retningslinjer (Gamnes, 2016). De yrkesetiske retningslinjene harmonerer i stor grad med lovverket og er grunnleggende i all utøvelse av sykepleie (Sneltvedt, 2016). Retningslinjene beskriver sykepleierens fundamentale plikt til å fremme helse, forebygge sykdom, lindre lidelse og sikre en verdig død (Sneltvedt, 2016). De yrkesetiske retningslinjene kan være til hjelp for sykepleieren i møte med seksuelle problemstillinger der den yrkesmessige og personlige etikken kan bli utfordret (Gamnes, 2016). For å ivareta pasienten og seg selv på best mulig måte er det viktig at sykepleieren har kunnskap om sine egne og andres holdninger til seksualitet (Gamnes, 2016). Seksualitet er det mest private området hos mennesket og sykepleieren må være bevisst på at alle mennesker har grenser som ikke kan overskrides uten at det virker krenkende (Gamnes, 2016).

3 Metode

Metode kan beskrives som et redskap for å samle inn informasjonen vi trenger for å belyse en problemstilling (Dalland, 2017). Sosiologen Vilhelm Aubert (1985) beskrev metode slik: ”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder” (Aubert, referert i Dalland, 2017, s. 51). Det blir valgt en bestemt metode på bakgrunn av at den vil egne seg best til å belyse problemstillingen som er stilt (Dalland, 2017).

3.1 Anvendt metode

Oppgaven er utformet som en litterær oppgave. Denne metoden benyttes på bakgrunn av skolens krav og retningslinjer for bacheloroppgaven. En litterær oppgave kjennetegnes av at det innhentes og sammenlignes data fra eksisterende fagkunnskap, forskning og teori (Dalland, 2017). Det eksisterer mye litteratur og forskning om mastektomi og seksuell helse. En litterær oppgave er derfor en hensiktsmessig metode for å besvare oppgavens problemstilling.

3.2 Litteratursøk

Søkeprosessen startet med å anvendte skjemaet PICO (Patient/Problem, Intervention, Comparison, Outcom) (Thidemann, 2015). PICO-skjemaet har vært til hjelp for å operasjonalisere problemstillingen slik at den ble mer presis og søkbar (Thidemann, 2015). Deretter fortsatte søkeprosessen med å finne søkeord og kombinasjoner av disse til å søke i databasene. Det ble benyttet Norsk MeSH (Medical Subject Headings) til å finne relevante søkeord.

Søkene ble utført i databasene PubMed og Cinahl. Disse databasene dekker sykepleiefaget og tilgrensende fag og er derfor hensiktsmessig i denne oppgaven (Thidemann, 2015). For å finne relevante forskningsartikler ble overskrifter på artiklene lest først og deretter abstraktet på artiklene som virket relevante. Dersom abstraktet i artikkelen var relevant for problemstillingen ble hele artikkelen lest og vurdert. Videre ble artiklene sammenlignet for å finne likheter og forskjeller.

I Cinahl brukte jeg søkeordene "sexuality" og "breast neoplasms" og kombinerte disse ordene med AND. Dette ga 214 treff. Søket ble avgrenset til fagfelleverderte engelske forskningsartikler fra de siste fem årene, som resulterte i 110 treff. Etter å ha lest ti abstrakter og fem artikler ble to relevante artikler valgt. Den første artikkelen var *Information needs associated with changes to sexual well-being after breast cancer*, skrevet av Ussher et al. (2013). Artikkelen er relevant fordi den undersøker informasjonsbehovet om seksualitet, erfaringer med å innhente slik informasjon, samt kommunikasjon om seksualitet mellom pasient og helsepersonell etter brystkreft. Den andre artikkelen som ble valgt var *Prevalence and correlates of sexual morbidity in long-term breast cancer survivors*, som er skrevet av Raggio et al. (2014). Denne artikkelen er aktuell for problemstillingen ettersom den undersøker omfanget av langsiktige seksuelle utfordringer kvinner opplever etter brystkreftdiagnosen.

I PubMed benyttet jeg søkeordene "body image", "breast cancer", "femininity" og "mastectomy", kombinert med AND. Søket ble avgrenset til artikler fra de siste ti årene og dette resulterte i 17 treff. Etter å ha lest gjennom fire abstrakter og to artikler valgte jeg ut artikkelen *From "No Big Deal" to "Losing Oneself"*, skrevet av Fallbjörk, Salander og Rasmussen (2012). Denne artikkelen er relevant fordi den undersøker innvirkningen mastektomien har på kvinnens liv, samt deres refleksjoner rundt eventuell rekonstruksjon.

Det ble også utført søk i SveMed+ uten relevante resultater. De to siste forskningsartiklene som er anvendt i oppgaven er begge funnet i Cinahl i samme søk. Søkeordene som ble brukt var "sexuality" og "registered nurses", kombinert med AND. Dette ga 92 treff. Videre ble søket avgrenset med fagfelleverderte engelske artikler fra de siste ti årene (2008-2019), som resulterte i 48 artikler. Etter gjennomgang av fem abstrakter var to artikler relevante. Den første forskningsartikkelen som ble valgt ut var *Discussing sexuality with patients: nurses' attitudes and beliefs*, som er skrevet av Saunamäki et al. (2010). Denne artikkelen er relevant fordi den utforsker sykepleierens holdninger og meninger i forhold til å snakke om seksualitet med pasienter. Den andre artikkelen var *Registered nurses' reflections on discussing sexuality with patients: responsibilities, doubts and fears*, skrevet av Saunamäki og Engström (2013). Artikkelen belyser problemstillingen fordi den tar for seg sykepleierens egne refleksjoner rundt det å diskutere seksualitet med pasienter.

Ved å benytte inklusjons- og eksklusjonskriterier ble søkeresultatet tilpasset min problemstilling og mengden av resultatene ble avgrenset. Inklusjonskriteriene var at artiklene skulle være fagfelleverderte og på engelsk. Jeg søkte også etter artikler som var på norsk, svensk eller dansk uten resultater. Eksklusjonskriteriet var at artiklene ikke skulle være eldre enn ti år. I tillegg var det viktig at artiklene hadde overføringsverdi til vestlig kultur i henhold til oppgavens avgrensning.

