

Hvordan kan sykepleieren hjelpe kvinner å ivareta sine seksuelle behov etter brystkreftoperasjon?

**BACHELOROPPGAVE I
SYKEPLEIE**

Kurskode: SY180H 000

Dato: 27/04-2012

Kandidatnummer: 251

Totalt antall ord: 9396

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Tema og problemstilling	2
1.3 Presisering og avgrensing	2
1.4 Hensikt med oppgaven	2
1.5 Oppgavens oppbygning	3
2.0 METODE	4
2.1 Litteraturstudie som metode	4
2.2 Søkehistorie	4
2.2.1 Funn og kildekritikk	4
3.0 TEORI	6
3.1 Sykepleieteori	6
3.1.1 Valg av sykepleieteoretiker	6
3.1.2 Hva er sykepleie?	7
3.1.3 Menneske-til-menneske-forhold	8
3.1.4 Lidelse og håp	9
3.1.5 Oppsummering av sykepleieteori	10
3.2 Relevant teori i forhold til problemstillingen	11
3.2.1 Brystkreft	11
3.2.2 Seksualitet	12
3.2.2.1 Seksualitet som bekreftelse og identifisering	12
3.2.2.2 Seksualitet og lidelse	13
3.3 Presentasjon av vitenskaplige artikler	15
3.3.1 Addressing intimacy and partner communication after breast cancer: A randomized controlled group intervention	15
3.3.2 Body Change Stress for Women With Breast Cancer: The Breast-Impact of Treatment Scale	16
3.3.3 Oppsummering av vitenskaplige artikler	17

4.0 DRØFTING	18
4.1 Innledning	18
4.2 Møte med brystkreftopererte kvinner	18
4.3 Å samtale om seksualitet	20
4.4 Hjelp kvinnen å føle seg vel	23
4.5 Samtale med andre i samme situasjon	24
4.6 Partneren som støttespiller	24
4.7 Rekonstruksjon	26
5.0 AVSLUTNING	27
Litteraturliste	28

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg ønsker å skrive om seksualitet siden jeg har opplevd at dette er et vanskelig tema å snakke om, både for pleiere og pasienter. Almås og Benestad (1997) skriver at leger er pliktige til å spørre klientene sine om seksualitet, men at mange velger å hoppe over dette. Dette bekrefter mine mistanker om at det kan oppleves som tabu for helsepersonell å ta opp spørsmål som omhandler seksualitet. Jeg har valgt å ta for meg brystkreft, siden dette i følge Norsk Helseinformatikk (2010) er den hyppigste kreftformen hos kvinner i den vestlige verden. Denne kreftformen rammer i størst grad rammer kvinner over 50 år, men den forekommer også hos yngre kvinner. Almås og Benestad (1997) skriver at helsearbeidere ikke er utdannet til å være profesjonelle i forhold til seksualitet, og det er derfor helt avgjørende at vi som helsepersonell kjenner våre egne holdninger til seksualitet for å kunne gi hjelp til pasienter som opplever seksualitet som en utfordring.

Jeg har ikke hatt erfaring med pasienter som har brystkreft, men jeg har møtt med andre kreftpasienter gjennom min sykehuspraksis. Blant annet har jeg opplevd at pasienter som er stomiopererte ikke har fått ivaretatt sine spørsmål om seksualitet. Da jeg var i praksis på en gynekologisk avdeling møtte jeg en kvinne som nettopp hadde blitt stomioperert og skulle hjem til mannen sin noen dager etter. Pasienter med stomi har på lik linje med kvinner som er brystkreftoperert gjennomgått en kroppslig endring som kan gi utfordringer i forhold til seksualitet. Kvinnen jeg møtte ga tydelig uttrykk for at hun ikke klarte å akseptere den endrede kroppen sin og sa at hun skammet seg over hvordan hun så ut naken. Pleierne prøvde så godt de kunne å motivere henne til å akseptere sin nye tilværelse, uten særlig hell. Jeg opplevde heller ikke at partneren ble inkludert i samtaler om hvordan stomien fungerte og hvordan dette kunne påvirke hverdagen deres. I etterkant av møtet med denne kvinnen har jeg tenkt mye på reaksjonene hennes. Når hun selv påpekte hvor mye hun skammet seg over den nye kroppen sin og hvor lite attraktiv hun så seg selv, hvordan var det da for henne å komme hjem til partneren sin? Klarte hun å se på seg selv som et seksuelt vesen? Klarte hun og partneren å opprettholde intimiteten etter en slik forandring?

1.2 Tema og problemstilling

Tema er seksuelle behov hos brystkreftopererte kvinner mellom 30 og 60 år.

Foreløpig problemstilling: Hvordan kan sykepleieren hjelpe kvinner å ivareta sine seksuelle behov etter brystkreftoperasjon?

1.3 Presisering og avgrensing

Presisering: Jeg skal skrive om kvinner som er brystkreftopererte mellom 30 og 60 år, som lever i parforhold. Jeg har valgt å fokusere på de kvinnene som har utført mastektomi (fjerning av hele brystet) og ikke de som har utført brystbevarende operasjon. Jeg har heller ikke fokusert på de kvinnene som har gjennomgått rekonstruksjon av det tapte brystet. Seksuelle behov er viktig for mennesker i den aldersgruppen jeg skal fokusere på, og seksualitet er med på å gi identitet og en følelse av tilhørighet, bekreftelse og livskvalitet (Blix og Breivik 2006). Kvinner i denne aldersgruppen har mange roller, og en av de viktigste rollene for de fleste er å være en god partner. Jeg vil trekke inn partneren der jeg synes det blir relevant, som for eksempel ved veiledning og informasjon, men jeg kommer i hovedsak til å fokusere på kvinnen. Brystkreftpasienter vil jeg hovedsakelig møte ved kirurgisk avdeling på et sykehus, men etter hvert som disse kvinnene har blitt ferdig behandlet kan jeg komme til å møte dem i kommunehelsetjenesten. Det er derfor minst like viktig at jeg kan forholde meg til denne gruppen pasienter etter at de er kommet hjem som på sykehuset.

Avgrensing: Jeg vil ikke gå inn på andre grunnleggende behov, og kommer ikke til å skrive om barn eller eldre. Jeg har avgrenset til bare å skrive om brystkreftpasienter. Jeg har valgt brystkreft siden dette, som tidligere nevnt, er den vanligste kreftformen i den vestlige verden. I tillegg har brystkreft gode prognoser, og mange lever et langt liv etter at sykdommen har blitt behandlet.

1.4 Hensikt med oppgaven

Gjennom denne oppgaven ønsker jeg å se på hva som finnes av litteratur om seksualitet og brystkreft fra før, og på denne måten skaffe mer personlig kunnskap om disse temaene. Jeg ønsker også å belyse et viktig tema, og forhåpentligvis gjøre andre mer oppmerksomme på

seksualitet og sykdom. Ved å skaffe mer kunnskap om både brystkreft og seksualitet vil jeg føle meg bedre rustet til å kommunisere om seksualitet med pasienter og på den måten være mer kvalifisert til å gi veiledning og råd videre.

1.5 Oppgavens oppbygning

I første del av oppgaven har jeg presentert problemstillingen min og hva jeg vil oppnå med oppgaven. I andre del har jeg tatt for meg hvilken metode jeg har benyttet meg av og hvorfor. I tillegg har jeg i metoden presentert søkehistorien min, og hva jeg fant og hvor. Teoridelen har jeg delt inn i tre deler. Den første delen omhandler Joyce Travelbee. Den andre delen har jeg tatt for meg relevant teori i forhold til problemstillingen min. I den siste delen har jeg presentert de vitenskaplige artiklene jeg har funnet. I drøftingsdelen har jeg drøftet det jeg har funnet i litteraturen for å svare på problemstillingen min. Til slutt har jeg en avslutning hvor jeg vil oppsummere funnene mine og komme med eventuelle mål for fremtiden.

2.0 METODE

2.1 Litteraturstudie som metode

Jeg har valgt å benytte meg av metoden litteraturstudie. I følge Støren (2010) går litteraturstudie ut på å studere det som allerede er undersøkt og skrevet om det bestemte emnet man har valgt. Man produserer ikke ny kunnskap, men søker, samler og vurderer den allerede eksisterende litteraturen. Denne metoden er altså et sammendrag av teori og forskning som allerede er utført om et bestemt emne. Jeg ønsker å benytte meg av litteraturstudie for å skaffe en oversikt over hva som allerede finnes av litteratur i forhold til brystkreftopererte og seksualitet.

2.2 Søkehistorie

Jeg har for det meste benyttet meg av databasen PubMed for å finne forskningsbasert litteratur og vitenskaplige artikler. Her har jeg benyttet meg av søkeordene breast cancer + sexuality, breast cancer + sex, breast cancer + intimacy og sexuality + cancer. Jeg har også brukt databasen til Helsebiblioteket hvor jeg har brukt søkeordene sex + breast cancer, sexuality + breast cancer, cancer mammae + seksualitet og brystkreft + seksualitet. For å finne bøker som omhandler temaet har jeg benyttet meg av Bibsys, som er databasen til biblioteket.

