



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum

Avdeling for helse og idrettsfag

**4BACH**

Martine Bølviken Mathisen og Martine Smedheim Lund

Veileder: Wenke Moldjord

”Sexbomber uten taleevner”

”Sexbombs with lack of speech”

Antall ord: 13 357

Bachelor i sykepleie, kull 122

2013

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

JA

NEI

**”Sextbomber uten taleevner”**

**”Det er deg du vil noen skal begjære og elske,  
ikke den du kunne vært om du var høyere,  
lavere, slankere –  
eller uten de merker livet og sykdommen har gitt deg”.**

**(Kreftforeningen, 2012)**

# INNHALDSFORTEGNELSE

<b>1.0 INNLEDNING</b> .....	<b>6</b>
<b>1.1 Presentasjon av problemstilling</b> .....	<b>6</b>
1.2 Begrunnelse for valg av tema.....	6
1.3 Presentasjon av eget faglig ståsted.....	7
1.4 Avgrensning og presisering av problemstilling.....	7
<b>1.5 Formålet med oppgaven</b> .....	<b>9</b>
<b>1.6 Oppgavens disposisjon</b> .....	<b>9</b>
<b>2.0 METODE</b> .....	<b>11</b>
<b>2.1 Valg av metode</b> .....	<b>11</b>
<b>2.2 Søkestrategi</b> .....	<b>11</b>
<b>2.3 Kildekritikk</b> .....	<b>12</b>
<b>2.4 Anonymisering</b> .....	<b>13</b>
<b>3.0 TEORI</b> .....	<b>14</b>
<b>3.1 Sykepleieteori</b> .....	<b>14</b>
3.1.1 Hvorfor sykepleie.....	14
3.1.2 Sykepleierens rolle .....	15
<b>3.2 Pasienten</b> .....	<b>16</b>
<b>3.2.1 Brystkreft</b> .....	<b>16</b>
3.2.2 Seksualitet .....	16
3.2.3 Selvbilde.....	17
3.2.4 Maslows behovshierarki .....	18
<b>3.3 Kommunikasjon og interaksjon</b> .....	<b>18</b>
<b>3.4 PLISSIT - kommunikasjonsmodell</b> .....	<b>19</b>
<b>4.0 DRØFTING</b> .....	<b>21</b>
<b>4.1 Det innledende møtet</b> .....	<b>21</b>
<b>4.2 Fremvekst av identiteter</b> .....	<b>26</b>

<b>4.3 Empatifasen.....</b>	<b>30</b>
<b>4.4 Sympati og medfølelse .....</b>	<b>35</b>
<b>4.5 Gjensidig forståelse og kontakt .....</b>	<b>39</b>
<b>5.0 KONKLUSJON.....</b>	<b>43</b>
<b>6.0 KILDEHENVISNING .....</b>	<b>45</b>
<b>Vedlegg 1: PICO skjema.....</b>	<b>50</b>
<b>Vedlegg 2: Fremgangsmåte på forskningsartiklene .....</b>	<b>51</b>

## **1.0 INNLEDNING**

I løpet av livet vil 2 av 5 nordmenn bli rammet av kreft (Kreftforeningen, 2005). Brystkreft er den formen for kreft som rammer flest kvinner i Norge og den vestlige verden (s.a., 2008). Fra 2001 til 2010 viser statistikk en økning i forekomst av brystkreft blant norske kvinner (Kreftregistrert, 2012). I 2010 ble 2839 norske kvinner rammet av brystkreft. Fem år etter diagnostisering lever 88,3 % av de brystkreftrammede (Normannvik, s.a.).

Korte skjørt, røde trutmunner og dype utringinger er slik sykepleiere ofte blir illustrert i filmer, bøker og tegneserier (Bagh, 2012). Kort sagt blir sykepleiere hyppig illustrert som sexbomber. Det finnes noe seksuelt med sykepleiere, men det mangler ferdigheter og vilje til å prate om seksualitet. Seksualitet kan betegnes på mange ulike måter, blant annet som sex, følelser og nærhet. Vi undrer oss over hvorfor sykepleiere kvier seg for å snakke om dette temaet, da de vet at det er mange sykdommer og medikamenter som kan påvirke og endre seksuell funksjon og lyst (Ibid.). Ønsker vi å bli fremstilt som sexbomber uten taleevner?

### **1.1 Presentasjon av problemstilling**

Gjennom praksis har vi observert at pasienter blir godt behandlet medisinsk, men samtale og oppfølging etter endt behandling uteblir. Mange pasienter ønsker og har behov for å prate om hvordan en behandling påvirker livet deres i etterkant (Blix & Breivik, 2006). Blix & Breivik skriver: ”Som sykepleiere har vi tradisjonelt vært opptatt av å ha omsorg for hele mennesket – unntatt pasientens seksualitet” (2006, s. 330). På bakgrunn av dette ønsker vi å belyse viktigheten av sykepleierens rolle i en samtale om seksualitet og selvbilde. Derfor har vi valgt følgende problemstilling:

*”Hvordan kan sykepleiere bygge opp en samtale om seksualitet og selvbilde til kvinner etter en mastektomi.”*

### **1.2 Begrunnelse for valg av tema**

Temaet vi har valgt er kommunikasjon om seksualitet og selvbildet til kvinner som har gjennomgått en mastektomi. Dette er et tema vi finner interessant fordi det kan være en utfordring for helsepersonellet å kommunisere om seksualitet. Seksualitet er individuelt og

personlig, noe som kan gjøre det vanskelig for helsepersonell å invitere til en slik samtale (Blix Breivik, 2006). Vi har erfart at dette temaet er lite belyst og tematisert i sykepleier utdanningen, praksisfeltet og yrket som helsepersonell. Det er noe vi reagerer på siden en stor del av menneskets identitet er seksualitet (Blix & Breivik, 2006). Bakgrunnen til oppgaven vår bygger på møte med personer rammet av brystkreft. Gjennom erfaring fra praksis og dagliglivet har vi møtt personer som har fortalt om sin egen opplevelse knyttet til det å miste en av sine kjæreste kroppsdeler, i dette tilfelle et eller to bryst. Som sykepleierstudenter har dette fått oss til å ville tilegne oss kunnskap om kommunikasjon relatert til vanskelige temaer. I oppgaven ønsker vi å belyse sykepleierens rolle og betydningen deres av åpenhet i samtaler om seksualitet og selvbylde.

### **1.3 Presentasjon av eget faglig ståsted**

Denne oppgaven vil ta for seg kommunikasjon med pasienter. I vår utdanning har vi hatt praksis på forskjellige avdelinger noe som har ført til møte med mange ulike pasienter. Vår erfaring er at i en travel hverdag kan det være lite tid til ”den gode samtalen” med pasienter. Noen pasienter har etter vår oppfatning et større behov for kommunikasjon enn andre, eksempelvis pasienter som har fått fjernet kroppsdeler som et ledd i behandlingen av en cancer-sykdom. Vi mener derfor at gjennom å skrive en oppgave som tar for seg dette temaet, vil det kunne bidra til å gi oss kunnskaper som vi kan anvende som fremtidige sykepleiere.

### **1.4 Avgrensning og presisering av problemstilling**

I vår oppgave har vi valgt å fokusere på kvinner som har hatt brystkreft. Vi anslår at alderen er mellom 50 til 55 år, det vil si over den reproduktive alder, og at kvinnen har fått de barna hun ønsker. Brystkreft forekommer hyppigere hos kvinner over 50 år (Normannvik, s.a.), enn hos kvinner under 50 år. Vi har derfor valgt å ta utgangspunkt i denne aldersgruppen. Yngre kvinner blir også rammet av brystkreft, og de kan møte utfordringer med å føle seg attraktive for eventuelle kjærester, og når det kommer til graviditet og amming. Ord- og tidsbegrensningen tilsier at vi må avgrense ved å velge en aldersgruppe som har færre utfordringer å ta hensyn til. Ordbegrensningen tilsier også at vi ikke kan ta hensyn til kvinnens partner, selv om vi mener det er relevant at en partner også blir inkludert i samtalen.

Ved behandling av brystkreft kan kvinner få brystbevarende kirurgi, men oppgaven vil ikke ta for seg dette. Vi har valgt å rette fokuset i oppgaven på kvinner som har utført mastektomi, altså fjerning av hele brystet til en kvinne.

Samtalen vi skal ha, vil finne sted på sykehuset to måneder etter operasjonen. Dette ble avtalt ved utskriving av kvinnen. På dette tidspunktet får kvinnen også medisinsk behandling av sin cancersykdom, men dette er ikke relevant i vår oppgave da hovedtemaet er kommunikasjon. Slik vi ser det, trenger mange mastektomerte kvinner veiledning i forhold til behandlingen av sykdommen, som opptrening av armen og lignende. I realiteten vil en slik samtale foregå systematisk, over en lenger periode. Vi har ikke satt et bestemt tidsrom samtalene skal gå over. Fokuset i oppgaven er hvordan en sykepleier skal kunne kommunisere om seksualitet og selvbilde, og det er individuelt hvor lang tid en bruker på å oppnå tillatelse til å prate om emnet.

Vi har forståelse for at kvinner som gjennomgår en mastektomi ofte kan få en krisereaksjon etter operasjon på grunn av tap av en kroppsdel. Vi har fokus på seksualitet og selvbilde, og tar derfor ikke hensyn til eventuelle krisereaksjoner i denne oppgaven.

I problemstillingen sier vi at vi vil ”bygge” opp en samtale om seksualitet og selvbilde. Med dette mener vi hvordan en vil legge opp og gå frem i en samtale som omhandler de nevnte temaene. I oppgaven vil vi gjøre rede for hvordan vi kommuniserer med pasienten om seksualitet og selvbilde, og ikke informasjonen vi gir. Når vi senere i oppgaven skriver ”vanskelige temaer” mener vi temaer som kan være personlige og identitetsskapende (Solvoll, 2011). Det er individuelt hvordan mennesker kategoriserer hva som er personlig og identitetsskapende. Vi tenker i hovedsak på temaer hvor vi som sykepleiere kan bryte intimitetsgrensen til kvinnen, for eksempel seksualitet, legning, død, familieforhold, selvbilde og lignende. I vår oppgave omfatter ”vanskelige temaer” seksualitet og selvbilde.

Vi har valgt å ta for oss Joyce Travelbees teori om mellommenneskelige aspekter for å vise oppgavens sykepleieanliggende. Vi har trukket ut deler av hennes teori som vi mener er relevant for vår problemstilling. Travelbees teori tar for seg viktige begreper innenfor sykepleien, og vi har valgt å fokusere på hvordan vi kan oppnå et menneske-til-menneske-forholdet ved å gjennomgå interaksjonsfasene og kommunikasjon. For å kunne synliggjøre de



ulike individene i oppgaven har vi valgt å bruke benevnelsene pasient og sykepleier selv om Travelbee ønsker å unngå slike merkelapper. For å klargjøre for leseren hvem som gir og hvem som mottar informasjon, og for å bevare en viss profesjonalitet, tillater vi oss å bruke disse benevnelsene i oppgaven.

PLISSIT-modellen er fordelt på fire ulike trinn. I oppgaven har vi kun valgt å anvende første trinn fordi dette trinnet er relevant i vår oppgave. I teoridelen vil vi kort forklare hva de resterende tre andre trinnene går ut på.

## **1.5 Formålet med oppgaven**

Bacheloroppgaven vår bygger på et litteraturstudie. For å belyse at det er sykepleie anliggende har vi valgt å ta for oss Joyce Travelbee`s interaksjonsteori. Hovedtemaet i oppgaven er kommunikasjon. Ved hjelp av Travelbee`s interaksjonsfaser og kommunikasjonsmodellen PLISSIT vil vi gjennom drøftingen komme frem til hvordan en sykepleier kan bruke kommunikasjon som et redskap for å prate om seksualitet og selvbylde. Gjennom oppgaven vil vi hovedsakelig støtte oss på forskning og litteratur, men vi vil også supplere med egne erfaringer. Vi ønsker for vår egen del å tilegne oss mer kunnskap om hvordan en kan ta initiativet til en samtale om seksualitet og selvbylde. Dermed har vi muligheten til å kunne tilby kvinnen denne samtalen, om ønskelig, senere i vår karriere som sykepleiere.

## **1.6 Oppgavens disposisjon**

Kapittel 1 er en innledning til oppgaven som presenterer problemstilling, begrunnelse for valg av tema, presisering og avgrensning, faglig ståsted og formålet med oppgaven.

Kapittel 2 er metodekapittelet hvor vi beskriver fremgangsmåten ved innsamling av litteratur og kritisk vurdering av litteraturen som er anvendt i oppgaven. Vi har valgt å legge ved PICO-skjema og et vedlegg som beskriver fremgangsmåten av søkemetoden på forskningsartiklene.

Kapittel 3 er vårt teorikapittel. Her har vi beskrevet teori som er relevant for problemstillingen og avgrensningen. I teorikapittelet har vi tatt for oss kort om sykepleieteori av Joyce Travelbee, sykepleierens rolle, brystkreft, seksualitet, selvbylde, Maslows behovshierarki, kommunikasjon og interaksjon, og PLISSIT-modellen. Vi har tatt for oss Joyce Travelbees

interaksjonsfaser i dette kapitlet, men vil utdype dette mer i drøftingskapitlet. Denne teorien vil være grunnlaget for hvordan vi har valgt å drøfte oppgaven.

Kapittel 4 er drøftingen av problemstillingen, og her tar vi for oss Travelbees interaksjonsfaser knyttet til et menneske-til-menneske-forhold. Vi har valgt å drøfte interaksjonsfasene hver for seg opp i mot kommunikasjon om seksualitet og selvilde.

Kapittel 5 er en oppsummering av oppgaven og besvarelse på problemstillingen.

