

BSYBAC_5

Bacheloroppgave i Sykepleie

Seksualitet – det neglisjerte primærbehovet



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

Stavanger, 11.05.2021

Jeg/vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet

Du har kjent den hele livet.

Kraften som får blodet til å bruse og suse.

Kraften som får huden til å rødme eller blekne.

Du kjente som barn. Da du fantaserte om å la hånda stryke over den nydelige nakken til han som satt på pulten foran deg.

Du kjente den som ungdom. Da du tegnet forte og forbudte tegninger på naboens husvegg i høstmørket.

Du kjente den da du for aller første gang lå hud mot hud og pust mot pust med et annet menneske, og var veldig lykkelig og veldig engstelig på samme tid.

Vi kjenner den gjennom hele livet. Kraften vi kaller seksualitet. (...)

Bent Høie,

utdrag fra teksten *Snakk om kraft* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 3)

Sammendrag

Bakgrunn

I 2019 opplevde 1852 kvinner å bli diagnostisert med gynekologisk kreft. Denne sykdommen vil i stor grad påvirke pasientenes seksualitet og seksuelle helse, som igjen kan ha innvirkning på deres generelle livskvalitet. Pasientene har derfor behov for åpenhet og informasjon, men temaet blir ofte unngått av helsepersonell.

Hensikt

Hensikten er å belyse hvordan sykepleiere ivaretar den seksuelle helsen til pasienter som har gjennomgått gynekologisk kreft, med innblikk i pasienters utfordringer relatert til seksualitet.

Metode

Metoden benyttet for å besvare hensikten, er en integrativ litteraturoversikt. En kvantitativ og tre kvalitative artikler ble analysert ut fra Fribergs analysemodell. Funn i artiklene, supplerende teori og egne refleksjoner utgjør grunnlaget for besvarelsen av bacheloroppgaven.

Resultater

Et stort flertall av pasientene uttrykket at seksualiteten deres ble påvirket negativt, både fysisk og psykososialt, etter behandling av gynekologisk kreft. De uttrykket ulike ønsker og behov for hjelp, men gjennomgående var etterspørselen om åpenhet og tilstrekkelig informasjon fra sykepleierne. Det kom frem at sykepleierne hadde både positive og negative holdninger, med hovedvekt av sistnevnte, som påvirket hvordan de ivaretok pasientenes seksuelle helse. I tillegg beskrev sykepleierne en rekke barrierer, som i ulik grad, hindret dem i å prate med pasientene om seksualitet.

Diskusjon

Holdninger og barrierer påvirker tydelig sykepleiernes ivaretagelse av pasientens seksuelle helse. Gjennomgående er det at sykepleierne, av ulike grunner, tar opp temaet på en mangelfull måte eller utelater det helt. Pasientene føler dermed at deres seksuelle helse ikke blir prioritert og tatt på alvor.

Nøkkelord: seksualitet, gynekologisk kreft, ivaretagelse, sykepleier, pleielidelse, holdninger, barrierer, tabu.

Innholdsfortegnelse

INNLEDNING	6
BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA.....	6
PROBLEMFORMULERING	6
HENSIKT	6
BEGREPSAVKLARING.....	6
TEORI.....	8
SEKSUALITET OG SEKSUELL HELSE	8
HVORDAN PÅVIRKES SEKSUALITETEN VED GYNEKOLOGISK KREFT?	8
SYKEPLEIERS HOLDNINGER.....	9
LIDELSE	9
<i>Pleielidelse.....</i>	<i>9</i>
METODE.....	11
HVA ER METODE?.....	11
VALG AV METODE.....	11
<i>Integrativ litteraturoversikt</i>	<i>11</i>
SØKEPROSESS	11
<i>Søketeknikk og avgrensinger</i>	<i>11</i>
<i>Valg av databaser</i>	<i>12</i>
<i>Valg av søkeord.....</i>	<i>12</i>
<i>Valg av artikler.....</i>	<i>13</i>
ANALYSE AV ARTIKLENE	13
RESULTATER.....	15
PASIENTERS UTFORDRINGER KNYTTET TIL SEKSUALITET OG BEHOV FOR HJELP ETTER KREFTBEHANDLING	15
<i>Fysiske og psykososiale utfordringer etter kreftbehandling</i>	<i>15</i>
<i>Ønsker og behov etter kreftbehandling</i>	<i>15</i>
SYKEPLEIERS HOLDNINGER TIL SEKSUALITET	16
<i>Positive holdninger.....</i>	<i>16</i>
<i>Negative holdninger.....</i>	<i>16</i>
BARRIERER SOM HINDRE SYKEPLEIERS KOMMUNIKASJON OM SEKSUALITET	17
<i>Tabu</i>	<i>17</i>
<i>Kultur og normer.....</i>	<i>18</i>
<i>Usikkerhet og emosjonell unngåelse</i>	<i>18</i>
DISKUSJON.....	20
METODEDISKUSJON	20
<i>Informantene</i>	<i>20</i>
<i>Forskernes bakgrunn.....</i>	<i>20</i>
<i>Land og arena</i>	<i>21</i>
<i>Etiske hensyn.....</i>	<i>21</i>
<i>Kvalitativ og kvantitativ tilnærming som metode</i>	<i>21</i>
<i>Valg av artikler.....</i>	<i>22</i>
RESULTATDISKUSJON.....	23
<i>Pasienters utfordringer knyttet til seksualitet og behov for hjelp etter kreftbehandling.....</i>	<i>23</i>
<i>Sykepleieres holdninger til seksualitet.....</i>	<i>24</i>
<i>Barrierer som hindre sykepleieres og pasienters kommunikasjon om seksualitet.....</i>	<i>27</i>

ANVENDELSE AV RESULTATER I PRAKSIS.....	30
LITTERATURLISTE.....	32
VEDLEGG.....	34

Innledning

Bakgrunn for valg av tema

Vi ønsket å benytte muligheten en bacheloroppgave gir oss, til å fordype oss i et tema som vi gjerne skulle ønske hadde hatt et større fokus under eget utdanningsforløp og i sykepleien generelt. Seksualitet og kvinnehelse er temaer som vi finner interessante og viktige. Kvinnehelse har historisk sett fått lite fokus i forskning (Stenseth og Svabø, 2019, s. 222). Videre opplever vi at seksualitet er et tabubelagt tema. Gjennom praksis har vi erfart at seksualitet er et tema som ikke blir tatt opp og at det derfor ikke inngår i den helhetlige sykepleien som utøves. Vi synes det er urovekkende hvis en viktig del av pasientenes helse blir utelatt. Vi er derfor nysgjerrige på og ønsker å finne ut hvordan den seksuelle helsen til pasienter med gynekologisk kreft blir ivaretatt.

Problemformulering

Ifølge kreftregisteret opplevde 1852 kvinner i 2019 å bli diagnostisert med gynekologisk kreft (Kreftregisteret, u.å.). I en slik situasjon er det ikke tvil om at den seksuelle helsen blir påvirket. Seksualitet er en viktig del av livet og kan være viktig for både velvære, selvtillit og livskvalitet (Langhelle, Paulsen, Fredly og Sekse, 2021, s.34). Pasienter med en kreftdiagnose har stort behov for informasjon om hvordan seksualiteten deres påvirkes av sykdom og behandling, men temaet unngås ofte (Johansen, 2021, s.55).

At seksualitet ikke tas opp, er svært bekymringsverdig med tanke på at seksualitet er en del av våre grunnleggende behov og derfor må inkluderes for å kunne kalle sykepleien som utøves helhetlig (Eriksen, Gjessing & Sellevold, 2021, s.19). Vi ønsker å undersøke hvilke utfordringer pasienter med gynekologisk kreft har knyttet til seksualitet og hvordan de blir møtt av sykepleiere. Vi håper at dette kan bidra til å rette fokus mot et tema som vi i dag opplever som tabubelagt, slik at vi som sykepleiere blir bevisstgjort og dermed kan ivareta pasientene på en god måte.

Hensikt

Litteraturstudiets hensikt er å belyse hvordan sykepleiere ivaretar den seksuelle helsen til pasienter som har gjennomgått gynekologisk kreft, med innblikk i pasienters utfordringer relatert til seksualitet.

Begrepsavklaring

Gynekologisk kreft

Gynekologisk kreft er et samlebegrep på kreft i kvinners kjønnsorganer (Stubberud, Grønseth og Almås, 2017 s. 152-153 – bind 2). I dette begrepet inngår livmorhalskreft, livmorkreft, eggstokk- eggleder og bukhinnekreft, kreft i ytre kjønnsorganer og kreft i skjeden (Gynkreftforeningen, u.å.).

Tabu

«Tabu er et slags forbud, en forestilling om at en gjenstand, et begrep, en person eller en gruppe ikke må nevnes eller røres ved» (Fosshagen, 2017). Videre har tabu sin rot i moral, ikke i lovverket (Fosshagen, 2017).

Teori

Seksualitet og seksuell helse

Seksualitet er et komplekst fenomen som omfatter mer enn bare sex. I WHO's omfattende definisjon, kommer det frem at seksualitet er et sentral aspekt ved det å være menneske gjennom hele livsløpet. Den omfatter blant annet seksuell orientering, nytelse, intimitet og reproduksjon og kan uttrykkes gjennom lyster, holdninger, verdier, adferd og forhold (WHO, 2006). Videre påvirkes seksualiteten blant annet gjennom psykiske, sosiale, kulturelle og åndelige faktorer (Stubberud et al., 2017 s. 140 – bind 2). Seksualitet er et grunnleggende behov og alt den innebærer, bidrar til og avgjør vår seksuelle helse (Aars, 2021 s. 26).