Av informasjonssider på nett har jeg benyttet meg av Norsk Helseinformatikk, Kreftforeningen og Foreningen for brystkreftopererte. Norsk Helseinformatikk (NHI) er et firma fra Trondheim som drives i samarbeid med NTNU, St. Olavs Hospital, Sintef og allmennpraksis. Kreftforeningen er en organisasjon for frivillig kreftarbeid i hele Norge. Foreningen for brystkreftopererte jobber for brystkreftopererte og deres pårørende.

2.2.1 Funn og kildekritikk

Det har vært vanskelig å finne relevant litteratur om emnet, særlig vitenskaplige artikler. Den største utfordringen er at en del av litteraturen har vært gammel, og det har vært vanskelig å finne nordiske artikler som omhandler utfordringene rundt seksualitet og brystkreft. Jeg har hatt best søkeresultat på databasen PubMed. Når jeg har valgt ut artikler har jeg sett på når de ble skrevet, og har hatt som kriterium at de skal være under 10 år gamle, for at jeg skal finne

den nyeste forskningen. Jeg har også vært opptatt av at artiklene skal omhandle både brystkreft og seksualitet, og har derfor ikke brukt noen artikler som tar for seg andre kreftsykdommer eller lidelser. Dette fordi jeg ønsket å bruke funn som omhandlet akkurat min spesifiserte problemstilling. At artiklene jeg har valgt ut er fagfelleverdert har vært viktig i mitt søk. Det at en artikkel er fagfelleverdert betyr at publikasjonen er kvalitetssikret av minst to forskere som jobber i det gitte fagfeltet, før den blir publisert.

Her vil jeg presentere de to artiklene jeg har valgt å bruke videre i oppgaven. Begge artiklene har jeg funnet via databasen PubMed. Jeg vil komme med en kort beskrivelse av publiseringssted og hvem som har skrevet artiklene, og vil i teoridelen presentere hvorfor disse er relevante i forhold til oppgaven.

Addressing intimacy and partner communication after breast cancer: A randomized controlled group intervention (2009) Av: Rowland, J. H., Meyerowitz, B. E., Crepsi, C. M., Leedham, B., Desmond, K., Belin, T. R., Ganz, P. A.

Denne artikkelen er publisert i tidsskriftet "Breast Cancer Research and Treatment" (2009). Tidsskriftet er eid av Springer som er verdens nest største forlag av tidsskrift. Tidsskriftet har til hensikt å belyse de mange utfordringene rundt brystkreft og har et fokus på det tverrfaglige arbeidet rundt brystkreft og brystkreftpasienter. Alle forfatterne av denne artikkelen har ulik bakgrunn innen medisinske profesjoner.

Body Change Stress for Women With Breast Cancer: The Breast-Impact of Treatment Scale (2006) Av: Frierson, G. M., Thiel, D. L., Andersen, B.

Denne artikkelen er publisert i "Annals of Behavioral Medicine" som også er et tidsskrift som er gitt ut av forlaget Springer. Tidsskriftet tar for seg å belyse atferdsendringer og psykologiske endringer forbundet med sykdom og lidelse. Forfatterne av denne artikkelen er alle professorer som har ulik bakgrunn innen medisinske fagfelter.

Begge disse artiklene tar for seg brystkreft og seksualitet. Springer er et anerkjent forlag som sikrer fagfellevurdering, derfor oppfatter jeg artiklene som troverdige.

3.0 TEORI

I dette kapitlet vil jeg ta for meg relevant teori i forhold til min problemstilling. Først vil jeg presentere Joyce Travelbee sin sykepleieteori, med hovedvekt på menneske-til-menneske-forholdet og begrepene lidelse og håp. Så vil jeg ta for meg brystkreft og seksualitet, før jeg til slutt vil legge frem de to vitenskaplige artiklene jeg har funnet om temaet.

3.1 Sykepleieteori

3.1.1 Valg av sykepleietoretiker

Jeg har valgt å konsentrere meg om sykepleietoretikeren Joyce Travelbee. I følge Kristoffersen (2008) defineres Travelbees sykepleieteori som en interaksjonsteori. Interaksjonsteoriene kjennetegnes ved at det er samhandlingen mellom pasient og sykepleier som er basis i sykepleien. Interaksjonsteoriene vektlegger også begrepene selvbilde og roller – og hvilken betydning dette har for individets selvoppfattelse. Det viktigste innen interaksjonsteoriene er at sykepleieren skaper en mellommenneskelig forståelse og setter seg inn i pasientens livsverden for å kunne fremme helse, velvære og utvikling. Altså kreves det en forståelse av pasientens situasjon (Kristoffersen 2008: 19).

Joyce Travelbees sykepleiefilosofi bygger på å skape et menneske-til-menneske-forhold mellom pleier og pasient, og at sykepleieren skal møte pasienten som et likeverdig menneske. Jeg mener hennes filosofi og syn på mennesket er relevant i forhold til min problemstilling siden jeg fokuserer på kvinner som har behov for å bli oppfattet – og oppfatte seg selv som et seksuelt og feminint vesen, og ikke en syk pasient med en endret kropp. Seksualitet er også et ømfintlig og privat område for mange å snakke om, så måten man tilnærmer seg denne gruppen pasienter er viktig. Gjennom et godt menneske-til-menneske-forhold hvor man ser på hverandre med gjensidig respekt og tillitt kan sykepleieren hjelpe pasienten å finne mening og mestring i sykdom og lidelse. I tillegg tar Travelbee for seg begrepet lidelse som en subjektiv oppfatning som omfatter tap av alle slag. Denne definisjonen på lidelse syns jeg passer godt med min problemstilling, siden jeg skriver om kvinner som har tapt bryst. Hun beskriver også håp som en fremtidsrettet prosess, og at det å be om hjelp er et tegn på at man fortsatt har håpet.

3.1.2 Hva er sykepleie?

”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 mening i disse erfaringene” (Travelbee 2001: 29).

Travelbee (2001) beskriver sykepleie som en mellommenneskelig prosess og at man som sykepleier alltid forholder seg til andre mennesker. Med mellommenneskelig prosess mener Travelbee at sykepleie bygger på dynamikken mellom sykepleieren og den sykepleieren skal hjelpe. Gjennom møtet med et annet menneske skjer det hele tiden en endring som gjør at forholdet mellom pleier og den hjelpetrequende blir til, samtidig som forholdet stadig er under utvikling.

Travelbee (2001) beskriver mening som drivkraften i mennesket – det man lever for. Mening er altså en subjektiv oppfatning og alle har ulike ting som gir dem mening. I sykdom og lidelse er behovet for å finne mening større enn ellers, og det er disse tingene som gjør den syke i stand til ikke å gi opp, men heller prøve å mestre de utfordringene de står ovenfor (Travelbee 2001: 226). I min problemstilling stiller jeg spørsmål om hvordan jeg som sykepleier kan hjelpe brystkreftopererte kvinner til å ivareta sine seksuelle behov. Sykepleierens rolle blir her å bistå med hjelp til å finne mening og mestring i lidelsen og sykdommen, i tillegg til å fremme velvære hos både den brystkreftopererte og partneren hennes.

Begrepet helse mener Travelbee (2001) ikke bare er fravær av sykdom, men en sammensetning av fysisk, psykisk og sosial velvære. Hun skiller mellom de objektive og subjektive aspektene ved helse. Objektiv helse defineres gjennom fysiske undersøkelser eller vurdering av psykoterapeuter eller prester. Om resultatene av disse undersøkelsene faller innenfor normalverdier sier man at personen objektivt har god helse (Travelbee 2001: 33). De subjektive aspektene bygger på individets oppfatning av sin egen helse. Om en person er syk, men likevel får til å utføre de gjøremålene hun selv ønsker, og føler seg tilfreds med seg selv, vil kanskje denne personen synes at hun har god helse. Og omvendt – en person som er diagnostisert frisk kan likevel mangle overskudd og lyst til å utføre de gjøremålene hun før gjorde, og derfor føle at hun har dårlig helse (Travelbee 2001:32). Jeg mener det er viktig å ta med subjektiv helse som et begrep siden jeg i problemstillingen fokuserer på brystkreftopererte kvinner som har blitt diagnostisert friske. Selv om alle prøvesvar og behandlingen tilsier at de ikke lenger er kreftsyke kan hele prosessen og det kirurgiske

inngrepet gi en manglende følelse av god helse. Tapet av bryst kan blant annet hemme dem i aktiviteter, noe som gjør at hverdagen har blitt endret som følge av sykdommen og behandlingen.

