

**BSYBAC**  
**Bacheloroppgave i Sykepleie**



---

**Universitetet  
i Stavanger**

*Elementer som fremmer eller hemmer sykepleiere i å ivareta seksuell helse og seksualitet hos pasienter med gynekologisk kreft.*

**Det helsevitenskapelige fakultet  
Bachelor i Sykepleie**

*Stavanger, 05.05.2022*

**Kandidatnummer: 5256 & 5277**

*Vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet*

# **Sammendrag**

## *Bakgrunn*

I 2020 ble om lag 1700 kvinner diagnostisert med gynekologisk kreft i Norge. Mange kvinner opplever utfordringer relatert til sin seksuelle helse på grunn av senskader av behandlingen. Dermed opplever de økt behov for bedre oppfølging.

## *Hensikt*

Hensikten med oppgaven er å belyse elementer som fremmer eller hemmer sykepleiere i å ivareta seksuell helse og seksualitet hos pasienter med gynekologisk kreft.

## *Metode*

Metoden benyttet for oppgaven er en integrativ litteraturoversikt. Det ble analysert fem forskningsartikler. Resultatene av disse, samt relevant faglitteratur, og egne refleksjoner dannet grunnlag for besvarelsen.

## *Resultat*

Resultatene viser at flertall av sykepleierne opplever manglende kunnskaper om seksuell helse og seksualitet. I tillegg unngår de fleste å initiere samtaler om temaet på grunn av holdninger, tabu, kjønn, tillit, tidspress og for lite standardisering i rutiner. For at sykepleierne skal i større grad kunne ta opp samtaler om seksuelle problemstillinger, kan det være nødvendig å ta i bruk kommunikasjonsverktøy, som PLISSIT-modellen. Det kan også være nødvendig å forbedre sine kunnskap og ferdigheter.

# Innholdsfortegnelse

<b>1.0</b>	<b>Innledning</b> .....	5
1.1	Bakgrunn for valg av tema .....	5
1.2	Presentasjon av problemformulering/problemstilling .....	6
1.3	Hensikt.....	6
<b>2.0</b>	<b>Teoretisk perspektiv</b> .....	6
2.1	Gynekologisk kreft .....	7
2.1.1	<i>Forløpet i behandling av gynekologisk kreft</i> .....	7
2.1.2	<i>Senskader av kreftbehandling</i> .....	8
2.1.3	<i>Sykepleiefaglig kunnskapsgrunnlag</i> .....	8
2.2	De fire etiske prinsipper .....	9
2.2.1	<i>Velgjørhetsprinsippet</i> .....	9
2.2.2	<i>Ikke skade-prinsippet</i> .....	9
2.2.3	<i>Autonomiprinsippet</i> .....	10
2.2.4	<i>Rettferdighetsprinsippet</i> .....	10
2.3	Pleielidelse.....	11
2.4	PLISSIT-modellen.....	12
<b>3.0</b>	<b>Metode</b> .....	13
3.1	Valg av metode.....	13
3.1.2	<i>Valg av artikler</i> .....	15
3.2	Analyse.....	16
<b>4.0</b>	<b>Resultat</b> .....	16
4.1	Nedprioritering .....	17
4.2	Tidspress.....	18
4.3	Tillitt.....	19
4.4	Tabu.....	19

4.5	Manglende kunnskap.....	20
4.6	Manglende standardisering.....	21
<b>5.0</b>	<b>Diskusjon.....</b>	<b>22</b>
5.1	Metodediskusjon .....	22
5.1.2	<i>Kildekritikk .....</i>	<i>23</i>
5.2	Resultatdiskusjon.....	24
5.2.1	<i>Betydning av sykepleierens holdninger i møte med pasienter .....</i>	<i>24</i>
5.2.2	<i>Relasjonelle elementer mellom sykepleier og pasient .....</i>	<i>26</i>
5.2.3	<i>PLISSIT-modellen ved manglende kunnskap .....</i>	<i>27</i>
5.3	Konklusjon .....	27
<b>6.0</b>	<b>Anvendelse av resultatene i praksis .....</b>	<b>28</b>
	<b>Litteratur.....</b>	<b>29</b>
	<b>Vedlegg 1 .....</b>	<b>31</b>

## 1.0 Innledning

I 2020 ble om lag 1700 kvinner diagnostisert med gynekologisk kreft i Norge (Kreftregisteret, 2021). Til tross for at det er mange som blir diagnostisert med gynekologisk kreft, er det stadig flere som blir friske (Kreftregisteret, 2021).

I vår bacheloroppgaven utførte vi en litteraturstudie angående sykepleieres ferdigheter og utfordringer relatert til å ivareta seksuell helse hos pasienter som lider av gynekologisk kreft. Sykdommen og behandlingen kan ha ulike konsekvenser for kvinners seksuelle helse og seksualitet. Derfor er det avgjørende at sykepleierne ha gode og grunnleggende ferdigheter for å ivareta kreftpasienters behov. Det kommer frem i lov om pasient- og brukerrettigheter §3-1 og §3-2 at pasientene har rett til informasjon og medvirkning under sin behandling (Molven, 2019, s. 173-4). I tillegg er sykepleie utarbeidet av yrkesetiske retningslinjer.

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Manglende kunnskap og informasjon kan hindre pasienter i å oppnå den mestringskompetansen de har behov for (Jerpseth, 2011, s. 39). Dette kan medfører at krefttrammede kvinner får lite kontroll over sin egen seksuelle helse. Seksuell helse handler ikke bare om fravær av sykdom, men er også viktig for fysisk, mentalt og sosialt velvære hos krefttrammede kvinner (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s.7). Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer seksualitet som et menneskers grunnleggende behov, og dermed høyest relevant for livskvalitet (World Health Organization, 2022). Sykepleiere skal derfor være bevisst på at pasienter kan møte utfordringer relatert til sin seksuelle helse. Derfor er det grunnleggende at pasienter har tilgang til informasjon og kunnskap om hvordan sykdommen, og behandlingen vil påvirke deres seksuelle helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 8). Til tross for sykepleiers ansvar for å ta opp temaet, blir ikke dette alltid gjort i praksis (Langhelle et al., 2021).

Å snakke om seksuell helse er et vanskelig tema. En pasientundersøkelse utført av Gynkreftforeningen kom frem til at 45 % av deres medlemmer svarte at helsepersonell har aldri tatt opp temaene sex og samliv (Gynkreftforeningen, 2017).

Fra egen praksis ved gynekologisk avdeling, ble vi oppmerksom på viktigheten av informasjon og veiledning relatert til seksuell helse, og kreftbehandling. Vi bemerket oss også at kvinners seksuelle helse ofte blir nedprioritert både før og under kreftbehandlingen.

### 1.2 Presentasjon av problemformulering/problemstilling

Gynekologisk kreft er svært belastende for kvinner som er rammet. Behandling av sykdommen fører til konsekvenser både for seksualitet og selvbilde (Hoel et al., 2021). Flere studier viser at pasienter opplever at sykepleiere snakker sjelden om, eller tar aldri, opp temaet om seksualitet. Det er mange sykepleiere som opplever at det er vanskelig å snakke om temaet grunnet manglende erfaring og/eller kunnskap (Paulsen, 2020). Dette medfører etiske utfordringer for sykepleierne, noe som påvirker praksisen deres og hvordan de løser utfordringer knyttet til temaet.

### 1.3 Hensikt

Hensikten med oppgaven var å belyse elementer som hemmer eller fremmer sykepleiere i å ivareta seksuell helse og seksualitet hos pasienter med gynekologisk kreft. Kunnskapen kan brukes til å utvikle og forbedre tilbudet til denne pasientgruppen for å sette kvinnene i stand til å bedre ivareta egen seksuell helse og seksualitet.

## **2.0 Teoretisk perspektiv**

Seksualitet omfatter blant annet vår kjønnsidentitet, seksuell orientering, erotikk, glede, intimitet og reproduksjon (Helsedirektorat, 2021). Mens seksuell helse defineres som fysisk, psykisk, emosjonelt og sosialt velvære relatert til seksualitet (Helsedirektoratet, 2021).

God seksuell helse fremmer livskvalitet og mestringsferdigheter gjennom hele livet (Helsedirektoratet, 2021). Gynekologisk kreft og behandling fører ofte til nedsatt livskvalitet hos kreftrammede kvinner.

