



HØGSKOLEN I OSLO  
OG AKERSHUS

**Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid,  
Pilestredet,  
Fakultet for helsefag**

**Kandidatnummer: 250**

**Eksamensnavn: SYBA3900 Bacheloroppgave**

**Dato: 01.06.17**

**Klasse: SYPLGR 3B**

**Kull: 2014 H**

**Antall ord: 10 476**

Tittel:

**Brystkreft og seksualitet.**  
*Å samtale om seksualitet -et sykepleieperspektiv*

**HIOA 2017**

**Antall ord: 10 476**

## SAMMENDRAG

**Introduksjon:** Bakgrunnen for denne oppgaven er å rette fokus på- og redegjøre for hvordan brystkreft kan påvirke kvinners seksualitet og hvilke behov brystkreftpasienter har i forhold til sykepleie knyttet til seksualitet. Oppgavens problemstilling er ”*Hvordan kan sykepleieren bidra til å ivareta behovet for seksualitet hos brystkreftpasienter?*”.

**Metode:** Denne oppgaven er en litteraturstudie hvor skriftlige kilder systematiseres, gjennomgås kritisk og til slutt drøftes i lys av problemstillingen.

**Resultater:** Forskningsresultater peker på en ubalanse forhold til brystkreftpasienters opplevelser og behov knyttet til seksualitet sammenliknet med sykepleieres kunnskap holdninger. Sykepleiere bidrar til å ivareta behovet for seksualitet i liten grad ved å unnlate å adressere behovet i pasientsamtaler.

**Diskusjon:** Anvendelse av BETTER-modellen, aspekter av Jean Watsons sykepleieteori, relevant litteratur og utvalgte forskningsresultater knyttes opp til problemstillingen og drøftes. Sykepleiere bør ha positive holdninger til seksualitet som begrep og integrere temaet i pasientsamtaler. For å imøtekomme pasientens behov knyttet til seksualitet er det vesentlig at sykepleiere har kunnskap om hvordan brystkreft kan påvirke kvinners seksualitet i tillegg til kunnskap om brystkreftpasienters behov for sykepleie som samtale, støtte, informasjon og veiledning relatert til seksualitet.

**Konklusjon:** Det er viktig at sykepleiere adresserer seksualitet som tema for å kunne ivareta brystkreftpasienters behov knyttet til seksualitet. Ved å integrere Watsons omsorgsverdier relatert til seksualitet som menneskelig behov og ved å anvende samtaleverktøyet BETTER-modellen i pasientsamtaler, kan sykepleieren bidra til å ivareta behovet for seksualitet på en faglig forankret måte basert på pasientens individuelle behov.

# INNHOLDSFORTEGNELSE

1.0	INNLEDNING .....	1
1.1	Presentasjon av tema og problemstilling.....	1
1.2	Avgrensning av problemstillingen. ....	2
1.3	Avklaring av begreper i problemstillingen.....	3
1.4	Oppgavens hensikt. ....	3
1.5	Oppbygning av oppgaven.....	4
2.0	METODE .....	5
2.1	Metodisk fremgangsmåte. ....	5
2.1.1	Kritisk utvalg av faglitteratur og nettkilder.....	5
2.1.2	Inklusjons- og eksklusjonskriterier for forskningsartikler. ....	6
2.1.3	Søkestrategi, søkeprosess og kritisk utvalg av forskningsartikler.....	7
2.2	Presentasjon av forskningsartikler. ....	8
2.3	Kildekritikk. ....	10
3.0	TEORI.....	11
3.1	Jean Watsons sykepleieteori.....	11
3.1.1	Watsons syn på sykepleie og seksualitet som menneskelig behov. ....	12
3.2	BETTER-modellen.....	13
3.3	Seksualitet: Brystkreft og behandling. ....	15
3.4	Behovet for seksualitet: Pasientperspektiver.....	16
3.4.1	Brystkreftpasienters opplevelser av endringer i seksualitet. ....	16
3.4.2	Brystkreftpasienters behov for sykepleie. ....	17
3.5	Behovet for seksualitet: Helsepersonellperspektiver. ....	19
4.0	DISKUSJON .....	21
4.1	Adresser behovet for seksualitet! .....	21
4.2	Seksualitet som en naturlig del av livet.....	24
4.3	Individuell tilrettelegging. ....	25
4.4	Informasjon og veiledning. ....	27
4.5	Dokumentasjon.....	30
5.0	KONKLUSJON .....	31
	LITTERATURLISTE .....	34
	Vedlegg 1 søkematrise. ....	37
	Vedlegg 2 Litteraturmatrise: Cinahl.....	38
	Vedlegg 3 Litteraturmatrise: Medline. ....	40
	Vedlegg 4 Litteraturmatrise: Kjedesøk. ....	41

*“...There’s a lot of insensitivity going on here. Nobody ever talked to me about sexuality—my oncologist, the nurses, my breast surgeons—nobody did. Nothing.”* (Flynn et al., 2012, s.597)

Kvinne med brystkreft

## 1.0 INNLEDNING

### 1.1 Presentasjon av tema og problemstilling.

Da jeg var i kliniske praksisstudier på en onkologisk sengepost opplevde jeg at behovet for seksualitet i liten grad ble kartlagt av sykepleierne. Sykepleiefaglig kartlegging skal danne et grunnlag med tanke på pasientens behov for pleie, og kartleggingen skal dokumenteres på en slik måte at det fremkommer informasjon om relevant sykehistorie, pasientens opplevelse av den aktuelle situasjonen i tillegg til pasientens ressurser og problemområder ved innleggelse (Norges Sykepleie Forbund [NSF], 2017, s.7-11). Sykehuset jeg hadde praksis ved anvender dokumentasjonssystemet DIPS. Slik sykepleieprosessen integreres i DIPS-systemet foreligger det et sykepleiefaglig kartleggingsnotat bestående av 12 funksjonsområder innenfor menneskelige behov. Ett av disse funksjonsområdene er seksualitet og reproduksjon. Ved å delta på inkomstsamtaler og ved å lese kartleggingsnotater så jeg et mønster der kartlegging av seksualitet og reproduksjon hovedsakelig var begrenset til pasientens sivilstatus og antall barn. Jeg stilte meg undrende til hvorfor ikke sykepleierne kartla pasientenes seksualitet i bredere forstand. Som svar fikk jeg ofte at det var upassende, kanskje til og med krenkende å stille pasienten spørsmål om seksualitet ettersom pasientene sto ovenfor alvorlig kreftsykdom og intensiv kreftbehandling. ” Hvem tenker vel på sex, når man opplever å bli rammet av kreft?”. Noen argumenterte for at alder spilte en viktig rolle og at mange av pasientene på posten kanskje lenger var seksuelt aktive eller at seksualitet ikke lenger var en vesentlig livsfaktor ettersom mange av pasientene var godt voksne. Da jeg selv skulle ha inkomstsamtale med min første pasient var jeg innstilt på å adressere behovet for seksualitet, men i situasjonen følte også jeg på usikkerheten i forhold til å tilnærme meg temaet. Hvordan skulle jeg stille spørsmål om dette på en profesjonell måte slik at pasienten ikke ble forlegen og dermed risikere å svekke pasientens tillit til meg som sykepleierstudent? Jeg merket at jeg manglet kunnskap og faglige verktøy for å kunne håndtere slike samtaler, samtidig som jeg anerkjente seksualitet som en svært viktig del av det å være menneske; syk eller frisk. Disse opplevelsene motiverte meg til å velge brystkreft og seksualitet som tema i denne bacheloroppgaven. På bakgrunn av dette har jeg valgt følgende problemstilling:

” *Hvordan kan sykepleieren bidra til å ivareta behovet for seksualitet hos  
brystkreftpasienter?* ”

For å få en dekkende litterær tilnærming gjorde jeg en analyse av problemstillingen og avdekket tre sentrale spørsmål i forhold til innhenting av relevant litteratur:

- 1: Hvordan *opplever* pasientene at brystkreft påvirker seksualiteten?
2. Hvilke *behov* har pasientene i forhold til sykepleie?
- 3: Hvordan *bidrar* sykepleieren til å ivareta seksualitet hos kreftpasienter?

## 1.2 Avgrensning av problemstillingen.

Problemstillingen er avgrenset til å omhandle kvinnelige brystkreftpasienter i alderen 18-80+, som har mottatt én eller flere brystkreftbehandlinger på sykehus. Jeg har valgt å sette det nedre alderskriteriet ut i fra det året man i Norge blir betraktet som en myndig person. For oppgaven var det ikke ønskelig å begrense en øvre alder på pasientene, da jeg ønsket å studere pasienters behov for seksualitet uavhengig av fysiologiske faktorer som fertilitet og reproduksjon. Problemstillingen avgrenses til å omhandle seksualitet innenfor en nordeuropeisk ramme som kan knyttes opp til nordiske sosiokulturelle verdier. Synet på seksualitet og menneskers seksuelle atferd varierer mellom ulike samfunn, kulturer og religioner, ikke minst med tanke på kvinners rettigheter, -også knyttet til seksualitet. I visse kulturer er blant annet kvinner i fare for forfølgelse eller fordømmelse dersom det blir kjent at de nyter et aktivt seksualliv (Tønnesson, 2013). I de nordiske landene har kvinner og menn like seksuelle rettigheter. Kulturelt og samfunnspolitisk fremmer de nordiske landene likestilling mellom kjønnene også relatert til seksuell utfoldelse og praksis. I arbeidet med seksuelle problemstillinger er det viktig å vite at de kan forstås og løses på ulike måter. I denne oppgaven avgrenses det til å omhandle kartlegging av pasientens behov gjennom samtaler om seksualitet med brystkreftpasienter.

### 1.3 Avklaring av begreper i problemstillingen.

Begrepet *seksualitet* slik det anvendes i denne oppgaven forstås ut i fra World Health Organization [WHO] (2006a) sin arbeidsdefinisjon hvor begrepet er beskrevet som;

*“...a central aspect of being human throughout life encompasses sex, gender identities and roles, sexual orientation, eroticism, pleasure, intimacy and reproduction. Sexuality is experienced and expressed in thoughts, fantasies, desires, beliefs, attitudes, values, behaviors, practices, roles and relationships. While sexuality can include all of these dimensions, not all of them are always experienced or expressed. Sexuality is influenced by the interaction of biological, psychological, social, economic, political, cultural, legal, historical, religious and spiritual factors.”* (WHO, 2006a)

WHO (2006a) sin definisjon av seksualitet er bred i den forstand at den inkluderer ulike faktorer som påvirker oss som mennesker. Denne definisjonen åpner opp for at seksualitet handler om individuelle subjektive tanker og opplevelser. Alle mennesker har en seksualitet, men seksualitet oppleves og praktiseres på forskjellige måter hos forskjellige individer. Andre sentrale begreper i oppgaven avklares underveis i aktuelle kapitler.

### 1.4 Oppgavens hensikt.

Formålet med oppgaven er å rette fokus på- og redegjøre for hvordan brystkreft kan virke inn på seksualiteten, hvilke behov brystkreftpasienter har med tanke på sykepleie og hvordan sykepleiere kan bidra til å ivareta behovet for seksualitet hos brystkreftpasienter. I oppgaven beskrives og forklares aspekter av sykepleieteoretikeren Jean Watson sin omsorgsteori for å belyse sykepleierens funksjon relatert til behovet for seksualitet hos brystkreftpasienter. Ved å drøfte anvendelse av Mick, Hughes & Cohens BETTER-modell i lys av Jean Watsons omsorgsteori, relevant litteratur og utvalgte forskningsresultater ønsker jeg å medvirke til og



øke fokuset på seksualitet i sykepleiefaglig kartlegging av pasientens behov. Sykepleie skal bygge på forskning, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap (NSF, 2011). På den måten kan man bidra til å ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg. Å ivareta pasientens behov for helhetlig omsorg er en av grunnpilarene i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (NSF,2011).

