

BACHELOROPPGÅVE

Brystkreftopererte og seksualitet

Korleis kan sjukepleiar fremje seksualitet blant unge kvinner med mastektomi?

Av

Kandidatnummer 22

Malin Kristine Eikenes

Breast cancer operated and sexuality

Bachelor i sjukepleie

SK 152

Mai 2016

Rettleiar: Solveig Sægrov

Antal ord: 7000



Avtale om elektronisk publisering i Høgskulen i Sogn og Fjordane sitt institusjonelle arkiv (Brage)

Eg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane løyve til å publisere oppgåva (Skriv inn tittel) i Brage dersom karakteren A eller B er oppnådd.

Eg garanterer at eg har opphav til oppgåva, saman med eventuelle medforfattarar. Opphavsrettsleg beskytta materiale er nytta med skriftleg løyve.

Eg garanterer at oppgåva ikkje inneheld materiale som kan stride mot gjeldande norsk rett.

Kandidatnummer: 22

Malin Kristine Eikenes

JA X__ NEI __

Samandrag

Tittel: Brystkreftopererte og seksualitet

Problemstilling: Korleis kan sjukepleiar fremje seksualitet blant unge kvinner med mastektomi?

Bakgrunn for val av tema: Eg har valt å skrive om brystkreftopererte og seksualitet, då brystkreft er den hyppigaste forma for kreft blant kvinner. I 2014, vart det i Noreg oppdaga 3324 nye tilfelle. Gjennom praksis har eg erfart at pasientars seksuelle behov i liten grad har blitt vektlagt av sjukepleiarar, til tross for at behandling kan medføre forandringar som ein veit kan ha ein uheldig innverknad på seksuallivet, og som dermed kan påverke helse og livskvalitet. Det er difor nødvendig med meir kunnskap kring korleis ein som sjukepleiar kan fremje seksualitet hos den enkelte.

Framgangsmåte: Oppgåva er basert på eit litteraturstudie. I metoden har eg nytta ulike databasar for å finne relevant forskning for å belyse problemstillinga mi. Eg har innhenta pensumlitteratur og andre relevante bøker frå biblioteket ved høgskulen. Eg har til saman fire forskingsartiklar, i tillegg til at eg vil dele egne erfaringar frå praksis.

Oppsummering: Gjennom drøfting av litteratur, forskning og egne erfaringar frå praksis ser eg at sjukepleiarrolla i stor grad omhandlar kommunikasjon, relasjon og informasjon, som er heilt avgjerande i møte med kvinna. Det er viktig å sjå den enkelte, lytte og vise omsorg. Sjukepleiar må ha kunnskap om korleis sjukdom og behandling kan påverke fysiske og psykiske utfordringar i forhold til seksualitet. I fleire studiar har kvinner rapportert mangel på informasjon og rettleiing blant sjukepleiarar. Kvinnene har individuelle behov, og dette skal respekterast på ein fullverdig måte.

Innhold

1.0 Innleiing	2
1.1 Samfunnsperspektiv	2
1.2 Sjukepleiefagleg perspektiv.....	2
1.3 Bakgrunn for val av tema	2
1.4 Problemstilling med avgrensing	2
1.5 Begrepsavklaring	3
1.6 Oppgåva si oppbygging	3
2.0 Framgangsmåte	4
2.1 Metode	4
2.2 Søke- og utvalsprosess – bøker	4
2.3 Søke- og utvalsprosess – forskning.....	4
2.4 Kjeldekritikk.....	5
3.0 Teori	6
3.1 Brystkreft – Diagnostisering – Behandling	6
3.2 Seksualitet	7
3.3 Sjukepleierolle	7
3.3.1 Kommunikasjon og samhandling	8
3.3.2 Relasjon	9
3.3.3 Informasjon	9
3.4 Krise	9
3.5 Mestring	10
3.6 Plissit- modellen	10
3.7 Presentasjon av forskingsartiklar	10
3.7.1 Artikkel 1.....	10
3.7.2 Artikkel 2.....	11
3.7.3 Artikkel 3.....	11
3.7.4 Artikkel 4.....	11
4.0 Drøfting	12
4.1 Sjukepleierolla	12
4.2 Korleis kan sjukepleiar hjelpe kvinna til å meistre seksualitet?	14
4.3 Plissit-modellen som kommunikasjonsverktøy	16
5.0 Konklusjon	17
Bibliografi	18

1.0 Innleiing

1.1 Samfunnsperspektiv

Brystkreft, *cancer mammae*, er den klart hyppigaste forma for kreft blant kvinner, både nasjonalt og internasjonalt. I 2014, vart det i Noreg oppdaga 3324 nye tilfelle med brystkreft (Kreftregisteret, 2015). Brystkreft er i dag den kreftforma det forskast mest på, og dette har ført til ei rekke nye og betre behandlingsmetodar. I dagens samfunn vil difor fleire kvinner overvinne sjukdommen, men dette kan medføre ei rekke utfordringar for det vidare livet (Sørensen & Almås, 2010, s. 439).

1.2 Sjukepleiefagleg perspektiv

Seksualitet angår alle menneske i alle alderar og livssituasjonar. WHO definerer seksuell helse som ein "Integrering av somatiske, emosjonelle, intellektuelle og sosiale aspekter av seksuell væren på en måte som er positivt berikende, og som fremmer personlig utvikling, kommunikasjon og kjærlyhet". Mange forbinder seksualitet med ein kroppsleg relasjon mellom to menneske. Når ein snakkar om seksualitet omfattar dette både fysiske, psykiske, åndelege, sosiale og kulturelle sider ved det å vere menneske. Kvinners seksuelle behov har i liten grad vert vektlagt av sjukepleiarar og andre i helsevesenet. Det er lett å betrakte seksualitet som ein privatsak, sjølv om at sjukdom og behandling kan medføre forandringar som ein veit kan ha ein uheldig innverknad på seksuallivet, og som dermed kan påverke helse og livskvalitet (Gamnes, 2012, s. 71). Statistikk viser tydeleg auke av nye tilfelle med brystkreft kvart år (Kreftregisteret, 2015). Dette er difor eit svært relevant tema for sjukepleiefaget, då det er nødvendig med meir kunnskap kring korleis ein som sjukepleiar kan fremje seksualitet blant den enkelte. Det er med bakgrunn av dette at eg har valt temaet brystkreftopererte og seksualitet.

1.3 Bakgrunn for val av tema

Eg har valt å skrive om brystkreftopererte og seksualitet då eg tykkjer at det er eit svært interessant tema, som eg ynskjer å lære meir om. Dette er ein diagnose som eg har ein del erfaring med frå tidlegare praksisar. Gjennom praksis har eg erfart at seksualitet ikkje vert snakka om, til tross for at det er eit svært aktuelt tema, då fleire overlev sjukdommen og at dermed fleire kan få ein uheldig innverknad på seksuallivet (Gamnes, 2012, s. 71).

1.4 Problemstilling med avgrensing

Korleis kan sjukepleiar fremje seksualitet blant unge kvinner med mastektomi?