Teorikapittelet tar for seg relevant fagstoff for oppgaven. Temaene vi har valgt er gynekologisk kreft, lidelsesbegrepet, etikk, lovverk og PLISSIT-modellen. De er med på å belyse hvordan god sykepleiepraksis kan ha positiv innvirkning på ivaretagelse av pasientenes seksualitet og seksuell helse.

## 2.1 Gynekologisk kreft

Gynekologisk kreft defineres som kreft i kvinnelige organer, som kan ramme både de indre og ytre genitaliene (Kristoff, 2016, s. 409). Det finnes ulike typer gynekologisk kreft, som livmorhalskreft, vulvakreft, livmorkreft, eggstokkreft og eggleder- og bukhinnekreft (Gynkreftforeningen). I Norge får kvinner mellom 25- 69 år tilbud om screening med celleprøve av cervix hvert tredje år, slik at eventuelle celleforandringer oppdages i et tidlig stadium (Kristoff, 2016, s. 409).

Gynekologisk kreft har diffuse symptomer. Kvinnen kan oppleve smerter, blødningsforstyrrelser som uregelmessig blødninger, eller blødninger etter samleie (Kristoff, 2016, s.409).

### 2.1.1 Forløpet i behandling av gynekologisk kreft

Gynekologisk kreftbehandling består hovedsakelig av kirurgisk inngrep for fjerning av tumoren. I tillegg benyttes stråle-, hormon- og cytostatikabehandling. Hvilken behandling pasienten har behov for avhenger krefttype og stadium i sykdomsforløpet (Kristoff, 2016, s.409-11).

Fjerning av ovariene er et kirurgisk inngrep som kan brukes i behandling og kan føre til tidlig overgangsalder hos kvinnen (Kristoff, 2016, s. 411). Dette skyldes at ovariene er ansvarlige for å produsere det kvinnelige hormonet østrogen. Når kroppen mangler dette hormonet, kan det medføre til seksuell dysfunksjon hos kvinnen på grunn av tidlig overgangsalder (Kreftforeningen, u.å.).

### 2.1.2 Senskader av kreftbehandling

Gynekologisk kreftbehandling fører ofte til senskader, uavhengig av hvilke typer kreft det skyldes (Kreftforeningen, u.å.). Senskader av behandlingen forekommer som helseplager av somatisk, psykologisk eller av sosial art (Helsedirektoratet, 2020, s.8).

Senskader fører ofte til negative konsekvenser for kvinners seksuelle helse, fordi seksualitet er et viktig element for velvære, selvbildet og selvtilliten (Langhelle et al., 2021). Noen av de senskadene som ofte medfører til seksuell dysfunksjon er blant annet redusert libido og såre slimhinner i skjeden grunnet bivirkning av behandlingen (Jerpseth, 2011, s. 38).

Det er ofte utfordrende å snakke om seksuelle dysfunksjon grunnet opplevelser av skam og skyld knyttet til egen seksualitet (Hoel et al., 2021). Sykepleieren har derfor en viktig rolle i å hjelpe pasienten i å tilegne seg kunnskap om hvordan de kan mestre sine utfordringer knyttet til selvbildet og seksualitet.

### 2.1.3 Sykepleiefaglig kunnskapsgrunnlag

Vi anvender Katie Eriksson som det sykepleiefaglige teoretiske rammeverk. I tillegg til de fire etiske prinsipper og yrkesetiske retningslinjer. Disse teoriene er sentrale i grunnleggende sykepleie, og avgjørende når sykepleiere står i en etisk utfordrende situasjon. De fungerer veiledende og hjelper sykepleiere i å kunne navigere mellom ulike dilemmaer. Kunnskap om etiske prinsipper og etisk teori anses som generell kunnskap. Disse er relevant å trekke inn for å vurdere hva som er riktig, og gode handlinger i sykepleiesituasjoner (Nortvedt, 2016, s.172).



Denne kunnskapen kommer i tillegg til fagkunnskap om det kliniske, men er en like viktig del av kompetanse man må tilegne seg for å kunne utøve god sykepleie.

## 2.2 De fire etiske prinsipper

Et fag kan sies å bestå av mer eller mindre systematiserte kunnskaper innenfor et avgrenset område av virkeligheten (Nortvedt, 2016, s.173). Sykepleie er et slikt fag, der man finner flere kunnskaper som har blitt utarbeidet for å være relevant for alle som studerer faget. Til sammen utgjør disse ulike kunnskaper det helhetlige faget vi kjenner som sykepleie. Blant disse kunnskapene finner vi kunnskap om etikk. Sykepleiere er læren om etikk en grunnleggende del av utdanningen. Man blir bevisstgjort etikk og hvordan det skal brukes i praksis slik kunnskapen kan anvendes i praksis.

De fire etiske prinsipper ble i 1978 utgitt av filosofene Tom Beauchamp og James Childress i deres bok Principles of Biomedical Ethics (Nortvedt, 2016, s. 96). De identifiserte fire prinsipper som et generelt uttrykk for bestemte verdier: velgjørenhets-, ikke skade-prinsippet, autonomi-, og rettferdighetsprinsippet.

Disse prinsipper har fått utmerket innflytelse på tenkningen omkring etikk i helsevesenet (Nortvedt, 2016, s. 96). Basert på disse fire punkter skal man ha et grunnlag å kunne reflektere over sine egne handlinger, for å hele veien være oppmerksom på å gjøre det som er best i den situasjonen man står i. Hvert prinsipp vil ha en medfølgende plikt som sykepleiere skal kunne utøve i kraft av prinsippet. Til sammen fungerer prinsippene som et bindeledd mellom etiske teorier og vår allmenmoral (Nortvedt, 2016, s. 97).

### 2.2.1 Velgjørenhetsprinsippet

Det rommer tanken om både om å ville og, etter beste evne, å gjøre det som er best for pasienten. Plikten vil da være å gjøre godt mot pasienter (Nortvedt, 2016, s. 96).

### 2.2.2 Ikke skade-prinsippet

Her plikter sykepleiere i å ikke skade pasientene deres og beskytter dermed pasienter mot dårlig praksis og feilbehandling (Nortvedt, 2016, s. 97). Ved å handle varsom og empatisk skal man minimalisere pasientens smerte og ubehag. Prinsippet oppfordrer sykepleiere til å være varsom og empatisk for å ikke utsette pasienten for unødig smerte, eller belastninger som kan oppstå i pleiesituasjoner (Nortvedt, 2016, s. 98).

### 2.2.3 Autonomiprinsippet

Det gir sykepleiere en plikt om å anerkjenne pasientens evne til selvbestemmelse. Utgangspunktet for dette prinsippet er tanken om at pasienten er en person med evne til kritisk selvrefleksjon, som gjør at de kan anses som rasjonelt. Kompetente pasienter skal selv bestemme over sin behandling og pleie, og skal også ha retten til å nekte hjelp (Nortvedt, 2016, s. 98).

### 2.2.4 Rettferdighetsprinsippet

Det fastslår at pasienter skal ha lik rett til omsorg, avhengig av deres pleie- og medisinske behov men uavhengig av sosiale faktorer som status, rase eller kjønn (Nortvedt, 2016, s. 98).

Til sammen gir disse prinsipper veiledning til forskjellige situasjoner med moralske fellestrekk (Nortvedt, 2016, s. 99). Selv om de fire etiske prinsipper er kjent for sykepleiere internasjonalt, har Norsk Sykepleierforbundet (NSF) utviklet sine egne yrkesetiske retningslinjer. Den består av et generelt grunnlag og 6 kategorier som beskriver hvordan sykepleiere skal forholde seg til ulike parter (NSF, 2019). Da disse retningslinjer inngår mange utlikne aspekter av sykepleie har vi valgt å plukke ut de som er mest relevant for oppgaven vår. Nedenfor er en tabell over disse retningslinjer.

Tabell 1

<p><b>1. Sykepleieren og profesjonen:</b>  <i>Sykepleieren har et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie, og setter seg inn i det lovverk som regulerer tjenesten.</i></p>	<p>1.4 Sykepleieren holder seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde og bidrar til at ny kunnskap anvendes i praksis.</p>
	<p>1.5 Ledere av sykepleietjenester har et særskilt ansvar for å skape rom for fagutvikling og etisk</p>

	refleksjon, og bruker yrkesetiske retningslinjer som et styringsverktøy.
<b>2. Sykepleieren og pasienten</b> <i>Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket.</i>	2.2 Sykepleieren understøtter håp, mestring og livsmot hos pasienten.
	2.3 Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg.
	2.10 Sykepleieren har ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse.
<b>5. Sykepleieren og arbeidsstedet</b> <i>Sykepleieren setter seg inn i arbeidsstedets visjon, verdier, mål og gjeldende retningslinjer, og er lojal mot disse så langt de er i samsvar med sykepleiens grunnlag.</i>	5.2 Sykepleieren bidrar til utforming og gjennomføring av faglig forsvarlig, god og omsorgsfull praksis.