3.3 Søkehistorikk

Forskningsartiklene er rangert etter nummer. Tittel og videre informasjon om artiklene finnes i *Tabell 2. Artikkelmatrise* på side 15.

Tabell 1. Oversikt over hvordan søkene ble utført.

Nr.	Søkeord og avgrensning	Dato og database	Antall treff og utvalg
1 og 2	<p><u>Søkeord:</u> Sexuality AND breast neoplasms</p> <p><u>Avgrensning:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Fagfelleverderte engelske artikler Årstall: 2013-2018 	<p><u>Dato:</u> 10.11.2018</p> <p><u>Database:</u> Cinahl</p>	<p><u>Antall treff:</u> 110</p> <p><u>Leste abstrakt:</u> 10</p> <p><u>Leste artikler:</u> 5</p> <p><u>Inkluderte artikler:</u> 2</p>
3	<p><u>Søkeord:</u> Body image AND breast cancer AND femininity AND mastectomy.</p> <p><u>Avgrensning:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Årstall: 2008-2018 	<p><u>Dato:</u> 17.11.2018</p> <p><u>Database:</u> PubMed</p>	<p><u>Antall treff:</u> 17</p> <p><u>Leste abstrakt:</u> 4</p> <p><u>Leste artikler:</u> 2</p> <p><u>Inkluderte artikler:</u> 1</p>
4 og 5	<p><u>Søkeord:</u> Sexuality AND registered nurses</p> <p><u>Avgrensning:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Fagfelleverderte engelske artikler Årstall: 2008-2019 	<p><u>Dato:</u> 08.01.2019</p> <p><u>Database:</u> Cinahl</p>	<p><u>Antall treff:</u> 48</p> <p><u>Leste abstrakt:</u> 5</p> <p><u>Leste artikler:</u> 2</p> <p><u>Inkluderte artikler:</u> 2</p>

3.4 Annen litteratur

I tillegg til forskningsartiklene har jeg anvendt annen relevant litteratur for å belyse problemstillingen min. De bøkene jeg har hatt mest nytte av i oppgaven er *Kreftsykepleie: pasient-utfordring-handling* av Reitan og Schjølberg (2017) og kapittelet ”Seksualitet og helse” av Siv Gamnes i *Grunnleggende sykepleie bind 2* (2016). Noen av bøkene som er anvendt er funnet ved å lese gjennom tidligere bacheloroppgaver med samme tematikk, som deretter ble søkt opp i søkemotoren Oria ved skolens bibliotek.

Jeg har benyttet meg av biblioteket for å finne kvalitetssikrede kilder som er relevante for min oppgave (Dalland, 2017). Her har jeg funnet alle fagbøkene jeg har anvendt i oppgaven. Jeg har også hatt nytte av offentlig publikasjoner utgitt av regjeringen, Lovdata med primære rettskilder som regulerer rettigheter og plikter og *Sykepleien* gitt ut av Norsk sykepleierforbund. Enkeltsøk i nevnte kilder har bidratt til ytterligere kunnskap om oppgavens tematikk. Jeg har fått kunnskaper og inspirasjon i hvordan å skrive oppgaven fra ”Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving” av Thidemann (2015). Denne boken har vært til hjelp for å strukturere og utforme oppgaven.

3.5 Kildekritikk

I følge Dalland (2017) betyr kildekritikk at man vurderer i hvilken grad litteraturen man har funnet lar seg bruke til å beskrive og belyse problemstillingen. I tillegg må man kunne sjekke og vurdere om opphavet til kilden er troverdig (Dalland, 2017). Forskningsartiklene som er anvendt anses som relevante i henhold til oppgavens tematikk og problemstilling. Artiklene er fagfellevurderte, fra de siste ti årene og skrevet i anerkjente tidsskrifter. For å validere tidsskriftenes kvalitet har jeg søkt på de ulike tidsskriftene i Norsk senter for forskningsdata (NSD) sitt register over vitenskapelige publiseringskanaler. Tidsskriftene som er anvendt er godkjent av NSD og vurderes derfor som faglig sikre.

I studiene jeg har anvendt som omhandler pasienters erfaringer, har jeg tatt utgangspunkt i de funnene som fremkom i alderen 50-69 år. Eksempelvis har studien til Ussher et al., (2013) respondenter fra 18-84 år og en gjennomsnittsalder på 54,1 år. Jeg velger likevel å ta med artikkelen da det fremkommer at resultatet er uavhengig av alder. Hensikten med søket er å finne ut av hvordan sykepleieren kan bidra til å ivareta seksuell helse hos kvinner i etterkant

av mastektomi. På bakgrunn av dette har jeg valgt forskningsartikler som er utført rett etter diagnosen var stilt og forskningsartikler flere år etter, for å kunne finne ut av langtidseffekten mastektomi har på seksuell helse.

Jeg har tilstrebet å benytte primærkilder i oppgaven for å unngå unøyaktigheter og feiltolkninger av litteraturen (Dalland, 2017). Det er for eksempel anvendt sekundærkilde ved presentasjon og oversettelse fra engelsk til norsk av PLISSIT-modellen i oppgaven grunnet vanskeligheter med å finne primærkilden. Sekundærkilden i dette tilfellet er Borg (2017). Dette anses som en troverdig kilde grunnet funn av tilnærmet lik fremstilling og oversettelse i andre kilder som Gamnes (2016) og Vildalen (2014).

I oppgaven anvendes forskningsartikler med kvantitative metoder, forskningsartikler med kvalitative metoder og en artikkel med begge metodene. Den kvantitative metoden gir data i form av målbare enheter (Dalland, 2017). Derimot tar den kvalitative metoden sikte på å gå mer i dybden av temaet og fanger dermed opp meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2017). Begge metodene bidrar på hver sin måte til en bedre forståelse av samfunnet vi lever i og hvordan enkeltmennesker og grupper samhandler (Dalland, 2017). Ved å anvende artikler med ulike metoder er målet å oppnå et bredere perspektiv for å belyse problemstillingen. Av de kvalitative studiene som er anvendt kan en begrensning være at det er få respondenter, noe som kan føre til at resultatene ikke kan generaliseres til den øvrige befolkningen. Artikkene anses likevel som relevante for problemstillingen og en fordel er at artikkene går mer i dybden hos enkeltindivider.