Problemstillinga eg har valt er svært omfattande i forhold til oppgåvas omfang, og eg vil difor avgrense problemstillinga. Når eg snakkar om å "fremje seksualitet" meina eg korleis vi som

sjukepleiarar kan hjelpe kvinner til å meistre og ivareta deira seksualitet. Oppgåva skal ta utgangspunkt i kvinner i 60 års alderen og yngre med mastektomi. Eg vil fokusere på kvinner som har fått adjuvant behandling med cellegift og som ikkje har fått rekonstruert eit nytt bryst. Arenaen for å fremje seksualitet, vil i denne oppgåva vere på poliklinikk ved sjukehus, då det er her dei vert utreda og får behandling.

1.5 Begrepsavklaring

Brystkreft

Brystkreft, *cancer mammae*, er ein ondarta vekst av celler som oppstår i brystkjertelvevet (Sørensen & Almås, 2010, s. 440).

Mastektomi

Mastektomi, også kalla *Ablatio Mammae*, er ein operasjon der heile brystkjertelen vert fjerna (Sørensen & Almås, 2010, s. 444).

Adjuvant cytostatikabehandling

Med adjuvant cytostatikabehandling meinas cellegift eller kjemoterapi som gis i tillegg til hovudbehandling der det er risiko for attverande sjukdom, og der denne behandlinga er dokumentert å gi betre overleving (Lorentsen & Grov, 2010, s. 403).

Rekonstruksjon

Rekonstruksjon vil sei at ein bygg opp eit nytt bryst gjennom plastikkirurgi (Sørensen & Almås, 2010, s. 446)

Poliklinikk

Ein poliklinikk er ei avdeling på eit sjukehus som behandlar og undersøker pasientar som normalt ikkje er innlagt, noko som vil medføre at møte mellom kvinna og sjukepleiar er svært kort.

1.6 Oppgåva si oppbygging

Oppgåva er ein litteraturstudie som består av fem delar. Første del består av innleiing kor det kjem fram eit samfunnsperspektiv, sjukepleieperspektiv og bakgrunn for val av tema, samt problemstilling med avgrensing og begrepsavklaring. Den andre delen består av framgangsmåte, kor det vert presentert metode, søkeord og databasar, samt kjeldekritikk. I teoridelen vil det kome fram relevant

litteratur for å belyse korleis sjukepleiar kan fremje seksualitet blant unge kvinner med mastektomi, som igjen skal drøftast i den fjerde delen av oppgåva. Til slutt vert det presentert ein konklusjon.

2.0 Framgangsmåte

2.1 Metode

Denne oppgåva er basert på ein litteraturstudie, som vil sei at eg nyttar og tolkar litteratur som allereie fins frå før. Fordelen med dette er at kunnskapen eg skaffar meg gjennom søka er oppdatert. Dette er også i tråd med yrkesetiske retningsliner for sjukepleiarar, og vil bidra til at ny kunnskap nyttast i praksis (Norsk sykepleierforbund, 2014). Ein skil mellom kvalitativ metode som tek utgangspunkt i meningar og opplevingar som ikkje kan tilfredsstillast eller målast, samt kvantitativ metode som tek utgangspunkt i teoriar og prinsipp basert på objektivitet og nøytralitet. I følge Dalland vil begge metodane bidra til ein betre forståing av samfunnet, og korleis grupper og enkeltindivid handlar og samarbeida (Dalland, 2012, s. 112). Oppgåva tek utgangspunkt i relevant litteratur retta mot mi problemstillinga, samt at eg har nytta forskingsartiklar med kvalitativt design.

2.2 Søke- og utvalsprosess – bøker

For å finne relevant litteratur knytt til temaet i oppgåva, nytta eg biblioteket ved høgskulen. Eg har fått hjelp av skulens bibliotekar til å finne bøker som omhandla brystkreft og seksualitet. Eg har også nytta Oria for å finne litteratur som var nyttig for oppgåva mi, og som eg kunne bestille frå biblioteket. Vidare har eg funne pensum og tillegglitteratur frå tidlegare i sjukepleiarutdanninga, som er utarbeida av høgskulen i Sogn & Fjordane. "Kreftsykepleie" av Anne Marie Reitan og Tore Kr. Schjøberg som omhandlar kreftsjukepleie, pasient, utfordringar og handlingar, samt kapittelet om nærleik og seksualitet i Grunnleggende Sykepleie bind 3, er to bøker eg har vurdert som svært relevante for mi oppgåve. Eg har også sett på andre oppgåver som omhandlar brystkreft for å vurdere litteratur som kan vere relevant for å svare på mi problemstilling.

2.3 Søke- og utvalsprosess – forskning

Før eg byrja å søke etter forskning, studerte eg på S-pyramiden, som er eit viktig prinsipp i kunnskapsbasert praksis for å bruke oppsummert forskning, slik som systematisk oversikt. Pyramiden vektlegger førehandsvurdert, forskingsbasert kunnskap: Desto høgare opp i pyramiden ein kjem, desto meir kvalitetssikker, brukbar og lettlest er forskinga (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholdt, Nordheim, & Reinar, 2012, s. 44). Eg byrja å søke på sykepleien.no for å finne norsk litteratur. Søkeordet eg brukte var "Brystkreft og seksualitet" som gav 0 treff.

For å samle inn tilstrekkelig kunnskap, samt innhente relevant litteratur til problemstilling mi, har eg blitt kjent med skulen sitt databasesystem. I perioden 07.04.16 - 14.04.16 har eg søkt i databasar som Academic Search Elite, PubMed, Cinhal, SveMed og Oria, kor eg har kombinert søkeorda "*Mastectomy, Ablatio Mammae, Breast Cancer, Ca Mammae, sexuality, young women, body image*". Oppgåva tek utgangspunkt i kvinner på 60 år og yngre. I løpet av søkeprosessen fann eg ut at det er mange aldersgrupper som er representert i studiane. Difor har eg gått ut i frå kvaliteten på funna i studia og i kva grad dei representerer funn som er relevante for yngre kvinner. Eg har vurdert dette ut i frå funn i nokre studiar kor yngre kvinner er primærgruppe. Eg har med bakgrunn av dette lagt hovudvekt på kvalitative studiar, som er ein metode som i større grad tek sikte på å fange opp meining og oppleving som ikkje lar seg stadfeste eller målast (Nortvedt et al., 2012, s. 72).

For å få en oversiktleg søkeprosess har eg valt å presentere søka eg gjennomførte i kvar database. I databasen Academic Search Elite kombinerte eg søkeorda "*Mastectomy, sexuality, young women & body image*". Eg kryssa av for full tekst og avgrensa søket frå 2006-2016 og fekk 3 treff. Eg leste gjennom abstrakta, og fann ein artikkel frå Medline med overskrifta "*Information requirements of young women with breast cancer treated with mastectomy or breast conserving surgery: A systematic review*", som eg vurderte som relevant for mi oppgåve. I det andre søket mitt brukte eg også Academic Search Elite og kombinerte søkeorda "*Mastectomy, body image & sexuality*". Eg avgrensa søket frå 2010-2016 og fekk 62 treff. Eg leste igjennom overskriftene, og kom over artikkelen "*Sexuality and quality of life of breast cancer patients post mastectomy*". Eg leste igjennom abstraktet og vurderte denne som aktuell i høve mi oppgåve.

