

Kandidatnummer: 5269 og 5120

BSYBAC_5

Bacheloroppgave i Sykepleie

Å våge å snakke om seksualitet og nærhet med kvinner som gjennomgår gynekologisk kreft-
en integrativ litteraturstudie.



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

Stavanger, 5. mai 2022

Kandidatnummer: 5269 og 5120



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

NOE

Å lytte

til ordene

fra det andre mennesket

kanskje ikke alle ordene

men til dem som kommer dumpende

nærmest av vanvare, lytte

til klangen

til smilet i stemmen

hvis den smiler

eller den brutte tonen

i ordet som aldri skulle vært sagt

lytte

til pausen som plutselig er der

plutselig er for lang

og munnviken

som skjelver umerkelig, for

det er et eller annet

bakom

noe bittelite kanskje

og meget ensomt

noe er det

noe...

(Prytz, 1978, s. 52)

Sammendrag

Bakgrunn/problemformulering

Pasienter som gjennomgår og behandles for gynekologisk kreft kan oppleve kroppslige endringer og bekymringer knyttet til sin seksualitet. Dette kan ha stor betydning for den enkeltes livskvalitet. Gjennom vår praksisperiode på gynekologisk sengepost opplevde vi, på tross av dette, at seksualitet var et samtaleemne som sjeldent ble tatt opp med denne pasientgruppen. Vi ønsket derfor å undersøke hva som kunne være årsaken til dette.

Hensikt

Hensikten med oppgaven er å belyse barrierer som hindrer sykepleiere i å snakke om seksualitet med pasienter som gjennomgår og behandles for gynekologisk kreft, samt hvilke tiltak som kan iverksettes for å gjøre det lettere for sykepleieren å ta opp temaet.

Metode

Metoden vi har benyttet i oppgaven er en integrativ litteraturoversikt. Fem kvalitative artikler ble analysert på bakgrunn av Friberg (2017) sin analysemodell. Grunnlaget for besvarelsen av bacheloroppgaven er funn i artiklene, supplerende teori, samt egne refleksjoner.

Resultat

Deltakerne fortalte om en rekke faktorer som kunne gjøre det vanskelig å snakke om seksualitet med pasientene. Mangel på tid og egnet rom, samt arbeidsplassens rammer ble presentert som mulige barrierer. Samtidig kom det frem at forutinntatthet og holdninger, kunnskaps- og erfaringsgrunnlag, og følelser kunne påvirke sykepleierens tilnærming. Noen deltakere fortalte at de tok i bruk ulike strategier og metoder for å ta opp seksualitet og seksuell helse med pasientene. Flere sykepleiere etterlyste etablerte systemer og tiltak for å gjøre det lettere å ta opp temaet.

Nøkkelord: Gynekologisk kreft, seksualitet, seksuell helse, barrierer og sykepleier.

INNHold

1 INNLEDNING	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema	6
1.2 Problemformulering	6
1.3 Hensikt	6
2 TEORI	7
2.1 Seksualitet og seksuell helse	7
2.2 Gynekologisk kreft, behandling og konsekvenser for den seksuelle helsen	7
2.3 PLISSIT-modellen.....	8
2.4 Kari Martinsen og Løgstrup	9
3 METODE	11
3.1 Valg av metode.....	11
3.2 Søkeprosess	11
3.3 Valg av søkeord.....	11
3.4 Avgrensninger og utvalgs-kriterier	12
3.5 Valg av artikler	12
3.6 Analyse av artiklene	13
4 RESULTAT	14
4.1 Ytre barrierer	14
4.1.1 Tid.....	15
4.1.2 Egned sted	15
4.1.3 Arbeidsplassens rammer	15
4.2 Indre barrierer.....	15
4.2.1 Forutinntatthet og holdninger blant sykepleierne	15
4.2.2 Sykepleierens kunnskaps- og erfaringsgrunnlag	16
4.2.3 Sykepleierens følelser og komfortsone	17
4.3 Metoder og tilnæringsmåter	18
4.3.1 Metoder som allerede benyttes i praksis	18
4.3.2 Etablerte systemer og tiltak som kan gjøre det lettere for sykepleiere å ta opp temaet med pasientene	19
4.4 Pasientens perspektiv	19
4.4.1 Ønsker og forventninger til sykepleierne.....	19
4.4.2 Tanker og følelser.....	20

5 DISKUSJON	21
5.1 Metodediskusjon	21
5.1.1 Metode og valg av artikler	21
5.1.3 Land og område.....	22
5.1.4 Studiens deltakere.....	22
5.1.5 Vurdering av anvendelse av metoden.....	23
5.2 Resultatdiskusjon.....	23
5.2.1 Sykepleierens forståelse og forutinntatthet rundt pasientens seksuelle behov	23
5.2.2 Nødvendig kunnskap og erfaring.....	24
5.2.3 Ethiske refleksjoner	25
6 ANVENDELSE I PRAKSIS	28

Vedlegg 1: Søkelogg

Vedlegg 2: Litteratormatrise

Antall ord: 7990

1 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Gjennom sykepleierstudiet har vi reflektert over hvor lite fokus det er på nærhet og seksualitet i undervisningen, til tross for at det er et behov som kan ha stor betydning for den enkeltes livskvalitet. I løpet av praksisperioden på gynekologisk sengepost ønsket vi derfor å få mer erfaring og kunnskap på området, og tenkte at dette ville være spesielt relevant i møte med gynekologisk kreftpasienter. På avdelingen opplevde vi imidlertid at seksualitet var et sjeldent samtaleemne mellom sykepleiere og pasienter. Sykepleierne fortalte at pleien i stor grad var rettet mot sykdom og behandling. Videre opplevde vi at samtaler angående seksualitet handlet om når pasienten tidligst kunne gjennomføre samleie etter operasjon. Flere av sykepleierne uttalte at hvis pasienten hadde ytterligere spørsmål, henviste de til sexolog. Etter endt praksis satt vi fremdeles igjen med en følelse av usikkerhet knyttet til det å snakke om nærhet og seksualitet. Dette økte vår interesse for temaet.

1.2 Problemformulering

Gynekologisk kreft og behandling kan medføre en rekke kroppslige forandringer som kan påvirke pasientens selvbilde, og gi konsekvenser for seksuallivet (Jerpseth, 2016, s.154). I helse- og omsorgsdepartementets strategi for seksuell helse kommer det frem at seksualitet er et tema som ofte forbigås, og nedprioriteres ved sykdom og behandling. I denne strategien blir det fremhevet at pasienter ønsker å snakke om det, men foretrekker at helsepersonellet tar initiativet. Når temaet blir unngått eller nedprioritert, kan pasienten oppleve skam og ensomhet rundt sin seksualitet. Åpenhet, respekt for mangfold og positive holdninger, vil være faktorer som kan bidra til å fremme seksuell helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 13).

Gjennom bacheloroppgaven ønsker vi å undersøke hvorfor noen sykepleiere unngår å snakke om seksualitet med pasienter som gjennomgår gynekologisk kreft og er innlagt på sykehus. Ved å identifisere og bli bevisst på hvilke barrierer sykepleieren kan møte på, kan en finne frem til aktuelle tiltak som kan gjøre det lettere å ivareta pasientens seksuelle helse.

1.3 Hensikt

Hensikten med oppgaven er å belyse barrierer som hindrer sykepleiere i å snakke om seksualitet med pasienter som gjennomgår og behandles for gynekologisk kreft, samt hvilke tiltak som kan iverksettes for å gjøre det lettere for sykepleieren å ta opp temaet.

2 TEORI

2.1 Seksualitet og seksuell helse¹

Seksualitet er et grunnleggende behov som angår mennesker i alle aldre og livssituasjoner. Det er et komplekst fenomen som dreier seg om langt mer enn samleie. Det handler om kjærighet og nærhet, og omfatter både følelser, tanker og handlinger, samt fysiologiske og fysiske funksjoner (Gamnes, 2016, s.373; Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s.7). Ifølge verdens helseorganisasjons definisjon omfatter seksualitet både «kjønnsidentitet og kjønnsroller, seksuell orientering, erotisme, nytelse, intimitet og reproduksjon» (WHO, 2006). Definisjonen fremhever at seksualiteten kan oppleves i tanker, fantasier og praksis, og komme til uttrykk i holdninger, atferd, roller og verdier. Det påpekes også at omgivelsene og samfunnet rundt enkeltmennesket påvirker seksualitetens uttrykk. Eksempelvis kan biologiske, sosiale, kulturelle, historiske og religiøse faktorer ha en betydning (WHO, 2006).

God seksuell helse er en ressurs og beskyttelsesfaktor som kan fremme livskvalitet og mestringsfølelse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 7). Seksuell helse kan defineres som «en tilstand av fysisk, følelsesmessig, mental og sosial velbefinnende i forbindelse med seksualitet [som ikke kun avhenger av] fravær av sykdom, dysfunksjon og skrøpelighet ...» (WHO, 2006). Videre påpeker definisjonen at god seksuell helse forutsetter en positiv og respektfull tilnærming til seksualitet og seksuelle forhold, samt mulighet til å ha gode og trygge seksuelle opplevelser.