Forskningsartikkene som er anvendt i oppgaven er skrevet på engelsk og ved oversettelse til norsk tar jeg forbehold om at det kan ha forekommet feiltolkninger av teksten. Det er i utgangspunktet forsøkt å anvende studier som er utført i Skandinavia, fordi dette er land som er kulturelt sammenliknbare med Norge. I oppgaven er det likevel anvendt en forskningsartikkel fra Australia og en fra USA. Dette kan medføre ulikheter i kultur og helsevesen, men artikkene er likevel relevante med tanke på at begge landene har vestlig kultur.

4 Presentasjon av forskningsresultater

Her presenteres forskningsartiklene som er relevante for å belyse oppgavens problemstillingen.

Tabell 2. Artikkelmatrise.

Nr.	Tittel, forfattere og tidsskrift	Hensikt og metode	Funn
1	<p><u>Tittel:</u> <i>Information needs associated with changes to sexual well-being after breast cancer.</i></p> <p><u>Forfattere:</u> Jane M. Ussher, Jeanette Perz og Emilee Gilbert (2013).</p> <p><u>Tidsskrift:</u> Journal of Advanced Nursing.</p>	<p><u>Hensikt:</u> Å undersøke informasjonsbehovet om seksualitet, erfaringer med å innhente slik informasjon, samt kommunikasjon om seksualitet mellom pasient og helsepersonell etter brystkreft.</p> <p><u>Metode:</u> Blandet metodeanalyse. Primært kvantitativ metode med en kvalitativ komponent. Elektronisk spørreundersøkelse med åpne og lukkede spørsmål.</p>	<p><u>Funn:</u> Studien viser at 85% av deltakerne rapporterte endringer i seksuelt velvære etter brystkreft. 68% ønsket informasjon om disse endringene, hvor kun 41% fikk dette.</p>
2	<p><u>Tittel:</u> <i>Prevalence and correlates of sexual morbidity in long-term breast cancer survivors.</i></p> <p><u>Forfattere:</u> Greer A. Raggio, Meghan L. Butryn,</p>	<p><u>Hensikt:</u> Å undersøke omfanget av langsiktige seksuelle utfordringer kvinner opplever tre eller flere år etter diagnose.</p> <p>Undersøker også sammenhengen mellom demografiske, medisinske, psykososiale og</p>	<p><u>Funn:</u> Studien viser at 77% av alle , og 60% av de seksuelt aktive i studien hadde store utfordringer knyttet til sin seksualitet i flere år etter diagnose.</p>

	<p>Danielle Arigo, Renee Mikorski og Steven C. Palmer (2014).</p> <p><u>Tidsskrift:</u> Psychology & Health.</p>	<p>seksuelle utfordringer.</p> <p><u>Metode:</u> Kvantitativ metode. Elektronisk spørreundersøkelse.</p>	
3	<p><u>Tittel:</u> <i>From "No Big Deal" to "Losing Oneself" – Different Meanings of Mastectomy.</i></p> <p><u>Forfattere:</u> Ulrika Fallbjörk, Pär Salander og Birgit H. Rasmussen (2012).</p> <p><u>Tidsskrift:</u> Cancer Nursing.</p>	<p><u>Hensikt:</u> Å undersøke innvirkningen mastektomien har på kvinnenes liv, samt deres refleksjoner rundt eventuell rekonstruksjon.</p> <p><u>Metode:</u> Kvalitativ metode. Tematiske fortellingsinspirerte intervjuer 4,5 år etter mastektomi.</p>	<p><u>Funn:</u> Studien viser at opplevelsen av mastektomi er individuell og kontekstuell. Å miste et bryst kan være av liten, middels eller stor betydning.</p>
4	<p><u>Tittel:</u> <i>Discussing sexuality with patients: nurses' attitudes and beliefs.</i></p> <p><u>Forfattere:</u> Nina Saunamäki, Matilda Andersson og Maria Engström (2010).</p> <p><u>Tidsskrift:</u> Journal of Advanced Nursing.</p>	<p><u>Hensikt:</u> Studien utforsker sykepleieres holdninger og meninger i forhold til å snakke om seksualitet med pasienter.</p> <p><u>Metode:</u> Korrelativ og komparativ metode. Studien ønsket å utforske forholdene mellom to variabler og sammenligne resultater fra fem medisinske avdelinger og fem kirurgiske avdelinger.</p>	<p><u>Funn:</u> Studien viser at over 90% av sykepleierne forstod at pasienters sykdom og behandling påvirker deres seksualitet. Likevel viser studien at 80% av sykepleierne ikke tok seg tid, og at 60% følte at de ikke hadde nok kompetanse til å ta opp temaet seksualitet.</p>

5	<p><u>Tittel:</u> <i>Registered nurses' reflections on discussing sexuality with patients: responsibilities, doubts and fears.</i></p> <p><u>Forfattere:</u> Nina Saunamäki og Maria Engström (2013).</p> <p><u>Tidsskrift:</u> Journal of Clinical Nursing.</p>	<p><u>Hensikt:</u> Studien beskriver sykepleiernes egne refleksjoner rundt det å diskutere seksualitet med pasienter.</p> <p><u>Metode:</u> Beskrivende metode med en kvalitativ tilnærming.</p>	<p><u>Funn:</u> Studien viser at seksualitet er et tema som er utfordrende for sykepleiere å snakke om. Studien anbefaler at sykepleiere bør tørre å bruke sin kunnskap, og gå ut av sin komfortsone, for at de skal klare å identifisere pasientenes behov for seksuell informasjon.</p>
---	---	--	--