På venstre side ser vi det generelle området den bestemte seksjon omhandler, mens på den høyre siden viser det mer komplekse retningslinjer, som basere seg på det overordnende tekst. Det som går igjen i det utvalgte er at sykepleieren har et ansvar knyttet til selve profesjonen, pasienten og arbeidsstedet. Siden ansvaret omhandler tre forskjellige parter blir det nyansert og innviklet, slik at sykepleieren har veldig klare instruksjoner å jobbe etter. Dette er med på å sikre at sykepleiere handler etisk riktig og forsvarlig.

I tillegg til etiske fordringer og yrkesetiske retningslinjer er det lovverk som skal sikre kvaliteten på helsepersonell sitt arbeid. Helsepersonelloven §4 omhandler forsvarlighet og oppgir at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig (Molven, 2019, s.138).

### 2.3 Pleielidelse

Pleielidelse er et fenomen beskrevet av den finske sykepleieteoretikeren Katie Eriksson. Eriksson er en framtrædende figur i nordisk omsorgsforskning og utviklet pleielidelse som en del av hennes arbeid med omsorgsvitenskap (Førland et al., 2018, s. 200). Eriksson var ikke bare opptatt av omsorg, men ville fremheve betydningen av å se menneskets lidelse, og beskrev dermed tre former for lidelse, deriblant pleielidelse. Pleielidelse er noe som blir til når

omsorgsgivere krenker det lidende menneskets verdighet. Å oppleve å bli avvist, glemt og straffet vil påføre pleielidelse (Førland et al., 2018, s. 201). Beskyttelse av det lidende menneskets verdighet vil dermed forebygge utviklingen av pleielidelse. Å kunne anerkjenne lidelse tilsvarer anerkjennelse av det lidende menneskets behov for omsorg. Sykepleiere skal oppleve seg ansvarlig i møte med lidende mennesker for å kunne behandle lidelsen med omsorg, og skal være bevisst fenomener som pleielidelse for å unngå å utsette pasienter for det (Førland et al., 2018, s. 201).

## 2.4 PLISSIT-modellen

PLISSIT-modellen er et hjelpemiddel for helsepersonell utviklet av den amerikanske psykologen Jack Annon på 1970-tallet (Nasjonal kompetansemiljø om utviklingshemming, 2022). Hensikten med verktøyet er å hjelpe helsepersonell med å strukturere og for å lette kommunikasjon om seksuell helse. Modellen deles inn i fire trinn, som skaper kontinuitet i samtalen. Verktøyet er utviklet for helsepersonell, og det forventes at helsepersonell skal kunne bruke de to nederste trinnene i modellen (Langhelle et al., 2021). Disse to trinnene bidrar for at sykepleieren stille et åpent spørsmål, og gjør seg tilgjengelig for å snakke om temaet med pasienten (Nasjonal kompetansemiljø om utviklingshemming, 2022).

Følgende beskrivelser av PLISSIT-modellen tar utgangspunkt i «Snakk om det» strategiplanen fra helse- og omsorgsdepartementet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 26).

1. Permission (P): Målet her er at pasienten skal gi tillatelse til samtale. Sykepleieren skaper rom og invitere pasienten til å snakke om seksualitet, og seksuell helse. Men det er pasienten som gir tillatelse for å snakke om temaet. Sykepleierens rolle er å være oppmuntrende til å snakke om det. Slik at pasienten opplever at det er naturlig å snakke om sin seksualitet, og seksuell helse
2. Limited Information (LI): Sykepleieren gir konkret og begrenset informasjon knyttet til seksuell helse. Det forutsetter at sykepleieren har skaffet seg kunnskap om sykdom, og konsekvenser av behandling. Slik at pasienten tilegner seg ny kunnskap knyttet til

seksualitet, og seksuell helse. Sykepleieren bør sikre at informasjonen som gis, blir forstått. Slik at mulig misforståelser kan avklares.

3. Specific suggestions (SS): Det gis spesifikke forslag hvis pasienten har behov for det. Det kan gjøre pasienten i stand til å mestre konkrete situasjoner og utfordringer de opplever.
4. Intensiv therapy (IT): Pasienter som ikke har blitt avhjulpet i de øverste trinnene krever spesialisert behandling. Det er fordi problemene kan være mer komplekse og mer utfordrende.

### **3.0 Metode**

Metode er en fremgangsmåte som skal hjelpe datasamling, altså frembringe vitenskapelig kunnskap som trengs i undersøkelsen (Dalland, 2010, s. 83). Det innebærer systematisk innhenting av data, noe som kan gjøres både empirisk, eller i form av integrativ litteraturoversikt. Dalland (2010) beskriver at litteraturoversikten kan utarbeides med både kvalitative, og kvantitative tilnærminger (Dalland, 2010, s. 84). Metoden som benyttes, velges ut ifra hva som skal undersøkes (Dalland, 2010, s. 85). Det er brukt kvalitativ litteraturgjennomgang fordi det legger grunnlag for forståelse av sykepleierens perspektiv i møte med pasientenes opplevelser, og hvordan deres behov møtes av sykepleierne (Friberg, 2017, s.129). Det gir best svar på våre hensikter.

#### **3.1 Valg av metode**

Bacheloroppgaven vår bygges på litteraturoversikt, som baseres på fire vitenskapelige artikler. Ved å bruke litteraturoversikt tilegnet vi oss kunnskap basert på eksisterende litteratur innenfor seksuell helse, og gynekologisk kreft (Friberg, 2017, s. 142). For å velge metoden har vi tatt utgangspunkt i hvilken hensikt oppgaven skulle ha. Altså hva vi ønsket å belyse med oppgaven. I tillegg til anvendte artikler, har vi også trukket inn relevant litteratur i resultatdiskusjonen. Boken *Dags för uppsats* (Friberg, 2017) kapittel 5, 11 og 12 har vært veiledende i arbeidet vårt. Ved å følge Friberg (2017) valgte vi å ta utgangspunkt i kvalitative studier siden vi fikk bedre forståelse av overgangen fra teori til praksis (Friberg, 2017, s. 129). For å besvare hensikten ut ifra eksisterende fagkunnskap, forskning og teori, har vi drøftet og

analyserte funnene på en kritisk og selvstendig måte. Slik fikk vi mest utbytte og læring ut ifra artiklene som vi har lest.

### 3.1.1 Utvalg

For å finne relevante forskningsartikler benyttet vi et strukturert litteratursøk. Søket ble avgrenset ved at vi benyttet inklusjons- og eksklusjonskriterier i søkeprosessen (Dalland, 2018, s. 156). Anvendte kriterier er i tabellen nedenfor.

Tabell 2

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Vitenskapelig artikler.	Review
Seksuell helse og seksualitet i fokus	Eldre enn 10 år
Empirisk artikler	
Sykepleiefaglig perspektiv	
De ble funnet ved hjelp av godkjente forskningsdatabaser.	
Engelskspråklig artikler.	

Først foretok vi et innledende informasjonssøk for å finne ulike databaser og søkeord som kunne være aktuelt for å finne relevante forskningslitteratur til oppgaven. Dette hjalp oss med å danne bakgrunnsgrunnlag for søkearbeidet vårt (Friberg, 2017, s.61). Deretter gikk vi videre til selve informasjonssøket, som resulterte i de anvendte artiklene som danner grunnlaget for oppgaven (Friberg, 2017, s.61). Vi brukte Oria, et digitalt bibliotek ved Universitet i Stavanger. For å utføre litteratursøk tenkte vi at det var relevant å anvende databaser som var knyttet til helse- og sosialfag, siden de dannet hensikt og grunnlag for oppgaven vår. Vi har hovedsakelig benyttet CINAHL, en database som ga oss tilgang til vitenskapelige og oppdaterte artikler. Det var også stor variasjon i antall artikler vi kunne velge mellom. Vi tok utgangspunkt i Fribergs (2017) fremgang i litteratursøk for å finne aktuelle vitenskapelige artikler.