Ut i fra et samfunnsperspektiv ligger det også en etisk føring for sykepleiefaglig engasjement i den sosiale- og helsepolitiske utviklingen (NSF, 2011.). I 2016 la helse- og omsorgsdepartementet frem en ny strategi for seksuell helse. Regjeringens formål med strategien er å bidra til et åpent og inkluderende samfunn hvor blant annet tabuer, skam, fordommer og stigmatisering knyttet til seksualitet motvirkes (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Seksuelle temaer kan være vanskelige å ta opp både i privat kontekst og i møte med helse- og omsorgstjenesten. Dersom seksuelle temaer sjeldent eller aldri tematiseres i helsesektoren vil det bli desto vanskeligere for pasienter å ta opp problemstillinger knyttet til seksuell uhelse dersom behovet oppstår (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

### 1.5 Oppbygning av oppgaven.

I kapittel 2.0 vil metode og metodisk fremgangsmåte blir presentert i tillegg til presentasjon av forskningsartikler og kildekritikk. Teori vil bli presentert i kapittel 3.0. Teorikapittelet består av litterær kunnskap og resultater fra aktuell forskning. Først presenteres Jean Watsons sykepleieteori, deretter BETTER-modellen. Videre i teorikapittelet presenteres litteratur som belyser hvordan brystkreft og brystkreftbehandling kan påvirke seksualiteten og resultater fra utvalgt forskning. Forskningsresultatene er strukturert etter problemanalysens tre spørsmål. Først vises det til funn om brystkreftpasienters opplevelser av endringer i seksualitet og deres behov for sykepleie, deretter vises det til forskningsresultater som beskriver hvordan sykepleiere bidrar til å ivareta brystkreftpasienters behov for seksualitet i klinisk praksis. Diskusjon av BETTER-modellen i lys av Watsons omsorgsteori, faglitteratur og forskningsresultater utgjør kapittel 4.0. I kapittel 5.0 oppsummeres oppgavens diskusjon og det konkluderes ut i fra problemstillingens natur. Søkematrise og litteraturmatrise for forskningsartikler finnes som vedlegg til oppgaven.

## 2.0 METODE

Metoden for denne oppgaven er *litteraturstudie*. En litteraturstudie er en studie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder (Thidemann, 2017, s.79). Å systematisere innebærer å samle inn litteratur, gå kritisk igjennom den og til slutt sammenfatte det hele (Magnus & Bakketeig, 2000, gjengitt av Thidemann, 2017, s. 79-80). Dette kapittelet belyser oppgavens metodiske fremgangsmåte, presentasjon av utvalgte forskningsartikler og kildekritikk.

### 2.1 Metodisk fremgangsmåte.

#### 2.1.1 Kritisk utvalg av faglitteratur og nettkilder.

I denne oppgaven beskrives aspekter innenfor Jean Watsons sykepleieteori som omhandler hennes syn på sykepleie, seksualitet som menneskelig behov og betydningen av sykepleie for å ivareta behovet. Jeg valgte å benytte aspekter fra Watsons originale sykepleieteori *Human Science and Human Care – A theory of nursing* (1988/2007) og hennes revisjon av verket *Nursing: The philosophy and science of caring* (2008) ut i fra Watsons syn på seksualitet som menneskelig behov som krever omsorg. Jeg valgte å bruke Watsons originale verk for å få bred forståelse for hennes filosofiske og vitenskapelige syn på sykepleie og behovet for seksualitet. Watsons verk er oversatt av forfatteren av oppgaven og det er viktig å påpeke at det kan ligge tolkning i oversettelsen.

Ulike modeller er utviklet for å samtale om seksualitet, for eksempel PLISSIT- og BETTER-modellen. De ulike modellene ble jeg kjent med gjennom Sundbecks (2013) fagbok: *Sexuell hälsa i vården - en metodbok för sjuksköterskor*. Jeg ønsket å vurdere modellene kritisk i forhold til hvilken modell som skulle anvendes i oppgaven. Ved å gjøre et kjedesøk fant jeg frem til Hordern (2008) sin artikkel: *Intimacy and sexuality after cancer: a critical review of the literature*. Denne artikkelen har en kritisk tilnærming til de ulike modellene og gjorde det mulig for meg å få dypere kunnskap og forståelse knyttet til bruk av modellene i praksis. PLISSIT-modellen er den mest anerkjente modellen utviklet av Jack Annon i 1979. I pensumlitteraturen er det denne modellen som presenteres i Gamnes (2016)

sitt kapittel *Seksualitet og helse*. Selv om PLISSIT-modellen er et godt strukturert samtaleverktøy kan denne modellen brukes av ulike helseprofesjoner og innehar flere momenter som ikke inngår i sykepleiens fagfelt (Hordern, 2008). BETTER-modellen er en av de nyeste samtaleverktøyene som adresserer behovet for seksualitet og er utviklet av- og for onkologiske sykepleiere og den fremmer seksualitet i et livskvalitetsperspektiv. Modellen styrker på den måten synet om at seksualitet er mer enn seksuell funksjon knyttet til fysiologiske faktorer (Hordern, 2008). Med utgangspunkt i dette vurderte jeg BETTER-modellen som best egnet oppgaven. Hva BETTER står for kommer jeg tilbake til i teorikapittelet hvor jeg gjør rede for bruk av modellen. Modellen er utviklet av Mick, Hughes & Cohen i 2004. Før jeg tok det endelige valget leste jeg grundig Mick et al. (2004) sin artikkel: *Test your knowledge. Using the BETTER model to assess sexuality*, som jeg fant via et kjedesøk. Jeg fikk tilgang til den ved å søke på artikkelens navn i databasen Cinahl. Faglitteratur er også plukket ut fra pensumlitteratur representert ved Solvoll (2014) og Gamnes (2016). Jeg har anvendt Sundbecks (2013) fagbok om seksualitet i deler av teorikapittelet. Troverdige nettkilder nettkilder som Kreftregisteret, Kreftforeningen, Onkolex – onkologisk oppslagsverk, Norges Sykepleie Forbund, Lovdata, World Health Organization, Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo Universitetssykehus og Store Norske Leksikon er benyttet.

### 2.1.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier for forskningsartikler.

Kun studier publisert de siste ti år (2007-2017) ville bli vurdert. I tillegg til at studiene måtte være sykepleiefaglig relevante måtte de også være norsk-, svensk-, dansk- eller engelskspråklige, ha et tilgjengelig sammendrag og være fagfellevurderte.

Studier som ikke var relevante i forhold til oppgavens problemstilling eller studier fra land som gjør overførbarhet til norsk praksis problematisk, ble forkastet. Det var viktig for oppgaven at de ulike studiene kunne knyttes opp til nordiske sosiokulturelle verdier og samfunnspolitisk relevans. Studier med mangelfullt sammendrag ble ekskludert. Eksklusjon skjedde på bakgrunn av manglende- eller mangelfull IMRaD struktur i forhold til utilstrekkelig beskrivelse av studiens hensikt, metode og resultater.

Jeg gjorde meg også opp noen tanker i forhold hvilke forskningsmetoder som var relevant og inkludere i oppgaven. For å finne relevant forskning i forhold til problemstillingen ønsket jeg å se nærmere på kvalitative studier. Kvalitative metoder egner seg for beskrivelse og forståelse av karaktertrekk og egenskaper ved de fenomener som studeres (Bjørndal, Flottorp & Klovning, 2015, s.131). I tillegg til at kvalitative studier kan gi viktig informasjon i seg selv, kan også kvalitative og kvantitative metoder utfylle hverandre (Bjørndal et al., 2015, s.132). Kvantitativ metode tester en målbar hypotese ut i fra tall, for å finne ut om en antagelse fra virkeligheten stemmer overens de data man finner (Dahlum,2014). Studier som metodetrianglerer ved å utføre parallelle undersøkelser som baserer seg på både kvantitative og kvalitative metoder var også relevant. Ved å se på parallelle undersøkelser kan man få et mer allsidig og variert datamateriale (Thidemann, 2017, s.79). Kvantitative studier som tverrsnittstudier var aktuelle å ta med. Tverrsnittstudier samler informasjon på en planlagt måte i en definert populasjon på en gitt måte (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2014, s.95). Metoden søker blant annet å finne sammenheng mellom ett eller flere begreper eller en eller flere faktorer (Nortvedt et al., 2014, s. 95). Det var ønskelig at forskningsartiklene som ble inkludert i oppgaven hadde ulike metodiske design for å få et bredt datamateriale.

### 2.1.3 Søkestrategi, søkeprosess og kritisk utvalg av forskningsartikler.

For å danne meg en oversikt over forskningsfeltet ønsket jeg først å lese systematiske oversikter knyttet til brystkreft og seksualitet. Jeg søkte først på ”seksualitet” via databasen til Helsebiblioteket. Der fikk jeg 5 resultater på systematiske oversikter, men ingen var relevante for oppgaven. Jeg forsøkte også å søke med ordet ”sexuality” i Cochrane Library for å finne systematiske overskrifter, men heller ikke i denne databasen fikk jeg treff av relevans for oppgaven.

For å finne forskningsartikler bestemte jeg meg for følgende søkestrategi i databasene Cinahl og Medline: Female, Adult, Middle age, aged 80 and over, breast neoplasms, neoplasms, cancer patients, oncologic nursing, oncologic care, patient assessment, nursing assessment,

needs assessment, communication, communication methods -total, nurse- patient relations, sexuality, attitude to sexuality og sexual health. Jeg kombinerte beslektede ord med OR og bandt sammen de ulike elementene med AND for å få et strukturert og tilpasset søk til min problemstilling (Bjørndal et al., 2015, s.53).

Det første søket ble utført i databasen Cinahl. Søket resulterte i 38 treff. Jeg inkluderte så avgrensninger for søket, men resultatet ble det samme. Tittel og sammendrag til de 38 artiklene i treffet ble gjennomgått og artikler ble forkastet i forhold til nevnte eksklusjonskriterier. 16 artikler ble vurdert som relevante og gjennomgått kritisk. I Cinahl ble 4 artikler inkludert. Siden søket i Cinahl var lagret, gjorde dette det mulig for meg å kjøre det samme søket direkte i Medline. Avgrensningene var de samme som i Cinahl. Søket gav 90 treff. Fordi treffet var nokså stort brukte jeg i tillegg avgrensningen «Journal & Citation subset» og huket av for artikler innenfor sykepleie. Det gav meg 25 treff. Jeg gikk gjennom tittel og sammendrag på samme måte som i Cinahl. 16 artikler ble forkastet ut ifra eksklusjonskriteriene. En av artiklene var allerede valgt ut fra det tidligere søket. Jeg gikk igjennom 8 relevante artikler kritisk og endte opp med å inkludere 2 artikler. Jeg manglet en god studie om brystkreftpasienters opplevelser av endringer i seksualitet etter brystkreft. En av studiene som ble valgt ut bygget på en tidligere studie som omhandlet tema jeg var ute etter, ved å gjøre et kjedesøk i litteraturlisten til denne artikkelen fant jeg frem til tittel på studien og fikk tilgang til den gjennom databasen Cinahl. Totalt ble 7 forskningsartikler plukket ut til oppgaven.

## 2.2 Presentasjon av forskningsartikler.

Her presenteres utvalgte forskningsartikler kort ved forfatternavn, tittel og hensikt. Resultater av de ulike studiene presenteres i eget kapittel i teoridelen av oppgaven.

For å få kunnskap om hvordan brystkreft- og behandling kan påvirke seksualiteten valgte jeg ut studien til Ussher, Perz, & Gilbert (2012) med tittelen «*Changes to Sexual Well-Being and*

*Intimacy After Breast Cancer*». Studien ble utført i Australia og hadde som hensikt å studere endringer i seksualitet og intime relasjoner hos individer som har gjennomgått brystkreft.

For å få kunnskap om hvilke behov brystkreftpasienter har for sykepleie relatert til seksualitet valgte jeg ut fire artikler. Den første er Ussher, Perz & Gilbert (2013) sin artikkel med tittelen ” *Information needs associated with changes to sexual well-being after breast cancer*”.

Studien baserer seg på funn fra studien til Ussher et al. (2012) og hadde som hensikt å belyse informasjonsbehov om seksuelle endringer hos brystkreftpasienter (Ussher et al., 2013).

