

# Brystkreft og seksuell helse

*«Hvordan kan informasjon og veiledning bidra til å ivareta seksuell helse hos kvinner med brystkreft etter gjennomgått mastektomi?»*

Kandidatnummer: 224  
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave  
i sykepleie

Antall ord: 8987  
Dato: 18.04.2022



**Lovisenberg**  
diakonale høgskole

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 18.04.2022
Tittel: Brystkreft og seksuell helse	
<p><u>Problemstilling:</u> «Hvordan kan informasjon og veiledning bidra til å ivareta seksuell helse hos kvinner med brystkreft etter gjennomgått mastektomi?»</p> <p><u>Teoretisk perspektiv:</u> Teorien tar utgangspunkt i hvordan brystkreft og mastektomi kan påvirke kvinners seksuelle helse og føre til utfordringer knyttet til femininitet, kroppsbilde og seksualitet. Sykepleierens undervisende funksjon og rolle ved seksuell veiledning, PLISSIT-modellen, lovverk og etikk blir også beskrevet, samt Joyce Travelbees sykepleieteori.</p> <p><u>Metode:</u> Dette er en litterær oppgave basert på litteratur fra pensum, egenvalgt litteratur og forskningsartikler. Det ble utført fem søk med ulikt fokus for å belyse oppgavens tematikk og besvare problemstillingen. Søkene er utført i databasene PubMed og Cinahl, og valgte forskningsartikler ble vurdert opp mot satte inklusjons- og eksklusjonskriterier.</p> <p><u>Drøfting:</u> PLISSIT-modellen brukes som et rammeverk i drøftingen, og legger føringer for hvordan sykepleier kan gå frem ved samtale om seksualitet med pasienter. Ulike årsaker til at sykepleiere ikke oppfyller sitt juridiske, etiske og faglige ansvar for å informere sine pasienter om seksualitet blir satt opp mot kvinnenes erfaringer, behov og ønsker.</p> <p><u>Konklusjon:</u> Funnene understreker viktigheten av kvinners individuelle opplevelser av seksualitet, og det å gjennomgå en mastektomi. Kvinnenes behov for informasjon, støtte og veiledning fra sykepleier vil dermed kunne variere i stor grad, og sykepleier må derfor være fleksibel. Sykepleier må være villig til å snakke om seksualitet, og samtidig være bevisst egne holdninger og kompetanse. Sykepleier må ha faglig kunnskap om de fysiske og psykiske påkjenningene brystkreft og en mastektomi kan ha for kvinnens seksuelle helse, og videreføre denne kunnskapen på en god måte etter pasientens behov. Om kvinnen har en partner vil det å inkludere partneren i veiledningen kunne være viktig for kvinnens seksuelle helse og deres relasjon. PLISSIT-modellen er et godt kommunikasjonsverktøy for sykepleiere når de skal samtale med pasienter om seksualitet.</p>	

(Totalt antall ord: 300)

## Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Innledning .....</b>	<b>1</b>
1.1	Bakgrunn for valg av tema .....	1
1.2	Presentasjon av problemstilling .....	2
1.3	Avgrensing av problemstilling .....	2
1.4	Kontekst.....	2
1.5	Oppgavens formål.....	3
1.6	Begrepsavklaring .....	3
<b>2</b>	<b>Teoretisk og empirisk kunnskapsgrunnlag.....</b>	<b>5</b>
2.1	Brystkreft.....	5
2.2	Et endret kroppsbilde.....	5
2.3	Brystkreft og seksuell helse.....	6
2.4	Sykepleiers ansvar- og funksjonsområder .....	7
2.5	Sykepleiers rolle ved seksuell veiledning .....	7
2.5.1	PLISSIT-modellen.....	7
2.6	Joyce Travelbee's teori om sykepleiers mellommenneskelige aspekter .....	9
2.7	Lovverk og etikk .....	10
<b>3</b>	<b>Metode .....</b>	<b>12</b>
3.1	Anvendt metode .....	12
3.2	Søkehistorikk.....	12
3.3	Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	14
3.4	Fremgangsmåte for valg av artikler .....	15
3.5	Anvendt litteratur .....	15
3.6	Kildekritikk .....	15
<b>4</b>	<b>Presentasjon av forskningsresultater .....</b>	<b>17</b>
4.1	Syntese .....	17
4.2	Artikkelmatrise .....	17
<b>5</b>	<b>Drøfting .....</b>	<b>20</b>
5.1	Pasientens seksualitet – et tema som ikke snakkes om.....	20
5.2	Tillatelse til å snakke om seksualitet.....	21
5.3	Sykepleiers kunnskap og holdninger .....	23
5.4	Informasjon om hvordan en mastektomi kan påvirke seksualiteten.....	24
5.5	Tapet av et bryst og et endret kroppsbilde.....	26
5.6	Konkrete forslag som fremmer seksuell helse.....	28
<b>6</b>	<b>Avslutning .....</b>	<b>30</b>
	<b>Referanseliste .....</b>	<b>31</b>

# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Denne oppgaven tar for seg temaet brystkreft og seksuell helse. Brystkreft er den hyppigst forekommende kreftformen blant kvinner, og det ble i 2020 registrert 3424 nye tilfeller av sykdommen hos kvinner i Norge (Kreftregisteret, 2021). Kirurgisk behandling er den primære og viktigste behandlingsformen ved brystkreft, hvor rundt 30% av alle som opereres får utført en mastektomi (Schlichting, 2017, s. 448-449). Brystkreft kan føre til at kvinner opplever utfordringer rundt identitet, utseende og selvbilde (Bredal, 2017, s. 477). For mange kvinner er brystene et viktig symbol på deres kvinnelighet, og det å miste et bryst vil være en traumatisk opplevelse. Tapet av brystet kan føre til at kvinner føler seg mindre feminine eller attraktive, og at de føler seg mindre verdt som kvinne (Bredal, 2017, s. 482-483). Selv om dette er noe helsepersonell skal ha kunnskap om blir temaet sjelden snakket om med pasienter og deres partnere. Grunnen til dette kan blant annet være at helsepersonell syntes at temaet er vanskelig, og at de har en overdreven respekt som fører til at temaet ikke taes opp. Mange stiller også altfor høye krav til egen profesjonalitet og kunnskap, og vegrer seg derfor for å snakke om seksualitet med pasientene (Borg, 2017, s. 126).

Sykepleiere kan ha en essensiell rolle i å identifisere og møte pasienters behov for veiledning og samtale rundt spørsmål vedrørende seksualitet. Ifølge Helland finnes det ingen retningslinjer for hvordan seksuelle spørsmål og problemstillinger skal ivaretas i helse- og omsorgstjenesten. Helseinstitusjoner er heller ikke pålagt å ivareta dette feltet, og seksualitet ignoreres dermed i stor grad i helsetilbudet som gis til pasientene. Dette skaper ytterligere usikkerhet blant sykepleiere rundt hvordan man skal håndtere slike temaer i sitt kliniske arbeid. Følgene av dette er at pasientene opplever manglende informasjon om hvordan sykdommer kan påvirke seksuallivet som et problem (Helland, 2016, s. 870-871).

På bakgrunn av dette ønsker jeg å lære mer om hvordan det å gjennomgå en mastektomi påvirker kvinners seksuelle helse, og hvordan informasjon og veiledning kan tilrettelegges for å bidra til å ivareta denne.

## **1.2 Presentasjon av problemstilling**

*«Hvordan kan informasjon og veiledning bidra til å ivareta seksuell helse hos kvinner med brystkreft som har gjennomgått mastektomi?»*

## **1.3 Avgrensing av problemstilling**

Både menn og kvinner kan rammes av brystkreft, men andelen kvinner er betraktelig høyere enn andelen menn. Ifølge Kreftregisteret ble 3424 kvinner og 31 menn diagnostisert med brystkreft i Norge i 2020 (Kreftregisteret, 2021). Det er oftest kvinner over 50 år som rammes, og sykdommen er aller hyppigst i aldersgruppen 65-69 år (Thune, 2017, s. 463). På grunnlag av dette har jeg valgt å fokusere på kvinner i alderen 50-69 for denne oppgaven.

De aller fleste som har gjennomgått kirurgi i forbindelse med brystkreft får adjuvant behandling etter operasjonen. Adjuvant behandling kan bestå av antihormonell endokrin behandling, strålebehandling og/eller cytostatikabehandling (Thune, 2017, s. 469).

Behandlingen medfører ofte psykiske og fysiske endringer som påvirker seksualiteten (Thune, 2017, s. 473). Eksempelvis kan cytostatikabehandling hos kvinner ha negative konsekvenser for deres seksuelle helse blant annet ved at hormonproduksjonen påvirkes, slik at det oppstår nedsatt fertilitet og menstruasjonsforstyrrelser. Samtidig vil behandlingen ofte føre til utbredt hårtap og fatigue, noe som kan påvirke både evne og lyst til et seksuelt samliv i stor grad (Borg, 2017, s. 124-125). I henhold til oppgavens ordramme har jeg valgt å fokusere på konsekvensene en mastektomi har for kvinners seksuelle helse, og informasjonsbehovet rundt tapet av et bryst. Dermed vil ikke adjuvant behandling bli videre omtalt i oppgaven.

## **1.4 Kontekst**

Behandlingen foretas ofte dagkirurgisk, eller ved at pasienten kun er innlagt på sykehuset i et døgn til noen få dager. Sykepleierens møte med pasienten i sykehus er dermed ofte veldig kortvarig (Sørensen et al, 2017, s. 437). Når pasienten er på sykehuset i forbindelse med operasjonen er pasienten ofte for stresset til å vite hvilke spørsmål hun har, og kan oppleve vanskeligheter med å ta til seg den informasjonen hun får (Sørensen et al, 2017, s. 445). Jeg

har derfor valgt å sette konteksten til at sykepleier møter kvinnen i forbindelse med poliklinisk oppfølging ca. 2 uker etter gjennomgått mastektomi.