## **2.0 METODE**

### **2.1 Valg av metode**

En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder (Dalland, 2012, s. 111, sitat fra V. Aubert).

Vår bacheloroppgave er et litteraturstudie. Oppgaven tar utgangspunkt i kunnskapen vi har tilegnet oss gjennom litteraturen vi har valgt. Oppgaven støttes av pensumlitteratur og underbygges med forskning, fagbøker, tidsskrifter, fagartikler og selvvalgt litteratur.

### **2.2 Søkestrategi**

For å komme i gang med søkingen etter forskningsartikler anvendte vi PICO-skjema. Dette er vedlegg 1. Vi har også valgt å lage et skjematisk oppsett hvor vi presenterer de ulike søkeordene og databasene vi har tatt for oss. Dette gjør vi på bakgrunn av at det blir mer oversiktlig å forstå hvordan vi har fått tilgang til de valgte artiklene. Dette finnes i vedlegg 2.

Den selvvalgte litteraturen og tidsskriftene fant vi på biblioteket ved å bruke BibsysAsk og søkeordene; brystkreft, seksualitet, kommunikasjon, sykepleierens rolle og selvbilde. I drøftingskapitlet har vi også valgt å ta for oss skjønnlitteratur om brystkreft, skrevet av kvinner som har blitt rammet. Ved hjelp av dette har vi fått en bedre forståelse og innblikk i hvordan det kan oppleves, både fysisk og psykisk, å miste en kroppsdel.

Vi har prøvd ut ulike databaser som blant annet Cinhal, Ovid Nursing, Ovid, McMasterPlus, Idunn, Helsebiblioteket og SveMed. Vi fant kun gode artikler på Cinhal, Ovid Nursing og Ovid, og det er artiklene fra disse databasene vi har valgt å bruke i oppgaven, på grunnlag av tidligere gode søkeresultater og kjennskap. Når vi søkte etter forskningsartikler anvendte vi søkeordene; breast cancer, cancer, sexuality, self-esteem, body image, communication, nursing, quality of life, intimacy, PLISSIT model, femininity, issues og mastectomy. For å oppnå et godt søkeresultat har vi vært nødt til å finne gode Mesh-termer som samsvarer med oppgaven

og problemstillingen. Vi brukte nettsiden vi fikk anbefalt under forelesning; [www.nlm.nih.gov/mesh](http://www.nlm.nih.gov/mesh). Ved hjelp av de gode resultatene vi fikk ved denne nettsiden, ble det enklere å finne relevante forskningsartikler. Vi erfarte at det medisinske uttrykket *Cancer Mammae* ikke ga resultater på forskningsartikler. Derfor brukte vi det hverdagslige ordet *Breast Cancer*, som vi også fikk som alternativ på Mesh-termer.

## 2.3 Kildekritikk

Før vi startet med oppgaveskrivingen satte vi oss noen kriterier litteraturen måtte innfri. I enighet kom vi frem til hovedsakelig å ta for oss primærkilder slik at vi får forfatterens opprinnelige mening, og unngår feiltolkninger. I enkelte tilfeller har vi ikke klart å oppdrive primærkilden, men vi har da vurdert sekundærkilden som pålitelig. Vi satte oss som mål å unngå å bruke litteratur som var produsert før år 2000.

Opgaven inneholder pensumlitteratur fra de tre årene på sykepleierskolen. Vi anser pensumbøkene som troverdige og pålitelige kilder ettersom de er sykepleieanliggende og anbefalt av Høgskolen. For å finne gode, pålitelige kilder utenom pensumlitteraturen har vi brukt kildehenvisningene fra enkelte kapitler fra pensumbøkene. Vi har funnet noe forskning som er gjort i Norden, men mesteparten av forskningen er utført utenfor dette området.

Etter å ha tatt kontakt med Brystkreftforening ble vi anbefalt ulik litteratur som blant annet skjønnlitterære bøker, fagbøker og informasjonshefter. En av de skjønnlitterære bøkene vi har tatt med i oppgaven er skrevet av Heidi Tuft, og boken er fra 1986. Vi har likevel ansett boken som en troverdig kilde da boken er hennes opplevelser knyttet til brystkreft. Vi mener at disse opplevelsene ikke endres med årene. Informasjonsheftene fra Kreftforeningen anser vi som pålitelige kilder da de er ment for pasientene. I oppgaven har vi også valgt å benytte oss av kjente nettsider som Sykepleien, Lovdata, Kreftforeningen og Kreftregisteret. Vi anser disse organisasjonene som troverdige, da de har mye faglig, tidsaktuelt og kunnskapsbasert innhold, og er svært anerkjent.

For å belyse sykepleien i oppgaven har vi støttet oss til Joyce Travelbees sykepleieteori. Vi har brukt boken ”Mellommenneskelige forhold i sykepleien”. Vi valgte den oversatte utgaven

fra 2001 fremfor originalen, ettersom denne var mest tilgjengelig for oss. Det betyr at vi bruker teori som andre har oversatt fra originalspråket som dermed blir sekundærlitteratur.

Vi har også valgt å ta med Maslows behovshierarki i oppgaven. Vi vet at denne teorien er mye omdiskuterte i fagmiljøet, men har valgt å ta den med da vi synes den belyser viktigheten av hvordan seksualitet og selvbylde påvirker livskvaliteten.

Forskningsartiklene vi har valgt å bruke i oppgaven er skrevet på engelsk. Derfor kan våre oversettelser inneha enkelte feil og mangler, men på bakgrunn av at flere av artiklene konkludere med likheter, synes vi selv at vi har forstått essensen i hver artikkel.

## **2.4 Anonymisering**

”Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet” (Norsk Sykepleieforbund [NSF], 2011, s. 7). Definisjonen fra Yrkesetiske Retningslinjer for Sykepleiere definerer viktigheten ved å overholde taushetsplikten. I oppgaven har vi tatt med egne erfaringer, men har valgt å anonymisere pasienter og praksissted slik at dette ikke er gjenkjennelig, for å overholde taushetsplikten.

## **3.0 TEORI**

### **3.1 Sykepleieteori**

#### **3.1.1 Hvorfor sykepleie**

Sykepleiens formål i følge Travelbee er å bistå pasienten til å oppleve mestring, samt arbeide forebyggende og helsefremmende for å unngå sykdom (Kristoffersen, 2011). Vi har tatt tak i Travelbees definisjon av sykepleie som defineres slik;

”Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne en mening i disse erfaringene (Travelbee, 2001, s. 29).”

Grunnen til at vi har valgt å ta med Travelbees definisjon av sykepleie er fordi vi har tolket det dithen at hun synliggjør sykepleierens rolle ved å hjelpe en pasient både psykisk og fysisk. Sykepleierens formål kan derfor kun oppnås ved å etablere et menneske-til-menneske-forhold. For å kunne oppnå et menneske-til-menneske-forhold må vi ta for oss Travelbees fem interaksjonsfaser; det innledende møtet, framvekst av identiteter, empatifasen, sympati og medfølelse, og gjensidig forståelse og kontakt (Travelbee, 2001).

Det innledende møtet kjennetegnes ved at pasient og sykepleier ikke har kjennskap til hverandre (Travelbee, 2001). Dette fører til at de danner et førsteinntrykk av hverandre, basert på observasjoner gjort ut ifra adferd, holdning og kommunikasjon. Under framvekst av identiteter etableres det en kontakt mellom sykepleier og pasient. Personlighetene deres trer frem, og på grunnlag av dette klarer de å se det unike mennesket i hverandre. Empati er evnen til å kunne sette seg inn i en annens mentale tilstand til rett tidspunkt. Evnen bygger på erfaringer som opptrer mellom mennesker, og det kan være en opplevelse av å forstå hverandre. Forskjellen fra empatifasen til sympati og medfølelse er forståelsen en har for et individ, og evnen og viljen til å hjelpe på best mulig måte. Sympati kan anses som en holdning som formidles til en annen, verbalt og non-verbalt, og kan oppleves støttende og betryggende. Gjensidig forståelse og kontakt er et resultat av hva som har blitt utarbeidet i de fire overnevnte interaksjonsfasene. Fasen kjennetegnes ved at begge parter deler erfaringer og

følelser knyttet til sykdom. Når gjensidig forståelse og kontakt er oppnådd vil partene kunne tilpasse seg hverandre og dermed utøve god sykepleie (Travelbee, 2001).

Travelbee mener kommunikasjon er en av de viktigste verktøyene til en sykepleier (Travelbee, 2001). Det blir brukt til å innhente og gi informasjon, for både pasient og sykepleier.

Kommunikasjonen er en forutsetning for etablering av et menneske-til-menneske-forhold og for å oppnå sykepleiens hensikt. Selvinnsikt, engasjement og evnen til å reflektere er faktorer som påvirker kvaliteten av kommunikasjonen (ibid.). Dette mener vi er kjernen i den sykepleien vi skal bidra med angående vår problemstilling.

### **3.1.2 Sykepleierens rolle**

For å opprettholde det helhetlige menneskesynet som er nødvendig i sykepleien, er det viktig å ikke unnlate pasientens seksualitet (Blix & Breivik, 2006). Som sykepleiere spiller vi en viktig rolle innenfor pasientens behandlingsforløp. Som regel er sykepleieren mer tilgjengelig og har mer kontakt med pasienten enn for eksempel legen. Pasienten kan oppleve en trygghet ved at de har bedre kjennskap til sykepleieren, og dermed kan det bli enklere å kommunisere om seksualitet med sykepleieren. På bakgrunn av dette er det viktig at sykepleieren, hvis det er behov, integrerer seksualitet i sin yrkespraksis (Blix & Breivik, 2006).

Når en skal kommunisere om vanskelige temaer stilles det krav til en fordomsfri, åpen og fortrolig sykepleier (Blix & Breivik, 2006). Dette er viktig for å kunne bygge opp en god relasjon og skape et trygt miljø med tanke på omstendighetene (Ibid.). Informasjon om taushetsplikt kan bidra til at pasienten opplever trygghet, og dermed gjøre det enklere å åpne seg for sykepleieren (Hummelvoll, 2012). Helsepersonelloven (2011) påpeker at informasjon pasienten gir ikke kan videreformidles uten tillatelse. For at sykepleieren skal kunne hjelpe pasienten med å forebygge eventuelle seksuelle problemer er det nødvendig at en avklarer egne personlige holdninger, verdier og fordommer i forhold til ens seksualitet (Gamnes, 2011). Hvis sykepleieren ikke bearbeider dette kan det skape barrierer som kan reduserer kommunikasjonen og åpenheten med pasienten. For at sykepleieren på best mulig måte skal kunne ivareta og respektere pasientens seksualitet, er det viktig å ha kunnskaper om pasientens rettigheter og intimitetsgrenser (ibid.). I følge Pasient- og brukerrettighetsloven (2011) har pasienter krav på informasjon som omhandler deres helse og behandling. I §3-2,

ledd 1, er det spesifisert at pasienten også har krav på informasjon om eventuelle risikoer og bivirkninger (ibid.,). Mastektomerte kvinner kan oppleve fysiske og psykiske forandringer som påvirker seksualiteten deres (Blix & Breivik, 2006). Derfor er det viktig at sykepleiere ikke unngår temaer som seksualitet, da pasienten ofte ønsker å motta informasjon og ha en samtale med helsepersonell (ibid.,).

## **3.2 Pasienten**

### **3.2.1 Brystkreft**

Brystkreft vil si kreft i melkekjertlene eller brystkjertelens melkeganger (Ørn, Mjell & Bach-Gansmo, 2001). I Norge er brystkreft den mest forekommende kreftformen blant kvinner, og den rammer hyppigst kvinner som har passert 50 år. Ca. 45 % av de som opereres for brystkreft fjerner hele brystet, også kalt mastektomi (ibid.,). Brystkreft kan medføre endringer i utseende, som kan påvirke den kroppslige funksjonen og den psykiske helsen (Sørensen & Almås, 2010). Ikke alle endringer er like synlig, men kan virke svært belastende for personen som er rammet (Solvoll, 2011). Mange kvinner kan bli deprimerte og bekymret som følger av mastektomien (Almås & Sørensen, 2010). Dette kan igjen påvirke kvinnen negativt i form av psykisk helse og dårlig selvbilde (ibid.,).

### **3.2.2 Seksualitet**

Seksualitet er noe som følger mennesket fra fødsel til død (Blix & Breivik, 2006). Det er et følelsesladet tema og er sterkt knyttet til menneskets selvbilde. Med seksualitet mener vi ikke bare sex. Seksualitet er et begrep som omhandler flere aspekter hos et menneske. En kan se på seksualitet som flere ulike dimensjoner som sammen skaper en selvstendig og helhetlig dimensjon (ibid.,). Seksualitet har røtter i det fysiske, psykiske, kulturelle, sosiale og det åndelige i mennesket (Gamnes, 2011). Den fysiske består av å evnen til å kunne oppnå nytelse, orgasme og samleie (Blix & Breivik, 2006). Den psykiske, sosiale og åndelige dimensjonen, går under det å akseptere seg selv, ønsket om å dele livet med noen og skape et nettverk (ibid.,). Det finnes mange definisjoner på seksualitet, vi har valgt å bruke følgende definisjon som vi synes beskriver godt hva vi mener med seksualitet i denne oppgaven.



Paasche (2006) definerer det slik;

Det dreier seg om livsglede og livskvalitet. Det dreier seg om å få være nært et annet menneske. Det dreier seg om å få bekreftelse på seg selv som kvinne og mann. Det dreier seg om å kjenne livsviljen gjennomstrømme kroppen og få sommerfuglfølelsen i magen. Det dreier seg om erotikk, om seksualitet og opplevelse av kjønnet. Det dreier seg om å leve – ikke bare eksistere. Det dreier seg om å være et helt menneske (Blix & Breivik, 2006, s. 330, sitat fra Paasche).