Travelbee (2001) bruker uttrykket ”å bruke seg selv terapeutisk”. For å bruke seg selv terapeutisk må man ha selvinnsett, selvforståelse og ikke minst innsikt i det å være menneske. Gjennom sin forståelse av mennesket og sin egen personlighet etablerer sykepleieren et forhold til den syke. For å møte pasienter med seksuelle utfordringer er det viktig at sykepleieren bruker seg selv terapeutisk, blant annet fordi sykepleieren selv må ha tatt stilling til sitt eget forhold til seksualitet, samtidig som hun å ha en forståelse av hva seksualitet har å si for et annet menneske.

3.1.3 Menneske-til-menneske-forhold

Travelbee (2001) tar avstand fra generaliserte begreper som ”sykepleier” og ”pasient”. Hun mener disse begrepene kan føre til at den hjelpetrengende bare blir en av mange pasienter sykepleieren har møtt gjennom sin praksis, og at mennesket bak ikke blir sett på som unikt og forskjellig fra andre pasienter. Ved å bruke begrepet sykepleier og pasient blir forholdet mer upersonlig og påkrevd, og omsorgen man gir blir en påtvunget atferd som er bygd opp av forventinger til hvordan sykepleieren skal være (Travelbee 2001: 174).

”Et menneske-til-menneske-forhold er godt, det er konstruktivt og den sykes behov blir ivare tatt.” (Travelbee 2001: 173). Et menneske-til-menneske-forhold bygger på at man møter hverandre med gjensidighet og respekt og ser på hverandre som to unike individer. Travelbee bruker uttrykket menneske-til-menneske-forhold på lik linje med gjensidig forståelse og kontakt. Menneske-til-menneske-forholdet er en atferd som skapes gjennom handlinger, oppfatninger og hvordan vi tenker. Både den som hjelper og den hjelpetrengende oppfatter hverandre som individer, og responderer til hverandre som likeverdige mennesker (Travelbee 2001: 178). Det er mange likhetstrekk mellom et menneske-til-menneske-forhold og et vennskapsforhold, men det er likevel viktig å skille mellom disse to. Man har ulike krav og forpliktelser basert på hvilket forhold man har til personen. Som venn er man ikke forpliktet til å ivareta venners grunnleggende behov. Venner er personer man velger selv og liker. Det stilles ingen krav til at sykepleieren liker den hun skal hjelpe, selv om det er

vanskelig å oppnå et godt menneske-til-menneske-forhold med noen man misliker (Travelbee 2001: 185).

Ved konsekvent å bruke uttrykket menneske-til-menneske-forhold kan sykepleieren gi den hjelpen som trengs betingelsesløst og fordi man ønsker å hjelpe, ikke fordi det er forventet av yrkesgruppen (Travelbee 2001: 173). Målet med sykepleie er å ivareta den enkeltes eller pårørendes sykepleiebehov.

Innledningsvis forklarte jeg viktigheten av å skape et godt menneske-til-menneske-forhold mellom sykepleier og pasienten som er brystkreftoperert, fordi det er et såpass privat område man skal veilede om og hjelpe til med. For å kunne snakke åpent om et slikt tema er det viktig at sykepleieren og den brystkreftopererte ser hverandre som unike mennesker og har gjensidig respekt for hverandre. Hjelpen som gis og mottas må heller ikke være påkrevd, men av begge interesse.

Travelbee (2001) skriver at oppbyggingen av et menneske-til-menneske-forhold skjer gjennom fire faser: 1. det innledende møtet, 2. framvekst av identiteter, 3. empati og 4. sympati og medfølelse.

3.1.4 Lidelse og håp

I følge Travelbee (2001) er lidelse en subjektiv opplevelse som enten sees under plager, smerter, tap, nød eller skade. Når smertefulle problemer oppstår kan et menneske føle lidelse. Disse smertefulle problemene kan være alt fra sykdom, fysisk smerte, psykisk smerte eller tap av alle slag. Videre skriver hun at tap av blant annet kroppsfunksjon og kroppsdelar kan føre til depresjon, og at personen kan gjennomgå en sorgprosess etter tapet av disse (Travelbee 2001: 105). Dette punktet er veldig relevant i forhold til problemstillingen min, siden jeg fokuserer på kvinner som har mistet bryst i forbindelse med sykdom. Det kan være en stor påkjenning å se sin egen kropp bli forandret og for mange brystkreftopererte kvinner vil de også oppleve tap av noe som definerer dem som kvinne.

I følge Travelbee (2001) er håpet selve drivkraften for å skape forandringer og forbedringer. For å skape endring er håpet viktig for å kunne nå frem til målet sitt. Den som mangler håp ser ikke hvordan ting skal forbedre seg og kan ha vanskeligheter med å se løsningen på problemet. Håp er relatert til avhengighet av andre – når man har godtatt at det trengs hjelp fra

ytre hold til å løse problemene sine er det et tegn på at personen fortsatt har håp om at forbedring er mulig. Hvis man søker hjelp hos andre er det viktig at man har tillitt til at den andre personen kan hjelpe. Håp er også framtidorientert og er relatert til valg og ønsker. Håp har nær sammenheng med utholdenhet – man må tåle å feile og prøve på nytt, og fortsatt klare å bevare håpet (Travelbee 2001: 120). Å tørre å håpe, søke hjelp fra andre og se fremover viser mot hos en person. Jeg har valgt å ta med begrepet håp siden jeg synes dette er et viktig punkt i forhold til problemstillingen min. Diagnosen brystkreft bærer med seg mye usikkerhet og kvinnen som er syk har mange håp for fremtiden. Først og fremst er håpet om å bli frisk stort, og pasienter som har blitt friske har også håp om å unngå tilbakefall. I forhold til seksualitet vil brystkreftopererte kvinner ha et håp om å godta seg selv og bli godtatt som partner, til tross for de kroppslige endringene. For at jeg som sykepleier skal kunne hjelpe brystkreftopererte er det viktig at disse kvinnene har håp om at ting kan bli bedre – at hun og partneren kan finne tilbake til seksuallivet, og godta at hun kanskje trenger hjelp til dette.

3.1.5 Oppsummering av sykepleieteori

Jeg har nå tatt for meg Joyce Travelbee sin sykepleieteori. Først beskrev jeg hennes definisjon på sykepleie – at sykepleie er mellommenneskelig prosess som alltid omhandler mennesker. Jeg har beskrevet hva et menneske-til-menneske-forhold er og hvorfor det er viktig å bruke dette begrepet konsekvent i utøvelse av sykepleie. Etableringen av et menneske-til-menneske-forhold vil jeg utdype videre i drøftingen hvor jeg skal forklare hvordan sykepleieren kan gå frem i møte med den brystkreftopererte kvinnen. Jeg har også tatt for meg begrepene lidelse og håp. At lidelse omhandler tap av alle slag og at håp er en fremtidsrettet prosess som er avgjørende for at den syke vil ta imot hjelp.

3.2 Relevant teori i forhold til problemstillingen

Her vil jeg presentere relevant teori i forhold til problemstillingen. Med relevant teori mener jeg teori som omhandler brystkreft og seksualitet.

3.2.1 Brystkreft

I følge Norsk Helseinformatikk (2010) er brystkreft en ondartet svulst som oppstår i brystet. I 2009 ble det påvist 2745 tilfeller av brystkreft hos kvinner i Norge (Kreftregisteret 2011). Brystkreft er den hyppigste kreftformen hos kvinner, men prognosene er gode hvis svulsten oppdages tidlig. I følge Norsk Helseinformatikk (2010) helbredes $\frac{3}{4}$ tilfeller av brystkreft hvis det blir oppdaget på et tidlig stadium, men årene etter første utbrudd er det vanskelig å stille prognosene videre.

Fjerning av hele brystet kalles mastektomi. Her fjernes hele brystkjertelen og inngrepet brukes vanligvis ved forstadier til kreft (Sørensen og Almås 2010: 444). Når kvinnen reiser hjem etter en slik operasjon får hun med seg en midlertidig brystprotese og en rekvisisjon på brystprotese. Noen vil etter hvert ønske å få rekonstruksjon av brystet og dette kan utføres gratis, men for mange kan det ta flere år før det blir aktuelt med en slik operasjon (Sørensen og Almås 2010: 446). I følge Foreningen for brystkreftopererte (2011) må man være bevisst på at det til tross for rekonstruksjon kan være vanskelig å oppnå et resultat som er helt lik det tapte brystet.

3.2.2 Seksualitet

Ordet seksualitet stammer fra det latinske ordet *sexus*, som betyr kjønn. Seksualitet er mye mer enn bare sex. I følge Verdens helseorganisasjon påvirker seksualitet våre tanker, følelser og handlinger. Verdens helseorganisasjon definerer videre seksualitet som energien som driver oss til å søke kjærlighet, varme og nærhet (Blix og Breivik 2006: 329).