## 1.5 Oppgavens formål

Formålet med oppgaven er å belyse hvordan sykepleier via informasjon og veiledning kan bidra til å ivareta den seksuelle helsen til kvinner som har gjennomgått en mastektomi. Samt få økt forståelse rundt hvordan kvinners seksuelle helse kan bli påvirket av å miste et bryst.

## 1.6 Begrepsavklaring

Begrepene seksuell helse og seksualitet blir brukt om hverandre i oppgaven på bakgrunn av at de er svært bundet sammen, samtidig som at de anvendte kildene også bruker begrepene om hverandre.

**Seksuell helse:** World Health Organization (WHO) sin definisjon oversettes slik:

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

**Seksualitet:** (WHO) sin definisjon oversettes slik:

*«... et sentralt aspekt ved å være menneske gjennom hele livet omfatter sex, kjønnsidentiteter og roller, seksuell legning, erotikk, nytelse, intimitet og reproduksjon. Seksualitet oppleves og uttrykkes i tanker, fantasier, ønsker, tro, holdninger, verdier, atferd, praksis, roller og relasjoner. Selv om seksualitet kan omfatte alle disse dimensjonene, er ikke alle alltid opplevd eller uttrykt. Seksualitet påvirkes av samspeillet mellom biologiske, psykologiske, sosiale,*

*økonomiske, politiske, kulturelle, juridiske, historiske, religiøse og åndelige faktorer." (WHO, 2006a).*

**Mastektomi:** Operasjon hvor hele brystkjertelen blir fjernet (Sørensen et al, 2017, s. 442).

**Veiledning:** Tveiten definerer veiledning slik:

*«... en formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess som har til hensikt at mestringskompetansen styrkes gjennom en dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier» (Tveiten 2006, referert i Tveiten 2020, s. 98).*

## **2 Teoretisk og empirisk kunnskapsgrunnlag**

### **2.1 Brystkreft**

Brystkreft er kreft i melkekjertlene eller melkegangene i brystkjertelen. Det er ingen tydelig årsak som viser til hvorfor noen rammes av brystkreft, men forhold i fosterlivet, genetiske forhold og ulike påvirkninger gjennom livet spiller en stor rolle (Kreftregisteret 2014, referert i Schlichting 2017, s. 446). Mellom 5-10% av alle brystkrefttilfeller antas å skyldes en medfødt genmutasjon, enten BRCA1 eller BRCA2. Andre risikofaktorer som kan medvirke til økt risiko for kreftformen er blant annet kjønn (kvinne), tidlig menarke, sen overgangsalder, tidlig eller ingen fødsel, overvekt, og østrogenbehandling i overgangsalderen. Brystkreft gir svært sjeldent merkbare symptomer før man kan kjenne en kul i brystet, eller at man opplever andre symptomer som et resultat av spredning (Schlichting, 2017, s. 447). Hos alle kvinner hvor det mistenkes forandringer i brystet skal det utføres en trippeldiagnostikk, som innebærer bildediagnostikk, klinisk undersøkelse av brystet og nålebiopsi (Schlichting 2017, s.448). Sykdommen behandles i form av kirurgi, enten alene eller kombinert med strålebehandling, cytostatika og endokrin behandling (Sørensen et al, 2017, s. 442).

### **2.2 Et endret kroppsilde**

Pasienter som behandles for kreft kan ofte oppleve kroppslige forandringer eller funksjonsforandringer som følge av selve sykdommen, behandlingen eller en kombinasjon av disse. Pasienten vil oppleve ulike grader av endringer i kroppsilde avhengig av hvilken kroppsdel eller funksjon som blir angrepet, og omfanget av forandringen. Pasientens endrede kroppsilde kan påvirke livskvaliteten, og kan føre til ytterligere konsekvenser for den videre helbredelsesprosessen. Det er dermed en sentral oppgave for sykepleiere i kreftomsorgen å hjelpe pasienten til å akseptere og forstå et endret kroppsilde etter kreft og dens behandling (Schjølberg, 2017, s. 132).

Schjølberg hevder at det å få fjernet et bryst muligens er det som er av størst betydning for endringen i kroppsildet for kvinner. Dette kommer blant annet av at inngrepet er voldsomt og gir synlige fysiske forandringer, men også at bryster er et viktig symbol for seksualitet og



kvinnelighet i vår kultur. Endringer i kroppsbildet har betydning for kvinnens selvfølelse og påvirker selvbildet, i hovedsak på en negativ måte (Schjølberg, 2017, s. 136).

### **2.3 Brystkreft og seksuell helse**

Seksualitet er individuelt, og oppleves og håndteres derfor ulikt fra person til person. Dette kan også endres mellom ulike faser av livet, samtidig som seksualiteten kan bli påvirket av og påvirke enkeltindividets helse (Gamnes, 2021, s. 516). Seksualitet er en menneskelig drivkraft som er til stede gjennom hele livet. Ved psykisk og fysisk stress forårsaket av sykdom blir seksualiteten lett skadelidende. I dag blir flere og flere kreftpasienter kurert, og mange lever dermed lenge med kronisk sykdom. Dette medfører at pasienter har behov for veiledning og støtte også når det kommer til seksuell helse. Derfor er det viktig at sykepleiere har innsikt i betydningen av seksualiteten for pasientene (Borg, 2017, s. 120).

Kvinner som blir rammet av brystkreft kan oppleve å rammes dobbelt psykologisk, dels ved problematikken rundt kvinnelighet og utseende, og dels ved usikkerheten rundt lidelse, metastaser og død. Brystene er ikke kun et morsorgan eller et symbol på kvinnelighet, men også en viktig del av følelseslivet, som kan bli sterkt påvirket om brystet skjæres i eller blir fjernet (Sørensen et al, 2017, s. 440-441). Samtidig er brystene erogene soner, som for flere betyr at en viktig kilde til seksuell nytelse kan være tapt etter å ha mistet et bryst (Almås & Benestad, 2017, s. 133). Kroppslige plager samtidig som at kroppen er forandret etter behandlingen kan føre til negative konsekvenser for kvinnens selvbilde og livsutfoldelse, og dermed også seksuallivet (Sørensen et al, 2017, s. 441). Kvinnens opplevelse av hvor vidt partnerens reaksjon på sykdommen og påfølgende behandling er støttende legger også føringer for hennes følelse av seksuell interesse (Sørensen et al, 2017, s. 442).

Det er vesentlig at pasienten får informasjon om mulighetene som finnes for kompensasjon i form av brystrekonstruksjon, ytre proteser, innlagte proteser og å arbeide med å styrke kvinnens selvfølelse etter mastektomien (Almås & Benestad, 2017, s. 133).

## **2.4 Sykepleiers ansvar- og funksjonsområder**

Sykepleiere har flere fagspesifikke funksjoner og ansvar som legger føringer for hvordan man skal tilnærme seg og ivareta pasienten (Nortvedt & Grønseth, 2017, s. 21-22). Jeg har valgt å fokusere på sykepleiers undervisende funksjon. Sykepleiers undervisende funksjon omfatter ansvar for å informere, veilede og undervise pasienten og hennes pårørende. Dette skal blant annet bidra til å fremme trygghet og hjelpe kvinnen med å forstå konsekvensene av brystkreften og mastektomien, og mestre disse (Nortvedt & Grønseth, 2017, s. 23).

## **2.5 Sykepleiers rolle ved seksuell veiledning**

Sykepleierens utfordring er å gi kvinnen emosjonell støtte, informasjon og hjelp til å opprettholde et godt selvbilde. Kvinnen må få tilpasse seg til sitt nye og endrede kroppsbilde (Bredal, 2017, s. 483). Det er en forutsetning at det er etablert tillit mellom sykepleier og pasienten når man skal kartlegge hennes behov for hjelp i forbindelse med seksualitet (Gamnes, 2021, s. 530). For at sykepleier skal kunne gi pasienten god veiledning om seksualitet og seksuell helse i forbindelse med brystkreft, er det viktig at sykepleier er åpen og nysgjerrig. Sykepleier må forstå sin egen seksualitet, og samtidig være forberedt på at pasienten kan ha annerledes uttrykk for sin seksualitet enn det en selv har (Borg, 2017, s. 126).

Det stilles krav til sykepleiers kunnskap om både de psykiske og de fysiske utfordringene pasienten står overfor ved veiledning om seksualitet. Kunnskap og emosjonelt engasjement er essensielt for at sykepleier skal kunne forstå (Borg, 2017, s. 126). For mange er seksualitet noe som deles med en annen person. Derfor bør målet for all seksuell veiledning være å få pasienten og hennes partner til å snakke sammen om seksualiteten (Borg, 2017, s. 127). Målet for dem uten partner er at pasienten skal få hjelp til å leve godt med sin seksualitet.

### **2.5.1 PLISSIT-modellen**

Det viktigste arbeidsredskapet en sykepleier har er kommunikasjon. PLISSIT-modellen er en kommunikasjonsmodell som er nyttig å ha kunnskap om når sykepleier skal veilede en

pasient om seksuell helse og seksualitet. PLISSIT står for: Permission (tillatelse), Limited Information (begrenset informasjon), Specific Suggestions (konkrete forslag) and Intensive Therapy (intensiv terapi) (Borg, 2017, s. 127).

