

Mastektomi og seksuell helse

«Hva er sykepleiers veiledende funksjon for å fremme kvinners seksuelle helse etter gjennomgått mastektomi?»

Kandidatnummer: 109, 134

Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i Sykepleie

Antall ord: 7696

Dato: 19.04.2022



Lovisenberg
diakonale høgskole

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høyskole Dato 19.04.22
Tittel Mastektomi og seksuell helse	
<p><u>Problemstilling:</u> Hva er sykepleiers veiledende funksjon for å fremme kvinners seksuelle helse etter gjennomgått mastektomi?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv:</u> Oppgavens teoretiske grunnlag er skrevet ut ifra et medisinsk og sykepleiefaglig kunnskapsgrunnlag, der sykepleiers veiledende funksjon står sentralt. Mastektomiens fysiske og psykiske påvirkning på kvinnens seksuelle helse presenteres. Kvinnens behov for veiledning og informasjon er beskrevet i lys av sykepleierens ansvar, funksjon og holdninger, inkludert lovverk og yrkesetiske retningslinjer.</p> <p><u>Metode:</u> Dette er en litterær oppgave. Relevant faglitteratur og fire forskningsartikler anvendes for å besvare problemstillingen. Forskningsartiklene ble funnet i databasene CINAHL og PubMed, basert på utvalgte inklusjonskriterier og ulike søkekombinasjoner som presenteres i dette kapittelet.</p> <p><u>Drøfting:</u> For å besvare problemstillingen drøftes resultatene fra forskningsartiklene opp mot det teoretiske grunnlaget i lys av det etiske og juridiske aspektet. Kapittelet tar for seg kvinnens bearbeidelsesprosess, sett opp mot sykepleierens ansvar for veiledning. For å få en forståelse av hvorfor dette er en del av pasienters helse som ofte neglisjeres, drøftes både pasienters og sykepleiers barrierer knyttet til temaet. Kunnskap, institusjonelle utfordringer, og personlige holdninger til seksualitet er blant barrierene som drøftes ut ifra funnene fra anvendt forskning. Til slutt drøftes verdien av kommunikasjonsverktøy og ferdigheter, og hva en mangel på slike ferdigheter kan medføre for sykepleiers veiledende funksjon.</p> <p><u>Konklusjon:</u> Anvendt forskning og litteratur viser til en ubalanse mellom kvinnens behov for informasjon og informasjonen sykepleier gir. Utfordringene knyttet til mangel på kunnskap og erfaring var et sentralt hinder for sykepleiers veiledende funksjon. Økt bevissthet og kunnskap om mastektomiens påvirkning for den seksuelle helsen, kan bedre sykepleiers mulighet for veiledning. Institusjonelle endringer, der seksualitet blir en implementert sykepleieroppgave, kan bidra til at kvinnens behov og rett til veiledning og informasjon møtes. PLISSIT- og BETTER-modellene kan være gunstige verktøy for sykepleier under veiledning om seksuell helse. Grunnet seksualitetens kompleksitet kreves det en tillitsfull relasjon mellom sykepleier og pasient.</p>	

(Totalt antall ord: 300)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Problemstilling.....	2
1.3	Avgrensning	2
1.4	Sykepleiefaglig relevans.....	2
1.5	Begrepsavklaring.....	4
2	Teori.....	6
2.1	Pakkeforløp for brystkreft	6
2.2	Mastektomi og adjuvant behandling av brystkreft.....	6
2.3	Bivirkninger av behandling.....	7
2.4	Psykiske reaksjoner.....	7
2.5	Seksualitet som grunnleggende behov.....	8
2.6	Sykepleiers veiledende funksjon	9
2.7	Sykepleiers holdninger.....	10
2.8	PLISSIT-modellen.....	10
2.9	BETTER-modellen.....	11
3	Metode	12
3.1	Hva er metode?.....	12
3.2	Søkehistorikk	12
3.2.1	Valg av faglitteratur	12
3.2.2	Valg av forskningslitteratur	13
3.2.3	Inklusjonskriterier	13
3.2.4	Søkehistorikk tabell	14
3.3	Kildekritikk.....	15
3.4	Etiske overveielser.....	16
4	Presentasjon av forskningsresultater	17
4.1	Artikkelmatrise.....	18
5	Diskusjon.....	20
5.1	Bearbeidelsesprosessen	20
5.2	Sykepleieres barrierer.....	21
5.3	Sykepleieres holdninger	21
5.4	Pasientens barrierer	22
5.5	Kunnskap og kompetanse.....	22
5.6	Hastverk og tidsressurser	24
5.7	Egnet sted for veiledning	25
5.8	Kommunikasjonsferdigheter.....	25
6	Avslutning	27
	Referanseliste.....	28

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Brystkreft er den kreftformen som forekommer hyppigst hos kvinner (Folkehelseinstituttet, 2014). Hvert år diagnostiseres omtrent 3500 kvinner med brystkreft i Norge, noe som tilsvarer at omlag én av tolv kvinner utvikler denne kreftformen i løpet av livet (Kreftforeningen, u.å.). Kreft og behandling av kreft kan påvirkemenneskets seksualitet og seksuelle helse (Katz, 2011, s. 63). Uavhengig av kjønn, alder, legning og sivilstatus, vil det være naturlig å bekymre seg for hvordan seksualiteten vil kunne påvirkes av sykdommen og behandlingen (Kreftforeningen, u.å.). Etter å ha blitt rammet av en sykdom som kreft, er det mange som opplever et endret syn på, og forhold til, egen kropp. Kreft i seg selv, og behandlingen av kreft, kan i stor grad påvirke personens selvbilde og selvfølelse (Katz, 2011, s. 63). Av alle kreftpasienter opplever 50 – 100 prosent av dem på et eller annet stadium problemer knyttet til sin seksuelle helse (Solli, 2017). Senskadene etter kreftsykdom og behandling kan oppleves ulikt fra person til person, der både psykiske og fysiske komponenter ligger til grunn for de seksuelle utfordringene knyttet til kreftdiagnosen (Helsenorge, 2021). Fordi seksualitet er subjektivt, vil oppgaven baseres på Verdens helseorganisasjons (WHO, 2006) arbeidsdefinisjon på seksualitet, oversatt av Helland:

«en kjernedimensjon ved det å være menneske, som inkluderer seksuelle handlinger, kjønnsroller, kjønnsidentitet, seksuell orientering, erotikk, intimitet, nærhet, bekreftelse, kjærlighet og reproduksjon. Seksualitet oppleves eller uttrykkes i tanker, fantasier, lengsler, ønsker, tro, holdninger, verdier, aktiviteter, handlinger, roller og forhold og er en kilde til glede og selvrealisering så vel som helseutfordringer og -vanskeligheter som rammer både kvinner og menn»
(Helland, 2015, s. 862).

Vår erfaring fra praksisstudier og jobb i spesialisthelsetjenesten samsvarer med funnene i faglitteratur og forskning, som viser at seksualitet etter kreftsykdom er et område der

sykepleiere ikke alltid strekker til. Vi har derfor valgt å skrive vår oppgave om dette viktige, og dessverre ofte neglisjerte tema.

1.2 Problemstilling

«Hva er sykepleiers veiledende funksjon for å fremme kvinners seksuelle helse etter gjennomgått mastektomi?»

1.3 Avgrensning

Oppgaven avgrenses til å omhandle kvinner over 30 år, og som har gjennomgått en mastektomi etter en brystkreftdiagnose. Årsaken er at risikoen for brystkreft øker med alderen og svært sjeldent opptrer hos kvinner under 30 år (Kreftforeningen, u.å.). Likevel understrekes det at seksualitet er sentralt gjennom hele livet, og at seksuelle behov ikke kan avgrenses av alder (Gjessing, 2018). Rundt 90 prosent anbefales adjuvant behandling etter operasjon for brystkreft, med kjemoterapi og/eller endokrin behandling, samt strålebehandling (Helsedirektoratet, 2020). Oppgaven vil fokusere på konsekvensene etter kirurgisk behandling av brystkreft, men nevner også adjuvant behandling, og følgetilstander som kan oppstå etter behandlingen (Brystkreftforeningen, u.å.). I oppgaven vil ikke det psykiske eller fysiske aspektet ved fertilitetsbevaring nevnes. Oppgaven vil heller ikke omtale tilfeller der kreften har metastasert. Ulike religioner og kulturer har ulikt forhold til seksualitet og seksuell helse, men grunnet oppgavens omfang utdypes ikke dette aspektet (Helsenorge, 2021). Oppgaven vil heller ikke avgrenses av kvinnens legning eller sivilstatus, og partners rolle vektlegges ikke.

1.4 Sykepleiefaglig relevans

Virginia Henderson omtalt som “The first lady of nursing”, og var en sykepleier som levde fra 1897 til 1996 (Mathisen, 2015, s. 119). Hun er kjent for å være den som brakte Florence Nightingales verk inn i den moderne sykepleien, gjennom blant annet å definere hva sykepleierens funksjon er, og hvilken betydning den har i praksis (Mathisen, 2015, s. 121). Sykepleieprofesjonens identitet slik vi kjenner den i dag, er bygget på arbeidet utført av disse sykepleierne. Henderson omtalte det grunnleggende målet for sykepleie som det å ivareta menneskets grunnleggende behov. Hun beskrev sykepleiens funksjon som en særegen funksjon der man kan hjelpe mennesker, uavhengig av sykdom, til å utføre helsefremmende handlinger (Holter, 2015, s. 111). Henderson definerte sykepleie som en tjeneste til hvert

enkelt menneske, og som skal hjelpe pasienten til å bedre eller opprettholde sin helsetilstand (Mathisen, 2015, s. 125). I sin teori beskrev Henderson fjorten grunnleggende behov. Punktene ble utarbeidet for å gi sykepleieren mulighet til å utøve individuell sykepleie, gjennom å kartlegge pasientens individuelle behov (Mathisen, 2015, s. 128). Hendersons arbeid banet vei for begrepet vi i dag omtaler som helhetlig, individuell sykepleie (Mathisen, 2015, 132).