2.2 Gynekologisk kreft, behandling og konsekvenser for den seksuelle helsen

Gynekologisk kreft er en samlebetegnelse for ondartede svulster som oppstår i kvinnelige underlivsorganer, det omfatter kjønnslepper, skjede, livmorhals, livmor, eggstokker og eggledere (Klepp, 2019). Det er hovedsakelig eldre kvinner som rammes, men middelaldrende og yngre kvinner kan også oppleve å få det. Rundt 1500 nye tilfeller diagnostiseres årlig i Norge (Jerpseth, 2016, s.152-153). Kreft i kjønnsorganene kan medføre en rekke utfordringer knyttet til seksualitet, deriblant smerter, funksjonssvikt, hormonelle endringer, samt innvekst i nerver og blodkar (Dahl & Gjessing, 2019, s. 109). Sykdommens alvorlighetsgrad og behandling vil avhenge av hvor kreften er lokalisert, samt hvor tidlig sykdommen diagnostiseres. Kirurgi, kjemoterapi, stråling og hormonterapi, er ulike behandlingsmetoder som benyttes og som kan påvirke den seksuelle helsen. Ved kirurgi fjernes organer som er rammet eller utsatt for spredning, dette gjelder ofte livmor, livmorhals og eggstokker. Dersom livmoren og

¹ Kilder som opprinnelig er skrevet på engelsk, er oversatt av oppgavens forfattere.

livmorhalsen opereres bort kan skjeden bli noen centimeter kortere og føles annerledes. Fjernes eggstokkene kommer kvinnen i klimakteriet og kan oppleve å få plager som uregelmessige blødninger, hetetokter, samt tørre og mindre elastiske slimhinner. Å komme i klimakteriet i ung alder kan også oppleves som en psykisk belastning for kvinnen, og plager som søvnproblemer, depresjon og nedsatt seksuell lyst er ikke uvanlig (Jerpseth, 2016, s.139-154).

Ved stråling mot bekkenfeltet kan det oppstå arrdannelser og sammenvoksninger øverst i skjeden. Samtidig kan innvendig stråling i skjeden føre til at den blir tørr, sår og mindre elastisk. Konsekvensene av behandlingen kan dermed gjøre det vanskelig for kvinnen å gjennomføre samleie (Jerpseth, 2016, s.154).

Kjemoterapi kan også påvirke pasientens seksuelle helse negativt. Cellegift kan blant annet medføre nerve- og karskade, og gi nedsatt funksjon og sensibilitet i kjønnsorganene. Mens bivirkninger som kronisk tretthet og kvalme kan ha stor innvirkning på lyst og interesse for seksuell aktivitet (Dahl & Gjessing, 2019, s.111).

Uavhengig av type behandling, er det psykisk belastende å få en kreftdiagnose. Pasienten kan få en følelse av tap og sorg, samt bli engstelig og urolig for fremtiden. Kvinnens selvbilde kan også forandre seg som følge av kroppslige endringer. Fjerning av organer, redusert fruktbarhet, arrdannelser og vektendring kan få pasienten til å føle seg mindre verdifull og attraktiv som kvinne. Dette kan svekke lyst og evne til samleie (Dahl & Gjessing, 2019, s.111; Jerpseth, 2016, s.153-154). Ifølge Dahl & Gjessing (2019) er det betydningsfullt for pasienter å få mulighet til å snakke om og få hjelp til å møte seksuelle utfordringer etter kreftbehandling.

2.3 PLISSIT-modellen

Når en skal ta opp seksualitet med pasienter kan en ta i bruk PLISSIT-modellen som er utviklet av den amerikanske psykologen Jack S. Annon. Modellen er formet som en pyramide og beskriver forskjellige grader av behov pasienten kan ha knyttet til informasjon og hjelp. De forskjellige nivåene i modellen består av tillatelse (permission), begrenset informasjon (limited information), spesifikke forslag (specific suggestions) og intensiv terapi (intensive therapy) (Gamnes, 2016, s. 399-400). Ifølge strategien til helse- og omsorgsdepartementet (2016) bør helsepersonell med minimum treårig utdanning ha et kunnskapsgrunnlag som gjør dem i stand til å ivareta de to nederste trinnene i modellen. Det vil si å åpne opp og gi pasienten mulighet til å snakke om seksualitet. I tillegg til å kunne gi begrenset informasjon om seksuelle utfordringer knyttet til sykdom og behandling. De to øverste nivåene krever ytterligere

fagkompetanse, som gjerne en sexolog eller lege har. Nivåene omfatter mer spesifikk rådgivning som forslag til hjelpemidler og spesialisert behandling (Gamnes, 2016, s.400).

I tillegg til PLISSIT-modellen finnes det nyere modeller for å samtale om seksualitet, deriblant BETTER-modellen. BETTER ble utviklet av kreftsykepleiere i 2004 og baseres på pasientens individuelle behov. Seksualiteten knyttes i denne modellen til livskvalitet (Blikstad et al., 2020). Ettersom oppgaven har et begrenset omfang, vil ikke BETTER bli forklart eller diskutert ytterligere.

2.4 Kari Martinsen og Løgstrup

Kari Martinsen er en kjent sykepleietenker som blant annet benytter seg av K.E. Løgstrup sin tenkning. Ifølge Martinsen (2012) er mennesker sårbare, avhengige, og utlevert til hverandres ivaretagelse. Hun utdyper at relasjoner mellom mennesker bæres av suverene og spontane livsytringer som tillit, barmhjertighet, håp, talens åpenhet og medfølelse.

For å beskrive den gjensidige og sårbare utlevertheten mellom sykepleieren og pasienten, skriver Martinsen at vi i tillit er lagt i hverandres hender. Vi våger oss frem mot hverandre i tillit til at den andre vil oss vel. I møtet oppstår det en etisk fordring om å ivareta den andre, uten å utnytte sårbarheten. Hvordan en velger å svare på fordringen, og bruke makten i situasjonen, er likevel opp til den enkelte (Martinsen, 2012, s.49-50). I relasjonen mellom sykepleieren og pasienten er det pasienten som i størst grad er ubeskyttet og utlevert. Utfordringen og ansvaret ligger derfor spesielt på sykepleieren (Martinsen, 2012, s.65).

Sykepleierens mulighet til å forvalte makten i situasjonen, på en forsvarlig måte som gagnar pasienten, påvirkes av faglighet, normer og kulturen rundt. Normer kan påvirke sykepleieren positivt dersom de brukes med en viss fleksibilitet som også gir rom for skjønn og suverene livsytringer. En kultur som derimot er preget av faste normer, regler, sjekklister og rammer vil kunne gi næring til det Martinsen kaller for den «foretaksomme travelhetens livsform». Med dette sikter hun til at travelhet kan bli en vane. Sykepleieren vil da være travel, selv om det er øyeblikk hvor det er tid til å være mer nærværende. Når tempoet dominerer kan sykepleieren bli fastlåst, innelukket, og hemmet fra å være sansende til stedet i situasjonen. Inntrykk og appeller fra pasienten stenges ute og verken sykepleieren eller pasienten får tid til å bli hverandres tillit verdig. Sykepleieren kan i slike tilfeller stå i fare for å krenke pasienten, og travelhetens tempo kan medføre både skyldfølelse og ansvarsfraskrivelse (Martinsen, 2012, s.59-65).

Kandidatnummer: 5269 og 5120

Martinsen påpeker også at sykepleieren kan ha behov for veiledning og viser til den gyldne regelen. «Alt hvad du vil at de andre skal gøre imod dig, skal du gøre imod dem...» (Løgstrup, 1987, s.25, sitert i Martinsen, 2012, s.50). Martinsen fremhever at regelen handler om å bruke fantasi til å sette seg inn i den andres situasjon, være nær og la seg berøre. Fantasien kan sette fordommer på prøve og korrigere forutinntatte oppfatninger. Både sykepleieren og pasienten har felles vilkår som sårbare mennesker, og ved å la seg berøre vekkes den spontane medfølelsen. Den gyldne regelen oppfordrer oss dermed både til å bruke fantasien og til å stå i ulike situasjoner. Ut fra egen innsikt, fantasi og forståelse, må sykepleieren finne ut hva omsorgsansvaret for pasienten går ut på (Martinsen, 2012, s.50-51).

3 METODE

En metode er ifølge Dalland (2017) en fremgangsmåte for å samle inn data til noe en vil undersøke, samt et redskap til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. I forskningen skilles det særlig mellom kvantitativ og kvalitativ metode. Kvantitativ forskning kjennetegnes ved at det tar utgangspunkt i målbare enheter som tall. Mens kvalitativ forskning tar sikte på å fange opp personers meninger, opplevelser, erfaringer, forventninger og behov. Hensikten er å skape økt forståelse og kvalitative studier er ofte basert på intervju (Dalland, 2017, s.53; Friberg, 2017, s.129).

3.1 Valg av metode

I denne oppgaven har vi valgt å utføre en integrativ litteraturoversikt etter Fribergs (2017) metode. Dette innebærer å skape en oversikt over og sammenligne eksisterende forskning, for å deretter kunne gjøre tolkninger og trekke egne konklusjoner. Målet er å komme frem til en ny helhet (Friberg, 2017, 141, 150). Vi har tatt utgangspunkt i kvalitative vitenskapelige artikler, samt faglitteratur som materiale for å besvare problemformuleringen vår. For å komme frem til relevante artikler har vi utført litteratursøk i flere databaser. Nedenfor vil vi beskrive hele søkeprosessen.

3.2 Søkeprosess

I søkeprosessen benyttet vi oss av fire helsefaglige, akademiske databaser som var tilgjengelige på universitetsbibliotekets nettside. Dette var henholdsvis CINAHL, PubMed, SveMed+ og British Nursing Index. I databasene CINAHL og PubMed var det enkelt å utføre målrettede og avgrensede søk, og vi fikk flere gode resultater. Videre forsøkte vi å bruke databasene SveMed+ og British Nursing Index. I SveMed+ fikk vi svært få treff og artiklene som dukket opp var lite relevante. I British Nursing Index var det foreløpig vanskelig å avgrense søket. Dette førte til mange treff som var lite aktuelle for vår problemformulering. Vi fikk med andre ord, best utvalg ved å søke i CINAHL og PubMed, og artiklene i oppgaven er derfor funnet via disse databasene.