### **Tillatelse:**

Målet med det første trinnet, tillatelse, er at pasienten skal få mulighet til å snakke om sine tanker og følelser rundt seksualitet. Her er det viktig at sykepleier er villig til å snakke om seksualitet og seksuell helse, og at pasienten møtes med diskresjon og varighet, men samtidig på en direkte måte. Pasientene har ofte behov for tid til å reflektere over situasjonen de er i slik at de kan bearbeide sitt endrede kroppsbilde. Samtidig er det viktig at sykepleier oppmuntrer til samtaler for å motivere pasienten til å sette ord på seksuelle problemer. Det er pasienten som skal gi tillatelse til samtalen og sykepleier må dermed respektere pasientens grenser om hun ikke ønsker å snakke om temaet, men det er viktig at pasienten får tilbudet. Eventuelt kan dialogen tas opp igjen på et annet tidspunkt. Sykepleier kan også nærme seg kvinnen gjennom skriftlig informasjon, f.eks ved å ta i bruk Kreftforeningens hefte om Seksuell helse og kreft. Uavhengig av tilnæringsmetode vil pasientens utgangspunkt alltid være fokus for veiledningen (Borg, 2017, s. 127-128).

### **Begrenset informasjon:**

Sykepleier har kunnskap om brystkreft og behandlingen pasienten gjennomgår som det antas at pasienten ikke har. Pasienten skal få denne informasjonen uten å selv måtte ta initiativ til å bli informert. Om kvinnen har en partner skal informasjon om brystkreft, behandling og potensielle konsekvenser for kvinnens seksuelle helse fortrinnsvis gis til pasienten og partneren sammen. Dette vil kunne bidra til en større åpenhet mellom parret, og samtidig skape en forståelse av at nærhet, ømhet og varme er spesielt viktige sider av seksualiteten i denne vonde opplevelsen. Sykepleier kan også kort beskrive hvordan «kroppsideal», «kropsrealitet» og «kroppspresentasjon» danner et kroppsbilde, og hvordan dette kroppsbildet kan forandres etter operasjonen. Kvinnen bør oppfordres til å fortelle hvordan hun opplever sin situasjon, og hva hun tror kan påvirke hennes seksualitet. Informasjonen vil kunne bidra til å oppklare eventuelle misforståelser og fantasier rundt sykdommen og dens behandling (Borg, 2017, s. 128).

### **Konkrete forslag;**

Målet med det tredje trinnet, konkrete forslag, er å gi kvinnen råd slik at hun er i stand til å mestre spesifikke situasjoner. Det er viktig at sykepleier sammen med pasienten og eventuelt hennes partner finner frem til løsninger som fremmer seksuell helse. Dette innebærer konkrete forslag til løsninger på hvordan man kan utvikle og opprettholde et godt seksualliv (Borg, 2017, s. 128). Om sykepleier er kvalifisert til dette, kan det eksempelvis gis informasjon om sensitivitetstrening. Sensitivitetstrening ble utviklet på 1950-tallet av Masters og Johnson, pionerene innenfor sexologisk rådgivning, og er spesifikke øvelser som bidrar til at pasienten trinnvis lærer seg å akseptere sin endrede kropp i samspill med sin partner. Slik vil de emosjonelle og sosiale sidene ved seksuell helse bli trukket frem. For flere vil kroppskontakt og massasje kunne være gode erstatninger for samleie, og for andre vil f.eks en god klem være viktig. Det er dessverre utviklet få hjelpemidler til å ivareta kvinners seksuelle helse etter kreftbehandling, men sykepleier kan eksempelvis informere om vaginalkremer og glidemidler mot tørr skjede, og eventuelt foreslå testosteronbehandling om dette er aktuelt (Borg, 2017, s. 129).

### **Intensiv terapi:**

Intensiv terapi er kun aktuelt for et fåtall av pasientene, og gjelder pasienter som har behov for en dypere og mer spesialisert behandling. Problemene disse pasientene opplever er alvorlige, og kan ikke løses på de lavere trinnene i PLISSIT-modellen. Eksempler på slike tilfeller er om pasienten opplever dypere samlivsproblematikk eller har alvorlige psykiske problemer. Derfor er intensiv terapi forbeholdt spesialister i blant annet kirurgi eller sexologi. Sykepleiers rolle ved dette trinnet er å motivere kvinnen til behandling, og henvise henne til spesialist (Borg, 2017, s. 130). Da dette trinnet er forbeholdt spesialister blir ikke dette videre omtalt i oppgaven, og derfor kun nevnt i drøftingen.

## **2.6 Joyce Travelbee's teori om sykepleiens mellommenneskelige aspekter**

Joyce Travelbee definerte sykepleie slik: «Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktiker hjelper et individ, en familie eller et samfunn i å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og, om nødvendig, å finne mening i disse erfaringene» (Kirkevold, 2009, s. 113).

Ifølge Travelbee er kommunikasjon et av de viktigste redskaper en sykepleier har. Kommunikasjon er en forutsetning for å kunne oppnå Travelbees definisjon av sykepleiens hensikt, nemlig å hjelpe pasienten til å kunne mestre lidelse og sykdom, og å finne mening i erfaringene dette medbringer. Kommunikasjonen gjør at sykepleier er i stand til å etablere et menneske-til-menneske forhold til individet som er syk. Sykepleier kan da bli kjent med pasienten, forstå hennes behov og bidra til å oppfylle disse (Kirkevold, 2009, s. 118-119). At sykepleieren bruker kommunikasjon effektivt inngår i det å bruke seg selv terapeutisk. Travelbee beskriver terapeutisk bruk av seg selv som «bevisst bruk av personlighet og kunnskap for å bidra til forandring hos syke personer. Forandringen er terapeutisk når den avhjelper personens plager». Dette innebærer at sykepleier bevisst søker å etablere bånd til pasienten og samtidig strukturerer sykepleiesituasjonen slik at pasientens behov møtes, og at vedkommende får hjelp til å akseptere den menneskelige tilstanden, inkludert lidelse og sykdom (Kirkevold, 2009, s. 119-120).

## **2.7 Lovverk og etikk**

Pasienter har ofte et stort behov for informasjon, noe som primært henger sammen med at de ofte har mangel på kunnskap om aktuell utredning, sykdommen de er rammet av og eventuell pleie og behandling (Molven, 2017, s. 162). Jmfør pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 har pasienten rett til informasjon. Dette innebærer at pasienten skal få den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i egen helsetilstand og innholdet i helsehjelpen hun mottar. Pasienten skal også bli informert om mulige bivirkninger og risikoer (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2). Informasjonen skal blant annet omfatte diagnose, undersøkelses- og behandlingstiltak, prognose, pleie som følge av forskjellige tiltak og påkjenninger av ulike slag knyttet til utredning og behandling. Som tidligere nevnt er pasientens rett til informasjon ikke avhengig av at pasienten skal måtte be om det. Informasjonen skal bli meddelt uoppfordret i samsvar med de overnevnte kravene til omfanget av informasjonen (Molven, 2017, s. 163). Samtidig som pasienten har rett til å motta informasjon har sykepleiere en lovfestet plikt til å gi informasjon jmfør helsepersonelloven § 10. Loven sier at den som yter helse- og omsorgstjenester skal gi informasjon til den som har krav på å få informasjon i samsvar med reglene i pasient- og brukerrettighetsloven (Helsepersonelloven, 1999, § 10).

I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere blir grunnlaget for all sykepleie beskrevet som respekten for enkelt menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleien skal baseres på omsorg, barmhjertighet og respekt for menneskerettighetene. Disse omhandler blant annet at sykepleier skal ivareta den enkelte pasients integritet og verdighet, herunder retten til omsorgsfull og faglig forsvarlig hjelp, samt retten til å ikke bli krenket og retten til medbestemmelse. Retningslinjene trekker blant annet frem at sykepleier har ansvar for å fremme helse, utøve helhetlig individuell omsorg, og understøtte mestring, håp og livsmot hos pasienten (Norsk sykepleierforbund, 2019).

### **3 Metode**

I dette kapittelet vil metoden for oppgaven bli presentert, samtidig som fremgangsmåte for litteratursøket, annen anvendt litteratur, og inklusjons- og eksklusjonskriterier blir gjort rede for. Det blir også fremlagt kildekritikk av valgt litteratur. Til slutt blir søkene med inkluderte forskningsartikler fremlagt i en artikkelmatrise.

#### **3.1 Anvendt metode**

Metode er en systematisk fremgangsmåte som anvendes for å samle inn kunnskap og informasjon for å belyse en problemstilling (Thidemann, 2019, s. 74). I tråd med skolens krav og retningslinjer for bacheloroppgaven er dette en litterær oppgave. I en litterær oppgave innhenter man data fra allerede eksisterende teori, forskning og fagkunnskap (Dalland, 2020, s. 199). Jeg har tatt i bruk pensum- og egenvalgt faglitteratur, samt forskningsartikler som er med på å belyse og besvare valgt tema og problemstilling.

#### **3.2 Søkehistorikk**

I denne oppgaven har jeg hovedsakelig brukt databasen PubMed for å finne relevante forskningsartikler. Jeg har også gjort søk i Cinahl og Google Scholar, men har kun inkludert en artikkel fra disse søkene. I den forbindelse har jeg vagt å kun beskrive søkene som har ført til artikler som jeg har inkludert i oppgaven.

Jeg har utført fem strukturerte søk hvor jeg har anvendt ulike ordkombinasjoner for å tilpasse søket etter oppgavens fokusområder. Det første og det fjerde søket ble begge utført i PubMed, med fokus på pasientperspektivet, herunder hvordan kvinner erfarer at deres seksuelle helse blir påvirket av mastektomi. Pasientperspektivet er en viktig del av oppgaven da det anses som essensielt at sykepleier har kunnskap om hvordan en mastektomi kan ha negative følger for kvinnens seksualitet og seksuelle helse. Denne kunnskapen og kompetansen er viktig for å kunne veilede og støtte kvinner i møte med disse utfordringene. Det andre søket ble også utført i PubMed og fokuserte på informasjonsbehovet til pasientgruppen, imens det tredje søket ble utført i Cinahl og fokuserte på sykepleieres perspektiv. Det femte og siste søket i

PubMed ble spesifikt utført for å finne forskningslitteratur som omhandlet bruken av PLISSIT ved veiledning om seksualitet til kvinner i etterkant av mastektomi.