Vi vektla bruk av relevante søkeord og avgrensninger. Disse var avgjørende for de funnene vi fikk fram. De søkeordene vi brukte ble valgt på bakgrunn av hensikten med å finne vitenskapelige artikler sett fra sykepleierens perspektiv, samt oppgavens hensikt. Vi benyttet engelsk- og kombinasjonssøkeord fordi vi opplevde at dette ga større utvalg av artikler. Vi så at søkeordene «Gynecological cancer AND sexual health AND nurse», «Gynecological

cancer AND communication AND nurse» og «Female AND psychosexual AND nurse» var relevante for å komme frem til artiklene. Vi fikk til sammen 66 treff.

I tillegg til det som står i inklusjonskriterier valgte vi å bruke forskning fra forskjellige land, som Sverige, Nederland, Australia og Brasil. Til tross for sine forskjeller, er kulturene i disse land sammenlignbare. Manglende kompetanse om seksualitet og seksuell helse er aktuelt i mange kulturer. I tillegg bidrar forskning fra andre land til mer kunnskap og sammenligning av data.

### 3.1.2 Valg av artikler

Som følge av søkemetoden, søkeordene og avgrensingene fikk vi som sagt 66 treff. Vi gjennomgikk treffene og vurderte om overskriftene hadde relevans for hensikten vår. Kun overskriften på 13 av de 66 treffene var relevante. Derifra gjennomgikk vi abstrakter på de 13 artiklene. Ved å lese abstraktene fikk vi bedre forståelse om funnene hadde relevans for det vi så etter. Til slutt stod vi med fem artikler som var relevant for oppgaven vår, og vi leste de i sin helhet. I tabellen 3 vises det søkeordene, antall treff og databaser som ble brukt.

Tabell 3

Søk	Søkeord	Ant. treff	Avgrensning	Ant. treff	#1	#2	#3	
1	Female/ or Sexuality AND Plissit-model	17						
2	Gynecological cancer AND Sexual health AND nurse	6						
3	Gynecological cancer AND Communication AND nurse	17						
4	Gynecological cancer AND Psychosexual AND nurse	6						
5	Gynecological cancer AND Barriers AND nurse og nursing	9						
6	Gynecological cancer AND Sexuality AND nursing	11						
				Siste 10 år	66	13	14	5

*Note: Forkortelser i figuren: ant = antall, #1-#3 = tre runder med utvelgelse: #1: lest abstrakter valgt basert på artiklenes titler. #2: skimlest artikkel. #3: grundig lesning og brukt som litteratur i oppgaven. Dersom artiklene viste seg å være uaktuelle for oppgaven, avbrøt jeg lesingen av abstrakt eller artikkel.*

### 3.2 Analyse

Analysearbeidet vårt tok utgangspunkt i Fribergs metode. Metoden kan beskrives som bevegelse fra helhet til del, for å sette en ny helhet (Friberg, 2017, s. 135). For å skape mer forståelse og kjennskap til stoffet har vi lest gjennom de utvalgte artiklene med et objektivt blikk. Vi startet med å lese hver artikkel, og deretter sammenlignet vi artiklene.

Det var utfordrende og krevende å analysere artiklene siden denne prosessen innebærer å reflektere, og vurdere materialenes hensikt, og metode, for å finne fram til relevante resultater. For å finne relevante resultater kategoriserte vi alle artiklene etter likheter og forskjeller i de teoretiske utgangspunktene (Friberg, 2017, s. 178-179).

Analysing av likheter og forskjeller hjalp oss å bedre begripe innholdet i artiklene. I tillegg har vi analysert styrker og svakheter i artiklene for å skape faglig vurdering. For å ha struktur i arbeidet vårt har vi lagt en tabell over våre tolkninger av artiklenes resultater (tabell 4). Vi har også vurdert om resultatene var relevant med tanke på oppgavens hensikt. Gjennom analysearbeidet kom vi frem til fire kategorier med syv underkategorier. Disse var avgjørende for å danne diskusjon i oppgaven vår (Friberg, 2017). I vedlegg 1 vises en oversikt over de utvalgte artikler.

## 4.0 Resultat

Her presenterer vi funnene fra de fire utvalgte vitenskapelige artiklene. Tre av artiklene er kvalitative, mens en er kvantitative. Alle tar for seg sykepleieres perspektiv. Analysearbeidet vårt resulterte i tre hovedkategorier og syv underkategorier. Disse sammenfalt med vår hensikt og problemområdet. De vises i tabell 4.



Tabell 4 Hoved- og underkategorier:

Hovedkategorier	Underkategorier
Sosiale og kulturelle elementer	Tabu Holdninger Kjønn
Relasjonelle elementer	Tillitt
Strukturelle elementer	Tidspress Kunnskapsmangel Standardisering

Analyse av artiklene viste at ivaretagelse av seksualitet og seksuell helse, både fremmes og hemmes i praksis (Veermer et al. 2014, Ferreira et al. 2015, Williams et al. 2017 & Olsson et al. 2012).

#### 4.1 Nedprioritering

Ifølge Vermeer et al. (2014) er seksuell helse et grunnleggende behov som ofte blir negativt påvirket av kreftbehandling (Vermeer et al., 2014, s.831). Til tross for sin betydning skriver Ferreira et al. (2015) at sykepleiere nedprioriterte seksuell helse (Ferreira et al, 2015, s. 83).

«In spite of the fact that the sexuality of the women affected is compromised, health professionals often fail to adequately assess such problems, or even address them at all (Ferreira et al, 2015, s. 83) ».

Ferreira et al. (2015) fremhev at et medvirkende element som bidrar til nedprioriteringen av seksuell helse var prioritering av andre helsemessige elementer. «*When prioritizing actions and practices, the team considers it essential to maintain life; the nursing professionals do not recognize that other care aspects, involving issues of women´s subjectivity, are as important as care for the physical body (Ferreira et al, 2015, s. 85) »*. Seksuell helse ble ikke regnet som en del av pasientens grunnleggende behov og ble dermed ikke tatt hensyn til på lik linje med andre behov.

Professionals are concerned with meeting what they call the basic needs, however, this is restricted to carrying out practices aimed at controlling the disease and the physical complications due to the treatment. Considering the attitudes of cancer care nursing professionals, all of them are focused on the cancer treatment, disregarding the sexuality and its importance for the wellbeing of the patient (Ferreira et al, 2015, s. 85) .

Fokuset ble satt på kurativ behandling og pasienter ble ikke møtt med en helhetlig tilnærming, som bør inkludere subjektive behandlingsaspekter (*Ferreira et al, 2015, s. 85*)». I tillegg til at seksuell helse ble nedprioritert i forhold til andre former for behandling, belyste Ferreira et.al. (2015) at sykepleiere mente at pasienter var «for syk» å interessere seg for seksuelle temaer (*Ferreira et al, 2015, s. 87*)».

Studien til Olsson et al. (2012) viste at pasienter erfarte at deres behov for seksuell støtte ikke ble ivaretatt (Olsson et al., 2012, s. 429). Studien viste at adekvat informasjon og støtte var viktig for å kunne tilvenne seg til endringer i selvbilde og seksualitet (Olsson et al., 2012, s. 429). Olsson et.al. (2012) fremhev at det er avgjørende for sykepleiere å ha evnen til å hjelpe pasienter med håndtering av endringene som oppstår etter diagnostisering, under behandling og i rehabiliteringsfasen (Olsson et al., 2012, s. 429).

#### 4.2 Tidspress

Enda et element som gjør at seksuell helse ble nedprioritert er tidspress. Dette kom frem i flere av studiene. Veermer et.al. (2014) avdekket at seksuell helse var et tema som krevde god tid å diskutere (Veermer et al., 2014, s. 836). Ferreira et.al. (2015) skrev at seksuell helse ikke ble prioritert i et miljø med høyt tempo, der behandling og ivaretagelse av det som regnes som de grunnleggende behov var i sentrum (Ferreira et al., 2015, s. 85). Videre ble det fremhevet at hvis man får tid å sette seg ned med pasienten, var det ofte mye informasjon som måtte gis. Dermed ble seksuell helse, ifølge Ferreira et.al. (2015), ansett som mindre viktig å ta opp (Ferreira et al., 2015, s.85).