Depresjon og usikkerhet er tilleggs plager som ofte rammer mennesker som opplever at sykdom forandrer utseendet deres (Blix & Breivik, 2006). Kvinner som har utført mastektomi kan oppleve angst og usikkerhet i form av selvforakt, isolasjon og føle seg mindre attraktiv. Derfor er det viktig å inkludere samtale om seksualitet i sykepleierens yrkespraksis, og bevisstgjøre sykepleiere på viktigheten av åpenhet om dette for pasientene (ibid.,).

### **3.2.3 Selvbilde**

Selvbilde kan beskrives som en vurdering mennesket gjør av seg selv, det kan være en positiv eller negativ bedømmelse (Blix & Breivik, 2006). Denne beskrivelsen, enten positiv eller negativ, holder seg ofte stabil over lengere perioder. Det vil si at mennesker stort sett vil se seg selv overveidende positivt eller negativt. De som har et positivt syn på seg selv, har lettere for å få kontakt med andre mennesker, blir oftere satt pris på, og kan selv oppleve at de klarer å løse problemer bedre enn andre (Blix og Breivik, 2006). Selvbildet har flere begreper knyttet opp mot seg, som for eksempel selvrespekt, selvideal, selvfølelse, selvaktelse og kroppsbildet (Solvoll, 2011). Kroppsbildet utgjør en vesentlig del av en persons selvbilde, og har en ytre og en indre del. Den ytre delen er utseende vårt, den delen av oss som er synlig, altså om en er lav, høy, tykk eller smal. Den indre delen går på det en opplever og hva en føler i ulike situasjoner. Det er den ytre delen som fanger opp sanseintrykk, men den indre delen som får opplevelsen av sanseintrykket, som å høre og å kjenne. Kroppen har en stor betydning for mennesket, en kan se på det som et anker gjennom livets løp. Holdninger personer har over egen kropp, kan si mye om personens selvbilde og kan reflektere avgjørende sider ved identiteten deres. De fleste mennesker har en mening om hvordan de burde være i form av utseende og oppførsel. Mennesker har ulike ytre og indre kriterier som må oppfylles for å oppnå det en anser som det ideelle (Solvoll, 2011). Det er dette som blir kalt for selvideal,

”de oppfatninger vi har om hvordan vi bør være, på bakgrunn av den vi ønsker å være”  
(Solvoll, 2005, s. 120).

### **3.2.4 Maslows behovshierarki**

Abraham Maslow har utformet et behovshierarki som fremstiller hvordan mennesket kan oppnå sitt fulle potensial (Ekeland, Iversen, Nordhelle & Ohnstad, 2010). Hierarkiet er delt i to ulike nivåer, grunnleggende behov og vekstbehov (Håkonsen, 2010). Det første nivået tar for seg menneskets grunnleggende behov som for eksempel søvn, eliminasjon, ernæring, trygghet og sosialt samvær. Maslow likestiller seksualitet med de overnevnte grunnleggende behovene (ibid.). For å kunne oppnå selvaktualisering må de grunnleggende behovene dekkes (Ekeland et al., 2010). Når disse er tilfredsstillt kan en bevege seg oppover til neste nivå i hierarkiet. Vekstbehovene befinner seg på den øvre del av hierarkiet, og styres fra kroppens indre gjennom blant annet tanker og følelser. Et menneske har behov for bekreftelse fra seg selv og andre, for å kunne føle seg akseptert og oppnå god selvfølelse. Som sykepleiere er det nødvendig å konversere om seksualitet under behandling for at pasienten skal ha muligheten til å oppnå selvaktualisering. Når mennesket får tilfredsstillt sine grunnleggende behov og er selvtilfreds, er det mulig å oppnå selvaktualisering som er hierarkiets formål (ibid.).

### **3.3 Kommunikasjon og interaksjon**

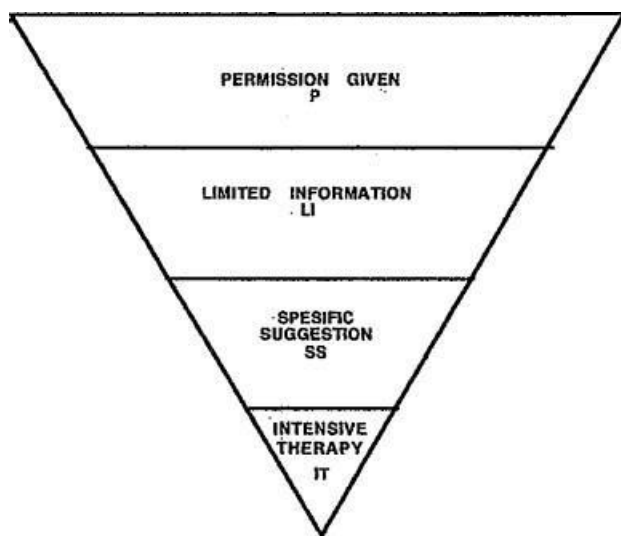
Betydningen av kommunikasjon i utøvelsen av sykepleie er omfattende (Håkonsen, 2010). Derfor er det viktig å tilegne seg gode kommunikasjonsteknikker og tilnæringsmåter for å kunne møte pasienten og tilfredsstille deres behov (ibid.). Kommunikasjon er en forutsetning som er uunnværlig i interaksjon mellom mennesker (Hummelvoll, 2012).

En interaksjon med pasienten kan baseres på å finne en balanse mellom pasientens beste ut ifra en faglig vurdering og deres erfaring/opplevelse av egen lidelse og sykdom (Bjørk & Breievne, 2011). Relasjoner opparbeides gjennom møter og kommunikasjon med pasienter (Hummelvoll, 2010). Sykepleierens evne til å skape en god relasjon til pasienten kan være en forutsetning for behandlingen (Bjørk & Breievne, 2011). Gjennom relasjoner kan sykepleieren vise medmenneskelighet, som kan ha betydning for opplevelsen av kvaliteten på omsorgen som blir gitt (ibid.).

Når en kommuniserer er det viktig å være klar over hva en uttrykker, både verbalt og non-verbalt (Solvoll, 2011). Non-verbale kommunikasjon, altså kroppsspråket, kan avsløre holdninger, reaksjoner og personlige meninger som en prøver å skjule verbalt fra omstendighetene. Kroppsspråket kan for eksempel uttrykke godkjenning eller irritasjon ovenfor pasienten. Derfor er det helt vesentlig at en sykepleier har kontroll over eget kroppsspråk (ibid.).

### 3.4 PLISSIT - kommunikasjonsmodell

PLISSIT-modellen er en metode som er godt egnet for å konversere med pasienter om seksuelle emner (Almås & Benestad, 2006; Gamnes, 2011). PLISSIT-modellen er bygget opp som en trakt, og er delt opp i fire trinn (ibid.).



Figur 1: PLISSIT-modellen.

Den betegner enkelt hvordan de som trenger hjelp eller opplysninger som omhandler seksuelle problemer, samles på øverste trinn (Gamnes, 2011), slik en kan se på Figur 1 (ScienceDirect, 2010). De fleste seksuelle problemer blir løst innenfor de tre første trinnene, og problemene blir stilt ut fra trakten gradvis gjennom prosessen (Gamnes, 2011). Derfor er det flere som trenger hjelp på trinn Permission fremfor Intensive Therapy (ibid.).

Det første trinnet **P** står for permission, altså at en gir tillatelse for å åpne opp til en samtale om seksualitet (Almås & Benestad, 2006). Det andre trinnet er **LI**: Limited information som står for begrenset informasjon. Det vil si at sykepleieren kan gi informasjon og rådgivning om blant annet hjelpemidler. Det neste trinnet **SS** - Specific suggestions, spesifikke spørsmål. Her kan sykepleieren komme med konkrete forslag for å løse et problem. Det fjerde og siste trinnet er **IT**: Intensive Therapy, intensiv terapi. Det kan være å trekke inn spesialkompetanse for å kunne gi nødvendig hjelp (Almås & Benestad, 2006).

I kommunikasjonsmodellen kommer vi til å bruke første trinn, altså **Permission**. Dette trinnet går ut på at sykepleieren skal åpne for og gi tillatelse til pasienten for å snakke om seksualitet (Almås & Benestad, 2006; Blix & Breivik, 2006). Sykepleieren bør gi pasienten en opplevelse av at det er greit å snakke om seksuelle problemer og stille spørsmål relatert til seksualitet. Det er da sykepleierens oppgave å observere og fange opp hvilke signaler pasienten gir, for å finne ut om pasienten ønsker å snakke om sin seksualitet (ibid.,).

## 4.0 DRØFTING

Vår problemstilling er: *Hvordan kan sykepleiere bygge opp en samtale om seksualitet og selvbilde til kvinner etter en mastektomi.* Vi har valgt å dele inn vår drøfting i fem hovedpunkter som utgjør Travelbees interaksjonsfaser. Travelbee mener at disse fasene må gjennomgås for å få etablert et menneske-til-menneske-forhold som er målet for god sykepleie og som vi ønsker å få fram i drøftingene. I hver enkelt fase tar vi for oss hvordan sykepleiere kan tematisere seksualitet og selvbilde ovenfor pasienten. Drøftingen vil bli støttet av forskning, skjønnlitteratur, fagbøker, tidsskrifter og fagartikler.

### 4.1 Det innledende møtet

I det innledende møtet danner pasient og sykepleier et førsteinntrykk av hverandre (Kristoffersen, 2011). Førsteintrykket bygger på menneskets oppførsel, holdninger og uttrykksmåte. Det første møtet preges ofte av fordommer et menneske har gjort seg opp på forhånd. En sykepleier bør være bevisst på hvordan slike stereotypier kan påvirke pleien og omsorgen vi gir pasienten. Det kan derfor bli en utfordring for sykepleieren å se det unike mennesket bak pasienten uten å bli påvirket av disse stereotypiene og tankene (ibid.,).

Hvordan en sykepleier opptrer i pasientsituasjoner kan gjenspeile hvilke verdier og holdninger sykepleieren innehar (Kristoffersen & Nortvedt, 2011). Travelbee vektlegger hvordan mennesker bør se hverandre, som et unikt, enestående og uerstattelig individ (Travelbee, 2001). Selv om to kvinner har utført en mastektomi trenger ikke deres opplevelse av å miste et bryst være den samme. Det kan være markante kontraster på hvordan en kvinne opplever tap av et bryst. Enkelte uttrykker lettelse og glede ved å være frisk, og er på den måten fri for bekymringer. Andre reagerer med depresjon, tap av identitet, feminitet og blir usikre på seg selv (Blix & Breivik, 2006; Davis, Meneses & Messias, 2010; Ussher, Perz & Gilbert, 2012). Vår oppgave blir da å ivareta hver enkelt pasient. Det betyr at pasienter stiller ulike krav til sykepleiere i form av oppfølging og behandling. Kvinnen som har en mer positiv opplevelse av å ha mistet brystet kan trenge hjelp til det å dekke fysiologiske behov, og trenger antageligvis mindre psykologisk oppfølging enn kvinnen med mer negativ opplevelse. Ussher, Perz og Gilbert (2012) underbygger kvinners ulike opplevelser ved tap av et bryst. Kvinnens evne til å akseptere forandringer på egen kropp innvirker på hvordan hun opplever kroppen

etter brystkreften. Evnen til å akseptere sitt nye utseende kan tillate kvinnen å være sensuell til tross for tapet av en kvinnelig kroppsdel. Manglende evne til å akseptere sitt nye utseende kan føre til at kvinnen føler seg som et intetkjønn, slik enkelte av deltagerne beskrev i forskningen (ibid.). Kvinnens innstilling er derfor utslagsgivende for opplevelsen av tap av et bryst.

Jeg bestemte meg tidlig for at det å ha én pupp ikke skulle være noen begrensning når det gjaldt seksualitet. Men én ting er å bestemme seg for noe, en annen ting er å gjennomføre det.... Å innse at jeg er akkurat så sexy som jeg bestemmer meg for å være, og at dersom jeg føler meg sexy vil andre lettere kunne synes det samme (Wiggen, 2007, s. 110).

Våre verdier og holdninger påvirker kvaliteten på omsorgen som blir gitt (Blix & Breivik, 2006; Gamnes, 2011; Travelbee, 2011). Vi ønsker som fremtidige sykepleiere å kunne få pasienten til å føle seg respektert og ivaretatt. Ved å ha god innsikt i egne holdninger og verdier, og samtidig ha egenskapen til å legge fordommer til side, kan pasienten oppleve sykepleierens tilstedeværelse og interesse for det enkelte menneske (ibid.). Gjennom praksis har vi erfart at når sykepleieren viser oss respekt er det lettere å komme til henne hvis det skulle være noe og gjennom dette vise tillit. Dette mener vi gjelder for pasienter også, vi er nødt for å vise de respekt for at de skal kunne vise tillit til oss som sykepleiere. Det er vesentlig å ta hensyn til at oppgaver vi utfører daglig ofte kan være en førstegangsopplevelse for pasienten. Hvordan sykepleieren velger å håndtere situasjonen avgjøres av sykepleierens holdninger og verdier.

Senere har jeg lurt på hvor mange kreftpasienter hun skader sjælelig med sin nøkternhet og sin avvisende holdning.... Det tar ikke lenger tid å formidle ”jeg forstår hvordan du har det” enn ”jeg bryr meg ikke om hva du føler” (Tuft, 1986, s. 23).