5 Drøfting: Hvordan kan sykepleier bidra til å ivareta seksuell helse hos kvinner i etterkant av mastektomi?

I følge Krefregisteret (2018) ble 3589 norske kvinner diagnostisert med brystkreft i 2017. Selv om brystkreft er den viktigste årsaken til tapte leveår hos kvinner opp til 65 år er prognosen for en ferdigbehandlet brystkreftpasient i Norge svært god (Thune, 2017). Brystkreftbehandling kan påvirke kvinnens seksuelle helse i stor eller liten grad (Bredal, 2017). Dette bekrefter studien til Fallbjørk et al. (2012) som påpeker at det er stor variasjon i opplevelsen av å miste et bryst i forhold til seksuell helse. Forskningen utført av Ussher et al. (2013) viser at 85% av kvinnene som deltok i studien hadde opplevd seksuelle utfordringer som følge av brystkreftbehandling. Studien til Raggio et al. (2014) konkluderte med at kvinnene som hadde utført mastektomi hadde de største seksuelle utfordringene.

Det er en utfordring for sykepleieren å bidra til å ivareta kvinnens seksuelle helse fordi det er for lite oppmerksomhet rundt dette temaet i behandling og oppfølging av pasienter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Pasienter sier selv at de ikke får tilfredsstillende informasjon om seksuell helse i etterkant av brystkreftbehandling (Ussher et al., 2013). Dette viser viktigheten av at sykepleieren anvender sin undervisende og veiledende funksjon for å sikre tilfredsstillende informasjon i møte med mastektomiopererte kvinner. Både litteratur og forskning fremhever PLISSIT-modellen som et nyttig kommunikasjonsverktøy sykepleieren kan ta i bruk i veiledning om seksuell helse (Borg, 2017; Ussher et al., 2013). Ettersom PLISSIT-modellen er sentral i denne oppgaven er drøftingen delt opp etter modellens fire punkter; tillatelse, konkrete forslag, begrenset informasjon og intensivterapi. Først drøftes sykepleierens veiledende og undervisende funksjon og informasjonsplikt.

5.1 Sykepleierens veiledende og undervisende funksjon og informasjonsplikt

Det finnes ingen retningslinjer for hvordan seksuelle spørsmål skal ivaretas av helse- og omsorgstjenesten (Helland, 2015). Likevel har sykepleiere en viktig rolle i å identifisere og møte pasienters behov for samtale og veiledning angående seksuelle spørsmål (Helland, 2015). Dette underbygges av studien til Ussher et al. (2013) som fremhever viktigheten av at sykepleiere anvender sin undervisende og veiledende funksjon i møte med seksuelle

utfordringer hos pasienten. Når sykepleier skal veilede kreftpasienter om seksualitet, kreves det at sykepleieren har kunnskap om både de fysiske og psykiske utfordringene disse pasientene står ovenfor (Borg, 2017). Borg (2017) sier videre at sykepleieren trenger kunnskap for å forstå, men også et emosjonelt engasjement for å gi pasienten trygghet slik at samtaler om følelser og seksualitet går lettere. På den ene siden må sykepleieren være følelsesmessig tilstede (Gamnes, 2016). På den andre siden kan det tenkes at sykepleieren må klare å holde en profesjonell avstand til kvinnen for å klare å observere og vurdere hennes seksuelle utfordringer.

Reitan (2017) vektlegger at veiledningen og undervisningen fordrer gode kommunikasjonsferdigheter, fordi den involverer kvinnens tanker, følelser og kropp. Kommunikasjon er det viktigste arbeidsredskapet sykepleieren har, og god kommunikasjon og samhandling med kreftpasienter er grunnleggende for utøvelse av god sykepleie (Borg, 2017; Reitan, 2017). Studien til Ussher et al. (2013) konkluderer med at alle sykepleiere bør ha kommunikasjonstrening i forhold til å ta opp temaet seksuell helse med pasienter. Dette kan tolkes som at sykehusavdelinger bør tilstrebe å ha rutinemessig kommunikasjonskurs for sykepleiere som jobber med brystkreftpasienter. Dette bekreftes i en studie som Reitan (2017) henviser til, hvor sykepleiere som hadde deltatt på kommunikasjonskurs i større grad mestret kommunikative oppgaver som de sto overfor i sin daglige praksis (Ammentorp, Sabro, Kofoed & Mainz, referert i Reitan, 2017, s. 106).

For å ivareta kvinnens seksuelle helse, må sykepleieren tilstrebe å ivareta kvinnens behov for helhetlig omsorg (Saunamäki et al., 2010). Sykepleieren må se kvinnen ut fra en større helhet og ta hennes sjel og legeme, åndelige og kulturelle anliggender i betraktning (Odland, 2016). Dette gjenspeiles i de yrkesetiske retningslinjene punkt 2-3 som omhandler at sykepleieren ivaretar den enkeltes behov for helhetlig omsorg (Norsk sykepleierforbund, 2016). Det er viktig at sykepleieren har kunnskaper om sine egne og andres holdninger til seksualitet for å ivareta både seg selv og pasienten på best mulig måte (Gamnes, 2016). Dette utdypes videre gjennom Borg (2017) som tilføyer at sykepleieren bør være åpen og nysgjerrig, samt være forberedt på at pasienten kan ha andre uttrykk for seksualitet enn en selv har. Det kan tenkes at dersom sykepleieren er moraliserende ovenfor kvinnens seksuelle preferanser og atferd, kan dette føre til at sykepleieren ikke klarer å ivareta kvinnens behov for veiledning og undervisning.

Sykepleieren har gjennom sine ansvars- og funksjonsområder en spesifikk funksjon som omhandler å informere, veilede og undervise pasienter om konsekvensene av behandlingen de gjennomgår (Nortvedt & Grønseth, 2016). Borg (2017) mener derfor at sykepleiere har et adekvat grunnlag for å ivareta kvinnens seksuelle helse i etterkant av mastektomi ut i fra dette ansvars- og funksjonsområdet. Til tross for dette er det flere studier som viser at sykepleiere ikke tar opp temaet seksuell helse med pasienter (Saunamäki et al., 2010; Saunamäki & Engström, 2013). Dette kommer i konflikt med sykepleierens informasjonsplikt (Helsepersonelloven, 1999, §10). Samtidig har pasienter en lovfestet rett til å få informasjon om konsekvenser av den behandlingen de får (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2). Loven kan tolkes som at sykepleiere har en plikt til å informere om konsekvenser for seksuell helse i etterkant av mastektomi.