3.3 Valg av søkeord

Vi valgte søkeord ut fra problemformuleringen vår, samt fra aktuell faglitteratur rundt temaet gynekologisk kreft og seksualitet. Etersom det meste av vitenskapelig forskning er skrevet på engelsk, benyttet vi engelske søkeord (Friberg, 2017, s.51). Vi begynte med få søkeord for å oppnå mange treff og danne oss en oversikt over innholdet i databasene. De første søkeordene vi brukte var «gynecological cancer», «sexual health» og «sexuality». Dette resulterte i 80 treff i CINAHL, der tre av artiklene var aktuelle. I de fleste databasene ble ordene kombinert ved å

skrive enten AND eller OR mellom dem. Enkelte søkeord ble også trunkert for å muliggjøre treff på alle bøyingsformer (Friberg, 2017, s.71-72). Vi ønsket å gjøre søket mer målrettet ved å legge til «nurse». Dette førte til færre treff, men artiklene som var relevante var de samme som ved forrige søk. Vi byttet derfor ut noen av søkeordene for å finne mer generelle artikler om sykepleierens utfordringer rundt det å snakke om seksualitet. Dette økte antall treff betydelig, og vi fant to interessante artikler. Til tross for at flere databaser ble benyttet i søkeprosessen fikk vi fortsatt treff på mange av de samme artiklene. Etter å ha utført en rekke søk, satt vi igjen med fem artikler som var rettet mot vår problemformulering. Vi stoppet derfor søkeprosessen her. Vedlegg 1 viser en oversikt over hele litteratursøket.

3.4 Avgrensninger og utvalgskriterier

I forkant av litteratursøket bestemte vi oss for noen avgrensninger. Vi ønsket blant annet nyere forskning og utelukket artikler som var mer enn 10 år gamle. Søket ble dermed begrenset til tidsperioden 2012-2022. Videre avgrenset vi søket til fagfellevurderte artikler. Fagfellevurdering er en form for kvalitetssikring hvor uavhengige fagpersoner vurderer om den enkelte artikkelen holder vitenskapelig standard (Dalland, 2017, s.154). Samtidig sjekket vi at artiklene var bygget opp etter IMRAD-strukturen. Søket ble avgrenset til engelskspråklige artikler.

For å avgjøre hvilke artikler vi skulle bruke i oppgaven hadde vi forskjellige inklusjons- og eksklusjonskriterier. Vi inkluderte kun vitenskapelige og empiriske studier da dette var et krav til oppgaven. Samtidig bestemte vi at studiene måtte være kvalitative ettersom vi var ute etter subjektive tanker, opplevelser og erfaringer blant sykepleiere og pasienter. Et annet vesentlig inklusjonskriterium var at studiens hensikt og innhold måtte være relevant for problemformuleringen. Holdninger og normer rundt seksualitet kan variere mellom ulike land og kulturer. For å kunne overføre funnene våre til det norske helsevesenet inkluderte vi hovedsakelig studier fra land med vestlig kultur. Treff på studier fra blant annet Kina, Taiwan og Brasil ble derfor ekskludert.

3.5 Valg av artikler

Studiene vi valgte ble utført i Norge, Nederland, Sverige og Australia. Fire av dem hadde sykepleieperspektiv og omhandlet holdninger og barrierer knyttet til ivaretagelse av pasientens seksuelle helse. Blant disse var det kun to som handlet spesifikt om gynekologisk kreft. I tillegg valgte vi bevisst å inkludere én artikkel med pasientperspektiv for å belyse pasientens ønsker

og behov for å snakke om seksualitet med sykepleiere i forbindelse med gynekologisk kreft. Artiklene er presentert i litteratormatrisen i vedlegg 2.

3.6 Analyse av artiklene

For å analysere resultatene har vi benyttet Friberg (2017) sin analysemodell. Analysearbeidet kan beskrives som en prosess hvor artiklenes resultater plukkes fra hverandre og settes sammen for å komme frem til en ny helhet (Friberg, 2017, s.135).

Vi begynte å lese gjennom artiklene for å få en forståelse av innholdet. Fokuset var spesielt rettet mot artiklenes resultater da dette skulle utgjøre grunnlaget for ytterligere tolkning. Etter en grundig gjennomgang av alle artiklene foretok vi en datareduksjon. Det vil si at vi identifiserte resultater som fremstod som viktige i flere av artiklene, og som virket relevante for vår problemformulering. Resultater som ikke var aktuelle, ble ekskludert. Underveis markerte vi funnene med fargekoder for å lettere kunne se likheter og ulikheter, og sammenlikne resultatene fra de utvalgte artiklene. Hensikten var å finne felles karakteristika og underliggende mønster. Nøkkelfunnene ble systematisert og satt inn i en oversiktstabell med hovedkategorier og underkategorier. Målet med analysen var å benytte eksisterende forskning til å besvare vår problemformulering.

4 RESULTAT

I dette kapittelet vil relevante resultater fra de utvalgte studiene presenteres. Vi har valgt å dele funnene inn i fire hovedkategorier med to til tre underkategorier. Tabellen nedenfor viser en oversikt.

Hovedkategorier	Underkategorier
Ytre barrierer	Tid
	Egnet plass
	Arbeidsplassens rammer
Indre barrierer	Forutinntatthet og holdninger
	Kunnskaps- og erfaringsgrunnlag
	Følelser og komfortsone
Metoder og tilnæringsmåter	Metoder som allerede benyttes i praksis
	Foreslåtte tiltak som kan gjøre det lettere for sykepleiere å ta opp temaet med pasientene
Pasientens perspektiv	Ønsker og forventninger til sykepleiere
	Tanker og følelser

4.1 Ytre barrierer

I analysen av artiklene ble det identifisert forskjellige barrierer som enten hindret eller gjorde det vanskelig for sykepleiere å ta opp seksualitet med pasienter i forbindelse med gynekologisk kreft. Noen av disse var knyttet til praktiske omstendigheter rundt sykepleieren og pasienten, og betegnes her som ytre barrierer. I artiklene blir det fremhevet at mangel på tid og egnet sted, samt arbeidsplassens rammer påvirket sykepleierens forutsetninger for å kunne ta opp temaet.

4.1.1 Tid

Ifølge tre av studiene var mangel på tid en av faktorene som hindret sykepleierne i å snakke om seksualitet. Studien til Williams et al. (2017) fremhevet at både kort liggetid og travelhet med andre oppgaver kunne være medvirkende årsaker til at temaet ikke ble snakket om. Det påpekes i studien til Saunamäki & Engström (2012) og Vermeer et al. (2017), at det å ha nok tid til å snakke om seksualitet ble sett på som essensielt blant deltakerne. Det var ikke et tema de ønsket å diskutere med pasientene i hastverk. En av deltakerne uttrykte blant annet «you are not going to talk about such issues for five minutes. That easily takes a quarter or half an hour» (Vermeer et al., 2017, s. 836). Etersom deltakerne anså det å snakke om seksualitet som tidkrevende, ble det ofte nedprioritert.

4.1.2 Egned sted

I studien til Saunamäki & Engström (2012) ble det påpekt at det kunne være problematisk å ta opp private samtaleemner, som seksualitet, når pasienten delte rom med andre. Det at sykepleierne ønsket å ta hensyn til pasientens privatliv kom også frem i artikkelen til Williams et al. (2017).

4.1.3 Arbeidsplassens rammer

Fire av studiene viser at arbeidsplassens rammer kan ha en betydning for det å snakke om seksualitet med pasienter. I studien til Saunamäki & Engström (2012) rapporterte noen av sykepleierne om manglende støtte på arbeidsplassen i form av skriftlige rutiner og retningslinjer. Deltakerne i studien til Williams et al. (2017) og Vermeer et al. (2015) opplevde også usikkerhet rundt hvilke profesjoner som hadde ansvar for å gi informasjon og snakke om seksuell helse med pasienter under behandling for gynekologisk kreft.

4.2 Indre barrierer

I artiklene hvor de ytre barrierene ble fremhevet, identifiserte vi også en rekke indre barrierer blant sykepleierne. Med indre barrierer vises det til individuelle forhold som påvirket den enkeltes vilje og evne til å snakke om seksualitet med pasientene. Funnene vil følgende bli presentert i tre underkategorier: sykepleiernes forutinntatthet og holdninger, kunnskaps- og erfaringsgrunnlag, samt følelser og komfortsone.

4.2.1 Forutinntatthet og holdninger blant sykepleierne

Forutinntatthet og antakelser rundt pasientens seksuelle behov ble identifisert i fire av de analyserte studiene. Et felles funn fra Williams et al. (2017), Annerstedt & Glasdam. (2019), Vermeer et al. (2015) og Saunamäki & Engström (2012) var at noen deltakere lagde antakelser

ut fra pasientens alder, helsetilstand og diagnose. Det var blant annet en oppfatning om at seksualitet kun var viktig for de yngre pasientene. Samtidig ble det antatt at kreftpasienter ikke hadde overskudd til seksuell aktivitet, og at det derfor ville være noe av det siste de bekymret seg for (Williams et al. 2015; Annertsedt & Glasdam. 2019). En av sykepleierne uttrykte “It's usually the last thing on their mind ... unless they're extremely young” (Williams et al., 2017, s. 39). Andre faktorer som kunne ha betydning for sykepleiernes forutinntatthet var pasientens utseende og sivilstatus. Enkelte deltakere antok at seksualiteten kun var aktuell for pasienter i monogame og heteroseksuelle forhold (Annerstedt & Glasdam., 2019).

Noen av deltakerne følte derimot på et profesjonelt ansvar for å ivareta pasientens seksuelle helse, og fortalte at de anså seksualitet som en viktig del av pasientens liv (Williams et al., 2017; Vermeer et al., 2015; og Saunamäki & Engström, 2012). Enkelte sykepleiere tenkte at pasientene hadde et håp om å bli spurt om seksualitet, og at de var for sjenerte til å spørre selv (Saunamäki & Engström, 2012).