Tuft (1986) belyser hvor avgjørende egne holdninger og verdier er i et omsorgsyrke som sykepleier. Fra erfaring vet vi at en sykepleierhverdag er hektisk og rutinepreget, og at ulike oppgaver ofte blir utført på autopilot. Vi anser at en god sykepleier er en som tar seg tid til å møte pasienten på deres nivå og premisser. En som ser det unike mennesket bak diagnosen, og jobber målrettet for at pasienten skal sitte igjen med en god opplevelse av handlingene sykepleieren utførte, og samtidig føle seg respektert og ivaretatt. Ved tilnærming til

vanskelige temaer er det nødvendig å være klar over egne holdninger og verdier relatert til seksualitet (Blix & Breivik, 2006; Gamnes, 2011). Seksualitet kan være et vanskelig tema å ta opp ettersom mange anser det som et privat og tabubelagt emne. Mennesker som unngår spørsmål om egen seksualitet i dagliglivet, gjentar ofte hendelsen i utøvelsen av sitt yrke (ibid.).

Seksualitet og selvbilde er som tidligere nevnt et personlig anliggende tema, og i enkelte tilfeller tabubelagt (Bjørk & Breivne, 2011). Vi som sykepleiere må vise hensyn ovenfor pasienten med tanke på ulike syn på seksualitet. Kultur, miljø og oppvekst kan være faktorer som spiller inn på menneskets oppfatning av seksualitet og selvbilde (ibid.). Ved å gå varsomt frem i en samtale som omhandler vanskelige temaer kan vi vise at vi respekterer pasienten og deres intimitetsgrenser. Seksualitet og selvbilde er temaer som berører mange mastektomerte kvinner (Davis, Meneses & Messias, 2010; Huber, Ramnarace & McCaffrey, 2006). Uansett alder er seksualitet et anliggende tema, men personligheten kan bestemme hvordan pasienten velger å respondere når sykepleieren tematiserer seksualitet (Blix & Breivik, 2006). Ofte reagerer eldre kvinner med taushet, som kan skyldes at sykepleieren er yngre enn pasienten, eller det kan skyldes at pasienten ikke er klar for samtalen. Likevel er det viktig at sykepleiere gir tillatelse og rom for å prate om seksualitet hvis det er nødvendig, slik at pasienten har en mulighet til en samtale hvis behovet skulle melde seg (Almås & Benestad, 2006; Blix & Breivik, 2006; Gamnes, 2011). Hautamäki, Miettinen, Kellokumpu-Lehtinen, Aalto & Lehto (2007) har kommet frem til at vanskelige temaer bør bringes på banen av helsepersonell, og ikke av pasienten. På den måten blir det opp til pasienten om en ønsker å diskutere temaet.

Vi har forståelse for og har selv erfart at det kan være vanskelig å vite hvordan en skal tilnærme seg pasienten for å konversere om et mer personlig anliggende tema. I følge PLISSIT-modellen skal vi som sykepleiere ta initiativet til å prate om seksualitet (Blix & Breivik, 2006). Vår rolle som sykepleiere blir i disse tilfellene å vurdere signaler pasientene gir, for å kunne utøve helhetlig sykepleie. Ved å tolke signalene pasienten gir kan vi finne ut hvor pasientens fokus ligger, og ut ifra dette kartlegge pasientens informasjonsbehov (ibid.). Det kan for eksempel være at pasienten kun har fokus på opptrening av armen, tilheling av såret eller rekonstruering av nytt bryst. Det er da viktig for oss som sykepleiere å konsentrere oss om pasientens nåværende problemstilling, slik at denne blir bearbeidet før vi kan skifte

fokus. Hvis pasienten og sykepleierens fokus ikke samsvarer, vil informasjonen sykepleieren gir til pasienten mest sannsynlig ikke bli oppfattet. En sykepleier bør vurdere hvordan informasjon bør gis, på hvilket tidspunkt det er gunstig å gi den og om forholdene tillater det. ”Sexuality and intimacy issues facing women with breast cancer” viser at en sykepleier bør ha evnen til å oppfatte signaler som pasienter sender ut for å kunne gjenkjenne hvilke fysiske og psykiske behov som må dekkes (Huber, Ramnarace & McCaffrey, 2006). Ved å ha evnen til å fange opp disse signalene er mulighetene for å forebygge problemer relatert til seksualitet større, og vi har mulighet til å fremme et sunt selvbilde og seksuell velvære for kvinnen (ibid.,).

Vi har også valgt å se på hva utfallet kan bli ved å unnlate det innledende møte. I følge Travelbee (2001) er det innledende møtet avgjørende for utviklingen av menneske-til-menneske-forholdet. Hvis vi betrakter Travelbees teori tolker vi slik at sykepleieren ikke utøver helhetlig sykepleie, men deler pasienten og problemene inn i kategorier. Det vil si at en utøver sykepleie på egne prinsipper og ikke tar hensyn til pasientens individuelle behov. Dette kan få konsekvenser for pasienten i form av problematikk vedrørende åpenhet ovenfor sykepleieren, som er vesentlig for å konversere om seksualitet. Hvis pasienten har bekymringer knyttet til egen seksualitet og selvbilde, men ikke får mulighet til å åpne seg for sykepleieren om dette, tror vi det er stor sannsynlighet for at problemet kan vedvare og eventuelt utvikle seg i feil retning. Pasienter som har gjennomgått kreftbehandling ønsker at helsepersonell skal tematisere seksualitet på grunnlag av at det kan bidra til å bekjempe sykdommen, og på den måten få hjelp til å forstå en mulig endring av seksualiteten (Hordern & Street, 2007). Vi viser også til statistikk hvor det kommer frem at svært få sykepleiere velger å involvere seg i pasientens seksualitet (Hautamäki, Miettinen, Kellokumpu-Lehtinen, Aalto & Lehto, 2007). På en undersøkelse svarte hele 61,9 % av sykepleierne som deltok, at de svært sjeldent spurte pasientene om problemer relatert til deres seksuelle funksjon, mens kun 0,6 % av sykepleierne som deltok svært ofte spurte pasienten (ibid.,). Forskningsartiklene belyser hvor mange som ikke utøver helhetlig sykepleie.

Gjennom det innledende møtet har vi sett på hvordan stereotypier og fordommer kan påvirke omsorgen som blir gitt. På bakgrunn av dette er det vesentlig at sykepleieren har innsikt i egne holdninger og verdier slik at disse ikke blir en hindring for en åpen, trygg og respektfull kommunikasjon. Vi har også drøftet oss frem til viktigheten av å se det unike mennesket, og



at pasienten bør oppleve at sykepleieren har en genuin interesse for henne som enkeltmenneske. Gjennom å legge fordommer til side og se det unike, enestående mennesket bak diagnosen kan en sykepleier enklere vurdere pasientens individuelle behov. Vi anser selvinnsikt i holdninger og verdier som avgjørende for om pasienten får en positiv eller negativ opplevelse av sykepleierens evne til å kommunisere. Før vi velger å tematisere seksualitet og selvbylde med pasienten ønsker vi å bygge opp en tillitsfull relasjon og bli bedre kjent med pasienten.

## 4.2 Fremvekst av identiteter

For å oppnå et menneske-til-menneske-forhold er det nødvendig at pasient og sykepleier ser hverandre som dem de er, og ikke som merkelapper (Kristoffersen, 2011; Travelbee, 2001). Stereotypiene en har gjort seg opp på forhånd kan forsvinne gradvis ved at personlighetene kommer til syne for hverandre. Gjennom interaksjon lærer pasient og sykepleier hverandre å kjenne, noe som bidrar til å etablere en trygg og tillitsfull atmosfære (ibid.). Vi som sykepleiere bør være oppmerksomme på at vi ikke etablere et venneforhold med pasienten, men bevarer vår profesjonalitet. Vi tror det kan være en fordel fordi pasienten kan anse det som enklere å kommunisere med oss som profesjonelle da vi har kunnskaper og plikter til å hjelpe.

Travelbee vektlegger terapeutisk bruk av seg selv i møte med pasienter (Travelbee, 2001). Vi anser terapeutisk bruk av seg selv som evnen til la egen personlighet komme til syne, for å vise hvem du er og skape kontakt med pasienten. For at vi som sykepleiere skal kunne bruke oss selv terapeutisk i møte med pasienter stilles det krav til selvinnsikt – både når det gjelder holdninger, atferd, kunnskap og andre faktorer som påvirker utøvelsen av sykepleie (ibid.). Kjemien som oppstår mellom pasient og sykepleier er av avgjørende betydning for at identiteter skal kunne vokse frem (Kristoffersen, 2011). En likhet som en felles interesse kan være inngangsporten til å skape en god kjemi og kommunikasjon (ibid.). Erfaringsmessig vet vi at det er lettere å kommunisere hvis en har noe til felles med hverandre og føler en viss samhörighet.

For å kommunisere om seksualitet og selvbylde er det en god egenskap å kunne bruke seg selv terapeutisk (Travelbee, 2001). Som sykepleier er det som nevnt viktig at vi har innsikt i egen seksualitet (Blix & Breivik, 2006; Gamnes, 2011). Ved å ha et avklart forhold til egen seksualitet vil det bli enklere å møte andres seksuelle problemer. Som nevnt under det innledende møtet kan for eksempel pasienten ha et annet syn på seksualitet, da dette blant annet avhenger av kultur, oppvekst og så videre. Vi tror at seksualitet kan være et tabubelagt tema på grunnlag av at barn ofte ikke får utviklet egen seksualitet (Almås & Benestad, 2006; Blix & Breivik, 2006). Foreldre syns ofte det er skremmende at barn tester ut og tar på kjønnsorganene sine i lav alder, og syns det er vanskelige å akseptere det, og de kan derfor reagere med å kjeft og gi straff. For barnet kan det oppleves som undertrykkelse, og det tørr

derfor ikke å utrykke sine seksuelle ytringsformer da de anser dette som ”ikke lov” (ibid.,). Som sykepleiere er det derfor nødvendig å ha et åpent sinn for andres oppfatninger av seksualitet (Blix & Breivik, 2006). Mangel på innsikt kan føre til at pasienten blir utsatt for unødvendig ydmykelse, som igjen kan føre til at pasienten skaper avstand fra sykepleieren og temaet. Ved at sykepleieren har selvinnsikt kan vi unngå at pasienten blir et offer for dårlig utøvelse av sykepleie, og klarer å opprettholde en trygg og tillitsfull atmosfære (ibid.,). En fagartikkel skrevet på bakgrunn av erfaring belyser viktigheten av respekt og trygghet ovenfor pasienten i utøvelsen av sykepleie (Botnen, de Flon, Haraldsen, Hestvåg, Solberg & Hommelstad, 2003). Artikkelen fremhever hvilke positive erfaringer sykepleierne fikk gjennom å vise pasienten respekt og skape trygghet. I denne situasjonen var dette grunnleggende for å oppnå tillit hos pasienten. Vi anser respekt og trygghet som grunnleggende faktorer i en hver pasientsituasjon, og spesielt vedrørende kommunikasjon rundt vanskelige temaer.

Seksualiteten følger oss fra spedbarnsalder til vi blir gamle og går bort (Almås & Benestad, 2006; Blix & Breivik, 2006; Håkonsen, 2010). Dagens samfunn er preget av kjønn, og det er et stort fokus på dette allerede fra et par får beskjed om at de venter barn (Gamnes, 2011). Nybakte foreldre unngår sjeldent et spørsmål som ”ble det en gutt eller ei jente?”. Seksualiteten er for de fleste mennesker en bekreftelse på kjønn og identitet. Kjønnsideitet er vår opplevelse av hvilket kjønn vi føler at vi er, uavhengig av medfødt kjønn. For både kvinner og menn er brystene med på å signalisere at denne kroppen tilhører en kvinne. Tap av et bryst kan påvirke kvinnens kjønnsideitet ved at hun ikke lenger føler seg som en kvinne i en kvinnekropp (ibid.,).

Det å miste det ene brystet, noe av kjønnsideiteten min, minnet meg om da jeg som seksåring ble tatt med til frisørdame og flettene mine ble klippet vekk! De hadde vært der så lenge jeg kunne huske. Plutselig lå de på et bord og satt ikke fast på meg lenger. Med den kortklippede sveisen syntes jeg at jeg lignet altfor mye på den jevnaldrende fetteren min, det tok tid til å venne seg til tanken på at jeg var faktisk jente fortsatt, bare at jeg manglet flettene... (Tendø, 2000, s. 37)

Utsagnet fra ”På stier med lavmælt lys” av Else Hanna Tendø (2000) mener vi belyser viktigheten av brystene for en kvinnes kjønnsideitet. Dagens samfunn er sterkt påvirket av

hvordan en skal se ut, og alle streber etter et perfekt ytre (Bjørk & Breievne, 2011; Solvoll, 2011). Det finnes ulike metoder som gjør det mulig å endre på kroppen ved hjelp av slankeoperasjoner, tatoveringer, piercinger, plastisk kirurgi og spesielt implantater og silikon (Bjørk & Breievne, 2011). En undersøkelse gjort i 2004 belyser hvor stort kroppsfokus norske kvinner har (Soest, Kvaalem, Roald & Skolleborg, 2004). 907 tilfeldig utvalgte kvinner valgte å svare på et spørreskjema om kosmetisk kirurgi, holdninger og selvfølelse. Undersøkelsen resulterte i at 7,7 % av kvinnene som svarte, hadde gjennomført en kosmetisk operasjon, mens 22 % uttrykket et ønske om å legge seg under kniven. Ut ifra denne undersøkelsen kan vi se hvor stor betydning brystene kan ha for en kvinne, da omtrent halvparten av operasjonene som ble utført var brystoperasjoner (Soest, et al., 2004). Som to unge jenter ser vi stadig reklame om hvordan vi kan forbedre vårt utseende, i form av å fjerne magefettet med måltidserstattere, rynker med diverse kremer og gule tenner med blekningsmiddel i tannkremene, for å nevne noe. Presset på at en skal se bra ut kommer fra alle kanter. Vi reagerer på at reklamene som oftest er rettet mot kvinner. Dette tror vi kan medføre at små skavanker lager store problemer for mange kvinner. Heidi Tuft (1986) skildrer i et utdrag hvordan dagens samfunn påvirket eget selvbilde etter tap av et bryst;

Vi lever i en kultur der kvinners utseende har vært gjenstand for harde vurderinger. Reklamen har kunnet spille maksimalt på vår usikkerhet og på en eventuelt manglende bekreftelse tidlig i livet om at man er verdt noe. Forestillinger om at man blir halv kvinne av å miste et bryst, kan gå rett inn i en slik usikkerhet hos mange kvinner. Vi må prøve å lære å akseptere skavankene i vårt utseende, og vite at vi er hele mennesker selv om vi har visse mangler i forhold til det ideelle.... Selv om jeg har avfunnet meg med min nye kropp er ydmykelsen alltid til stede når jeg må blottstille meg for fremmede. Det som før kunne være min stolthet, har blitt til en slags skamfølelse. Brått kan jeg føle meg liten og hjelpeløs (s. 59).