The routine, paperwork, lots of forms, you complete a lot. The patient arrives here for us with a lot of paper because we have to inform her about everything. So, we hardly have time to ask her about herself. There are so many small items required that we don't have enough time with the patient (Ferreira et al., 2015, s.85) .

Mengden av nødvendig informasjon som ble utvekslet mellom pasient og sykepleier var omfattende. Utvekslingsarbeidet ble dermed gjentakende og ikke tilpasset hver enkel pasient. Ferreira et.al. beskrev dette som en grunn til at kvinnen ikke får tid å informere sykepleieren om sine bekymringer (Ferreira et al., 2015, s.85).

### 4.3 Tillitt

Tabu rundt seksualitet var en gjennomgående forutsetning i alle artiklene vi leste. Veermer et al. (2015) viste at flere sykepleiere fraskrev seg ansvaret eller tenkte at det var upassende, eller uhøflig å ta det opp med pasienten. Dette medførte at pasientene fikk begrenset, eller ingen informasjon.

The majority of the professionals reported initiating conversations about sexuality, but at the same time, many described sexuality as a taboo topic. According to many, patients often had difficulties talking about sexuality. A few professionals also said that they felt uncomfortable themselves, currently or in the past, talking sexuality (Veermer et al., 2015, s. 836).

Williams et al. (2017) avdekket at det ikke var bare pasientenes ubehag som har betydning for samtaler om seksuell helse, men også den som snakket med pasienten kunne bli hemmet av sine personlige følelser og holdninger. I studien av Williams et al. (2017) kom det også frem at til tross for råd og opplæring om hvordan man kunne håndtere mer utfordrende diskusjoner, var det fortsatt noen sykepleiere, som sleit med slike samtaler. Dette førte til at de unngikk temaet i sin helhet, selv om Williams et al. hevdet at de anerkjente det som en avgjørende del av god behandling (Williams et al., 2017, s. 40).

Ferreira et al. (2014) & Williams et al. (2017) avdekket at sykepleiere burde ha et godt forhold til pasienten for å kunne ta opp seksuell helse, og at seksualitet krevde økt kontakt mellom pasienten og behandleren (Ferreira et al. 2014, s. 86 & Williams et al, 2017, s. 40).

They (the nurses) described rapport as key to facilitating a conversation around psychosexual issues... They considered this in relation to how it made them feel, with many describing the need to feel comfortable and confident with the woman before discussing psychosexual issues (Williams et al., 2017, s.40).

Olsson et al. (2012) beskrev også at sykepleiere burde etablere en relasjon for å kunne ta opp samtaler om seksualitet, da dette ikke burde tas opp i første møte med pasienten (Olsson et al., 2012, s. 429).

### 4.4 Tabu

Veermer et al. (2015) avdekket at graden av flause og ubehag ville variere fra person til person, og fra samfunn til samfunn. «Attitudes toward sexuality are culturally determined and likely translated into the psychosexual support that is being offered (Veermer et al., 2015,

s. 837) ». Artiklene vi har benyttet er skrevet i ulike land, noe som gjorde at det var variasjon i hvor mange sykepleiere oppga å unngå å snakke om seksualitet. Likevel var den generelle konsensus at seksualitet ble ansett som privat, og uhøflig å ta opp, med mindre man hadde en god relasjon til pasienten. «From the sociocultural perspective, sexuality is situated in the sphere of prohibitions and, thus, addressing it is often only touched upon or even avoided (Ferreira et al., 2015, s. 86) ».

En relevant grunn om hvorfor seksuell helse ikke ble tatt opp skyldtes blant annet kjønn og undertrykkelse av kvinnens seksualitet.

Inequalities in the construction of the male and female roles characterize life in society. The topic is considered inappropriate because, throughout their socialization process, women are subject to continuous repression in the organization and expression of their sexuality (Ferreira et al. 2015, s. 86).

Ferreira et al. (2015) kom fram til at sykepleie er en hovedsakelig kvinnelig yrke. Dette påvirket profesjonen.

The gender issues that influence the construction of women's sexuality are the same ones that determine nursing actions and prevent them from expressing their sensitivity, leading to the censorship of discussions related to the topic (Ferreira et al., 2015, s.87).

Williams et al. (2017) avdekket at sykepleiere sine personlige tro og selvbevissthet angående seksualitet hadde innflytelse på deres praksis (Williams et al., 2017, s. 39).

Ferreira et al. (2015) fremhev at enda en komponent som bidro til problemet var samfunnets tanker om sex. Sex ble forbundet med nytelse (Ferreira et al., 2015, s.87). Dermed ble det oppfattet som upassende å snakke om det. Ferreira et.al. (2015) beskrev også at det passet ikke inn med behandling av sykdom. Seksualitet ble oppfattet som noe privat (Ferreira et al., 2015, s. 87). Man måtte finne et sted der man kunne snakke åpent om det, uten at pasienten følte at hennes privatliv ble krenket.

... the organization of institutional spaces did not provide places where dialogues could take place in private... Privacy makes it possible to address sexuality, as it creates a favorable climate for confidentiality (Ferreira et al., 2015, s. 86).

Williams et.al. inkluderte en privat setting i opprømsingen av faktorer man måtte ta i betraktning for å kunne diskutere seksualitet med pasienter (Williams et al., 2017, s. 38).

#### 4.5 Manglende kunnskap

Olsson et.al. (2012) beskrev manglende kunnskaper som et relevant problem blant sykepleiere. Mange av deltakerne beskrev at de manglet kunnskap og ferdigheter om hvordan de kunne rådgi og støtte pasienters behov knyttet til seksualitet. Dette forårsaket unngåelse (Olsson et al., 2012, s.428).

The main category shows that all nurses considered that talking about sexuality should be handled as a part of their professional responsibility, and the patients' sexual problems related to consequences of the disease and its medical treatment was described as being the starting point for the dialogue. Despite this most of them were unsure about whom, when and how these dialogues should be carried out (Olsson et al., 2012, s.428).

Veermer et al. (2014) pekte på at en tredjedel av helsepersonellet som ble intervjuet oppga at de ønsket mer opplæring om hvordan seksualitet kunne diskuteres med pasienter. De ville også lære mer om hvordan man kan håndtere seksuell dysfunksjon, for å kunne bedre informere deres pasienter (Veermer et al., 2014, s.836). Videre ble det beskrevet et generelt behov for mer kunnskap om seksualitet etter kreft og trening for å forbedre relevante ferdigheter som trengs når man skal snakke om sensitive temaer (Veermer et al., 2014, s. 837).

#### 4.6 Manglende standardisering

Veermer et al. (2014), Olsson et al. (2012) og Williams et al. (2012) framhev at integrasjon av seksuell helse i hverdagslig sykepleie kunne gjøre det lettere for sykepleiere å håndtere det.

Samtaler om, og dokumentasjon av seksualitet var ikke en vanlig del av behandling, slik som de andre grunnleggende behov.

Established systems facilitated the capacity of nurses to provide psychosexual care. These included having readily available mentors, documented referral pathways, continuity of care and the use of appropriate documentation (Williams et al., 2017, s. 39).

Sykepleierne som ble intervjuet i studien av Williams et al. (2017) beskrev at det var lettere å ivareta pasientens seksuelle helse når de nødvendige hjelpemidler for å gjøre dette var sørget for. De oppga at det ble mer utfordrende når dokumentasjon enten ikke var tilgjengelig eller ikke ble brukt (Williams et al., 2017, s. 40).

Studien av Veermer et al. 2014 fikk fram at helsepersonell mente at støtte for seksuell helse burde være en standard del av kreftbehandling (Veermer et al., 2014, s. 837). Systematisk

evaluering er grunnleggende for sykepleie praksis. Seksualitet skal også inkluderes i denne evalueringen.

Already decades ago, it has been stated that to be a professional nurse includes the responsibility for systematic assessments of patient problems related to disease and treatment. As sexuality is one part of patients' potential problems, nurses must approach also this arena in their care of patients. However, our findings indicate that sexuality not was included in the nurses' assessment of patients' need (Olssen et al., 2012, s. 429).