WHO definerer helse som “en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom eller lidelser” (FN, u.å.). For å oppnå definisjonen på en god helse må derfor også seksualitet som grunnleggende behov dekkes. Til tross for at seksualitet i dag beskrives som et av menneskets grunnleggende behov, finnes det per dags dato ingen retningslinjer eller pålegg til helseinstitusjoner om å ivareta dette behovet (Helland, 2015, s. 870). Både forskning og litteratur viser til en ubalanse mellom pasientens behov for informasjon, og informasjon som gis av sykepleiere (Helland, 2015, 870-871). Seksualitet er en avgjørende del av menneskets livskvalitet og helse, og er dermed et sentralt aspekt som bør følges opp av helsepersonell. Sykepleiere har et ansvar for å sikre ivaretagelse av pasientens behov ved å følge opp den seksuelle helsen (Langhelle et al., 2021).

Pasientens helse, livskvalitet og mestring er sentrale mål i sykepleien (Kristoffersen et al., 2016, s. 16). Sykepleiers funksjon er også nedfelt i de yrkesetiske retningslinjene der helsefremming og forebygging er sentralt (NSF, 2019). Helse- og omsorgsdepartementet (2016) har utarbeidet en strategiplan for å snakke om seksuell helse. Et av de overordnede målene er å sikre at helsepersonell både respekterer og forstår pasientens seksuelle behov og sikrer at pasientene, uavhengig av alder, har god og nødvendig kunnskap for å ivareta sin individuelle seksuelle helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 8). I og med at seksuell helse er viktig for pasientens livskvalitet, skal helsepersonell i følge planen snakke med pasientene sine om temaet. I planen presenteres konkrete tiltak for at helsepersonell skal diskutere seksualitet med sine pasienter, blant annet ved å inkludere temaet i behandlingsplanene. På den måten kan det sikres at hver enkelt pasient ivaretas (Langhelle et al., 2021).

Sykepleiere i spesialisthelsetjenesten møter kvinner med brystkreft i flere faser av behandlingen (Katz, 2011, s. 66). Sykepleierens møte med kvinnen på sykehus er ofte kort,

fordi noen blir operert dagkirurgisk, og andre ligger på sykehus mellom et døgn og et par dager. Kort liggetid kan medføre utfordringer for sykepleierens veiledende funksjon. Kvinnen skal føle seg forberedt på tiden etter behandlingen og at hun blir sett, noe som kan være vanskelig for sykepleieren i løpet av den korte tiden (Sørensen et al., 2016, s. 437). Grunnet dette har sykepleiere et særskilt ansvar for å åpne opp for samtaler med pasienten om seksualitet, og til å sørge for at informasjonsbehovet dekkes. Seksuell helse og konsekvensene sykdommen og behandlingen kan få, er områder som bør informeres om gjennom hele forløpet. Sykepleiere bør sikre at dekkende informasjon om seksualitet og seksuell helse gis både kvinnen og kvinnens partner. Sykepleier bør også være bevisst på at alle kvinner er forskjellige, og det samme er behovet for informasjon og veiledning (Katz, 2011, s. 66). Denne oppgaven vil se nærmere på sykepleiers veiledende funksjon i spesialisthelsetjenesten, for å kunne fremme seksuell helse hos kvinner som har gjennomgått en mastektomi.

1.5 Begrepsavklaring

Brystkreft: Brystkreft, også kalt Cancer Mammae, er en ondartet svulst i kjertelvevet i brystet. Når cellene i kjertelvevet mister kontroll, og begynner å dele seg og vokse ukontrollert, oppstår svulsten (Felleskatalogen, 2020).

Mastektomi: Mastektomi er en kirurgisk fjerning av brystet, og utføres ved forstadier til brystkreft og ved utviklet brystkreft, dersom brystbevarende kirurgi ikke er aktuelt (Kreftlex, u.å.)

Sykepleiers veiledende funksjon: Sykepleiers veiledende funksjon handler om å sørge for at pasienten har fått den informasjonen som er nødvendig, slik at deres behov for kunnskap og forståelse er dekket, og for å gi kvinnen mulighet til å ivareta egen helse, og medvirke i egen behandling (Kristoffersen et al., 2016, s. 19).

Helsefremming: Verdens helseorganisasjon definerer helsefremming som prosessen ved å hjelpe mennesker til å øke kontroll over, og forbedre, egen helse (World Health Organization, 1998).

Seksuell helse: Verdens helseorganisasjon definerer seksuell helse som en tilstand av fysisk, emosjonelt, mentalt og sosialt velvære knyttet til seksualitet; det er ikke nok med fravær av

sykdom, dysfunksjon eller skrøpelighet. Seksuell helse krever en positiv og respektfull tilnærming til seksualitet og seksuelle forhold, samt muligheten til å ha behagelige og trygge seksuelle opplevelser, frie for tvang, diskriminering og vold. For at seksuell helse skal oppnås og opprettholdes, må alle seksuelle rettigheter respekteres, beskyttes og dekkes (World Health Organization, 2006).

2 Teori

I dette kapittelet presenteres pakkeforløpet for brystkreft, deretter mastektomi og adjuvant behandling. Etter dette presenteres bivirkningene av behandlingen og de psykiske påkjenningene de kan medføre. Videre presenteres sykepleiers veiledende rolle og ansvar, der relevant lovverk belyses. Kapittelet vil også ta for seg seksualitet som et grunnleggende behov, og sykepleieres holdninger til seksuell helse. Til slutt vil diverse verktøy og kommunikasjonsferdigheter som kan være til hjelp for sykepleieren i veiledning om seksuell helse presenteres.

2.1 Pakkeforløp for brystkreft

Pakkeforløpet for brystkreft ble igangsatt i 2015 (Kreftlex, u.å.). Hensikten med pakkeforløpet er å heve kvaliteten på kreftomsorgen og skape forutsigbarhet for pasientene (Helsedirektoratet, 2016), uten forsinkelser i utredning, diagnostikk, behandling og oppfølging (Kreftlex, u.å.). Pakkeforløpet igangsettes fra øyeblikket spesialisthelsetjenesten mottar en henvisning grunnet mistanke om kreftsykdom (Kreftlex, u.å.). Tilbudet skal legge til rette for et individuelt forløp for pasienten (Helsedirektoratet, 2016). Pakkeforløpet innebærer en tidsramme for perioden fra utredning til behandling og fra behandling til oppfølging. Disse tidene er ingen rettighet, men skal være veiledende og opprettholdes så langt det lar seg gjøre, ifølge §2-2 i pasient- og brukerrettighetsloven om prioritering av helsetjenester (Kreftlex, u.å.).

2.2 Mastektomi og adjuvant behandling av brystkreft

Operasjon er den vanligste behandlingsformen for brystkreft, enten den er brystbevarende eller om det vurderes at hele brystet skal fjernes, altså en mastektomi. Ved avgjørelsen om brystet skal bevares eller om hele må fjernes er faktorer som blant annet svulstens omfang, alder og arvelighet nøye vurdert. I tillegg til dette vurderes kvinnens opplevelse av et eventuelt tap av brystet (Kreftlex, u.å.). Omlag 30 prosent av de som behandles kirurgisk for brystkreft, får fjernet hele brystet, og noen kvinner velger også å fjerne hele brystet for å unngå adjuvant strålebehandling, og for å redusere redsel for tilbakefall av kreften (Schlichting, 2016, s. 449). I tillegg til kirurgi, får flertallet også adjuvant behandling i form av cellegift, strålebehandling og/eller hormonbehandling (Brystkreftforeningen, u.å.).

2.3 Bivirkninger av behandling

Å få en brystkreftdiagnose, og behandling av denne, kan medføre endringer i kvinnens seksualitet (Katz, 2011, s. 63). Behandlingsalternativene kan medføre flere bivirkninger. Brystene er en erogen sone for mange kvinner, og en mastektomi kan resultere i tap av følsomhet i brystet (Katz, 2011, s. 63). Kjemoterapi og hormonbehandling som tilleggsbehandling etter operasjonen, skader ovarialcellene, noe som kan forårsake en tidlig utløst overgangsalder, enten forbigående eller varig (Schlichting, 2016, s. 452). Hormonbehandlingen kan føre til tørre slimhinner i skjeden, som igjen kan føre til en sår skjede og smerter ved samleie (Kreftforeningen, u.å.). Adjuvant behandling med cytostatika kan medføre hårtap, noe som kan påvirke kvinnens tanker rundt egen feminine identitet (Schlichting, 2016, s. 452). Andre bivirkninger og senskader som kan påvirke kvinnens seksuelle helse er fatigue, hetetokter og nattesvette, og smerter i operasjonssår, bryst og i arm (Kreftforeningen, u.å.).