I det tredje søket mitt brukte eg også databasen Academic Search Elite og kombinerte søkeorda "*Mastectomy, sexuality, young women, body image*". Eg avgrensa søket frå 2006-2016 og fekk 3 treff. Eg leste gjennom abstrakta og fann artikkelen "*Body image and sexual problems in young women with breast cancer*" frå databasen Medline, og vurderte denne som relevant for mi oppgåve. Den siste forskingsartikkelen "*Assessing and supporting body image and sexual concerns for young women with breast cancer. A literature review*", fann eg gjennom Oria ved bruk av søkeorda "*Mastectomy, sexuality, body image, young women*". Eg avgrensa søket frå 2006-2016 som gav 15 treff. Eg leste gjennom overskriftene, og vurderte denne som relevant etter å ha lest igjennom abstraktet.

2.4 Kjeldekritikk

I følgje Dalland (2012, ss. 67-68) er kjeldekritikk ein metode som nyttast for å vurdere om ei kjelde er til å stole på. Det vil sei at ein må foreta ei vurdering og karakterisering av dei kjeldene som vert

nytta. Når eg har valt forskingsartiklar har eg vurdert om desse er bygd opp etter IMRAD-strukturen, som består av introduksjon, metode, resultat og diskusjon. Ved å sjå om denne strukturen er nytta, kan ein vurdere om det er ein forskingsartikkel eller ikkje, då vitenskapsartiklar alltid nyttar denne oppbyggingsmodellen (Olsson & Sörensen, 2003, s. 50). Styrka med oppgåva er at eg blant anna har kritisk vurdert forskingsartiklane ut ifrå kvalitative sjekklister, henta frå nasjonalt kunnskapscenter for helesetenesta (Kunnskapscenteret, 2015). Vidare har eg tatt i bruk S-pyramiden for å summere opp om forskinga er kvalitetssikker (Nordtvedt et al., 2012, s. 44). To av forskingsartiklane eg har nytta er såkalla "review", som ligg høgt oppe i S-pyramiden, noko som vil sei at dei er av høgare kvalitet enn dei andre artiklane som er nytta. I tillegg er alle forskingsartiklane under 10 år, noko som er ein kvalitetssikring i seg sjølv. Alle artiklane som er nytta i denne studien er publisert på engelsk. Det er forsøkt å omsetje dei engelske artiklane til norsk på ein fullverdig måte, men ein svakheit er at det kan oppstå misforståing og feiltolkning.

3.0 Teori

I teoridelen vil det kome fram litteratur og kunnskap om kva som kan påverke seksualitet blant unge kvinner med mastektomi som har fått adjuvant behandling med cellegift og som ikkje har fått rekonstruert eit nytt bryst. Til slutt vil det kome ein presentasjon av forskingsartiklar som skal nyttast i oppgåva.

3.1 Brystkreft – Diagnostisering – Behandling

Brystkreft, *cancer mammae*, er den klart hyppigaste kreftforma blant kvinner, både nasjonalt og internasjonalt. Brystkreft rammar først og fremst kvinner over 50 år, medan kun 5,6 % av dei nye tilfella inntreff hos kvinner under 40 år. Årsaka til utvikling av sjukdommen er usikker, men aukande alder, arv, tidlig menstruasjon, sein menopause og hormonbehandling i forbindelse med overgangsalderen kan vere disponerande faktorar. I tillegg kan risikoen auke ved sein første gangs graviditet etter 35 år, KMI over 30, samt høgt alkoholinntak (Sørensen & Almås, 2010, ss. 439-440) .

Kirurgi er den klart viktigaste behandlingsmetoden ved brystkreft, enten aleine eller i kombinasjon med cytostatika, strålebehandling og hormonbehandling. Den kirurgiske behandlinga består av ein brystbevarande operasjon som vil sei at svulsten vert fjerna saman med så mykje av brystkjertelvetvet omkring at risikoen for lokalt residiv eller spreiding vert lågast mogleg, eller fjerning av heile brystet. Under operasjonen vil vaktpostlymfeknuten, som er den første lymfeknuten i aksillen som mottar lymfe frå brystkjertelen, fjerna og sendt til patologi for umiddelbar mikroskopisk undersøking (Sørensen & Almås, 2010, s. 444). Metoden gjer det mogleg å vurdere om kreften har spreidd seg til

andre lymfeknutar i armhola eller ikkje, og at ein dermed kun fjernar lymfeknutar blant kvinner med påvist spreiding til denne.

Kvinner som får cellegift i etterkant av kirurgi, utsettast ofte for ei intens behandling, som kan medføre ei rekke biverknadar for den enkelte. Kvalme og oppkast, håravfall, slimhinneproblem, diare og obstipasjon, fatigue og psykiske reaksjonar er eksempel på biverknadar som kan førekome som følge av dette, og dermed påverke seksualiteten hos den enkelte kvinna (Varre, 2010, ss. 161-169). Hos kvinner som har måtte fjerne lymfeknutar kan lymfesystemets transportkapasitet verte varig svekka, og medføre auke i væske- og proteinmengde i blodet som kan medføre lymfeødem. Graden av denne kan vere avhengig av størrelsen på det kirurgiske inngrepet og graden av reperasjonskapasiteten (Vigen, 2010, ss. 142-143).

3.2 Seksualitet

Seksualitet angår alle menneske i alle alderar og livssituasjonar. Det er heilt nødvendig at sjukepleiar har evne til å vurdere kva betydning seksualitet har for den enkelte, slik at ein kan vere til hjelp på dei områda som kvinna har behov for (Borg, 2010, s. 121). WHO definerer seksuell helse som ein "Integrering av somatiske, emosjonelle, intellektuelle og sosiale aspekter av seksuell væren på en måte som er positivt berikende, og som fremmer personlig utvikling, kommunikasjon og kjærlyghet". Seksualitet vert ofte sett på som ein kroppsleg relasjon mellom to menneske. "Det handler ikke om hvorvidt vi får orgasme eller ikke og det er ikke summen av vårt erotiske liv. Dette kan være en del av vår seksualitet, men behøver ikke å være det. Seksualitet er så mye mer. Det er det som driver oss til å søke etter kjærlyghet, varme og intimitet. Det uttrykkes i den måten vi føler, beveger oss, rører ved og berøres av andre på. Det er like mye det å være sensuell som å være seksuell. Seksualiteten har innflytelse på våre tanker, følelser, handlinger og vårt samspill med andre mennesker, og derved på vår mentale og fysiske helse. Og da helse er en grunnleggende menneskerett, så må også seksuell helse være det samme" (Borg, 2010, s. 121). Når ein snakkar om seksualitet, omfattar dette både fysiske, psykiske, åndelege, sosiale og kulturelle sider ved det og vere menneske (Gamnes, 2012, s. 71). Seksualitet er ein viktig del av kvart menneskes identitet, men dei individuelle variasjonane vil vere store (Gamnes, 2012, s. 75).