## 5.0 Diskusjon

### 5.1 Metodediskusjon

Oppgaven bygger på fagfelle-vurderte vitenskapelige artikler som har vært revidert av andre. Det var ulike faglitteraturer og forskninger innen temaet som de valgte artiklene anvender, på grunn av dette måtte vi være kritiske i valg av litteratur til hensikten vår. Vi har innhentet oppdatert forskning for å sikre at resultatene er mest mulig aktuelle til helsevesen. Artiklene er publisert mellom 2012 til 2017. Dalland (2010) beskriver at en slik avgrensing fører til økt gyldighet og holdbarhet (Dalland, 2010, s. 69). Litteraturoversikten som ble anvendt benyttet IMRaD-struktur. Det som kjennetegner strukturen er sin standardiserte oppbygning, bestående av introduksjon, metode, resultat og diskusjon (Dalland, 2010). Slik strukturen gir et godt grunnlag for analyseprosessen. Anvendt artiklene ble skrevet på engelsk, men vi har analysert de for å kunne sette delene sammen til en ny helhet for oppgaven (Friberg, 2017, s. 135).

Søkeprosessen begynte ved at vi bestemte oss for hvilken database som skulle brukes. Vi benyttet CINAHL fordi at den var den mest oppdaterte database, samt den som hadde mest engelskspråklige artikler. Dette var avgjørende fordi at mye forskning blir gjort i land utenfor Norden, og presentert på engelsk. Ved å anvende CINAHL fikk vi tilgang til flere artikler som kunne passer til våres hensikt. Når vi begynte å søke opplevde vi at vi fikk overveldende mange treff, noe som gjorde det vanskelig å finne hva artikler vi ville ta med. Vi innsnevret våre inklusjons- og eksklusjonskriterier for å gjøre prosessen lettere og mer overkommelig for oss selv. Til tross for dette brukte vi lang tid på å finne artikler. Vi så først på overskrifter, så

på abstrakter, og valgte relevante studier basert på dette. Det var en tidskrevende prosess, spesielt gitt hvor lite erfaring vi hadde med systematisk litteratursøk.

Vi har hovedsakelig anvendt kvalitative forskninger i oppgaven ettersom vår hensikt var å belyse faktorer som kan fremme eller hemme sykepleiere i å ivareta seksuell helse og seksualitet hos pasienter med gynekologiskkreft. Kvalitativ tilnærmingen var best egnet fordi vi ønsket å vise i oppgaven hva som kan fremme eller hemme sykepleierens praksis ut ifra deres perspektiv. Vi har også anvendt en kvantitativ artikkel fordi den støtter erfaringer av PLISSIT-modellen med målbare funn.

I henhold til det som ga best grunnlag for å svare på vår hensikt, ville vi finne studier som presenterte sykepleierens perspektiv. Samtidig var det viktig å vite om pasienterfaringer, slik at vi kunne avgjøre hvorvidt hensikten vår var aktuelt. Studiene vi valgte undersøkte sykepleierens perspektiv, samtidig som de bygget på tidligere forskning som henviste til det pasienter har opplevd. Det å lese om sykepleieres meninger samt pasienterfaringer ga oss økt forståelse for hvor relevant og utbredd seksualitet er innenfor helse.

### 5.1.2 Kildekritikk

Studiene vi har anvendt ble gjennomført i Sverige, Brasil, Nederland, og Australia. I disse landene er sykepleie en høyere utdanning. Til tross for denne likhetstrekk, er det forskjeller mellom helsesystemene og kulturene. Dette kan påvirke hvordan sykepleie blir praktisert. Med bevissthet rundt disse forskjeller antar vi likevel at disse landene er like opptatt av både behandling av gynekologiskkreft og ivaretagelse av pasientens seksuelle helse. For øvrig viser også studiene som vi har anvendt at sykepleiers holdninger om seksuell helse i møte med kreftrammede kvinner er nokså like, uavhengig av kulturforskjeller. Disse fellestrekk ga grunnlag for sammenligning av behandling, samt sykepleierens opplevelser knyttet til dette. Vi mener dermed at vi har gjort et adekvat og troverdig utvalg av forskningsartikler, i henhold til relevans og gyldighet.

For at resultatene skulle bli ennå mer gyldige måtte vi forholde oss til en spesifikk forskningsarena som var aktuell for vår hensikt. Vi måtte velge et sted der sykepleiere møter pasienter som har eller hadde gynekologisk kreft, og der de er med på behandling og

rehabilitering av disse pasienter. Gitt disse kriterier ble spesialisthelsetjenesten, nærmere bestemt sykehuset, det naturlige valget for forskningsarena. Artikkene vi valgte er skrevet med resultater fra sengeposter og poliklinikker på sykehus. Dette gjorde at studiene hadde mer til felles og passet godt inn med vår hensikt. I tillegg sikret vi oss at alle forfatterne hadde en sykepleiefaglig bakgrunn, da dette ville styrke forståelsen for opplevelsene som skulle studeres i artiklene.

## **5.2 Resultatdiskusjon**

### **5.2.1 Betydning av sykepleierens holdninger i møte med pasienter**

Funnene i flere studier antydte at tidspress er et element som påvirker sykepleieres holdninger. Å snakke om seksualitet er et sensitivt tema som ofte krever god tid å diskutere med pasienten. Funnene i Ferreira et al. (2015) avslører at å skaffe tid for å snakke om seksuell helse er ikke en del av prioriteringer i et hektisk miljø. Dette medfører ofte at pasienter ikke blir sett av sykepleierne, fordi de har ikke tid til å sette seg ned å snakke med pasienten. Dermed blir sykepleierens holdninger påvirket av tidspress.

Resultatene fra artiklene viste at diskusjoner rundt seksualitet ble hemmet av sykepleierens holdninger. Williams et al. (2017) avslørte at diskusjoner rundt seksualitet førte til følelser av ubehag både blant pasientene og ansatte. Disse følelser fører til at sykepleiere tar opp seksualitet på en overfladisk måte, eller ikke i det hele tatt. Dette fører igjen til at sykepleiere ikke videreutvikler de kunnskapene de trenger for å kunne håndtere liknende situasjoner i fremtiden. Sykepleier står dermed alltid med for lite kunnskap om hvordan de skal møte pasientene og tilegner seg heller ikke nye erfaringer. Slik opprettholdes en ond sirkel som gjør at pasienter ikke får adekvat og forsvarlig hjelp, som Olsson et al. (2012) peker på.

Forfatterne hever at pasienter erfarte at deres behov for seksuell støtte ikke ble ivaretatt. Ifølge de yrkesetiske retningslinjer om sykepleieren og profesjonen har sykepleieren et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie. Ansvar kommer nærmere til uttrykk i punkt 1.4, som beskriver at sykepleieren skal holde seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde og bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis. En sykepleier som er bevisst retningslinjene vil dermed



prøve å løse sine utfordringer ved å sette seg i relevant fagstoff enn å unngå ubehagelige situasjoner.

Studien av Ferreira et al. (2015) avslører det at sykepleiere antok at å snakke om seksualitet ikke var viktig fordi pasientene var for syk for å bekymre seg om sin seksuelle helse (Ferreira et al., 2015, s. 87). Forskningen viste at sykepleiere mente at fokuset burde settes på kurativ behandling. Dermed ble pasienter ikke møtt med en helhetlig tilnærming.

Yrkesetiskretningslinje 2.2 sier at sykepleiere skal understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten. Å konkludere at en pasient er for syk for å motta informasjon og behandling relatert til sin seksuelle helse vil tilsier at sykepleieren ikke oppfyller sine etiske krav.

Pasienten får ikke oppfylt sitt grunnleggende seksuelle behov fordi at seksualitet blir ikke tatt opp. Slik praksis er ikke i tråd med de etiske prinsipper sykepleiere skal forholde seg til.

Unngåelse påfører pasienter pleielidelse, noe som strider imot ikke skade prinsippet. Pasienter blir fratatt deres autonomi når sykepleiere beslutter at de er for syk å motta hjelp relatert til deres seksuelle helse. I samme studien ble det påpekt at siden sykepleie er hovedsakelig en kvinnelig yrke, kan det påvirke sykepleierens holdninger i praksis. De kvinnelige sykepleierne er tilbakeholden og unngår å ta opp seksualitet fordi de mener dette er et privat tema, som bør unngås. Noe som igjen medfører til manglende ivaretagelse av pasientenes seksuelle helse.