Den andre studien som reflekterte pasientenes behov for sykepleie relatert til seksualitet var studien til Flynn et al. (2012) med tittelen «*Patient experiences with communication about sex during and after treatment for cancer*». Studien ble utført i USA og hadde som hensikt å studere pasienters opplevelser i møte med onkologisk personell med tanke på seksuelle problemer under og etter kreftbehandling (Flynn et al., 2012),

Den tredje studien som ble plukket ut var studien til Rasmusson, Plantin & Elmerstig (2013) med tittelen «*Did they think I would understand all that on my own? A questionnaire study about sexuality with Swedish cancer patients*». Studien ble utført i Sverige og hadde som hensikt å undersøke i hvilken grad pasientene mottok informasjon om hvordan kreft påvirker seksualiteten uavhengig av alder eller diagnose i forhold til fertilitet, seksuell lyst og seksuell funksjon (Rasmusson et al., 2013).

Den fjerde studien som ble plukket ut i forhold til pasientenes behov for sykepleie er Hordern & Street (2007) sin forskningsartikkel med tittelen «*Constructions of sexuality and intimacy after cancer: patient and health professional perspective*». Artikkelen tar også for seg helsepersonellperspektiver. Studien ble utført i Australia og hadde som hensikt å diskutere synet på intimitet og seksualitet innenfor kreft- og palliativ pleie fra pasientens og helsepersonell sin side (Hordern & Street, 2007).

For å få kunnskap om hvordan sykepleiere bidrar til å ivareta behovet for seksualitet hos brystkreftpasienter valgte jeg ut to studier. Dette er studien til Krouwel et al. (2015) med

tittelen «*Addressing changed sexual functioning in cancer patients: A cross-sectional survey among Dutch oncology nurses*» og Olsson, Berglund, Larsson & Athlin (2012) sin studie med tittelen «*Patients sexuality -A neglected area of cancer nursing?* ». Krouwel et al. (2015) sin studie ble utført i Nederland og hadde som hensikt å etablere kreftsykepleieres kunnskap og holdninger til seksuell funksjon og å identifisere barrierer i forhold til å ta opp temaet. Olsson et al. (2012) sin studie hadde som hensikt å beskrive sykepleieres forestillinger om dialog med kreftpasienter om seksualitet.

### 2.3 Kildekritikk.

Alle relevante artikler ble kritisk vurdert i forhold til egnet metode, etiske betraktninger, struktur og kvalitet før endelig utvalg av forskningsartikler til oppgaven. For å vurdere artiklene kritisk benyttet jeg meg av sjekklister for kildekritikk av studier med kvalitativ og kvantitativ metode (Nortvedt et al. 2014, s.90-99). I tillegg til nordeuropeiske studier valgte jeg også å ta med forskningsartikler fra USA og Australia som omhandler pasientperspektiver på seksualitet og brystkreft for å få et mer allsidig datamateriale. Landene er demokratiske, har like rettigheter for kvinner/menn og sosiokulturelle verdier som kan knyttes opp imot den nordeuropeiske rammen til oppgaven. To av de utvalgte forskningsartiklene studerer utelukkende brystkreftpasienters opplevelser/behov relatert til seksualitet. Jeg har valgt å ta med de 3 artiklene som beskriver kreftpasienters behov uavhengig av diagnose, da flere brystkreftpasienter deltok i de ulike studiene og funn peker på viktig kunnskap som er relevant i forhold til sykepleie til kvinner med brystkreft. De to studiene som bidrar med kunnskap om sykepleieres kunnskap, holdninger og erfaringer knyttet til seksualitet og yrkesutførelse handler også om sykepleie til kreftpasienter med ulike diagnoser. Ut fra oppgavens hensikt kan disse studiene bidra med viktig informasjon selv om ikke studiene direkte beskriver sykepleie til kvinner med brystkreft.

### 3.0 TEORI

I dette kapittelet presenteres først grunnleggende verdier i Jean Watsons sykepleieteori. En teori er en abstrakt forenkling av virkeligheten (Thomassen, 2006, gjengitt av Thidemann, 2017, s.59). Deretter beskrives Watsons syn på seksualitet som begrep og sykepleierens funksjon i forhold til behovet for seksualitet. BETTER-modellen blir presentert som eksempel på et samtaleverktøy sykepleiere kan benytte seg av i samtaler om seksualitet. Videre vil det bli gjort rede for hvilke endringer i seksualitet brystkreft og brystkreftbehandling kan medføre. Utvalgte forskningsresultater legges frem strukturert etter analyse spørsmålene tilknyttet problemstillingen. Først gjøres det rede for pasientperspektiver om brystkreft og seksualitet, deretter sykepleieperspektiver på behovet for seksualitet i klinisk praksis.

#### 3.1 Jean Watsons sykepleieteori.

I 1988 utga Jean Watson sin sykepleieteori *Nursing: Human Science and Human Care – a nursing theory*. Teorien binder sammen humanvitenskap og metafysikk (Watson, 1988/2007, s.76). Humanvitenskapelig kunnskap er beskrivende og kan omhandle erfaringer, holdninger eller opplevelser (Thidemann, 2017, s.63). Metafysikk er en filosofisk disiplin som tar for seg fundamentale spørsmål om blant annet virkelighetens, moralens, kunstens, vitenskapens, samfunnets og naturens grunnleggende egenskaper og prinsipper (Tranøy, 2015). Watson (1988/2007) fremmer gjensidighet mellom sykepleier og pasient ved å forfekte en ikke-paternalistisk fremgangsmåte og på den måten en gjensidig relasjon. Watsons metafysiske hovedtese er at omsorg er en intersubjektiv, menneskelig prosess som danner sykepleiens moralske ideal (Watson, 1988/2007, s. 39). Intersubjektivitet er det som er felles mellom to eller flere individer, det finnes en felles enighet mellom individene og begrepet brukes ofte i vitenskapsteori (Tranøy, 2015). Slik Watson tolkes i denne oppgaven knyttes dette blant annet opp mot hennes premiss for gjensidighet og maktbalanse i sykepleier- pasientrelasjonen. Teorien er hovedsakelig deskriptiv. Moral i deskriptiv forstand bygger på et sett av moralske normer, verdier og holdninger som tilstrebes og praktiseres av et individ eller en bestemt gruppe (Store norske leksikon, 2016). Deler av Watsons teori beskriver også moralske synspunkter i normativ forstand, som forklarer hvordan man *bør* handle (Store norske leksikon, 2016).



### 3.1.1 Watsons syn på sykepleie og seksualitet som menneskelig behov.

Sykepleiens verdigrunnlag beskrives av Watson som et arbeid forbundet med dyp respekt for livets mysterier og for menneskers evne til forandring (1988/2007 s.34). Watson (1988/2007) trekker frem individets subjektive sentrum, som har evne- og kraft til å forandre seg og vokse. Sykepleieren beskrives som en som kan bistå pasienten med støtte slik at pasienten kan oppnå større selverkjennelse, selvkontroll og selvhelbredelse uansett den aktuelle helsetilstand (Watson, 1988/2007, s. 73). Watson har utviklet et verdisystem bestående av omsorgsfaktorer (*carative factors*) som danner utgangspunktet for sykepleie (Watson, 1988/2007, s. 75). En av disse omsorgsfaktorene er ivaretagelse av menneskelige behov og Watson inkluderer seksualitet som et menneskelig behov som krever omsorg (Watson, 2008, s.171). For å kunne yte helhetlig omsorg er det ifølge Watson (1988/2007) viktig at sykepleieren har kunnskap om menneskers atferd, menneskelige reaksjoner på eksisterende eller potensielle helseproblemer, kunnskap og forståelse av individuelle behov og hvordan man ivaretar disse behovene. Sykepleieren er bevisst på sine egne sterke og svake sider, i tillegg til forståelse for hvem pasienten er og kjennskap til pasientens sterke og svake sider (Watson, 1988/2007, s.74).

Watson (2008) argumenterer for hvorfor seksualitet er et menneskelig behov som krever omsorg og forklarer at *hele mennesket* uttrykker seg gjennom sin seksualitet. Behovet er ikke separert fra mennesket som helhet. Seksualitet uttrykkes og oppleves gjennom hele livet og sykepleieren er ofte en nøkkelperson som kan bidra med støtte og forståelse, informasjon og veiledning i forhold til motstridende følelser og problemer relatert til intimitet og seksualitet (Watson, 2008, s.174 -176). Hun deler behovet for seksualitet inn i fysiske- og psykiske energier. Samlet betegner hun seksualitet som en livskraft (Watson, 2008, s.171-172). Hun integrerer symbolske, emosjonelle, spirituelle og kulturelle verdier i den menneskelige seksualitet og argumenterer for at seksualitet er en del av vår identitet og i vår eksistens som mennesker. Watson (2008) forklarer at å lære og gjenkjenne, anerkjenne og å hylle vår seksualitet og våre seksuelle behov er en del av kreativiteten i vår livsstyrke og i livet selv (Watson, 2008, s.171). Det er en del av å lære og leve med den kroppen vi har; å akseptere den og elske den, med den kroppslige skjørheten som gjør oss menneskelige. Seksualitet som

livskraft relaterer hun til hvordan vi uttrykker oss som individer (*self expression*) og hvordan vi utfolder oss kreativt. Seksualiteten fører mennesker sammen, ved å hylle kroppens fysiske behov, så vel som våre psykiske og psykososiale behov (Watson, 2008, s.173).

### 3.2 BETTER-modellen.

For å kunne identifisere pasientens hjelpebehov er det viktig at god sykepleiefaglig kartlegging ligger til grunn. Når man skal kartlegge behovet for seksualitet finnes det ulike fremgangsmåter. Det er viktig at sykepleieren er lyttende og utforskende, og i tillegg har respekt for sin egen profesjonalitet. Dette innebærer å vite hva som kan og ikke kan gjøres, og hvilke aspekter av seksuelle problemstillinger som inngår i sykepleie som profesjon (Gamnes, 2016, s.399). Jeg skal nå presentere BETTER-modellen som samtaleverktøy i pasientsamtaler om seksualitet som eksempel på hvordan man kan kartlegge behovet for seksualitet i en onkologisk kontekst og innenfor det sykepleiefaglige ansvarsområdet. BETTER er et akronym som står for:

**B**ring up the topic.

**E**xplain that sex is a part of life.

**T**ell patients that recourses are available to address their concerns.

**T**iming of interventions.

**E**ducate patients on sexual adverse effect of treatment.

**R**ecord all assessments and interventions in the medical record

(Mick et al., 2004)

Det første steget i modellen er at *sykepleieren tar opp temaet seksualitet* (Mick et al.,2004).

Videre forklarer sykepleieren at *sex er en naturlig del av livet*. Det er viktig at sykepleieren normaliserer det å samtale om seksualitet ved å forklare pasienten at det er naturlig å ha bekymringer eller problemer relatert til seksualitet i møte med en kreftdiagnose. Sykepleieren setter seksualitet inn en livskvalitetskontekst og forklarer at seksualitet er en kombinasjon av individuelle følelser og atferd. Mick et al. (2004) forklarer viktigheten av at sykepleieren

legger til rette slik at pasienten kan forklare hva seksualitet betyr for han/henne og på den måten kartlegge eventuelle bekymringer eller problemer.

Neste steg er at sykepleieren forteller at ressurser er *tilgjengelig og kan tilpasses pasientens individuelle behov*. Sykepleieren kan danne seg et bilde av alvorlighetsgraden av problemene og pasientens selvstendighet med tanke på videre hjelp innenfor det aktuelle problemområdet. Det er viktig å kartlegge pasientens forestillinger om hjelpebehov fra nære relasjoner eller hjelpebehov fra helsevesenet (Mick et al., 2004).

Deretter gir sykepleieren klart uttrykk for at pasienten kan be om informasjon om seksualitet til enhver tid. Selv om pasienten gir tilbakemelding om at overlevelse er det viktigste fokuset, vil sykepleierens interesse og villighet til å bistå ved seksuelle bekymringer/problemer bidra til å åpne døren for fremtidig kommunikasjon om seksualitet i fremtiden (Mick et al., 2004).