2.4 Psykiske reaksjoner

En undersøkelse foretatt av rosa-sløyfe aksjonen i 2018, basert på brystkreftforeningens medlemmer med senskader, viste at to av tre fikk utfordringer knyttet til følelses- og seksuallivet, mens syv av ti fikk tap av, og endring i, seksuell lyst (Kreftforeningen, 2018). En vanlig psykisk reaksjon etter behandling av brystkreft er et negativt endret forhold til egen kropp, og en følelse av å "ikke kjenne igjen seg selv" (Kreftforeningen, 2018). Ved en mastektomi kan kvinner oppleve at deres feminine identitet forsvinner, og gi endret seksualitet og kroppsbilde (Katz, 2011, s. 63). Etter å ha fjernet brystet, kan kvinnen oppleve sterke reaksjoner og vanskeligheter med å forsones seg med endringen, noe sykepleier burde være klar over (Sørensen et al., 2016, s. 447).

Noen kvinner vil kunne oppleve arret etter operasjonen som svært sjenerende, og som enda en påminnelse om sykdom. Før kvinnen skrives ut av sykehuset burde sykepleier oppfordre henne til å se på arret for å ufarliggjøre det, og sykepleier burde tilby kvinnen å være der med henne, både som støtte og for å svare på eventuelle spørsmål. Sykepleier burde også foreslå for kvinnen at partneren får se arret før utskrivelsen. Det er i denne perioden viktig at sykepleier er observant på, og kan identifisere tegn på at kvinnen har behov for å snakke om tapet av brystet (Sørensen et al., 2016, s. 447).

Kvinnens relasjon til partner, og partners støtte gjennom både sykdomsforløpet og behandlingsforløpet, påvirker også kvinnens seksuelle interesse. Både kvinnen og partner er avhengige av tilstrekkelig oppfølging og veiledning knyttet til endringer i den seksuelle helsen (Sørensen et al., 2016, s. 442). Fokuset gjennom behandlingsperioden er som regel overlevelse, håndtering av bivirkninger og det “å komme seg gjennom”. Kreftpasienter vil sjelden ha overskudd til sex i denne perioden, men kan likevel ha behov for andre aspekter av seksualitet, som nærhet, kos og intimitet (Helsenorge, 2021).

2.5 Seksualitet som grunnleggende behov

Sykepleier skal ha en helhetlig tilnærming til mennesket, og skal bidra til ivaretagelse av grunnleggende behov der pasientens egne ressurser ikke er tilstrekkelige (Eriksen et al., 2021). Seksualitet defineres av Verdens helseorganisasjon som et grunnleggende behov, og De forente nasjoner definerer seksualitet som en menneskerett (World Health Organization, 2006). Sykdom, og kroppslige endringer etter sykdom, vil ofte ha en sammenheng med et endret seksualliv. Det vil være viktig at sykepleier også ser kvinnens seksuelle helse i et helhetlig perspektiv. Det vil si at det biologiske aspektet ikke er det eneste det skal fokuseres på (Langhelle et al., 2021). Ved en mastektomi må kvinnen informeres om psykiske og sosiale aspekter ved seksuell helse etter gjennomgått behandling, i tillegg til det fysiske som skjer med kroppen. Å rammes av kreft kan medføre flere følelser som kan være vanskelige å håndtere både for kvinnen og hennes partner. Seksuelle problemer etter gjennomgått behandling av brystkreft kan dermed påvirke forholdet med partneren og ikke bare kvinnen selv (Langhelle et al., 2021).

Som tidligere nevnt kan behandling og sykdom føre til endringer og utfordringer for menneskets seksuelle helse. Seksualitet er en del av menneskers livskvalitet, er sentralt gjennom hele livet, og er derfor en viktig del av individets helse (Langhelle et al., 2021). Menneskets seksualitet, og forholdet man har til egen seksuell helse, er en personlig ressurs som påvirker helsen vår (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 7). Den får mennesker til å søke kjærlighet og varme. Et velfungerende seksualliv kan ha betydning for menneskets selvbilde og velvære. Ved å oppnå en god seksuell helse kan faktorer som mestring, utholdenhet og overlevelse styrkes. Seksualitet er altså en helsefremmende faktor (Langhelle et al., 2021). Forutsetninger for en god seksuell helse er ivaretagelse av menneskets seksuelle rettigheter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 8). Verdens helseorganisasjon har formulert ti seksuelle rettigheter, som gjenspeiles i de allerede anerkjente

menneskerettighetene. Disse inkluderer alle menneskers rettigheter, fri fra tvang, diskriminering og vold. Blant disse ti rettighetene er retten til høyest mulig standard av helse, herunder seksuell helse, og retten til informasjon og veiledning (World Health Organization,, 2002, s. 5).

2.6 Sykepleiers veiledende funksjon

Sykepleierens veiledende funksjon handler om å gi kvinnen den informasjonen og kunnskapen hun har behov for om sykdom, behandling og prognose, slik at hun kan gjenvinne kontroll over egen helse (Sørensen et al., 2016, s. 438). Sykepleier bør tilpasse informasjonen til kvinnens behov og bør møte kvinnen på hennes premisser. Det kan være utfordrende for sykepleier å vite hva slags informasjon hver enkelt pasient trenger (Sørensen et al., 2016, s. 438), og seksualitet kan være vanskelig å snakke om fordi mange anser temaet som privat (Kreftforeningen, u.å.). Likevel har sykepleiere et ansvar for å sørge for at kvinnen får tilstrekkelig informasjon, slik at hun får innsikt i egen helsetilstand (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2). Sykepleier skal tilpasse informasjonen til pasientens individuelle forutsetninger. Sykepleier bør forsikre seg om at kvinnen har forstått både innholdet i informasjonen og betydningen av den (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-5). For å kunne utøve medvirkningsretten og dermed gi gyldig samtykke til helsehjelp, er informasjon en avgjørende forutsetning (Helsedirektoratet, 2018).

Ifølge norsk sykepleierforbunds etiske retningslinjer har sykepleier et ansvar for å utøve en sykepleiepraksis som bidrar til å fremme helse og forebygge sykdom. Sykepleier skal fremme kvinners mulighet til å kunne ta selvstendige avgjørelser. Dette gjøres ved å gi tilstrekkelig tilpasset informasjon og forsikre seg om at kvinnen har forstått informasjonen (NSF, 2019). Helsefremmende arbeid tar utgangspunkt i faktorer som kan styrke ressursene for god helse, velvære og livskvalitet (Aglén et al., 2018). Det fokuserer ikke på sykdom og risikofaktorer, men heller på faktorer som blant annet sosiale, kulturelle, og individuelle forutsetninger for god helseutvikling. Sentralt for helsefremmende arbeid er tanken om at mennesket må få makt og kontroll over egen helse, også kalt *empowerment* (Mæland, 2021, s. 17). En helsefremmende tilnærming fokuserer altså på positive ressurser for helse og livskvalitet (Mæland, 2021, s. 78). En likeverdig samarbeidsrelasjon mellom den som tar initiativ og den som blir involvert, er avgjørende for et helsefremmende arbeid. Ferdigheter som lytting, kommunikasjon og samarbeid er en viktig del av arbeidet (Mæland, 2021, s. 79).

2.7 Sykepleiers holdninger

En positiv og respektfull holdning til seksualitet er en forutsetning for at kvinnen kan oppnå god seksuell helse. Holdningene rundt seksualitet gjelder dermed både for kvinnen og sykepleieren. Å ha positive holdninger og god kunnskap knyttet til egen kropp og seksualitet kan bidra til å oppnå en tryggere seksuell identitet og et bedre handlingsmønster (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 7-8). Gjennom å skape trygghet og tillit, kan bekreftende kommunikasjon være avgjørende i en god relasjon mellom sykepleier og kvinnen.

Bekreftende ferdigheter, som nonverbale og verbale kommunikasjonsferdigheter, er viktig for å vise kvinnen at man hører, ser og forstår. Ferdighetene danner kommunikasjonsgrunnlaget for *empowerment* (Eide & Eide, 2016, s. 220).

I undersøkelsen foretatt av rosa-sløyfe-aksjonen kommer det frem at informasjon gitt av helsepersonell i forkant av behandling er mangelfull, og det samme gjelder hjelpen i etterkant. Undersøkelsen viste at 67 prosent av deltakerne ikke fikk informasjon om seksuelle utfordringer og senskader, og heller ikke om tilbud om hjelp (Kreftforeningen, 2018). Kropp og seksualitet henger tett sammen. Likevel viser studier at kommunikasjon om utfordringer vedrørende seksuell helse, ikke er på dagsorden. Sykepleiere og annet helsepersonell diskuterer sjelden temaet med pasientene sine. Pasientene ønsker at sykepleiere skal ta initiativ til samtale, selv om intimitet og seksuell helse kan være ubehagelig å snakke om (Langhelle et al., 2021). Mangel på kunnskap, erfaring, og på systematisering av hjelpemidler i kommunikasjon om seksualitet, er alle faktorer som bidrar til at sykepleiere neglisjerer dette grunnleggende behovet (Helland, 2015, s. 870).

2.8 PLISSIT-modellen

PLISSIT-modellen er et samtaleverktøy som sexologer ofte tar i bruk ved seksuell rådgivning, men som også kan anvendes av flere faggrupper, som sykepleiere (Helland, 2015, s. 877). Jack Annon, en amerikansk psykolog, utviklet modellen på 1970-tallet og den brukes fortsatt (Langhelle et al., 2021). Modellen består av fire trinn; tillatelse, begrenset informasjon, spesifikke forslag og intensiv terapi. Når sykepleier bruker samtaleverktøyet for å kommunisere med kvinnen om seksualitet og seksuell helse, kan det bidra til at kvinnen aktivt deltar i å fremme egen helse (Helland, 2015, s. 877-879). Modellen kan bistå sykepleiere i veiledning om seksuell helse med pasienten og bidra til en strukturert samtale (Langhelle et al., 2021).