«Seksuell helse er et produkt av både somatiske, psykiske og samfunnsmessige faktorer» (Stubberud et al., 2017 s. 140 – bind 2). God seksuell helse kjennetegnes av glede, lyst og trygghet i egen kropp og identitet. Derimot kan følelser som skam og skyld, samt sykdom eller skade, føre til dårlig seksuell helse (Kristoffersen et al., 2017 s. 374 – bind 2). Seksualitet og den generelle helsen påvirker hverandre i stor grad, enten i positiv eller negativ retning (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 7). God seksuell helse er en ressurs og en beskyttelsesfaktor, som har stor betydning for menneskets livskvalitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 7). For at mennesker skal oppleve mestring knyttet til sin egen seksuelle helse, har de behov for kunnskap og informasjon. I tillegg vil faktorer som åpenhet, respekt for mangfold og positive holdninger til seksualitet bidra til å fremme seksuell helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 13).

Hvordan påvirkes seksualiteten ved gynekologisk kreft?

En brukerundersøkelse utført av Kreftforeningen i 2014, viser at kreft rammer seksuallivet betydelig (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 46). Kvinner som har gjennomgått behandling for gynekologisk kreft kan oppleve en rekke utfordringer og komplikasjoner. Sykdommens alvorlighetsgrad og behandlingsform vil trolig ha en betydning for hvilke senskader kvinnene rammes av. Noen av de vanligste fysiske komplikasjonene er tørr og trang skjede, sammenvoksninger av skjedeveggene, infertilitet og vanskeligheter med å oppnå orgasme (Kristoffersen et al., 2017 s. 396-297 – bind 2). Dersom eggstokkene fjernes vil kvinnen også komme i klimakteriet, med de forandringene det medfører. De psykososiale konsekvensene innebærer blant annet endret kropps- og selvbilde. I tillegg preges mange kvinner av frykt og redsel for tilbakefall, som kan påvirke den seksuelle helsen og dermed livskvaliteten (Stubberud et al., 2017 s. 154 – bind 2). Videre kan seksualiteten i et parforhold

bli problematisk, både for kvinnen og for hennes partner. Som enslig kan det oppleves svært utfordrende å oppsøke seksuell nærhet (Kristoffersen et al., 2017 s.394 – bind 2).

Sykepleiers holdninger

Mange pasienter uttrykker misnøye til hvilke holdninger sykepleiere har til å snakke om seksualitet (Stubberud et al., 2017, s. 141 – bind 2). Flere studier viser til at kommunikasjonen er sviktende, selv om helsepersonell mener at temaet bør inkluderes i behandlingsforløpet (Langhelle et al., 2021, s. 35). Videre har ikke seksualitet fått en betydelig plass i helsefaglige utdanninger, før i senere år. Utdanningsløpets fokusområder vil være med på å danne sykepleiernes holdninger til hva deres rolle innebærer (Langhelle et al., 2021, s. 35). I møte med seksuelle problemstillinger kan sykepleiernes yrkesmessige og personlige etikk utfordres. På bakgrunn av dette, er det utformet yrkesetiske retningslinjer som skal hjelpe sykepleiere til å handle på et profesjonelt grunnlag, hvor de i liten grad styres av personlige holdninger til egen og andres seksualitet (Kristoffersen et al., 2017, s.398).

Historisk sett har seksualitet vært et tabubelagt område i vår kultur. Siden 1970-tallet har det vært en gradvis endring som har vært preget av større åpenhet og seksuell frihet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 25). Likevel preges samfunnet og helsevesenet fortsatt av stereotype holdninger til seksualitet, som ekskluderer enkelte grupper. Fordommer rundt faktorer som alder og legning, kan være med på å avgjøre hvordan pasientens seksuelle helse blir møtt og ivaretatt (Aars, 2021, s. 30-31). Selv om seksuelle behov kan endres ved aldring, ser vi at andelen av befolkningen over 70 år som er seksuelt aktive og anser dette som en viktig del av alderdommen, øker (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 28).

Lidelse

Lidelse er en personlig og individuell opplevelse. Lidelse kan oppstå ved tap og sorg, eller ved fysisk eller psykisk ubehag grunnet sykdom og behandling. Mennesker opplever ofte lidelse når deres livssituasjon endres. Ifølge Eriksson er lidelse «En kamp- og sorgprosess som påvirker hele mennesket» (Kristoffersen et al., s.188-190 – bind 3).

Pleielidelse

Eriksson deler lidelse inn tre sentrale begrep - pleielidelse, sykdomslidelse og livslidelse (Eriksson, 1995, s. 66). På bakgrunn av oppgavens hensikt, har vi valgt å fokusere på pleielidelse. Pleielidelse dreier seg om opplevelser pasienter har av selve pleien som blir utøvd. Ulike situasjoner kan føre til at pasienter ikke føler seg sett, ivaretatt eller ikke får den omsorgen

de har behov for (Kristoffersen et al., 2017 s. 195 – bind 3). Eriksson deler pleielidelsen inn i ulike kategorier, blant disse er:

Uteblitt pleie

En form for pleielidelse er uteblitt pleie. Dette forbindes med at sykepleierne har manglende evne til å oppfatte og utføre nødvendig pleie (Kristoffersen et al., 2017 s. 197 – bind 3). I tillegg til sykepleiernes holdninger og verdier, vil også strukturelle forhold kunne være årsak til denne type lidelse. Rammeverk og verdier i en institusjon er eksempler på faktorer som kan medvirke til pleielidelse (Kristoffersen et al., 2017 s. 199-200 – bind 3). Uteblitt pleie kan føre til at pasientene opplever håpløshet og avmakt (Kristoffersen et al., 2017 s. 197 – bind 3).

Maktutøvelse

Utøvelse av makt er en annen måte sykepleierne kan påføre pasientene lidelse. Dette kan skje både direkte og indirekte. Blant annet kan det å ikke ta pasientene på alvor, gi dem en følelse av maktesløshet. Maktutøvelse kan oppstå når helsepersonell har manglende omstillingsevne eller ikke er i stand til å sette seg inn i pasientens situasjon (Eriksson, 1995, s. 73-74).

Krenkelse av pasientens verdighet

Krenkelse av pasientens verdighet omfatter å fratrukke pasientene muligheten til å være et helt menneske, med alt det innebærer. Pasientene blir også fratatt muligheten til å benytte seg av alle deres helseressurser. Krenkelse kan utarte seg gjennom konkrete handlinger som slurv med personlige spørsmål, men den kan også være abstrakt. Dette kan være i form av mangelfulle etiske holdninger eller at hele mennesket ikke blir sett (Eriksson, 1995, s. 70).

Metode

Hva er metode?

Metode er et redskap som brukes for å komme frem til ny kunnskap, samt etterprøve den. Den hjelper oss til å skaffe informasjonen som er nødvendig for å finne svar på et problem, på en hensiktsmessig måte (Dalland, 2020, s. 53-54). Det skilles i hovedsak mellom to ulike metoder; kvalitativ og kvantitativ (Dalland, 2020, s.54). Å forstå sammenhengen mellom problemet som skal løses og metoden som benyttes, er en sentral faktor for å kunne velge en hensiktsmessig metode (Dalland, 2020, s.54).

Kvalitativ metode kjennetegnes ved at den har fokus på følelser og opplevelser. Metoden går i dybden og har fokus på det særegne. Hensikten er å formidle *forståelse*, samt skape sammenheng og helhet. Kvantitativ metode kjennetegnes ved at dataen som innhentes kan måles i form av tall. Metoden har et bredt perspektiv, som gir et bilde av det representative. Hensikten er å formidle *forklaring*, på et konkret og avgrenset fenomen (Dalland, 2020, s.54-55).

Valg av metode

Integrativ litteraturoversikt

Litteraturoversikt som metode handler om å lage en oversikt over kunnskap fra allerede eksisterende forskning (Friberg, 2017, s. 141-142), i vårt tilfelle, et sykepleierrelatert tema. Det finnes ulike måter å utføre en litteraturoversikt på – vi skal benytte oss av integrativ litteraturoversikt. Den kjennetegnes ved at man i tillegg til å skape en oversikt over og sammenligne ulike forskningsartikler, også gjør egne funn og drar egne konklusjoner. På denne måten skapes en ny helhet (Friberg, 2017, s. 150).

Søkeprosess

Søketeknikk og avgrensinger

Vi avgrenset søket ved følgende kriterier: publisert etter 2011, fagfelleverdert, artikler fra Skandinavia eller vestlige land, spesialisthelsetjenesten.

Ettersom det stadig kommer ny forskning, som gir ny kunnskap – er det viktig at de forskningsartiklene vi benytter oss av er oppdaterte. Videre tenker vi at viktigheten av helt fersk forskning vil variere litt mellom ulike områder innen faget. Forskning på pasient- og sykepleieopplevelser har trolig lenger holdbarhet, sammenlignet med forskning på

behandlingsmetoder eller prosedyrer. På bakgrunn av dette har vi valgt å inkludere artikler som er skrevet innenfor de siste 10 år, som for øvrig er en normal avgrensning på dette området.

Videre ønsket vi å inkludere forskningsartikler fra sykehus i Skandinavia, eller land med tilsvarende helsevesen og kultur. Det er trolig store strukturelle forskjeller mellom sykehus i vestlige land og resten av verden. I tillegg kan begrepet seksualitet ha ulik betydning og uttrykk i forskjellige kulturer. På bakgrunn av dette, har vi vært bevisste på at dataen i størst mulig grad skal være overførbart til det norske helsevesenet.