5.2 Tillatelse til å snakke om seksualitet

I følge Helse- og omsorgsdepartementet (2016) ønsker pasienter at seksualitet skal tematiseres, men foretrekker at helsepersonell tar det opp. Dette kan sykepleieren tilfredsstille ved hjelp av PLISSIT-modellens første trinn, tillatelse, der sykepleieren åpner for samtale om kvinnens seksualitet (Borg, 2017). Borg (2017) trekker frem to forutsetninger som må være til stede for å samtale om seksualitet. Den ene forutsetningen er at sykepleieren er villig til å snakke om temaet. Den andre forutsetning er at kvinnen gir tillatelse til å snakke om dette.

Studien til Ussher et al. (2013) beskriver at noen kvinner opplevde at sykepleiere følte ubehag i samtaler om seksualitet og virket uinteresserte. Dette bekrefter forskningen til Saunamäki & Engström (2013) hvor flere av sykepleierne forteller at de unnlater å snakke om seksualitet grunnet ubehag, men også på grunn av frykt for å invadere pasientens privatliv. Seksualitet er det mest private området hos et menneske hvor noen kvinner har vanskeligheter med å slippe andre inn (Gamnes, 2016). Sykepleieren må respektere at noen pasienter ikke ønsker å snakke om seksualitet, men alle bør få tilbud om det og tillatelse til det (Borg, 2017). Dersom kvinnen ikke ønsker å snakke om seksualitet kan sykepleieren gi henne skriftlig informasjon (Borg, 2017). Dette trekkes også frem i studien til Ussher et al. (2013) hvor flertallet av kvinnene foretrekker skriftlig informasjon om seksuell helse etter brystkreft gjennom for eksempel hefter, nyhetsbrev og nettsider. Dette tolkes som at det kan være utfordrende å ta opp temaet seksualitet både for sykepleieren og pasienten. Videre belyser det viktigheten av at

sykepleieren tar hovedansvaret for å adressere temaet. Deretter er det opp til pasienten om de ønsker å bli informert og hvordan de ønsker informasjonen.

Sykepleierens møte med kvinnen på sykehus er ofte kortvarig, da behandlingen som regel foretas dagkirurgisk, eller at kvinnen er inneliggende i bare ett døgn til noen få dager (Sørensen et al., 2016). Det kan være utfordrende for sykepleieren å forberede kvinnen på livet etter operasjonen i løpet av så kort tid (Sørensen et al., 2016). Sykepleiere kan forbigå temaet seksualitet fordi de tenker at dette ikke er det viktigste for pasienten akkurat nå (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Når en kvinne får vite at hun skal utføre mastektomi vil det være mange behov som dukker opp og de seksuelle behovene kommer gjerne i bakgrunnen (Gamnes, 2016). Jeg har snakket med en sykepleier som jobber på kreftavdelingen på Ullevål sykehus. Hun bekrefter at temaet seksualitet gjerne dukker opp i etterkant av utskrivelsen. Hun problematiserer at det ikke er organisert oppfølging av pasientene som utfører mastektomi som kurativ behandling. Derimot forteller hun at de pasientene som får adjuvant behandling som strålebehandling og/eller cytostatika får bedre mulighet til å snakke med sykepleier fordi de kommer til behandling i ettertid. Sykepleieren forteller at de tilstreber å være åpne rundt temaet seksualitet slik at de kvinnene som har utført mastektomi som kurativ behandling også får tillatelse til å snakke om temaet. Når sykepleieren vet hvor stor betydning mastektomi har for kvinnens seksuelle helse, og at de fleste ikke opplever utfordringer knyttet til dette før i etterkant av sykehusoppholdet, er det oppsiktsvekkende at det ikke finnes noe oppfølgingstilbud til de kvinnene som utfører mastektomi som kurativ behandling.

Seksualitet er en viktig del av menneskes identitet og de individuelle forskjellene er store (Gamnes, 2016). Hva seksualitet betyr for hvert enkelt menneske vil også variere mye i løpet av livet (Gamnes, 2016). Funnene i forskningen til Fallbjörk et al. (2012) bekrefter dette, hvor det å miste et bryst kan være av liten eller stor betydning for kvinnen. På den ene siden opplevde noen av kvinnene i studien at det å miste et bryst "ikke var så farlig", samt at det ikke forstyrret synet på seg selv som kvinne. På den andre siden opplevde noen andre kvinner i studien mastektomien som å få "knust sin identitet", samt å miste seg selv som et seksuelt vesen, som kvinne og som person. Sørensen et al. (2016) underbygger at det er utfordrende å vite hva den enkelte pasient har behov for av informasjon og understreker derfor viktigheten av at sykepleieren møter kvinnen på hennes premisser og gir individuelt tilpasset informasjon ut fra hennes behov. Dette kan tolkes dit hen at på den ene siden er det sykepleierens ansvar å kartlegge kvinnens behov for veiledning og undervisning om seksuell helse. På den andre

siden er det kvinnen som avgjør om hun gir tillatelse til å snakke om temaet og om hun ønsker denne informasjonen fra sykepleieren.

Kvinnene sykepleieren møter i denne oppgaven er vanligvis menopausale og derfor ferdige med å få barn (Gamnes, 2016). Seksualitet og seksuell helse tematiseres i liten grad med mindre det knyttes direkte eller indirekte til reproduksjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Dersom sykepleieren unngår å diskutere seksuelle utfordringer med disse kvinnene kan dette styrke fordommene om at seksualitet er et avsluttet kapittel for denne gruppen (Borg, 2016). For å kunne utøve profesjonell og helhetlig omsorg til kvinner med utfordringer knyttet til seksualitet er det viktig at sykepleieren har en større forståelse for seksualitetens betydning for kvinnen og ikke bare definerer det utelukkende som en forplantningsfunksjon (Borg, 2017). På bakgrunn av dette kan det tenkes at seksuell helse er like viktig for kvinnen uavhengig av fertilitet og alder og at kvinnene i alderen 50-69 år også trenger tillatelse til å snakke om seksuell helse.