2.9 BETTER-modellen

Et nyere samtaleverktøy som er utviklet av onkologiske sykepleiere er BETTER-modellen. Modellen er designet for å snakke om seksualitet, og kan brukes av alt helsepersonell. Den tar utgangspunkt i individuelle behov og WHO's definisjon av seksualitet (Blikstad et al., 2020). Hensikten med modellen er å sette seksualitet på dagsordenen. Den har en enkel struktur og består av seks steg (Blikstad et al., 2020); ta opp temaet, forklare at man er opptatt av alle aspekter i pasientens liv og at sex er en viktig og naturlig del av livet, informere om tilgjengelige ressurser, informere pasienter som ikke er klare for å snakke om temaet at de kan stille spørsmål i fremtiden, informere om hvordan seksualiteten kan påvirkes av behandlingen og til slutt dokumentere evalueringer og intervensjoner i pasientens journal (Katz, 2011, s. 66).

3 Metode

3.1 Hva er metode?

Metode er en systematisk fremgangsmåte som benyttes for å samle inn informasjon og kunnskap for å svare på valgt problemstilling (Thidemann, 2020, s. 74). Metoden bidrar til å samle inn data, det vil si informasjonen som brukes i oppgaven (Dalland, 2018, s. 52).

I tråd med høgskolens krav og retningslinjer for bacheloroppgaver, er denne oppgaven skrevet som en litterær oppgave. Det vil si at oppgaven systematiserer kunnskap fra andre skriftlige kilder (Thidemann, 2020, s. 79). Vi har benyttet oss både av fag- og forskningslitteratur for å besvare vår problemstilling. I dette kapitlet vil vi gjøre rede for fremgangsmåten for søk etter valgt forskningslitteratur, der søkehistorikken vår også er gjort rede for i en søketabell. Videre vil vi presentere inklusjonskriterier, og valg av annen relevant litteratur. Til slutt presenteres kildekritikk av forsknings- og faglitteratur som ble benyttet i oppgaven.

3.2 Søkehistorikk

3.2.1 Valg av faglitteratur

For å finne relevant faglitteratur for å besvare vår problemstilling, har vi benyttet oss av databasen Oria og brukt relevante pensumbøker fra studieforløpet. Kapitlene “Seksualitet”, “Sykepleieprofesjonens grunnleggende kjennetegn” og “Hva er sykepleie?” i læreboken fra Grov og Holter (2016) har vært spesielt nyttige, for å beskrive seksualitet som grunnleggende behov, og betydningen den har for sykepleieprofesjonen. Kapitlet “Seksualitet” beskrev også diverse samtaleverktøy som har hatt stor betydning for denne oppgaven. Videre brukte vi kapitlet “Sykepleie ved brystkreft” i læreboken fra Stubberud et al. (2016), for å beskrive de psykiske reaksjonene etter en mastektomi, og sykepleiers ansvarsområde for denne pasientgruppen. For å beskrive behandlingen av brystkreft, og bivirkningene av denne, har vi anvendt kapitlet “Sykdom i brystene” i læreboken fra Ørn og Bach-Gansmo (2016). Læreboken fra Eide og Eide (2016) ble benyttet for å beskrive kommunikasjonsferdigheter som kreves for å skape en god sykepleier-pasient-relasjon, for dermed å kunne fremme seksuell helse. For å beskrive begrepet helsefremming og *empowerment* brukte vi læreboken fra Mæland (2021).

Grunnetmangel på pensumlitteratur knyttet til seksuell helse og brystkreft, benyttet vi oss av Helsedirektoratet (2021), Kreftforeningen (u.å.), Brystkreftforeningen (u.å.) og Folkehelseinstituttet (2014) for å innhente tilleggs litteratur om brystkreft og mastektomi. Vi utførte også et søk i Sykepleien, og fant flere relevante fagartikler som ble benyttet i oppgaven. WHO og FN ble anvendt for å supplere med informasjon om seksualitet og seksuell helse. For å presentere sykepleiers etiske og juridiske ansvar, brukte vi både Norsk Sykepleierforbund (2019) og lovverket.

3.2.2 Valg av forskningslitteratur

For å finne relevant forskningslitteratur, har vi utført søk med ulike søkeord og søkekombinasjoner i databasene CINAHL, PubMed og SveMed+, med hovedvekt på førstnevnte. Årsaken er at CINAHL er en internasjonal database, som spesifikt dekker tidsskrifter innen sykepleie og helsefag. Valgte søkeord er presentert i tabell 3.2.4. Vi har også benyttet “snøball-metoden”, der vi gjennomgikk referanselistene i relevante artikler, for så å se på artiklene som var blitt anvendt.

3.2.3 Inklusjonskriterier

- Kvinner over 30 år
- Engelsk og skandinaviske språk
- Fagfellevurderte artikler
- IMRAD-struktur
- Tidsskriftet vurdert til nivå 1 eller 2 i NSD
- Relevans:
 - sykepleieres erfaringer med samtaler om seksuell helse med pasienter
 - pasienters erfaringer knyttet til seksualitet etter en mastektomi

Basert på inklusjonskriteriene over, valgte vi ut fire forskningsartikler vi anså som relevante for å besvare vår problemstilling. De utvalgte artiklene inneholder kvalitative funn, noe som er relevant for å besvare vår problemstilling, fordi seksualitet og opplevelsen knyttet til dette er subjektivt. Søket er begrenset til artikler på engelsk og skandinavisk språk, grunnet egen språkforståelse. Tre av artiklene er basert på kvinner som har gjennomgått en mastektomi, der noen også hadde mottatt andre former for kreftbehandling i tillegg. Fordi forskningen knyttet til seksualitet og mastektomi var begrenset, valgte vi også å inkludere én artikkel som omhandler sykepleieres generelle tanker og holdninger knyttet til å diskutere seksualitet med sine pasienter. Vi har inkludert artikler som belyste pasientens perspektiv, og artikler som

belyste sykepleieres perspektiv. Årsaken til dette var at vi ønsket å se på pasientens behov for veiledning om seksualitet, for å kunne drøfte hvordan sykepleier kunne møte dette behovet.

3.2.4 Søkehistorikk tabell

Søkedato	Søk nr.	Database	Søkeord/ordkombinasjoner	Antall treff	Leste sammendrag	Leste artikler	Artikler inkludert	Valgte artikler
6.01.22	1.	Cinahl	Breast neoplasms OR mastectomy AND sexual health OR sexuality OR attitude to sexuality	600	20	10	1	Canzona, M. R., Fisher, C. L., Wright, K. B. & Ledford, C. J. W. (2019). <i>Talking about sexual health during survivorship: understanding what shapes breast cancer survivors' willingness to communicate with providers</i>
15.12.21	2.	Pubmed	Breast cancer AND sexuality AND communication	225	15	8	1	Reese, J. B., Beach, M. C., Smith, K. C., Bantug, E. T., Casale, K. E., Porter, L. S., Bober, S. L., Tulskey, J. A., Daly, M. D. & Lepore, S. J. (2017). <i>Effective patient-provider communication about sexual concerns in breast cancer: a qualitative study</i>
06.01.22	3.	Cinahl	Sexuality OR sexual health AND reflections OR discussion	114	12	7	1	Forfattere: Saunamäki, N. & Engström, M. (2013). <i>Registered nurses' reflections on discussing sexuality</i>

								<i>with patients: responsibilities, doubts and fears</i>
06.01.22	4.	Cinahl	Sexuality OR sexual health AND breast neoplasms AND education	105	13	7	1	Ussher, J. M., Perz, J. & Gilbert, E. (2012). <i>Information needs associated with changes to sexual well-being after breast cancer</i>

3.3 Kildekritikk

En kritikkverdig del av vårt litteraturutvalg, er at vi har lite erfaring med søk etter fag- og forskningslitteratur, og vi har heller ikke utført systematiske søk i alle relevante databaser. Et systematisk søk kunne resultert i funn av andre artikler med ulike perspektiver, og dermed endret oppgaven. Det stilles ulike krav til søk, vurdering og bruk av kilder. Kildene må derfor gjennom en prosess for å sjekke at de kan anvendes i oppgaven, der både kvalitet og relevans vurderes (Dalland & Trygstad, 2018, s. 150). Ved utvalget av forskningsartikler brukte vi Norsk senter for forskningsdata side for å forsikre oss om at tidsskriftene de var publisert i, var troverdige kilder. De anvendte artiklene er publisert i anerkjente tidsskrifter som alle er fagfelleurdert på nivå 1 eller 2. Kildene benyttet i oppgaven som er funnet på nettet, er vurdert etter nettstedets troverdighet.

Den utvalgte forskningslitteraturen er skrevet på engelsk, og vi måtte derfor vurdere egen engelskkompetanse. For å sikre at vi forsto innholdet i artiklene uten misforståelser og feiltolkninger, benyttet vi ordbøker og ordnett ved usikkerhet. Likevel kan noen viktige poeng i artiklene ha falt bort grunnet språkferdigheter. Forskningsartiklene fra Saunamäki og Engström (2013) og Ussher et al. (2012) begynner å bli av eldre dato, noe som også kan ha påvirket oppgavens perspektiv. Seksuell helse har de siste årene fått en ny oppmerksomhet, og synet på ivaretagelse av pasienters seksuelle helse kan antas å ha vært annerledes for ti år siden enn det er nå. Likevel kan man se likheter i de nyere forskningsartiklene fra Reese et al.