3.3 Sjukepleierolle

Pasientars seksuelle behov har i liten grad vert vektlagt av sjukepleiarar og andre i helsevesenet, sjølv om at sjukdom og behandling kan ha medført endringar som ein veit kan ha ein uheldig innverknad på seksuallivet, og som kan påverke helse og livskvalitet (Gamnes, 2012, s. 71). I ein dansk undersøking blant kreftsjukepleiarar anga 43% at dei var for sjenerte til å ta opp temaet. 28% skulda på omsyn til pasientar, medan andre grunngevingar for ikkje å ta opp temaet var mangel på tid og

kunnskap (Borg, 2010, s. 126). I samtale med pasientar om deira seksualitet er det særleg viktig at ein arbeider etter yrkesetiske retningslinjer og på ein profesjonell måte. Generelle etiske reglar er nedfelt i alle helseprofesjonars yrkesetiske regelverk, og vil vere til hjelp i møte med seksuelle problemstillingar der både den yrkesmessige og den personlege etikken vert utfordra (Gamnes, 2012, ss. 85-86). For at ein på best mogleg måte skal kunne ivareta pasienten og seg sjølv, treng ein kunnskap om sine egne og andre sine holdningar til seksualitet. Ein må blant anna vere klar over at myter, religion, oppvekstmiljø og gruppetilhøyring set sitt preg på den enkeltes holdning til både sin eigen og andre sin seksualitet (Gamnes, 2012, s. 86).

3.3.1 Kommunikasjon og samhandling

God kommunikasjon og samhandling er grunnleggande for utøving av god sjukepleie. I mellommenneskeleg kommunikasjon ynskjer vil normalt å oppnå noko meir enn det å formidle meiningar og informasjon til kvarandre. Vi handlar ut i frå bestemte verdiar som tryggleik, openheit, tillit, ettertanke, velvære, eller ein følelse av kontakt, som vi ynskjer å fremje i samhandlinga. Nokre ganga er hovudfokuset på å styrke utvikling, læring, sjølvtilitt, sjølvfølelse, sjølvstendigheit og evne til mestring. God kommunikasjon vil då sei det same som å stella seg slik at desse verdiane vert ivareteke (Hanssen & Røkenes, 2012, s. 241). Menneske kommuniserer for å kome i kontakt med kvarandre, for å utveksle meiningar, tankar og følelsar. Det er eit godt verktøy ved informasjonsoverføring, men først og fremst til å bli kjent med kvinna, forstå og møte hennar behov og blant anna hjelpe vedkomande til å meistre livet vidare etter kreftsjukdommen (Reitan, 2010, s. 102).

Joyce Travelbee som blant anna arbeida som psykiatrisk sjukepleiar, la stor vekt på etablering av eit menneske til menneskeforhold, med fokus på utvikling av relasjonar mellom pasient og sjukepleiar. I sin teori er ho oppteken av at menneske er eit unikt individ som er likt, men også ulikt alle andre (Travelbee, 2001, s. 5). Ho formidlar at kommunikasjon er eit av sjukepleiarens viktigaste reiskapar ved etablering av dette, og at ein kan skape tilknytning til den enkelte ved å formidle at dei ikkje står aleine. Travelbee definerer sjukepleie som ein mellommenneskeleg prosess der sjukepleiar hjelp eit individ, ein familie eller eit samfunn med å førebyggje eller meistre erfaringar med sjukdom og liding, og om nødvendig å finne meining i desse erfaringane (Travelbee, 2001, s. 30). Det handlar om at sjukepleiar brukar seg sjølv terapeutisk i møte med pasient og deira pårørande, samt at ein ikkje brukar handlingar som mål, men som eit hjelpemiddel til å hjelpe andre menneske (Travelbee, 2001, ss. 5-6). Dersom ein skal klare å hjelpe den enkelte er det heilt nødvendig at ein set seg inn i korleis vedkomande sjølv oppfattar situasjonen, sjølv om at dette kan vere eit svært utfordrande område for sjukepleiar (Travelbee, 2001, ss. 35-36).

3.3.2 Relasjon

”At man, når det i sandhed skal lykkes en at føre et menneske hen til et bestemt sted, først og fremmest må passe på at finde ham der, hvor han er, og begynde der” (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 177). Væremåte, samkjensle og anerkjenning er tre forhold som er heilt avgjerande for å utvikle ein god relasjon mellom sjukepleiar og den enkelte kvinna (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 180). Samtalen og rettleiinga skal innehalde struktur og prega av nærleik og respekt. Ved å lytte, vise forståing og medkjensle, kan vi gi tilstrekkelig tryggleik som gjer at samtalar om følelsar og seksualitet går lettare (Borg, 2010, s. 126).

3.3.3 Informasjon

Sjukepleiar skal gjere situasjonen eintydig for kvinna. Alle pasientar har ein lovfesta rett til å få tilstrekkeleg og tilpassa informasjon om konsekvensar av den behandlinga dei får. Det omhandlar også informasjon om konsekvensar som er av betydning for seksuallivet. Plikta er lovfesta i Helsepersonellova og i Pasient- og brukarrettighetslova (Helsepersonelloven, 2016; Pasient- og brukarrettighetslova, 2015). Det vil sei at sjukepleiar må tilpasse og gi individuell informasjon slik at den enkelte får ein følelse av kontroll over situasjonen. Når sjukepleiar skal informere den enkelte om eit slikt tabubelagt og sårbart tema, er det særleg viktig å legge til rette forholda, gjennom trygge omgivnadar og bruk av tid. Den munnlege informasjonen kan forsterkast i samanheng med skrifteleg informasjon gjennom blant anna brosjyrer og informasjonsskriv (Reitan, 2010, s. 99). Mange sjukepleiarar hevda at språket i seksuell rettleiing er ein utfordring, og at dei ikkje er komfortable med det. Det viktigaste er å respektere pasientanes grenser og språk, samtidig som eigne grenser vert respektert. God rettleiing om seksualitet til kreftpasientar, krev kunnskap om både fysiske og psykiske utfordringar som dei står ovanfor (Borg, 2010, s. 126).

3.4 Krise

Med krise meina ein den psykiske reaksjonen som menneske opplever når vanlege meistringsstrategiar ikkje er tilstrekkelige for å finne løysingar på ein vanskeleg situasjon (Reitan, 2010, s. 72). Ein kreftdiagnose kan gi varige endringar i synet på vår eigen kropp og vårt kroppsbilde (Schjølberg, 2010, s. 134). Kvinnebrystet har til alle tider vert eit symbol på det absolutt feminine (Gjertsen, 2010, s. 441). Anne, 46 år beskriv at «Jeg har alltid vært ekstremt stolt av brystene mine. Det var det eneste jeg var stolt av på kroppen min» (Lundberg, 2006, s. 14). Ei kvinne som har mista eit bryst, kan oppleve fysiske og psykiske forandringar som følgje av sjukdom og behandling, noko som kan verte ein trussel mot sjølvbilete, og dermed også seksualiteten (Reitan, 2010, s. 74). Forandringane ved å fjerne eit bryst kan for enkelte verte så traumatiske at ein opplever ei krise der både sjølvoppfatning, identitet som kvinne, mor og seksualpartner, sosiale rolle og fysiske helse vert påverka. Ein kan beskrive det som eit tap for den seksuelle helsa som kan medføre sorgreaksjonar,

ikkje berre over tapet av eit bryst, men sorg over tapt identitet og kvinnelegheit (Gjertsen, 2010, s. 441). Intensiteten av denne reaksjonen er relatert til kor viktig den tapte kroppsfunksjonen eller kroppsdelen har vert for den enkelte (Borg, 2010, s. 126).