Et annet funn fra de fire overnevnte artiklene var at seksualitet ble ansett som et tabubelagt tema og som et privat anliggende. Tre av studiene påpekte deriblant at holdninger og normer fra barndommen hadde innvirkning på helsepersonellens praksis (Williams et al., 2017; Vermeer et al., 2015; Saunamäki & Engström, 2012). Dette kommer godt frem i følgende utsagn; «I mean my own childhood experience was you never talked about sex so that overflows into this because I think oh no, no, no I can't talk to her about it» (Williams et al., 2017, s. 39).

4.2.2 Sykepleierens kunnskaps- og erfaringsgrunnlag

Funn fra tre av studiene viser at kunnskaps- og erfaringsgrunnlag rundt det å snakke om seksualitet med gynekologisk kreftpasienter kunne ha betydning for sykepleierens selvtillit (Williams et al., 2017; Vermeer et al., 2015; Saunamäki & Engström, 2012). Artikkelen til Williams et al. (2017) og Vermeer et al. (2015) belyste at tilstrekkelig med erfaring virket positivt på selvtilliten til sykepleierne, noe som gjorde det lettere for dem å ta opp temaet med pasientene. Samtidig var det flere sykepleiere som etterspurte mer kunnskap og opplæring, og uttrykte at de følte seg uforberedt til å svare på pasientenes spørsmål og bekymringer. En av deltakerne uttrykte «I've thought I won't know what to say if they do say something» (Williams et al., 2017, s.39). Ytterligere trening og opplæring i det å snakke om sensitive tema som seksualitet med pasienter, ble også etterspurt i studien til Vermeer et al. (2015). Usikkerhet, samt mangel på fagkompetanse og ferdigheter ble dermed identifisert som en barriere.

I kontrast til dette, uttrykte enkelte sykepleiere at det ikke alltid var nødvendig å ha alle svarene for å kunne ta opp samtaleemnet med pasientene. «You don't have to fix it ... I don't have all the answers and I am always learning... it's ok not to have the answers» (Williams et al., 2017, s.39). Dette viser at det finnes ulike tanker og meninger om hvor mye kunnskap og erfaring som er nødvendig for å kunne snakke om seksualitet med pasienter.

4.2.3 Sykepleierens følelser og komfortsone

Et gjennomgående funn i artiklene var at sykepleiere og annet helsepersonell opplevde seksualitet som et ukomfortabelt samtaleemne, og assosierte det med frykt. I studien til Williams et al. (2017) kom det frem at deltakerne syntes det var vanskelig å innlede samtalen og vite hva en skulle si i møte med pasienter med gynekologisk kreft. Deltakerne uttrykte blant annet «It's the actual words for the first sentence to open the conversation», «I find it easier when the patients asks first» (Williams et al., 2017, s.38).

Videre forklarte deltakerne i studien til Saunamäki & Engström (2012) at personlige følelser gjorde det vanskelig, og noen ganger umulig å snakke om seksualitet med pasientene. De beskrev det som en indre kamp mellom hva de tenkte de burde gjøre som profesjonelle, og hva de faktisk ønsket å gjøre. Mange sykepleiere var redde for å gjøre pasienten ukomfortabel og påføre krenkelse ved å invadere privatlivet i en fase hvor sykdom, behandling og overlevelse stod i fokus (Saunamäki & Engström, 2012; Vermeer et al. 2015).

Funn viser i tillegg at sykepleierens selvtillit og grad av komfort var avhengig av faktorer som pasientens alder, seksuelle orientering, språk, samt kulturelle og religiøse bakgrunn (Williams et al., 2017, s.39). En av sykepleierne uttrykte blant annet «There are certain cultures where I, you know might not feel as confident to broach the subject ...because I don't have necessarily the same understanding of their culture as within the western world» (Williams et al., 2017, s 39). Sykepleierne ble særlig usikre i møte med muslimer og urfolk ettersom religionen og kulturen kunne ha en annen forståelse og tilnærming til temaet. Samtidig var det ukomfortabelt å snakke om nærhet og seksualitet med pasienter som ikke snakket samme språk. Det var ifølge deltakerne unaturlig å ta opp intime tema via tolk (Williams et al., 2017).

Aldersforskjellen mellom sykepleieren og pasienten kunne også være av betydning. «If you're 21 you're talking who's you know 60 [sic] it's like talking to your mam or your grandma about stuff and that's difficult» (Williams et al., 2017, s.39). Andre mente at det å være ung kunne være en fordel, da yngre snakket mer om seksualitet enn eldre generelt.

For å kunne ta opp seksualitet og seksuell helse, ble kjemi og kjennskap til pasienten beskrevet som nødvendig. Ifølge sykepleierne var det lettere for begge parter å snakke om temaet hvis de hadde en tillitsfull relasjon til hverandre (Annerstedt & Glasdam, 2019; Williams et al., 2017). Dersom kjemien ikke stemte, kunne sykepleieren velge å unngå samtaleemnet. Sykepleieren ble dermed en portvokter som i stor grad påvirket pasientens mulighet til å få hjelp og støtte rundt sine bekymringer angående seksualitet og intimitet (Annerstedt & Glasdam, 2019).

4.3 Metoder og tilnæringsmåter

I analysen av de utvalgte studiene ble det avdekket ulike tilnæringsmåter og strategier som sykepleierne benyttet seg av for å snakke om seksualitet. Samtidig ytret flere deltakere at de ønsket ytterligere tiltak for å gjøre det lettere. Noen av artiklene kom med forslag til forbedring.

4.3.1 Metoder som allerede benyttes i praksis

Sykepleierne som deltok i studien til Williams et al. (2017) fortalte at de tilpasset seg ut fra pasientens individuelle behov og reaksjoner. «I think every case is different. You cannot have a set thing that you're going to say to every person because it doesn't work out like that» (Williams et al., 2017, s. 38). Samtidig ble det å etablere et tillitsfullt forhold ansett som en nøkkelstrategi for å nå inn til kvinnen, og skape åpenhet rundt seksuell helse. Enkelte forsøkte å normalisere temaet ved å inkludere det i andre deler av sykepleien. Kreftsykepleierne i studien til Vermeer et al. (2015) fortalte blant annet at de benyttet seg av screeningsverktøy for å adressere temaet.

Funnene viste at sykepleierne hadde varierende praksis på det å henvise pasienten til andre profesjoner som sexolog. I studien til Annerstedt & Glasdam (2019) kom det frem at sykepleierne ofte henviste pasienten dersom det ble identifisert seksuelle problemer. Motsatt henviste deltakerne i studien til Vermeer et al. (2015) sjelden pasienten videre, og noen etterspurte større muligheter for å involvere andre profesjoner. Enkelte deltakere i studien til Williams et al. (2017) påpekte at det å henvise kunne føre til ansvarsfraskrivelse. Dersom det var lett å henvise kunne sykepleieren skyve pasienten videre for å slippe å ta opp temaet selv.

Funn viser også at flere deltakere foretrakk å gi pasienter skriftlig informasjon uten ytterligere forklaringer eller samtaler rundt temaet. Brosjyrer og annen pasientinformasjon ble av noen benyttet for å unngå å snakke om det. «I usually just give them a brochure, because then we do

not have to talk so much about it, but they still get information. Correctly» (Annerstedt & Glasdam, 2019, s. 3561).

4.3.2 Etablerte systemer og tiltak som kan gjøre det lettere for sykepleiere å ta opp temaet med pasientene

I studien til Williams et al. (2017) kom det frem at lett tilgjengelige veiledere, kjennskap til henvisningsveier, kontinuitet i pleien, samt gode dokumentasjonsrutiner på avdelingen kunne bidra til å gjøre det lettere å ta opp seksuell helse med pasientene. En sykepleier uttrykte blant annet «if it's in the care plan, perfect, that makes it everyone's business...look this is on your care plan, actually we talk about this to all women... So normalizing it» (Williams et al., 2017, s.38).

For å forbedre sykepleiernes ivaretagelse av pasientens seksuelle helse ble det anbefalt mer undervisning rundt seksualitet, og seksuelle dysfunksjoner i forbindelse med sykdom og behandling. I tillegg til ferdighetstrening i å diskutere sensitive tema med pasienter (Williams et al., 2017; Vermeer et al., 2015; Saunamäki & Engström, 2012). Williams et al. (2017) konkluderte med at ferdighetstreningen særlig burde fokusere på å forbedre sykepleierens kommunikasjonssevner, refleksjoner og holdninger knyttet til seksualitet.

4.4 Pasientens perspektiv

I studien til Sekse et al. (2015) undersøkes det hvordan kvinner som har gjennomgått gynekologisk kreft opplevde dialogen rundt seksualitet med helsepersonell under behandlingen. Studien avdekket hvilke ønsker og forventninger kvinnene hadde til helsepersonellet, samt hvilke tanker og følelser som kunne oppstå når seksualitet og intimitet ikke ble tatt opp.

4.4.1 Ønsker og forventninger til sykepleierne

Funn fra artikkelen viser at kvinnene opplevde det vanskelig å uttrykke personlige erfaringer og behov knyttet til seksualitet og intimitet. Enkelte uttrykte blant annet at de var for sjenerte til å ta opp temaet med helsepersonellet selv. Det ble fremhevet at kvinnene hadde behov for å få informasjon og snakke om intime og seksuelle bekymringer i forbindelse med sykdom og behandling, allerede fra et tidlig stadium i sykdomsforløpet. Kvinnene fortalte at de skulle ønske at helsepersonellet tok initiativ til samtale, men at dette sjeldent var tilfellet. En av deltakerne uttrykte «I needed to talk to someone, to go a bit deeper into things» (Sekse et al.

2015, s.1262). Deltakerne ga uttrykk for at de savnet genuint engasjement og åpenhet fra helsepersonellets side, samt mer tid til samtale og informasjon rundt temaet.

