

Kandidatnummer: 1856, 1853 & 1855

BSYBAC_6

Bacheloroppgave i Sykepleie

Fremme seksuell helse i sykepleie



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

Stavanger, 02.01.2024

Jeg/vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave

Sammendrag

Bakgrunn

Rundt 1500 kvinner i Norge diagnostiseres med gynekologisk kreft i året. Behandlingen av kreft kan medføre fysiske og psykiske utfordringer som kan påvirke seksuell helsen. Til tross for at seksualitet er et primærbehov, viser forskning at seksuell helse blir nedprioritert av helsepersonell.

Hensikt

Hensikten med oppgaven er å undersøke hvorfor seksuell helse er et nedprioritert tema, og hva sykepleiere kan gjøre for å fremme seksuell helse hos pasienter med gynekologisk kreft.

Metode

Vi har benyttet oss av integrativ litteraturstudie hvor fire kvalitative artikler ble valgt ut, og analysert etter analysemodellen til Friberg (2017). Besvarelsen vår er basert på resultatene fra artiklene, egne refleksjoner, sykepleieteori og relevant faglitteratur.

Resultater

Pasienter med gynekologisk kreft kan oppleve nedsatt seksuell helse grunnet fysiske og psykiske endringer. Dette kan påvirke pasientens selvbylde og livskvalitet. Pasienter med gynekologisk kreft ønsker støtte og veiledning innen seksuell helse fra sykepleiere. Likevel blir temaet nedprioritert. For å fremme seksuell helse viser resultatene våre at sykepleiere bør være bevisst over egne holdninger og ansvarsområder. Det er i tillegg nødvendig med kompetanseheving, faste rutiner og økt bruk av kommunikasjonsverktøy.

Nøkkelord: barrierer, gynekologisk kreft, helsefremming, seksuell helse, sykepleie.

Innhold

1 Innledning.....	1
1.2 Bakgrunn for valg av tema	1
1.3 Problemformulering.....	2
1.4 Hensikt med oppgaven.....	3
2 Teoridel.....	3
2.1 Seksuell helse.....	3
2.2 Yrkesetikk og holdninger.....	3
2.3 Joyce Travelbee	5
2.4 PLISSIT- modellen	6
3 Metode	7
3.1 Søkeprosess.....	8
3.2.1 Database og søkeord	9
3.3 Valg av artikler	9
3.4 Kvalitetsvurdering av artiklene.....	11
3.5 Analyse	11
4 Resultater	12
4.1 Forståelse for pasientens opplevelse av gynekologisk kreft.....	12
4.1.1 Kroppslige endringer og selvbilde	12
4.1.2 Pasientens ønske om informasjon	12
4.2 Holdninger har potensial til å påvirke fokuset på seksualitet.....	13
4.3 Sykepleierens behov for tydelig organisering på avdelingen.....	13
4.3.1 Rutiner	13
4.3.2 Ansvar og ansvarsfraskrivelse	14
4.4 Behov for økt kompetanse i samtale om gynekologisk kreft og seksuell helse	14
4.4.1 Samtalekompetanse.....	14
4.4.2 Kompetanseheving innen seksuell helse	16
5 Diskusjon	16
5.1 Metodediskusjon.....	16
5.1.1 Metode	16
5.1.2 Egen gjennomførelse	17
5.1.2 Kildekritikk.....	17
5.1.4 Etisk overveielser.....	19

5.2 Resultatdiskusjon	19
5.2.1 Pasientens behov for informasjon	19
5.2.2 Økt kunnskap og tydelige rutiner.....	20
5.2.3 Den indre kampen.....	21
5.2.4 Etablere en god samtale	23
6. Anvendelse av resultater i praksis.....	24
7 Referanser	26
Vedlegg	28
Vedlegg 1: søkelogg	28
Vedlegg 2: nummerering av artiklene: kvaliteten på kvalitativ forskning	29
Vedlegg 3: resultat: kvaliteten på kvalitativ forskning.....	30
Vedlegg 4: litteraturmatrise.....	31

Antall ord: 7754

1 Innledning

I 2022 ble 1770 norske kvinner diagnostisert med gynekologisk kreft. Gynekologisk kreft er kreft som rammer kvinnens kjønnsorgan. Det kan forekomme i eggleder, eggstokk, livmorhals, livmor, klitoris, skjede eller ytre og indre kjønnslepper (Kreftlex, 2023). Gynekologisk kreft behandles hovedsakelig med cytostatika, strålebehandling og/eller kirurgi. Selve behandlingen varierer ut fra stadier og lokalisering av kreften (Kreftforeningen, 2023). Behandling av gynekologisk kreft kan påvirke kvinnen både fysisk og psykisk, med enten forbigående eller permanente plager. Sammenvoksing, nedsatt elastisitet, endret hormon produksjon og tørre slimhinner er normale bivirkninger av kreftbehandlingen (Kreftforeningen, 2023). Slike kroppslige forandringer kan være en stor påkjenning for pasienten (Hoel et al., 2021). Gynekologisk kreft kan føre til at pasienten kjenner på usikkerhet rundt egen kropp som igjen kan påvirke selvbilde i negativ grad (Hoel et al., 2021).