3.5 Mestring

Livet er mestring i den forstand at vi utviklar oss, tilpassar oss og lærer nye ferdigheter. Dette er generelle sider ved mestring, i motsetning til dei spesielle, når menneske kjem i situasjonar som er så belastande at dei får problem med å meistre dei. Det kan ikkje utan vidare sidestilla med problemløysing, for enkelte problem fins det inga løysing, kun meistringsmoglegheit. Mestring kan dreie seg om korleis menneske handtera ulike situasjonar (Reitan, 2010, s. 74). Menneskes mestringsevne omfattar indre ressursar som beskriver kvinns evner og anlegg, sjølvstendighet, myndighet, kognitive ferdigheter, kunnskap, livserfaring, motivasjon og trua på egne krefter, samt ytre ressursar som kan bestå av familie og sosialt nettverk, utdanning, arbeid, økonomi, tilgjengelig til helse og omsorgstilbod og sosial støtte- og trygdeordningar (Reitan, 2010, s. 84).

3.6 Plissit- modellen

Kommunikasjon er det viktigaste arbeidsriskapet blant helsepersonell. I følgje Annon er plissit-modellen ein av mange kommunikasjonsmodellar som det er nyttig å kjenne til når ein skal rettleie i seksuelle spørsmål. Modellen er bygd opp som ein pyramide, beståande av 4 trinn. Det første trinnet i pyramiden, Permission/tillating handlar om at kvinna kan få snakke om problem dei har, relatert til seksualitet, så lenge den enkelte tillater det. Det andre trinnet, Limited information/begrensa informasjon, handlar om at sjukepleiar gir enkel, sakleg og generell informasjon om seksualitet. Desse trinna er nivå som sjukepleiarar som arbeidar med unge kvinner med mastektomi bør kunne vere til hjelp med. Her lar ein kvinna få uttrykke seg om seksualitet, noko som for mange ofte er tilstrekkelig. Det tredje trinnet i pyramiden, specific suggestion/konkrete forslag, handlar om å spesifisere løysingar av problem som kvinnene opplever. I det fjerde trinnet finn vi intensive therapy/intensiv terapi, som krev ekspertise i form av sexolog eller rådgivar som kan gi terapi, samt rettleie kvinnene i form av konkrete tiltak. Her vil ikkje grunnleggande sjukepleieutdanning vere tilstrekkelig, då dette krev ytterlegare kunnskap (Gamnes, 2012, ss. 86-87).

3.7 Presentasjon av forskingsartiklar

3.7.1 Artikkelen 1

“Information requirements of young women with breast cancer treated with mastectomy or breast conserving surgery: A systematic review” er ein studie med kvalitativ forskingsdesign, som har som hensikt å gi ein sikker og systematisk gjennomgang av behov for informasjon for unge kvinner som er

diagnostisert med tidleg stadium av brystkreft, og som har moglegheit til å velje mellom mastektomi og brystbevarande kirurgi (Recio-Saucedo, Gerty, Foster, & Eccles, 2015). Studien viser at unge kvinner føretrekk betre og meir detaljert og informasjon om behandlingas biverknadar, seksualitet og kroppsbilde, både før, under og etter behandling.

3.7.2 Artikkel 2

“Sexuality and quality of life of breast cancer patients post mastectomy” er ein studie med kvalitativ forskingsdesign. Hensikta var å evaluere den seksuelle funksjonen av brystkreftpasientar med mastektomi og korleis det vert assosiert med livskvalitet, dei personlege eigenskapane til kvinner og deira partner, rekonstruksjon og adjuvant behandling (Manganiello, Hoga, Reberte, Miranda, & Rocha, 2010). Studien viser at eit fleirtal av kvinner hadde ein ugunstig til vanleg SQ-F (Sexual Quotient – Female version) score. Det vart funne ein betydningsfull positiv relasjon mellom SQ-F score og ei god utdanning, i tillegg vil det vere relatert til funksjonsevne, vitalitet, følelsmessige begrensingar og psykisk helse. Vidare vart det funne ein betydningsfull negativ relasjon mellom SQ-F svore og alder på partnerane. SQ-F score var betydeleg høgare blant kvinner som har gjennomgått rekonstruksjon.

3.7.3 Artikkel 3

“Body image and sexual problems in young women with breast cancer” er ein kvalitativ studie som har som hensikt å fastslå hyppigheten av problem som er relatert til kroppsbilde og seksualitet dei første månadane etter behandling blant kvinner diagnostisert med brystkreft i ein alder av 50 år og yngre. Studien viser at ein betydeleg andel kvinner opplev problem relatert til kroppsbilde og seksualitet dei første månadane etter diagnostisering. Halvparten av dei 546 kvinnene som deltok på studie opplevde to eller fleire problem som er relatert til dette. Blant seksuelt aktive kvinner, vart problem med sjølvbilde og seksualitet større forbunde blant kvinner med mastektomi som ikkje har fått rekonstruert eit nytt bryst, kvinner som har mista håret som følge av cellegiftbehandling, vektauking eller tap av vekt, dårlegare psykisk helse, lågare sjølvtilit og partnerar som har vanskar med å forstå deira oppleving (Fobair, Stewart, Chang, D’onofrio, Banks & Bloom, 2005).

3.7.4 Artikkel 4

“Assessing and supporting body image and sexual concerns for young women with breast cancer. A literature review» er ein kvalitativ studie som har hensikt å definere «ung» og for å finne ut kva kartleggingsverktøy og tiltak som er mest hensiktsmessig når det kjem til kroppsbilde og seksualitet blant unge kvinner med brystkreft (Kinamore, 2008). Funn viser at unge kvinner og helsepersonell vert oppmoda til å ta opp og diskutere opent, spørsmål knytt til kroppsbilde og seksualitet. Vidare funn viser at plissit modellen har hatt god effekt på å gi ein tilstrekkelig vurdering, samt evne til og

tilvise unge kvinner til spesialistar og rådgivarar. Studien fastslår at det tverrfaglege samarbeidet blant helsepersonell vil gi gode intervensjonsstrategiar for kvinna og hennar familie.

4.0 Drøfting

I denne delen av oppgåva skal eg drøfte korleis sjukepleiarar kan fremje seksualitet blant unge kvinner med mastektomi. For å drøfte påstandar vil eg nytte relevant teori, forskingsartiklar, samt egne erfaring og opplevingar frå praksis.

4.1 Sjukepleierolla

Når ei kvinne får diagnosen brystkreft, kan den enkelte oppleve ei krise. Forandringane ved å fjerne eit bryst kan for enkelte verte så traumatiske at både sjølvoppfatning, identitet som kvinne, mor og seksualpartner, sosiale rolle og fysiske helse verte påverka (Gjertsen, 2010, s. 441). Intensiteten av denne reaksjonen kan vere relatert til kor viktig den tapte kroppsfunksjonen eller kroppsdelen har vert for den enkelte (Borg, 2010, s. 126). Varigheten av denne krisa er svært individuell, og ein bør difor vurdere i kva grad kvinna er «til stade». I slike tilfelle er det viktig at sjukepleiar fokuserer på å gi nødvendig informasjon som kvinna har behov for på dette tidspunktet, og at ein har evne til å formidle det på ein måte som gjer at kvinna klarer å tileigne seg denne (Reitan, 2010, s. 99). Sjukepleiar bør difor prioritere å gi nødvendig informasjon om diagnose, behandling og konsekvensar som kan førekome av denne, samt førehaldsreglar som er viktige å høva seg til. I tillegg til munnleg informasjon, kan ein dermed kvalitetssikre denne gjennom skriftleg informasjon, i form av brosjyrer og informasjonsskriv (Reitan, 2010, s. 99).