4.4.2 Tanker og følelser

Artikkelen viser at kvinnene opplevde både ensomhet, usikkerhet, sjenanse og skam knyttet til kroppslige endringer og seksualitet. Samtidig påpekes det at måten mange kvinner ble møtt på av helsepersonell, førte til ytterligere skam og sjenanse. En av kvinnene i studien uttrykte at verken sykepleiere eller annet helsepersonell responderte på hennes initiativ til å snakke om seksualitet og nærhet. Flere av deltakerne uttrykte at de var skuffet over helsepersonellets unnvikende holdning til både det å informere om mulige seksuelle utfordringer, samt å ta initiativ til å snakke om dem. Kvinnens sjenanse og usikkerhet knyttet til seksualitet og intimitet kunne vare i lang tid etter avsluttet behandling (Sekse et al., 2015).

5 DISKUSJON

I denne delen vil vi knytte oppgaven sammen og vise evne til kritisk refleksjon av både metode og resultater. I metodediskusjonen skal vi diskutere bakgrunn for valg av artikler, deres relevans for problemformuleringen vår og gyldighet. I resultatdiskusjonen drøftes resultatene opp mot aktuell teori.

5.1 Metodediskusjon

Som tidligere nevnt har vi benyttet oss av Friberg (2017) sin metode og gjort en integrativ litteraturoversikt ut fra fem vitenskapelige artikler. Når en benytter eksisterende forskning til å besvare en ny problemformulering, skal en være bevisst og kritisk til hvilke kilder man tar i bruk. I følgende kapittel skal vi derfor gjøre rede for hvordan vi vurderte påliteligheten til de utvalgte artiklene, samt eventuelle feilkilder som kan ha påvirket resultatet vårt. Vi vil samtidig vurdere sterke og svake sider ved egen gjennomførelse av metoden.

5.1.1 Metode og valg av artikler

Når en benytter integrativ litteraturoversikt som metode velger en artikler ut fra egen hensikt og problemformulering. For å undersøke og tilegne oss en dypere forståelse av sykepleieres og pasienters opplevelser, samt meninger knyttet til seksualitet etter gynekologisk kreft, valgte vi eksempelvis kun å benytte kvalitative studier. Vi utelukket dermed kvantitative studier til tross for at enkelte artikler kunne være relevante for problemformuleringen vår. Dette kan være en svakhet med oppgaven.

En styrke med metoden er derimot at en raskt får et overblikk over eksisterende forskning rundt temaet som er valgt. I de akademiske databasene fikk vi til tider mange treff, og dermed en viss oversikt over tilgjengelig forskning på området. For å finne artikler som var spisset mot vår problemformulering, så vi det nødvendig å gjøre flere avgrensninger i søket. En av avgrensningene våre var at forskningen ikke skulle være eldre enn 10 år. Noen av artiklene vi fant var i grenseland i forhold til alder, og den eldste var fra 2012. Dette kan være en svakhet med oppgaven ettersom praksisfeltet kan endre seg med tiden. Selv om det ble et aldersspenn fra 2012-2019, opplevde vi at resultatene fra de ulike artiklene stemte overens. Alle studiene som ble valgt ut, var relevante for problemformuleringen vår og benyttet intervju som metode. Samtidig sjekket vi at alle artiklene var publisert i internasjonale tidsskrifter, fagfelleurdert, og skrevet av forfattere med kompetanse og utdanning innen helse- og sosialsektoren. Vi undersøkte også at samtlige artikler var godkjente i henhold til etiske hensyn. Dette er faktorer som styrker troverdigheten til kildene våre.

5.1.3 Land og område

Et av inklusjonskriteriene var at resultatene kunne la seg overføre til det norske helsevesenet, og vi fokuserte derfor på studier med vestlig kultur. Artikkene som ble valgt ut er fra Nederland, Australia, Sverige og Norge. Etter å ha vært studenter på en gynekologisk sengepost på et norsk sykehus kunne vi kjenne oss igjen i flere av resultatene som kom frem i studiene, og anser dem derfor som overførbare.

Det var også vesentlig å finne studier fra samme område. Ettersom de fleste pasienter med gynekologisk kreft mottar behandling på sykehus, ble dette et naturlig valg. Vi ønsket ikke å spesifisere området ytterligere, som for eksempel til gynekologisk sengepost, da dette ville utelukke en del artikler. Følgende var det kun tre av artiklene som spesifikt omhandlet pasienter med gynekologisk kreft, og disse inkluderte både poliklinikker og sengeposter. Artikkelen til Saunamäki og Engström (2012) og artikkelen til Annerstedt & Glasdam (2019) derimot, handlet om hvordan informantene opplevde det å snakke om intimitet og seksualitet med pasienter generelt. Disse artiklene forklarte i liten grad hvilken pasientgruppe sykepleierne utøvde omsorg til, og det er mulig at dette har påvirket gyldigheten til resultatene våre. Vi opplevde likevel at de fikk frem mange relevante poeng som sammenfalt med resultater fra de andre artiklene, og valgte derfor anvende dem.

5.1.4 Studiens deltakere

Som tidligere nevnt i metodekapittelet, benyttet vi fire studier med sykepleieperspektiv og én med pasientperspektiv. Dette var naturlig da problemformuleringen hovedsakelig er rettet mot sykepleiernes opplevelser og erfaringer. Samtidig ønsket vi å belyse gynekologiske kreftpasienters ønsker og behov for å snakke om seksualitet med sykepleiere. Dette var både for å understøtte problemet i oppgaven, og for å undersøke hvordan pasientene opplevde sykepleiernes tilnærminger til temaet. Det at begge perspektivene er inkludert i oppgaven, anses som en styrke.

I artiklene med sykepleieperspektiv er det et aldersspenn hos informantene fra 25-62 år, og det varierte fra 7 til 30 deltakere. Sykepleierne i de ulike studiene hadde forskjellig kunnskaps- og erfaringsgrunnlag, og noen inkluderte også andre helseprofesjoner som leger og radiologer. Dette førte til noe sprikende funn, og kan være en svakhet med oppgaven da det eksempelvis ble vanskelig å kategorisere de ulike funnene i analysearbeidet. Vi endte opp med mange hoved- og underkategorier. På den andre siden, kan det være en styrke i form av at vi fikk frem flere perspektiver.

I studien til Sekse et al. (2015) ble 32 pasienter som hadde gjennomgått gynekologisk kreft fra samme poliklinikk spurt om å delta i studien, der 16 valgte å delta. Ut fra dette kan det tenkes at kvinnene som ikke deltok oppfattet seksuell helse som mindre viktig enn de andre. Dette kan muligens ha påvirket resultatene i artikkelen.

5.1.5 Vurdering av anvendelse av metoden

Analysearbeidet opplevdes som krevende da det var vanskelig å skille resultatene fra hverandre og kategorisere dem i hoved- og underkategorier. Mange av funnene var sammensatte og kunne knyttes til hverandre. En annen utfordring som kan ha påvirket resultatet var at artiklene var skrevet på engelsk. Det vil si at vi har oversatt innholdet til norsk. Det er derfor mulig at innholdets betydning har blitt tolket noe annerledes enn forfatterens intensjoner.

Videre kan en stille spørsmål om fem artikler er nok til å besvare problemet. Vi tenker likevel at de utvalgte artiklene er pålitelige og relevante for å besvare problemformuleringen vår. Sammen belyser de temaets kompleksitet, og viser til aktuelle tiltak som kan iverksettes.

5.2 Resultatdiskusjon

I resultatdiskusjonen skal man ifølge Friberg (2017) velge ut noen interessante resultater og diskutere dem grundigere. Vi har derfor valgt ut tre tema som skal diskuteres opp mot faglitteratur fra teoridelen vår. Følgende tema er sykepleierens forståelse og antakelser rundt seksualitet, nødvendig kunnskap og erfaring, samt etiske refleksjoner.

5.2.1 Sykepleierens forståelse og forutinntatthet rundt pasientens seksuelle behov

Som nevnt i teoridelen, er seksualitet et behov som mennesker i alle aldre og livssituasjoner, kan være opptatt av, og som omfatter langt mer enn samleie. (Gamnes, 2016, s.373). Seksuell helse kan oppnås selv om man har en alvorlig diagnose eller dysfunksjon, og kan bidra til å fremme livskvalitet og mestring i en ellers vanskelig situasjon (WHO, 2006; helse- og omsorgsdepartementet, s. 7). Funnene fra tidligere presenterte studier viser imidlertid at flere sykepleiere ikke hadde like bred forståelse av seksualitet og seksuell helse i møte med gynekologiske kreftpasienter. Det kom blant annet frem ulike antakelser om pasientens ønsker og behov knyttet til seksualitet, basert på alder, helsetilstand og diagnose (Williams et al., 2017; Vermeer et al., 2017, Annerstedt & Glasdam, 2019; Saunamäki & Engström, 2012). Enkelte tenkte at kreftpasienter ikke hadde overskudd til et aktivt seksualliv, og at det kun var yngre pasienter i faste forhold som hadde behov for å snakke om seksualitet. Slike antakelser avslører

et snevert syn på nærhet og seksualitet, samt manglende forståelse. Studien til Sekse et al. (2015) viser at antakelsene ikke stemmer, og fremhever at de gynekologiske kreftpasientene både hadde behov for, og ønsket å snakke om temaet med sykepleiere under behandling og oppfølging. Deltakerne uttrykte at de hadde et håp om at helsepersonellet skulle ta mer initiativ til samtale, og at de savnet genuint engasjement og åpenhet. Alderen på deltakerne i denne studien varierte mellom 39-66 år, noe som viser at seksualiteten ikke er forbeholdt de unge.

På den andre siden, hadde ikke alle deltakerne i studiene slike antakelser. Noen sykepleiere uttrykte at de anså seksualitet som en viktig del av livet, og tenkte at pasientene var for sjenerte til å ta opp temaet selv (Williams et al., 2017; Vermeer et al., 2015; og Saunamäki & Engström, 2012). Dette stemmer godt overens med kvinnenes ønsker og behov i artikkelen til Sekse et al. (2015).