5.3 Informasjon om mastektomiens konsekvenser for seksuell helse

Helse- og omsorgsdepartementet (2016) legger frem at det er for lite oppmerksomhet rundt seksuell helse i behandling og oppfølging. Det kommer også frem at det er mangelfull tilgang på informasjon og veiledning om seksuelle utfordringer som følge av sykdom. Borg (2017) poengterer at mange sykepleiere unngår å gi informasjon om seksuell helse til sine pasienter. Dette bekreftes i studien til Ussher et al. (2013) hvor det fremkommer at kun 41% av kvinnene hadde fått informasjon om brystkreftens konsekvenser for seksuell helse.

I studien til Ussher et al. (2013) ønsket to tredjedeler av brystkreftpasientene å få informasjon om brystkreft og seksuell helse. I den forbindelse ønsket de å få informasjon om kroppsbildet, fysiske konsekvenser, innvirkninger på seksualiteten, eventuelle problemer i parforhold og psykologiske konsekvenser. Sykepleieren kan møte dette informasjonsbehovet ved at veiledningen går inn i PLISSIT-modellens andre trinn, begrenset informasjon (Borg, 2017). Målet i dette trinnet er å gi kvinnen informasjon om mastektomiens konsekvenser for seksuell helse (Gamnes, 2016).

Forskning og litteratur viser at det er flere årsaker til at sykepleiere ikke tar opp temaet seksuell helse med pasienter. Funnene i studien til Saunamäki et al. (2010) viser at en årsak

kan være at sykepleiere ikke føler seg trygge nok på egen kunnskap om temaet. Borg (2017) bekrefter dette og sier at det kan bunne i at flere sykepleiere stiller for høye krav til egen kunnskap og profesjonalitet slik at de vegrer seg for å snakke om seksualitet med pasienter. Egne erfaringer fra sykepleierstudiet og praksis er at det snakkes lite om seksuell helse og om hvordan sykepleieren kan ta opp temaet med pasienten. Likevel antyder studien til Saunamäki og Engström (2013) at sykepleiere har den kunnskapen som er nødvendig for å snakke om seksuell helse med pasienter. Videre viser funnene i studien at sykepleiere må være villige til å gå ut av komfortsonen for å gi informasjon om konsekvenser for seksuell helse (Saunamäki & Engström, 2013).

Mangel på tid og egnet sted for samtale ble også beskrevet som medvirkende faktorer til at sykepleierne ikke snakker om seksualitet (Saunamäki og Engström, 2013). Til tross for dette har sykepleiere informasjonsplikt (Helsepersonelloven, 1999, §10) og pasienten har lovfestet rett til informasjon (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2). Sykepleieren kan derfor ikke velge bort denne oppgaven, for eksempel på grunn av knapphet på tid eller mangel på egnet sted for samtale (Nortvedt & Grønseth, 2016). I de fleste sykehusavdelingens rutiner har sykepleieren innkomstsamtaler med pasienten (Gamnes, 2016). Gamnes (2016) sier at det som er felles for disse samtalene er at de sjeldent inneholder spørsmål direkte knyttet til seksualitet. Det kan derfor tenkes at dersom sykehusavdelingene hadde hatt rutiner som sikret at pasientene hadde fått informasjon om konsekvenser av mastektomi kunne dette ha bidratt til å ivareta kvinnens seksuelle helse.

Kvinnene i alderen 50-69 år er ofte etablerte i et parforhold (Gamnes, 2016). Kvinnen trenger psykisk støtte fra sine nærmeste og spesielt fra en eventuell partner i etterkant av mastektomi (Sørensen et al., 2016). Borg (2017) understreker at all seksuell veiledning bør ha som mål å få pasienten til å snakke sammen med sin partner om seksualitet. Dette støttes av studien til Ussher et al. (2013) som tilføyer at sykepleieren bør oppfordre par til å snakke sammen, fordi dette er en hensiktsmessig mestringsstrategi. Bearbeidingen av tapet av brystet og aksepteringen av kroppsendringen kan bli lettere dersom kvinnen er åpen ovenfor partneren sin (Sørensen et al., 2016). Dersom kvinnen er alene bør sykepleier likeså gi henne informasjon som kan hjelpe kvinnen til å leve godt med sin seksualitet (Borg, 2017).

Schjølberg (2017) beskriver viktigheten av å få frem pasientens følelser rundt det å snakke om det endrede kroppsbildet, hva pasienten vet om kroppslige forandringer som følge av

mastektomi, og hva pasienten ønsker å vite. Hvordan kvinnen reagerer på endringer i kroppsbildet er avhengig av personen selv, tidligere reaksjonsmønstre i forbindelse med vanskelige situasjoner og evne til å mestre stress (Schjølberg, 2017). Det er viktig at sykepleieren er klar over hva den enkelte trenger hjelp til før en gir veiledning og informasjon (Gamnes, 2016). I noen tilfeller er det kanskje tilstrekkelig for pasienten at sykepleieren lytter og er til stede (Gamnes, 2016). Det er viktig at sykepleieren finner ut om kvinnen har fått tilfredsstillende informasjon og om denne er forstått, eller om det forekommer misforståelser som må oppklares (Gamnes, 2016). Gamnes (2016) sier videre at sykepleieren må finne den rette balansen mellom å beskytte og ta hensyn, utfordre og oppmuntre. Det kan tenkes at på den ene siden må sykepleieren gi kvinnen nok informasjon for å dekke informasjonsbehovet, men må på den andre siden være varsom med tanke på at for mye informasjon om konsekvenser kan gjøre kvinnen engstelig.