Som sjukepleiar bør ein informere den enkelte kvinna gjennom heile prosessen, og det vil ofte vere nødvendig å gjenta dette, då evna til å forstå og bearbeide denne kan vere avgrensa (Reitan, 2010, s. 76). Informasjon og rettleiing om seksualitet vert difor ofte meir aktuelt utover i behandlingsforløpet, avhengig av varighet i behandlinga, samt individuelle forskjellar. Likevel kan det vere nødvendig at helsepersonell gir tilstrekkelig og tilpassa informasjon om seksualitet ved byrjinga av behandling, då alle har rett på dette, samt at det kan vere enklare for kvinna å ta opp temaet ved seinare tilfelle. I ein litterær studie gjort av Recio-Saucedo et al., (2015) kjem det fram kva informasjonsbehov ei kvinne som er behandla med mastektomi eller brystbevarande operasjon kan ha, og korleis dette kan påverke valet mellom dei to behandlingsformene. I studien kjem det blant anna fram at kvinnene tykkjer at det er utfordrande å velje mellom mastektomi og brystbevarande operasjon som følgje av mangel på informasjon. Dei unge kvinnene føretrekk difor betre og meir detaljert informasjon om biverknadar og komplikasjonar av behandling, seksualitet og kroppsbilde. Ut i frå studien bør

arbeidet vert fokusert på informasjon om seksualitet, kroppsbilde, rekonstruksjon, fruktbarhet og sannsyn for familiær disposisjon.

«Av og til kan helsepersonells behov for å informere være større enn pasientens behov for å vite» (Lorentsen & Grov, 2010, s. 414). Men korleis kan sjukepleiar vurdere behovet og interesse av informasjon om akkurat seksualitet? God kommunikasjon og samhandling blant kvinna og sjukepleiar er heilt avgjerande for å vurdere dette, då ein kan utveksle både meiningar, tankar og følelsar. Det er eit godt verktøy for å bli kjent med kvinna, forstå og møte hennar behov (Reitan, 2010, s. 102). Som sjukepleiar er det heilt avgjerande at ein møter kvinna på sine eigne premisser og gir individuell og tilpassa informasjon ut ifrå hennar behov (Sørensen & Almås, 2010, s. 33). I følgje Røkenes & Hanssen (2012, s. 180) er dermed væremåte, samkjensle og anerkjenning tre forhold som er heilt avgjerande, slik at ein kan utvikle god relasjon mellom sjukepleiar og kvinna, og at ein dermed kan møte den enkelte der den er (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 177)

Det er nødvendig at ein er klar over korleis informasjonen vert formidla, kva ord som vert brukt, samt korleis informasjonen vert uttrykt (Lorentsen & Grov, 2010, s. 415). Mange sjukepleiarar hevda at språket i seksuell rettleiing er ein utfordring, og at dei ikkje er komfortable med det. Det viktigaste er å respektere pasientanes grenser og språk, samtidig som eigne grenser vert respektert. God rettleiing om seksualitet til kreftpasientar, krev kunnskap om både fysiske og psykiske utfordringar som dei står ovanfor, samt at ein som sjukepleiar er komfortabel med å gi denne (Borg, 2010, s. 127). Men så har det seg slik at ikkje alle sjukepleiarar er like komfortable med å ta opp teamet, til tross for behovet den enkelte kvinna kan ha. Gjennom praksis har eg erfart at tema om seksualitet og seksuell helse ikkje vert snakka om, til tross for at det er eit svært aktuelt tema, då fleire overlev sjukdommen og at dermed fleire kan få ein uheldig innverknad på seksuallivet, som igjen kan påverke helse og livskvalitet til den enkelte kvinna (Gamnes, 2012, s. 71). Utover i praksisperioden valte eg difor å setje eit spørsmålsteikn ved dette. I følgje personale var usikkerheit, lite kunnskap, tid og plassmangel nokre faktorar som påverka dette. Desse faktorane vert også trekt fram i studien til Kinamore (2008).

I ein dansk undersøking kom det blant anna fram at 43% av kreftsjukepleiarar var for sjenerte til å ta opp temaet. 25% skulda på omsyn til pasientar, medan andre grunngevingar for ikkje å ta opp temaet var mangel på tid og kunnskap (Borg, 2010, s. 126). I følgje Pasient- og brukarrettighetslova har pasientar krav på tilstrekkelig informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innhaldet i helsehjelpa. I tillegg skal kvinna få informasjon om moglege risikoar og biverknadar, som også omfattar seksualitet (Pasient- og brukarrettighetsloven, 2015). Når vi unngår å diskutere seksuelle problem med kvinnene, styrkar vi ikkje berre fordommane om at seksualiteten er eit avslutta kapittel for denne gruppa (Borg, 2010, s. 126), men det vil også vere eit brot på

helsepersonellova som seier at helsepersonell er plikta til å gi tilstrekkelig og tilpassa informasjon til den enkelte (Helsepersonelloven, 2016). Men korleis kan ein klare å tilpasse og gi individuell informasjon til den enkelte? I praksis vil helsepersonell møte på fleire etiske dilemma kring seksualitet, som ikkje umiddelbart ser ut til å ha ei klar løysing. Moglegheita for å finne alternative tilnæringsmåtar kan blant anna vere avhengig av dialogen mellom sjukepleiar og kvinna, og av sjukepleiarens referanseramme og tidlegare erfaringar. I følgje Travelbee (2001, s. 5) er etablering av eit menneske til menneskeforhold, med fokus på utvikling av relasjonar mellom pasient og sjukepleiar heilt avgjerande. Ho meina at kommunikasjon er eit av sjukepleiarens viktigaste reiskapar ved etablering av dette, og at ein kan skape tilknytning til den enkelte ved å formidle at dei ikkje står aleine (Travelbee, 2001, s. 30).

4.2 Korleis kan sjukepleiar hjelpe kvinna til å meistre seksualitet?

I følgje Gamnes (2012, s. 71) angår seksualitet alle menneske i alle alderar og livssituasjonar, då det omfattar både fysiske, psykiske, åndelege, sosiale og kulturelle sider ved det å vere menneske. I praksis undra eg over korleis det må vere å miste eit bryst, og ikkje nok med det, men korleis biverknadar og konsekvensar som kan førekome ved adjuvant cellegiftbehandling kan påverke det vidare livet. Korleis vil dette tapet eigentleg påverke sjølvbilete og dermed seksualiteten til den enkelte kvinna? Jorunn, 49 år beskriv det slik: "Kvinneligheten min forsvant med en gang, men jeg forsto ikke omfanget av det. Da jeg var ferdig med alle behandlingene, da skulle jeg tilbake til det normale, men så er det ikke normalt! Mens du er i behandling er du jo så "busy", du har ikke tid til å tenke på de tingene. Du reflekterer over det, men det er andre ting som opptar deg" (Lundberg, 2006, s. 12). Det å miste eit bryst kan i stor grad verka inn på seksualitet og relasjon, noko som igjen kan gjere det vanskeleg for kvinna og handtere den forandra kroppen. Ei svært sentral oppgåve for sjukepleiarar i kreftomsorga er å hjelpe den enkelte kvinna til å forstå og akseptere endra kroppsbilde (Schjølberg, 2010, ss. 131-132). Som sjukepleiar kan ein vere til hjelp ved å oppmuntre og gi støtte til den enkelte (Kvåle, 2002, s. 29).