Det kan tenkes at sykepleiernes forståelse av seksualitet og seksuell helse har betydning for prioriteringen i omsorgen. Mye tyder på at forutinntatthet, feilaktige antakelser og mangel på kunnskap er medvirkende til at samtaleemnet nedprioriteres. Som beskrevet i teoridelen kan gynekologisk kreft og behandling medføre både fysiske og psykiske endringer som påvirker den seksuelle helsen (Jerpseth, 2019; Dahl & Gjessing, 2019). Dersom helsepersonellet ikke evner å se hvilken betydning dette kan ha for den enkelte, kan pasienten bli overlatt til seg selv med sine bekymringer og spørsmål. Kvinnen kan dermed oppleve skam, sjenanse, usikkerhet og ensomhet i lang tid etter å ha gjennomgått gynekologisk kreft (Sekse et al., 2015).

5.2.2 Nødvendig kunnskap og erfaring

WHO (2006) påpeker at god seksuell helse krever en positiv og respektfull tilnærming. PLISSIT-modellen viser ulike nivå av behov for hjelp og informasjon og kan fungere som en veileder når helsepersonell skal snakke om seksualitet med pasienter (Gamnes, 2016, s.399-400). Helse- og omsorgsdepartementet (2016, s. 26) mener at sykepleiere bør ha tilstrekkelig med kunnskap til å gi pasienter tillatelse til å snakke om seksualitet, samt til å gi enkle råd og informasjon i forbindelse med sykdom og behandling. En mulig forklaring på hvorfor sykepleiere opplever det utfordrende å ta opp seksualitet, er nettopp usikkerhet og mangel på kunnskap. I resultatene kommer det frem at flere sykepleiere følte seg lite forberedte til å svare på pasientene sine spørsmål, og etterspurte mer kunnskap og trening. Tilstrekkelig kunnskap og erfaring ble identifisert som essensielle faktorer for deltakernes selvtillit i møte med pasientene (Williams et al. 2017; Vermeer et al., 2015). Dette er noe vi som studenter også kan

kjenne oss igjen i, da vi fikk kjenne på usikkerheten og frykten for å si noe feil i praksis på gynekologisk sengepost.

På den andre siden, handler det hovedsakelig om å bryte isen, lytte og avdekke behov for hjelp eller støtte. Det viktigste er kanskje å gi pasienten mulighet og tillatelse til å snakke om seksualitet for å bekrefte at det er normalt å oppleve seksuelle utfordringer. Enkelte sykepleiere i studien til Williams et al. (2015) fortalte at det ikke var nødvendig å ha alle svarene. Noe som viser at åpenhet og ærlighet om eget kompetanseområde muligens kan bidra til å lette barrieren for å snakke om seksualitet. De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere påpeker dessuten at en skal erkjenne grensene for egen kompetanse, praktisere innenfor disse, og søke veiledning i vanskelige situasjoner (NSF, u.å.). Sykepleiere bør ifølge PLISSIT-modellen vite når det er nødvendig å henvise pasienter til andre profesjoner som sexolog eller lege. I studiene kom det frem at deltakerne hadde varierende perspektiv på det å henvise. Noen henviste pasienter sjeldent til sexolog, mens andre henviste oftere (Vermeer et al., 2015; Annerstedt & Glasdam, 2019). Blant enkelte deltakere ble henvisning sett på som en snarvei for å unngå å snakke om temaet selv (Williams et al, 2017). Som PLISSIT-modellen viser kan det i mange tilfeller være nok å få snakke med en sykepleier, ikke alle vil ha behov for å bli henvist til en sexolog. Dersom sykepleieren henviser pasienten for å fraskrive seg ansvaret, kan det være med på å signalisere at temaet er tabubelagt og gjøre pasienten mer forlegen. Har pasienten derimot behov for hjelp og informasjon som går utover sykepleierens kompetanseområde, vil det i henhold til PLISSIT-modellen og de yrkesetiske retningslinjene, være riktig å henvise til profesjoner med ytterligere erfaring og kunnskap. Som oftest er dette først nødvendig ved nivå tre og fire i modellen, som omfatter spesifikk rådgivning og spesialiserte behandlingstilbud (Gamnes, 2016, s.399-400).

Videre kan en stille spørsmål om PLISSIT-modellens to siste nivåer fokuserer på nærhet og intimitet, eller om seksualiteten reduseres til et fysisk behov. Kanskje andre modeller som BETTER kunne vært en bedre veileder for sykepleiere?

5.2.3 Etiske refleksjoner

Mennesker er som Martinsen (2012) beskriver, sårbare, avhengige og utlevert til hverandres ivaretagelse. I likhet med Martinsens teori, belyser resultatene våre en gjensidig sårbarhet og utleverthet blant sykepleiere og pasienter. Seksualitet ble i studiene presentert som et tabubelagt og ukomfortabelt samtaleemne som både pasienter og sykepleiere vegret seg for å ta initiativ til å snakke om. Sykepleierne uttrykte at de var redde for å krenke pasientens privatliv, og fortalte at personlige følelser kunne gjøre det vanskelig å snakke om seksualitet med pasientene

(Saunamäki & Engström, 2012; Vermeer et al., 2015). Tilsvarende uttrykte flere av kvinnene som hadde gjennomgått gynekologisk kreft, at de var for sjenerte til å ta opp temaet selv under behandling og oppfølging (Sekse et al., 2015). Dette kan tyde på at både sykepleiere og pasienter kjenner på en usikkerhet og sårbarhet i samtaler om seksualitet og seksuell helse.

Det vil som Martinsen (2012) påpeker, likevel være sykepleieren som står med makten i relasjonen. Det er tross alt pasienten som er utlevert til sykepleierens ivaretagelse, og som i størst grad er ubeskyttet. Pasienten utløser en etisk fordring i møte med sykepleieren, og i denne fordringen kan det ligge et ønske og behov for å snakke om seksualitet og nærhet i forbindelse med sykdom og behandling. Hvordan sykepleieren velger å forvalte makten og svare på fordringen kan ha stor betydning for pasientens muligheter til å få hjelp og støtte (Sekse et al., 2015). Sykepleieren fungerer som en portvokter og bør være bevisst på makten som utøves (Annerstedt & Glasdam, 2019).

Martinsen (2012) påpeker at faglighet, kultur og normer påvirker hvordan sykepleieren tilnærmer seg pasientens fordring. Tidligere i diskusjonen har vi reflektert over betydningen kunnskap- og erfaringsgrunlaget kan ha, videre vil vi derfor diskutere hvordan mangel på tid og kjennskap til pasienten, samt rutiner kan påvirke sykepleieren.

Kort liggetid og travelhet med andre oppgaver ble av flere sykepleiere identifisert som barrierer for å ta opp seksualitet med pasientene (Vermeer et al., 2015; Williams et al., 2017; Saunamäki & Engström, 2012). Hvorvidt mangel på tid er en barriere, kan imidlertid diskuteres. Som Martinsen (2012) beskriver i teoridelen, kan travelhet bli en vane og forhindre sykepleieren i å være sansende til stede. Det kan dermed tenkes at sykepleieren er for travel til å oppdage og prioritere pasientens behov for å snakke om seksualitet og nærhet, selv i situasjoner og øyeblikk hvor det er nok tid. Et spørsmål man bør reflektere over er om travelhet og mangel på tid blir brukt som en unnskyldning for å slippe å ta opp samtaleemnet. Et annet spørsmål er om sykepleierne kunne prioritert annerledes for å få bedre tid til slike samtaler.

I tillegg til mangel på tid kom det frem at kjemi og kjennskap til pasienten kunne påvirke sykepleierens tilnærming (Williams et al., 2017; Annerstedt & Glasdam, 2019). Eksempelvis ble det å snakke om seksualitet med pasienter med annen kultur- og språkbakgrunn, assosiert med mer usikkerhet (Williams et al., 2017). Funnene kan dermed tyde på at redselen for å trække over intimsfæren og krenke, øker når sykepleieren ikke kjenner pasienten tilstrekkelig. Det å etablere en tillitsfull relasjon ble sett på som essensielt for å skape åpenhet rundt seksualitet og seksuell helse (Williams et al., 2017; Annerstedt & Glasdam, 2019). Deltakerne i studien til

Kandidatnummer: 5269 og 5120

Williams et al. (2017) fortalte videre at det var nødvendig å gjøre tilpasninger ut fra pasientens individuelle behov og reaksjoner. For å finne ut hvilke tilpasninger den enkelte trenger kan sykepleieren benytte seg av den gyldne regelen som Martinsen (2012) belyser i sin teori. Ved å bruke fantasien til å sette seg inn i pasientens situasjon kan sykepleieren være nær og la seg berøre. Dette forutsetter imidlertid at sykepleieren får tid til å bli kjent med pasienten. Fantasien kan ellers lede til feilaktige antakelser og forutinntatthet.

Flere studier viste at sykepleierne opplevde det utfordrende å ta opp seksualitet med pasientene, og enkelte savnet støtte fra arbeidsplassen i form av skriftlige rutiner og retningslinjer (Saunamäki & Engström, 2012). Dette strider imot Martinsens teori som hevder at kulturer med faste normer, regler, sjekklister og rammer kan bidra til travelhet og krenkelser. Pasientene har individuelle behov og ønsker, og faste rutiner rundt det å snakke om seksualitet kan muligens virke mot sin hensikt. Det er ikke nødvendigvis slik at alle som gjennomgår gynekologisk kreft ønsker eller har behov for å snakke om seksualitet og nærhet med sykepleiere. Det vil likevel være viktig å ha en positiv og respektfull tilnærming, slik at pasienten får mulighet dersom ønsket eller behovet skulle oppstå (WHO, 2006).