Videre funn i Olsson et al. (2012) antyder at pasientene erfarte at deres behov for seksualitet ble ikke ivaretatt. Pasientene opplevde at sykepleierne hadde ansvar for å initiere samtaler om seksuelle problemstillinger. I punkt 2.3 av de yrkesetiske retningslinjer står det at sykepleieren skal ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg (Norsk sykepleierforbundet, 2019). Helhetlig omsorg inkluderer også seksualitet, da det er et grunnleggende behov. Dermed er det viktig at sykepleiere er bevisste på sin praksis i slike situasjoner. Det kan foreslås at sykepleierne bør sette seg inn i hva de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere innebærer når de er i tvil, eller er i møte med utfordrende situasjoner. Sykepleierne har et ansvar om å tilegne seg nødvendig kunnskap som kan brukes i praksis (Norsk sykepleierforbundet, 2019).

På en annen side er standardisering av ivaretagelse av pasientens seksualitet betydelig for sykepleierens holdninger. Funn fra Veermer et al. (2014) tyder på at sykepleierne som ble intervjuet er bevist vekstområdene i forhold til seksuell helse. En sykepleier oppga et hvis hun

kunne endre på en ting, ville hun inkludere pasientens seksuelle historie i den generelle datasamlingen. Dette mener hun kunne være grunnlaget for videre behandling av seksuelle utfordringer. Bevisstheten rundt problemet vil fremme igangsetting av mulige løsninger, som for eksempel, standardisering av seksuell helse.

### 5.2.2 Relasjonelle elementer mellom sykepleier og pasient

Å snakke om seksualitet kan være utfordrende på mange områder. Seksualitet blir ofte redusert til kun sex, nytelse og intimitet, noe som stigmatisere temaet. Seksualitet er også et viktig element som fremmer både selvbilde og glede hos mennesker og er derfor en viktig del av behandling. De fleste funnene fra studiene antyder at flere sykepleiere fraskriver seg ansvaret å ta opp temaet i møte med pasienter. Det er ofte vanskelig å snakke om seksualitet på grunn av tanken bak hva ordet betyr for den enkelte pasienten. Funn fra Williams et al. (2017) viser at sykepleierens relasjon til pasienten har betydning for hvorvidt seksualitet blir tatt opp. Williams hever også at det er viktig at pasienter mottar tilpasset informasjon, basert på deres unike opplevelser og bekymringer. Ivaretagelse av behovet for undervisning og veiledning krever at sykepleierne har kunnskap om hvem pasient er og hva type informasjon de trenger. For at sykepleieren skal forstå hvordan behandling påvirker pasientens livskvalitet er det nødvendig at sykepleieren gir støtte og omsorg fra behandlingsstart. En forutsetning for å kunne gjøre det er at sykepleieren kjenner til relevant informasjon som gynekologisk kreft pasienter kan ha behov for relatert til deres seksuelle helse. Ved å være bevisst sitt ansvar fra første møte med pasienten og ved å skape rom å snakke om slike temaer, vil sykepleieren skape tillit hos pasienten samtidig som de skaffer seg selv et helhetlig bilde av hvem pasienten er og hva behov den har.

Angående forutsetningen om å kjenne til relevant informasjon om gynekologisk kreft, var kunnskapsmangel et aktuelt tema i flere av studiene. Mange beskrev at de manglet kunnskap om hvordan de kunne rådgi og støtte pasientenes seksuelle behov. Et av funnene i Vermeer et al. (2014) beskrev at en tredjedel av de som ble intervjuet oppga at de ønsket å lære mer om hvordan man kunne håndtere seksuell dysfunksjon for bedre informere pasienter. En måte å ivareta pasientenes behov for informasjon på er å ha kjennskap til ulike bivirkninger og senskader som kan oppstå etter behandling av gynekologisk kreft. Disse inkluderer hormonforandringer og tidlig menopause, som følge av behandling. Mulighet for arrdannelse

i skjeden er også en senskade av behandlingen. Yrkesetisk retningslinje 2.10 hever at sykepleien har ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse. Ønsket om å gi omsorg skal være grunnlaget for innhenting av informasjon, samt man skal være bevisst på å lindre pasientens lidelse.

### 5.2.3 PLISSIT-modellen ved manglende kunnskap

Problemene som artiklene presenterte fremhevet manglende kunnskap som en utfordring sykepleierne står ovenfor. Dette fører til negative konsekvenser i sykepleiernes praksis i forhold til seksuell helse. Deltakerne i studien av Olssen et al. (2012) beskrev at de manglet kunnskap og ferdigheter om hvordan de kunne rådgive, og støtte pasientens behov knyttet til seksualitet, noe som støttet dette.

PLISSIT-modellen er en av mange kommunikasjonsverktøy som kan benyttes av helsepersoneller for samtaler om seksualitet. Verktøyet kan dermed brukes for å danne grunnlag for igangsetting av ulike tiltak i møte med gynekologiskkreft pasienter. Ved å benytte dette verktøyet kan sykepleierne oppleve at det blir lettere å initiere samtale om seksuell helse med pasienter. Det er viktig at mange sykepleiere benytter av PLISSIT-modellen i sin praksis, slik at de skal innhente seg mer kunnskap, og erfaring om hvordan verktøyet fungerer.

Det kan også diskuteres at en sykepleier som kjenner til sine ansvar vil vite at det er krav om at utdannende sykepleiere skal beherske de to nederste trinnene av modellen, som vil hjelpe dem å snakke om seksualitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 26). Å beherske modellen bidrar til å løse utfordringer om manglende kunnskap.

## 5.3 Konklusjon

For at sykepleiere skal kunne ivareta seksuell helse hos gynekologiske pasienter er det åpenbart at det er nødvendig med mer kunnskap. Denne kunnskapen vil være grunnlaget for nye rutiner som vil løse de nåværende utfordringene sykepleiere står ovenfor. Disse utfordringer påvirker sykepleie praksis og påføre pasientene pleielidelse. Samtidig er

sykepleieres egen klarhet over disse utfordringene et positivt tegn som viser at de er bevisst sin rolle og at omsorgen pasienter få per nå er manglende. Fordypning i verktøy som PLISSIT-modellen, og de yrkesetiske retningslinjer kan være veiledende de gangene sykepleiere står i vanskelig etiske situasjoner. Etikk gir et grunnlag og et kommunikasjonsverktøy som PLISSIT-modellen kan gi konkrete løsninger. Å ta disse elementene i bruk vil bidra i å fremme ivaretagelse av seksuell helse hos gynekologisk kreft pasienter. Det vil kreve endring av utslitt holdninger som hemme pasienter i å få tilrettelagt og god behandling. En felles forståelse om betydningen av seksuell helse, samt hvordan dette kan forstyrres som en følge av gynekologisk kreft er avgjørende for å kunne grunnlegge nye rutiner og holdninger rundt temaet.

## **6.0 Anvendelse av resultatene i praksis**

I henhold til vår egen sykepleierutdannelse er det å ha kompetanse og ferdigheter om seksualitet, avgjørende for å kunne ivareta ett av menneskers grunnleggende behov.

Resultatene fra analysen vår tyder på at sykepleiere har behov for mer kunnskap om seksuell helse for å kunne fremme elementer som bidrar til ivaretagelse av pasienters seksualitet.

Vårt forslag er at sykepleierne kan iverksette disse tiltakene for å tilegne seg mer kunnskap om seksuell helse:

- Benytte de to nederste trinnene av PLISSIT-modellen. Skape rom for at pasienten skal kunne snakke om seksuell helse, og kunne tilpasse informasjonen etter pasientens behov.
- Setter seg inn i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.
- Skaffe seg kunnskap om gynekologisk kreft og hvordan senskader kan påvirke både pasientens seksuelle helse, og seksualitet.
- Ha bedre rutiner for samtaler om seksuell helse. Planlegge hvordan seksuell helse kan tas opp i møte med pasienter. Det er viktig å ikke la seg bli påvirket av tidspress, men bruk god tid for å snakke om temaet med pasienten.
- Dele ut informasjonsbrosjyrer til pasienter som mottar behandling. Slik at de kan tilegne seg teoretisk kunnskap om temaet.