I studien til Fobair, et al., (2006) kjem det blant anna fram at ved seksuelt aktive kvinner, vert problem med kroppsbilde og seksualitet større forbunde med kvinner som har gjennomført mastektomi, som har mista håret som følgje av behandling med cellegift, vektauking eller tap av vakt, dårlegare psykisk helse, lågare sjølvtilitt og partnarar som har vanskar med å forstå deira oppleving. Studien til Manganielle et al., (2010) viser også at kvinner med mastektomi som ikkje har fått rekonstruert eit nytt bryst har større problem relatert til seksualitet. Desse utfordringane gjeld både fysiske og psykiske faktorar. Dersom kvinna har evne til å handtera desse og situasjonen dei står ovanfor, tek dei i bruk det ein kan kalle meistringsstrategiar (Reitan, 2010, s. 71). Meistring kan

fremjast gjennom å skape tru hos kvinna (Reitan, 2010, s. 94). Det å oppnå eit mål er også med på og skape ein meistringsfølelse hos menneske, og sjukepleiar kan difor i samarbeid med kvinna hjelpe henne å finne kortsiktige, realistiske mål (Reitan, 2010, s. 102).

I følge studien til Kinamore (2008), har unge kvinner med brystkreft rapportert at sjølvbilde og seksuelle bekymringar ofte er oversett blant helsepersonell. «Seksualiteten har innflytelse på våre tanker, følelser, handlinger og vårt samspill med andre mennesker, og derved på vår mentale og fysiske helse. Og da helse er en grunnleggende menneskerett, så må også seksuell helse være det samme» (Borg, 2010, s. 121). Men korleis kan sjukepleiar hjelpe unge kvinner med mastektomi til å meistre sin seksualitet dersom dei ikkje snakkar om det? Det er lett å betrakte seksualitet som ein privatsak, sjølv om at ein veit at sjukdom og behandling kan ha medført endringar som kan ha uheldig innverknad på seksuallivet, og som dermed kan påverke helse og livskvalitet. Det er framleis slik at få reagerer dersom seksuelle behov ikkje vert omdiskutert (Gamnes, 2012, s. 71).

Det er likevel viktig å respektere at ikkje alle ynskjer å diskutere etiske dilemma kring seksualitet (Borg, 2010, s. 128). For at ein på best mogleg måte skal kunne ivareta kvinna og seg sjølv, treng ein kunnskap om sine egne og andre sine holdningar til seksualitet, då både myter, religion, oppvekstmiljø og gruppetilhøyring set sitt preg på den enkeltes holdning til både sin eigen og andre sin seksualitet (Gamnes, 2012, ss. 85-86). Gjennom praksis har eg likevel erfart at seksualitet ikkje vert snakka om blant sjukepleiarar og anna helsepersonell. Ved første behandlingsdag gav dei ut borsjyrer og informasjonsskriv som omhandla behandling og seksualitet, og korleis behandlinga kan påverke dette. Det var likevel kvinna sjølv som måtte ta initiativ til og ta opp temaet ved seinare anledning, men det var heller aldri lagt til rette for å ta opp dette. I følge Kinamore (2008) kan eit lågt nivå av sosialt velvære førekome hos kreftpasientar når helsepersonell unngår å snakke om bekymringar og problem som er relatert til seksualitet og kroppsbilde. Det er difor viktig at det føreligg gode vurderingsgrunnlag, verktøy og kunnskap til helsepersonell.

Tilstrekkelig kunnskap om kvinnenens fysiske og psykiske utfordringar, blant sjukepleiarar er heilt nødvendig i samtale om seksualitet (Borg, 2010, s. 126). Kunnskap om seksualitet og seksuelle behov kan hjelpe sjukepleiarar til å føle seg tryggare på å ta opp temaet og snakke om eit tabubelagt, følsamt emne (Gamnes, 2012, s. 71). Ved å lytte og bruke tid, vil ein kunne formidle empati og medkjensle som igjen kan fremje tryggleik og tillit hos den enkelte. Målet i samhandlinga vil i dette tilfellet vere å fremje evne til meistring av kvinns seksualitet (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 241), men dette vil naturlegvis vere utfordrande i det korte møtet på ein poliklinikk. Vidare kjem det fram at samtalen bør vere prega av struktur, nærleik og respekt. Dersom kvinna har tilstrekkelig kunnskap om situasjonen ho står ovanfor, samt meistrar denne, vil meistring for det vidare livet verte enklare å

ta del i (Reitan, 2010, s. 102). Som sjukepleiar skal ein i tråd med kvinna, vurdere i kva grad den enkelte har behov for å fremje seksualitet (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 241). Ein skal "finde ham der, hvor han er, og begynde der" (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 177).

4.3 Plissit-modellen som kommunikasjonsverktøy

I teoridelen kom det fram at plissit-modellen er ein av mange kommunikasjonsmodellar, som inneheld 4 trinn som beskriv ulike nivå ein kan forhalde seg til å behandle seksuelle problem på. Den største delen av pasientar finn ein på trinn 1 og 2 kor kvinna kan få uttrykke seg, og hjelpe seg sjølv i kontakt, igjennom samtale med ein sjukepleiar, medan eit fåtal av kvinner befinner seg på nivå 3 og endå færre på trinn 4. Samtale mellom kvinna og sjukepleiar viser seg ofte å vere tilstrekkelig rettleiing for mange (Gamnes, 2012, ss. 86-87). Denne modellen kan difor framstå som eit godt verktøy når det kjem til å rettleie unge kvinner med mastektomi i spørsmål knytt til seksualitet.

I forskingsartikkelen til Kinamore (2008) kjem det blant anna fram at ved å ta opp temaet seksualitet, vil helsepersonell gi kvinna tillating til å snakke opent om seksuelle problem og bekymringar. Det kjem fram at modellen gjer det mogleg å tilstrekkelig vurdere og henvise unge kvinner til rådgivarar og spesialistar. Studien trekk fram viktigheten av eit tverrfagleg samarbeid mellom helsepersonell, då det vil styrke utvikling og gi dei beste intervensjonsstrategiar for kvinna og hennar familie. Studien konkluderte med at PLISSIT- modellen er ein enkel strategi for evaluering og intervensjon som gjer det mogleg for helsepersonell å ivareta alle nivå, og som gjer det mogleg å gjere ein tilstrekkelig vurdering og henvise unge kvinner til spesialistar og rådgivarar når behova for det er der (Kinamore, 2008, s. 169). Eit resultat av plissit- modellen er at den kan redusere bekymringar og andre seksuelle problem. Kinamore (2008) meina at plissit-modellen bør vere eit hjelpemiddel for å løyse seksuelle problem hos unge kvinner med brystkreft.

Men er det kun fordelar ved å nytte plissit- modellen? Gjennom litteratur har eg ikkje kome over noko som lyser negativt over denne. Eg meina likevel at dette er noko som er nødvendig å reflektere kring. Ved bruk av andre modellar og spørjeskjema har eg erfart at ein kan "låse" seg til desse når ein først tek utgangspunkt i den, men i motsetning til plissit- modellen består ikkje denne av spørsmål. I følge litteratur og studiar som er utført har modellen hatt positiv effekt i rettleiing innan seksualitet blant unge brystkreftramma. Som sjukepleiar skal ein halde seg oppdatert innan forskning, kunnskap og dokumentert praksis (Norsk sykepleierforbund, 2014). Det er difor heilt nødvendig å oppdatere sine kunnskapar og ferdighetar når ein nyttar denne.