6 ANVENDELSE I PRAKSIS

I denne oppgaven har vi forsøkt å belyse ulike barrierer som gjør det vanskelig for sykepleiere å snakke om seksualitet med pasienter som gjennomgår gynekologisk kreft. Funnene i litteraturstudien vår viser at sykepleierens tilnærming til seksualitet i varierende grad påvirkes av ytre og indre barrierer. Videre kommer det frem at tilnærmingen kan ha stor betydning for pasientens følelser, samt mulighet til å få hjelp og støtte. Vi tenker at oppgaven kan bidra til å gjøre sykepleiere mer oppmerksomme på egne prioriteringer, kunnskaper og erfaringer, samt følelser og holdninger rundt seksualitet. For å våge å ta opp temaet og tørre å gå ut av komfortsonen, er det viktig å være bevisst betydningen seksualitet og nærhet kan ha for pasientens livskvalitet. Flere kvinner som overlevde gynekologisk kreft fortalte at de både ønsket, og hadde behov for å snakke om seksualitet under behandlingen (Sekse et al., 2015). Ved å belyse dette kan oppgaven bidra til å korrigere feilaktige antakelser blant sykepleiere.

Gjennom arbeidet med oppgaven har vi funnet frem til noen aktuelle tiltak som kan bidra til å gjøre det lettere for sykepleiere å ta opp temaet. Et tiltak vil blant annet være ferdighetstreninger og veiledningsgrupper for sykepleiere på gynekologiske avdelinger, med fokus på å forbedre kommunikasjonsevner, refleksjoner og holdninger knyttet til seksualitet. En sexolog kan med fordel delta for å gi råd og veiledning.

Videre tenker vi at ledelsen bør legge til rette for kontinuitet i pleien, slik at sykepleierne får tid til å bli kjent med pasientene. I tillegg bør ledelsen oppmuntre til gode dokumentasjonsrutiner. Det er flere som har tilgang på pasientens elektroniske journal, og man bør derfor tenke nøye gjennom hva man skriver. Dokumentasjonen skal ikke blottlegge pasientens privatliv. Det kan være nok å dokumentere at en har hatt en samtale om seksualitet, samt om pasienten ønsker ytterligere støtte eller henvisning til sexolog.

For å unngå ansvarsfraskrivelse kan ulike tiltak inkluderes i pasientens behandlingsplan. Et tiltak kan eksempelvis være å tilby pasienten samtale om seksualitet. Sykepleiere skal ikke bruke brosjyrer og henvisning for å unngå temaet selv. Brosjyrer kan fungere som en invitasjon til samtale, ikke som en erstatning.

Til slutt tenker vi at det bør være mer undervisning om seksualitet og seksuell helse i grunnutdanningen til sykepleiere for å heve kunnskapsnivået. Undervisningen bør gjøre studentene oppmerksom på betydningen seksualitet og nærhet kan ha for pasientens livskvalitet. I tillegg til PLISSIT-modellen bør andre modeller som BETTER inkluderes i undervisningen, da flere modeller kan gi et bredere perspektiv.

7 REFERANSER

- Annerstedt, C. F., & Glasdam, S. (2019). Nurses' attitudes towards support for and communication about sexual health—A qualitative study from the perspectives of oncological nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 28(19–20), 3556–3566. <https://doi.org/10.1111/jocn.14949>
- Blikstad, A., Falch-Koslund, L., & Tschudi-Madsen, C. (2020). Samtaleverktøyet BETTER kan gjøre det lettere å snakke om seksualitet. *Sykepleien*, 81922, e-81922. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.81922>
- Dahl, A. A., & Gjessing, R. (2019). Problemer med seksualitet. I *Kreftoverlevende: Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv* (3. utg., s. 104–126). Gyldendal akademisk.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal akademisk.
- Friberg, F. (2017). *Dags før oppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3. utg.). Studentlitteratur.
- Gamnes, S. (2016). Seksualitet og helse. I *Grunnleggende sykepleie 2* (3. utg., s. 372–407). Gyldendal akademisk.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Snakk om det! Strategi for seksuell helse*. (s. 3–61). <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/snakk-om-det/id2522933/>
- Jerpseth, H. (2016). Sykepleie ved gynekologiske sykdommer. I H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5. utg., s. 134–168). Gyldendal akademisk.
- Klepp, O. (2019). *Underlivskreft*. Store medisinske leksikon. <http://sml.snl.no/underlivskreft>
- Martinsen, K. (2012). *Løgstrup og sykepleien*. Akribe.
- NSF. (u.å.). *Yrkesetiske retningslinjer*. Norsk sykepleieforbund. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Prytz, C. F. (1978). *Dikt om kjærlighet på godt og vondt*. Cappelen.

Kandidatnummer: 5269 og 5120

Saunamäki, N., & Engström, M. (2014). Registered nurses' reflections on discussing sexuality with patients: Responsibilities, doubts and fears. *Journal of Clinical Nursing*, 23(3–4), 531–540.

<https://doi.org/10.1111/jocn.12155>

Sekse, R. J. T., Råheim, M., & Gjengedal, E. (2015). Shyness and Openness—Common Ground for Dialogue Between Health Personnel and Women About Sexual and Intimate Issues After Gynecological Cancer. *Health Care for Women International*, 36(11), 1255–1269.

<https://doi.org/10.1080/07399332.2014.989436>

Vermeer, W. M., Bakker, R. M., Stiggelbout, A. M., Creutzberg, C. L., Kenter, G. G., & ter Kuile, M. M. (2015). Psychosexual support for gynecological cancer survivors: Professionals' current practices and need for assistance. *Supportive Care in Cancer*, 23(3), 831–839.

<https://doi.org/10.1007/s00520-014-2433-7>

WHO. (2006). *Sexual health*. https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_2

Williams, N. F., Hauck, Y. L., & Bosco, A. M. (2017). Nurses' perceptions of providing psychosexual care for women experiencing gynaecological cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 30, 35–42. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2017.07.006>

Kandidatnummer: 5269 og 5120

Vedlegg 1

Søkedato	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Antall leste abstrakt	Antall leste artikler	Antall valgte artikler
15.03.22	CINAHL (EBSCO)	Gynecological cancer AND (sexuality OR sexual health)	Årstall: 2012-2022 Språk: engelsk Fagfelleverdert	80	7	3	3
15.03.22	CINAHL (EBSCO)	Gynecological cancer AND sexuality AND nurs*	Årstall: 2012-2022 Språk: engelsk Fagfelleverdert	17	5	2	2
15.03.22	CINAHL (EBSCO)	Nurs* AND (sexuality OR sexual health) AND (conversation OR communication OR discussion)	Årstall: 2012-2022 Språk: engelsk Fagfelleverdert	409	7	1	1
16.03.22	CINAHL (EBSCO)	Nurs* AND (sexuality OR sexual health) AND (reflection OR discussion)	Årstall: 2012-2022 Språk: engelsk Fagfelleverdert	216	6	2	2
16.03.22	British Nursing Index	Gynecological cancer AND sexuality AND nurs*	Årstall: 2012-2022 Språk: engelsk Fagfelleverdert Dokumenttype: artikkel	65	2	0	0
16.03.22	British Nursing Index	Nurs* AND sexuality AND gynecological cancer AND communication	Årstall: 2012-2022 Språk: engelsk Fagfelleverdert Dokumenttype: artikkel	37	1	0	0
16.03.22	PubMed	Gynecological cancer AND (sexuality OR sexual health)	Årstall: 2012-2022 Språk: engelsk Fagfelleverdert Dokumenttype: Kliniske studier	93	0	0	0
16.03.22	PubMed	Gynecological cancer AND (sexuality OR sexual health) AND nurs*	Årstall: 2012-2022 Språk: engelsk Fagfelleverdert Dokumenttype: Kliniske studier	3607	5	4	2
16.03.22	PubMed	Gynecological cancer AND sexuality AND nurs* AND (communication OR conversation OR discussion)	Årstall: 2012-2022 Språk: engelsk Fagfelleverdert Dokumenttype: Kliniske studier	16	2	1	1

Kandidatnummer: 5269 og 5120

Søkedato	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Antall leste abstrakt	Antall leste artikler	Antall valgte artikler
17.03.22	SveMed+	Gynecological cancer AND sexuality	Årstall: 2012-2022 Språk: engelsk Fagfelleverdert	4	1	0	0
17.03.22	SveMed+	Gynecological cancer AND sexuality AND nurs*	Årstall: 2012-2022 Språk: engelsk Fagfelleverdert	0	0	0	0

Vedlegg 2

Kilde	Hensikt/ formål med studien, perspektiv	Metode og analyse	Utvalg/ Populasjon	Hovedfunn/ resultater/ relevans
<p>Tittel: Nurses' perceptions of providing psychosexual care for women experiencing gynaecological cancer</p> <p>Forfattere: Natalie F. Williams. Yvonne L. Hauck. Anna M. Bosco</p> <p>Tidsskrift: European Journal of Oncology Nursing</p> <p>Årstill: 2017</p> <p>Land: Australia</p>	<p>Hensikten med studien var å få innsikt i hvordan vest-australske sykepleiere, oppfatter ivaretagelsen av psykoseksuelle behov hos pasienter med gynekologisk kreft, samt hvordan dette samsvarer med sykepleiere globalt.</p> <p>Perspektiv: Sykepleieperspektiv</p>	<p>Kvalitativ studie</p> <p>Deskriptivt design</p> <p>Semistrukturert intervju</p> <p>Intervjuene ble tatt opp som digitale lydopptak og transkribert. Dataen ble deretter systematisk analysert.</p>	<p>17 kvinnelige sykepleiere fra et sykehus i Vest-Australia deltok i studien. Sykepleierne jobbet enten på gynekologisk poliklinikk eller på sengepost.</p> <p>Arbeidserfaringen blant deltakerne varierte fra 2-40 år, mens gjennomsnittet var 23 år.</p> <p>Inklusjonskriterier: Deltakerne måtte ha minst 12 måneder arbeidserfaring, og samtidig arbeide med pasienter som gjennomgår behandling for gynekologisk kreft.</p>	<p>Studien viser hvilke barrierer sykepleierne møtte på når de skulle ivareta psykoseksuelle behov hos pasientene, og belyser aktuelle tiltak som gjør det lettere å ta opp temaet seksualitet.</p> <p>Hovedfunnene i studien blir presentert som fem tema med underkategorier;</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Sykepleierne benyttet seg av strategier for å komme i gang med, samt lette samtalen med pasientene. 2.Sykepleierne tilpasset tilnærmingen og samtalen etter individuelle behov hos den enkelte pasient. 3.Sykepleierne var påvirket av både personlige og profesjonelle erfaringer og verdier 4. Ulike systemer og strukturer på avdelingene var med å påvirke sykepleien. 5. Holdninger til seksualitet ble påvirket av samfunnet.