## Litteratur

- Almeida, N.G.D., Britto, D.F., Figueredo, J.V., Moreira, T.M.M., Carvalho, R.E.F.L.D, Fialho, A.V.D.M. (2019). PLISSIT model: sexual counseling for breast cancer survivors. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 72(4), side 1109-1113. <https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.1590/0034-7167-2018-0525>
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4. utg.). Gyldendal akademisk.
- Ferreira, S.M.D.A., Gozzo, T.D.O., Panobianco, M.S., Santos, M.A.D., Almeida, A.M.D. (2015). Barriers for the inclusion of sexuality in nursing care for women with gynecological and breast cancer: perspective of professionals. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 23 (1), side 82-89. <https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.1590/0104-1169.3602.2528>
- Førland, O., Alsvåg, H., Tranvåg, O. (2018) Perspektiver på omsorgsforskning. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, Volume 4, Issue 3, side 196-214. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-03-02>
- Friberg, F. (2017). Dags för uppsats (3 utg.). Lund: Studentlitteratur AB.
- Gynkreftforening (u.å.). *Eggstokkreft*. <https://www.gynkreftforeningen.no/om-gynkreftforeningen/>
- Gynkreftforeningen (u.å.). *Om Gynkreftforeningen*. Hentet 28. april 2022 fra <https://www.gynkreftforeningen.no/om-gynkreftforeningen/>
- Gynkreftforeningen (2017, 19 desember). *Betydelig redusert seksuelliv*. Hentet 28. april 2022 fra <https://www.gynkreftforeningen.no/om-gynkreftforeningen/>
- Hoel, V., Leite, M. & Grønvik, U., K., C. (2021). Sykepleiere må kunne snakke om seksuell helse etter gynekologisk kreft. *Sykepleien*, 2021;109(83455): e-83455. <https://doi.org.10.4220/Sykepleiens.2021.83455>
- Helsedirektoratet. (2021). Sektorrapport om folkehelse 2021: Kapittel 4.6, Seksuell helse. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/sektorrapport-om-folkehelse/sunne-valg/seksuell-helse>
- Helsedirektoratet (2020). *Sen effekter etter kreftbehandling*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/seneffekter-etter-kreftbehandling/Seneffekter%20etter%20kreftbehandling.pdf/> /attachment/inline/3d984c2a-7926-4d1a-a5f0-06d48fe7c95f:f3e498d059734ff34b013c1c206877e488e95600/Seneffekter%20etter%20kreftbehandling.pdf

Jerpseth, Heidi (Red.). (2011). *Sykepleie ved gynekologiske sykdommer*. Gyldendal Akademisk.

Kreftforeningen (u.å.). *Sensskader etter kreftbehandling blant voksne*.

<https://kreftforeningen.no/om-kreft/sensskader-voksne/>

Kreftregisteret. (2021, 21. september). *Kreft i Norge*.

<https://www.kreftregisteret.no/Temasider/kreftformer/Livmorhalskreft/>

Kristoff, A. (Red.). (2016) *Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer*. Gyldendal Norsk Forlag.

Langhelle, T. H., Paulsen, A., Fredly, K., & Sekse, R. J. (2021). Sykepleiere kan hjelpe pasientene til bedre seksuell helse. *Sykepleien*, 21(01), ss. 34-41.

<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2021.83207>

Molven, Olav. (2019). *Sykepleie og jus* (6 utg). Gyldendal Norsk Forlag.

Nortvedt, P. (2016). *Omtanke: En innføring i sykepleiens etikk* (2. utg.). Gyldendal akademisk.

Norsk Sykepleierforbund. (2019). Yrkesetiske retningslinjer. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

Olsson, C., Berglund, A.L., Larson, M., Athlin, Elsy. (2012). Patient's sexuality – A neglected area of cancer nursing? *European Journal of Oncology Nursing*, Volume 16, side 426-431. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2011.10.003>

Paulsen, A. (2020, 16. juli). *Sykepleie må tørre å spørre kreftpasienter om seksuell helse*.

Forskersonen. <https://forskersonen.no/kreft-kronikk-meninger/sykepleiere-ma-torre-a-sporre-kreftpasienter-om-seksuell-helse/1713288>

Vermeer, W.M., Bakker, R.M., Stiggelbout, A.M., Creutzberg, C.L., Kenter, G.G., ter Kuile, M.M. (2014). Psychosexual support for gynecological cancer survivors: professionals' current practices and need for assistance. *Supportive Care in Cancer*, Volume 23, side 831-839. <https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.1007/s00520-014-2433-7>

World Health Organization (2022). *Sexual and Reproductive Health and Research (SRH)*.

<https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research/key-areas-of-work/sexual-health/defining-sexual-health>

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*, Volume 30, side 35-42. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2017.07.006>

## Vedlegg 1

<b>Forfattere, årstall, tittel</b>	<b>Tema</b>	<b>Hensikt</b>	<b>Perspektiv</b>	<b>Metode</b>
Ferreira, A., M., S., Gozzo, O., T., Panobianco, S., M., Santos, A., M. & Almeida, M., A. (2015). Barriers for the inclusion of sexuality in nursing care for woman with gynecological and breast cancer: perspective of professionals. <i>Rev. Latino-Am Enfermagem</i> 23(1).	Hvordan gynekologisk kreft påvirker kvinners seksuelle helse. Funksjonen sykepleierne har i å informere og veilede pasientene for ivaretagelse av deres seksuelle helse.	Å identifisere hva som hindrer sykepleierne i å snakke om seksuell helse.	Sykepleier/Helsefagarbeider/Assistenten.	Kvalitativ tilnærming skrevet i Brasil. Individuelt intervju med 16 helsearbeider inkludert sykepleier, helsefagarbeider og assistenter på to avdelinger i Sao Paulo.

<p>Vermeer, M., W., Bakker, M., R., Stiggelbout, M., A., Creutzberg, L., C., Kenter, G., G. &amp; Kuile, M., M. (2015). Psychosexual support for gynecological cancer survivors: professionals 'current practices and need for assistance. <i>Supportive Care in Cancer</i> (2015) 23:831-839.</p>	<p>Hvordan behandling av livmorhalskreft påvirker den seksuelle funksjonen. Hvordan sykepleierne kan bruke metoder/teknikker for å ivareta denne pasientgruppen. Og barrierene som medfører manglende ivaretagelse.</p>	<p>Å kartlegge hvordan helsearbeiderne praktiserer ivaretagelse av kvinners psykoseksualitet under behandling av gynekologisk kreft. Hva som hindrer ivaretagelse av psykoseksuell helse.</p>	<p>Onkologisk sykepleier/Gynekologisk onkologer/Onkologisk radiologer.</p>	<p>Kvalitativ tilnærming skrevet i Nederland. Semistrukturert intervju. 10 onkologisk sykepleier, 10 onkologer og 10 onkologisk radiologer deltok.</p>
<p>Williams, F., N., Hauck, L. Y. &amp; Bosco, M. A. (2017). Nurses 'perceptions of providing psychosexual care for woman experiencing gynaecological</p>	<p>Det belyser manglende kunnskap om viktigheten av å ivareta pasientens psykoseksuelle helse under behandling av gynekologisk kreft.</p>	<p>Å avsløre faktorer som hemmer ivaretagelse av psykoseksuell helse.</p>	<p>Sykepleier.</p>	<p>Kvalitativ tilnærming skrevet I Australia. Individuelt intervju. 17 sykepleiere fra samme avdeling deltok.</p>



cancer. <i>European Journal of Oncology Nursing</i> (2017), Vol. 30, s.35-42.				
Olsson, C., Bergelund, L., A., Larsson, M. & Athlin, E. (2012). Patient's sexuality- A neglected area of cancer nursing? <i>European Journal of Oncology Nursing</i> 16 (2012), s. 426-431.	Det tar opp hvordan sykepleierens praksis, i forhold til holdning og kunnskap påvirker hvordan de møter seksuelle problemer hos kreftpasienter.	Å identifisere sykepleiernes holdning knyttet til å snakke om seksualitet med kreft pasienter.	Sykepleier.	Kvalitativ tilnærming skrevet i Sverige. Individuelt intervju med ti sykepleiere som har vært i møte med kreft pasienter i ulike stadiet av kreft deltok.
Almeida, G., N., Britto, F., D., Figueiredo, V., J., Moreira, M., M., T., Carvalho, L., F., E., R. & Fialho, M., V., A (2019). PLISSIT model: sexual counseling for breast cancer	Det viser hvordan PLISSIT-modellen har blitt benyttet av sykepleierne som et hjelpemiddel for ivaretagelse av seksuell helse hos pasienter som har gjennomgått brystkreft.	Å rapportere om hvordan PLISSIT-modellen kan brukes i sykepleiepraksis.	Sykepleier.	Kvantitativ tilnærming skrevet i Brasil. 15 brystkreft kvinner overlevende deltok.

survivors. <i>Rev.</i> <i>Bras. Enf.</i> (2019); 72(4):1109-13.				
--	--	--	--	--