Sykepleierens rolle kan påvirke kvinnens oppfatning av selvet. Pasienter etterlyser åpenhet og samtale om seksualitet før og etter behandling (Hordern & Street, 2007). En sykepleier som inviterer til en samtale om seksualitet og selvbilde tidlig etter endt operasjon, kan bidra til at pasienten unngår lav selvtillit og dårlig seksualliv ved at de får hjelp til å løse sine problemer (Hordern & Street, 2007; Hughes, 2000). Som vi har nevnt i teoridelen setter Maslow seksualitet på lik linje med andre grunnleggende behov som for eksempel ernæring (Håkonsen, 2010). Slik vi ser det er et menneske avhengig av mat- og drikketilførsel for å

kunne overleve. På en annen side er ikke seksualitet livsnødvendig, men svært vesentlig for å opprettholde god livskvalitet. 1 av 8 kvinner vil få diagnosen brystkreft i løpet av livet (Davis, Meneses & Messias, 2010). Overlevelsesraten er høy, men konsekvenser av diagnosen kan påvirke både fysisk og psykisk helse, med særlig effekt på seksualitet og livskvalitet (ibid.,). Ussher, Perz og Gilbert (2012) underbygger dette med å si at det er gjort kjent at forandringer av seksuell velvære er en av de største problemområdene etter brystkreft og som kan vedvare i flere år. Ettersom 2839 kvinner rammes av brystkreft årlig (Normannvik, s.a.), og ca. halvparten av disse kvinnene er nødt til å utføre en mastektomi (Helsedirektoratet, 2012) anser vi seksualitet som et svært viktig element å inkludere i vår yrkespraksis.

Fremvekst av identiteter bunner i at en person viser sin unike personlighet. Som nevnt er det faktorer som kan påvirke vår identitet som blant annet miljø, oppvekst, inntrykk og impulser. I denne fasen har vi drøftet hvordan disse faktorene påvirker fremveksten av vår identitet. På bakgrunn av at vi i denne fasen blir bedre kjent og får innsikt i den unike personen bak pasienten, kan vi gjøre oss opp en mening om pasienten har et ønske eller behov for å konversere om seksualitet og selvbilde. Vi mener at det er for tidlig å tematisere seksualitet og selvbilde i denne fasen da vi nettopp har skapt tillit ved å vise våre unike sider ovenfor hverandre.

### 4.3 Empatifasen

Evnen til å føle empati er nødvendig i møtet med pasienter for å kunne få innsikt i deres personlige opplevelser (Kristoffersen, 2011; Travelbee, 2001). En forutsetning for empati stiller krav til at sykepleieren har et ønske om å forstå pasienten, og dermed gi best mulig omsorg. Empati kan gi nærhet og trygghet som bidrar til at sykepleieren og pasienten kan knytte et sterkere bånd. Gjennom kontakten vil det være enklere for pasienten å åpne seg, og sykepleieren vil på den måten kunne samle viktig informasjon. Dette kan gjøre det enklere for sykepleieren å skape et bilde av pasientens indre følelser og ytre atferd (ibid.). Vi har tidligere nevnt at det kan være vanskelig å snakke om seksualitet og problemer den kan føre med seg. Det er da nødvendig å ha evne til å vise empati slik at en kan gå inn med pasienten i en følelsesmessig situasjon, men samtidig kunne trekke seg ut av den for å se situasjonen fra et annet perspektiv (Gamnes, 2011). På den måten kan en sykepleier vurdere situasjonen fra et profesjonelt perspektiv og ut ifra pasientens opplevelse. Dette kan bidra til at sykepleieren kan gi faglige råd som samsvarer med pasientens individuelle behov og opplevelser. Ussher, Perz og Gilbert (2012) har kommet frem til at mange kvinner som har utført en mastektomi er i fare for å havne utenfor ”normalen” av det å være kvinne og feminin, og det kan ha negativ innvirkning på kvinners selvbilde, forståelse av seg selv og psykisk velvære. Ved å inneha evnen til å vise empati anser vi at en sykepleier kan få en forståelse av hvordan kvinnen oppfatter seg selv og det kan bli enklere å bistå pasienten til å bearbeide endringene. Et eksempel på hvordan vi som sykepleiere kan vise empati kan være at vi trer forsiktig frem i samtalen, og ikke legger press på kvinnen. Vi kan innlede samtalen med å prate om somatiske ettervirkninger, og deretter bevege oss gradvis inn på seksualitet og selvbilde. Empatien blir i dette tilfellet at vi ikke ønsker å fremst som brutale ved å gå direkte på sak, men ”pakker inn” budskapet for ikke å skremme pasienten. Vi tror det kan være til hjelp å bruke et utsagn som: ”mange kvinner opplever at de mister en del av seg selv når de har fjernet brystet. Har du noen følelser eller bekymringer du har lyst til å prate om?”. Ved å invitere åpent til en samtale kan det være enklere for pasienten å betro seg til sykepleieren, og gi tillatelse til å bevege seg inn på intimitetssonen hennes (Davis, Meneses & Messias, 2010).

På bakgrunn av forskningen som er gjort av Ussher, Perz og Gilbert (2012) anser vi at informasjonsbehov relatert til seksualitet og selvbilde blant mastektomerte kvinner bør prioriteres ettersom de er utsatt for å havne utenfor ”normalen”. I flertallet av de anvendte

forskningsartiklene kommer det frem at behovet for informasjon knyttet til seksualitet og selvbilde er etterlyst av pasientene. ”Opening to communication with cancer patients about sexuality-related issues” viser at kvinner med brystkreft mottar lite informasjon relatert til seksualitet og selvbilde av helsepersonell (Hautamäki, Miettinen, Kellokumpu-Lehtinen, Aalto & Lehto, 2007). Nyere forskning har vist at pasienter med alle typer kreft, er villige til å prate om egen seksualitet og hvilken innvirkning sykdommen har på deres seksuelle funksjon. Mange av kvinnene mener de fikk for lite informasjon om ettervirkningene av å miste et bryst og følgende av behandlingen. Kvinnene understreket viktigheten av at helsepersonell brakte disse temaene på banen (ibid.,).

At medisinerne skulle påvirke min seksualitet på den måte var et hardt slag for meg. Hvordan var det mulig at dette ikke var et sentralt tema i informasjonen om kreftbehandling? Hvorfor snakket ingen om dette? Hvorfor fantes det ikke gode midler mot dette, eller medisiner som var bedre utviklet? Hvor var apparatet for slik? Hvorfor var ikke dette et tema i medlemsbladet til brystkreftforening? Hvorfor hadde ikke legen min advart mot dette? Hvorfor snakket legene bare i vage formuleringer ”mulig endringer i underlivet”? Mulig endringer? Hva med ”så innforjævlig vondt at du kanskje ikke kan gjennomføre samleie”? Mange tusen kvinner opplever dette, og det er en utfordring som til en hver tid berører minst dobbelt så mange (Wiggen, 2007, s. 115).

Ingrid Wiggen (2007) bekrefter med egen opplevelse sin frustrasjon over manglende informasjon fra helsepersonell. Helsepersonell ikke er komfortable i situasjoner som omhandler kommunikasjon om seksualitet (Davis, Meneses & Messias, 2010; Hautamaki-Lamminen, Lipiainen, Beaver, Lehto & Kellokumpu-Lehtinen, 2012). Som nevnt etterlyser pasienter informasjon om seksualiteten, men de har erfart at dette uteblir fra behandlingen. Deltagerne ønsker å få råd og støtte til å takle eventuelle problemer som oppstår som av følge av kreftsykdommen. Årsaker til at seksualitet blir utelatt i behandlingen, kan være mangel på opplæring, tid, privat plassering eller at temaet er sensitivt av natur (Hautamäki, Miettinen, Kellokumpu-Lehtinen, Aalto & Lehto, 2007; Hautamaki-Lamminen, Lipiainen, Beaver, Lehto & Kellokumpu-Lehtinen, 2012). Artikkelen ”Den sværeste samtale” deler erfaringer fra en sykepleiers yrkespraksis hvor det kommer frem at sykepleierne anser seksualitet som et svært viktig og relevant tema (Lindholm, 2002). Selv om pasientene gir uttrykk for og har et ønske om å prate om vanskelig temaer understøtter forskjellige undersøkelser og sykepleierens erfaringer at begge parter i praksis er tilbakeholdene når det kommer til disse temaene.

Forskningen og en artikkel fra tidsskriftet Sykepleien (2002) belyser vår mening om viktigheten av at seksualitet og selvbilde bør inkluderes i sykepleiernes yrkespraksis. Vi er sjokkerte over høye tall i forskning og undersøkelser som viser at sykepleiere unngår et svært viktig tema. I henhold til Pasient- og brukerrettighetsloven (§3-2, Lovdata, 1999) plikter vi som helsepersonell å informere pasienten om deres helsetilstand og behandling. Pasienten har krav på informasjon relatert til sin seksuelle funksjon, dersom behandlingen kan bidra til redusert potens og lyst (Blix & Breivik, 2006). I dette tilfellet anser vi ”kvinnelig potens” som vaginal tørrhet, som 71 % av deltagerne i Ussher, Perz & Gilberts (2012) forskning var sterkt plaget av. Når sykepleierne unnlater å ta opp temaet anser vi det som et brudd på overnevnt lov, og på den måten utsetter vi pasienten for unødvendig smerte.

Empati påvirker hvordan vi handler som sykepleiere (Kristoffersen, 2011). Evnen til å sette seg inn i pasienten sin situasjon hjelper oss til å ivareta og opprettholde pasientens verdighet (ibid.). Funnene i forskningsartikkelen får oss til å undre over hvor de empatiske evnene til sykepleierne er i disse tilfellene. Ved at vi som sykepleiere setter fokus på pasientens seksualitet under behandling kan vi bidra til skape trygghet, respekt og gode relasjoner, ettersom seksualitet påvirkes av psykiske, medisinske og sosiale dimensjoner, og hvordan vi velger å ivaretar disse (Almås & Benestad, 2006). Hvis vi som sykepleier klarer å møte pasienten empatisk i situasjoner som er sårbare og vanskelige, kan det være enklere for pasienten å uttrykke sine følelser. Det blir derfor vesentlig å ha god kjemi og en god relasjon til pasienten da dette kan skape tryggere omgivelser. Almås & Benestad (2006) skriver at mange pasienter opplever det som betryggende og tillitsfullt å bli fulgt opp av helsepersonell med spørsmål som angår deres seksualitet. Hos pasienten oppstår det en trygghet ved at noen viser interesse for deres seksualitet og ofte kommer de tilbake med utsagn som ”sist jeg var her spurte du meg om min seksualitet, jeg ble litt satt ut og våget ikke å fortelle hvordan det stod til, men nå er jeg klar!” Det er denne tryggheten vi som sykepleiere ønsker å oppnå hos våre fremtidige pasienter.

Når vi skal kommuniserer om vanskelige temaer er det viktig at vi ikke bare har kunnskaper og erfaringer, men å finne den gyllende balansen mellom kunnskap, erfaringer og empati (Kristoffersen, 2011; Travelbee, 2001). Empati kan være medvirkende i fremgangsmåten i en samtale om seksualitet og selvbilde (Almås & Benestad, 2006). Hvis vi som sykepleiere tar med oss empati inn i ulike situasjoner kan vi i større grad oppfatte pasientens opplevelse av et



problem. Egne erfaringer kan brukes som et hjelpemiddel ved å trekke frem likheter fra erfaringene, men vi bør alltid ha i bakhodet at pasienten har en egen opplevelse som kan være annerledes. ”From ”no big deal” to ”losing oneself” skildrer tydelig ulike reaksjoner på det å miste et bryst (Fallbjörk, Salander, & Rasmussen, 2012). Kvinnene i forskningen ønsket å fjerne brystene da de betraktet de som syke. Noen av kvinnene fikk ikke etter reaksjoner da de mente brystene hadde utført sin naturlige funksjon, ved å ha ammet barn. Andre hadde et ønske om å fjerne sykdommen, men etter mastektomien oppdaget de at de ikke bare hadde fjernet sykdommen, men også mistet en viktig del av seg selv. For disse kvinnene betydde det å miste brystet sitt det samme som å miste egen seksualitet og følelsen av å være attraktiv. Ut i fra artikkelen tolker vi det dithen at evnen til empati hjelper sykepleieren til å identifisere pasientens individuelle behov, ved at vi kan sette oss inn i kvinnenes ulike måter å oppleve situasjonen på. Ved å bruke PLISSIT-modellen i et slikt tilfelle kan sykepleieren lære hvordan en kan hjelpe pasienten med sine bekymringer knyttet til seksualitet (Hughes, 2000). En kan også bruke modellen for å lære seg hvordan en skal tilnærme seg pasienten angående disse bekymringene, og på denne måten bryte tausheten (ibid.,).