3.2.2.1 Seksualitet som bekreftelse og identifisering

Almås og Benestad (1997) beskriver begrepene kjønnsidentitet og kjønnsstilhørighet. Kjønnsidentitet er opplevelsen av å være kjønn, og denne opplevelsen får vi gjennom vårt eget kroppsbilde og vår egen kroppsoppvelse. Kjønnsstilhørighet går ut på å tilhøre en kategori – enten mannekjønnen eller kvinnekjønnen og er styrt av bekreftelse fra omgivelsene rundt oss, altså hva som er med på å definere oss som feminine eller maskuline. Kjønnsidentitet er vår personlige oppfattelse av oss selv som kjønn, altså en personlighetsegenskap, mens kjønnsstilhørighet er den bekreftelsen vi får av mennesker rundt oss (Almås og Benestad 1997: 56). Jeg har valgt å ta med begrepene kjønnsidentitet og kjønnsstilhørighet siden brystene er en del av kvinnens kropp som er med på å definere kvinnen som feminin både for dem selv og for omgivelsene.

Det er viktig å understreke at seksualitet er et grunnleggende behov alle mennesker har, i større eller mindre grad. Blix og Breivik (2006) skiller mellom fysiske og psykiske aspekter når det kommer til seksualitet. Fysiske aspekter som samleie og orgasme er ofte det første vi tenker på når vi hører ordet seksualitet og det er disse aspektene som ivaretar forplantningsfysiologien. Psykiske aspekter er med på å identifisere hvem vi er som menneske og gir oss trygghet, både når det kommer til andre og oss selv som levende individ. Seksualitet er ikke bare viktig for hvordan vi oppfatter oss selv sammen med andre, men også for vår kroppslige og psykiske oppfattning av oss selv. Seksualitet gir en følelse av tilhørighet og det å være verd noe for et annet menneske, og er en viktig form for å vise kjærlighet og nærhet til den vi er sammen med (Blix og Breivik 2006: 329). Skansgård et al. (1996) påpeker også at seksualitet ikke bare omhandler de fysiske aspektene, men også de psykiske og sosiale aspektene. Videre skiver hun om livskvalitet som er definert som en subjektiv opplevelse av velvære. Det å føle nærhet til et annet menneske og ha noen vi kan sette pris på og som setter pris på oss er en viktig forutsetning for god helse (Skansgård et al. 1996: 102).

3.2.2.2 Seksualitet og lidelse

I følge Gråberg (2008) viser amerikanske studier at over halvparten av de som får kreft opplever problemer i forhold til seksualitet, avhengig av hvilken kreftform de har. Hun skriver videre at det er normalt å være bekymret for seksuell helse i forbindelse med sykdom og behandling, uavhengig om man er i parforhold eller ikke. Norsk Helseinformatikk (2007) skriver at det kan ta lang tid før kreftpasienter føler overskudd og interesse til å utføre seksuelle aktiviteter, men at det er viktig å tenke på at hverdagen etter hvert vil komme tilbake. For de fleste som lever i parforhold er seksualitet en stor del av hverdagslivet. Norsk helseinformatikk (2007) understreker også viktigheten av at man ikke gjenopptar seksuallivet før man føler seg trygg på det.

I følge Blix og Breivik (2006) kan sykdom være en innvirkende faktor på seksuallivet. Både symptomer og bivirkninger på behandling kan være med på å dempe lysten til å utføre seksuelle aktiviteter. Dette av forskjellige årsaker. I forhold til brystkreftopererte kvinner er endret utseende en vanlig innvirkende faktor på manglende seksuallyst. Når et menneske får et endret utseende kan dette gjøre at personen føler seg mindre attraktiv, og derfor skape en usikkerhet i forhold til egen kropp (Blix og Breivik 2006: 335).

I følge Norsk Helseinformatikk (2007) spiller brystene en viktig rolle for seksuallivet. Fysisk fordi de er en erogen sone, men brystene spiller også inn på det psykiske – det å føle seg som en kvinne. Ved en brystkreftoperasjon fjerner man ett av de tradisjonelle tegnene på kvinnelighet. Sørensen og Almås (2010) skriver at det for de fleste er viktigere å bli frisk enn tapet av brystet. For mange kan likevel en slik operasjon gi en følelse av at kroppen blir ufullstendig og man føler man mister noe av kvinneligheten (Almås og Sørensen 2010: 448).

Sørensen og Almås (2010) understreker viktigheten i at brystkreftopererte kvinner får den psykiske støtten de trenger etter en gjennomgått brystoperasjon. De skriver at det også er viktig for partneren å få psykisk støtte denne tiden og at man skal se på kvinnen og partneren som én enhet som påvirker og utfyller hverandre gjennom tanker og følelser. Partneren kan også gå gjennom en frykt og usikkerhet i forhold til kreftsykdommen. Det å erkjenne og dele følelsene sine etter en slik prosess kan være svært vanskelig for begge parter og disse følelsene kan oppleves som svært personlige. Åpenhet ovenfor partneren sin kan gjøre at kvinnen har lettere for å bearbeide og akseptere tapet, men dette kan være en tidkrevende prosess for mange (Sørensen og Almås 2010: 448).

Norsk helseinformatikk (2007) beskriver tre nøkkelord som er viktige når det kommer til seksualitet; åpenhet, kunnskap og ømhet. Åpenhet er alltid viktig i kommunikasjon med partneren, uavhengig av om man er syk eller frisk. Gjennom åpenhet blir man kjent med hverandres kropp og lyster. Det er spesielt viktig å kunne snakke åpent når den ene rammes av sykdom. Mange kreftpasienter kan i perioder ha dårlig selvbilde med tanke på sin egen kropp, og kan ha lett for å tro at partneren føler avsky. Om partneren også kvier seg for å snakke åpent med den brystkreftopererte kvinnen skaper dette en taushet rundt et viktig tema. Kunnskap er viktig for begge, både om diagnose, behandling og hvordan man kan takle de utfordringene som kan komme videre. Ved økt kunnskap kan begge forberede seg mentalt, både alene og sammen, på utfordringene som kan komme til å møte dem som partnere. Ømhet er viktig for alle, men særlig for de som opplever tunge tider. Et seksuelt kjærlighetsforhold handler ikke bare om penetrering, men også om fysisk og psykisk ømhet og nærhet. Når man skal gjenoppta seksuallivet igjen er det viktig at man føler seg bekreftet som et seksuelt individ og at man opplever aksept fra partneren (Norsk Helseinformatikk 2007).

Mange kreftpasienter må også gjennom en omfattende behandling, som for eksempel cytostatikabehandling og strålebehandling. Begge disse behandlingsformene er aggressive og har flere bivirkninger som kan virke inn på seksuallivet. I følge Lorentsen og Grov (2010) er kvalme og brekninger vanlige bivirkninger av cytostatikabehandling og strålebehandling. Disse bivirkningene kan i stor grad virke inn på velværen hos pasienten, det samme gjelder bivirkningene obstipasjon og diaré. Tørre slimhinner kan også være en bivirkning av disse behandlingene og kan føre til at det er vondt å utføre samleie. Håravfall er en kjent og fryktet bivirkning av cytostatikabehandling og håravfall kan forsterke tapet av det feminine, siden langt hår ofte forbindes med kvinnelighet. Slapphet og tretthet er også kjente bivirkninger av både strålebehandling og cytostatikabehandling, derfor kan mange kreftpasienter miste lyst og overskudd til å utføre seksuelle aktiviteter (Lorentsen og Grov 2010: 407).

3.3 Presentasjon av vitenskaplige artikler

Her vil jeg presentere hensikt, metode og funn fra de vitenskaplige artiklene jeg har funnet som omhandler emnet.

3.3.1 Addressing intimacy and partner communication after breast cancer: A randomized controlled group intervention

Rowland et al. (2009) skriver at livskvaliteten til brystkreftoverlevende ofte returnerer ett år etter behandling, men at problemer med seksualitet, intimitet og kroppsbilde kan vedvare lengre. Medikamentell behandling, og ikke minst kirurgiske inngrep kan i stor grad påvirke kroppsbildet til kvinnen. I forbindelse med sykdom og lidelse kan mange brystkreftoverlevende også oppleve å miste kommunikasjonen med partneren. I den forbindelse ble det utført en studie i Los Angeles og Washington DC som hadde til hensikt å se om gruppeterapi kunne bidra til å øke den seksuelle trivselen blant brystkreftoverlevende og gi kvinnene bedret kommunikasjon med partneren.

I alt deltok 83 kvinner i studien. Gjennomsnittsalderen av deltakerne var 57 år med en variasjonsbredde på 35 til 87 år. Kvinnene måtte ha vært sykdomsfrie i minst ett år i tillegg til at de tidligere hadde rapportert alvorlige problemer angående kroppsbilde, seksuell funksjon og kommunikasjon med partneren. På forhånd av studien hadde kvinnene satt seg individuelle mål om seksuell funksjon og kommunikasjon med partneren. Gruppemøtene gikk over seks uker og bestod av seks ukentlige totimers møter i uken. Gruppene hadde til formål å gi informasjon, styrke kommunikasjonsferdighetene og redusere angst i intime situasjoner. Hovedformålet med gruppene var å gi emosjonell støtte. Hvert møte ble delt inn i to deler hvor den ene delen ga opplæring i kommunikasjon og den andre delen hadde en sex-terapi-relaterende komponent. Etter at gruppeterapien avsluttet svarte kvinnene på om de hadde møtt målene sine og om de så en bedring i seksuallivet. I tillegg svarte de på om de hadde satt seg nye mål for fremtiden. Kvinnene svarte også på om de hadde opplevd en bedring når det kom til kommunikasjon med partneren sin. Til slutt svarte kvinnene på om de ville anbefalt gruppen videre til andre i deres situasjon.