Modellens fjerde steg er *timing av eventuelle intervensjoner* som tilpasses individuelt i forhold til pasientens behov (Mick et al., 2004). Det femte steget handler om *informasjon og veiledning knyttet til bivirkninger av diagnose og behandling*. I følge pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 3-2 vises det til at pasienten skal ha informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin egen helsetilstand og innholdet i helsehjelpen, i tillegg til informasjon om mulige risikoer og bivirkninger (pasient- og brukerrettighetsloven [pbrl], 1999). De juridiske kravene for helsepersonells yrkesutførelse poengterer viktigheten av dette steget i modellen. Sykepleieren bør først kartlegge hvilke kunnskaper pasienten har om symptomer relatert til kreftbehandlingen som kan virke inn på seksualiteten. Pasientens opplevelser av endringer i seksualitet under/etter kreftbehandling kartlegges deretter. Videre gir sykepleieren informasjon om ulike bivirkninger av kreftbehandling og hvorfor bivirkningene skjer. I tillegg gis informasjon om hvilke bivirkninger pasienten kan oppleve i fremtiden (Mick et al., 2004). Informasjon og veiledning bør gis på en slik måte at det tilrettelegges for at pasienten kan vedlikeholde, eller gjenoppta seksuelle aspekter i forhold til seksuelle partnere (Mick et al., 2004). Modellen siste steg beskriver *sykepleierens dokumentasjonsplikt*. Dokumentasjonsplikten beskrives i helsepersonelloven (1999) § 39-40, hvor det påpekes at helsepersonell har plikt til å føre journal som samsvarer med god yrkesskikk og inneholder relevante opplysninger om pasienten og helsehjelpen pasienten

mottar (Helsepersonelloven [hpl], 1999). Sykepleieren sammenfatter kartleggingen til slutt og dokumenterer den, i tillegg til å opprette relevante sykepleiediagnoser- og tiltak (Mick et al., 2004). Pasienten har rett til å få utarbeidet en individuell plan for pleie og behandling (pbrl, 1999).

### 3.3 Seksualitet: Brystkreft og behandling.

I 2015 ble 3415 kvinner i Norge diagnostisert med brystkreft. Dette er en dobling av antall krefttilfeller sammenliknet med forekomsten i 1957 (Kreftregisteret, 2015). Brystkreft rammer først og fremst kvinner over 50 år, men også menn kan bli rammet.

Gjennomsnittsalderen ved stilt diagnose er på 59 år. Risikoen for å få brystkreft øker med alderen, men forekommer også hos kvinner under 30 år (Naume, Holmen & Schlichting, 2015). Selv om forekomsten har økt er overlevelsen blant de brystkreftrammede bedret. 9 av 10 som blir diagnostisert med brystkreft er i live 5 år etter at diagnosen er stilt. Ved utgangen av 2014 var det omtrent 43000 kvinner og menn som hadde blitt friske eller som levde med brystkreft i Norge (Kreftregisteret, 2015). Å bli rammet av kreft kan ha innvirkninger på seksuallivet selv om diagnose og behandling ikke har direkte innvirkning på kroppens fysiske funksjoner. Engstelse, uro, sinne, nedsatt almenntilstand og svekket selvbilde er vanlige følelser som kan oppstå ved kreftsykdom (Kreftforeningen, 2015).

Brystkreft behandles blant annet med kirurgi, strålebehandling, cytostatika (kjemoterapi) eller hormonbehandling. Slik kreftbehandling hindrer ikke pasienten i å være seksuelt aktiv, men behandling eller kombinasjonsbehandling kan gi mange bivirkninger og kan for noen pasienter oppleves som verre å leve med enn kreftsykdommen. Kreftbehandling kan blant annet medføre tretthet, smerter, kvalme, avmagring, hårtap, depresjon som alle påvirker seksualiteten negativt (Sundbeck, 2013, s. 84). Nedsatt seksuell lyst og bekymringer i forhold til *kroppsbilde* er også følelser som kan virke inn på seksualiteten (Kreftforeningen, 2015). Som begrep handler kroppsbilde om et individs forestillinger om- og opplevelsen av egen kropp. Kroppsbilde er ofte knyttet til selvfølelse og trygghet på egen *identitet* (Malt, 2016). Identitet handler om et individs opplevelse av å være seg selv som helhet over tid (Solvoll, 2014).

Nedsatt lyst kan også forbindes med redusert lubrikasjon av slimhinnene i skjeden. Dette kan føre til smerter under samleie. Ofte henger denne bivirkningen sammen med hormonell behandling som kan føre til at pasienten kommer tidlig i overgangsalderen og dermed kan også kvinnens fertilitet påvirkes. Tørrhet og ubehag rundt kjønnsleppene og klitoris kan også være et resultat av hormonbehandling og dette kan føre til endret opplevelse –eller fravær av orgasme (Kreftforeningen, 2015; Sundbeck, 2013, s. 94).

Kvinnebrystet er nødvendig for å kunne amme barn, men har også en symbolverdi i forhold til den kvinnelige kroppen. Brystene spiller en viktig rolle i forhold til kjønnsidentitet, seksualitet og seksuell utfoldelse (Sundbeck, 2013 s. 94). Seksuell lyst eller seksuell evne er fysiologisk uavhengig av brystene og kroppen har mange andre seksuelt følsomme områder. Allikevel har brystene ofte en betydning for kvinnen som seksuelt vesen (Kreftforeningen, 2015).

### 3.4 Behovet for seksualitet: Pasientperspektiver.

#### 3.4.1 Brystkreftpasienters opplevelser av endringer i seksualitet.

Kvinner som blir diagnostisert med brystkreft og som mottar eller har mottatt brystkreftbehandling opplever at seksualiteten endrer seg. I studien til Ussher et al. (2012) pekte de 1950 kvinnene i undersøkelsen på en rekke forskjellige måter brystkreft og brystkreftbehandling virket inn på deres seksualitet. Fysiologiske endringer som redusert vaginal lubrikasjon relatert til smerter under samleie, tidlig overgangsalder, hetetokter, vansker eller fravær av å oppnå orgasme, bivirkninger av medikamenter, tap av følsomhet: bryst, vektøkning, hårtap, fravær av lyst og lymfeødem ble identifisert (Ussher et al., 2012). Kvinnene opplevde også en rekke psykologiske og psykososiale endringer som påvirket seksualiteten. Slike endringer ble identifisert som trøtthet, følelsen av å være lite attraktiv, ubehag ved å vise frem kroppen, tap av selvtillit, depresjon/angst, angst for samleie, frykt, endringer i forholdet til partner, tap av identitet, sinne, skyld og skam (Ussher et al., 2012). Omtrent en tredjedel av kvinnene utdypet negative emosjonelle konsekvenser relatert til seksualitet, og beskrev at de følte seg ødelagt, deprimert, forvirret, urolig, sjokkert,

overrasket, frustrert, traumatisert og demoralisert. Disse følelsene var assosiert med manglende seksuell interesse og manglende nytelse av samleie (Ussher et al., 2012).

### 3.4.2 Brystkreftpasienters behov for sykepleie.

I Studien til Ussher et al. (2013) hadde mindre enn halvparten av deltakerne fått informasjon om seksualitet etter brystkreft av helsepersonell. Pasientene som hadde mottatt informasjon, hadde fått informasjon om bivirkninger av brystkreftbehandling relatert til seksuelt velvære, kroppslige endringer, brystrekonstruksjon, kroppsbilde, og seksuell funksjon, og pasienter rapporterte at informasjonen hadde moderat kvalitet. Flertallet av brystkreftpasientene ønsket å motta informasjon fra helsepersonell om seksualitet knyttet til diagnose og behandling og mange utdypet hvilke området innenfor seksualitet de ønsket informasjon. Behovet for informasjon ble utdypet innenfor ulike aspekter av seksualitet som fysiske endringer, psykososiale konsekvenser og bekymringer i forhold til selvbilde og kroppsbilde. De fleste ønsket å motta informasjon via hefter/brosjyrer, hjemmesider, eller nyhetsbrev. Svært få pasienter i studien til Ussher et al. (2013) ønsket å motta verbal informasjon fra helsepersonell. Noen pasienter hadde forsøkt å stille spørsmål om endringer i seksualitet som følge av brystkreftbehandlingen. Opplevelsen deres var at helsepersonell enten hadde respondert med ubehag omkring temaet eller ikke vist interesse for problematikken (Ussher et al., 2013).

I studien til Flynn et al. (2012) mente flertallet av pasienter at å diskutere seksuelle problemstillinger med onkologisk helsepersonell var viktig. Hvorvidt de hadde mottatt informasjon om endringer i seksualitet varierte med type kreftdiagnose. 29% av pasientene med brystkreft hadde mottatt slik informasjon fra helsepersonell, sammenliknet med 79% av prostatakreft-, 23% av lungekreft- og 39% av kolorektalkreftpasienter (Flynn et al. 2012). Pasientene i studien til Flynn et al. (2012) anså det som viktig med informasjon om seksualitet ettersom det kunne ha forberedt dem på bivirkninger av behandling som kunne virke inn på seksualiteten.

Rasmusson et al. (2013) spurte pasientene om de hadde mottatt informasjon om endringer i aspekter av seksualitet knyttet til fertilitet, seksuell lyst og seksuell funksjon. Opp imot halvparten av alle pasientene hadde ikke mottatt informasjon om slike endringer. Det var forskjeller i pasientenes ønsker knyttet til type informasjon og den informasjonen som ble gitt. Et vesentlig høyere antall menn enn kvinner fikk informasjon om hvilke effekter kreft og kreftbehandling kan ha på fertilitet og seksuell lyst. I gruppen med brystkreftpasienter hadde 29% av kvinnene ønsket informasjon i bredere forstand enn det som hadde blitt gitt.

Pasientene hadde forventninger av å samtale om seksualitet med helsepersonell i en bredere forstand ettersom kreftsykdommen hadde medført endringer i selvilde og endringer i intime og seksuelle aspekter av livet. Dette var uavhengig av alder, kjønn, kultur, kreftdiagnose og sivilstatus (Rasmusson et al., 2013).

Mange av pasientene i studien til Hordern & Street (2007) følte at deres behov knyttet til seksualitet og intimitet ble ignorert av helsepersonell, spesielt når de søkte etter informasjon og praktiske råd. Pasientene etterlyste også emosjonell støtte i forhold til å tilpasse seg opplevelsen av endret selvfølelse. Noen av pasientene var av den oppfatning at overlevelse var viktigere enn endringer i seksualitet. Denne gruppen viste seg å respondere godt på en medisinsk tilnærming av informasjon hvor fokuset var på fysiologiske endringer som virket inn på seksuell funksjon. Flere pasienter hadde opplevd at helsepersonell adresserte behovet for seksualitet med humor, noe som påvirket pasienten negativt. Svært mange pasienter var bekymret for om fysiske og emosjonelle endringer knyttet til seksualitet var normale.

Pasientene i denne gruppen opplevde at helsepersonell ikke snakket om endringer i seksualitet knyttet til kreft og antok dermed at det ikke var normalt å oppleve seksuelle endringer. Noen pasienter var veldig åpne med helsepersonell og svært medvirkende i sin behandling. Disse pasientene konstaterte tidlig overfor helsepersonell at deres kjærlighetsforhold, seksualitet og intimitet var det viktigste i livet deres, ikke bare fysisk, men også mentalt. Disse pasientene stilte krav til helsepersonell om å ikke bare fokusere på overlevelse men også å lære dem å tilpasse seg og leve med endringer i seksualitet som følge av kreft- og kreftbehandling (Hordern & Street, 2007).

### 3.5 Behovet for seksualitet: Helsepersonellperspektiver.

I studien til Krouwel et al. (2015) mente flertallet av sykepleiere at kreftpasienter opplevde én eller flere endringer i seksuell funksjon relatert til diagnose eller behandling. Kun 20% av sykepleierne diskuterte seksuell funksjon med sine pasienter rutinemessig, og til sammen halvparten diskuterte seksuell funksjon sjeldent, aldri eller i halvparten av tilfellene. På en annen side var 87% av sykepleierne enige i at å diskutere seksuell funksjon er en del av deres ansvarsområde. Dersom sykepleiere diskuterte seksuell funksjon med sine pasienter handlet det i hovedsak om å nevne bivirkninger av kreftbehandling relatert til seksuell funksjon. Sykepleierne svarte også på om de trodde ansvarlig behandler diskuterte seksuell funksjon med pasienter. 74% forestilte seg at behandler aldri, sjeldent eller i halvparten av tilfellene diskuterte seksuell funksjon med pasientene. Med tanke på pasientenes alder viste det seg at flere sykepleiere snakket med yngre pasienter om seksuell funksjon enn med eldre pasienter, men fortsatt ikke rutinemessig. Over halvparten av sykepleierne diskuterte aldri, eller sjeldent seksuell funksjon med pasienter over 60 år (Krouwel et al., 2015). Det ble funnet vesentlige forskjeller relatert til forekomsten av slike samtaler, avhengig av erfaring, kunnskap, alder, utdanning og rutiner for avdelingen. Barrierer for slike samtaler inkluderte mangel på trening i å ha tematiserte samtaler om temaet, tilstedeværelsen av en 3.person (eks. partner eller pårørende), eller manglende innfallsvinkel eller motiv for å adressere temaet (Krouwel et al., 2015).