Søkeordene som har blitt benyttet i ulike kombinasjoner er «breast neoplasms», «breast cancer», «mastectomy», «sexuality», «sexual health», «body image», «communication», «PLISSIT» og «women». Søkene er fremstilt i denne tabellen:

Søkedato:	Søkeord:	Database:	Antall treff:	Valgt artikkel:
02.12.21	Breast Neoplasms AND Mastectomy AND Women AND Sexual Health	PubMed	157	Wilmoth, M. C. (2001)  <i>«The aftermath of breast cancer: an altered sexual self»</i>
07.12.21	Breast Neoplasms AND Communication AND Sexuality	PubMed	190	Ussher, J. M., Perz, J. & Gilbert, E. (2012)  <i>«Information needs associated with changes to sexual well-being after breast cancer»</i>
07.12.21	Cancer Patients AND Nurse-Patient Relations AND Sexuality	Cinahl	30	Olsson, C., Berglund, A-L., Larsson, M. & Athlin, E. (2012)  <i>«Patient´s sexuality – A neglected area of cancer nursing?»</i>
14.12.21	Breast Neoplasms AND Mastectomy AND Body Image AND Sexuality	PubMed	224	Fallbjörk, U., Salander, P. & Rasmussen, B. H. (2012)  <i>«From «no big deal» to «losing oneself»: different meanings of mastectomy»</i>
10.01.22	PLISSIT AND Breast Cancer	PubMed	4	Faghani, S. & Ghaffari, F. (2016)  <i>«Effects of sexual rehabilitation using the PLISSIT model on quality of sexual life and sexual functioning in post- mastectomy breast cancer survivors»</i>



### 3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

I forkant av de utførte søkene satte jeg noen inklusjons- og eksklusjonskriterier som skulle legge føringer for hvilke artikler som kunne være relevante å inkludere i oppgaven. Dette ble gjort for å kunne avgrense mengden litteratur, tydeliggjøre litteratursøket, og for å gjøre søket mer hensiktsmessig basert på den type kunnskap og informasjon jeg var ute etter (Thidemann, 2019, s. 83). Et av inklusjonskriteriene jeg har satt er at artiklene skal være fagfellevurderte. Grunnen til dette er å sikre kvalitet på forskningen, og for å forsikre meg om at forskningen er troverdig. Dette ble gjort ved å søke opp tidsskriftet hver artikkel ble publisert i på nettsiden til Norsk senter for forskningsdata (NSD).

Jeg har også valgt å kun inkludere artikler skrevet på engelsk, da jeg ikke fant aktuelle norske artikler ved mine søk. Bakgrunnen for dette er at oversettelse av ukjente språk ved bruk av Google translate kan føre til feiltolkninger og misforståelser av innholdet i artiklene, og er noe jeg vil unngå slik at jeg ikke fremstiller feilaktig informasjon. Jeg har valgt å ikke sette begrensninger for når artiklene er publisert, da jeg ikke finner noen vesentlig grunn til å anse forskning som eksempelvis er over 10 år gammel som mindre relevant enn nyere forskning. I utgangspunktet ønsket jeg å ekskludere artikler som omhandler andre sykdommer eller kreftformer enn brystkreft, da denne oppgavens tematikk spesifikt omhandler brystkreft. Jeg har likevel endt opp med å inkludere en artikkel basert på sykepleieres perspektiv i forbindelse med samtale om seksualitet med pasienter med ulike former for kreft. Denne ble inkludert på bakgrunn av at sykepleiernes perspektiv anses som viktig å få frem i oppgaven, og at jeg ikke fant en artikkel som omhandlet dette spesifikt i forbindelse med brystkreft. Samtidig har jeg valgt å ekskludere artikler med hovedfokus på andre årsaker til utfordringer rundt seksualitet hos denne pasientgruppen, eksempelvis cytostatika eller strålebehandling.

Jeg har kun fokusert på artikler som omhandler kvinner, ikke menn, da dette er en avgrensning jeg har satt for oppgavens problemstilling. I henhold til aldersbegrensningen som ble presentert innledningsvis ønsket jeg i utgangspunktet å ekskludere artikler som fokuserer på yngre kvinner. Jeg har likevel endt opp med noen artikler som ikke kun omhandler kvinner i alderen 50-69 år, da det viste seg vanskelig å finne artikler som spesifikt fokuserte på dette aldersspennet.

### **3.4 Fremgangsmåte for valg av artikler**

Fremgangsmåten for å velge ut hvilke forskningsartikler som skulle bli inkludert i oppgaven var først og fremst å lese tittelen på artiklene. Om en artikkel hadde en tittel som virket relevant for problemstillingen leste jeg abstraktet, og videre metodedel, resultater og konklusjon. De artiklene som deretter var aktuelle ble sjekket for fagfelleevaluering, samt sammenliknet for å vurdere om artiklene totalt sett ville bidra med relevante, ulike eller like resultater. Deretter ble artiklene lest i sin helhet og vurdert opp mot egne inklusjons- og eksklusjonskriterier for denne oppgaven.

### **3.5 Anvendt litteratur**

Denne oppgaven er basert på egenvalgt litteratur og bøker som har vært på pensum, samt andre kilder som Lovdata, WHO, NSF og Kreftregisteret sine nettsider. For å finne relevant litteratur har jeg tatt i bruk høgskolens søkemotor Oria. I tillegg har jeg ledd etter bøker på skolens bibliotek, blant annet under temaet kreft. Jeg har også søkt opp andre bacheloroppgaver med liknende tematikk som oppgaven min, og sett på deres referanselister. Boken «Kreftsykepleie: pasient- utfordring- handling», ble eksempelvis funnet via andre bacheloroppgaver, og er en av bøkene jeg har hatt mye nytte av.

### **3.6 Kildekritikk**

I utgangspunktet ønsket jeg å ta i bruk forskningsartikler fra Norge eller skandinaviske land med tanke på kulturforskjeller, normer, oppbygningen av helsevesenet og sykepleieres rolle. Likevel er kun to av de inkluderte artiklene fra Sverige, og de andre fra Australia, USA og Iran. Bakgrunnen for dette er at artiklenes innhold og relevans for oppgaven ble vurdert som viktigere enn å måtte ekskludere all forskning som ikke ble utført i Skandinavia. Artikkelen fra Iran var spesielt relevant med tanke på at den var en av få som omtalte PLISSIT-modellen i forbindelse med mastektomi og seksuell helse, noe som er en viktig del av denne oppgaven. USA og Australia vurderes også som land med lettere overførbarhet til Norge, men dette kan likevel ses på som en svakhet i oppgaven.

De inkluderte artiklene har ulikt fokus, og er både kvalitative, kvantitative eller en blanding av disse. Tre av artiklene har dermed få respondenter noe som kan anses som en svakhet i form av at resultatene ikke kan generaliseres til den øvrige befolkningen. Dette gir samtidig et dypere innblikk i individuelle erfaringer, noe som er nødvendig for å kunne sette seg inn i hvordan kvinner kan oppleve sin seksuelle helse i etterkant av mastektomi. En av artiklene omhandler konsekvenser og bivirkninger av flere deler av behandlingen for brystkreft, og derav ikke kun mastektomi. Jeg har likevel valgt å inkludere artikkelen da resultatene i forbindelse med opplevelsen av tapet av et bryst er nyttige for temaet i denne oppgaven. Resultatene som omhandler erfaringer i forbindelse med cytostatikabehandling vil derfor ikke bli brukt i oppgaven. En av artiklene har kun inkludert kvinner i alderen 18-45 år, noe som er under min aldersavgrensing i forbindelse med problemstillingen. Artikkelen er en av få som spesifikt omhandler effekten av PLISSIT-modellen ved veiledning om seksualitet etter mastektomi, og har derfor blitt inkludert i oppgaven. Fra den ene artikkelen hvor kvinnene er i ulik alder har jeg valgt å kun inkludere funnene som gjelder for kvinnene i alderen 50-69 år.

Deltakerne i artikkelen som omhandler sykepleiernes perspektiv jobber på ulike avdelinger, med ulike former av kreft og behandling. Disse resultatene kan dermed ikke direkte overføres til oppgaven kontekst, en poliklinisk oppfølging, noe som kan ses som en svakhet. Likevel anses artikkelen som relevant da funnene belyser sykepleiere som jobber i kreftomsorgen sine holdninger til det å snakke om seksualitet med pasienter. Det kan også anses som en svakhet at jeg ikke har valgt å sette noen tidsavgrensing på søkene mine, noe som har resultert i at den ene artikkelen eksempelvis er 21 år gammel. Samtidig omhandler denne artikkelen kvinnenes erfaringer med konsekvensene av brystkreft, noe som antas å ikke ha endret seg i særlig grad hva gjelder mastektomi.

Alle artiklene vurderes som relevante i henhold til oppgavens problemstilling og tematikk. Artiklene er fagfellevurderte, følger IMRAD-struktur, og er publisert i anerkjente tidsskrifter. Databasene som er tatt i bruk ved søkene er hentet fra skolens nettside sin oversikt over databaser og nettressurser. Samtidig er bøkene som er tatt i bruk i oppgaven på pensumlistene for tidligere semestere i mitt studieforløp, og er dermed ansett som troverdige kilder.