5.4 Løsninger som kan bidra til å ivareta seksuell helse

Mastektomi kan være det som har størst betydning for endringer i kroppsbilde hos kvinner (Schjølberg, 2017). Samtidig viser studien til Fallbjörk et al. (2012) at opplevelsen av å miste et bryst er individuelt og kontekstuel. Endringer i kroppsbildet kan føre til seksuelle utfordringer (Schjølberg, 2017). Det kan tenkes at sykepleieren bør tilstrebe å forstå kvinnens personlige opplevelse av det å miste et bryst for å kunne kartlegge kvinnens behov for informasjon og veiledning. Sykepleieren kan dermed komme med råd som gjør kvinnen i stand til å mestre konkrete situasjoner. Veiledningen går da inn i PLISSIT-modellens tredje trinn, konkrete forslag (Borg, 2017). Målet med dette trinnet er at sykepleieren i samarbeid med kvinnen skal forsøke å finne konkrete forslag til løsninger på hvordan et godt seksualliv kan opprettholdes og utvikles (Borg, 2017).

Schjølberg (2017) hevder at en sentral oppgave for sykepleiere som arbeider i kreftomsorgen er å hjelpe kvinnen til å forstå og akseptere et endret kroppsbilde. Han beskriver videre at sykepleieren kan påvirke hvordan kvinnen tilpasser seg til sitt endrede kroppsbilde. Dette innebærer å undervise og forberede kvinnen på endringene, samt å lære henne hvordan hun kan ta vare på seg selv etter behandlingen (Schjølberg, 2017). Et godt hjelpemiddel for kvinnen kan være sensualitetstrening der kvinnen skal lære å bli kjent med sin egen kropp, lære å akseptere sine seksuelle behov, samt å trene seg opp til både å gi og ta imot (Gamnes, 2016).

Sykepleieren kan hjelpe kvinnen til å opparbeide seg kunnskaper og ferdigheter om sin seksualitet i lys av egne fagkunnskaper (Dalland, referert i Reitan, 2017). Vildalen (2014) poengterer at kunnskap om kropp og seksualitet bidrar til en utvikling av et positivt selvbilde, samt bedre forvaltning av seksuell lyst og nytelse alene eller sammen med andre. Sannsynligvis kan kunnskap fremme kvinnens håp og mestring i en vanskelig situasjon, noe som er i tråd med de yrkesetiske retningslinjene (Norsk sykepleierforbund, 2016). Dette krever at sykepleieren har god kompetanse om seksuell helse (Vildalen, 2014). Det kan tenkes at dersom sykepleiere ikke har tilstrekkelig kunnskap om mastektomiens konsekvenser for seksuell helse, kan dette være en hemmende faktor. Helland (2015) bekrefter dette ved å si at mangel på kunnskap kan forverre belastningen ved seksuelle utfordringer og kan eventuelt hindre hjelpesøkende atferd hos pasienten.

Psykisk støtte er viktig for mange brystkreftpasienter (Sørensen et al., 2016). På bakgrunn av dette kan sykepleieren gi kvinnen råd om å snakke med partner eller noen som står henne nær. Sykepleieren kan tilby seg å gi informasjon og snakke med pårørende dersom kvinnen ønsker det (Bredal, 2017). Mange kvinner finner også støtte i andre som er i samme situasjon som seg selv eller har gjennomgått mastektomi tidligere (Bredal, 2017). Sykepleieren kan dermed gi råd til kvinnen om å kontakte interesseorganisasjoner som for eksempel *Brystkreftforeningen*, som arrangerer ulike kurs og samlinger (Sørensen et al., 2016). Det kan tenkes at dersom sykepleieren gir konkrete råd til kvinnen om å dele sin opplevelse rundt mastektomien med andre, kan dette bidra til å ivareta kvinnens seksuelle helse.

Videre vektlegger Borg (2017) at det å gi konkrete forslag også innebærer å gi kvinnen informasjon om seksuelle hjelpemidler. I denne sammenheng kan det tenkes at råd som kan styrke kvinnens kroppsbilde er hensiktsmessig, fordi dette kan styrke kvinnens seksuelle helse. Det vil være aktuelt å informere kvinnen om brystprotese (Sørensen et al., 2016). Kvinnen får støtte til kjøp og fornyelse av brystprotese, og sykepleier kan tilby kvinnen en midlertidig brystprotese ved hjemreise fra sykehuset dersom hun ønsker det (Sørensen et al., 2016). Dette problematiseres i studien til Fallbjörk et al. (2012) hvor flere av kvinnene opplevde at de hadde begrensede muligheter til bekledning, samt at de alltid følte at de måtte skjule brystprotesen sin. Sykepleieren må være klar over at en del kvinner opplever det vanskelig å bruke brystprotese (Sørensen et al., 2017). Dersom sykepleieren respekterer og støtter valget kvinnen tar, kan det tenkes at valget blir enklere for kvinnen. Sannsynligvis vil

kvinnen føle seg mer komfortabel med å bruke brystprotese dersom sykepleieren kommer med konkrete råd om bekledning som skjuler brystprotesen.

5.5 Intensiv terapi – henviser til spesialisert behandling

Borg (2017) mener at sykepleiere som benytter seg av PLISSIT-modellen er i stand til å bidra til å ivareta kvinners seksuelle helse ved å tilfredsstille modellens tre første trinn.

Sykepleieren har et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig (Norsk sykepleierforbund, 2016). Dette kan tolkes som at sykepleieren har et ansvar å henviser kvinnen til spesialist dersom sykepleieren anser dette som nødvendig. På bakgrunn av dette kan sykepleier anvende PLISSIT-modellens fjerde og siste trinn, intensivterapi (Borg, 2017). Målet i dette trinnet er at sykepleieren ved hjelp av de tre første trinnene i PLISSIT-modellen kan kartlegge kvinnens behov for spesialisert behandling. Borg (2017) sier videre at sykepleieren skal ta i bruk dette trinnet dersom kvinnens seksuelle utfordringer ikke har blitt løst i de tidligere trinnene. Sykepleierens primærrolle er å henviser kvinnen til en spesialist på det aktuelle området, og sekundært motivere kvinnen til å gjennomgå behandlingen (Borg, 2017). Dette kan for eksempel omhandle spesielle seksuelle dysfunksjoner eller dypere samlivsproblematikk (Gamnes, 2016).