Gjennom praksis har eg aldri erfart at plissit- modellen har vert i bruk, til trass for at studiar og litteratur har vist at denne har hatt effekt. Dette funnet kan vere med på å bekrefte at sjukepleiar

ikkje snakkar om seksualitet saman med kvinnene, til tross for at dei fleste er klar over at det er deira ansvar i å motivere kvinnene til å snakke om seksuelle bekymringar (Kinamore, 2008).

5.0 Konklusjon

Målet med oppgåva var å finne ut korleis sjukepleiar kan fremje seksualitet blant unge kvinner på 60 år og yngre med mastektomi, som har fått adjuvant behandling med cellegift og som ikkje har fått rekonstruert eit nytt bryst. Når ein snakkar om å fremje seksualitet, meina ein korleis sjukepleiar kan hjelpe den enkelte til å mestre sin seksualitet. Litteratur og forskning viser at brystkreftramma kvinner som får adjuvant behandling med cellegift i etterkant av mastektomi, kan utsettast for ei rekke konsekvensar og biverknadar. Dette kan påverke både fysiske og psykiske faktorar, som igjen kan påverke seksualiteten og den seksuelle helsa til den enkelte. Fleire kvinner gir uttrykk for å ha mista sin feminitet, som igjen kan påverke seksualitet. Også sjukepleiar kan oppleve utfordringar etter at kvinna har fått fjerna eit bryst. Sjukepleiarar har eit ansvar for å møte kvinne på det stadiet ho er og dei ser på det som ein utfordring å skulle ta opp eit så sensitivt tema. Til tross for at mange pasientar har eit behov for informasjon og samtale om seksualitet, er det mange sjukepleiarar som unngår det eller ikkje tek seg tid til det. Studiar viser at sjukepleiarar ikkje føler seg komfortable nok til å snakke om det, men dei er likevel klar over at det er deira ansvar å følgje dette opp.

Det fins verktøyr som beskriv korleis sjukepleiar kan rettleie, forholde seg til og behandle seksuelle problem på, blant kvinnene. Forsking viser at plissit-modellen kan vere med på å redusere problem knytt til seksualitet blant kvinnene. Det er også heilt nødvendig at sjukepleiar gir tilstrekkelig og tilpassa informasjon, samt vere klar over kva reaksjonar som kan førekome hos den enkelte.

Gjennom arbeidet med denne oppgåva har eg fått ein større innsikt kring utfordringar i forhold til seksualitet som kvinner med mastektomi kan møte, samt kor viktig rolle ein sjukepleiar spelar i denne samanhengen. Gjennom dette arbeidet vil eg truleg ha ein betre innsikt i deira situasjon, og forhåpentlegvis yte betre sjukepleie til denne pasientgruppa.

Bibliografi

- Borg, T. (2010). Seksualitet. I A. M. Reitan, & T. K. Schjølberg, *Kreftsykepleie. pasient - utfordring - handling* (3. utg., ss. 121-130). Oslo: Akribe.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Fobair, P., Stewart, S. L., Chang, S., D'onofrio, C., Banks, P. J., & Bloom, J. R. (2006). *Body image and sexual problems in young women with breast cancer*. Hentet fra Wiley InterScience: DOI: 10.1002/pon.991
- Gamnes, S. (2012). Nærhet og seksualitet. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug, *Grunnleggende sykepleie bind 3* (2. utg., ss. 71-102). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Gamnes, S. (2012). Nærhet og seksualitet. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3* (2. utg., ss. 121-129). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Gjertsen, T. (2010). Sykepleieutfordringer ved brystkreft. I A. M. Reitan, *Kreftsykepleie : pasient, utfordring, handling* (ss. 440-446). Oslo: Akribe.
- Hanssen, P.-H., & Røkenes, O. H. (2012). *Bære eller bryte* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Helsepersonelloven. (2016). *Lov om helsepersonell*. Hentet fra Lovdata: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonellova>
- Kinamore, C. (2008). *Assessing and supporting body image and sexual concerns for young women with breast cancer. a literature review*. Hentet fra Journal of Radiotherapy in Practice: DOI: 10.1017/S1460396908006377
- Kreftregisteret. (2015). *Kreftregisteret*. Henta frå Brystkreft: <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Fakta-om-kreft/Brystkreft-Alt2/>
- Kunnskapsenteret. (2015). *Kunnskapsenteret*. Hentet fra Sjekklister for vurdering av forskningsartikler: <http://www.kunnskapsenteret.no/verktoy/sjekklister-for-vurdering-av-forskingsartikler>
- Kvåle, K. (2002). *Sykepleie til mennesker med kreft*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lorentsen, V. B., & Grov, E. K. (2010). Generell sykepleie ved kreftsykdom. I H. Almås, D.-G. Stubberud, & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (ss. 401-439). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lundberg, B. (2006). *Elsk meg!* Munken: Saeculum Forlag.
- Norsk sykepleierforbund. (2014, 10 12). *nsf.no*. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>

- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholdt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Nortvedt, P. (2012). *Omtanke*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2003). *Forskningsprosessen : kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2015). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet fra Lovdata: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient- og brukerrettighetsloven>
- Recio-Saucedo, A., Gerty, S., Foster, C., & Eccles, D. (2015). *Information requirements of young women with breast cancer treated with mastectomy or breast conserving surgery: A systematic review*. Hentet fra The Breast: DOI: <http://dx.doi.org/10-1016/j.breast.2015.11.001>
- Reitan, A. M. (2010). Kommunikasjon. I A. M. Reitan, & T. K. Schjøllberg, *Kreftsykepleie : pasient, utfordring, handling* (3. utg., ss. 102-119). Oslo: Akribe.
- Reitan, A. M. (2010). Krise og mestring. I A. M. Reitan, & T. K. Schjøllberg (Red.), *Kreftsykepleie : pasient, utfordring, handling* (3. utg., ss. 72-99). Oslo: Akribe.
- Reitan, A. M. (2010). Krise og mestring. I A. M. Reitan, & T. K. Schjøllberg (Red.), *Kreftsykepleie : pasient, utfordring, handling* (3. utg., ss. 72-99). Oslo: Akribe.
- Røkenes, O. H., & Hanssen, P.-H. (2012). *Bære eller bryte* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Schjøllberg, T. K. (2010). Endret kroppsbilde. I A. M. Reitan, & T. K. Schjøllberg (Red.), *Kreftsykepleie : pasient, utfordring, handling* (3. utg., ss. 131-140). Oslo: Akribe.
- Sørensen, E. M., & Almås, H. (2010). Sykepleie ved brystkreft. I H. Almås, D.-G. Stubberud, & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (ss. 439-452). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Varre, P. (2010). Sykepleie utfordringer ved kjemoterapi. I A. M. Reitan, *Kreftsykepleie : pasient, utfordring, handling* (ss. 161-172). Oslo: Akribe.
- Vigen, W. (2010). Lymfødem - forebygging og behandling. I A. M. Reitan, *Kreftsykepleie : pasient, utfordring, handling* (ss. 142-148). Oslo: Akribe.