Helse- og omsorgsdepartementet (2016, s. 7) har publisert en strategi for seksuell helse. Et av målene i strategien er å *“sikre at seksuell helse integreres i helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid i alle nivåer av helse og omsorgstjenesten”* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 26). Her formidles det fremskritt i arbeidet for å bedre seksuell helse i den norske befolkningen, men undersøkelser viser derimot at temaet får viet lite oppmerksomhet i helse og omsorgstjenesten. En mulig årsak til dette er mangelfull tilgang til informasjon og veiledning om seksuelle utfordringer etter sykdom og behandling (Helse og omsorgsdepartementet, 2016, s.10). Dette er relevant for sykepleiere, som har en sentral rolle i pasientens behandlingsforløp.

1.2 Bakgrunn for valg av tema

Sykepleie handler om å ivareta pasientens grunnleggende behov. Ifølge Virginia Henderson (2021) har alle mennesker grunnleggende behov (Bjørk et al., 2021, s. 18). Seksualitet nevnes som et av menneskets primærbehov, på samme nivå som sirkulasjon og ernæring (Gramnes et al., 2021, s. 516). Sykepleiere har en juridisk plikt til forsvarlig og helhetlig omsorg i utøvelse av sykepleie (Helsepersonelloven, 1999, § 4). Dette innebærer ivaretagelse av menneskets

grunnleggende behov. Videre har pasienter, ifølge pasient og brukerrettighetsloven (1999, § 3-2), rett på nødvendig informasjon om sin helsetilstand, og ulike bivirkninger samt risikoer som kan forekomme. Det er helsepersonell sin plikt å informere pasienten. Det vil si at det ikke skal være nødvendig for pasienter å etterspørre eller kreve nødvendig informasjon som kan påvirke helsetilstanden (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2). Generelt har sykepleierne lite erfaringer knyttet til informasjon og veiledning innen seksuell helse (Gramnes, 2021, s. 532).

I løpet av praksis og undervisning har vi fått en opplevelse av at seksuell helse ikke får nok oppmerksomhet. I praksis har vi sett at funksjonsområdet som omhandler seksualitet ofte blir nedprioritert eller glemt. Som studenter har vi observert usikkerhet rundt seksualitet blant helsepersonell, og flere har uttrykket at de unngår samtale om emnet. Dersom seksualitet sjelden tas opp, vil det være vanskeligere å forholde seg til ulike problemstillinger knyttet til seksuell helse når behovet oppstår (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016. s, 25).

1.3 Problemformulering

Problemstillingen vår er: *hvordan kan sykepleiere fremme seksuell helse hos pasienter med gynekologisk kreft.*

Rundt 1500 kvinner i Norge diagnostiseres med gynekologisk kreft i året (Hoel et al., 2021). Uavhengig av prognose, vil en stor andel kvinner få senskader som kan påvirke den seksuelle helsen for en kortere eller lengre periode (Hoel et al., 2021). Det vil derfor være viktig med god informasjon og veiledning fra sykepleiere for å mestre utfordringene (Gjessing, 2018). Tross dette viser tilbakemeldinger fra pasienter at seksuell helse sjelden nevnes, med mindre det kan knyttes til reproduksjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 27). I tillegg hevder helse- og omsorgsdepartementet (2016, s. 43) at 90% av sykepleiere har manglende kunnskap for å snakke om seksualitet. Mer fokus på seksuell helse kan bidra til å fremheve og normalisere temaet som en del av helhetlig sykepleie. Senskadene av gynekologisk kreft er relativt like, uavhengig type. Vi har derfor valgt å skrive om generell gynekologisk kreft, og ikke om en spesifikk krefttype (Hoel et al., 2021). Vi har valgt å rette oppgaven mot pasienter med gynekologisk kreft på sykehus.

1.4 Hensikt med oppgaven

Hensikten med oppgaven er å undersøke hvorfor seksuell helse er et nedprioritert tema, og hva sykepleiere kan gjøre for å fremme seksuell helse.

2 Teoridel

I dette kapittelet skal vi ta for oss sykepleieteori og relevant faglitteratur for å få oversikt over temaet og danne et godt grunnlag for oppgaven.