## 4 Presentasjon av forskningsresultater

### 4.1 Syntese

Forskningsartiklene har et overordnet ulikt fokus i sine studier. To av artiklene fokuserer mest på de individuelle konsekvensene som kvinnene gjennomgår i forhold til sin seksualitet etter brystkreft og mastektomi. En av artiklene legger frem sykepleiernes perspektiv i forbindelse med hvorfor seksualitet ikke snakkes om, mens en annen omhandler behovet for og mangelen på informasjon. Uavhengig av dette konstaterer alle artiklene at mastektomi ofte har en betydelig negativ effekt på kvinnens seksuelle helse, og at mange opplever mangelfull eller ingen informasjon om problemstillingen. Artikkelen til Faghani og Ghaffari konkluderer med at PLISSIT-modellen er et godt kommunikasjonsverktøy for sykepleiere å ta i bruk for å bedre kunne veilede pasientene om seksualitet.

### 4.2 Artikkelmatrise

Inkluderte forskningsartikler og deres resultater blir presentert i artikkelmatrisen nedenfor:

Nr	Forfatter/årstall	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Design/metode	Funn
1	Ulrika Fallbjörk, Pär Salander & Birgit Rasmussen (2012)	From «no big deal» to «losing oneself»: different meanings of mastectomy	Cancer Nursing An International Journal for Cancer Care Research	Beskrive hvordan kvinner som har mistet et bryst i forbindelse med brystkreft opplever dets innvirkning på livet deres, samt deres refleksjoner rundt brystrekonstruksjon.	Kvalitativ studie, hvor 15 kvinner med brystkreft ble intervjuet 4,5 år etter at de hadde gjennomgått mastektomi.	Studien fant at kvinnene hadde ganske ulike opplevelser av det å miste et bryst. Kvinnenes erfaringer kunne deles inn i 3 kategorier/historielinjer: for 7 av kvinnene var det «ingen stor sak», for 3 av kvinnene var det som «å miste seg selv», og for 5 av kvinnene resulterte det i «en såret feminitet».
2	Cecilia Olsson, Anna-Lena Berglund, Maria Larsson & Elsy Athlin	Patient´s sexuality – A neglected area of cancer nursing?	European Journal of Oncology Nursing	Beskrive sykepleieres forestillinger om samtaler vedrørende seksualitet	Fenomenografisk metode hvor 10 sykepleiere ble intervjuet.	Det kommer frem i studien at sykepleierne tenkte at de burde snakke om seksualitet med pasientene, men at kunnskap, ferdigheter og egne holdninger, samt forhold i arbeidsmiljøet

	(2012)			med kreftpasienter.		førte til at de oftest ikke gjorde det. Sykepleierne uttrykte at de kunne føle seg ukomfortable med å snakke om seksualitet, og håpet at noen andre ville påta seg ansvaret.
3	Safieh Faghani & Fatemeh Ghaffari (2016)	Effects of Sexual Rehabilitation Using the PLISSIT Model on Quality of Sexual Life and Sexual Functioning in Post-Mastectomy Breast Cancer Survivors	Asian Pacific Journal of Cancer Prevention	Vurdere effekten av seksuell rehabilitering ved bruk av PLISSIT-modellen hos kvinner med brystkreft som har gjennomgått mastektomi.	Kvasiekserperimentell studie hvor 50 kvinner som mottok seksuell rådgivning basert på PLISSIT-modellen ble sammenliknet med 50 kvinner som ikke mottok denne typen rådgivning. Alle kvinnene hadde brystkreft og gjennomgått mastektomi.	Studien fant en signifikant forskjell mellom intervensjons- og kontrollgruppen i etterkant av rådgivningen. Kvinnene som mottok seksuell rådgivning ved bruk av PLISSIT-modellen hadde en økning av kvalitet på sin seksuelle helse fra 26.3 +/- 3.8 til 30.3 +/- 4.4 etter rådgivningen. Kvinnene i kontrollgruppen hadde ingen økning (24.1 +/- 4.7 før og 24.2 +/- 4.6 etter).  Artikkelen konkluderer med at PLISSIT vil være et godt verktøy for sykepleiere når det kommer til å samtale med pasient og eventuelt partner om seksuell helse og seksualitet.
4	Margaret Chamberlain Wilmoth (2001)	The Aftermath of Breast Cancer: An Altered Sexual Self	Cancer Nursing An International Journal for Cancer Care Research	Beskrive aspekter ved seksualitet som var viktig for kvinner etter behandling av brystkreft.	Kvalitativ deskriptiv studie med bruk av grounded theory-metoder. 18 kvinner med brystkreft ble intervjuet, hvor 61% av kvinnene hadde gjennomgått mastektomi, og 39% lumpektomi.	Studien fant at kvinnene opplevde et endret seksuelt selv, og følelsen av tap i forbindelse med tap av kroppsdeler og endringer i den delen av seg selv som definerte dem som kvinne, samt tap av seksuelle sensasjoner og seksuell lyst. Det kommer frem at støtte fra en eventuell partner eller familie har en viktig innvirkning på kvinnen, og at god informasjon fra sykepleier er essensielt. Mange opplevde informasjonen fra helsepersonell som mangelfull.
5	Jane M. Ussher, Janette Perz & Emilee Gilbert (2012)	Information needs associated with changes to sexual well-being after breast cancer	Journal of Advanced Nursing	Evaluere pasientenes informasjonsbehov om seksuell velvære, erfaringer med innhenting av	Blandet metodeanalyse som integrerer både kvantitative og kvalitative svar på en nettbasert undersøkelse.	85% prosent av deltakerne rapporterte at diagnosen hadde en innvirkning på deres seksuelle velvære eller seksuelle forhold. Over 2/3 av deltakerne anså informasjon om seksuell respons, fysiske endringer,

				<p>slik informasjon, og erfaringer rundt kommunikasjon om seksualitet med helsepersonell etter brystkreft.</p>	<p>1965 individer med brystkreft hvor 98,8% var kvinner ble inkludert i studien.</p>	<p>forholdsproblemer, psykologiske konsekvenser, bekymringer rundt kroppsbilde og hvordan man kan snakke med helsepersonell om seksuell velvære som svært viktig. Det kommer blant annet frem i studien at flertallet ønsket skriftlig informasjon i form av brosjyrer/hefter, nettsider eller nyhetsbrev. Mindre enn halvparten av deltakerne hadde fått informasjon om seksuell helse etter brystkreft. Mange deltakere rapporterte at de ikke visste hvor de skulle lete etter informasjon, og/eller at informasjonen ikke dekket deres behov.</p>
--	--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## 5 Drøfting

I dette kapittelet vil resultater fra de inkluderte forskningsartiklene og teori som har blitt redegjort for tidligere i oppgaven bli drøftet opp mot oppgavens problemstilling. PLISSIT-modellen vil kunne strukturere veiledningen, og blir derfor brukt som et rammeverk i drøftingen for å besvare hvordan veiledningen kan tilrettelegges for å ivareta kvinners seksuelle helse. Kvinners erfaringer blir trukket frem for å belyse de ulike opplevelsene sykepleier bør ha kunnskap om for å kunne informere og veilede pasienter som enkelt individer med ulike informasjonsbehov.

*«Hvordan kan informasjon og veiledning bidra til å ivareta seksuell helse hos kvinner med brystkreft som har gjennomgått mastektomi?»*

### 5.1 Pasientens seksualitet – et tema som ikke snakkes om

Vi lever i et samfunn som stadig utvikler seg og som har blitt mer åpent når det kommer til å snakke om seksualitet. I den forbindelse er det lett å tro at dette har overføringsverdi til sykepleieryrket. Likevel så viser både forskning og faglitteratur at dette ikke nødvendigvis er tilfellet. I artikkelen til Wilmoth kommer det frem at flere av deltakerne opplevde informasjonen og støtten de fikk av helsepersonell, inkludert sykepleiere, som mangelfull (Wilmoth, 2001, s. 283). Dette underbygges i studien til Ussher et al. hvor kun 41% av deltakerne oppga at de hadde fått informasjon om seksuell helse etter brystkreft (Ussher et al., 2012, s. 331). Ifølge Borg kan årsaken til at temaet sjelden tas opp med pasientene være at helsepersonell syntes at det er et vanskelig tema som de har en overdreven respekt for. Samtidig som at mange stiller for høye krav til egen kunnskap og profesjonalitet (Borg, 2017, s. 126). Olsson et al. påpeker at alle sykepleierne mente at det burde håndteres som en del av deres profesjonelle ansvar å snakke om seksualitet med pasientene. Samtidig oppstod det usikkerhet rundt hvordan, når og hvem som faktisk skulle gjennomføre samtalen (Olsson et al., 2012, s. 428). Disse funnene tyder på at det er behov for tydelige retningslinjer og informasjon om hvordan sykepleier skal gå frem for å best mulig samtale med pasienter om temaet. Helland trekker frem akkurat dette når hun skriver at det ikke finnes noen retningslinjer for hvordan seksuelle spørsmål skal ivaretas i helse- og omsorgstjenesten, og at

dette fører til vanskeligheter for helsepersonell, og ikke minst er et problem for pasientene (Helland, 2016, s. 870-871).

## **5.2 Tillatelse til å snakke om seksualitet**

Både Borg og Travelbee hevder at kommunikasjon er det viktigste arbeidsredskapet til en sykepleier (Borg, 2017, s. 127; Kirkevold, 2014, s. 118). Videre påpeker Travelbee at kommunikasjonen gjør det mulig for sykepleier å bli kjent med pasienten, og dermed lettere oppdage og oppfylle hennes behov. Slik kan sykepleier bidra til at kvinnen mestrer de negative følgene av mastektomien (Kirkevold, 2014, s. 119). I teoridelen har PLISSIT blitt lagt frem som en nyttig kommunikasjonsmodell for sykepleiere når man skal veilede om seksualitet. I studien til Faghani og Ghaffari kommer det frem at veiledning ved bruk av PLISSIT-modellen hadde god effekt, og viste en forbedring i kvinnenes seksuelle helse. Det ble observert en betydelig forskjell mellom kvinnene som mottok veiledning med PLISSIT-modellen og de som ikke gjorde det (Faghani & Ghaffari., 2016, s. 4849). Ussher et al. nevner også PLISSIT-modellen, og trekker frem at denne har blitt anerkjent for å være et nyttig verktøy for sykepleiere som jobber med pasienter med kreft (Katz 2005; Ayaz & Kubilay 2009, referert i Ussher et al., 2012, s. 333).