Funnene av undersøkelsen viste at 78 prosent hadde nådd målene sine. 59 prosent svarte at de hadde opplevd en viss bedring i sin seksuelle funksjon og 87 prosent hadde satt seg nye mål for fremtiden. 69 prosent mente de hadde sett en bedring i kommunikasjon med partneren sin. 91 prosent ville anbefalt gruppen videre til kvinner i samme situasjon som dem.

Resultatet av studien viste at gruppeterapi hadde positiv effekt på seksuallivet til brystkreftoverlevende og bidro til bedret kommunikasjon mellom kvinnene og partnerne deres. Videre i drøftingen vil jeg ta med denne artikkelen som et forslag til hvilke tiltak som kan bli iverksatt for brystkreftopererte kvinner som syns seksualitet er en utfordring.

3.3.2 Body Change Stress for Women With Breast Cancer: The Breast-Impact of Treatment Scale

I følge Frierson, Thiel og Anderson (2006) har begrepet kroppsbylde hele tiden vært sentralt for å forstå de påkjenningene brystkreftopererte kvinner gjennomgår etter operasjonen. Kroppsendringer fører ofte med seg subjektivt og psykologisk stress. Blant annet har kroppsendringen gjort at brystkreftopererte kvinner unngår å eksponere kroppen til seg selv og andre og noen opplever tap av interesse for kroppsrelevante aktiviteter (som for eksempel seksuell aktivitet). Mastektomi har vist seg å være spesielt skjammende for kvinner, siden det er snakk om å fjerne hele brystet. Hensikten med studien var å finne ut om det var noen sammenheng mellom kroppsendringer og manglende seksuell aktivitet og dårligere selvbilde. Studien undersøkte også om det var synlige forskjeller for seksuell aktivitet avhengig av hvor store kroppsendringer kvinnene hadde gjennomgått.

Deltakerne av undersøkelsen var kvinner som hadde blitt diagnostisert for brystkreft stadium 2 eller 3. I alt deltok 194 kvinner i studien, og gjennomsnittsalderen var 50 år. Av deltakerne hadde 44 prosent gjennomgått brystbevarende operasjon, mens 56 prosent hadde utført mastektomi. Det ble benyttet spørreskjema som metode i denne studien. Spørreskjemaet som omhandlet seksualitet ble delt inn i to. I den første delen svarte kvinnene blant annet på hvordan de oppfattet sin seksuelle atferd og frekvensen av samleie to måneder før diagnosen. Det samme spørreskjemaet ble brukt når kvinnene skulle svare på sin nåværende seksuelle atferd og hyppigheten av samleie etter diagnosen.

Resultatet av studien viste forskjeller på seksuell atferd og at hyppigheten av samleie hadde gått ned etter at kvinnene hadde fått diagnosen. Kvinnene som hadde gjennomgått de største

kroppslige forandringer (mastektomi) svarte at de hadde større følelse av motløshet og ulykkelighet med seksuallivet sitt sammenlignet med de kvinnene som hadde gjennomgått brystbevarende operasjon. Imidlertid svarte begge gruppene at den seksuelle atferden hadde endret seg etter diagnosen.

3.3.3 Oppsummering vitenskaplige artikler

Den første artikkelen tar fokus på oppfølging og gruppeterapi for brystkreftoverlevende og vurderer om det er et hensiktsmessig tiltak for å påvirke seksuell fungering. Funnene viste at gruppeterapi fungerte godt. Jeg vil bruke denne artikkelen videre i drøftingen for å vise til et tiltak som kan iverksettes hos brystkreftoverlevende for å styrke deres forhold til partneren og seksualitet.

Den andre artikkelen har undersøkt om det er noen forskjeller på seksuallivet før og etter en brystkreftdiagnose. Resultatet viser at den seksuelle atferden og hyppigheten av samleie blir lavere jo større kroppsendringer kvinnene gjennomgår. Jeg vil bruke denne artikkelen videre i drøftingen fordi den forteller oss at det faktisk er endringer i seksuallivet på grunn av kroppsendringer. Denne artikkelen kan også være relevant i debatten om rekonstruksjon av bryst.

4.0 DRØFTING

4.1 Innledning

I denne delen vil jeg drøfte hvordan kvinnen til tross for brystkreftoperasjon kan gjenoppta seksuallivet med partneren sin og hvilken rolle sykepleieren har i denne prosessen. Jeg har drøftet hvordan sykepleieren kan møte den brystkreftopererte kvinnen, og hvordan man som profesjonell sykepleier kan samtale om seksualitet. Jeg har også valgt å fokusere på hva som kan fremme velvære hos den brystkreftopererte kvinnen. Videre har jeg nevnt hvordan samtale med andre brystkreftopererte kvinner kan brukes som en ressurs. Jeg har også valgt å trekke inn partneren og beskriver tre nøkkelord de kan benytte seg av i kommunikasjon og nærhet med hverandre. Til slutt vil jeg kort nevne rekonstruksjon.

4.2 Møte med brystkreftopererte kvinner

Som nevnt tidligere er seksualitet vanskelig å snakke om, mye fordi det er et privat og ømfintlig tema for mange. Hvordan sykepleieren tilnærmer seg den brystkreftopererte kvinnen er derfor viktig for å skape et trygt forhold til hverandre.

Jeg har valgt å ta utgangspunkt i etableringen av menneske-til-menneske-forhold når jeg skal beskrive hvordan sykepleieren kan tilnærme seg brystkreftopererte kvinner. Travelbee (2001) skriver at menneske-til-menneske-forhold er viktig for å se hele pasienten og for at sykepleieren og pasienten skal se hverandre som unike og likeverdige individer. Etableringen av et menneske-til-menneske-forhold er en prosess bygd opp av fire faser: 1. det innledende møtet, 2. framvekst av identiteter, 3. empati og 4. sympati og medfølelse (Travelbee 2001: 172). Når sykepleieren skal møte en brystkreftpasient er etableringen av et menneske-til-menneske-forhold en god modell for hvordan man kan gå frem for å skape et godt forhold mellom pasient og pleier, og på denne måten kunne gi en åpen og trygg arena for å snakke om seksualitet.

I følge Travelbee (2001) er det innledende møtet preget av førsteinntrykket man har av hverandre. Helt i begynnelsen kan begge ha forutinntatte meninger om den andre, basert på tidligere erfaringer eller historier man har hørt. Det er viktig at sykepleieren ser på den brystkreftopererte kvinnen som en unik kvinne med menneskelige interesser og ikke putter

henne i en kategori. Det er først når man begynner å se hverandre som unike individer at stereotypene ”sykepleier” og ”pasient” sprenges, og fremveksten av identiteter skjer.

Under fremvekst av identiteter blir man i følge Travelbee (2001) kjent med hverandres personligheter og det blir lettere å fange opp hva den andre tenker og føler, og hvordan situasjonen oppleves for den andre. Det er viktig å unngå å sammenligne den andre med tidligere personer man har møtt, eller sammenligne den andres tanker med sine egne. Dette er viktig for å se de ulike identitetene man har, og for å kunne betrakte den andre som enestående (Travelbee 2001: 189). Som sykepleier må man ikke ta for gitt at den brystkreftopererte kvinnen føler det samme som man selv ville gjort i hennes situasjon, og man bør unngå å sammenligne henne med andre man har møtt. Likevel tror jeg det kan være greit å komme med eksempler og historier om kvinner som har opplevd det samme, for å vise den brystkreftopererte at andre har gjennomgått de samme utfordringene. Det kan virke oppløftende å høre at man ikke er alene. Det er likevel viktig at sykepleieren ikke sammenligner disse situasjonene, men heller bruker tidligere erfaringer som en ressurs som kvinnen selv får velge hvordan hun vil tolke.

For å skape empati må man i følge Travelbee (2001) vurdere hverandres likheter og forskjeller for å skape et reelt forhold til hverandre. Empatifasen er preget av en intellektuell forståelse av den andre, og at man tar del i den andres tanker og følelser. Man bør også ha fokus på at man som to ulike individer gjør noe sammen. For å skape empati trenger ikke sykepleieren nødvendigvis å tenke som den andre, men man må ha et ønske om å forstå den andre. Sykepleieren må i møte med den brystkreftopererte kvinnen ha et ønske om å forstå hennes situasjon. Sammen må sykepleieren og pasienten finne ut hvordan de kan løse de utfordringene de står ovenfor. Her kan man for eksempel avklare roller og pasienten kan komme med ønsker om hvordan hun og sykepleieren skal samarbeide. Empati er ikke det samme som gjensidig forståelse og kontakt og er ikke nok for å gi tilstrekkelig god hjelp. For å skape gjensidig forståelse og kontakt må man ha sympati og medfølelse (Travelbee 2001: 200).