Resultater av studien til Horden & Street (2007) viste at flertallet av helsepersonellet hadde en oppfatning om at pasientene var mest opptatt av prognose/overlevelse og antok dermed at pasientene delte deres syn uavhengig av fysiologiske- og psykologiske innvirkninger på pasientenes seksualitet og seksuelle forhold. Majoriteten av helsepersonell rapporterte at dersom temaet seksualitet ble adressert, var fokuset på seksualitet i medisinsk kontekst innenfor områdene fertilitet, prevensjon, overgangsalder eller erektil funksjon. Mange antok at noen andre i behandlingsapparatet ville adressere temaet seksualitet, samtidig som flere beskrev at de ikke var komfortable med å diskutere seksualitet med pasienter. Flere begrunnet også unngåelse av temaet, som mangel på tid eller mangel på privat atmosfære i avdelingen. Helsepersonell unngikk også samtaler om seksualitet i frykt for kollegers og



pasienter negative reaksjoner på å samtale om seksualitet under kreftbehandling (Hordern & Street 2007).

Olsson et al. (2012) undersøkte sykepleieres forestillinger knyttet til å samtale om seksualitet med pasienter. Sykepleierne var i den oppfatning om det burde snakkes mer om seksualitet, men vanligvis ble det ikke gjort. De få gangene det ble snakket om seksualitet hadde samtalen utgangspunkt i pasientens seksuelle problemer relatert til kreftdiagnose og kreftbehandling. Mange sykepleiere var usikre på hvem, når og hvordan samtaler om seksualitet skulle utføres (Olsson et al., 2012). Sykepleiernes kunnskaper og holdninger påvirket forekomst og innhold i samtaler og flere pekte på organisering av avdelingen som et hinder (Olsson et al., 2012). Å samtale om seksualitet ble ikke oppfattet som en del av sykepleiernes daglige rutiner og flere var i tvil om slike samtaler med pasienter var en del av deres ansvarsområde. Mange av sykepleierne mente at andre i behandlingsskjeden ville ta ansvar for å snakke med pasientene om seksualitet. Dersom problemene var relatert til fysiologiske endringer var det behandler som burde snakke med pasientene om endringer i seksualitet (Olsson et al., 2012). Sykepleierne hadde et generelt syn på kreft og seksualitet som tabuemner. De synes det var vanskelig å snakke med pasientene om seksualitet og forklarte at dette hadde sammenheng med den lave forekomsten av slike samtaler (Olsson et al., 2012). Flere sykepleiere pekte også på organisering og rutiner på avdelingen som hinder for samtaler om seksualitet. Sykepleierne pekte på faktorer som korte pasientopphold, mangel på kontinuitet av sykepleie, mangel på tid og rom og en kultur hvor lengre samtaler med pasienter ikke var prioritert (Olsson et al., 2012).

## 4.0 DISKUSJON

Jeg vil i dette kapittelet gjøre et forsøk på å besvare problemstillingen ved drøfte anvendelsen av BETTER-modellen i lys av Watsons omsorgsteori, relevant litteratur og forskningsresultatene som belyser brystkreftpasienters opplevelser av endringer i seksualitet og deres behov for sykepleie relatert til seksualitet, i tillegg til hvordan sykepleiere imøtekommer brystkreftpasienters behov for seksualitet i klinisk praksis. Problemstillingen er: *”Hvordan kan sykepleieren bidra til å ivareta behovet for seksualitet hos brystkreftpasienter?”*.

### 4.1 Adresser behovet for seksualitet!

Et samtaleverktøy som BETTER-modellen kan anvendes for å få en strukturert tilnærming til temaet seksualitet, samtidig som man får en retningslinje for det sykepleiefaglige ansvarsområdet. BETTER-modellens første steg er *”Bring up the topic”* (Mick et al., 2004). Ifølge Watson (2008) er ivaretagelse seksualitet ett av flere menneskelige behov som krever omsorg og ifølge yrkesetiske retningslinjer har sykepleieren et etisk ansvar for å ivareta pasientens behov for helhetlig omsorg (NSF, 2011). Da jeg startet sykepleieutdanningen inngikk ikke seksualitet som del av pensumlitteraturen som omhandlet grunnleggende menneskelige behov, representert ved boken *Grunnleggende sykepleie -grunnleggende behov* (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2014). I forbindelse med denne oppgaven kikket jeg over den nyeste utgaven av den samme fagboken og så at Gamnes (2016) sitt kapittel om ”seksualitet og helse” var blitt integrert som en del av innføringen av menneskets grunnleggende behov for sykepleiestudenter (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø 2016). I forordet til den nye utgaven nevner ikke redaktørene denne endringen (Kristoffersen et al., 2016). Tidligere hadde kapittelet tittelen ”Seksualitet og nærhet” og ble presentert i et annet bind som omhandler pasientfenomener og livsutfordringer (Gamnes, 2012). Endringen av seksualitet fra pasientfenomen til grunnleggende behov, viser til en positiv utvikling som er i tråd med helse- og omsorgsdepartementet (2016) sin strategi i forhold til å fremme seksualitet og seksuell helse i helsetjenesten, og det ville vært faglig interessant å få utdypet redaktørenes redaksjonelle begrunnelse for endringen av kapittelet om seksualitet.

Watson (2008) poengterer at seksualitet er et behov som krever omsorg, og for å kunne bidra til å ivareta pasientens seksualitet må sykepleieren ha kunnskap om pasientens opplevelse av seksualitet og eventuelle bekymringer eller problemer (Watson, 2008). Dersom man ikke samtaler med pasienten om seksualitet eller integrerer kartlegging av behovet for seksualitet som en rutine i avdelingen vil man heller ikke få kunnskap om pasientens behov for sykepleie på dette området. I møte med brystkreftpasienter og kartlegging av behovet for seksualitet, vil dette si at det er vesentlig at sykepleieren adresserer seksualitet i pasientsamtaler.

Ifølge nordeuropeiske studier er sykepleiere enig i at pasientsamtaler om seksualitet og seksuelle problemstillinger er underlagt deres ansvarsområde. Likevel viser studiene at slike samtaler sjeldent finner sted i avdelingen (Krouwel et al., 2015; Olsson et al., 2012). Dette er i sterk kontrast til pasienters behov knyttet til seksualitet (Flynn et al., 2012; Hordern & Street, 2007; Rasmusson et al., 2013; Ussher et al., 2012). Samtlige forskningsresultater peker på at pasienter har et behov for å samtale om seksualitet med helsepersonell. Hvorvidt slike pasientsamtaler forekommer i praksis knyttes opp imot ulike årsaksforhold. Noen av disse årsaksforholdene er sykepleieres kunnskaper og holdninger (Hordern et al., 2007; Krouwel et al., 2015; Olsson et al., 2012).

Ifølge Watson (1988/2007) er det viktig at sykepleieren er bevisst på sine egne sterke og svake sider, i tillegg til å ha forståelse for hvem pasienten er og kjennskap til pasientens styrker og svakheter for å kunne yte helhetlig omsorg. Slik jeg tolker Watson vil dette også være et premiss for seksualitet som menneskelig behov. Dersom sykepleieren har negative holdninger, oppfatninger eller et ubevisst syn på seksualitet som menneskelig behov, vil dette kunne påvirke sykepleierens yrkesutførelse knyttet opp til pasientens seksuelle problemstillinger. Dette kan eksemplifiseres av Hordern et al. (2007) sine funn hvor kreftpasienter rapporterte at helsepersonell ofte ignorerte deres behov knyttet til seksualitet og intimitet, spesielt i søken etter informasjon og praktiske råd. I den samme studien fant Hordern et al. (2007) ut at helsepersonell ofte antar at noen andre i behandlingsapparatet vil

adressere behovet for seksualitet ovenfor pasienten og derfor tas ikke temaet opp.

Helsepersonell ga også uttrykk for stor usikkerhet rundt det å samtale om seksualitet. Dette samsvarer med funnene til Ussher et al. (2013) hvor brystkreftpasienter opplevde at helsepersonell reagerte med ubehag eller fravær av interesse for å samtale med dem om seksualitet. Dette bekrefter på mange måter at det finnes negative holdninger og usikkerhet til seksualitet som tema i pasientsamtaler i helsetjenesten, og indikerer at bevisstgjøring av egne holdninger til seksualitet, slik Watson (2008) forutsetter for å kunne yte helhetlig omsorg er viktig for å kunne ivareta pasientens individuelle behov.

Bruk av BETTER-modellen forutsetter at man *har* kunnskap om seksualitet som begrep i tillegg til kunnskap om hvordan kreft påvirker pasientgruppens seksualitet. En kritikk til modellen kan være at den ikke beskriver nødvendigheten av sykepleierens avklaring i forhold til kunnskaper og holdninger til seksualitet i forkant (Hordern, 2008). For at pasientsamtaler om seksualitet *oftere* skal forekomme i praksis, kan det være hensiktsmessig at sykepleieren selv har et bevisst forhold til seksualitet som menneskelig behov, i tillegg til avklaring av eget syn og holdninger knyttet til seksualitet, slik som Watson (2008) forutsetter helhetlig omsorg. En tankegang som Watsons (2008) vil kunne bidra til å bryte ned egne og andres fordommer mot seksualitet. Bevisstgjøring av egne holdninger og kunnskaper knyttet til seksualitet kan være hensiktsmessig før anvendelse av BETTER-modellen, slik at man kan adressere seksualitet som tema og imøtekomme pasienten på en åpen, trygg og profesjonell måte.

I følge Ussher et al. (2012) har kvinner et aktivt sexliv og behov for seksualitet i alle aldre. Gjennomsnittsalderen i studien var på 54 år, men aldersvariasjonen hadde et spenn på 18- 84 år, hvor nesten alle de 1950 kvinnene som deltok rapporterte at brystkreft hadde påvirket seksuell aktivitet, overskudd til å ha sex, seksuell opphisselse, å føle seg seksuelt attraktiv, svekket nytelse relatert til smerter under samleie, tilfredsstillende av sex og intimitet (Ussher et al., 2012). Dette utfordrer holdninger om at eldre kvinner ikke er opptatt av seksualitet og seksuelle problemstillinger, noe jeg erfarte som student i praksis. Mine erfaringer fra praksisstudier samsvarer med funnene til Krouwel et al. (2015) hvor flertallet av sykepleiere som deltok i studien aldri eller sjeldent diskuterte seksuell funksjon med pasienter over 60år. Som student i praksis observerte jeg også holdninger om at det å snakke om seksualitet

med kreftpasienter ble oppfattet som upassende med tanke på at pasientene var rammet av alvorlig sykdom. Dette står i kontrast til samtlige forskningsresultater innhentet i oppgaven (Hordern & Street, 2007; Flynn et al., 2012; Rasmusson et al., 2013; Ussher et al., 2012). Funn fra de ulike studiene viser til at pasienter anser det som viktig å samtale med helsepersonell om ulike aspekter av seksualitet før, under eller etter kreftbehandling.