Før sykepleier starter å veilede og gi informasjon til pasienten, er det viktig å snakke med kvinnen og eventuelt hennes partner om hvilke tanker og forestillinger hun/de har om seksualitet og seksualfunksjon i tiden fremover (Gamnes, 2021, s. 533). Her går sykepleier inn i det første trinnet av PLISSIT-modellen, tillatelse. Ifølge Borg er det viktig at sykepleier er bevisst over at det er pasienten som gir tillatelse til å snakke om seksualitet, og at sykepleier møter pasienten på en direkte, men likevel diskrete måte (Borg, 2017, s. 127). Blant kvinnene i studien til Ussher et al. ble det rapportert at blant annet forlegenhet var en av årsakene til at de ikke hadde snakket med noen om endringene de opplevde i forbindelse med brystkreft og seksuelt velvære (Ussher et al., 2012, s. 332). Dette viser til at sykepleier har en sentral rolle når det kommer til å åpne opp for en samtale om seksualitet, og at sykepleier bør betrygge kvinnen om at det er helt naturlig å snakke om. Videre hevder Borg at ved å vise medfølelse kan sykepleier gi pasienten en trygghet som bidrar til at samtaler om seksualitet og følelser vil gå lettere.



Veiledningen og samtalen skal være strukturert, og samtidig være preget av respekt og nærhet (Borg, 2017, s. 126). I artikkelen til Faghani og Ghaffari oppga 41% av kvinnene at de var villige til å snakke med en sykepleier om deres fysiske problemer (Faghani & Ghaffari, 2016, s. 4848-4849). Sykepleier må da være villig til å snakke om temaet slik at kvinnen får mulighet til å sette ord på sine tanker og følelser rundt seksualitet, noe som er målet med dette trinnet (Borg, 2017, s. 127). Flere av sykepleierne i studien til Olsson et al. oppga at de var villige til å snakke om seksualitet om pasienten tok opp temaet, og andre oppga at de ignorerte emnet selv om pasienten ønsket samtale (Olsson et al., 2012, s. 428). Om kvinnen ikke ønsker å snakke om seksualitet må sykepleier akseptere dette, men det påpekes at alle pasienter bør få tilbudet om samtale. På denne måten vil det også være lettere å eventuelt ta opp dialogen igjen på et senere tidspunkt (Borg, 2017, s. 128). Ifølge Borg vil det å unngå å snakke om seksuelle problemer med pasientene bidra til å styrke fordommene om at seksualitet er et avsluttet kapittel for mennesker rammet av kreft (Borg, 2017, s. 126). Dette strider også med de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere, som tydeliggjør viktigheten av å yte helhetlig omsorg etter den enkelte pasient sine behov (Norsk sykepleierforbund, 2019). Helhetlig omsorg tolkes som å innebære pleie for alle aspekter av en pasient sine behov, da også problemstillinger vedrørende kroppsbilde og seksualitet.

Sykepleier kan eventuelt nærme seg pasienten gjennom skriftlig informasjon om seksualitet. I forbindelse med dette nevner Borg at Kreftforeningens hefte «Seksuell helse og kreft» kan være fint å bruke (Borg, 2017, s. 128). Ønsket om skriftlig informasjon bekreftes i studien til Ussher et al. der flertallet av kvinnene foretrakk informasjon om seksualitet gjennom hefter, nyhetsbrev eller nettsider. Noen få ønsket å motta informasjon muntlig via gruppeinformasjonsmøter eller hjelpetelefoner, og de aller færreste ønsket en-til-en samtale med profesjonelle eller i støttegrupper (Ussher et al., 2012, s. 331). Samtidig kan dette problematiseres da bruk av nettsider, hefter og liknende antas å inneholde generell informasjon, noe som kanskje ikke vil oppleves som tilfredsstillende for konkrete, personlige behov. Disse funnene tyder likevel på at sykepleier må være fleksibel i møte med pasienten, og tilpasse måten informasjonen blir gitt på etter hver enkelt kvinnes individuelle ønsker og behov.

### 5.3 Sykepleieres kunnskap og holdninger

Helland skriver at sykepleiere kan bidra til å normalisere eventuelle utfordringer pasienter kan oppleve ved å snakke om og gi informasjon om seksualitet. Dette vil også kunne redusere og forebygge usikkerhet, skyldfølelse og bekymringer i forhold til en eventuell partner, samt bekrefte at pasienten ikke er alene om disse opplevelsene (Helland, 2016, s. 870). For at sykepleier skal kunne forstå pasientens situasjon er det behov for kunnskap og et emosjonelt engasjement. Borg understreker at det derfor kreves kunnskap om både de psykiske og fysiske utfordringene kvinnen står ovenfor når sykepleier skal veilede pasienter med brystkreft om seksualitet (Borg, 2017, s. 126). For å følge de yrkesetiske retningslinjene må sykepleier holde seg oppdatert på dokumentert praksis, forskning og utvikling innen brystkreft, og samtidig bidra til at den nye kunnskapen blir anvendt i praksis (Norsk sykepleierforbund, 2019). Funnene i studien til Olsson et al. viser at sykepleierne opplevde mangel på kunnskap og ferdigheter i hvordan de kunne gi støtte og råd angående spørsmål om seksualitet, noe som førte til unngåelse. Det kom frem at både kreft og seksualitet ble sett på som noe tabu og sensitivt, og at det derfor var vanskelig å snakke om. Dette gjaldt spesielt ved samtale med eldre pasienter. Da seksuelle problemer ble ansett som en personlig sak, var sykepleierne også redde for å fornærme pasienten eller gjøre pasienten forlegen. Sykepleierne antok at pasientens behov for samtale om seksuelle problemer var avhengig av pasientens diagnose, partnerskapsstatus, alder, kjønn og medisinsk behandling (Olsson et al., 2012, s. 428). Dette kan vise til at det er viktig at sykepleier legger bort egne antakelser, frykter og fordommer, og setter pasientens behov først.

Noen få sykepleiere nevnte at de ved noen tilfeller snakket med pasienter om seksualitet. De beskrev i den forbindelse at de selv følte seg komfortabel med egen seksualitet og at dette og personlig modenhet var en forutsetning for samtalene (Olsson et al., 2012, s. 428). Dette underbygges i teorien hvor Borg skriver at det er viktig å forstå sin egen seksualitet, og kontinuerlig arbeide med denne, når man arbeider med andres seksualitet. Han skriver videre at spesialister i sexologi hevder at det er en forutsetning å ha et avklart forhold til egen seksualitet for å kunne støtte andre som opplever seksuelle problemer (Borg, 2017, s. 126).

De yrkesetiske reglene setter klare rammer for hva som er rett og galt. Dette er behjelpelig i møte med seksuelle utfordringer hvor både den personlige og den yrkesmessige etikken kan utfordres. Da seksualitet ofte overveies i et etisk perspektiv, skriver Gamnes at det kan være

nyttig at sykepleier har tenkt over hva man selv vurderer som riktig og galt, eller vanlig og uvanlig. For at sykepleier skal kunne ta vare på pasienten på best mulig måte, er det nødvendig med kunnskap om både egne og andres holdninger til seksualitet (Gamnes, 2021, s. 529-530).

#### **5.4 Informasjon om hvordan en mastektomi kan påvirke seksualiteten**

I studien til Ussher et al. rapporterte 85% av deltakerne at brystkreft påvirket deres seksuelle velvære eller seksuelle forhold. Over 2/3 av deltakerne anså det som svært viktig å få informasjon om fysiske forandringer, bekymringer om kroppsbylde, psykiske konsekvenser, seksuell respons, forholdsproblemer, og hvordan man skal snakke med helsepersonell om seksualitet (Ussher et al., 2012, s. 330-331). Her går sykepleier inn i trinn to av PLISSIT-modellen, begrenset informasjon. Sykepleier har et ansvar for å opprettholde sin undervisende funksjon som spesifikt innebærer å informere, undervise og veilede pasienter (Nortvedt & Grønseth, 2017, s. 23). Etter oppgavens gitte kontekst møter sykepleier kvinnen i forbindelse med en poliklinisk oppfølging, og har dermed et sentralt ansvar for å informere pasienten slik at hun kan forstå og mestre følgene av mastektomien. Samtidig er dette ansvaret også lovpålagt jamfør helsepersonelloven § 10, som beskriver at sykepleier er pliktig til å gi informasjon til sine pasienter (Helsepersonelloven, 1999 § 10). Både Molven og Borg understreker at pasienter ikke skal måtte be om informasjon de har rett på, men at denne skal gis uoppfordret av helsepersonell (Borg, 2017, s. 128; Molven, 2017, s. 163).

Ifølge Reitan legger de polikliniske forholdene en del begrensninger for pedagogiske muligheter når det kommer til tilpasning og planlegging av informasjon. Samtidig kan pasientene oppleve mangel på kontinuitet i den sykepleiefaglige formidlingen av informasjon, og oppfølgingen av denne (Reitan, 2017, s. 109). Den polikliniske oppfølgingen er tidsbegrenset, og i studien til Olsson et al. fremkommer det at nettopp mangel på tid og passende rom var et hinder for å snakke om seksualitet med pasientene (Olsson et al., 2012, s. 429). Likevel legger Reitan frem at sykepleier kan skape gode rammer for veiledningen ved å reservere et rom som er skjermet fra andre, og dermed hindre at det forekommer forstyrrelser (Reitan, 2017, s. 109). Det kan også tenkes at det vil være lettere for kvinnen å snakke åpent om seksualitet om hun er forsikret om at samtalen er privat, og at det ikke er fare for at andre overhører det som blir snakket om.