Valg av databaser

For å finne relevante forskningsartikler for vår hensikt, valgte vi å gjøre søk i flere databaser. Databasene vi gjorde søk i var Academic Search Premier, Cinahl og PubMed. Vi benyttet oss også av søketjenesten Oria. Disse inneholder aktuell sykepleiefaglig forskning. Vi prøvde oss frem i de nevnte databasene og fant ut at det var lettest å orientere seg i PubMed og Oria, samt at disse databasene gav oss et godt utvalg av resultater.

Valg av søkeord

For å få svar på hensikten vår, var vi nødt til å finne gode nøkkelord som ville gi oss relevante forskningsartikler. Vi valgte å benytte oss av engelske søkeord, da mesteparten av forskningen som er publisert er på engelsk.

Med utgangspunkt i studiens hensikt, valgte vi først søkeordene **sexuality** og **gynecological cancer**. For å få svar på hensikten vår, hadde vi også behov for både sykepleier- og pasientperspektiv. Derfor brukte vi også søkeordene **patient**, **nursing** eller **patient-nurse**. Videre prøvde vi å snevre inn søket ved å ta i bruk søkeordene **addressing** eller **approach**, men opplevde at det ble veldig få treff, samt at de ikke samsvarte med det vi ville undersøke. Vi valgte derfor å gå tilbake til de mer generelle søkeordene og benytte oss av ulike kombinasjoner av disse.

Den første artikkelen, “Sexual activity and functioning in women treated for gynaecological cancers”, fant vi ved å bruke kombinasjonen av søkeordene: **gynecological cancer**, **sexuality**, **nursing**. Med avgrensingene, fikk vi 1129 treff.

For å finne artikkel nummer to “Sexual health and gynecological cancer: conceptualizing patient needs and overcoming barriers to seeking and accessing services”, ble følgende kombinasjon av søkeord brukt: **gynecological cancer**, **sexuality**, **patient**. Med avgrensingene, fikk vi 13 treff.

Den tredje og fjerde artikkelen, “Nurses' attitudes towards support for and communication about sexual health—A qualitative study from the perspectives of oncological nurses” og “Registered nurses reflections on discussing sexuality with patients: responsibilities, doubts and fear”, fant vi ved å bruke kombinasjonen av søkeordene: **gynecological cancer, sexuality, patient-nurse**. Med avgrensingene fikk vi 39 treff.

Valg av artikler

Etter at søkene var gjort, satt vi igjen med ganske mange treff. Vi skimmet gjennom overskrifter og leste sammendraget på artikler som så aktuelle ut. På den måten fant vi åtte artikler, som vi deretter leste grundigere gjennom. Vi vurderte hvilke artikler som i størst grad ville bidra til å besvare hensikten på en dekkende måte, og endte dermed opp med fire artikler som vi ønsket å benytte oss av i vår litteraturstudie.

For å belyse hensikten på en god og dekkende måte, har vi valgt to artikler med pasientperspektiv og to artikler med sykepleieperspektiv. Videre har en av artiklene fokus på pasientenes utfordringer, og de tre andre dekker både pasientene og sykepleiernes perspektiv på ivaretagelse av seksuell helse. Vi har i hovedsak valgt kvalitative studier, da vi tenker at det er viktig for å få et ordentlig innblikk i sykepleiere og pasienters opplevelser, forventninger og behov rundt tematikken (Friberg, 2017, s. 129). Vi har også valgt én kvantitativ studie som er med på å gi en mer representativ oversikt. Vi tenker at en kombinasjon av disse, med hovedvekt på kvalitative studier, vil gi oss et best mulig svar på vår hensikt.

For å vurdere gyldighet og holdbarhet, sjekket vi at samtlige artikler er fagfellevurdert og publisert i anerkjente vitenskapelige tidsskrifter. Fagartiklene følger også IMRaD-strukturens krav til form og innhold (Dalland, 2020, s. 57). Videre er forfatterne av artiklene psykologer, professorer, forskere eller lærere ved universiteter innen helsefag.

Analyse av artiklene

Vi startet analysearbeidet med å lese grundig gjennom artiklene hver for oss, med fokus på resultatene. Videre foretok vi en datareduksjon hvor vi valgte gjennomgående resultater som samsvarte med vår hensikt, til videre analyserearbeid. Deretter lagde vi en enkel oversiktstabell for å skape et godt grunnlag for å kunne sammenligne dem – se vedlegg. Etterpå satte vi oss sammen og lagde foreløpige fargekoder, basert på tema og perspektiv som kom frem i artiklene. Vi leste så gjennom artiklene på nytt der vi identifiserte og sammenlignet viktige funn, ved hjelp av fargekodene. Etter dette begynte vi å formulere kategorier. Dette var en tidkrevende prosess hvor vi gikk mange runder for å finne kategorier som var dekkende for funnene, samt

ville bidra til å svare på hensikten vår. Vi kom til slutt frem til tre hovedkategorier og syv underkategorier.

Hovedkategorier:	Underkategorier:
Pasienters utfordringer knyttet til seksualitet og behov for hjelp etter kreftbehandling	Fysiske og psykososiale utfordringer etter kreftbehandling Ønsker og behov etter kreftbehandling
Sykepleieres holdninger til seksualitet	Positive holdninger Negative holdninger
Barrierer som hindrer sykepleiers kommunikasjon om seksualitet	Tabu Kultur og normer Usikkerhet og emosjonell unngåelse

Resultater

Pasienters utfordringer knyttet til seksualitet og behov for hjelp etter kreftbehandling

To av de analyserte artiklene avslører hvilke fysiske og psykososiale utfordringer pasientene opplever (McCallum, Lefebvre, Jolicoeur, Maheu og Lebel, 2012; Sekse, Hufthammer og Vika, 2016). Studien til McCallum et al. (2012) belyser også pasientenes ønsker og behov for hjelp.

Fysiske og psykososiale utfordringer etter kreftbehandling

I studien til McCallum et al. (2012, s. 137) svarte 14 av 15 pasienter at kreftbehandlingen har påvirket seksualiteten deres på en negativ måte. Videre beskriver pasientene hvordan sammenhengen mellom fysiske, psykologiske og mellommenneskelige opplevelser har utgjort hvordan deres nåværende seksuelle helse er. De mest rapporterte fysiske utfordringene er nedsatt opphisselse og sexlyst, smertefullt samleie, samt arrdannelse og tørrhet i vagina. De mest rapporterte psykologiske utfordringene inkluderer angst, frykt for avvisning, endret seksuelt selvbilde og sorg over tap av fertilitet og kvinnelighet.

Sekse et al. (2016, s. 404-405) avdekker at 2/3 av kvinnene i studien var seksuelt aktive. Av disse, var 54% i liten eller ingen grad fornøyd med deres seksuelle aktivitet. Videre kommer det frem at halvparten av kvinnene oppga at de hadde tørre slimhinner i vagina og 41% ga uttrykk for smerte og ubehag ved penetrasjon. Studien konstaterer at det ikke er en signifikant forskjell når det kommer til kreftdiagnose, behandling eller stadium.

Ønsker og behov etter kreftbehandling

I studien til McCallum et al. (2012, s. 137-138) ga pasientene uttrykk for at det var viktig for dem med en emosjonell forbindelse med partner og et godt selvbilde, for å ha en god seksuell helse. Noen av pasientene ga også uttrykk for at selve samleiet og orgasmen var vel så viktig. «Many indicated that they would be able to achieve their envisioned healthy sexuality if they could manage their physical post-treatment changes (e.g. vaginal changes causing pain, discomfort or worries)» (McCallum et al., 2012, s. 138).

Videre ga pasientene uttrykk for hvordan de hadde ønsket å bli møtt av helsepersonell. Flertallet av kvinnene i studien uttrykket et ønske om mer grundig og tilgjengelig informasjon. Noen ønsket skriftlig informasjon, og andre ønsket mulighet til å snakke med helsepersonell en-til-en. Mange beskrev også et ønske om en åpenhet og tilgjengelighet blant helsepersonell, som var villig til å imøtekomme deres behov. «I think there should be something on the pamphlet,

that 'We are available to talk to you'... I think that, for those that have more specific physical problems, it should be brought up more readily» (McCallum et al., 2012, s. 138).

Sykepleieres holdninger til seksualitet

To av artiklene belyser ulike holdninger relatert til seksualitet og seksuell helse. Blant sykepleierne kommer det frem både positive og negative holdninger, med flertall av sistnevnte.

Positive holdninger

I studien til Saunamäki og Engström (2013, s. 534) ga flertallet av sykepleierne uttrykk for at det var deres ansvar å snakke om seksualitet med pasientene, samt imøtekomme deres behov. Noen sykepleiere uttrykte at de ser på pasientene som helhetlige mennesker med flere dimensjoner, hvor seksualitet er en viktig del av deres liv. «We should be the patients' spokespersons. We don't get that part [sexuality] if we don't bring it up» (Saunamäki og Engström, 2013, s. 534). Flere ga også uttrykk for at de hadde kunnskap eller erfaring med at sykdom og behandling kunne påvirke pasientenes seksualitet og at dette ga dem grunn til å ta opp temaet (Saunamäki og Engström, 2013, s. 534). Et fåtall ga uttrykk for at det var en selvfølge å snakke om seksualitet, på lik linje med ernæring og eliminasjon, og pekte på godt etablerte rutiner som årsaken til dette (Saunamäki og Engström, 2013, s. 534). «They felt they could rely on something that had already been established collectively as a standard practice and that discussing sexuality was not negotiable» (Saunamäki og Engström, 2013, s. 534).