(2017) og Canzona et al. (2019), der mange av resultatene fremdeles tyder på at seksuell helse ikke blir prioritert i helsevesenet. Derfor mener vi at de inkluderte artiklene er relevante for å forsøke å besvare vår problemstilling.

For å utføre en kritisk vurdering av de kvalitative resultatene i den utvalgte forskningslitteraturen, og om de var relevante for å svare på vår problemstilling, brukte vi CASP-skjemaet. Vi vurderte at alle de valgte forskningsartiklene møtte kriteriene. I artiklene ble både helsepersonells og pasientens erfaringer presentert. Selv om vår problemstilling fokuserer på det sykepleiefaglige perspektivet vurderte vi pasientenes erfaringer som relevante. Årsaken er at vi ønsket å undersøke faktorer som kunne påvirke kvinnens forhold til kommunikasjon om seksualitet, for å få en forståelse av hva som kreves av sykepleier under veiledning om seksuell helse. Vi ønsket også å få en forståelse av hvorfor seksuell helse ofte neglisjeres i helsevesenet, og var derfor opptatt av sykepleieres holdninger og tilnærming til seksualitet.

Selv om kulturelle forskjeller ikke utdypes i oppgaven, er det kulturelle aspektet fremdeles tilstede grunnet artiklenes opphav. Forskningsartiklene er fra Australia, USA, Sverige og Brasil, noe som kan føre til forskjeller både i tilnærmingen til seksualitet og forskjeller i landets helsevesen. Vi har likevel vurdert at artiklene har overføringsverdi når det gjelder pasienterfaringer etter gjennomgått mastektomi, helseprofesjonens forhold til seksualitet, og det universelle behovet for informasjon. Årsaken er at behovet for en god seksuell helse ikke kan defineres av landegrenser og at resultatene samsvarer med ubalansen mellom behovet og tjenesten.

3.4 Ethiske overveielser

Vi har fulgt LDHs retningslinjer for oppgaveskriving. For å sikre anerkjennelse av andres arbeid, har vi brukt Apa 7th som kildehenvisning i tekst og i referanselisten. Egne erfaringer er ikke tatt i bruk i oppgaven.

4 Presentasjon av forskningsresultater

Hovedfunnene i alle artiklene belyste at de fleste av sykepleierne følte et ansvar knyttet til samtaler om seksualitet med pasienter, mens Saunamäki og Engström (2013) beskrev at flere av sykepleierne mente at det var pasientens eget ansvar å ta initiativ til en slik samtale dersom de ønsket det. Når det gjelder pasientens informasjonsbehov versus informasjonen som gis av helsepersonell, samsvarer funnene i alle artiklene, der det presenteres en ubalanse. De fire utvalgte forskningsartiklene omhandler syn og erfaringer med seksuell helse i helsevesenet, men har ulikt perspektiv. Saunamäki og Engström (2013) beskriver kun sykepleiers erfaringer og holdninger generelt knyttet til samtale om seksualitet med pasienter, mens Reese et al. (2017), Canzona et al. (2019) og Ussher et al. (2012) beskriver både pasienters og helsepersonells perspektiv på seksuell helse og brystkreft. Funnene i artiklene viser også flere barrierer og utfordringer beskrevet av helsepersonell knyttet til å åpne opp for samtale om seksuell helse med pasienter. Utfordringer som tidspress, manglende støtte på avdelingen og mangel på kunnskap og erfaring ble trukket frem i alle fire forskningsartiklene. Saunamäki og Engström (2013) fant også at faktorer som fordommer og forutinntatte ideer om pasienters seksualliv påvirket sannsynligheten for om helsepersonellet tok initiativ til samtaler om temaet eller ikke. Reese et al. (2017) trakk frem betydningen av en god relasjon mellom sykepleieren og pasienten, og at frykten for å skade denne relasjonen kom i veien for å ta opp temaet med pasienten. Reese et al. (2017), Ussher et al. (2012) og Canzona et al. (2019) trakk også frem barrierene pasientene selv hadde, og som påvirket deres vilje til å diskutere temaet med helsepersonell. Disse barrierene var både knyttet til personlige forhold, som individuelle holdninger til seksualitet, og til helsepersonells evner og ferdigheter, slik som gode kommunikasjonsferdigheter, holdninger til, og kunnskap om, temaet. Artiklene presenteres i punkt 4.1.

4.1 Artikkelmatrise

Nr	Forfatter/årstall	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Design/Metode	Funn
1	Saunamäki, N. & Engström, M. (2013).	Registered nurses' reflections on discussing sexuality with patients: responsibilities, doubts and fears	Journal of clinical nursing	Å beskrive sykepleieres refleksjoner knyttet til å diskutere seksualitet med pasienter.	Kvalitativ metode og beskrivende design.	Funnene viste at det å diskutere seksualitet er utfordrende og vanskelig for mange sykepleiere, og presenterte at de sykepleiere som snakker med pasienter om seksuelle problemer, gjør det ut fra et ønske om å hjelpe pasienten. Disse sykepleierne følte et ansvar på grunn av sin kunnskap om seksuell helse, men de hadde fremdeles motstridende følelser som frykt og forlegenhet knyttet til temaet. Mangel på tid og støtte, fordommer, og steder å snakke privat med pasienter, var medvirkende årsaker til at de ikke tok opp seksualitet med pasientene. Noen sykepleiere mente også at seksualitet var andres ansvar og et tabubelagt tema.
2	Canzona, M. R., Fisher, C. L., Wright, K. B. & Ledford, C. J. W. (2019).	Talking about sexual health during survivorship: understanding what shapes breast cancer survivors' willingness to communicate with providers	Journal of Cancer Survivorship	Å undersøke holdninger knyttet til å diskutere seksuell helse hos pasienter som har overlevd brystkreft.	Både kvantitative og kvalitative data ble samlet inn	Funnene i forskningsartikkelen viste at deltakernes vilje til å diskutere seksuell helse med helsepersonell var formet av fire punkter, som igjen ble påvirket av ulike faktorer. Det første punktet var om kvinnen var komfortabel med å dele sensitiv/personlig informasjon. Det andre punktet omhandlet kommunikasjonsferdigheter helsepersonell hadde eller manglet. Det tredje var en oppfattelse av at seksuell helse var et område de ikke kunne behandles innen. Det siste punktet omhandlet forhold i helsevesenet, som tidsressurser og koordinert hjelp på tvers av etater.
3	Reese, J. B., Beach, M. C., Smith, K. C., Bantug, E. T., Casale, K. E., Porter, L. S., Bober, S. L., Tulsy, J. A., Daly, M. D. & Lepore, S. J. (2017).	Effective patient-provider communication about sexual concerns in breast cancer: a qualitative study	Supportive Care in Cancer	Å undersøke både pasienters og helsepersonells erfaringer og preferanser knyttet til kommunikasjon om seksuelle bekymringer etter behandling av brystkreft, med mål om intervensjonsutvikling.	Kvalitativ metode: intervju med helsepersonell og med pasienter som har gjennomgått behandling for brystkreft	Funnene viste at det både var individuelle og institusjonelle barrierer knyttet til kommunikasjon om seksuelle bekymringer. Den belyste områder som var viktige for god kommunikasjon, blant annet en positiv pasient-helsepersonell-relasjon. Pasientene foretrakk en åpen og samarbeidende kommunikasjon, mens helsepersonell foretrakk tydelige mål for samtalen, som identifikasjon av bekymringer. Funnene fra artiklene viste at det er nødvendig med kunnskaps- og ferdighetsbaserte intervensjoner for å forbedre kommunikasjonen mellom pasienten og den som yter helsehjelpen. Funnene belyser også at disse intervensjonene må føre til at pasienten blir en aktiv deltaker, og bistå helsepersonell, for å skape en hensiktsmessig samtale om seksuelle bekymringer. Artikkelen

						understreker også at intervensjonene måtte kunne bidra til institusjonelle endringer.
4	Ussher, J. M., Perz, J. & Gilbert, E. (2012).	Information needs associated with changes to sexual well-being after breast cancer	Journal of advanced nursing	Hensikten var å evaluere pasientens informasjonsbehov om seksuell helse. Den ønsket også å beskrive pasientens erfaringer med å innhente denne informasjonen og erfaringer med å kommunisere om seksualitet med helsepersonell etter brystkreft.	Både kvalitative og kvantitative funn, basert på spørreskjemaer.	Funnene viste at 85 prosent av deltakerne rapporterte om endringer i sin seksuelle helse etter brystkreft, og av disse ønsket 68 prosent av deltakerne informasjon om disse endringene. Denne informasjonen ønsket de helst å få skriftlig. Deltakerne trakk frem flere punkter de ønsket å få informasjon om. Disse var fysiske endringer, seksuell respons, utfordringer som kan oppstå i kvinnens forhold, psykiske konsekvenser og selvbilde og identitet. Studien viste at 41 prosent av kvinnene hadde fått denne informasjonen. Funnene viste også at flertallet av deltakerne var mest fornøyd med samtalen de hadde hatt med sykepleier sammenliknet med den de hadde med annet helsepersonell.