Gamnes hevder at det mest private området hos et mennesket er seksualiteten, hvor ofte ikke engang ens aller nærmeste får innblikk (Gamnes, 2021, s. 529). Dette underbygges i studien til Ussher et al. hvor de fleste av deltakerne oppga at de ikke hadde snakket med noen om endringer ved seksuelt velvære i etterkant av brystkreften. Samtidig oppga 38% at de hadde snakket med partneren sin (Ussher et al., 2012, s. 332). I studien til Wilmoth beskrev flere av kvinnene at det å få bekreftelse av deres ektefelle om at de var seksuelt attraktive hjalp dem med å gjenvinne deres følelse av kvinnelighet og selvtillit (Wilmoth, 2001, s. 283). I dette trinnet av PLISSIT-modellen trekkes det frem at informasjon om sykdommen, behandling og mulige konsekvenser for seksuell helse helst skal gis til pasienten og hennes partner sammen. Ifølge Borg vil det å inkludere partner bidra til større åpenhet, og skape forståelse hos parret for at nærhet, varme og ømhet er spesielt viktige sider av seksualiteten i denne vonde perioden av livet (Borg, 2017, s. 128). I motsetning til dette var det en vanlig oppfatning blant sykepleierne i studien til Olsson et al. at pasienter med en partner ikke hadde noe behov for å snakke med en sykepleier da de oftest håndterte seksuelle problemer på egenhånd (Olsson et al., 2012, s.428). Borg skriver at all seksuell veiledning bør ha som mål å få pasienten og hennes partner til å sammen snakke om seksualiteten. Dette på bakgrunn av at seksualiteten for de fleste er noe man deler men en annen person (Borg, 2017, s. 127). Det kan være vanskelig for en partner å forstå endringene som pasienten går igjennom. Om kvinnen sliter med sitt kropps- og selvbilde, samtidig som partneren ikke vil «trenge seg på» og ønsker å vise hensyn, kan dette føre til konsekvenser som at begge parter savner intimitet og fysisk nærhet. (Bredal, 2017, s. 483). Dette viser til viktigheten av at sykepleier forklarer for pasienten og en eventuell partner hvordan kroppsbildet kan forandres etter operasjonen (Borg, 2017, s. 128).

Samtidig er det vesentlig at sykepleier gir like god informasjon og veiledning til sine pasienter uavhengig om de har en partner eller ikke. I studien til Ussher et al. kommer det frem at flere av kvinnene opplevde at det at de var single var årsaken til at de var «usynlige for helsepersonell», og at mesteparten av informasjonen de hadde sett var for de i et forhold (Ussher et al., 2012, s. 332). I motsetning til dette understreker Borg at hovedmålet med veiledningen er å hjelpe pasienten til å kunne bevare sin seksuelle helse uavhengig av årsakene til problemene og uavhengig av hennes livssituasjon, og at de som lever alene skal kunne få hjelp til å ha det godt med sin seksualitet (Borg, 2017, s. 127). Sykepleier kan på dette stadiet oppfordre kvinnen til å fortelle hvordan hun opplever sin situasjon, og hva hun

tror vil påvirke hennes seksualitet (Borg, 2017, s. 128). Eide og Eide trekker frem at åpne spørsmål vil stimulere pasienten til å snakke fritt om egne følelser, tanker og opplevelser. Dette bidrar til at sykepleier får utforsket pasientens erfaringer på hennes egne premisser, noe som Eide og Eide beskriver at kan være vesentlig for å kunne yte tilstrekkelig hjelp (Eide & Eide, 2019, s. 202). Ifølge Travelbee er det først når sykepleier forstår pasientens erfaringer at hun kan yte god sykepleie (Kirkevold, 2014, s. 115).

## **5.5 Tapet av et bryst og et endret kroppsbilde**

Gamnes skriver at seksualitet er individuelt og dermed oppleves ulikt (Gamnes, 2021, s. 516). Selv om de fleste kvinner gjennomgår utfordringer med sin seksuelle helse i etterkant av mastektomi, så er det svært individuelt hvordan dette kan oppleves. I studien til Fallbjörk et al. viste kvinnenens erfaringer betydelige forskjeller rundt hvordan mastektomien påvirket deres selvbilde og deres seksualitet. 7 av de 15 kvinnene fortalte at de opplevde å miste brystet som «ingen stor sak». De rapporterte at det var lettere å miste brystet da det ble identifisert som den syke delen av kroppen. Kvinnene knyttet feminitet til mer enn bare brystet, slik som typiske personlige egenskaper, andre aspekter av fysisk utseende, klesstil og liknende. Det kom også frem at de estetiske aspektene ved å miste et bryst ikke var like viktig som helsen deres (Fallbjörk et al., 2012, s. 44). Disse funnene står i kontrast med det som legges frem i faglitteraturen, og viser igjen til viktigheten av å se pasientene som individer, med individuelle behov for informasjon og veiledning.

Bredal beskriver at å miste et bryst er en traumatisk opplevelse for noen kvinner, og kan føre til at pasienten føler seg mindre verdt som kvinne. Brystene er for mange et symbol på kvinnelighet, og er en viktig del av kvinnens identitet og selvbilde (Bredal, 2017, s. 482-483). Opplevelsen til 3 av de 15 kvinnene i studien til Fallbjörk et al. samsvarer med dette. Kvinnene fortalte at de opplevde å miste brystet som «å miste seg selv», at feminiteten deres forsvant, og at de ikke kjente seg selv igjen. Å miste brystet innebar å miste sin seksualitet og opplevelsen av å være attraktiv (Fallbjörk et al., 2012, s. 44-45). Kvinnene i studien til Wilmoth hadde liknende erfaringer, og opplevde operasjonen som et overgrep på en del av dem som representerte mye emosjonell investering. Brystet hadde gitt næring til deres barn, og samtidig definert dem som kvinne (Wilmoth, 2001, s. 280). På bakgrunn av opplevelser som dette er det hevdet at det å miste et bryst muligens er det som er av størst betydning for

endringen i kroppsbildet for kvinner. Nettopp fordi operasjonen er svært inngripende og resulterer i synlige fysiske forandringer, samtidig som brystet symboliserer seksualitet og femininitet i vårt samfunn (Schjølberg, 2017, s. 136). Samtidig er brystene erogene soner for mange kvinner, noe som medfører at en viktig kilde til seksuell nytelse og opphisselse går tapt etter å ha mistet et bryst (Almås & Benestad, 2017, s. 133). Dette underbygges i studien til Wilmoth hvor det kom frem at kvinnene rapporterte at tap av følelse i tidligere sensitive bryst påvirket deres seksuelle driv (Wilmoth, 2001, s. 282). Om pasienten opplever tap av seksuell lyst og at hun ikke lenger føler seg attraktiv for en partner med kun ett bryst, vil dette kunne ha store følger for hennes seksuelle helse. Det kan dermed tolkes at det er viktig at sykepleier fanger opp denne problemstillingen, og bidrar til at pasienten og hennes partner snakker sammen og utforsker hvordan de kan tilpasse seg etter kvinnens opplevde endringer.

Travelbee beskriver i sin sykepleieteori at mennesket som et individ tar del i erfaringer som er fellesmenneskelige, slik som lidelse, sykdom og tap. Samtidig vektlegger hun at enkelt individets opplevelse av disse erfaringene kun er ens egne. Derfor hevder Travelbee at det er viktigere at sykepleier forholder seg til individets opplevelse av lidelse og sykdom enn til den objektive vurderingen av denne eller diagnosen (Kirkevold, 2014, s. 114-115). Dette underbygges av de ulike erfaringene til kvinnene i studien til Fallbjörk et al. (2012) som er beskrevet over, og viser til at sykepleier ikke kan gå ut ifra at pasienten opplever sin situasjon som lik alle andres. Sørensen et al. legger frem at det er viktig at sykepleier møter pasienten på hennes egne premisser, og at informasjonen som blir gitt er individuelt tilpasset ut fra kvinnens behov (Sørensen et al., 2017, s. 438).

I studien til Ussher et al. oppga flere deltakere at informasjonen de hadde tilgang på ikke møtte deres spesifikke behov. Dette ble relatert til at alle med brystkreft har ulike opplevelser av sykdommen, og at det derfor var vanskelig å få den informasjonen som trengs for hver enkelt person med sine problemer. Samtidig kom det frem at flere av kvinnene refererte til følelser om at deres bekymringer og behov ble marginalisert, og at deres seksualitet ble ignorert. Bakgrunnen for dette ble beskrevet som at kvinnene enten var for gamle, for unge, at de ikke var i et forhold, eller at de var i et forhold med en av samme kjønn. En 65 år gammel kvinne fortalte forfatterne av artikkelen at hun i helsepersonells øyne ikke skulle ha et tilfredsstillende og aktivt sexliv i hennes alder, selv om hun ble relativt lett opphisset, nøt sex, og ofte masturberte helt frem til brystkreftdiagnosen (Ussher et al., 2012, s. 331-332). Ifølge Borg bør helsepersonell ha forståelse for at alle mennesker er seksuelle individer uavhengig

av livssituasjon og alder (Borg, 2017, s. 120). I motsetning til dette oppga sykepleierne i studien til Olsson et al. at pasientenes alder var med på å påvirke vurderingen av pasientens behov for samtale (Olsson et al., 2012, s. 428). Dette kan tolkes som at sykepleiere ved noen tilfeller kan unngå å ta opp temaet med sine pasienter fordi de antar at seksualitet ikke er av betydning for en kvinne i en spesifikk alder.