Negative holdninger

Annerstedt og Glasdam (2019, s. 3559) avdekker at sykepleierne hadde fordommer om hvem som hadde et aktivt seksualliv, og dermed hvem det var aktuelt å prate om seksuell helse med. Fordommene gikk ut på at sex tilhører reproduktiv alder, heteroseksuelle og personer i et forhold. «If you are undergoing treatment and are single, well... sex is not something that the patient is thinking about» (Annerstedt og Glasdam, 2019, s. 3559).

«I think I bring it [sexual health] up more often if some- one is younger. Because I think, it is more relevant for them. (...) and it is only prejudices from my side for sure, but ... yes. That is why I do not bring it up [sexual health]» (Annerstedt og Glasdam, 2019, s. 3559).

I tillegg til dette, belyser artikkelen at sykepleierne hadde en oppfatning av at det var irrelevant å snakke om seksualitet med pasienter som har fysiske svakheter, som fatigue. «Many people

have so much to deal with, maybe different sorts of ailments, and then it feels like ... Yes, and it do not seem so likely that they might have sex» (Annerstedt og Glasdam, 2019, s. 3560).

Det kommer også frem holdninger blant sykepleierne som tilsier at seksualitet var et nedprioritert behov. Sykepleierne prioriterte seksuell helse lavere enn for eksempel fysiske symptomer (Annerstedt og Glasdam, 2019, s. 3559): «You may die, but you do not die of a non-functioning sex life. (...) one seeks help for the physical» (Annerstedt og Glasdam, 2019, s. 3560). Ut fra sykepleiernes perspektiv, syntes heller ikke pasientene at det å snakke om seksuell helse var viktig. «There are more relevant things in focus [than sexual health]. (...) I don't think it is their highest priority» (Annerstedt og Glasdam, 2019, s. 3560).

Til slutt presenterer artikkelen at sykepleierne hadde en holdning til at fysiske problemer som for eksempel tørre slimhinner eller hormonell ubalanse, var viktigere enn de psykososiale utfordringene (Annerstedt og Glasdam, 2019, s. 3560-3561).

Noen av disse funnene går også igjen i studien til Saunamäki og Engström (2013, s. 535-536). Også sykepleiere i denne studien hadde forutinntatte meninger om pasientenes seksualliv, som blant annet omhandlet faktorer som alder og funksjonsstatus. «... but if it's a man in his eighties. If it's prejudice I don't know but I, then you don't really address the subject. But you're figuring that they have stopped doing it, by that time» (Saunamäki og Engström, 2013, s. 535).

Studien avdekker også at noen sykepleiere tenkte at seksualitet ikke hørte hjemme i sykepleien, og at de derfor ikke behøvde å snakke om dette. «Yes, I make a decision when I ignore it [the search word in the EPR]. So I choose not to ask. (...)» (Saunamäki og Engström, 2013, s. 536). Samtidig ga noen av sykepleierne uttrykk for at det ikke var deres ansvar å ta opp temaet. «It was up to the patients themselves to address sexuality if in fact they had problems; it was their responsibility, not these nurses'» (Saunamäki og Engström, 2013, s. 536).

Barrierer som hindre sykepleiers kommunikasjon om seksualitet

Gjennom to av artiklene kommer det frem en rekke barrierer som hindret sykepleiere i å snakke om seksualitet med pasienter.

Tabu

I studien til Saunamäki og Engström (2013) uttrykte sykepleierne at en av årsakene til at de ikke tok opp seksualitet med pasientene, var at temaet er tabubelagt. «It's because it's not something you talk about. When I grew up these things were taboo, you didn't talk about them.

It's different now; it's more natural to talk about sex for people growing up nowadays, than it is for me» (Saunamäki og Engström, 2013, s. 536).

Dette kommer også frem i studien til Annerstedt og Glasdam (2019, s. 3561). Fra sykepleiernes perspektiv var seksuell helse et tema som var flaut og tabubelagt i den onkologiske klinikken, både for pasienter og sykepleiere. «I usually just give them a brochure, because then we do not have to talk so much about it, but they still get information ...» (Annerstedt og Glasdam, 2019, s. 3561).

Kultur og normer

I studien til Saunamäki og Engström (2013, s. 535) pekte sykepleierne på faktorer som blant annet dårlig tid og flermannsrom som barrierer for å ta opp temaet seksualitet. Videre ga de også uttrykk for at mangel på rutiner og støtte fra ledelsen, gjorde det utfordrende å snakke om temaet. «No, no conversations [about sexuality]. No. This is because, it isn't in Melior [EPR used in several hospitals in Sweden], there isn't a search word anymore, so it's nothing we report to each other» (Saunamäki og Engström, 2013, s. 535).

Sykepleierne i studien til Annerstedt og Glasdam (2019, s. 3559-3560) beskrev at seksuell helse hadde lav prioritet i den onkologiske klinikken. De beskrev en usynlig agenda hvor fysiske behov fikk alt fokus og ble prioritert høyere enn psykiske og sosiale behov.

Usikkerhet og emosjonell unngåelse

Saunamäki og Engströms studie (2013, s. 535-536) viser til flere usikkerheter blant sykepleierne. Noen av sykepleierne uttrykte at de hadde for lite kunnskap om hvordan sykdom kunne påvirke pasientens seksualitet, samt at de ikke hadde nok trening eller erfaringer innenfor temaet. Disse faktorene førte til at de unngikk å snakke om seksualitet. Det kommer også frem at sykepleierne tvilte på egne evner: «They also thought other nurses were considered better qualified to address it» (Saunamäki og Engström, 2013, s. 536).

Videre belyser artikkelen at sykepleierne var fylt med blandede følelser, som gjorde det vanskelig eller nærmest umulig å ta opp temaet. De beskrev en indre konflikt mellom hva de burde gjøre som profesjonelle og hva de personlig følte for å gjøre. «It actually is [a nurse's responsibility to address sexuality]. So now I'm giving you mixed messages. I actually think it is. But I don't do it.../.../ It's just that it feels like, yes, it feels odd to address it (...)» (Saunamäki og Engström, 2013, s. 536). Noen av sykepleierne beskrev at de snakket sammen med kollegaer om viktigheten av å snakke om seksualitet, men at de ble preget av usikkerhet i aktuelle

situasjoner. «(...) maybe they're fretting about a problem and they don't have the courage to ask and I don't have the courage to ask and then...the problem just remains...in shame» (Saunamäki og Engström, 2013, s. 536).

For noen sykepleiere preget usikkerheten dem, slik at de valgte å unngå det fullstendig: «Discussing it did not feel right, and some nurses made a choice not to address it. They would not bring it up with patients of any age nor with patients who were most likely sexually active» (Saunamäki og Engström, 2013, s. 536). Andre unngikk å ta det opp i frykt for at det ville være inngripende og ubehagelig for pasientene. «Well, It feels like, maybe it would offend someone I don't know. Even asking about it. It's something so private for some that, it has to come from them» (Saunamäki og Engström, 2013, s. 536).

I studien til Annerstedt og Glasdam (2019, s. 3561) kommer det frem at sykepleierne var usikre på hvordan de skulle tilnærme seg temaet. «It's an embarrassing subject. I do not really know how to introduce it ... (...). I also think it's a bit awkward just to introduce it» (Annerstedt og Glasdam, 2019, s. 3561). Artikkelen belyser også at noen pasienter bringer frem en usikkerhet hos sykepleierne, som var med på å avgjøre om sykepleierne tok temaet opp eller ikke. «It depends a bit on who I have in front of me. Because I avoid it too ... So when I bring it up, I feel quite comfortable with it» (Annerstedt og Glasdam, 2019, s. 3561).

Diskusjon

Metodediskusjon

I følgende delkapittel vil vi diskutere sterke og svake sider ved metoden vi har benyttet i vår litteraturstudie, og vurdere hvilken betydning valg av artikler har hatt for å besvare oppgavens hensikt.

Informantene

I studiene med pasientperspektiv (Sekse et al., 2016; McCallum et al., 2012) er det stor variasjon i alder hos informantene. Kvinner fra studiene er fra midten av 20-årene til begynnelsen av 80-årene. Dette vil være en styrke da store deler av pasientgruppen blir representert, samt at det gir et godt innblikk i ulike pasientopplevelser. Videre er det et relativt stort flertall av kvinner som er i et forhold. Det hadde vært ønskelig med større variasjon i sivilstatus, da dette er en faktor som ifølge artiklene kan påvirke pasientenes ivaretagelse. Det samme gjelder legning – da dette ikke er oppgitt i studiene.

I studiene med sykepleieperspektiv (Annerstedt og Glasdam, 2019; Saunamäki og Engström, 2013) er det variasjon i både alder og erfaring. Dette opplever vi som en styrke. For at vi skal kunne besvare vår hensikt om hvordan sykepleiere ivaretar, er det sentralt at de utvalgte artiklene representerer et flertall av sykepleiere.

Artiklenes informanter jobber ikke utelatende med pasienter med gynekologisk kreft. Dette kan gjerne være en svakhet, da de også jobber med og beskriver andre diagnoser, samt mannlige pasienter. Vi ønsket i hovedsak å finne artikler hvor informantene kun jobbet på gynekologiske eller onkologiske avdelinger, men opplevde at det var vanskelig å finne. Dette kunne trolig gitt et mer dekkende svar på vår hensikt. Vi tenker fortsatt at artiklene som er valgt kan svare godt på hensikten, da vi ser det samsvarer med det pasientene med gynekologisk kreft beskriver og hva teorien tilsier.

Forskernes bakgrunn

Som nevnt i metodekapittelet, er forfatterne av artiklene psykologer, professorer, forskere eller lærere ved universiteter innenfor helsefag. Til tross for at forfatterne ikke kun har sykepleiefaglig bakgrunn, representerer de likevel fagfelt som vi mener er med på å gi artiklene både troverdighet og faglig tyngde.