Empati kan skape en forbindelse og en nær kontakt mellom to personer, som kan endre forholdet mellom dem (Kristoffersen, 2011; Travelbee, 2001). Etter en slik kontakt kan sykepleieren bli satt i en spesiell situasjon på det grunnlag at hun kan føle seg forpliktet til pasienten. Den nære kontakten mellom pasienten og sykepleieren kan medvirke til at pasienten utleverer informasjon om sin seksualitet, og dermed setter seg selv i en sårbar situasjon. I et slikt tilfelle er det viktig at vi som sykepleiere trygger pasienten på at det er en fortrolig samtale ved å vise til taushetsplikten, og at vi ikke ønsker å inkludere og dele informasjonen med flere helsepersonell enn nødvendig (Blix & Breivik, 2006). I løpet av vår praksistid var vi vitne til en respektløs hendelse, etter at en sykepleier hadde hatt en fortrolig samtale med en pasient. Da hun kom på vaktrommet utleverte hun pasientens personlige opplevelser til oss. Dette opplevde vi som et hån mot pasienten. Vi anser denne hendelsen som et tillitsbrudd og en krenkelse av pasientens egenverd, samtidig som det var misbruk av taushetsplikten. Sykepleieren var utad en person som gav mye omsorg, men denne episoden endret vårt syn på den gode sykepleieren. I ettertid ser vi at sykepleieren manglet empati da hun utleverte pasientens personlige informasjon. I våre øyne kan vi se på empati som en evne og egenskap enkelte velger å misbruke. Vi tror dette bunner i ulike personligheter og holdninger hos sykepleiere. På bakgrunn av denne praksisopplevelsen ønsker vi som

fremtidige sykepleiere å kunne ha en fortrolig samtale med pasienten, og senere kunne ivareta pasientens tillit til oss ved kun å involvere momenter som er viktig for behandlingen i samråd med pasienten. Vi må også ha i bakhodet at pasienten kan ha gitt sykepleieren samtykke til å videreformidle informasjonen. Hvis sykepleieren fikk tillatelse av pasienten, kan det være til ettertanke om det var nødvendig å fremstille pasienten på den måten det ble gjort, og om det var relevant å utlevere denne type informasjon i forhold til pasientens behandling.

Forbindelsen mellom empati og sympati er nært knyttet, selv om det er et klart teoretisk skille (Kristoffersen, 2011). Som snart ferdigutdannede sykepleiere anser vi at det er lett for oss mindre erfarne å la empati skli over i sympati. I møte med en kvinne som har fjernet et bryst kan vi lett identifisere oss med kvinnen, da vi er klar over hvor betydningsfulle brystene våre er for vår kjønnsidentiteten. Derfor er det nyttig at vi som sykepleiere er klar over forskjellene, og tar med oss kontrastene mellom det å være empatisk og sympatisk inn i ulike situasjoner.

Gjennom empatifasen har vi tatt for oss hvordan evnen til empati kan hjelpe oss å tematisere seksualitet og selvilde ovenfor pasienten. Det stilles da krav til at sykepleieren klarer å sette seg inn i pasientens følelsesmessige situasjon, men samtidig trekke seg ut av den for å kunne vurdere situasjonen fra et faglig perspektiv. Ved å vise forståelse for situasjonen kan det være enklere for pasienten å åpne seg for oss som sykepleiere. Som nevnt er seksualitet og selvilde et vanskelig tema å bringe på banen, men pasienten opplever det ofte som betryggende og tillitsfullt når sykepleieren tar opp temaet. Vi anser det som viktig at pasienten opplever oss som sykepleiere empatiske før vi tematiserer seksualitet og selvilde i denne fasen.

#### 4.4 Sympati og medfølelse

Sympati og medfølelse er som nevnt snublende nært, sett at sympati og medfølelse er et skritt videre i prosessen (Kristoffersen, 2011; Travelbee, 2001). En kan anse sympati og medfølelse som en måte å uttrykke tanker og følelser på, gjennom holdninger og atferd. Evnen til å vise sympati og medfølelse er knyttet til nivået av innlevelse i pasientens situasjon og et sterkt ønske om å avhjelpe pasientens lidelser (ibid.). Graden av sympati og medfølelse avgjør om kvaliteten på utøvelsen av sykepleien er god eller dårlig (Solvoll, 2011). Derfor er det nødvendig å tilpasse nivået av sympati og medfølelse i hver enkelt situasjon. Hvis vi som sykepleiere har en overdreven innlevelse i pasientens situasjon kan det resultere i mindre gode, faglige avgjørelser. Et eksempel på dette kan være hvis vi har hatt ansvar for en pasient over en lengre tidsperiode, og utviklet en sterk tilknytning til pasienten. Hvis pasienten klager over smerter og ubehag etter mastektomi, kan det være fristende å utnytte sin autorisasjon ved å gi pasienten ekstra smertelindring uten ordinasjon fra legen. Evnen til å vise sympati og medfølelse krever derfor at sykepleieren har selvinnsikt og kunnskaper for å forhindre uheldige situasjoner som dette (ibid.).

Gjennom sympati og medfølelse kan sykepleieren formidle at hun ønsker å hjelpe pasienten på grunn av hennes unike individ, og ikke fordi hun er underlagt å vise omsorg (Kristoffersen, 2011; Travelbee, 2001). På den måten opplever pasienten at sykepleieren bryr seg om dens fysiske og psykiske tilstand. Det er ikke tilstrekkelig at sykepleieren kun har et sterkt ønske om å avhjelpe pasientens plager. For å hjelpe pasienten er vi nødt til å inneha ferdigheter og kunnskaper for å vite hvordan vi kan lindre pasientens plager. Dette er grunnleggende for at sympati og medfølelse skal kunne bidra til å utvikle aktive sykepleietiltak. Kvinner opplever ofte negative følelser rundt utseende som følger av brystkreft (Davis, Meneses & Messias, 2010; Ussher, Perz & Gilbert, 2012). 77 % av kvinnene i spørreundersøkelsen opplevde at de fikk dårligere selvfølelse og bekymringer rundt attraktivitet (Ussher, Perz & Gilberts, 2012). Derfor anser vi det nødvendig å inneha kunnskaper om ettervirkninger som pasientgruppene kan oppleve for å kunne gi pasienten et tilfredsstillende svar ved en eventuell samtale.

Sympati og medfølelse formidles gjennom verbal og non-verbal kommunikasjon (Travelbee, 2001). En sykepleier kan vise medfølelse gjennom blikk, berøring og handlinger. Wiggen (2007) skildrer i egen bok betydning av sykepleierens non-verbale kommunikasjon. ”De små

kjærtegnene var magiske. Jeg begynte å bli ganske redd, og det var godt å kjenne at hun var på mitt lag” (s. 19). I dette utdraget kommer det tydelig frem hvor mye sympati og medfølelse en sykepleier kan formidle gjennom kroppsspråket. Verbal og non-verbal kommunikasjon ledsages ofte av hverandre, og derfor kan underliggende følelser om et tema en ikke alltid er klar over komme til syne via kroppsspråket (Eide & Eide, 2007). På bakgrunn av dette kan en danne seg en mening om personen er oppriktig og står inne for det som blir sagt. Sykepleiere må ha selvinnsikt i egne holdninger relatert til seksualitet for å unngå at dette skal påvirke deres yrkespraksis (Hughes, 2000). Det kan være til hjelp å stille åpne spørsmål for å oppnå ærlige og gjennomtenkte svar fra pasienten (ibid.,).

I et tilfelle basert på vår problemstilling ville vi valgt å vise sympati ved at sykepleieren som skulle hatt ansvar for samtalen var av samme kjønn som pasienten. Som unge kvinner vet vi hvordan det er å ha bryster, og hvilken betydning av dem for identiteten, noe som Gamnes (2011) støtter oss på. Hvis en mannlig sykepleier skulle hatt ansvar for samtalen, tror vi det kunne dukket opp unødvendige utfordringer både for pasienten og sykepleieren, som kan gjøre det problematisk å prate om seksualitet. Vi er ikke i tvil om at en mannlig sykepleier kunne vist mye sympati og medfølelse, om ikke mer enn en kvinnelig sykepleier i situasjonen, men det kan være enklere å åpne seg for en av samme kjønn. Hordern & Street (2007) skriver i sin forskning at pasientene som deltok i deres undersøkelse understreket at det var nødvendig å finne ”den rette” sykepleieren for å kunne konversere om egen seksualitet og selvbilde. ”Den rette” sykepleieren var en god lytter og en de kunne stole på, som så personen og ikke sykdommen. Faktorer som kunne påvirke valget var kjønn, alder og kultur, men det viktigste var at sykepleieren var villig og åpen til å prate om temaet. Ut fra artikkelen tolker vi at det ikke er kjønn til en sykepleier som avgjør om pasienten føler seg trygg og komfortabel til å prate om seksualitet og selvbilde, men at det er sykepleierens holdninger og væremåte som er avgjørende.

Som tidligere nevnt i drøftingen tolker vi ut ifra forskning at sykepleiere ofte utfører stykkevis og delt sykepleie ved at de vegrer seg for å kommunisere om vanskelig temaer. Hordern & Street (2007) har kommet frem til at pasienter har et ønske om å inkludere åpenhet, seksualitet og intimitet i behandlingen. Pasientene fortalte at selv om ikke ønsket ble innfridd gjorde sykepleierne mye annet nyttig for pasientene. De viste hensyn ved for eksempel å ta ned speilet fra veggen slik at pasienten skulle unngå å bli påminnet at hun hadde gått ned i vekt

eller mistet håret på grunn av kreftsykdommen. Dette belyser at sykepleierne viser sympati og medfølelse for pasientene gjennom handlinger, men vi undrer oss over om disse handlingene bygger på dårlig samvittighet. Med dette tenker vi på forskningsfunn som viser til at sykepleiere selv mener det er deres jobb å inkludere seksualitet og selvbilde i behandlingen, men fortsatt velger å unngå temaet fordi de ikke tørr å bringe det på banen (Hautamäki, Miettinen, Kellokumpu-Lehtinen, Aalto & Lehto, 2007).

Gjennom å vise sympati og medfølelse kan vi bidra til å forsterke forholdet til pasienten (Kristoffersen, 2011; Travelbee, 2001). For å ha mulighet til å kunne vise sympati og medfølelse må sykepleieren kunne dele lidelsene med pasienten, og dermed hjelpe til med å avlaste byrden deres (ibid.). Hvis en mastektomert kvinne uttrykker ovenfor oss at hun sliter med dårlig selvbilde og føler seg mindre kvinnelig tror vi det er viktig å møte henne med sympati. Dette kan vi gjøre ved å signalisere medfølelse gjennom non-verbal kommunikasjon som blant annet blick og berøring. Tidligere i oppgaven har vi nevnt hvordan Wiggen (2007) beskriver hvor mye et lite kjærtegn kan bety for en pasient. Ettersom vi ønsker å oppnå tillit hos pasienten kan det være en fordel at vi bekrefter hennes opplevelse (Solvoll, 2011). For å samarbeide er denne tilliten vesentlig for kvinnens personlige utvikling. For å motivere kvinnen til å ønske å arbeide videre med eget selvbilde kan vi vise sympati gjennom kommunikasjon ved å formidle at vi har tro på kvinnens mulighet til bedring og forandring (Solvoll, 2011; Travelbee 2001). Solvolls uttalelser støttes av Davis, Meneses & Messias (2010) som mener at kvinnen trenger at vi bekrefter at det er helt normalt å være proppfull av ulike følelser når en gjennomgår en slik hendelse i livet.

Vi ønsker å belyse den samme situasjonen, hvor en mastektomert kvinne uttrykker ovenfor oss at hun sliter med dårlig selvbilde og føler seg mindre kvinnelig, med fravær av sympati. Ved å møte kvinnen med et utsagn som ”Du er fortsatt like kvinnelig. Du er heldig som kun har fjernet et bryst!” benekter vi kvinnens personlige opplevelse (Solvoll, 2011). Fravær av sympati i denne situasjonen vil gjøre at sykepleieren ikke stiller på samme nivå som pasienten, som er utslagsgivende for hjelpen som er nødvendig for å bedre kvinnens selvbilde (ibid.). Som følger av dette vil interaksjonen mellom pasienten og sykepleieren bli overflatisk, og sykepleieren vil gi manglende varme og omsorg (Travelbee, 2001).

Gjennom denne fasen har vi drøftet hvordan sympati og medfølelse kan bidra til å oppnå tillit og fortrolighet med pasienten. Sympati og medfølelse påvirker oss til å ville utgjøre en forskjell for pasienten, en sterk trang til å avhjelpe. Trangen til å hjelpe pasienten forutsetter at vi som sykepleiere har kunnskaper til å iverksette sykepleietiltak, men klarer å kontrollere evnen til å føle sympati. Ved å tematisere seksualitet og selvbylde i denne fasen kan sympati komme til syne på ulike måter gjennom blant annet verbal og non-verbal kommunikasjon. For oss er et ønsket resultat av sympati og medfølelse å oppnå tillit. Dette kan bidra til trygghet som kan utvikle forholdet mellom pasienten og sykepleieren til gjensidig forståelse og kontakt (Travelbee, 2001).