Rekonstruksjon av bryst regnes som intensivterapi og er en viktig del av brystkreftbehandlingen (Borg, 2017; Sørensen et al., 2016). Mange kvinner ønsker dette blant annet for å slippe å bruke løs brystprotese resten av livet (Sørensen et al., 2016). Det er ikke alle kvinner som kan få utført rekonstruksjon. Et eksempel på dette er en kvinne på 62 år i studien til Fallbjörk et al. (2012) som ikke fikk gjennomført rekonstruksjon på grunn av sin alder. Kvinnen forteller at hun fire år etter mastektomien fremdeles følte en stor tomhet inni seg og at hun enda ikke våget å være intim med sin nye partner. I studien til Raggio et al. (2014) kommer det frem at kvinner som har utført mastektomi følte seg mindre attraktive og fikk mer redusert sexlyst enn kvinner som utførte rekonstruksjon. På den ene siden kan sykepleieren hjelpe kvinnen med å bli henvist til et sykehus som utfører rekonstruksjon. På den andre siden bør sykepleieren gi kvinnen informasjon om at det er en mulighet for at hun ikke kan få utført rekonstruksjon. Flesteparten av kvinnene i studien til Fallbjörk et al. (2012) ønsket ikke rekonstruksjon. Disse kvinnene var alle i et stabilt parforhold. Det kan tenkes at det kan føles tryggere å leve uten et bryst dersom kvinnen er i et stabilt parforhold med en støttende partner.

6 Avslutning

Hvordan sykepleieren kan bidra til å ivareta kvinnens seksuelle helse i etterkant av mastektomi er belyst og drøftet i denne oppgaven. Problemstillingen er faglig relevant fordi forskning viser at flertallet av kvinnene som gjennomgår mastektomi opplever seksuelle utfordringer uten å få tilstrekkelig informasjon om dette. Det at kvinnen får tilstrekkelig informasjon vedrørende seksualitet vil ha stor betydning for kvinnens seksuelle helse og mestringsferdigheter i etterkant av mastektomi. Temaet er relevant i sykepleieutøvelsen fordi drøftingen viser at det finnes flere barrierer som medfører at mange sykepleiere unngår å snakke om seksuell helse med pasienter. Sykepleierens undervisende og veiledende funksjon, samt etikken og lovverket tydeliggjør sykepleierens ansvar i å ivareta kvinnens seksuelle helse i etterkant av mastektomi.

Drøftingen argumenterer for at PLISSIT-modellen er et nyttig verktøy sykepleieren kan ta i bruk i veiledning og undervisning om seksuell helse. Sykepleieren bidrar til å ivareta kvinnens seksuelle helse i etterkant av mastektomi ved å tilfredsstillere PLISSIT-modellens tre første trinn; tillatelse til å snakke om seksualitet, begrenset informasjon om konsekvensene mastektomien har for seksuell helse og å gi konkrete forslag.

Som fremtidig sykepleier er det flere elementer i oppgaven som jeg kan ta med meg videre. Det kan virke som om den største utfordringen for sykepleiere i denne sammenheng er å tørre å ta opp temaet seksuell helse med kvinnen. I veiledning om seksuell helse har jeg lært at det kreves et emosjonelt engasjement og kunnskaper om konsekvenser av mastektomi i forhold til seksuell helse. I tillegg kreves det at sykepleieren kartlegger kvinnens behov for veiledning for å klare å utøve helhetlig omsorg. En viktig forutsetning er at sykepleieren har tiltro til egen kunnskap for å tørre å ta opp temaet. Mangel på tid og egnet sted spiller også en sentral rolle i hvorfor sykepleiere ikke snakker med pasientene om seksuell helse. Det kan tenkes at dette kan forbedres ved at sykehusavdelingene utformer rutiner og retningslinjer som sikrer at sykepleiere får satt av tid og et egnet sted til å kunne snakke om dette temaet med pasienten, og ved behov avtale oppfølgingstimer.

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.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Fallbjørk, 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>
- Gannes, S. (2016). Seksualitet og helse. I N. J. Kristoffersen., F. Nortvedt., E-A. Skaug., & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 2* (3. utg., s. 373-407). Oslo: Gyldendal akademisk.
- 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
- Helse- og omsorgsdepartementet (2016). *Snakk om det! Strategi for seksuell helse* (2017-2022). Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf
- Helsepersonelloven (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Konradsen, H. (2014). Body image. I A. Prip., & K. Wittrup (Red.), *Kræftsykepleje: I et forløbsperspektiv* (1. utg., s. 111-119). København: Munksgaard.
- Kreftregisteret. (2018). Brystkreft. Hentet 14.02.2019 fra: <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Fakta-om-kreft/Brystkreft-Alt2/>
- Norsk sykepleierforbund. (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra

<https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

- Nortvedt, P., & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie - funksjon, ansvar og kompetanse. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie: Bind 1* (5. utg., s. 17-39). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Odland, L-H. (2016). Menneskesyn. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4.utg., s. 25-42). Oslo: Gyldendal akademisk.
- 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>
- 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. <http://dx.doi.org/10.1080/08870446.2013.879136>
- Reitan, A. M. (2017). Klinisk kommunikasjon. I A. M. Reitan., & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient – utfordring – handling* (4.utg., s. 104-119). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- 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. (2013). 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. K. (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 & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2.utg., s. 443-453). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Sneltvedt, T. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4.utg., s. 97-113). 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: Bind 2* (5.utg., s. 69 -115). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Thidemann, I-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Thune, I. (2017). Brystkreft. I A. M. Reitan., & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient – utfordring – handling* (4.utg., s. 463-476). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- 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>
- Vildalen, S. (2014). *Seksualitetens betydning for utvikling og relasjoner* (1.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.