Land og arena

Som det kommer frem i metodekapittelet, ønsket vi å benytte oss av artikler fra land med tilsvarende helsevesen og kultur for at dataen i størst mulig grad skulle være overførbart til vår praksis. Derfor ønsket vi i hovedsak å inkludere studier utført i Skandinaviske land. Til tross for dette, valgte vi også å inkludere en Canadisk studie, da vi tenker denne også oppfyller disse kravene. Selv om studiene er utført i Sverige, Norge og Canada har vi ingen innsikt i informantenes kultur, religion eller nasjonalitet. Dette er en faktor som kan ha påvirket resultatene.

Vi ønsket å begrense studiene til en bestemt arena hvor sykepleiere var i kontakt med pasienter som har gjennomgått gynekologisk kreft. Derfor valgte vi å inkludere studier fra spesialisthelsetjenesten, henholdsvis sykehus (Annerstedt og Glasdam, 2019; Saunamäki og Engström, 2013; Sekse et al., 2016) og en onkologisk klinikk (McCallum et al., 2012), i og med at det er her pasientene blir behandlet og fulgt opp. Dette tror vi er med på å belyse vår hensikt på best mulig måte.

Etiske hensyn

Tre av artiklene (Annerstedt og Glasdam, 2019; McCallum et al., 2012; Sekse et al., 2016) har blitt godkjent av etiske råd eller komiteer. Den siste artikkelen (Saunamäki og Engström, 2013) beskriver at ifølge svenske lover, var det ikke nødvendig at forfatterne fikk godkjenning fra etiske råd for å gjennomføre sin studie. De har likevel et eget kapittel som omhandler etiske hensyn.

Kvalitativ og kvantitativ tilnærming som metode

Da vi startet søkeprosessen, hadde vi i hovedsak tenkt å benytte oss av kvalitative studier, i og med at disse fokuserer på følelser og opplevelser, samt har som hensikt å formidle forståelse av en tematikk (Dalland, 2020, s. 54-55). Underveis oppdaget vi at det også var flere aktuelle kvantitative studier. Vi endte opp med tre kvalitative studier og en kvantitativ. Dette valget ble tatt fordi vi i hovedsak ønsket å gå i dybden på sykepleiere og pasienters opplevelser, forventninger og behov (Friberg, 2017, s. 129). Likevel ønsket vi at studien skulle være representativ og gi oss en god oversikt over pasientenes utfordringer. Dette tenker vi vil være nødvendig for at vi med god faglig tyngde skal kunne si noe om hva pasientgruppen på generell basis opplever av utfordringer. Vi opplevde derfor at en kombinasjon av kvantitative og kvalitative studier, med overvekt av sistnevnte, gjorde at vi både fikk dybde og en viss bredde.

Dette gjorde igjen at vi følte at vi kunne besvare hensikten på en utfyllende måte. Dersom vi hadde fulgt den opprinnelige planen om å kun inkludere kvalitative studier, kunne vi på den ene siden fått et enda dypere innblikk i hvilke utfordringer den enkelte pasient opplevde og hvordan den enkelte følte seg ivaretatt. På den andre siden, hadde vi mistet bredden vi opplever at artikkelen til Sekse et al. (2016) tilfører og kunne dermed ikke med samme sikkerhet pekt på hvilke utfordringer pasientgruppen som en helhet opplever.

Valg av artikler

Søkeordene og avgrensningene vi brukte da vi fant i tre av artiklene (Annerstedt og Glasdam, 2019; McCallum et al., 2012; Saunamäki og Engström, 2013), ga et gunstig antall treff. Vi fikk under 40 treff, som opplevdes oversiktlig og overkommelig. Søkeordene og avgrensningene vi brukte for å finne artikkelen til Sekse et al. (2016) derimot, ga oss over 1000 treff. Det er i overkant mange, men opplevdes likevel ikke problematisk da det dukket opp flere aktuelle artikler uten at vi behøvde å gjennomgå alt for mange av treffene. Vi kunne gjerne hatt en bedre søketeknikk, som hjalp oss med å avgrense enda bedre.

Vi var bevisst på at vi ønsket å ha en balanse mellom sykepleie- og pasientperspektiv da skulle velge artikler. Med utgangspunkt i hensikten vår, ønsket vi å finne ut hvordan sykepleierne ivaretar den seksuelle helsen til pasienter som har gjennomgått gynekologisk kreft. Vi tenker da at det er helt nødvendig å få innblikk i begge perspektivene, for å kunne gjøre dette. Av de fire artiklene vi endte opp med, belyser to av dem sykepleiernes perspektiv og de to andre pasientenes perspektiv. Vi opplevde at denne balansen ga oss ulike vinklinger, samt gjorde det mulig å sammenligne funnene. Dette gjorde at vi følte at vi hadde et godt utvalg av rådata til å diskutere, som igjen bidro til å besvare vår hensikt på en dekkende måte. Vi tenker at det er naturlig at vi har hatt hovedvekt på sykepleieperspektivet, da vi var interessert i å finne ut om deres utøvelse av sykepleie førte til at pasientens seksuelle helse ble ivaretatt. Likevel har vi i stor grad også hatt fokus på hvilke behov pasientene har og hvordan de har opplevd å bli ivaretatt, da vi tenker dette er grunnleggende for å vurdere hvordan sykepleiernes ivaretagelse i realiteten har vært.

Artikkelen til Sekse et al. (2016) er mindre brukt i litteraturstudien vår enn de tre andre artiklene. I retrospekt kan det hende at vi kunne funnet en artikkel som var mer allsidig og som derfor kunne blitt brukt mer i litteraturstudien. Likevel opplever vi at den har hatt en funksjon, samt bidratt til å besvare hensikten vår. Artikkelen ble valgt for å svare på siste del av hensikten,

som er: « (...), med innblikk i pasienters utfordringer relatert til seksualitet». Vi opplever at det er samsvar mellom vektleggingen i hensikten, og artikkelens bidrag til innholdet i studien vår.

Resultatdiskusjon

Følgende delkapittel vil drøfte litteraturstudiets hovedfunn i sammenheng med aktuell teori og egne refleksjoner. Slik vil vi prøve å forstå hva resultatene betyr, og dermed svare på oppgavens hensikt.

Pasienters utfordringer knyttet til seksualitet og behov for hjelp etter kreftbehandling

I flere av studiene (McCallum et al., 2012; Sekse et al., 2016) kommer det frem at pasientenes seksuelle helse blir påvirket i negativ forstand etter gjennomgått behandling av gynekologisk kreft. Brukerundersøkelsen presentert i teorikapittelet, viser også at kreft rammer seksuallivet betydelig (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 46). Videre kommer det frem en rekke fysiske og psykososiale konsekvenser, som samsvarer med aktuell teori om hvordan seksualiteten påvirkes ved gynekologisk kreft (Kristoffersen et al., 2017; Stubberud et al., 2017 – bind 2).

Utfordringene som møter oss gjennom livet, er med på å påvirke hvordan vi opplever vår egen helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 7). I regjeringens strategi for seksuell helse kommer det frem at seksualitet og den generelle helsen, enten positivt eller negativt, påvirker hverandre i stor grad (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 7). Vi ser med dette at seksuell helse må forstås i sammenheng med menneskets mange dimensjoner. Dersom dette ikke er tilfellet, kan en i lys av teorien om pleielidelse (Kristoffersen et al., 2017 s. 195 – bind 3) og krenkelse av verdighet (Eriksson, 1995, s. 70), forstå at vi kan påføre pasientene en form for lidelse. Pasientene blir ikke sett som hele mennesker og vi frarøver dem muligheten til å ta i bruk seksualiteten som en helseressurs (Eriksson, 1995, s. 70). Dette støttes opp i teorikapittelet hvor regjeringens strategiplan fokuserer på at en god seksuell helse er en ressurs og beskyttelsesfaktor som kan hjelpe pasientene til opplevelse av mestring og god livskvalitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 7). Pasienter som gjennomgår en kreftdiagnose, er i en svært sårbar og utfordrende situasjon. De vil ha behov for å hente frem alle ressurser og krefter de har for å kunne være best mulig rustet til et krevende sykdoms- og behandlingsforløp. En kan derfor argumentere for at sykepleiere må se pasientene i en helhet, samt hjelpe dem til å identifisere og ta i bruk alle deres helseressurser. På den måten bidrar man trolig til god ivaretagelse av pasientene.

Til tross for at den seksuelle helsen er en del av det helhetlige mennesket og dets helhetlige behov, vil det være store variasjoner i ønsker og behov blant pasientene. I studien til McCallum et al. (2012) kommer det frem at pasientene har ulike seksuelle behov, som er viktige for at de skal kunne ha en god seksuell helse. I tillegg er det variasjon mellom ønskene pasientene uttrykker, både relatert til behandlingstilbud og hvordan de vil bli møtt av helsepersonell. Store forskjeller i behov for seksualrådgivning poengteres også i den tidligere nevnte brukerundersøkelsen til Kreftforeningen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 46). I artikkelen og teorien presentert ovenfor, poengteres det at vi mennesker er ulike når det gjelder ønsker og behov knyttet til vår seksualitet, slik vi også er på alle andre områder. Individuell tilnærming er derfor trolig avgjørende for god ivaretagelse av pasientene.