Kandidatnummer: 5269 og 5120

Kilde	Hensikt/ formål med studien, perspektiv	Metode og analyse	Utvalg/ Populasjon	Hovedfunn/ resultater/ relevans
<p>Tittel: Psychosexual support for gynecological cancer survivors: professionals' current practices and need for assistance</p> <p>Forfattere: Willemijn M. Vermeer Rinske M. Bakker Anne M. Stiggelbout Carien L. Creutzberg Gemma G. Kenter Moniek M. ter Kuile</p> <p>Tidsskrift: Support Care Cancer</p> <p>Årstall: 2014</p> <p>Land: Nederland</p>	<p>Identifiserer helsepersonellens erfaringer og utfordringer rundt det å gi psykoseksuell støtte til pasienter med gynekologisk kreft, samt å avdekke behovet for trening og assistanse på området.</p> <p>Perspektiv: Sykepleieperspektiv (samt annet helsepersonell)</p>	<p>Kvalitativ studie</p> <p>Semistrukturert intervju + kort spørreundersøkelse om deltakernes alder, arbeidserfaring, samt hvor ofte de utøvde psykoseksuell helse</p> <p>Intervjuene ble tatt opp som digitale lydopptak og transkribert. Dataen ble deretter systematisk analysert.</p>	<p>30 deltakere; 10 gynekologiske kreftleger, 10 radiologer og 10 kreftsykepleiere fra forskjellige gynekologiske avdelinger i Nederland.</p> <p>Gjennomsnittsalderen var 49 år, flesteparten av deltakerne var kvinner og hadde mer enn 10 års erfaring.</p> <p>Inklusjonskriterier: Alle deltakerne arbeidet med pasienter med gynekologisk kreft.</p>	<p>Flertallet av deltakerne i studiet oppga at de hadde snakket om seksualitet minst en gang med hver pasient. Dette ble hovedsakelig gjort for å normalisere bekymringer rundt seksuell dysfunksjon etter gynekologisk kreft, og for å gi pasienten tillatelse til å komme med spørsmål angående seksualitet. Halvparten av deltakerne ga konkrete forslag, men pasientene ble sjeldent henvist til sexolog. Mangel på tid, samt forlegenhet var barrierer helsepersonellet opplevde. Det ble foreslått ferdighetstreninger og økt tilgjengelig pasientinformasjon, samt standardiserte rutiner for bedre ivaretagelse av seksuell helse.</p>

Kandidatnummer: 5269 og 5120

Kilde	Hensikt/ formål med studien, perspektiv	Metode og analyse	Utvalg/ Populasjon	Hovedfunn/ resultater/ relevans
<p>Tittel: Nurses' attitudes towards support for and communication about sexual health- A qualitative study from perspectives of oncological nurses</p> <p>Forfattere: Catharina F. Annerstedt Stinne Glasdam</p> <p>Tidsskrift Journal of Clinical Nursing</p> <p>Årstill 2019</p> <p>Land: Sverige</p>	<p>Utforske hvordan sykepleiere adresserer støtte og kommunikasjon angående seksuell helse med pasienter med kreftdiagnoser.</p> <p>Perspektiv: Sykepleieperspektiv</p>	<p>Kvalitativ studie</p> <p>Semistrukturert intervju</p> <p>Intervjuene ble tatt opp som digitale lydopptak og transkribert. Dataen ble deretter systematisk analysert, metoden var inspirert av Foucaults diskursanalyse.</p>	<p>7 kvinnelige sykepleiere fra samme kreftavdeling sør i Sverige deltok i studien. Alderen på deltakerne varierte mellom 28-52 år.</p> <p>Inklusjonskriterier Sykepleiere med gyldig autorisasjon, som arbeidet på kreftavdeling i Sverige. Sykepleierne måtte også kunne snakke og forstå svensk.</p> <p>Eksklusjonskriterier Sykepleiere som var helt eller delvis sykemeldte.</p>	<p>Studien viser at pasientens seksuelle helse ble lavt prioritert på avdelingen. Sykepleierne fokuserte mer på behandling og fysiske symptom relatert til pasientens kreftdiagnose. Sykepleierne ga uttrykk for at seksualitet var et flaut og tabubelagt samtaleemne som de helst ville unngå. Sykepleierne hadde også en forståelse av at seksualitet hørte til yngre pasienter i faste, monogame og heterofile forhold. Denne holdningen påvirket hvilke pasienter sykepleierne snakket med angående seksualitet, samt hvem de valgte å henvise videre til sexolog.</p>

Kandidatnummer: 5269 og 5120

Kilde	Hensikt/ formål med studien, perspektiv	Metode og analyse	Utvalg/ Populasjon	Hovedfunn/ resultater/ relevans
<p>Tittel: Registered nurses' reflections on discussing sexuality with patients: responsibilities, doubts and fears</p> <p>Forfattere: Nina Saunamäki Maria Engström</p> <p>Tidsskrift: Journal of Clinical Nursing</p> <p>Årstall: 2012</p> <p>Land: Sverige</p>	<p>Hensikten er å beskrive sykepleieres refleksjoner rundt det å diskutere seksualitet med pasienter.</p> <p>Perspektiv: Sykepleieperspektiv</p>	<p>Kvalitativ studie</p> <p>Deskriptivt design</p> <p>Semistrukturert intervju hvor deltakerne ble spurt om 8 konkrete spørsmål rundt temaet</p> <p>Intervjuene ble tatt opp som digitale lydopptak og transkribert. Dataen ble deretter systematisk analysert.</p>	<p>Intervjuene ble gjennomført i 2010 med 10 sykepleiere fra tre forskjellige sykehus i Sverige.</p> <p>Alderen på deltakerne var mellom 25-62 år, og flesteparten var kvinner.</p> <p>Gjennomsnittlig erfaring var 7 år, og alle arbeidet med pasienter som hadde sykdommer som kunne påvirke den seksuelle helsen negativt.</p>	<p>Resultatet i studien viser at sykepleierne opplever at seksualitet er et ømfintlig og utfordrende tema å snakke om med pasienter, men at det kunne gi positive erfaringer når det likevel ble tatt opp.</p> <p>Flesteparten av deltakerne opplevde at det var sykepleierens ansvar å ta opp temaet, og anerkjente at seksualitet kunne ha stor betydning for pasientens livskvalitet.</p> <p>Praktiske hindringer som flermannsrom, mangel på tid, samt støtte og rutiner i avdelingen ble presentert som medvirkende årsaker.</p> <p>Dette kombinert med sykepleiernes opplevelse av usikkerhet, forlegenhet og frykt for å krenke pasientens privatliv, hindret mange av deltakerne i å ta opp temaet.</p>

Kandidatnummer: 5269 og 5120

Kilde	Hensikt/ formål med studien, perspektiv	Metode og analyse	Utvalg/ Populasjon	Hovedfunn/ resultater/ relevans
<p>Tittel: Shyness and openness-Common Ground for Dialogue Between Health Personnel and Women About Sexual and Intimate Issues After Gynecological Cancer</p> <p>Forfattere: Ragnhild J.T.Sekse Målfrid Råheim Eva Gjengedal</p> <p>Tidsskrift: Health Care for Women International</p> <p>Årstall: 2015</p> <p>Land: Norge</p>	<p>Denne studien undersøker hvilke erfaringer kreftoverlevende har når det gjelder å snakke med helsepersonell om behov i forbindelse med seksualitet og intimitet etter gynekologisk kreft. Den undersøker samtidig hvor reservert eller åpne kvinnene er rundt dette temaet.</p> <p>Perspektiv: Pasientperspektiv</p>	<p>Kvalitativ studie</p> <p>Semistrukturert intervju før og ett år etter at det 5-årige kontrollprogrammet var ferdig</p> <p>Intervjuene ble tatt opp som digitale lydopptak og transkribert. Dataen ble deretter systematisk analysert.</p> <p>Studien tar utgangspunkt i fenomenologisk hermeneutisk filosofi</p>	<p>16 langtids overlevende kvinner etter gynekologisk kreft, deltok i studien. Alderen på deltakerne varierte fra 39-66 år, mens gjennomsnittet var 56 år.</p> <p>Alle var fra samme poliklinikk ved et sykehus i Norge.</p> <p>De fleste hadde ektefelle, samt et eller flere barn, og anså seg ferdig med reproduksjon. Alle hadde gjennomgått operasjon, hvor et eller flere organer i underlivet hadde blitt fjernet. Noen hadde også fått cellegift eller stråling.</p>	<p>Studien viser at pasientene opplevde sjenanse og sårbarhet knyttet til seksualitet og intimitet, samt kroppslige forandringer etter gynekologisk kreft. Deltakerne savnet åpenhet rundt temaet. De ønsket at helsepersonellet skulle ta initiativ til samtale, noe som sjelden ble gjort. Funnene viser at pasientene ofte opplevde ensomhet og skam relatert til seksuelle problem og bekymringer etter sykdom og behandling.</p>