Evnen til sympati og medfølelse springer ut fra empatifasen, og her beveges sykepleieren av den andres lidelser og plager. Sykepleieren har et sterkt ønske om å hjelpe den andre, ikke fordi hun er pasient, men fordi hun er akkurat den hun er. Det er ikke nok bare å føle sympati og medfølelse – man må også igangsette konstruktive tiltak for å hjelpe. Sympati og

medfølelse er helt grunnleggende for å klare å gi den best mulige helsehjelpen til den andre (Travelbee 2010: 210).

Gjennom disse fire fasene utvikler man en gjensidig forståelse og kontakt mellom sykepleier og pasient. I følge Travelbee (2001) kan et menneske-til-menneske-forhold bygges opp i ulikt tempo, alt etter hvordan man er som person og hvilke utfordringer man møter gjennom denne prosessen. Det kan oppstå opphør i utviklingen av menneske-til-menneske-forhold, og man må være bevisst på at det kan skje tilbakefall (Travelbee 2001: 172). Et slikt tilbakefall ser jeg for meg at blant annet kan oppstå hvis sykepleieren tilnærmer seg i et tempo som blir for raskt for pasienten, eller at sykepleieren ikke respekterer svarene pasienten gir angående seksualitet. Ved opphør eller tilbakefall er det viktig at sykepleieren sammen med pasienten finner grunnen til opphøret, og at de sammen prøver å løse det, slik at man kan komme videre i prosessen.

Gjennom etableringen av et godt menneske-til-menneske-forhold blir sykepleieren og den brystkreftopererte kvinnen kjent med hverandre. Sykepleieren får et unikt ønske om å hjelpe kvinnen som har gjennomgått brystkreftoperasjon og sammen skaper man en evne til å samarbeide. Et godt menneske-til-menneske-forhold er en viktig forutsetning for at sykepleieren og pasienten kan snakke åpent og trygt om seksualitet og for at tiltakene som blir iverksatte er hensiktsmessige.

4.3 Å samtale om seksualitet

Som sykepleier skal man aldri kreve at pasienten skal snakke om seksualitet, men heller gi tillatelse til å snakke om det. Det bør være et hovedmål at seksualitet skal inkluderes i sykepleierens yrkespraksis for å unngå at dette blir et udekket sykepleiebehov.

Jeg syns Travelbee (2001) sitt uttrykk ”å bruke seg selv terapeutisk” er relevant når man skal samtale om seksualitet. Å bruke seg selv terapeutisk betyr at sykepleieren har selvinnsett, selvforståelse og innsikt i det å være menneske. I møte med brystkreftopererte kvinner må sykepleieren ha forståelse av hva seksualitet har å si for mennesket. I følge Blix og Breivik (2006) er sykepleierens holdninger helt avgjørende for at samtalen om seksualitet skal bli så åpen som mulig mellom sykepleieren og pasienten.

I følge Blix og Breivik (2006) bør sykepleieren i forkant av samtalen samle data om pasientens seksualitet. Videre skriver de at det bør vurderes om det er best at datasamlingen gjennomføres av en sykepleier av samme kjønn. I forhold til brystkreftopererte kvinner kan det være aktuelt å vurdere om det er en kvinnelig sykepleier som bør utføre datasamlingen. Som kvinnelig sykepleier har man den fordel at man selv har bryster, og det kan være lettere å forstå den andres reaksjoner på tap av bryst. I tillegg bør sykepleieren som snakker om seksualitet ha tatt standpunkt til sine egne holdninger rundt seksualitet for at det skal bli en åpen og trygg atmosfære. Når man har egne bryster blir det kanskje lettere å ha tatt et standpunkt til hva bryster betyr for en kvinne og hennes seksualitet. Likevel er åpenhet og personlige holdninger de viktigste momentene når det kommer til å snakke om seksualitet, så jeg vil ikke påstå at det alltid er kvinner som er de beste samtalepartnerne og veilederne på dette området. Hvis man for eksempel har en mannlig sykepleier på avdelingen som har mer erfaring i å samtale om seksualitet kan det være mer aktuelt å bruke ham som samtalepartner enn en usikker, kvinnelig sykepleier.

I følge Blix og Breivik (2006) kan man starte datasamlingen om seksualitet ved å stille nøytrale spørsmål hvis pasienten selv ikke tar det opp. Spørsmålene kan blant annet være om pasienten har en partner eller er singel. Det kan være ulike ting som bekymrer kvinnen avhengig om hun er i parforhold eller ikke. Kvinner i parforhold kan være usikre på om partneren fortsatt vil finne henne attraktiv etter operasjonen og hvordan seksuallivet til henne og partneren vil endre seg etter diagnosen. I tillegg kan disse kvinnene bekymre seg over hvordan de skal kommunisere med partneren sin, og for eksempel når tiden er inne for å vise ham arret etter operasjonen. For en kvinne i parforhold vil det kanskje være aktuelt å inkludere partneren i samtaler om seksualitet for at begge skal få svar og informasjon på det de lurer på. For single kvinner kan en stor utfordring være hvordan man skal møte menn etter operasjonen og hvordan etableringen av et seksualliv med en ny person kan gjennomføres.

Etter datasamlingen kan man gi pasienten et tilbud om å snakke om seksualitet. Jeg ser for meg at det kan være aktuelt å bli enige om et tidspunkt og et lukket, privat rom hvor kvinnen kan møte opp hvis hun ønsker. Jeg tror også det kan være lurt å gi klar beskjed om at det ikke er en bundet avtale, og at kvinnen får litt tid i forkant på å bestemme seg om hun ønsker å delta i samtalen. I forkant av den første samtalen kan sykepleieren informere om at det kan tilbys en ny samtale om kvinnen bestemmer seg for ikke å gjennomføre den første. På denne måten blir kvinnen klar over at tilbudet er ikke et engangstilbud som hun føler seg presset til å delta på hvis hun ikke føler seg klar.

I følge Blix og Breivik (2006) kan man som sykepleier uttrykke sin bekymring om seksualitet hvis pasienten selv ikke tar det opp. Her kan sykepleieren bruke sin yrkeserfaring som en ressurs for å forklare at seksualitet er en vanlig utfordring for andre kvinner i hennes situasjon. En slik tilnæringsmåte tror jeg kan virke betryggende på pasienten, siden sykepleieren normaliserer problemet for kvinnen og gir uttrykk for at hun ikke er den første brystkreftopererte kvinnen som trenger å snakke om seksualitet. På denne måten kan sykepleieren bryte isen og vise at seksualitet ikke er tabu.

Når man skal snakke om seksualitet er det i følge Blix og Breivik (2006) viktig at atmosfæren føles naturlig og trygg. Blant annet ordvalgene kan være med på å skape en atmosfære. På forhånd kan man avklare med pasienten hvilke ord som føles mest naturlig å bruke i samtalen. Hvis man bruker for "folkelige" ord for seksualitet og kjønnsorgan kan det for noen oppleves som provoserende, mens andre kan oppleve en unaturlig avstand hvis man bruker kliniske ord og uttrykk. Noen synes også det er greit å bruke humor som et redskap i samtale. Humor kan være med på å gjøre atmosfæren mer avslappet. Man skal være forsiktig ved bruk av humor og man bør kjenne pasienten godt, hvis ikke kan dette få motsatt effekt.

I følge Kreftforeningens retningslinjer for fagpersonell (2005) kan man i samtale om seksualitet gjerne stille direkte spørsmål, men man må respektere de svarene man får og godta at man kan bli avvist. Direkte spørsmål kan for eksempel være hvor hyppig den brystkreftopererte kvinnen og hennes partner har samleie. For å kunne samtale om seksualitet er det viktig at man som sykepleier er trygge på sine egne holdninger rundt både sykdom, behandling og seksualitet og at man reflekterer over seksualitet som et tabu (Kreftforeningen 2005).

Det er mange ting som spiller inn for at samtalen om seksualitet skal bli åpen og trygg. For å snakke om seksualitet må sykepleieren ha selvinnsikt og reflektere over sine egne holdninger til seksualitet. Man må også respektere den andres svar og meninger rundt seksualitet og være bevisst på at seksualitet kan være et tabu for mange å snakke om.