Selv om pasientene har individuelle ønsker og behov, er det noen som går igjen (McCallum et al., 2012). Mange pasienter beskriver et ønske om større åpenhet blant helsepersonell og mer grundig informasjon. Disse ønskene ytres også av bruker- og interesseorganisasjoner (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 10), og tyder på at studien er representativ for flere pasienter. Som presentert i teorikapittelet, er kunnskap og informasjon avgjørende for å oppnå god seksuell helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 13). Dersom pasientene har fått tilstrekkelig informasjon om hva de kan forvente seg av utfordringer og hvor de kan søke hjelp, vil de trolig bli tryggere og være i bedre stand til å mestre egen sykdom. Dette ser ikke ut til å være tilfellet for pasientene i den aktuelle studien (McCallum et al., 2012) da de uttrykte at de hadde hatt behov for mer tilstrekkelig informasjon. Det kan virke som om ivaretagelsen av deres seksuelle helse har vært mangelfull. Dette kan knyttes opp mot teorien om uteblitt pleie (Kristoffersen et al., 2017 s. 197 – bind 3) og krenkelse av verdighet (Eriksson, 1995, s. 70). Det at sykepleierne enten har latt være å ta opp temaet, vært slurvete eller bagatellisert tematikken, gjør trolig at pasientene sitter igjen med en uheldig opplevelse av hvordan de ble møtt og ivaretatt. I stedet for at pasientene sitter igjen med trygghet og handlekraft, kan de føle på maktesløshet og manglende tro på at det er hjelp å få.

Sykepleieres holdninger til seksualitet

Ovenfor kommer det frem at pasientene opplever konsekvenser av behandlingen som påvirker deres seksuelle helse og at de ønsker å bli møtt på dette av sykepleierne. Flere av sykepleierne i studien til Saunamäki og Engström (2013) har positive holdninger til seksuell helse, som tilsier at seksualitet er en viktig del av pasientenes liv og at det er sykepleiernes ansvar å ivareta deres seksuelle helse. De peker på at de både har kunnskap og erfaringer som tilsier at pasientenes

seksualitet påvirkes ved sykdom, og at det derfor er viktig å snakke om. Trolig er kunnskap om og erfaringer med et tema med på å skape forståelse, istedenfor ignoranse og fordommer.

De som snakket om seksualitet som en selvfølge, pekte på godt etablerte rutiner som årsak til dette (Saunamäki og Engström, 2013, s. 534). En etablert rutine skaper trolig en tydeligere forventning til sykepleierne. Sykepleiere som unngår temaet, tar et bevisst valg som gjør at de ikke oppfyller denne forventningen. Dette vil forhåpentligvis føre til at mange flere blir mer bevisst på sitt ansvar. Rutiner som fokuserer på seksualitet vil trolig bidra til at flere ser viktigheten av temaet, som igjen kan være med å skape positive holdninger til seksuell helse. Dette vil igjen kunne føre til god ivaretagelse av pasientenes seksuelle helse. Dette støttes også opp av teorien som tilsier at faktorer som åpenhet og positive holdninger til seksualitet, bidrar til å fremme god seksuell helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 13).

Det kommer også frem i teorikapittelet at mange sykepleiere mener at temaet bør inkluderes i behandlingsforløpet (Langhelle et al., 2021, s. 35). På den ene siden tilsier sykepleiernes holdninger at temaet er viktig og bør snakkes om. På den andre siden derimot, viser teorien (Langhelle et al., 2021, s. 35) og funn i artiklene (Annerstedt og Glasdam, 2019; McCallum et al., 2012; Saunamäki og Engström, 2013) til mangelfull kommunikasjon og at seksualitet som behov, nedprioriteres. Med dette som bakgrunn, kan en stille seg kritisk til hvordan ivaretagelsen av pasientene blir når sykepleierens positive holdninger, i mange tilfeller, ikke samsvarer med deres handlinger.

Gjennom artiklene presenteres det flere negative holdninger hos sykepleierne relatert til seksualitet. Sentralt og gjennomgående i artiklene (Annerstedt og Glasdam, 2019; Saunamäki og Engström, 2013) er holdninger som tilsier at seksuelle behov er mindre viktige enn andre behov, samt at seksuell helse ikke er en del av sykepleiers rolle eller ansvarsområder. Dette kan forstås i lys av teorien som presenterer at seksualitet ikke har fått en betydelig plass i sykepleieutdanningen før i senere år. Utdanningens fokus vil være holdningsskapende og i stor grad være med på å forme de ferdigutdannede sykepleierne (Langhelle et al., 2021 s. 35). I løpet av egen utdanning har vi blant annet hatt foredrag fra en pasient med gjennomgått gynekologisk kreft og en sexolog som snakket om viktigheten av å prate om seksualitet. Vi har også hatt eksamensoppgaver som tar for seg temaet. Dette har i vårt tilfelle vært med på å skape en bevissthet, samt rettet et fokus på at det *er* vårt ansvar som sykepleiere å ivareta pasientens seksuelle helse. Med dette som bakgrunn, kan vi spekulere i hvilket fokus seksualitet har hatt i

utdanningen til sykepleierne i utvalgte artikler, og om dette kan være roten til hvordan sykepleierne nå ivaretar pasientenes seksuelle helse.

Som nevnt i teorikapittelet, er det utformet yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere som skal hjelpe dem å handle på et profesjonelt grunnlag og sikre at pasientenes behov er i fokus (Kristoffersen et al., 2017, s.398 – bind 2). Dersom en ikke har et felles holdningsgrunnlag, vil enkeltpersoners meninger om hvilke ansvarsområder som er gjeldende eller hvilke behov som er viktige, kunne føre til mangelfull ivaretagelse. Etter våre meninger, kan vi finne eksempler på dette i utvalgte artikler, hvor sykepleierne handler ut fra individuelle holdninger. Det kommer frem at de ikke tror at seksualitet er et prioritert behov blant pasientene, men pasientene gir uttrykk for det motsatte. I de yrkesetiske retningslinjene presiseres det blant annet at sykepleier skal ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg (NSF, 2019). For å sikre god ivaretagelse av pasientene, bør sykepleierne ha en holdning til utøvelse av sykepleie hvor pasientens behov legger føringer – ikke sykepleierens egne meninger og antagelser.

Sykepleierne i to av artiklene (Annerstedt og Glasdam, 2019; Saunamäki og Engström, 2013) har holdninger som vektlegger at fysiske behov bør prioriteres høyest. Disse holdningene førte i praksis til at seksuelle behov ble nedprioritert. Dersom temaet i det hele tatt ble snakket om, var det fysiske problemer som ble diskutert. Pasientene i studien til McCallum et al. (2012, s. 137) beskriver at det er summen av fysiske, psykologiske og mellommenneskelige opplevelser som har avgjort hvordan deres seksuelle helse er. Dermed kan en trolig si at helhetlig sykepleie, hvor alle de grunnleggende behovene er likestilt og sett i sammenheng, er avgjørende for pasientenes opplevelser av tilstrekkelig helsehjelp. Dette støttes opp i teorikapittelet, som presenterer at seksualitet er et grunnleggende behov, og bidrar til å avgjøre vår helse (Aars, 2021, s. 26).

Som tidligere nevnt kommer det frem i artikkelen til Annerstedt og Glasdam (2019) at noen av sykepleierne tok tak i fysiske seksuelle problemer, som tørre slimhinner. Med bakgrunn i både teori og funn i artiklene (McCallum et al., 2012; Sekse et al., 2016), kan vi argumentere for at seksualiteten påvirkes på flere plan, etter gjennomgått gynekologisk kreft. Blant annet vet vi at kvinnene kan oppleve psykiske utfordringer som for eksempel endret selvbylde (Stubberud et al., 2017 s. 154 – bind 2). De kan også oppleve sosiale utfordringer, som kan påvirke deres relasjon og seksuell tilnærming til en eksisterende eller eventuell ny partner (Kristoffersen et al., 2017 s. 394 – bind 2). Med denne kunnskapen, forstår vi at det ikke er tilstrekkelig å kun imøtekomme pasientens fysiske problemer knyttet til seksualitet. Som tidligere diskutert, må

en derimot se hele mennesket og alle dets behov i en sammenheng for å unngå å krenke pasientene verdighet, samt påføre dem en pleielidelse.

Det kommer frem i to av artiklene (Annerstedt og Glasdam, 2019; Saunamäki og Engström, 2013) at mange av sykepleierne har fordommer relatert til hvem det er aktuelt å prate om seksualitet med. Dette kan også ses i lys av teorien som presenterer at helsevesenet generelt preges av holdninger som ekskluderer enkelte grupper (Aars, 2021, s. 30-31). I og med at holdninger gir opphav til handlinger, ser vi at sykepleierne i artiklene utøver sykepleie ut fra faktorer som pasientenes alder, legning sivil- og funksjonsstatus. For det første strider disse fordommene imot sykepleiens menneskesyn og verdigrunnlag, hvor alle pasienter har rett til omsorg og ivaretagelse uavhengig av hvem man er (UiS, u.å.). For det andre, er det svært bekymringsfylt da disse fordommene omhandler en veldig stor del av pasientgruppen. Blant annet belyser artikkelen til Sekse et al. (2016), til tross for fordommene nevnt ovenfor, at 88% av kvinnene mellom 50-65 år var seksuelt aktive i ulik grad og det samme gjaldt for 84% av kvinnene over 65 år (Sekse et al., 2016). Dette støttes opp av teorien som tilsier at det er en stadig økende andel av eldre som er seksuelt aktive, samt opplever dette som viktig og meningsfylt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 28). Med utgangspunkt i dette, tror vi mange pasienter står i fare for å ikke bli møtt og ivaretatt slik de burde.