5 Diskusjon

Oppgavens problemstilling er “Hva er sykepleiers veiledende funksjon for å fremme kvinners seksuelle helse etter gjennomgått mastektomi?”. For å forsøke å besvare denne problemstillingen tar dette kapittelet utgangspunkt i de fire forskningsartiklene presentert i kapittel 4, sett i lys av de etiske, juridiske og teoretiske aspektene fra kapittel 2. Kapittelet vil diskutere kvinnens bearbeidelsesprosess og sykepleiers ansvar i denne fasen av sykdomsforløpet. Videre drøftes sykepleieres og pasienters erfaringer knyttet til samtaler om seksuell helse. En forståelse av hvorfor dette er en del av pasienters helse som ofte neglisjeres, er en viktig faktor for å besvare problemstillingen. Videre vil oppgaven drøfte utfordringer knyttet til sykepleiers kunnskap og kompetanse om seksuell helse, tidsressurser og egnet sted for veiledning. Til slutt tar vi for oss verdien av kommunikasjonsferdigheter sykepleier kan ta i bruk i møte med pasienten, og hva en mangel på slike ferdigheter kan medføre.

5.1 Bearbeidelsesprosessen

Når en brystkreftdiagnose stilles, går kvinnen som regel fra å være frisk til å få en alvorlig diagnose. Det kan være en utfordrende overgang inn i pasientrollen, noe som kan utløse en krisereaksjon der både identitet og verdighet kan oppleves som truet (Sørensen et al., 2016, s. 437). Med utgangspunkt i Helsedirektoratets pakkeforløp for brystkreft skal en eventuell mastektomi utføres innen 13 dager etter avsluttet utredning (Helsedirektoratet, 2021). Til tross for de positive sidene ved pakkeforløpets effektivitet, vil den også forkorte tiden for bearbeidelsesprosessen (Sørensen et al., 2016, s. 444). Fordi dette er en periode ofte preget av sjokk og redsel, vil bekymringer vedrørende seksuell helse og utseende gjerne være overskygget av selve diagnosen (Sørensen et al., 2016, s. 444).

Selv om seksuelle bekymringer ikke nødvendigvis er det kvinnen selv prioriterer i denne fasen av sykdomsforløpet, er det viktig at sykepleier er klar over at disse bekymringene vil kunne oppstå på et senere tidspunkt, og at veiledning innen dette området er viktig å prioritere før utskrivelse (Ussher et al., 2012). Derfor kan det være hensiktsmessig at sykepleier veileder om tilgjengelige ressurser, og informerer om at pasienten kan ta kontakt ved fremtidige behov (Katz, 2011, s. 66). Pasient- og brukerrettighetsloven stiller krav til at helsepersonell sørger for at pasientens rett til medvirkning i egen behandling ivaretas (Pasient- og

brugerrettighetsloven, 1999, §3-1). Dette krever at sykepleier har veiledet pasienten med tilstrekkelig informasjon, og sikret at innholdet er forstått, slik at hun har mulighet til å gjenvinne kontroll over egen helse (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2) Dersom sykepleier ikke prioriterer pasientens seksuelle helse vil dette avvike fra lovverket.

5.2 Sykepleieres barrierer

Sykepleiere utfører hver dag prosedyrer som for mange vil betraktes som svært personlig, for eksempel stell nedentil og innleggelser av kateter, og stiller spørsmål om depressive symptomer, avføring og luftavgang med ren selvfølgelighet (Eriksen et al., 2021). Likevel viser både litteratur og forskning at temaet seksualitet for ofte overses (Eriksen et al., 2021). Ussher et al (2012, s. 333) belyser at kvinnene i forskningen foretrakk å diskutere seksuell helse med sykepleiere. En god sykepleier-pasient-relasjon kan derfor bidra til en åpen samtale om seksuell helse. Likevel kommer det frem i Reese et al (2017, s. 6) at flere av sykepleierne var redde for å skade relasjonen de hadde opparbeidet med pasienten dersom de tok opp et slikt personlig tema. Denne frykten bunnet i flere barrierer sykepleiere hadde med å diskutere seksuell helse med pasienter, slik som mangel på både kunnskap og ferdigheter om seksualitet (Saunamäki & Engström, 2013, s. 535). Sykepleierne fortalte at de ofte unngikk å ta opp temaet grunnet manglende kunnskap om tilgjengelige behandlinger, og derfor ikke kunne tilby noen løsning på utfordringene kvinnene opplevde (Reese et al., 2017, s. 6). Forøvrig er det nedfelt i NSF's (2019) yrkesetiske retningslinjer at sykepleier har et ansvar for å holde seg oppdatert om forskning og utvikling innenfor eget fagområde. NSF (2019) understreker også at sykepleiere skal bidra til at denne kunnskapen anvendes på avdelingen. Det vil si at sykepleierne har et ansvar for å tilegne seg nødvendig kunnskap også om seksuell helse, og om tilbud innen dette området, for å sikre at pasientens behov for veiledning møtes. Reese et al. (2017) fremhever flere sentrale områder helsepersonell ønsket skulle være inkludert i en eventuell intervensjon, disse var etiologien til brystkreft, og de relaterte forstyrrelsene i den seksuelle funksjon, aktuell forskning på behandling, samt ferdighetstrening.

5.3 Sykepleieres holdninger

Saunamäki og Engström (2013, s. 535) skriver at flere av sykepleierne som deltok i studien til tider hadde hatt forutinntatte ideer om pasientens seksualliv uten informasjon for å støtte disse ideene. De vanligste fordommene var knyttet til tanker om pasientens behov og interesser, og om pasienten var seksuelt aktiv. Dette gjenspeiles igjen i forskningen til Ussher et al (2012),

der flere av kvinnene som deltok opplevde at deres behov og bekymringer ble marginalisert og ignorert basert på faktorer som alder, seksuell legning eller sivil status. Deltakerne fortalte om tilfeller der de følte at sykepleierne prioriterte å gi informasjon om seksuell helse til yngre kvinner som var i “heteronormative” forhold (Ussher et al., 2012, s. 331-332). For at sykepleiere skal kunne gi god veiledning om seksuell helse, er det viktig at de har kunnskap om at seksualitet og en god seksuell helse ikke kan avgrenses av alder, legning eller livssituasjon. Det angår alle mennesker, og er tett knyttet til livskvalitet, velvære, psykisk helse og relasjonene til de rundt oss (Aars, 2021). For det andre er det viktig at sykepleier er klar over at ordet “seksualitet” omfatter mer enn kun sex og orgasmer (Eriksen et al., 2021). Nærhet, intimitet, kjærlighet og varme er viktige aspekter ved individets seksuelle helse (Aars, 2021).

5.4 Pasienters barrierer

Canzona et al.(2019, s. 935) presenterer i sin forskning at det finnes flere barrierer også hos pasienter, der flere av barrierene er knyttet til deres forventninger til helsepersonell. Faktorer som helsepersonells evne til å normalisere seksuell helse under samtaler, og om kvinnen opplevde å bli møtt med negative reaksjoner når hun fortalte om seksuelle utfordringer, påvirket kvinnens vilje til å diskutere temaet (Canzona et al., 2019, s. 935). Flere av kvinnene i Canzona et al. (2019, s. 938) hadde også en oppfatning om at det ikke fantes noen behandling for brystkreftoverlevende som opplevde utfordringer knyttet til seksualitet, og en opplevelse av at helsepersonell manglet kompetanse innenfor området. I Saunamäki og Engström (2013, s. 537) kom det frem at flere sykepleiere mente det var pasienters eget ansvar å ta opp seksualitet dersom de ønsket å snakke om det. Imidlertid er det nedfelt i pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-2), helsepersonelloven (1999, §10), de yrkesetiske retningslinjene (2019) og i pakkeforløpet for brystkreft (2016), at behandlende helsepersonell må sikre dekkende informasjon av kvalitet til pasienter.

5.5 Kunnskap og kompetanse

Saunamäki og Engström (2010, s. 1313) belyser i sin forskning at eldre sykepleiere med flere års erfaring, eller sykepleiere med videreutdanning, ofte hadde mer kunnskap om, og var mer komfortable med, å ta opp seksuell helse med pasienter. Dette gjenspeiles i Reese et al. (2017) som fremhever manglende erfaring og kunnskap blant helsepersonell som en av hovedårsakene til at helsepersonell kvier seg for å veilede pasientene innen seksuell helse. Imidlertid bør ikke pasienters seksuelle helse være avhengig av deres tildelte sykepleiers

interesse for temaet. Derimot bør dette være noe alle sykepleiere har god kunnskap om og en positiv holdning til (Eriksen et al., 2021). Flere sykepleiere i Saunamäki og Engström (2013, s. 535) forteller om en opplevelse av å stå alene i slike situasjoner, grunnet manglende støtte fra arbeidsstedet i form av mangel på rutiner. I Reese et al. (2017, s. 7) ble det også trukket frem ønsket om en tilgjengelig kompetent henvisningskilde som bidrag i kliniske diskusjoner. Klare rutiner i avdelingene, der det var en standard praksis knyttet til seksualitet, ble beskrevet som betryggende av sykepleierne (Saunamäki & Engström, 2013, s. 535). Dersom ivaretagelse av pasienters seksuelle helse blir en implementert sykepleieoppgave på avdelingen vil det kunne føre til at det ikke lenger er opp til den enkelte sykepleieren å bestemme hvordan de vil veilede pasienten innen dette temaet (Reese et al, 2017).