4.4 Hjelpen til kvinnen å føle seg vel

Seksualitet gir velvære, men det er også en forutsetning å føle seg vel for å oppleve seg selv som et seksuelt vesen. I følge Blix og Breivik (2006) kan det oppstå seksuelle problemer hvis pasienten ikke føler seg tiltrekkende og stimulerende for partneren. Når man mister et bryst kan dette være en faktor som virker inn på hvor tiltrekkende pasienten selv føler seg. Frierson, Thiel og Andersen (2006) har undersøkt sammenhengen mellom brystkreftoperasjon og manglende selvbilde og selvtillit. Studien viste at kvinner som har gjennomgått brystkreftoperasjon sier de har lavere selvtillit enn de hadde før diagnosen og at de skjemmes over å se kroppen sin og vise den til andre. Studien viser også at hyppigheten av samleie har gått ned etter diagnosen. Alt i alt kan man si at kvinnene som deltok i denne undersøkelsen følte manglende velvære etter operasjonen, og det kan kanskje være en forklaring på at hyppigheten av samleie har gått ned etter diagnosen. Ved tap av bryst kan det derfor bli viktig å styrke andre faktorer som påvirker velvære.

Blix og Breivik (2006) skriver at et velpleid utseende mye å si for hvordan man føler seg. Selv om en kvinne som har gjennomgått brystkreftoperasjon kan føle seg lite vel med seg selv er det viktig at sykepleieren prøver å motivere henne til å ivareta blant annet personlig hygiene og gjøre andre ting for å bevare utseende. Håravfall kan også være en bivirkning av kreftbehandling som kan svekke den feminine siden og gjøre at kvinnen føler seg mindre attraktiv. Ved håravfall kan man enten hjelpe kvinnen å finne en parykk som passer, eller kanskje en hatt. Håravfall kan også ramme områder som øyenbryn og øyevipper, og disse områdene kan man prøve sminke for å få ansiktet til å se mer friskt ut. Hos en kvinne som er brystkreftoperert kan det også være aktuelt å finne klær som eventuelt skjuler at brystet er fjernet, for eksempel bør man unngå skjorter eller kjoler med dyp utgrining. Ved bruk av feminine klær, sminke og smykker kan man styrke kvinnens følelse av kjønnsidentitet og kjønnsstilhet.

Fysisk aktivitet og trening er også faktorer som styrker følelsen av velvære. Sørensen og Almås (2010) anbefaler fysisk aktivitet til brystkreftopererte. Ved fysisk aktivitet får kvinnen brukt tiden på å gjøre noe hun liker, samtidig som trening er med på å styrke livskvaliteten. I tillegg holder man kroppen i form og kan oppleve positive, kroppslige forandringer som at man blir sterkere, får strammet opp kroppen og blir mer definert.

4.5 Samtale med andre i samme situasjon

For mange brystkreftopererte kvinner kan det være godt å ha noen andre å snakke med som har opplevd de samme utfordringene som en selv. Rowland et al. (2009) har gjennomført en studie basert på at flere brystkreftopererte kvinner deltok i en gruppe for blant annet å diskutere sine utfordringer rundt seksualitet og kommunikasjon. Resultatet av gruppeterapien viste at kvinnene opplevde gruppeterapien som positiv og at de fikk stort utbytte av å snakke med andre kvinner som gjennomgikk de samme påkjenningene som de selv.

En slik gruppe kan kanskje være vanskelig å få i stand, spesielt i mindre kommuner. Man trenger imidlertid å sette opp gruppeterapi med et like omfattende program som er beskrevet i studien nevnt ovenfor, men sykepleieren kan hjelpe kvinnen å formidle kontakt med andre som har vært i samme situasjon. Sørensen og Almås (2010) sier at yngre kvinner som har gjennomgått brystkreftoperasjon kan få tilbud om å snakke med en representant fra Foreningen for brystkreftopererte. Sykepleieren kan hjelpe den brystkreftopererte kvinnen til å formidle kontakt med denne foreningen om det er ønskelig. Representantene fra Foreningen for brystkreftopererte kan være en god ressurs, siden de både har personlig erfaring med brystkreftoperasjon og de påkjenningene som følger av kreftbehandlingen. I tillegg har de erfaring i å snakke med andre kvinner i samme situasjon.

4.6 Partneren som støttespiller

Partneren er ofte kvinnens viktigste støttespiller gjennom den vanskelige tiden i tillegg til at han er seksualpartneren til den brystkreftopererte kvinnen. Hovedmålet er at kvinnen og partneren hennes sammen skal finne tilbake til seksuallivet, og derfor er det viktig at partneren blir inkludert i informasjon og veiledning rundt seksualitet og brystkreft. Det finnes flere myter om både kreftbehandlingen og sykdommen som kan være med på å sette en demper for seksuallivet både for kvinnen og partneren hennes.

Jeg har tidligere nevnt Norsk helseinformatikk (2007) sine tre nøkkelord når det kommer til seksualitet; åpenhet, kunnskap og ømhet. Jeg syns disse nøkkelordene er gode å bruke når man skal fokusere på kommunikasjon mellom den brystkreftopererte kvinnen og partneren hennes. Åpenhet er alltid viktig i kommunikasjon mellom to partnere, spesielt når den ene rammes av sykdom. Når man snakker åpent med hverandre får man satt ord på dette med deg og meg i et forhold, og man bevisstgjøres på den andres tanker og følelser. Hvis partneren er

taus og ikke velger å snakke åpent, kan den brystkreftopererte kvinnen komme med antakelser som ikke nødvendigvis trenger å stemme.

Kunnskap om diagnose og behandling er viktig for både kvinnen og hennes partner. Blant annet finnes det myter om kreftdiagnose og behandling som ikke stemmer. Her kan sykepleieren hjelpe til med å fortelle hvilke forhåndsregler man skal ta, og hva man ikke trenger å bekymre seg for. Eikaas (2008) skriver at kreftsykdommen ikke er smittsom, at strålebehandling ikke medfører radioaktivitet og at cytostatikabehandling ikke påvirker andre, men at det anbefales å bruke kondom de første to ukene etter behandling. Denne informasjonen kan virke innlysende for mange, men det er viktig å ikke ta for gitt at alle vet det. Derfor må man informere om at det ikke er farlig å utøve seksuell aktivitet til tross for at kvinnen har brystkreft eller har gjennomgått behandling. Det er synd at manglende informasjon skal være grunnen til at den brystkreftopererte kvinnen og hennes partner ikke tør å gjenoppta seksuallivet. Det er viktig at kvinnen og partneren får informasjon om at den medisinske behandlingen blant annet kan være med på å tørke ut slimhinnene og derfor gjøre at det føles ubehagelig for kvinnen å utføre samleie. I følge Eikaas (2008) kan det også bli vanskeligere å oppnå orgasme når man gjennomgår medisinsk behandling av kreft, og dette er viktig for den brystkreftopererte kvinnen og hennes partner å vite, slik at man ikke tror manglende orgasme skyldes at man gjør noe feil. Sykepleierens rolle kan også være å motivere både den brystkreftopererte og partneren hennes til å finne informasjon som omhandler sykdom og behandling, eller eventuelt ta kontakt med helsepersonell.

Ømhet er det siste nøkkelordet Norsk Helseinformatikk (2007) nevner. Ømhet er spesielt viktig for de som opplever tunge tider, og det er viktig at partneren bevisstgjøres på dette. Partneren bør informeres om at seksualitet handler om mer enn penetrering og at det fins andre måter man kan vise nærhet på. Partneren bør også informeres om at det er viktig for kvinnen å føle seg akseptert og bekreftet som et seksuelt individ før hun blir klar for å gjenoppta seksuallivet. Det er også viktig at kvinnen som har gjennomgått brystkreftoperasjon er bevisst på at ømhet er noe alle trenger. Partneren gjennomgår tunge tider og ser sin nærmeste bli syk, så også han kan trenge ømhet og nærhet.

Åpenhet og kunnskap er viktige punkter som avviser konspirasjoner og antakelser om tanker, følelser, sykdom og behandling. Æmhet er viktig for selvbekreftelse og bekreftelse fra den andre. Ved at kvinnen og partneren bevisstgjøres på disse nøkkelordene legger man rette for at de kommer nærmere hverandre og kan komme styrket ut av den vanskelige tiden sammen.

4.7 Rekonstruksjon

Når man snakker om seksualitet og brystkreft vil det være aktuelt å trekke inn rekonstruksjon av bryst. Rekonstruksjon av bryster har fått mye medieoppmerksomhet den siste tiden på grunn av den lange ventetiden for kvinner.

Studien til Frierson, Thiel og Andersen (2006) viser at kvinner som har fått fjernet hele brystet ofte har vanskelig for å akseptere sin egen kropp. Resultatet av denne studien kan være et argument for at bryster er viktige for kvinner i forhold til seksualitet. Sørensen og Almås (2010) skriver at sykepleieren kan hjelpe kvinner å søke om rekonstruksjon av bryster, men at dette er en tidkrevende prosess. Jeg stiller spørsmål ved hvorfor det skal ta så lang tid for kvinner å få rekonstruert brystene sine, når studier viser hvilken betydning brysttap har for kvinner.