## 4.5 Gjensidig forståelse og kontakt

Gjensidig forståelse og kontakt er den siste fasen før etableringen av et menneske-til-menneske-forhold kan finne sted (Kristoffersen, 2011; Travelbee, 2001). Fasen kjennetegnes ved at pasienten og sykepleieren deler erfaringer knyttet til tanker, følelser og holdninger. Gjensidig kontakt og forståelse er et resultat av de tidligere nevnte interaksjonsfasene. Gjennom fasene har pasient og sykepleier lært hverandre å kjenne ved å legge fra seg fordommer, åpnet seg for hverandre og klart å se det unike, individuelle mennesket i hverandre. Sammen har pasient og sykepleier delt og tilegnet seg nye erfaringer som vil være betydningsfulle videre i livet. For å kunne oppnå gjensidig forståelse og kontakt stilles det krav til at sykepleieren, som ikke bare har et ønske om å hjelpe, men et krav om at hun har kunnskaper og kompetanse til å iverksette tiltak som tilfredsstillende pasientens behov. Pasienten viser ofte tillit til sykepleiere som gjennom omsorg klarer å fremme kunnskap og erfaringer som kan bidra til å skape trygghet (Kristoffersen, 2011; Travelbee, 2001). Vi ønsker å dele en erfaring fra hjemmebasert praksis hvor vi så hvordan gjensidig forståelse og kontakt påvirket pasientens trygghet. Ved observasjon på et besøk sammen med vår veileder, opplevde vi at pasienten var rolig, komfortabel og viste sykepleieren tillit. I dette tilfellet var pasienten godt kjent med sykepleieren ettersom hun hadde jobbet i hjemmebasert omsorg lenge. Samme kveld dro vi tilbake til pasienten for kveldsstell, og da var det vi som studenter som skulle bistå henne. Vi opplevde da at pasienten fort ble utrygg og engstelig som blant annet gjorde forflytningen mer krevende for begge parter. Ut ifra dette kan en se hvor betydningsfullt det er for pasient og sykepleier å opparbeide gjensidig forståelse og kontakt, for å oppnå et menneske-til-menneske-forhold.

I følge Travelbee er alle mennesker unike individer (Kristoffersen, 2011; Travelbee, 2001). Vi anser dette som et viktig moment når vi skal kommunisere om seksualitet og selvbylde, på bakgrunn av at enkelte mennesker er mer åpne enn andre. Når vi skal kommunisere om seksualitet og selvbylde beveger vi oss svært nært pasientens intimitetsgrense (Blix & Breivik, 2006; Gannes, 2011). Ettersom åpenhet og pasienters intimitetsgrenser er svært varierende vil samtalen om seksualitet og selvbylde ha ulike fremgangsmåter og varighet. Dette kommer an på hvordan og om pasienten velger å tilnærme seg sykepleieren, som resulterer i at enkelte trenger en eller to samtaler, en annen kan muligens trenge ti. Vi tror det er viktig at det er den samme sykepleieren som følger opp pasienten i samtalen om seksualitet og selvbylde for å

bygge videre på relasjonen. Som sykepleiere er det nødvendig i enkelte tilfeller å være konstruktiv, men også unngå å kun bruke profesjonelle kommunikasjonsteknikker som blant annet speiling. Vi anser det som viktig å kunne finne en balanse mellom profesjonelle kommunikasjonsteknikker og evnen til å vise oss selv gjennom kommunikasjonen da dette kan bidra til at pasienten opplever trygghet og føler seg mer tilpass (Kristoffersen, 2011; Travelbee, 2001). Skjønnlitteraturen til Tendø (2000) støtter oppunder dette hvor hun forteller om sitt møte med sykehuspresten:

I løpet av strålebehandlingsperioden var jeg hos ham tre ganger, og det vel anvendt tid. Der kunne jeg komme fram med smertepunktene mine, og jeg ble tatt på alvor og lyttet til. Han møtte meg med nærhet og respekt. ... Det var positivt å møte en samtalepartner som ikke bare lyttet, men som også deltok aktivt med synspunkter, uten å ta over styringa. Slik kommunikasjon ga mer utbytte enn om han bare skulle ha sittet lyttende og speilet det jeg sa (s. 81).

Else Hanna Tendø (2000) trengte kun tre møter med sykehuspresten for å kunne videreformidle personlige tanker og følelser. Ut ifra dette tolker vi at det ikke alltid er nødvendig å gjennomgå alle interaksjonsfasene for å oppnå god kommunikasjon. Hvis to mennesker opplever en umiddelbar kjemi tror vi det kan bidra til å forskynde prosessen. Likevel må vi huske at alle er ulike og derfor tilpasse oss etter det enkelte menneskets behov (Kristoffersen, 2011; Travelbee, 2001). Når vi leser utdraget fra Tendø sin bok syns vi det er urovekkende at hun må oppsøke sykehuspresten for å bli møtt med nærhet og respekt – og bli tatt på alvor. Sett fra vårt perspektiv mener vi dette er egenskaper en sykepleier burde kunne formidle. Det er synd at en pasient må føle at de må oppsøke andre yrkesgrupper for å kunne oppnå god kommunikasjon. Travelbee (2001) ønsker at en sykepleier skal vise sin personlighet gjennom sitt yrke. Vi mener at gjennom personlighet burde det være oppnåelig for en hver sykepleier å yte og gi nærhet, respekt og opplevelsen av å bli tatt på alvor. Pasienten burde ikke føle at de alltid er til vurdering, men at sykepleieren prøver å forstå, lytte og komme med råd som kan bedre situasjonen. Vi tror at hvis vi gir pasienten muligheten til å kunne styre samtalen selv, vil de kunne guide oss inn på problemene de ønsker å diskutere. Ved et menneske-til-menneske-forhold vil sannsynligheten for at pasienten vil søke andre yrkesgrupper for en god samtale være mindre.



Hautamäki, Miettinen, Kellokumpu-Lehtinen, Aalto og Lehto (2007) belyser at sykepleiere ofte unngår å kommunisere om seksualitet. Sykepleierne som har deltatt i forskningen uttrykker at seksualitet er et sensitivt tema og som er vanskelig å bringe på bane. De mener likevel at å tematisere seksualitet er en del av deres jobb, men kun 2,2 % av de deltagende sykepleierne mente de pratet med over halvparten av sine pasienter om temaet. Med et utdrag fra boken "Elsk meg!" av Berit Lundberg ønsker vi å belyse viktigheten av at sykepleiere inkluderer seksualitet og selvbilde ovenfor pasienter i behandlingen:

"Jeg har alltid vært ekstremt stolt av brystene mine. Det var det eneste jeg var stolt av på kroppen min.... Det skjedde noe ubevisst med min kvinnelighet. Kroppen henger på en måte på meg, men jeg har ikke det forholdet til den lenger som jeg hadde.... Før var jeg ekstremt nøye med å ikke å ha hår under armene og sånne ting. Men nå bare forter jeg meg med å dusje og forter meg med å få på meg klærne og så er jeg ferdig. Og da tenker jeg ikke noe mer over det. Jeg speiler meg ikke noe særlig. Jeg føler meg ikke like hel som før, det er noe som mangler, i og med at jeg har mistet interessen for kroppen min.... Jeg føler meg ikke like kvinnelig, like lekker som jeg kunne føle meg før.... Sexlivet er ikke det samme som før.... For meg spiller det egentlig ingen rolle, jeg har det like greit uten. Jeg har ikke noe spesiell lyst lenger" – Anne 46 år (2006, s. 14-15).

Anne opplever det mange andre kvinner som har mistet brystet opplever. Vi mener dette illustrerer at seksualitet og selvbilde henger tett sammen. Når en kvinne ikke trives i egen kropp påvirker dette selvbilde. Vi tror at hvis du ikke orker tanken på å se din egen kropp, vil du heller ikke at andre skal se den. Som sykepleiere er det viktig å kunne se mennesket i sin helhet (Kristoffersen, 2011; Travelbee, 2001). I en undersøkelse gjort av Ussher, Perz og Gilbert (2012) kommer det frem at 78 % av de deltagende kvinnene hevder å ha blitt mindre seksuelt aktive, samt 77 % hevder at tap av bryst medførte dårligere selvbilde. Den psykiske helsen til et menneske er vel så viktig som den fysiske. Ofte er den fysiske funksjonen i fokus, og den psykiske helsen blir bortglemt (Davis, Meneses & Messias, 2010). I flere av forskningsartiklene vi har valgt å impliserer i oppgaven kommer det frem at kvinner som har gjennomgått en mastektomi i senere tid sliter med fysisk og psykisk helse. Overlevelsen av brystkreftrammede er høy, men konsekvenser fra diagnosen kan påvirke pasientens psykiske og fysiske helse i ettertid (Davis, Meneses & Messias, 2010). Med dette mener de at kvinnens seksualitet og livskvalitet ofte blir redusert etter en mastektomi. Davis, Meneses og Messias (2010) bekrefter det vi har opplevd i praksis; pasienter får god medisinsk behandling med

tanke på blant annet kontroller og forebygging av tilbakefall, men at samtale og oppfølging om seksualitet og selvbilde uteblir. Dette mener vi belyser sykepleierens viktige ansvar i forhold til å inkludere seksualitet i vår yrkespraksis. Vi bør ha fokus på seksualitet i vår praksis for å oppnå et miljø som respekterer og er åpent for alle typer seksualiteter (Gamnes, 2011). Vi tror at hvis miljøet er tilrettelagt for å prate om seksualitet vil dette gjenspeile seg i atmosfæren, og gjøre det enklere for pasienten å betro seg til sykepleieren.

I gjensidig forståelse og kontaktfasen har vi sett på hvordan de ulike interaksjonsfasene påvirker hverandre og utgjør en helhet. Mennesket består av ulike dimensjoner. Hver enkelt dimensjon utgjør en sum, men mennesket er større enn denne summen. Det vil si at de psykiske, fysiske, sosiale, åndelige og kulturelle dimensjonene utgjør en liten sum hver for seg, men da de henger sammen utgjør de hele mennesket. Ut ifra denne fasen har vi drøftet oss frem til at vi ikke ønsker å bringe seksualitet og selvbilde på banen før vi har oppnådd gjensidig forståelse og kontakt med pasienten. Dette begrunner vi med at det er nå vi har det tryggeste forholdet til pasienten som bygger på respekt, ærlighet, trivsel og tillit. Ettersom seksualitet og selvbilde er personlig anliggende temaer er dette viktige faktorer for at pasienten skal kunne våge å fortelle om sine problemer uten å legge skjul på noe.

## 5.0 KONKLUSJON

I denne oppgaven har vi tatt for oss kommunikasjon om seksualitet og selvbilde med mastektomerte kvinner. Vi anser dette temaet som svært aktuelt da forekomsten av brystkreft er den hyppigste krefttypen blant kvinner. Gjennom oppgaven har vi belyst med forskning at mange kvinners seksualitet og selvbilde blir endret etter mastektomien.

Gjennom drøftingen har vi kommet frem til hvilke evner vi anser som nødvendige å inneha ved en samtale om seksualitet og selvbilde med en mastektomert kvinne. Holdninger og fordommer kan være utslagsgivende faktorer i kommunikasjon med pasienter. Som sykepleiere har vi et bedre utgangspunkt ved å ha god innsikt i egne fordommer og holdninger, og på den måten kan vi møte pasienten med et nøytralt syn. Dette kan hjelpe oss til å se det unike mennesket bak diagnosen, og det blir enklere å kartlegge pasientens individuelle behov. Ved å se det unike mennesket kan vi som sykepleiere finne ut om pasienten har bekymringer knyttet til seksualitet og selvbilde. Som sykepleiere bør vi være oppmerksomme på at ikke alle har et ønske om å prate om seksualitet og selvbilde. Likevel er det viktig at alle får et tilbud og mulighet til en samtale om seksualitet og selvbilde, og på den måten kan de selv bestemme om de ønsker å prate om temaene. Før vi bringer temaet på banen er det nødvendig at pasientens og sykepleierens fokus er det samme. På denne måten unngår pasienten å få informasjon hun muligens ikke er klar for. Alle pasienter er unike og har ulike forutsetninger da det kommer til det å kommunisere om seksualitet og selvbilde. Noen er veldig åpne, andre mer tause om slike temaer, og det stilles derfor ulike krav til hvor mange samtaler som må til før en kan bringe på bane temaer som seksualitet.

For å hjelpe oss som sykepleiere til å tematisere seksualitet og selvbilde ovenfor pasienten finner vi det nyttig å bruke PLISSIT-modellen som en veiledningsmodell. PLISSIT-modellen gir ingen fasitsvar, men kan brukes som et supplement på hvordan en sykepleier kan bygge opp en samtale som tar for seg disse temaene. Gjennom drøftingen har vi kommet frem til at det kan være fordelaktig å inkludere PLISSIT-modellen sammen med interaksjonsfasene. Ved å bruke disse to sammen tror vi at utfallet av samtalen kan bli positivt for både pasienten og sykepleieren.

Gjennom å drøfte Joyce Travelbees interaksjonsfaser opp mot kommunikasjon om seksualitet og selvbilde har vi tilegnet oss ny kunnskap om det å tematisere vanskelige temaer ovenfor pasienten. Over en lengre tidsperiode under oppgaveskrivingen hadde vi den oppfatningen at det var lurt å gjennomgå alle interaksjonsfasene før vi tematiserte seksualitet og selvbilde ovenfor pasienten. Dette er noe vi fortsatt holder fast ved da vi anser det som den beste måten å få pasienten til å dele verdifull informasjon med oss sykepleiere. Ved å ha gjennomgått alle interaksjonsfasene og oppnådd et menneske-til-menneske-forhold har vi knyttet et sterkere bånd til pasienten som bygger på respekt, trygghet, verdighet, ærlighet og tillit. Dette kan bidra til at pasienten opplever oss nyutdannede sykepleiere tryggere gjennom vår varsomhet, fremfor å gå hardt og brutalt ut. Statistikk fra forskning viser at sykepleierne er dårlige til å bringe seksualitet og selvbilde på banen i samhandling med pasienten. Som fremtidige sykepleiere ønsker vi å belyse viktigheten av å tematisere seksualitet og selvbilde med pasienter ovenfor våre kollegaer, og forsøke å inkludere disse temaene inn i vår yrkespraksis. I vår karriere som sykepleiere ønsker vi og få med oss våre kollegaer til å bli ”sexbomber med gode taleevner”.