Videre kan vi med bakgrunn i teorien om pleielidelse og maktutøvelse (Eriksson, 1995, s. 73-74), stille oss kritiske til hvordan sykepleierne enten bevisst eller ubevisst bruker sin makt i møte med pasientene. «In this way, nurses became a gatekeeper for patients' options for getting help for their sexual health problems» (Annerstedt og Glasdam, 2019, s. 3562). Det er et kjent fenomen at maktforholdet mellom sykepleier og pasienter er skjevt. Pasientene er sårbare og avhengige av sykepleiernes kunnskap og vilje til å pleie. Med denne kunnskapen, skjønner man at det er viktig at sykepleierne er bevisst på sin rolle og maktposisjon. Om de ikke er det, kan de stå i fare for å påføre pasientene en pleielidelse. For eksempel kan det at sykepleierne i artiklene (Annerstedt og Glasdam, 2019; Saunamäki og Engström, 2013) fordømmer noen pasientgrupper, og dermed ikke tar deres seksuelle helse på alvor, føre til maktesløshet og mangel på god ivaretagelse (Eriksson, 1995, s. 73-74).

Barrierer som hindre sykepleieres og pasienters kommunikasjon om seksualitet

I lys av teorien, har vår kultur i lang tid vært preget av tabu omkring seksualitet. Til tross for at det i dag er en større åpenhet til temaet, opplever mange det fortsatt utfordrende å snakke om seksualitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 25). Dette kommer også tydelig frem i

to av de utvalgte artiklene (Annerstedt og Glasdam 2019; Saunamäki og Engström, 2013). Det presenteres at sykepleierne synes at temaet er flaut og unaturlig å snakke om. I studien til McCallum et al. (2012) kommer det frem at også pasientene kjenner på tabu knyttet til temaet.

Å bryte et tabu er utfordrende og krever viljestyrke. Med utgangspunkt i dette, er det forståelig at sykepleierne ønsker å unngå temaet, samt at de opplever det utfordrende å ta det første steget. Som sykepleier står man ovenfor flere utfordrende situasjoner og temaer, som en likevel er nødt til å forholde seg. En kan derfor stille seg spørrende til hvorfor sykepleierne ties av tabu knyttet til seksualitet, men kan snakke om temaer som eliminasjon eller døden. Dersom en som sykepleier skulle unngått alle temaer som er utfordrende eller preges av tabu, ville ivaretagelsen av pasientene blitt svært mangelfull.

I tillegg til at temaet er tabubelagt, kommer det frem at noen av sykepleierne preges av en usikkerhet som fører til at de unngår temaet. Dette har blant annet sitt opphav i mangel på kunnskap og lite erfaring (Saunamäki og Engström, 2013). Dette kan gjerne ses i sammenheng med det som tidligere er presentert om sykepleieutdanningens manglende fokus på seksuell helse. Mangel på kunnskap og erfaring kan for mange føre til at en tviler på egne evner, som dermed øker terskelen for å ta opp temaet.

Videre kommer det frem at noen av sykepleierne opplever at pasientene bringer frem en usikkerhet hos dem. Hvem de har foran seg, er med på å avgjøre om de snakker om seksualitet eller ikke. Om en sykepleier har et problematisk eller uavklart forhold til egen seksualitet, kan det bli utfordrende å ivareta pasientens seksuelle helse på en god måte (Kristoffersen et al., 2017, s. 398 – bind 2). I sykepleieryrket må en bruke seg selv og tørre å være sårbar for å imøtekomme pasientene. Noen pasientmøter vil berøre og utfordre oss mer enn andre, men vi må likevel forholde oss profesjonelle og ha pasientenes behov i fokus. Sykepleierne må igjen være bevisst på det ujevne maktforholdet mellom sykepleier og pasient, og muligheten for å påføre pasientene lidelse dersom en styres av egne usikkerheter.

Studien til McCallum et al. (2012) belyser at flere av pasientene vegrer seg for å oppsøke behandling for seksuelle problemer, for å unngå følelsesmessige påkjennelser. Som tidligere presentert, kommer det likevel frem at pasientene har et behov for å snakke om det. Sykepleierne i studien til Saunamäki og Engström (2013) vegret seg for å ta opp seksualitet med pasientene nettopp for å skåne de mot dette. Dette til tross for at sykepleiernes ansvar er å hjelpe pasienten til å ivareta deres grunnleggende behov, når de selv ikke er i stand til dette (Kristoffersen et al., 2017, s. 38 – bind 3).

I tillegg til at sykepleierne opplever at temaet er tabu og at det bringer frem usikkerheter, opplever de også at mangel på rutiner, støtte fra ledelsen, dårlig tid og flermannsrom er barrierer som hinder dem i å snakke om seksualitet (Saunamäki og Engström, 2013). Sykepleierne ga også uttrykk for at seksuell helse hadde lav prioritet i den onkologiske klinikk. En kultur dannes trolig ikke kun av ledere, men også av sykepleierne som jobber der. Dersom sykepleierne opplever at avdelingen er preget av en dårlig kultur, har de selv et ansvar for å bidra til å endre denne. Med tanke på at sykepleierne skal være pasientens talsperson, er det både avgjørende og nødvendig at en tør å være kritisk til kulturen og normene på en avdeling, da disse i stor grad bidrar til ivaretagelse av pasientene.

Det kommer tydelig frem at både holdningene og barrierene som er drøftet ovenfor, påvirker ivaretagelsen av pasientene. Basert på både artiklene og teorien ser man at noen av sykepleierne har positive holdninger som gjenspeiles i deres utøvelse og ivaretagelse av pasientene. Likevel er det en overvekt av sykepleiere som beskriver at de av ulike årsaker, unngår temaet seksualitet i varierende grad. Videre kommer det frem at pasientene ikke føler at deres seksuelle helse blir prioritert og tatt på alvor. En kan peke på en tydelig sammenheng mellom teorien som er diskutert om pleielidelse og forholdene som kommer frem i artiklene. Om en tar pasientenes ønsker og grunnleggende behov i betraktning, er det tydelig at nødvendig pleie blir utelatt. Pasientene vil trolig sitte igjen med en følelse av å ikke ha blitt tilstrekkelig ivaretatt og kan kjenne på håpløshet og avmakt (Kristoffersen et al., 2017 s. 195-200 – bind 3). Istedenfor at sykepleierne har lindret pasientenes smerte og fremmet deres livskvalitet, kan de ha påført pasientene ytterligere lidelse?

Anvendelse av resultater i praksis

Regjeringens strategi, *Snakk om det*, poengterer at alle som jobber i helse- og omsorgstjenesten har et ansvar for pasientenes seksuelle helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 7). Vår litteraturstudie peker derimot på at dette ikke alltid er tilfellet i praksis. Studien viser til manglende ivaretagelse av seksuell helse blant pasienter med gjennomgått gynekologisk kreft. Vi tenker at informasjonen kan bidra til å sette et søkelys på denne problematikken og bevisstgjøre sykepleiere som jobber med denne pasientgruppen. Vi håper og tror også at studien kan bidra til at seksualitet og seksuell helse generelt får mer fokus i helsevesenet.

Ettersom funn tydelig viser til at sykepleiernes utøvelse av pleie og omsorg ikke møter pasientenes ønsker og grunnleggende behov, vil det være vanskelig å argumentere *mot* at økt fokus på temaet er nødvendig. Sykepleiere er ansvarlige for å holde seg faglig oppdatert og utøve sykepleie som kan begrunnes faglig. Økt kunnskap fører til bedre forståelse og kan forhåpentligvis føre til en holdningsendring hos enkeltindivider, men også generelt i institusjoner. På sikt vil dette trolig bidra til bedre ivaretagelse av pasientene.

Når et problem er avdekket og det er skapt en bevissthet rundt dette, kan en se videre på hvordan problemet kan løses. Her er noen konkrete forslag:

- Vi foreslår at seksualitet får en større plass i utdanningsforløpet til sykepleiere. Det bør inneholde oppdatert faglitteratur, fagdager og ferdighetstrening. Hensikten er at utdanningens innhold og fokus gir opphav til sykepleieres holdninger og er med på å avgjøre deres trygghet og handlekraft. Samtidig vet vi at det vi har tilstrekkelig kunnskap om og får trent på, blir vi gode på.
- Vi foreslår at det dannes grupper for veiledning og refleksjon på avdelinger hvor en møter den aktuelle pasientgruppen. I gruppene kan sykepleiere reflektere over pasientsituasjoner og aktuelle problemstillinger, samt få veiledning og råd fra hverandre. En bør også tilstrebe å benytte seg av en fagperson, som en sexolog, som kan bidra med ny kunnskap og andre perspektiver. Dette vil forhåpentligvis bidra til å skape en kultur som er preget av åpenhet, trygghet og kompetanse.
- Vi foreslår, på bakgrunn av resultatene fra de utvalgte artiklene, at aktuelle avdelinger legger til rette for aktiv bruk av PLISSIT-modellen blant sykepleierne. PLISSIT-modellen er en anerkjent modell som illustrerer hvordan en kan tilnærme seg og

behandle seksuelle problemer, på ulike nivå. De ulike nivåene består av tillatelse (permission), begrenset informasjon (limited information), spesifikke forslag (specific suggestions) og intensiv terapi (intensive therapy) (Kristoffersen et al., 2017 s. 399 – bind 2). Modellen kan brukes aktivt i form av synlige plakater til påminnelse og godt utarbeidede brosjyrer til samtalestartere. Hensikten med dette er at sykepleierne skal være klar over eget ansvarsområde og kunne handle ut ifra modellens første og andre steg (P og LI), samt henvise videre dersom pasienten har et mer omfattende behov for hjelp.