Rasmusson et al. (2013) peker på at menn får mer informasjon om hvordan kreft- og kreftbehandling kan påvirke seksualitet og seksuell funksjon enn kvinner (Rasmusson et al., 2013). I studien til Rasmusson et al. (2013) hadde et vesentlig høyere antall menn enn kvinner fått informasjon om hvilken effekt kreft og kreftbehandling kan ha på fertilitet og seksuell lyst (Rasmusson et al., 2013). Dette kan knyttes opp mot funn i fra studien til Flynn et al. (2012) hvor 79% av menn med prostatakreft fikk informasjon om endringer i seksualitet, sammenlignet med 29% av kvinner med brystkreft. Slike funn peker på holdninger knyttet til prioritering av seksuelle behov ut ifra kjønn. I helse- og omsorgsdepartementets strategi for seksuell helse trekkes WHO (2006a) sin arbeidsdefinisjon av seksuelle rettigheter frem. I de seksuelle rettighetene, som baserer seg på menneskerettighetene, trekkes det frem verdier som: «retten til likhet og likebehandling», men i helse- og omsorgsdepartementet (2016) sin nye strategi løftes ikke holdninger som forskjellsbehandler kvinner og menns seksualitet frem, selv om stragien søker å bidra til og motvirke fordommer, tabuer og stigmatisering av seksualitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Nordisk forskning antyder at sosial ulikhet i forhold til adressering av seksuelle behov knyttet til kjønn kan forekomme (Rasmusson et al., 2013). Funnene til Rasmusson et al. (2013) antyder viktigheten av at helsepersonell aktualiserer seksualitet som behov uavhengig av kjønn for å fremme retten til likhet og likebehandling i helsetjenesten.

#### 4.2 Seksualitet som en naturlig del av livet.

Ved å anvende BETTER-modellen på den måten Mick et al. (2004) legger opp til ilegges begrepet seksualitet tyngde i forhold til kroppsbilde, identitet, sosiale relasjoner, velvære, seksuell funksjon og livsutfoldelse. I BETTER-modellens andre steg' *Explain that sex is a*

*part of life*”, oppfordres sykepleieren til å fremme et syn på seksualitet som noe mer enn seksuell funksjon (Mick et al., 2004). Mick et al. (2004) poengterer at dette er et viktig moment hvor sykepleieren kan danne et mindre sensitivt utgangspunkt for samtalen, ved å forklare at det er naturlig å ha bekymringer eller problemer knyttet til seksualitet i møte med en kreftdiagnose. Dette åpner opp for at pasienten kan dele sine subjektive opplevelser i samtale med sykepleieren. Ved å anvende BETTER-modellen i slik forstand, skapes det en mulighet for en gjensidig relasjon hvor sykepleieren ikke er paternalistisk ovenfor pasienten. Seksualitet fremmes på den måten som en naturlig del av mennesket og livet – det er en del av pasienten så vel som en del av sykepleieren. Dette er i tråd med Watsons (1988/2007) syn på sykepleier- pasientrelasjonen, hvor Watson forfekter omsorg som en medmenneskelig prosess som fremmer intersubjektivitet (Watson, 1988/2007). Det korrelerer også med Watsons (2008) syn på at seksualitet er en del av menneskets fysiske- så vel som psykologiske- og psykososiale- behov, et syn som reflekterer WHO (2006a) sin definisjon av seksualitet som begrep. I dette momentet av BETTER-modellen har sykepleieren mulighet til å utøve sin støttende funksjon knyttet til seksualitet som behov (Watson, 2008). Ved at sykepleieren forklarer de ulike aspektene av seksualitet som en naturlig del av livet, og poengterer at seksualitet oppleves individuelt kan sykepleieren bidra med støtte og forståelse dersom pasienten opplever motstridende følelser eller problemer relatert til seksualitet.

#### 4.3 Individuell tilrettelegging.

Neste steg i BETTER-modellen er «*Tell patients that recourses are available to address their concerns*» (Mick et al., 2004). Mick et al. (2004) poengterer at sykepleieren tilstreber å tilegne seg kunnskap om alvorlighetsgraden av bekymringene eller problemene til pasienten i tillegg til pasientens selvstendighet i forhold til videre hjelp på det aktuelle området (Mick et al., 2004). Mick et al. (2004) forklarer også at det er viktig at sykepleieren kartlegger pasientens forestillinger om hjelpebehov fra nære relasjoner eller hjelpebehov fra helsevesenet (Mick et al., 2004). Sykepleieren kan ta opp pasientens problematikk med ansvarlig behandler som kan henvise pasienten videre for aktuell helsehjelp. I min praksisperiode på Oslo Universitetssykehus fikk jeg blant annet kjennskap til *seksjon for psykososial onkologi* som er sammensatt av tverrfaglig personale, blant annet

sexolog, psykiatrisk sykepleier, psykiater og psykolog (Oslo Universitetssykehus, udatert). Dette er en god ressurs for pasienter som trenger videre oppfølging eller behandling av psykososiale aspekter av livet. Sykepleieren kan være en nøkkelperson som setter pasienten i kontakt med videre hjelp eller informerer pasienten om de ulike mulighetene for oppfølging, dersom pasientens problemer knyttet til seksualitet ligger utenfor sykepleiers fagfelt.

I følge studien til Hordern & Street (2007) forventet kreftpasienter at helsepersonell skulle adressere seksualitet i en bredere forstand enn fysiologisk innvirkninger, dette korrelerer med funnene til Rasmusson et al. (2013). Pasientene i studien til Rasmusson et al. (2013) pekte på endringer i selvbylde og ulike intime og seksuelle aspekter av livet. Dette var uavhengig av kjønn, kultur, kreftdiagnose og sivilstatus. Pasientene etterlyste også emosjonell støtte for å kunne tilpasse seg endret selvfølelse som følge av kreft og kreftbehandling (Hordern & Street, 2007). Dette er et viktig moment hvor sykepleieren har mulighet til å bidra til å ivareta pasientens behov, i og med at brystkreft kan medføre emosjonelle og psykologiske reaksjoner som kan virke inn på identitet og kroppsbilde, for eksempel følelsen av å være mindre kvinnelig eller seksuelt uattraktiv (Ussher et al., 2012). Watson fremhever sykepleieren som en som kan bistå pasienten med støtte for å fremme pasientens selverkjennelse, selvkontroll og selvhelbredelse uansett den aktuelle helsetilstand (Watson, 1988/2007). Ved å hjelpe brystkreftpasienter med å tilpasse seg endret selvfølelse og mestre forandringer i seksualitet som kreftbehandlingen har medført kan sykepleieren tilstrebe Watsons verdier som knyttes til troen på menneskets iboende kraft og evne til forandring (Watson, 1988/2007).

I studien til Horden & Street (2007) hadde flertallet av sykepleierne som deltok i studien en oppfatning av at pasientene prioriterte overlevelse, uavhengig av fysiologiske- og psykologiske virkninger på seksualitet eller seksuelle forhold. Selv om mange pasienter etterlyser tid og rom for å diskutere seksualitet med helsepersonell er det også viktig å påpeke at studien flere pasienter i studien til Hordern & Street (2007) var av den oppfatning om at overlevelse var viktigere enn hvorvidt kreft og kreftbehandlingen påvirket seksualiteten. Selv om pasientene anerkjente endringer knyttet til seksualitet, var det ikke ønskelig for pasienten å prioritere behovet. Mick et al. (2004) mener at dersom pasienten gir uttrykk for at overlevelse prioriteres fremfor behovet for seksualitet, bør sykepleieren likevel poengtere

overfor pasienten at det er mulighet for å stille spørsmål knyttet til seksualitet til enhver tid dersom behovet skulle melde seg, da dette kan åpne døren for fremtidig kommunikasjon om seksualitet (Mick et al., 2004).

Neste steg i BETTER-modellen er «*Timing of interventions*» og bør tilpasses individuelt i etter pasientens behov (Mick et al., 2004). Tilrettelegging av intervensjoner knyttet til samtaler om seksualitet som individuelt tilpasset informasjon eller veiledning kan være en utfordring i praksisfeltet og funn i studien til Olsson et al. (2012) pekte på organisering og rutiner på avdelingen. Selv om en avdeling øker fokuset på seksualitet ved kartlegging av pasientens behov, kan det være flere hinder i forhold tid til å samtale om temaet. Sykepleiere peker på hindringer i klinisk praksis som; korte pasientopphold, mangel på kontinuitet av sykepleie, mangel på tid og egnet sted å samtale om seksualitet og en kultur på avdelingen som prioriterer lengre samtaler med pasientene (Olsson et al., 2012). Dersom man skal kunne følge opp pasientens behov med intervensjoner som baserer seg på samtaler trenger sykepleieren tid og rom for å kunne utøve denne typen sykepleie. Min erfaring er også at lengre samtaler med pasienter er vanskelig å gjennomføre på grunn av mangel på tid eller privat atmosfære i avdelingen. Seksualitet er et sensitivt tema som krever tilrettelegging av omgivelsene og tilstedeværelse hos sykepleieren. For å fremme samtaler om seksualitet i helsetjenesten kan det ut i fra funnene til Olsson et al. (2012) være hensiktsmessig at rutinene på avdelingen tilrettelegger for at slike samtaler kan finne sted, med tanke på tilgjengelighet av egnede rom som fremmer en privat atmosfære.

#### 4.4 Informasjon og veiledning.

Steg i BETTER-modellen som tar for seg «*Educate patients on sexual adverse effect of treatment*» handler om at sykepleieren får en forståelse for hvilke kunnskaper pasienten har om symptomer relatert til kreftbehandlingen som kan påvirke seksualiteten (Mick et al., 2004). Mick et al. (2004) vektlegger at pasientens opplevelser av endringer i seksualitet under eller etter kreftbehandling kartlegges, før man gir pasienten informasjon om ulike



bivirkninger av behandlingen som relateres til seksualitet. Studien til Krouwel et al. (2015) avdekket at helsepersonell som adresserte behovet for seksualitet ofte hadde en tendens til å konsekvent fokusere utelukkende på bivirkninger av kreftbehandling ofte relatert til seksuell funksjon. Dersom sykepleierens fokus kun er relatert til fysiske endringer i forhold til seksuell funksjon i forbindelse med brystkreft og brystkreftbehandling, vil det bli vanskelig for sykepleieren å kartlegge seksualitet på en helhetlig måte i tråd med Watsons (2008) syn på helhetlig omsorg relatert til seksualitet og Mick et al. (2004) som vektlegger pasientens subjektive opplevelse av endringer i seksualitet. Ved å prioritere pasientens subjektive opplevelser og kunnskaper om aktuelle bivirkninger utøver sykepleieren omsorg ved å opptre medmenneskelig og interessert i pasientens opplevelse. Dette styrker sykepleier-pasientrelasjonen og kan fremme tillit.

Ved å kartlegge pasientens opplevelser og kunnskaper om brystkreft og brystkreftbehandlingen kan sykepleieren tilegne seg kunnskap som fremmer individuell tilrettelegging av informasjonen som skal gis. På den måten kan man unngå å gjengi fakta som pasienten allerede har kunnskap om. For å kunne gi informasjon og veiledning i forhold til pasientens individuelle behov for seksualitet, slik som Watson (2008) beskriver sykepleierens funksjon i relatert til seksualitet, er det en forutsetning at seksualitet som begrep forstås og anvendes i bredere forstand en seksuell funksjon. Seksualfunksjon er en viktig del av kartleggingen, men kun ett av flere viktige aspekter i et individs seksualitet.

Pasienter oppgir at de ønsker informasjon om ulike aspekter av seksualitet blant annet emosjonelle, psykologiske og psykososiale faktorer. Endringer i seksualitet tilknyttet disse faktorene dekkes ikke av et syn på seksualitet som utelukkende kan relateres til seksuell funksjon. Selv om brystkreft- og behandling ikke nødvendigvis virker inn på seksuell funksjon, kan allikevel kvinner med brystkreft oppleve engstelse, nedsatt almenntilstand, depresjon, angst, smerter og kvalme (Kreftforeningen, 2015; Sundbeck, 2013, s.84). Disse opplevelsene kan igjen påvirke seksualiteten negativt som opplevelsen av nedsatt seksuell lyst, forstyrrelser i identitet og kroppsbilde, samt frykt for avvisning i parforhold eller intime relasjoner (Kreftforeningen, 2015; Ussher et al., 2012). Det er også viktig å påpeke at

pasienter har ulike behov i forhold til hvordan informasjon distribueres. I studien til Flynn et al. (2012) synes pasientene at det var viktig å samtale med helsepersonell om seksualitet, dette korrelerer med funnene til Rasmusson et al. (2013). På en annen side ga flertallet av pasientene i studien til Hordern & Street (2007) uttrykk for at de hovedsakelig ikke ønsket verbal informasjon, men heller ønsket informasjon distribuert via hefter, brosjyrer, hjemmesider eller nyhetsbrev. Dette poengterer at pasienter har ulike behov for informasjon, både med tanke på innhold og måten informasjon gis. Sykepleieren kan være bevisst på at informasjon kan gis på forskjellige måter og tilrettelegge for at informasjon gis på den måten pasienten er mest komfortabel med.