## **5.6 Konkrete forslag som fremmer seksuell helse**

Borg beskriver at sykepleier kan informere om konkrete øvelser innenfor sensitivitetstrening dersom sykepleier er kvalifisert til dette. Disse øvelsene skal trinnvis lære kvinnen å akseptere sin nye kropp i samspill med hennes partner, noe som vil kunne trekke frem de følelsesmessige og sosiale aspektene ved seksuell helse (Borg, 2017, s. 129). Her går sykepleier inn i det tredje trinnet i PLISSIT-modellen, konkrete forslag. Målet med dette trinnet er at sykepleier skal gi råd til kvinnen slik at hun er i stand til å mestre spesifikke situasjoner. Borg vektlegger at det er viktig at sykepleier og pasienten, sammen med en eventuell partner, finner frem til løsninger som fremmer seksuell helse (Borg, 2017, s. 128). Dette samsvarer med Travelbees definisjon av sykepleie, som innebærer at sykepleier skal hjelpe individer med å mestre deres erfaringer med sykdom og lidelse (Kirkevold, 2014, s. 113). Noe som også fremkommer i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere, hvor det står at sykepleier skal medvirke til mestring, håp og livsmot hos pasienten (Norsk sykepleierforbund, 2019). De yrkesetiske retningslinjene beskriver også at sykepleier må erkjenne grensene for sin egen kompetanse, og at hun i vanskelige situasjoner skal be om veiledning (Norsk sykepleierforbund, 2019) Dette kan tyde på at om sykepleier ved dette trinnet av PLISSIT-modellen ikke anser egen kompetanse eller veiledningsferdigheter som tilstrekkelige, så må hun erkjenne dette og påse at pasienten får den hjelpen hun trenger av annet helsepersonell.

Borg skriver at det dessverre er utviklet få hjelpemidler til å ivareta kvinners seksuelle helse etter gjennomgått kreftbehandling. Videre trekker han frem at sykepleier eksempelvis kan legge frem kroppskontakt og massasje som gode erstatninger for samleie, og at enkle interaksjoner som en klem kan være viktig for mange (Borg, 2017, s. 129).

Gamnes påpeker at det er viktig at sykepleier er klar over at alle har grenser som ikke kan overskrides uten å virke krenkende (Gamnes, 2021, s. 529). Dette fremkommer også i de yrkesetiske retningslinjene som beskriver at sykepleier skal ivareta pasientens integritet og verdighet, samt hennes rett til å ikke krenkes (Norsk sykepleierforbund, 2019). Derfor er det av stor betydning å skape rom for, og respektere enkelt individets opplevelse av seksualitet, dens grenser og problemer, samt kvinnens måte å leve ut seksualiteten sin på. Samtidig understreker Gamnes at sykepleier må huske at seksuelle problemstillinger kan forstås og løses på forskjellige måter, noe som igjen viser viktigheten av fleksibilitet i møte med hver enkelt pasient (Gamnes, 2021, s. 529-530). Mot slutten av samtalen er det viktig at sykepleier forsikrer seg om at informasjonen som er gitt er forstått og oppleves som tilfredsstillende for kvinnen, eller om det har oppstått misforståelser som må oppklares (Gamnes, 2021, s. 533). Om kvinnen opplever alvorlige problemer av kompleks art som ikke kan løses på de første trinnene av PLISSIT-modellen, går sykepleieren inn i det fjerde trinnet, intensiv terapi. Borg beskriver at dette trinnet kun er aktuelt for et fåtall av pasientene, og er forbeholdt spesialister i eksempelvis sexologi. Sykepleiers rolle ved dette trinnet er derfor å motivere og eventuelt henvise kvinnen til videre behandling hos en spesialist (Borg, 2017, s. 130).



## 6 Avslutning

Hensikten med denne litterære oppgaven var å belyse hvordan informasjon og veiledning kan bidra til å ivareta kvinners seksuelle helse etter gjennomgått mastektomi. Dette er et viktig tema ettersom forskning og faglitteratur viser at kvinner kan møte på store utfordringer med det å miste et bryst, og at dette kan påvirke kvinnens kroppsbilde, selvtillit og seksualitet på en svært negativ måte. Forskning viser også at kvinner med brystkreft opplever manglende informasjon og støtte fra sykepleiere vedrørende seksuelle problemstillinger. Dette er av stor betydning for sykepleieutøvelsen ettersom både lovverk, yrkesspesifikke oppgaver og etikk tydeliggjør at sykepleier er ansvarlig for å undervise og informere pasienten, og samtidig yte helhetlig omsorg. Funnene i denne oppgaven viser at sykepleiere har en rekke barrierer som fører til at samtaler om seksualitet med pasienter oftest blir unngått. Samtidig blir mangel på tid lagt frem som en utfordring i en poliklinisk setting.

Det fremkommer at sykepleiere er i en unik posisjon til å kunne identifisere og møte kvinners behov for informasjon og støtte ved seksuelle problemstillinger, men at det er behov for tydelige retningslinjer for hvordan de skal gjennomføre samtaler og veiledning om temaet.

PLISSIT-modellen viser seg å være en god og enkel kommunikasjonsmodell, som kan bidra til å ivareta seksuell helse via samtale og veiledning. Kort sammenfattet omhandler trinnene i PLISSIT-modellen at sykepleier tar initiativ til, og får tillatelse til å snakke om seksualitet med pasienten, og deretter informerer og veileder etter kvinnens behov. Det er viktig at sykepleier viser empati, er åpen og nysgjerrig, og møter hver enkelt kvinne som et individ med sin individuelle opplevelse og behov. På denne måten vil informasjon og veiledning rundt seksualitet i etterkant av mastektomi kunne bidra til å normalisere eventuelle utfordringer kvinner opplever. At kvinnen mottar informasjon og veiledning vil også betrygge kvinnen om at hun ikke er alene om disse opplevelsene, samt redusere og forebygge skyldfølelse, usikkerhet og bekymringer i forhold til en eventuell partner. Det å inkludere partner i samtalen blir også vektlagt som en viktig og betydningsfull del av veiledningen.

## Referanseliste

Almås, E. & Benestad, E. E. P. (2017). *Sexologi i praksis*. (3.utgave). Universitetsforlaget.

Bredal, I. S. (2017). Sykepleiefaglige utfordringer ved brystkreft. I A. M. Reitan & T. Kr. Schjøberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient- utfordring- handling* (s. 477-485). CAPPELEN DAMM AS.

Borg, T. (2017). Seksualitet. I A. M. Reitan & T. Kr. Schjøberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient- utfordring- handling* (s. 120-130). CAPPELEN DAMM AS.

Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving*. (7.utgave). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner*. (3.utgave). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Faghani, S. & Ghaffari, F. (2016). Effects of Sexual Rehabilitation Using the PLISSIT Model on Quality of Sexual Life and Sexual Functioning in Post-Mastectomy Breast Cancer Survivors. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 17(11), 4845-4851.  
<https://doi.org/10.22034/apjcp.2016.17.11.4845>

Fallbjörk, U., Salander, P. & Rasmussen, B. H. (2012). From «No Big Deal» to «Losing Oneself»: Different Meanings of Mastectomy. *Cancer nursing*, 35(5), 41-48.  
<https://doi.org/10.1097/ncc.0b013e31823528fb>

Gamnes, S. (2021). Seksualitet og helse. I N. J. Kristoffersen, E-A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 2: Grunnleggende behov og helse* (s. 515-547). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Helland, Y. (2016). Seksualitet. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: sykepleieboken 1* (s. 861-882). CAPPELEN DAMM AS.

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

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

Kirkevold, M. (1998) *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. (2.utgave). Gyldendal Norsk Forlag AS

Kreftregisteret. (2021). *Brystkreft*.

<https://www.kreftregisteret.no/Temasider/kreftformer/Brystkreft/>

Molven, O. (2017). *Sykepleie og jus*. (5.utgave). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. NSF.

<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2017). Klinisk sykepleie – funksjon, ansvar og kompetanse. I D-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (s. 17-37). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Olsson, C., Berglund, A-L., Larsson, M. & Athlin, E. (2012). Patient's sexuality – A neglected area of cancer nursing? *European Journal of Oncology Nursing*, 16(4), 426-431. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2011.10.003>

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

Reitan, A. M. (2017). Klinisk kommunikasjon. I A. M. Reitan & T. Kr. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient- utfordring- handling* (s. 104-118). CAPPELEN DAMM AS.

Schjølberg, T. Kr. (2017). Endret kroppsbilde. I A. M. Reitan & T. Kr. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient- utfordring- handling* (s. 132-143). CAPPELEN DAMM AS.

Schlichting, E. (2017). Sykdommer i brystene. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (s. 443-452). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Sørensen, E. M, Larvik, M. K, Erntsen, N. G. & Almås, H. (2017) Sykepleie ved brystkreft. I D-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (s. 437-450). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Thidemann, I-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. (2.utgave). Universitetsforlaget.

Thune, I. (2017). Brystkreft. I A. M. Reitan & T. Kr. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient- utfordring- handling* (s. 463-474). CAPPELEN DAMM AS.

Tveiten, S. (2020). *Helsepedagogikk: helsekompetanse og brukermedvirkning*. (2.utgave). Fagbokforlaget.

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. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06010.x>

Wilmoth, M. C. (2001). The Aftermath of Breast Cancer: An Altered Sexual Self. *Cancer nursing*, 24(4), 278-286. <https://doi.org/10.1097/00002820-200108000-00006>

World Health Organization (2006). *Sexual health*. WHO. [https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab\\_2](https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_2)