## 6.0 KILDEHENVISNING

\*Almås, E. & Benestad, E., E., P. (2006). *Sexologi i praksis*. (2. Utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

\*Bagh, J. (2012). Sexbomber uden talegaver. [Fagtanker] *Sygeplejersken 112(1)* s. 82.

Bjørk, I., T. & Breivne, G. (2011). Kropp og velvære. I N. J. Kristoffersen., F. Nortvedt., & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende Sykepleie bind 2 – Grunnleggende behov* (2. Utg., s. 372-401). Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Blix, E. S., & Breivik, S. (2006). *Basisbok i sykepleie – om menneskets grunnleggende behov*. (Bergen): Fagbokforlaget.

\*Botnen, B. M., Flon, H., Haraldsen, T., Hestvåg, H., Solberg, H. B. & Hommelstad, J. (2003). Sykepleie gjør forskjell. *Sykepleien*. doi: 10.4220/sykepleiens.2003.0046. Lokalisert på: <http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/119500/sykepleie-gjor-forskjell>  
Nedlastet: 20. Januar 2013

Dalland, O. (2012). *Hva er metode?: Metode og oppgaveskriving* (5.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Davis, S. C., Meneses, K. & Messias, H. (2010). *Exploring sexuality & quality of life in women after breast cancer surgery*. Lokalisert på:  
<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=4&sid=758e65ae-31c6-463f-8ab6-945e99df86d7%40sessionmgr115&hid=127&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=2010901053>

Eide, H., & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning og etikk* (2 utg.). (Oslo): Gyldendal Akademisk.

\*Ekeland, T-J., Iversen, O., Nordhelle, G. & Ohnstad, A. (2010). *Psykologi for sosial- og helsefagene*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.

\*Fallbjörk, U., Salander, P. & Rasmussen, B. H. (2012). *From "No Big Deal" to "Losing Oneself" - Different meanings of Mastectomy*. Lokalisert på:  
<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=8&sid=758e65ae-31c6-463f-8ab6-945e99df86d7%40sessionmgr115&hid=127&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=2011688782>

Gamnes, S. (2011). Nærhet og seksualitet. I N. J. Kristoffersen., Nortvedt & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende Sykepleie bind 3- Pasientfenomener og livsutfordringer* (2. Utg., s. 71-104). Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Hautamäki, K., Miettinen, M., Kellokumpu-Lehtinen, P-L., Aalto, P. & Lehto, J. (2007). *Opening Communication With Cancer Patients About Sexuality-Related Issues*. Lokalisert på:  
[http://ovidsp.uk.ovid.com/sp-3.8.0b/ovidweb.cgi?&S=LGNLPDEGPBHFJCFNOKOGPFAOAPAA00&Link+Set=S.sh.43%7c1%7csl\\_10](http://ovidsp.uk.ovid.com/sp-3.8.0b/ovidweb.cgi?&S=LGNLPDEGPBHFJCFNOKOGPFAOAPAA00&Link+Set=S.sh.43%7c1%7csl_10)

\*Hautamaki-Lamminen, K., Lipiainen, L., Beaver, K., Lehto, J. & Kellokumpu-Lehtinen, P-L. (2012). *Identifying cancer patients with greater need for information about sexual issues*. Lokalisert på: <http://ovidsp.uk.ovid.com/sp-3.8.0b/ovidweb.cgi?&S=LGNLPDEGPBHFJCFNOKOGPFAOAPAA00&Complete+Reference=S.sh.51%7c1%7c1>

\*Helsedirektoratet. (2012). *Rapport fra arbeidsgruppe vedrørende rekonstruksjon etter brystkreft*. Lokalisert på: <http://helsedirektoratet.no/Om/nyheter/Documents/Rapport-rekonstruksjon-etter-brystkreft.pdf> Nedlastet: 20. Februar 2013

\*Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64. § 10. (2011). Lokalisert på <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-064.html#10> Nedlastet: 01. Februar 2013

\*Hordern, A. & Street, A. (2007). *Issues of Intimacy and Sexuality in the Face of Cancer – The Patient Perspective*. Lokalisert på:

<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=6&sid=758e65ae-31c6-463f-8ab6-945e99df86d7%40sessionmgr115&hid=127&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=2009743141>

\*Huber, C., Ramnarace, T. & McCaffrey, R. (2006). *Sexuality and Intimacy Issues Facing Women With Breast Cancer*. Lokalisert på: <http://ovidsp.uk.ovid.com/sp-3.8.0b/ovidweb.cgi?&S=LGNLPDEGPBHFJCFNOKOGPFAOAPAA00&Complete+Reference=S.sh.47%7c1%7c1>

\*Hughes, M. K. (2000). *Sexuality and the Cancer survivor – A silent coexistence*. Lokalisert på: [http://ovidsp.uk.ovid.com/sp-3.8.0b/ovidweb.cgi?&S=LGNLPDEGPBHFJCFNOKOGPFAOAPAA00&Link+Set=S.sh.18%7c2%7csl\\_10](http://ovidsp.uk.ovid.com/sp-3.8.0b/ovidweb.cgi?&S=LGNLPDEGPBHFJCFNOKOGPFAOAPAA00&Link+Set=S.sh.18%7c2%7csl_10)

Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt- ikke stykkevis og delt* (7. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Håkonsen, K. M. (2010). *Innføring i psykologi* (4. Utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

\*Kreftforening. (2005). *Seksuell helse og kreft – retningslinjer for fagpersonell*. Lokalisert på <https://kreftforeningen.no/Global/Brosjyrer/Seksualitet/Seksuell%20helse%20og%20kreft.pdf>  
Nedlastet: 24. Januar 2013

\*Kreftforeningen. (2012). *Kreft og seksualitet – Informasjon til pasienter, partnere og andre interesserte*. Lokalisert på: <https://kreftforeningen.no/Global/Brosjyrer/Seksualitet/Kreft%20og%20seksualitet.pdf>  
Nedlastet: 1. Februar 2013

\*Kreftregisteret. (2012). *KVINNER Tilfeller pr. diagnose og år – 2001-2010 (CiN Tab 7b)*. Lokalisert på <http://www.kreftregisteret.no/no/Registrene/Kreftstatistikk/>  
Nedlastet 11. Februar 2013

Kristoffersen, N. J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen., Nortvedt & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende Sykepleie bind 1 – Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. Utg. s. 207-280). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J & Nortvedt, P. (2011). Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I N. J. Kristoffersen., Nortvedt & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende Sykepleie bind 1 – Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. Utg. s. 83-134). Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Lindholm, J. (2002). Den sværeste samtale. *Sygeplejersken 102* (21) s. 20-25.

\* Lundberg, B. (2006). *Elsk meg! – 34 kvinner forteller om seksuallivet etter kreftoperasjonen*. Saeculum Forlag.

\*Normannvik, E. (s.a.). *Brystkreft – cancer mammae*. Lokalisert på <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/brystkreft/> Nedlastet: 24. Januar 2013

Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Lokalisert på [https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf) Nedlastet: 14. Februar 2013

Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. §3-2. (2011). Lokalisert på <http://www.lovdatabasen.no/all/tl-19990702-063-003.html> Nedlastet: 01. Februar 2013

\*S.a. (2008). *Brystkreft*. Lokalisert på <http://www.kreftregisteret.no/no/Generelt/Fakta-om-kreft/Kreftsykdommer/Brystkreft/> Nedlastet: 29. Januar 2013

Schlichting, E. (2011). Sykdommer i brystene. I S. Ørn., J. Mjell & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (1. Utg., s. 431-442). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

\*ScienceDirect. (2010). [Figur]. *PLISSIT-model*. Lokalisert på <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1158136010000964> Nedlastet: 13. Februar 2013



\*Soest, T., Kvalem, I. L., Roald, E. H., & Skolleborg, C. K. (2004). Kosmetisk kirurgi blant norske kvinner. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 124(13): 1776-8.

Lokalisert på <http://tidsskriftet.no/article/1042040> Nedlastet 19. Februar 2013

Solvoll, B-A. (2005). Identitet og egenverdi. I N. J. Kristoffersen., Nortvedt & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende Sykepleie bind 3* (1. Utg., s. 118-155). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Solvoll, B-A. (2011). Identitet og egenverdi. I N. J. Kristoffersen., Nortvedt & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende Sykepleie bind 3 - Pasientfenomener og livsutfordringer* (2. Utg., s. 15-39). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Sørensen, E. M. & Almås, H. (2010). Sykepleie ved brystkreft. I H. Almås., D-G. Stubberud & R.Grønnseth (Red). *Klinisk sykepleie 2*. (4 utg., s. 439-453). Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Tendø, E, A. (2000) *På stier med lavmælt lys- Livet etter en kreftdiagnose*. Oslo: Genesis Forlag.

\*Travelbee, J. (2001) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Tuft, H. (1986). *Min kreft-mitt ansvar?* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

\*Ussher, J. M., Perz, J. & Gilbert, E. (2012). *Changes to Sexual Well-Being and Intimacy After Breast Cancer*. Lokalisert på:

<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=12&sid=758e65ae-31c6-463f-8ab6-945e99df86d7%40sessionmgr115&hid=127&bdata=JnNpdGU9ZWWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=2011767982>

\*Wiggen, I. (2007). *Rosa Bil*. Oslo: Versal Forlag.

## Vedlegg 1: PICO skjema

<p>Skriv spørsmålene dine her. Husk å være så presis i formuleringen som du klarer.</p>	<p>Hvordan ha en tilfredsstillende dialog mellom meg som sykepleier og en kvinnelig pasient med demens?</p>	
<p><b>P: Pasient/problem</b></p>	<p>Hvilken pasientgruppe eller populasjon dreier det seg om?</p>	<p>Kvinner Mastektomerte kvinner Brystkreft opererte Kvinner som har fjernet brystet</p>
<p><b>I: Intervention</b></p>	<p>Hva er det med denne pasientgruppen du er interessert i? Er det et tiltak som er iverksatt (intervensjon, eksponering)?</p>	<p>Kommunikasjon Selvbilde Seksualitet Livskvalitet Sårbarhet Sykepleierens rolle Brystkreft Kreft</p>
<p><b>C: Comparison</b></p>	<p>Ønsker du å sammenligne to typer tiltak? I så fall skal det andre tiltaket stå her (f.eks. dagens praksis).</p>	
<p><b>O: Outcome</b></p>	<p>Hvilke endepunkter/ utfall er du interessert i?</p>	<p>Hvordan sykepleiere kan kommunisere om seksualitet og selvbilde med mastektomert kvinne.</p>

## Vedlegg 2: Fremgangsmåte på forskningsartiklene

Søkeord, antall treff, databaser, navn på artikler, avgrensning og annet.

Søkeord:	Antall treff:	Database:	Navn på artikkel:	Avgrenset søk:	Annet:
<i>Cancer Communication Intimacy</i>	Totalt 16 treff. Fant artikkel på treff nr. 8.	CINHAL	<i>Issues of Intimacy and Sexuality in the Face of Cancer – The Patient Perspective</i>	Avgrenset årstall fra 2007 – 2013.	Artikkelbestilling gjennom biblioteket ved Campus Elverum.
<i>Breast Cancer Sexuality Mastectomy</i>	Totalt 51 treff. Fant artikkel på treff nr. 11.	CINHAL	<i>Exploring sexuality &amp; quality of life in women after breast cancer surgery.</i>	Avgrenset årstall fra 2000 – 2013.	Artikkelbestilling gjennom biblioteket ved Campus Elverum.
<i>Body Image Breast Cancer Femininity</i>	Totalt 16 treff. Fant artikkel på treff nr. 6.	CINHAL	<i>From "No Big Deal" to "Losing Oneself" – Different Meanings of Mastectomy.</i>	Avgrenset årstall fra 2000 – 2013.	Artikkelbestilling gjennom biblioteket ved Campus Elverum.
<i>Intimacy Issues</i>	Totalt 21 treff. Fant artikkel på treff nr. 3.	Ovid Nursing	<i>Sexuality and Intimacy Issues Facing Women with Breast Cancer.</i>	Avgrenset med årstall fra 2000 – 2013.	Fant fulltekst på Ovid Nursing.
		Ovid Database	<i>Opening Communicatio</i>		Fant artikkelen i litteraturliste til

			<i>n With Cancer Patients About Sexuality-Related Issues.</i>		en eldre bacheloroppgave. Søkte på tittel og forfattere via søkemotoren Ovid.
<i>PLISSIT model</i> <i>Quality of life</i>	Totalt 4 treff. Fant artikkel på treff nr. 4.	Cinhal og Ovid Database	<i>Sexuality and the cancer survivor</i>	Avgrenset søket på Cinhal med årstall til 2000 – 2013 og fulltekst.	Fant artikkelen på Cinhal, men kun på artikkelbestilling. Søkte derfor på Ovid med artikkelens tittel og fant artikkelen på treff nr. 2.
<i>Body Image</i> <i>Breast Cancer</i> <i>Femininity</i>	Totalt 16 treff. Fant artikkel på treff nr. 5.	CINHAL	<i>Changes to Sexual Well-Being and Intimacy After Breast Cancer</i>	Avgrenset søket med årstall fra 2000 – 2013.	Artikkelbestilling gjennom biblioteket ved Campus Elverum.
		Ovid Database	<i>Identifying cancer patients with greater need for information about sexual issues</i>		Fant denne da vi lette etter nordisk forskning. Har derfor ikke noen spesifikke søkeord.  Artikkelbestilling gjennom biblioteket ved Campus Elverum.