Selv om forskning peker på at sykepleiere adresserer behovet for seksualitet, ofte knyttet opp til seksuell funksjon relatert til bivirkninger av behandling, viser forskningsfunn at samtaler om seksualitet om dette forekommer i lav grad (Rasmusson et al., 2013). Rasmusson et al. (2013) viser til at nesten halvparten av alle deltakerne i studien *ikke* hadde fått informasjon om hvordan kreftbehandlingen kunne påvirke fertilitet, seksuell lyst og seksuell funksjon. Dette er viktig å påpeke med tanke på juridiske krav i forhold til informasjonsplikt, da helsepersonell har plikt til å gi informasjon til pasienter i tråd med pasientens rettigheter til å motta informasjon (hpl, 1999; pbrl; 1999). Pasienten skal ha informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin egen helsetilstand og innholdet i helsehjelpen, i tillegg til informasjon om mulige risikoer og bivirkninger (pbrl, 1999). Ut ifra de juridiske kravene har pasienten rett til å få informasjon om bivirkninger av behandling som kan føre til endringer i seksualitet, men også informasjon som om psykologiske og psykososiale innvirkninger av behandlingen. Funnene til blant annet Rasmusson et al. (2013) belyser at helsepersonell ikke alltid gir tilstrekkelig informasjon om endringer i seksualitet knyttet til kreftbehandling. Siden funnene til Rasmusson et al. (2013) er gjort i Sverige kan ikke funnene direkte relateres til norsk praksis, men funnene *kan* peke mot at norsk praksis også kan ha utfordringer knyttet til seksualitet og informasjon for å imøtekomme juridiske krav i tråd med norsk lovverk.

#### 4.5 Dokumentasjon.

Det siste steget i BETTER-modellen handler om sykepleiefaglig dokumentasjon og Mick et al. (2004) forklarer at kartleggingen skal sammenfattes og dokumenteres, samtidig som man oppretter relevante sykepleiediagnoser og tiltak. Ved å integrere dokumentasjon i BETTER-modellen, fungerer ikke bare modellen til Mick et al. (2004) som et samtaleverktøy, den fungerer også som et verktøy som fremmer kvalitet og kontinuitet i sykepleien slik som NSF (2017) beskriver i sin veileder for klinisk dokumentasjon av sykepleie. For at andre sykepleiere skal kunne følge opp pasienten med tanke på kontinuitet og kvalitet på pleien, er det viktig at informasjon som samles inn under samtalen om seksualitet dokumenteres i pasientens journal, samtidig som man bekrefter at pasienten har fått relevant informasjon. NSF (2017) konstaterer at sykepleiefaglig kartlegging skal danne et grunnlag for pasientens pleie med utgangspunkt i blant annet pasientens opplevelse av den aktuelle situasjonen i tillegg til pasientens eventuelle problemområder ved innleggelse. Dette er utgangspunktet for pasientens individuelle pleie og behandlingsplan. For å få tilgang til denne informasjonen, er vi tilbake ved starten av denne drøftingen: *adresser behovet for seksualitet!*

## 5.0 KONKLUSJON

For å kunne ivareta behovet for seksualitet, er det viktig at sykepleieren adresserer seksualitet som tema i pasientsamtaler. Forskningsresultater peker på at brystkreftpasienter opplever en rekke endringer i seksualitet knyttet opp mot emosjonelle-, psykologiske-, psykososiale- og fysiologiske endringer av seksualitet i møte med kreftdiagnose og kreftbehandling.

Forskningsfunn peker på at brystkreftpasienter har behov for samtale, informasjon og støtte i forhold til opplevelsen av endringer i seksualitet, samtidig som helsepersonells mangel på kunnskap og holdninger påvirker forekomsten av samtaler om seksualitet. Sykepleieren har en støttende, informerende og veiledende funksjon ifølge Watsons syn på ivaretagelse av seksualitet som menneskelig behov og sett i lys av pasientenes behov for sykepleie, burde onkologiske avdelinger legge til rette slik at samtaler om seksualitet kan forekomme oftere i klinisk praksis. Dersom sykepleiere har lite kunnskap og negative holdninger til seksualitet, vil dette kunne påvirke pasientens pleie. Negative holdninger kan knyttes opp mot fordommer relatert til seksualitet som begrep, seksualitet og kreft, alder og kjønn. Det er viktig at sykepleieren har et bredt syn på seksualitet som begrep, forklarer at seksualitet er en naturlig del av det å være menneske og skaper rom for at pasienten kan dele sine subjektive opplevelser av seksualitet, for å fremme samtaler om seksualitet i helsetjenesten.

Ved å integrere Watsons syn på omsorg som moralsk ideal relatert til seksualitet som menneskelig behov kan sykepleieren bli bevisst på seksualitet som begrep i tillegg til å avklare personlige barrierer i forhold til å ta opp seksualitet i pasientsamtaler. BETTER-modellen kan fungere som et godt samtaleverktøy som kan gi sykepleiere en strukturert fremgangsmåte i forhold til å kartlegge pasientens individuelle behov gjennom samtalen. I tråd med faglig forsvarlighet. Modellen åpner også opp for at sykepleieren legger til rette for en ikke-paternalistisk sykepleier- pasientrelasjon, i samsvar med Watson (1988/2007) syn på omsorg som en intersubjektiv, menneskelig prosess som danner sykepleiens moralske ideal (Watson, 1988/2007, s.39). Sykepleierens interesse for pasientens subjektive opplevelser av seksualitet, kan fremme gjensidighet i relasjonen å bygge tillit.

BETTER-modellen aktualiserer og poengterer pasientens rett til individuell pleie og rett til individuelt tilpasset informasjon. Anvendelse av modellen kan gi sykepleiere en faglig

forankret fremgangsmåte med tanke på informasjon og veiledning til brystkreftpasienter om seksualitet. På den måten kan sykepleierens yrkesutførelse knyttet opp til behovet for seksualitet utøves i tråd med Watsons syn på sykepleierens funksjon, yrkesetiske retningslinjer og juridiske krav. Sykepleieren bør være bevisst på at brystkreftpasienter ønsker å motta informasjon om seksualitet. Innholdet i informasjonen varierer ut i fra den enkelte pasients behov, også med tanke på hvordan informasjonen skal gis.

For å sikre kontinuitet og kvalitet av sykepleie er det viktig at kartlegging av pasientens behov dokumenteres på en måte som ivaretar pasientens helse og sikkerhet. BETTER-modellen integrerer dokumentasjon av kartleggingen som utføres gjennom samtalen om seksualitet og fremmer pasientmedvirkning. BETTER-modellen som samtaleverktøy kan benyttes i tråd med Watsons syn på sykepleie og seksualitet. En slik anvendelse av modellen gir sykepleieren mulighet til å bidra med tilstedeværelse, forståelse, støtte, informasjon og veiledning til brystkreftpasienter som opplever endringer i seksualiteten. Sykepleieren kan også bidra til å ivareta pasientens behov for seksualitet ved å klargjøre ovenfor pasienten at det finnes ressurser som er tilgjengelig for pasientens individuelle behov, dersom problemene har et slikt omfang at sykepleierens egen kompetanse ikke er tilstrekkelig.

Ved å ha forskningsbasert kunnskap om brystkreftpasientenes opplevelser av emosjonelle-, psykologiske-, psykososiale- og fysiologiske endringer i seksualitet, i tillegg til brystkreftpasienters behov for sykepleie knyttet til samtale, informasjon og veiledning kan sykepleiere tilegne seg et kunnskapsgrunnlag som bidrar til å imøtekomme pasientens behov knyttet til seksualitet. Dersom sykepleiere har kunnskap om Watsons syn på seksualitet som menneskelig behov i tillegg til erfaringsbasert kunnskap knyttet til bevisstgjøring av egne holdninger relatert til seksualitet, kan sykepleiere føle seg tryggere på å adressere seksualitet i pasientsamtaler. Ved å vise interesse for og prioritere brystkreftpasientens subjektive tanker og opplevelser av endringer i seksualitet knyttet til brystkreft og brystkreftbehandling kan sykepleieren fremme pasientmedvirkning og individuelt tilpasse sykepleien i forhold til brystkreftpasientens behov. Anvendelse av BETTER-modellen kan integrere disse ulike

aspektene av kunnskapsbasert praksis og på denne måten bidra til å ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg slik som NSF utdypet i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (NSF,2011).

I den systematiske innhenting av litteratur i oppgaven, kom jeg ikke over norsk forskning knyttet til brystkreft og seksualitet. Det blir spennende å følge med om norsk forskning på brystkreft og seksualitet aktualiseres i tiden som kommer. I mellomtiden er seksualitet et tema som angår oss alle, så hvorfor ikke snakke om det!

## LITTERATURLISTE

- Bjørndal, A., Flottorp, S. & Klovning, A. (2015). *Kunnskapshåndtering i medisin og helsefag* (3.utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dahlum, S. (2014). Kvantitativ Analyse. I *Store norske leksikon*. Hentet fra: [https://snl.no/kvantitativ\\_analyse](https://snl.no/kvantitativ_analyse). 18.05.17
- Flynn, K., Reese, J., Jeffery, D., Abernethy, A., Lin, L., Shelby, R., & ... Weinfurt, K. P. (2012). Patient experiences with communication about sex during and after treatment for cancer. *Psycho-Oncology*, 21(6), 594-601. doi:10.1002/pon.1947
- Gamnes, S. (2012). Nærhet og seksualitet. N.J., Kristoffersen, F. Nortvedt, E. A. Skaug (Red.) *Grunnleggende sykepleie bind 3 – pasientfenomener og livsutfordringer*. (s. 71-102). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Gamnes, S. (2016). Seksualitet og helse. N. J., Kristoffersen, F. Nortvedt, E. A. Skaug, G. H. Grimsbø (Red.) *Grunnleggende sykepleie bind 2 –Grunnleggende behov*.(3.utg) (s.373- 407). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Snakk om det! Strategi for seksuell helse* (2017-2022). Hentet fra [https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi\\_seksuell\\_helse.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf)
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell*. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
- Hordern, A., & Street, A. (2007). Constructions of sexuality and intimacy after cancer: patient and health professional perspectives. *Social Science & Medicine*, 64(8), 1704-1718.
- Hordern, A. (2008). Intimacy and sexuality after cancer: a critical review of the literature. *CancerNursing*, 31(2), E9-E17. doi:10.1097/01.NCC.0000305695.12873.d5
- Kreftforeningen (2015) Kreft og Seksualitet hos kvinnen. Hentet 15. Mai 2017 fra <https://kreftforeningen.no/globalassets/brosjyrer/seksualitet/kreft-og-seksualitet-kvinner-a5-des15w.pdf>
- Kreftregisteret. (2015). *Brystkreft*. Hentet 7. Mai 2017 fra <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Fakta-om-kreft/Brystkreft-Alt2/>
- Krouwel, E. M., Nicolai, M. J., van Steijn-van Tol, A. J., Putter, H., Osanto, S., Pelger, R. M., & Elzevier, H. W. (2015). Addressing changed sexual functioning in cancer patients: A cross-sectional survey among Dutch oncology nurses. *European Journal Of Oncology Nursing: The Official Journal Of European Oncology Nursing Society*, 19(6), 707-715. doi:10.1016/j.ejon.2015.05.005

- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug E. A. (Red.). (2014). *Grunnleggende sykepleie bind 2 – grunnleggende behov*. (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akadademisk.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug E. A. & Grimsbø, G. H. (Red.). (2016). *Grunnleggende sykepleie bind 2 – grunnleggende behov*. (3.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Malt, U. (2016). Kroppsbilde. I *Store norske leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/kroppsbilde>
- Mick, J., Hughes, M., & Cohen, M. (2004). Test your knowledge. Using the BETTER model to assess sexuality. *Clinical Journal Of Oncology Nursing*, 8(1), 84-86. doi:10.1188/04.CJON.84-86
- Naume, B., Holmen, M. M. & Schlichting, E. (2015). Brystkreft. I *Onkolex - Onkologisk oppslagsverk*: Hentet fra: <http://oncolex.no/Bryst 03.05.17>
- Norges Sykepleieforbund. (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere -*ICNs etiske regler*. Hentet 20. April 2017 fra [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)
- Norges Sykepleieforbund. (2017). Veileder for klinisk dokumentasjon av sykepleie i EPJ. Hentet 11. Mai 2017 fra [https://www.nsf.no/Content/3258400/cache=20171602103055/Veileder\\_v5.1..pdf](https://www.nsf.no/Content/3258400/cache=20171602103055/Veileder_v5.1..pdf)
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L.V. & Reinar, L. M. (2014). *Jobb kunnskapsbasert – en arbeidsbok* (2.utg.) Oslo: Akribe AS.
- Olsson, C., Berglund, A., Larsson, M., & Athlin, E. (2012). Patient's sexuality – A neglected area of cancer nursing?. *European Journal Of Oncology Nursing*, 16(4), 426-431. doi:10.1016/j.ejon.2011.10.003
- Oslo Universitetssykehus. (udatert). *Psykososial onkologi*, Seksjon (*Kreftklinikken*). Hentet 29. Mai 2017 fra [http://ous.prod.fpl.nhn.no/omoss\\_/avdelinger\\_/psykososial-onkologi-psykososiale-tjenester-og-ertering](http://ous.prod.fpl.nhn.no/omoss_/avdelinger_/psykososial-onkologi-psykososiale-tjenester-og-ertering)
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrett>
- Rasmusson, E., Plantin, L., & Elmerstig, E. (2013). 'Did they think I would understand all that on my own?' A questionnaire study about sexuality with Swedish cancer patients. *European Journal Of Cancer Care*, 22(3), 361-369. doi:10.1111/ecc.12039
- Solvoll, B. A. (2012). Identitet og egenverd. N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E. A. Skaug (Red). *Grunnleggende sykepleie bind 3- pasientfenomener og livsutfordringer* (2.utg) (s. 15-36). Oslo: Gyldendal akademisk.



- Store norske leksikon. (2009). Transcendent. I *Store Norske Leksikon*. Hentet fra:  
<https://snl.no/transcendent>
- Sundbeck, M. (2013). *Sexuell hälsa i v rden - en metodebok f r sjuksk terskor* (1.utg). Lund: Studentlitteratur AB.
- Thidemann, I. J. (2017). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter -den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2 utg.) Oslo: Universitetsforlaget.
- Tranøy, K. E. (2015). Metafysikk. I *Store norske leksikon*. Hentet fra  
<https://snl.no/metafysikk>.
- Tønnesson,  . (2013). Seksualitet. I *Store norske leksikon*. Hentet fra:  
<https://snl.no/seksualitet.11.05.17>
- Ussher, J. M., Perz, J., & Gilbert, E. (2012). Changes to sexual well-being and intimacy after breast cancer. *Cancer Nursing*, 35(6), 456-465. doi:10.1097/NCC.0b013e3182395401
- Ussher, J. M., Perz, J., & Gilbert, E. (2013). Information needs associated with changes to sexual well-being after breast cancer. *Journal Of Advanced Nursing*, 69(2), 327-337. doi:10.1111/j.1365-2648.2012.06010.x
- Watson, J. (2007). *Nursing: Human Science and Human Care –a theory of nursing*. Canada: Jones and Bartlett publishers (1. Utgivelse 1988).
- Watson, J. (2008). *Nursing: The philosophy and science of caring* (2.utg.) Colorado: Univerity Press.
- World Health Organization. (2006a). *Sexual and reproductive health: defining sexual health*. Hentet 07. Mai 2017 fra  
[http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual\\_health/sh\\_definitions/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/)

## Vedlegg 1 søkematrise.

	AND	AND	AND	AND		Treff:
OR	Female (266.081)	Adult (241.805)	Breast neoplasms (41.036)	Patient assessment (49.635)	Sexuality (24.434)	<u>Cinahl</u> : (38) +avgrensning:  Fagfellevurdert  Forskningsartikkel  Abstrakt tilgjengelig  Engelskspråklig  Publisert mellom: 01.01.07-20.04. 2017
		Middle- Age (443.069)	Neoplasms (215, 511)	Nursing assessment (15.498)	Attitude to sexuality (3110)	
		Aged, 80 and over (133.971)	Cancer Patients (31.681)	Needs assessment (10.778)	Sexual health (5023)	Resultat:(38)  <u>Medline</u> : (90) +avgrensning:  Abstract tilgjengelig  Engelskspråklig  Publisert mellom: 1.01.07-20.04. 2017)
			Oncologic nursing (12.561)	Nurse-Patient relations (1761)		Journal & Citation Subset: nursing
			Oncologic care (7908)	Communication (147.568)		Resultat: (25)
				Communication methods, total (147.568)		

## Vedlegg 2 Litteratormatrise: Cinahl.

Database:	Cinahl via EBSCO-host	Cinahl via EBSCO-host	Cinahl via EBSCO- host.	Cinahl via EBSCO-host
Forfatter/ år/land/ tittel	<b>Flynn, Reese, Jeffery, Abernethy, Lin, Shelby &amp; Weinfurt.</b> (2012) USA  <i>Patient experiences with communication about sex during and after treatment for cancer.</i>	<b>Rasmusson, Plantin &amp; Elmerstig,</b> (2013). Sverige <i>“Did they think I would understand all that on my own?” A questionnaire study about sexuality with Swedish cancer patients.”</i>	<b>Hordern&amp; Street</b> (2007) Australia.  <i>Constructions of sexuality and intimacy after cancer: patient and health professional perspectives.</i>	<b>Olsson, Berglund, Larsson &amp; Athlin,</b> (2012) Sverige.  <i>Patients sexuality -A neglected area of cancer nursing?</i>
Hensikt (mål) med studien	Å studere pasienters opplevelser i møte med onkologisk personell med tanke på seksuelle problemer under/etter kreftbehandling.	undersøke informasjon om hvordan kreft påvirker seksualiteten uavhengig av alder eller diagnose. I forhold til fertilitet, seksuell lyst og seksuell funksjon.	Å diskutere synet på intimitet og seksualitet innenfor kreft- og palliativ pleie fra pasientens og helsepersonell sin side.	Å beskrive sykepleieres forestillinger om a ha dialog med kreftpasienter om seksualitet.
Metode	Kvalitativ og kvantitativ. Samlet data fra kvalitative fokus-grupper og kvantitative data fra spørreundersøkelser.	Kvantitativ Spørreundersøkelse.	Kvalitative intervju. Semi-strukturert	Kvalitativ studie.

Resultater (Funn)	De fleste pasientene (74%) mente at samtale og diskusjon med onkologisk personell om seksuelle problemer var viktig. Om de hadde mottatt informasjon om seksuell funksjon varierte med krefttype. 23% lunge, 29% bryst, 39% kolorektal og 79% prostata.	Det var forskjeller i forhold til ønsket informasjon sammenliknet med gitt informasjon. Menn fikk i vesentlig stor grad mer informasjon enn kvinner angående fertilitet og seksuell lyst.	Inkongruens mellom helsepersonells bidrag til pasientinformasjon sammenliknet med pasientenes behov for helserelaterte samtaler om behovet for seksualitet og brystkreft.	det burde snakkes mer om seksualitet, men ofte gjøres det ikke. Om samtalen kommer i gang henger sammen med sykepleierens egenskaper: holdninger, kunnskaper og evner. Også kulturen på avdelingen spiller inn.
Kildekritikk	Tydelig problemstilling. Velegnet metode. Klart definert populasjon. Gruppen er representativ. Hvordan respondenter er plukket ut: Ja. Kvalitativ vurdering: godt gjennomført, godt beskrevet og troverdig.	Etisk vurdert Malmø universitets ethical review board.  Tydelig problemstilling: ja Er metoden velegnet: Ja Klart definert populasjon. Gruppen er representativ. Hvordan respondenter er plukket ut: ja. Tydelige resultater.	Etisk godkjent: Human Ethics committee Field notes. Virker troverdig og pålitelig. Forskernes fremgangsmåte har en rød tråd i artikkelen. Sted, refleksjon og hvordan data er samlet og tolket kommer frem.	Utført i tråd med "ethical guidelines for nursing research in the nordic countries" (2003). Inneholder direkte utdrag fra intervjuene. Virker troverdig og pålitelig. Forskernes fremgangsmåte har en rød tråd i artikkelen. Sted, refleksjon og hvordan data er samlet og tolket kommer frem.

## Vedlegg 3 Litteratormatrise: Medline.

Database:	Medline via EBSCO-host	Medline via EBSCO-host
Forfatter/år/land/tittel	<b>Ussher, Perz &amp; Gilbert</b> (2013) Australia  <i>“Information needs associated with changes to sexual well-being after breast cancer.”</i>	<b>Krouwel, Nicolai, van-Steijn-van, Tol, Putter, Osanto, Pelger &amp; Elzevier.</b> (2015) Nederland <i>“Addressing changed sexual functioning in cancer patients: A cross-sectional survey among Dutch oncology nurses.”</i>
Hensikt (mål) med studien	Å studere behovet for informasjon, opplevelsen av å motta informasjon om seksualitet etter brystkreft, fra helsepersonell.	Å etablere kreftsykepleieres kunnskap og holdninger til seksualfunksjon i avdelingen og å identifisere barrierer i forhold til å ta opp temaet.
Metode	Mixed method spørreundersøkelse: kvalitativ og kvantitativ	Tverrsnitt- studie.
Resultater (Funn)	85% av deltakerne rapporterte om endringer i seksuelt velvære. 68% ønsket informasjon om slike endringer -hovedsakelig på en skriftlig måte. Informasjon om fysiske endringer, seksuell respons, forholds relaterte problemer, psykologiske konsekvenser, og kroppsbilde/identitet ble rangert som veldig viktige temaer av en signifikant gruppe deltakere	Majoriteten av sykepleierne (87,6)% mente at det var deres ansvar å diskutere seksualfunksjon med pasientene. Rutinemessige samtaler ble utført av 33,4% av sykepleierne. Samtalene handlet hovedsakelig om bivirkninger av behandling. Det var tydelige forskjeller i kunnskap, erfaring, alder, kompetanse og miljø på avdelingen i forhold til slike samtaler.
Kildekritikk:	Stor studie. Etisk godkjent: University Human Ethics Committee. Tydelig hensikt. Velegnet metode. Klart definert populasjon. Gruppen er representativ. Fields notes. Troverdig. God struktur, troverdig, gode beskrivelser.	Er problemstillingen tydelig: Ja Er metoden velegnet: Ja Er populasjonen klart definert: Ja Er gruppen representativ: Ja Hvordan respondenter er plukket ut: Ja Tydelige resultater.

## Vedlegg 4 Litteratormatrise: Kjedesøk.

Database:	<b>Kjedesøk</b> i referansene til Ussher et al. (2012)
Forfatter/år/land/tittel	<b>Ussher, Perz &amp; Gilbert</b> (2012) Australia  <i>Changes to sexual well-being and intimacy after breast cancer.</i>
Hensikt (mål) med studien	Å undersøke endringer i seksualitet og intime relasjoner hos individer som har opplevd brystkreft.
Metode	Mixed Method (Metode- triangulering) Parallell -undersøkelse.
Resultater (Funn)	Reduksjon I seksuell aktivitet, respons og tilfredstillelse ble relatert til en rekke faktorer, blant annet trøtthet, smerter, psykologisk stress og kroppsbilde. Og medisinsk induerte komplikasjoner som overgangsalder, tørre vaginale slimhinner, hetetokter, vektøkning. Kvalitative funn: emosjonelle konsekvenser, fysiske endringer, følelsen av å ikke være attraktiv, å føle seg mindre kvinnelig.
Kildekritikk:	Stor studie. Etisk godkjent: University Human Ethics Committee. Fields notes. Troverdige. God struktur. Tydelige resultater. Tydelig problemstilling. Velegnet metode. Klart definert populasjon. Gruppen er representativ.