- Vi foreslår at sykepleiere kartlegger pasientenes seksuelle helse som en del av innkomtsamtalen. Det bør utarbeides et skjema som inneholder konkrete spørsmål, relatert til pasientens seksuelle helse. Dette vil være med på å bidra til tilstrekkelig datainnsamling. På den måten har sykepleierne mulighet til å identifisere seksuelle problemer og dermed iverksette tiltak. Med utgangspunkt i kunnskapen vi har tilegnet oss gjennom vår litteraturstudie, tenker vi at det vil være enklere for sykepleierne dersom de har konkrete tiltak og forventninger fra avdelingen å støtte seg på.

Litteraturliste

Dalland, O. (2020) *Metode og oppgaveskriving (7. utg.)*. Oslo: Gyldendal

Eriksen, S., Gjesing, R. & Sellevold, G. S. (2021) Sykepleiere kan ikke overse seksualiteten. *Sykepleien, 2021*, (01), s. 18-23.

Eriksson, K. (1995). *Det lidende menneske*. Oslo: Tano Forlag

Fosshagen, K. (2017). *Tabu*. Hentet fra: <https://snl.no/tabu>

Friberg, F. (2017) *Dags för uppsats*. Lund: Studentlitteratur AB

Gynkreftforeningen. (u.å.). *Typer gynekologisk kreft*. Hentet fra: <https://www.gynkreftforeningen.no/kjenn-etter/>

Helse- og omsorgsdepartementet (2016). *Snakk om det!* Strategi for seksuell helse. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/snakk-om-det/id2522933/>

Johansen, L. B. (2021) Pasienter etterspør rådgiving. *Sykepleien, 2021*, (01), s. 55-58.

Kreftregisteret. (u.å.). *Statistikkbank*. Hentet fra: <https://sb.kreftregisteret.no/insidens/>

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E-A., og Grimsbø, G. H. (2017). *Grunnleggende sykepleie, bind 2 (3. utg.)*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E-A., og Grimsbø, G. H. (2017). *Grunnleggende sykepleie, bind 3 (3. utg.)*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Langhelle, T. H., Paulsen, A., Fredly, K. & Sekse, R. J. T. (2021) Sykepleiere kan hjelpe pasientene til bedre seksuell helse. *Sykepleien, 2021*, (01), s. 34-40. DOI-NUMMER 10.4220/sykepleiens.2021.83207

NSF - Norsk Sykepleierforbund. (2019) *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet fra: <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

Stenseth, S. & Svabø, H. (2019) *Femihelse*. Oslo: Pitch Forlag AS.

Stubberud, D-G., Grønseth, R., Almås, H. (2017). *Klinisk sykepleie 2 (5. utg.)*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Universitetet i Stavanger. (u.å.) *Sykepleie – bachelorstudium*. Hentet fra:
<https://www.uis.no/nb/studieprogram-og-emner/sykepleie-bachelorstudium>

WHO – World Health Organization. (2006) *Sexual health*. Hentet fra:
<https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research/key-areas-of-work/sexual-health/defining-sexual-health>

Aars, H. (2021) Hva er seksuell helse? *Sykepleien*, 2021, (01), s. 26- 31. DOI-NUMMER
10.4220/sykepleiens.2021.83165

Vedlegg

Oversiktstabell over analyserte artikler

Kilde:	Perspektiv	Problem	Hensikt/ formål	Metode (utvalg, analyse, mm)	Resultater
<p>Tittel: Sexual activity and functioning in women treated for gynaecological cancers</p> <p>Forfatter(e): Sekse, R. J. T. Hufthammer, K. O. Vika, M. E.</p> <p>Tidsskrift: Journal of Clinical Nursing</p> <p>Årstall: 2016</p>	Pasienter	Gynekologisk kreft kan potensielt påvirke kvinners seksualfunksjon negativt	Å beskrive og sammenligne seksuell aktivitet- og funksjon i forhold til ulike former for gynekologisk kreft, behandlingsmetoder, alder, psykologisk stress og helserelatert livskvalitet.	Kvantitativ tilnærming, intervensjonsstudie. Studien inkluderer 129 kvinner ifra norske sykehus, som har gjennomgått kurativ behandling for gynekologisk kreft. De har både brukt journal og ulike spørreskjemaer til å innhente data. Skjemaene inneholder spørsmål relatert til seksualitet, psykologisk stress, helserelatert livskvalitet og demografi. Informasjonen innhentet fra journalene omhandler pasientens sykdoms- og behandlingsforløp.	Nesten 2/3 av kvinnene i studien var seksuelt aktive, men av disse var 54% ikke- eller delvis tilfreds med deres seksuelle aktivitet. Ca halvparten ga uttrykk for både tørre slimhinner i vagina og smerte eller ubehag ved penetrasjon av vagina. Det var ingen signifikant forskjell mellom nytelse og smerte, relater til diagnose og behandlingsmetode.
<p>Tittel: Sexual health and gynecological cancer: conceptualizing patient needs and overcoming</p>	Pasient	Pasienter opplever barrierer som hindrer dem i å oppsøke/ benytte seg av tjenester relatert til seksuell helse.	Å innhente subjektive erfaringer fra kvinner som er behandlet for gynekologisk kreft med fokus på å dekke følgende hull i litteraturen:	Kvalitativ tilnærming. Studien inkluderer 15 kvinner ved et regionalt kreftsentrum i Canada, som alle har gjennomgått behandling for	Definisjonen av god seksualitet inkluderer emosjonell intimitet, kroppsbilde, seksuell identitet og seksuell respons.

<p>barriers to seeking and accessing services</p> <p>Forfatter(e): McCallum, M., Lefebvre, M., Jolicoeur, L., Maheu, C. & Lebel, S.</p> <p>Tidsskrift: Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology</p> <p>Årstall: 2012</p>			<p>(1) Kvinnens egen definisjon av god seksuell helse</p> <p>(2) Tilbud som kan dekke deres behov</p> <p>(3) Barrierer som hindrer pasientene i å oppsøke/ ta i bruk tilbud</p>	<p>gynekologisk kreft. Dataen ble innhentet gjennom semi-strukturerte intervju. Det ble tatt utgangspunkt i 4 strukturerte spørsmål. Fokuset ble lagt på deltakernes utsagn og den naturlige utviklingen av samtalen.</p>	<p>Kvinnene opplevde at deres behov ikke ble tilfredsstilt når deres subjektive oppfatning av god seksuell helse ikke samsvarte med deres nåværende seksuelle helse.</p> <p>Flesteparten av kvinnene ønsket informasjon enten en-til-en eller skiftelig.</p> <p>Yngre kvinner uttrykket at de ikke utnyttet seg av tilbudene på grunn av praktiske barrierer og emosjonelle påkjennelser. Eldre kvinner derimot, uttrykket at beskjedenhet og stigma var årsakene til at de ikke snakket om seksualitet med helsepersonell.</p>
<p>Tittel: Nurses' attitudes towards support for and communication about sexual health—A qualitative study from the perspectives of</p>	<p>Sykepleier</p>	<p>Sykepleiere synes det er ubehagelig å snakke om seksualitet med pasienter og temaet nedprioriteres.</p>	<p>Å undersøke sykepleiers holdninger til støtte og kommunikasjon relatert til seksuell helse.</p>	<p>Kvalitativ tilnærming. Studien inkluderer 7 sykepleiere ved en onkologisk avdeling i Sverige. Ingen av sykepleierne hadde videreutdanning. Dataen ble innhentet gjennom semi-strukturerte</p>	<p>Fra sykepleiernes perspektiv, hadde seksuell helse lav prioritet. Det kommer frem gjennom sykepleiernes beskrivelser at seksuell helse forstås som sex og seksuelle</p>

<p>oncological nurses</p> <p>Forfatter(e): Annerstedt, C. F. & Glasdam, S.</p> <p>Tidsskrift: Journal of Clinical Nursing</p> <p>Årstall: 2019</p>				<p>intervjuer, hvor sykepleierne ble bedt om å beskrive konkrete situasjoner. Analysen av dataen er inspirert av Foucaults teoretiske konsepter om makt, disiplin og normalisering.</p>	<p>problemer, som kan behandles medisinsk. Faktorer som alder, legning og sivilstatus er med på å påvirke om sykepleierne tar opp temaet. Dersom temaet ble tatt opp, henviste ofte sykepleierne pasientene videre til andre yrkesgrupper. Dette førte til at sykepleierne satt med makten og definerte hvem som hadde behov for hjelp.</p>
<p>Tittel: Registered nurses reflections on discussing sexuality with patients: responsibilities, doubts and fear</p> <p>Forfatter(e): Saunamäki, N. & Engström, M.</p> <p>Tidsskrift: Journal of Clinical Nursing</p> <p>Årstall: 2013</p>	<p>Sykepleier</p>	<p>Til tross for kunnskap om viktigheten av seksuell helse, unngår sykepleiere å snakke om seksualitet med pasienter.</p>	<p>Å beskrive sykepleiers refleksjoner rundt å prate om seksualitet med pasienter.</p>	<p>Kvalitativ tilnærming. Studien inkluderer 10 sykepleiere fra 3 forskjellige sykehus i Sverige. Gjennom 8 konkrete spørsmål, ble sykepleierne bedt om å reflektere over det å snakke om seksualitet med pasienter.</p>	<p>Det kommer frem at seksualitet i sykepleie oppleves som utfordrende og vanskelig for sykepleiere. De som tok opp temaet gjorde dette basert på et sterkt ønske om å hjelpe pasientene, likevel beskrev de at de var preget av følelser som frykt og forlegenhet. Faktorer som tidspress, manglende mulighet til skjerming av pasienter og manglende støtte ble utpekt som</p>

					årsaker til at temaet ikke tatt opp. Noen sykepleiere følte også at det ikke var deres ansvar, samt at temaet var tabubelagt.
--	--	--	--	--	---