Til tross for at sykepleierne i Saunamäki og Engström (2013) og i Reese et al. (2017) beskriver en mangel på hjelpemidler i samtaler med pasienter om seksuell helse, kan både PLISSIT- og BETTER-modellene være nyttige samtaleverktøy som kan bistå sykepleiere i slike situasjoner. Bruk av disse to modellene kan bidra til at seksuell helse og seksualitet blir en naturlig del av samtalen ved behandling og oppfølging (Langhelle et al., 2021). Under veiledningen er det viktig at sykepleier gir konkret informasjon, noe som igjen krever grunnleggende kunnskap om seksualitet, og om konsekvenser av behandlingen (Langhelle et al., 2021). Dette forutsetter derfor at sykepleier holder seg oppdatert på kunnskap innenfor fagfeltet (NSF, 2019). Ussher et al. (2012, s. 330-331) trekker frem flere områder kvinnene ønsket at helsepersonell skulle informere om. Blant disse var fysiske endringer, seksuell respons, utfordringer i forholdet, psykiske konsekvenser og endret kroppsbilde (Ussher et al., 2012).

I studien utført av Reese et al (2017) formidlet flere av kvinnene at de håpet at helsepersonell skulle stille direkte spørsmål om seksuelle bekymringer, slik at disse ble normalisert. Likevel understrekes det at seksualitet er et personlig tema. Sykepleier bør derfor være bevisst på kvinnenes individuelle behov for informasjon, og på hvilken måte denne informasjonen gis (Blikstad et al., 2021). Fordi seksualitet er et svært individuelt og sammensatt tema kan noen ha behov for en lengre samtale om seksuell helse. Denne samtalen bør planlegges i forkant, slik kan kvinnen forberede seg, og sykepleier kan tilpasse informasjonen etter pasientens individuelle behov (Blikstad et al., 2021). BETTER-modellen bidrar til at sykepleier får kartlagt kvinnens hjelpebehov, og sykepleier kan dermed informere om hvilke ressurser kvinnen kan ta i bruk. Eksempler på ressurspersoner er lege, psykolog og sexolog. Fordi

kvinnene i perioden etter brystkreftbehandlingen vil få svært mye informasjon muntlig, vil det kunne være hensiktsmessig å supplere med skriftlig veiledning (Blikstad et al., 2021).

Reese et al. (2017) beskrev at noen av sykepleierne følte de hadde både evne og tid til å fordype seg i pasientens seksuelle helse, men ofte henviste pasientene videre istedenfor å ha en samtale om temaet. Dette kunne skyldes kulturen på avdelingen, tidspress eller et ønske om å unngå ukomfortable samtaler. Canzona et al. (2019, s. 940) belyste at flere av pasientene reagerte positivt på at helsepersonell var åpne om at noe kunne være utenfor deres kompetanseområde, men at det var viktig å snakke om slik at pasienten kunne henvises videre. NSF's (2019) yrkesetiske retningslinjer og helsepersonelloven (1999, §4), stiller krav til faglig forsvarlighet og erkjennelse av grensene for egen kompetanse. Dersom noe ligger utenfor sykepleiers ansvar eller egen kompetanse, skal man søke veiledning og innhente bistand der det er behov (Helsepersonelloven, 1999, §4). Likevel presenterer Canzona et al. (2019, s. 940-941) at flere av kvinnene i studien beskrev å ha blitt en slags kasteball i helsevesenet, der de opplevde at helsepersonell fraskrev seg ansvaret, og henviste videre uten å lytte til eller hjelpe kvinnen med hennes utfordringer. Samme utfordring gjenspeiles i Reese et al. (2017) der pasientene beskrev at de kunne føle seg tilsidesatt istedenfor sett i en slik situasjon. Henvisning bør derfor være et supplerende tiltak, og ikke erstatte sykepleierens veiledende funksjon.

5.6 Hastverk og tidsressurser

Saunamäki og Engström (2013, s. 536) beskriver at flere sykepleiere opplever at utfordringer knyttet til mangel på tidsressurser og en stressende arbeidsdag, fører til at pasientens seksualitet er et behov som ikke prioriteres. Canzona et al. (2019, s. 939) beskriver at også pasientene merket seg tidspresset sykepleierne opplevde. Dette førte til at pasientene vegret seg for å ta opp seksuelle bekymringer, og heller prioriterte andre plager. I Reese et al. (2017, s. 5) påpekte en av deltakerne at hun opplevde at seksuelle bekymringer alltid var det siste som ble diskutert, der sykepleierne alltid hadde en fot ut døren under samtalen. I Saunamäki og Engström (2013, s. 535) mente flere av sykepleierne at seksualitet ikke bør diskuteres når man har hastverk, fordi slike samtaler krever at begge parter har god tid. Reese et al. (2017) belyste også at helsepersonellet beskrev tidspress som en årsak til at de ikke fikk utforsket og identifisert pasientens utfordringer, behov og ønsker knyttet til seksualitet.

En del av sykepleiens sentrale funksjon er ivaretagelse av pasientens grunnleggende behov (Holter, 2015, s. 111). Seksuell helse beskrives av WHO som et grunnleggende behov. Det er også beskrevet i det elektroniske pasientjournalssystemet DIPS, på lik linje med de resterende 13 grunnleggende behovene (Eriksen et al., 2021). Sykepleiere burde derfor rutinemessig stille pasienten spørsmål om de har seksuelle bekymringer relatert til behandlingen (Katz, 2011, s. 65). Til tross for tidspress fremhever Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning (2019, §4) at sykepleiere skal ha en bred kompetanse om menneskets grunnleggende behov, og at denne kunnskapen skal brukes til å sette i verk “hensiktsmessige sykepleietiltak”. Tidsmangel som går ut over ivaretagelsen av pasientens seksuelle helse vil derfor, på linje med andre grunnleggende behov, være et avvik (Larsen, 2021).

5.7 Egnede steder for veiledning

Saunamäki og Engström (2013, s. 535) trekker frem problematikken knyttet til mangel på enkeltrom og privatliv som et hinder for å kunne gi pasientene veiledning om seksualitet. Denne problematikken kan sees i lys av §3-6 i pasient- og brukerrettighetsloven (1999), rett til vern mot spredning av opplysninger, som beskriver håndteringen av opplysningene om pasienten. Disse opplysningene skal behandles med varsomhet og respekt for pasientens integritet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-6). Dette kan være utfordrende dersom det ikke finnes steder på avdelingen der man kan snakke privat med pasienten. I Ussher et al. (2012, s. 332) kommer det frem at 65 prosent av deltakerne ikke hadde diskutert seksualitet med helsepersonell. Av disse beskrev 36 prosent at årsaken var at de opplevde dette som flaut, mens 23 prosent oppga at årsaken var at sex og seksualitet var et privat tema for dem. Fordi seksuell helse for mange er utfordrende å snakke om, er det viktig at sykepleier legger til rette for et privat og egnet sted for å åpne opp for en slik diskusjon, og for veiledning innen seksuell helse.

5.8 Kommunikasjonsferdigheter

Canzona et al. (2019, s. 938) påpekte hvor avgjørende helsepersonellens bruk av personsentrert kommunikasjon var for kvinnene under veiledning om seksuell helse. Deltakerne trakk frem aktiv lytting, prioritering av pasientens bekymringer og nonverbal kommunikasjon som viktige kommunikasjonsferdigheter helsepersonellet måtte mestre. Mangel på slike ferdigheter kunne føre til at kvinnene enten tilbakeholdt informasjon, eller unngikk temaet fullstendig (Canzona et al., 2019, s. 938). I Reese et al. (2017, s. 5) kom det

frem at mangelen på bevissthet rundt seksuelle utfordringer etter brystkreft, også var en årsak til at pasientene ikke selv tok opp dette temaet med sin sykepleier. Derfor kan det virke hensiktsmessig når temaet først skal introduseres for pasienten, at sykepleier innleder samtalen med veiledning innen mastektomiens og den adjuvante behandlingens mulige påvirkning på kvinnens seksuelle helse, istedenfor å starte samtalen med å stille spørsmål til kvinnen (Gjessing, 2018). Canzona et al. (2019, s. 938) presenterte også viktigheten av at helsepersonell ledet samtalen ved å fortelle pasienten at dette er et trygt sted der hun kunne fortelle om sine bekymringer. Dette kan bidra til at seksuell helse normaliseres, og veien videre for samtale være lettere for begge parter (Gjessing, 2018). Deltakerne i Canzona et al. (2019, s. 938) poengterte at helsepersonell som tydelig viste interesse og tok i bruk aktiv lytting, ga kvinnene en opplevelse av at deres seksuelle bekymringer var viktige. Dette er også lovfestet i Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning (2019, §9), som stiller krav til at sykepleiere “kan planlegge og gjennomføre kommunikasjon og samhandling med pasienter og pårørende basert på respekt, medbestemmelse og integritet”.