Viser den lange ventetiden på rekonstruksjon at helsevesenet ikke ser verdien brystene har for kvinner? Bør yngre kvinner prioriteres først, siden man kan anta at disse er mer seksuelt aktive? Jeg har valgt ikke å gå så mye inn på rekonstruksjon, men jeg synes det er et viktig punkt å nevne og debatten om rekonstruksjon inneholder mange ubesvarte spørsmål.

5.0 AVSLUTNING

Jeg har gjennom denne oppgaven forsøkt å svare på hvordan sykepleieren kan hjelpe kvinner å ivareta sine seksuelle behov etter brystkreftoperasjon. For å svare på denne problemstillingen har jeg følt at det har vært relevant å trekke inn hvordan man møter disse kvinnene og hvordan sykepleieren bør gå frem når man skal samtale om seksualitet. At sykepleieren viser gode holdninger og respekterer kvinnen som et unikt menneske har vært helt avgjørende når man skal snakke om seksualitet.

Jeg har i tillegg kommet med konkrete forslag til hva sykepleieren kan veilede og hjelpe kvinnen med etter brystkreftoperasjon. Blant annet er fremming av velvære og formidling av kontakt med andre kvinner i samme situasjon aktuelle tiltak som kan iverksettes. Jeg har også trukket inn partneren som en viktig støttespiller og nevnt hvilke ord som kan være relevante for kvinnen og partneren å bruke som verktøy når de skal snakke om seksualitet og sykdom.

Jeg har så vidt nevnt rekonstruksjon av bryst i ett eget kapittel, og dette er noe man som sykepleier bør fokusere mer på i praksis når man møter brystkreftopererte kvinner. Jeg kunne også valgt å nevne noe om mening og mestring, men disse er ganske tidkrevende prosesser, på lik linje som rekonstruksjon. Oppgaven min har i hovedsak vært basert på hvordan kvinnen kan akseptere seg selv etter brystkreftoperasjon, samtidig som jeg har lagt hovedvekt på tilnærming og samtale, altså ”enkle” grep man som sykepleier kan gjøre for at kvinnen skal komme styrket ut av sin situasjon.

Jeg har gjennom denne oppgaven fått en bedre forståelse av hva tap av bryst kan ha å si for en kvinne, og hvordan sykepleieren bør forholde seg til seksualitet. Jeg har også lært hva seksualitet har å si for et menneske – ting jeg ikke har tenkt så mye på før. At seksualitet er en form for bekreftelse og identifisering, og er en helt spesiell form for nærhet som man gir og får av et annet menneske. Jeg mener seksualitet bør komme mer i søkelyset i utøving av sykepleiepraksis, siden det er et viktig behov som betyr mye for mennesker.

Litteraturliste:

Almås, E. & Benestad, E. (1997) *Sexologi i praksis*. Oslo: Tano Aschehoug.

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

Eikaas, A. K. D. (2008) *Kreft og seksualitet*. Hentet 20/04-2012 fra:

<http://www.kreftforeningen.no/vp/template/ver10/print.jsp?articleId=12277§ionId=1406>

Foreningen for brystkreftopererte. (2011) *Rekonstruksjon*. Hentet 13/03-2012 fra:

<http://www.ffb.no/om-brystkreft/rekonstruksjon>

Frierson, G. M., Thiel, D. L. & Andersen, B. L. (2006) *Body Cange Stress for Women With Breast Cancer: The Breast-Impact Treatment Scale*. Hentet 12/04 fra:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2150736/?tool=pubmed>

Gråberg, M. (2008) *Kvinner og seksualitet*. Hentet 03/04-2012 fra:

http://www.kreftforeningen.no/om_kreft/kreft_og_seksualitet/kvinner_og_seksualitet_12276

Kreftforeningen. (2005) *Seksuell helse og kreft. Retningslinjer for fagpersonell*. Oslo:

Kreftforeningen. Hentet 12/04-2012 fra:

http://www.kreftforeningen.no/vp/multimedia/archive/00000/A6_seksuell_helse_lav_552a.pdf

Kreftregisteret – Institusjon for populasjonsbasert kreftforskning. Hentet 10/03-2012 fra:

<http://www.kreftregisteret.no/no/Registrene/Kreftstatistikk/>

Kristoffersen, N. J. (2008) *Teoretiske perspektiver på sykepleie*. I: Kristoffersen, N. J.,

Nortvedt, F. & Skaug, E. A. (2008) *Grunnleggende sykepleie*. (Bind 4). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lorentsen, V. & Grov, E. K. (2010) *Generell sykepleie ved kreftsykdommer*. I: Almås, H.,

Stubberud, D. G. & Grønseth, R. (red.) (2010) *Klinisk sykepleie 2. 4 utgave*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Norsk helseinformatikk. (2007) *Kreft og sex – tilbake til hverdagen*. Hentet 13/03-2012 fra:

<http://nhi.no/sykdommer/kreft/diverse/kreft-og-sex-tilbake-til-hverdagen-1828.html> Sist

oppdatert: 06/02-2007.

Norsk helseinformatikk. (2010) *Brystkreft, oversikt*. Hentet 13/03-2012 fra:
<http://nhi.no/sykdommer/kreft/brystkreft/brystkreft-1349.html> Sist oppdatert: 12/02-2010.

Skansgård, B., Svendsen, K. O. B., Aanrud, A. & Aars, H. (1996) *Seksualitet*. I: Kristoffersen, N. J. (red.) (1996) *Generell sykepleie 3. Pasient og sykepleier – kropp, omgivelser og metoder*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Sørensen, E. M. & Almås, H. (2010) *Sykepleie ved brystkreft*. I: Almås, H., Stubberud, D. G. & Grønseth, R. (red.) (2010) *Klinisk sykepleie 2.4 utgave*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Rowland, J. H., Meyerowitz, B. E., Crepsi, C. M., Leedham, B., Desmond, K., Belin, T. R. & Ganz, P. A. (2009) *Addressing intimacy and partner communication after breast cancer: A randomized controlled group intervention*. Hentet 09/02-2012 fra:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2761507/?tool=pubmed>

Støren, I. (2010) *Bare søk! Praktisk veiledning i å systematisere kunnskap*. Cappelen Akademisk Forlag.

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

Selvvalgt pensum:

Bøker:

Almås, E. & Benestad, E. (1997) *Sexologi i praksis*. Oslo: Tano Aschehoug. Kap 3 (15 sider).

Skansgård, B. & Svendsen, K. O. B., Aanrud, A., Aars, H. (1996) *Seksualitet*. I: Kristoffersen, N. J. (red.) (1996) *Generell sykepleie 3. Pasient og sykepleier – kropp, omgivelser og metoder*. Oslo: Universitetsforlaget AS. Kap 17 (80 sider).

Støren, I. (2010) *Bare søk! Praktisk veiledning i å systematisere kunnskap*. Cappelen Akademisk Forlag. Kap 2 (8 sider).

Travelbee, J. (2001) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk. Kap 1, 6, 7, 10 og 11 (159 sider).

Artikler:

Frierson, G. M., Thiel, D. L. & Andersen, B. L. (2006) *Body Change Stress for Women With Breast Cancer: The Breast-Impact Treatment Scale*. Hentet 12/04 fra:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2150736/?tool=pubmed>

Rowland, J. H., Meyerowitz, B. E., Crepsi, C. M., Leedham, B., Desmond, K., Belin, T. R. & Ganz, P. A. (2009) *Addressing intimacy and partner communication after breast cancer: A randomized controlled group intervention*. Hentet 09/02-2012 fra:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2761507/?tool=pubmed>

Informasjonssider på nett:

Eikaas, A. K. D. (2008) *Kreft og seksualitet*. Hentet 20/04-2012 fra:

<http://www.kreftforeningen.no/vp/template/ver10/print.jsp?articleId=12277§ionId=1406>

Foreningen for brystkreft. (2011) *Rekonstruksjon*. Hentet 13/03-2012 fra:

<http://www.ffb.no/om-brystkreft/rekonstruksjon>

Gråberg, M. (2008) *Kvinner og seksualitet*. Hentet 03/04-2012 fra:

http://www.kreftforeningen.no/om_kreft/kreft_og_seksualitet/kvinner_og_seksualitet_12276

Kreftregisteret – Institusjon for populasjonsbasert kreftforskning. Hentet 10/03-2012 fra:

<http://www.kreftregisteret.no/no/Registrene/Kreftstatistikk/>

Norsk helseinformatikk. (2007) *Kreft og sex – tilbake til hverdagen*. Hentet 13/03-2012 fra:

<http://nhi.no/sykdommer/kreft/diverse/kreft-og-sex-tilbake-til-hverdagen-1828.html> Sist oppdatert: 06/02-2007.

Norsk helseinformatikk. (2010) *Brystkreft, oversikt*. Hentet 13/03-2012 fra:

<http://nhi.no/sykdommer/kreft/brystkreft/brystkreft-1349.html> Sist oppdatert: 12/02-2010.

Antall sider selvvalgt pensum: 262