6 Avslutning

Problemstillingen i oppgaven er “Hva er sykepleiers veiledende funksjon for å fremme kvinners seksuelle helse etter gjennomgått mastektomi?”. Både forskningen og litteraturen som er benyttet i oppgaven tyder på det finnes en tydelig ubalanse mellom pasientens informasjonsbehov og den informasjonen som gis av helsepersonell. Utfordringer knyttet til mangel på kunnskap og erfaring når det gjelder seksuell helse, trekkes frem både av sykepleiere og av pasientene i forskningen anvendt i oppgaven. Ved å øke sykepleiers bevissthet og kunnskap om konsekvensene en mastektomi og adjuvant behandling kan få for kvinnens seksuelle helse, vil de ha en bedre mulighet til å veilede pasienten. En annen utfordring som trekkes frem av sykepleierne i forskningsartiklene er tidspress og manglende støtte fra avdelingen. Gjennom gode rutiner på avdelingen, der seksuell helse blir en implementert sykepleieroppgave, kan samtaler både normaliseres og effektiviseres, slik at kvinnens behov og rett til veiledning og informasjon møtes. Gjennom å implementere seksuell helse i en standard praksis, og rutinemessige stille spørsmål om pasientens seksuelle utfordringer, vil sykepleier kunne kartlegge kvinnens behov og informere om tilgjengelige ressurspersoner som kan følge opp kvinnen i perioden etter utskrivelse fra spesialisthelsetjenesten. Både sykepleierne og pasientene i forskningsartiklene beskriver seksualitet som et svært personlig tema, som kan være utfordrende for begge parter å diskutere. Kommunikasjonsverktøy som PLISSIT- og BETTER-modellene kan være nyttige verktøy som sykepleier kan anvende under veiledningen. Et egnet og privat sted for en slik samtale vil også kunne oppleves som trygt for kvinnen. Forskning og litteratur trekker frem kommunikasjonsferdigheter som aktiv lytting, nonverbal kommunikasjon med kongruens og en personsentrert tilnærming, som kompetanse sykepleier må kunne mestre for at veiledningen til pasienten skal være hensiktsmessig og nå frem. Fordi seksuell helse er et svært sammensatt tema, vil veiledning innen dette område kreve en tillitsfull relasjon mellom sykepleier og pasient.

Referanseliste

Aars, H. (2021). Hva er seksuell helse?. *Sykepleien*.

<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2021.83165>

Aglen, B. S., Olufsen, V. & Espnes, G.-A. (2018). Helsefremming og sykdomsforebygging er ikke to sider av samme sak. *Sykepleien*. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.70809>

Blikstad, A., Falch-Korslung, L. & Tschudii-Madsen, C. (2020). Samtaleverktøyet BETTER kan gjøre det lettere å snakke om seksualitet. *Sykepleien*.

<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.81922>

Brystkreftforeningen. (u.å.). *Behandling av brystkreft*. Hentet 14. desember 2021 fra

<https://www.brystkreftforeningen.no/om-brystkreft/behandling/>

Canzona, M. R., Fisher, C. L., Wright, K. B. & Ledford, C. J. W. (2019). Talking about sexual health during survivorship: understanding what shapes breast cancer survivors' willingness to communicate with providers. *Journal of Cancer Survivorship*, 13(6), 932-942.

<https://doi.org/10.1007/s11764-019-00809-2>

Dalland, O. (2018). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Eide, H. & Eide, T. (2016). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Gyldendal Akademisk.

Eriksen, S., Gjessing, R. & Sellevold, G. S. (2021). Sykepleiere kan ikke overse seksualiteten.

Sykepleien. <https://sykepleien.no/meninger/2021/03/sykepleiere-kan-ikke-overse-seksualiteten>

Felleskatalogen. (2020, 01. desember). *Brystkreft*. Hentet 6. januar 2022 fra

<https://www.felleskatalogen.no/medisin/sykdom/brystkreft>

Folkehelseinstituttet. (2014, 30. juni). *Kreft i Norge*. Hentet 31. mars 2022

fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/kreft/>

Folkehelseinstituttet. (2019, 23. september). *Fakta om livskvalitet og trivsel*. Hentet 14. desember 2021 fra <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/livskvalitet-og-trivsel/livskvalitet-og-trivsel/>

Forente Nasjoner. (u.å.). *Verdens helseorganisasjon (WHO)*. Hentet 16. mars 2022 fra <https://www.fn.no/om-fn/fns-organisasjoner-fond-og-programmer/verdens-helseorganisasjon-who>

Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning. (2019). *Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning*. (FOR-2019-03-15-412). Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2019-03-15-412>

Gjessing, R. (2018). Seksualiteten etter kreften. *Sykepleien*. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.72373>

Helland, Y. (2015). Seksualitet. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (s. 861-886). Cappelen Damm Akademisk.

Helsedirektoratet. (2020, 10. desember). *Hovedgrupper av behandlingsforløp*. Hentet 16. mars 2022 fra <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/brystkreft/behandling-av-brystkreft#hovedgrupper-av-behandlingsforlop>

Helsedirektoratet. (2021, 29. april). *Forløpstider i pakkeforløp for brystkreft*. Hentet 16. mars 2022 fra <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/brystkreft/forlopstider-i-pakkeforlop-for-brystkreft>

Helsedirektoratet. (2016, 1. august). *Om pakkeforløpet*. Hentet 16. mars 2022 fra <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/brystkreft/om-pakkeforlopet>

Helsedirektoratet. (2018, 1. januar). § 3-2 *Pasientens og brukerens rett til informasjon: Helsedirektoratets kommentarer*. Hentet 3. januar 2022 fra <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med->

[kommentarer/rett-til-medvirkning-og-informasjon/pasientens-og-brukerens-rett-til-informasjon](#)

Helsedirektoratet. (2016, 22. juli). *Behandling av brystkreft: støttebehandling og sykepleie*. Hentet 16. mars 2022 fra <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/brystkreft/behandling-av-brystkreft#stottebehandling-og-sykepleie>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Snakk om det! Strategi for seksuell helse* (2017-2022). Regjeringen. https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf

Helsenorge. (2021, 29. april). *Kreft og Seksualitet*. Hentet 3. januar 2022 fra <https://www.helsenorge.no/sex-og-samliv/kreft-og-seksualitet/#slik-kan-kreftbehandling-p%C3%A5virke-seksualiteten>

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

Holter, I. M. (2015). Sykepleierprofesjonens grunnleggende kjennetegn. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (s. 107- 118). Cappelen Damm Akademisk.

Katz, A. (2011). Breast cancer and women's sexuality. *American Journal of Nursing*. 111(4), 63-67. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000396560.09620.19>

Kreftforeningen. (2018, 17. oktober). *For sent for sex?*. Brystkreftforeningen. Hentet 3. januar 2022 fra <https://kreftforeningen.no/rosasloyfe/for-sent-for-sex/>

Kreftforeningen. (u.å.). *Kreft og seksualitet*. Hentet 14. desember 2021 fra <https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/kreft-og-seksualitet/>

Kreftforeningen. (u.å.). *Om brystkreft*. Hentet 14. desember 2021 fra <https://kreftforeningen.no/rosasloyfe/om-brystkreft/>

Kreftforeningen. (u.å.). *Seksualitet, kropp og selvbilde*. Hentet 14. desember 2021 fra <https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/kreft-og-seksualitet/seksualitet-kropp-og-selvbilde/>

Kreftlex. (u.å.). *Kirurgisk fjerning av bryst (mastektomi)*. Hentet 6. januar 2022 fra <https://kreftlex.no/Brystkreft/ProsedyreFolder/BEHANDLING/Kirurgisk/Bryst-Mastektomi?lg=ks&containsFaq=True>

Kreftlex. (u.å.). *Pakkeforløp for brystkreft*. Hentet 21. mars 2022 fra <https://kreftlex.no/Brystkreft/BAKGRUNN/Pakkeforl%C3%B8p?CancerType=Bryst>

Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F., Skaug, E.-A. & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie? I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 1* (3. utg., s. 15-27). Gyldendal Akademisk.

Langhelle, T. H., Paulsen, A., Fredly, K. & Sekse, R. J. T. (2021). Sykepleiere kan hjelpe pasientene til bedre seksuell helse. *Sykepleien*. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2021.83207>

Larsen, L. S. (2021). Helhetlig sykepleie innebærer å ta seksuelle behov på alvor. *Sykepleien*. <https://sykepleien.no/meninger/2021/04/helhetlig-sykepleie-innebaerer-ta-seksuelle-behov-pa-alvor>

Mathisen, J. (2015). Hva er sykepleie?. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (s. 119- 141). Cappelen Damm Akademisk.

Mæland, J. G. (2021). *Forebyggende Helsearbeid: Folkehelsearbeid i teori og praksis* (5. utg.). Universitetsforlaget.

Norsk sykepleierforbund (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

Thidemann, I. -J. (2020). *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Universitetsforlaget.

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

Reese, J. B., Beach, M. C., Smith, K. C., Bantug, E. T., Casale, K. E., Porter, L. S., Bober, S. L., Tulsy, J. A., Daly, M. D. & Lepore, S. J. (2017). Effective patient-provider communication about sexual concerns in breast cancer: a qualitative study. *Supportive Care in Cancer*, 25(10), 3199-3207. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3729-1>

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>

Saunamäki, N., Andersson, M. & Engström, M. (2010). Discussing sexuality with patients: nurses' attitudes and beliefs. *Journal of advanced nursing*, 66(6), 1308-1316. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05260.x>

Schlichting, E (2016). Sykdommer i brystene. I S. Ørn & E. Bach-Gransmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg, s. 443-452). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Solli, H. J. (2017, 25. november). Helsepersonell vegrer seg for sexprat: Jeanette møtte flau lege etter kreftoperasjon. *NRK*. https://www.nrk.no/norge/helsepersonell-vegrer-seg-for-sexprat_jeanette-motte-flau-lege-etter-kreftoperasjon-1.13793469

Sørensen, E. M., Lorvik, M. K., Erntsen, N. G. & Almås, H. (2016). Sykepleie ved brystkreft. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5. utg, bind 2, s. 437-450). Gyldendal Akademisk.

Ussher, J. M., Perz, J. & Gilbert, E. (2012). Information needs associated with changes to sexual well-being after breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 69(2), 327-337. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06010.x>

World Health Organization. (2006). *Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health*.

https://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health.pdf?ua=1

World Health Organization (1998). *Health promotion*. https://www.who.int/health-topics/health-promotion#tab=tab_1

World Health Organization (2006). *Sexual health*. https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_2