2.1 Seksuell helse

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer seksuell helse slik:

“Seksuell helse er en tilstand av fysisk, følelsesmessig, mentalt og sosialt velvære relatert til seksualitet. Det er ikke kun fravær av sykdom, dysfunksjon eller funksjonsnedsettelse. Seksuell helse krever en positiv og respektfull tilnærming til seksualitet og seksuelle forhold, herunder muligheten til å ha lystfylte og trygge seksuelle opplevelser, frie for tvang, diskriminering og vold. For å oppnå og opprettholde seksuell helse må det enkelte individs rettigheter respekteres, beskyttes og oppfylles” (Helsedirektoratet, 2023).

Seksualitet handler ikke bare om reproduksjon, men også om seksuell orientering, kjønnsidentitet, glede og erotikk (Helsedirektoratet, 2023). God seksuell helse kan føre til mestring og økt livskvalitet, mens seksuelle problemer og dysfunksjoner kan føre til stress og redusert livsglede (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 43). Kreftsykdom og behandlingen av den kan påvirke lyst, nytelse og seksuell aktivitet, enten direkte eller indirekte (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016 s. 45). Selv om seksualitet har betydning for helsen, er det et tema som ofte nedprioriteres. Strategien til helse- og omsorgsdepartementet (2016, s. 43) beskriver at grunnen til dette kan være en tanke om at seksualitet er et “luksusproblem” og ikke like viktig som annen informasjon og behandling ved sykdom.

2.2 Yrkesetikk og holdninger

De yrkesetiske retningslinjene er en veiledning for sykepleiere, og gjenspeiler sykepleierens rolle. I samtale om seksuell helse er det viktig at sykepleiere arbeider etter de yrkesetiske retningslinjene. Generelle etiske regler setter grenser for hva som er rett og galt, og kan dermed være en veiviser i møte med seksuelle problemstillinger (Gramnes., 2021, s. 529). Ifølge de

yrkesetiske retningslinjene innebærer sykepleie å “*fremme helse, forebygge sykdom, gjenopprette helse, lindre lidelse eller bidra til en verdig død*” (Norsk sykepleierforbund [NSF], 2023, retningslinje 1).

“*Sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom og lidelse*” (NSF, 2023, retningslinje 2.1). Behandling av gynekologisk kreft kan føre til konsekvenser som påvirker den seksuelle helsen. Dette kan resultere i at kvinner ikke føler seg verdifulle, både som kvinne og partner (Jerpseth, 2016, s.154). I møte med pasienter som har kreft i underlivet, må sykepleier ta initiativ og åpne opp for samtale. Dette gir den individuelle pasienten mulighet til å fortelle sin subjektive opplevelse. Samtidig får sykepleieren mulighet til å gi tilpasset informasjon og veiledning, som igjen kan *fremme helse og forebygge lidelse* (Jerpseth, 2016, s. 154).

Regjeringen belyser viktigheten av at helsepersonell er bevisst over egne holdninger i møte med seksuell helse “*Et bevisst og reflektert forhold til egne holdninger og erfaringer er nødvendig for å kunne være fordomsfri og imøtekommende i kommunikasjon om seksualitet og seksuell helse*” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016. s, 27). For at sykepleiere skal kunne ivareta seg selv og pasienten, er det viktig å være kjent med egne og andres holdninger rundt seksualitet (Gramnes., 2021, s. 529). Dersom sykepleiere har problemer med egne holdninger kan det være nødvendig å gå inn i en prosess som omfatter desensitivisering, sensitivisering og inkorporering.

Desensitivisering handler om å bli vant til situasjoner som skaper frykt. Ved å for eksempel ha flere samtaler om seksualitet kan man lære seg å bli mer komfortabel i situasjonen. Videre i prosessen bør man ha økt oppmerksomhet på sine egne holdninger og følelser rundt seksualitet, noe som kalles sensitivisering. Inkorporering handler om å integrere ny informasjon i den allerede eksisterende kunnskapen. Denne integreringen kan i noen tilfeller gjøre at man endrer holdninger dersom den er bygget på fordommer eller feilinformasjon. Ved hjelp av denne prosessen kan sykepleiere få økt respekt og forståelse for ulike oppfatninger om seksualitet (Gramnes., 2021, s. 529).

2.3 Joyce Travelbee

Joyce Travelbee (1999) har utviklet en teori om de *mellommenneskelige forholdene i sykepleien*. Hun definerer sykepleie som en «*mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene*» (Travelbee, 1999, s. 29). Sykepleie er en *mellommenneskelig prosess* fordi det alltid handler om mennesker, enten direkte eller indirekte. Hovedfokuset er å ivareta og hjelpe mennesker i deres helseutfordringer (Travelbee, 1999, s. 30).

Sykepleie er en prosess som alltid er i utvikling og formes etter erfaringer med det enkelte individet. Sykepleier og den syke påvirker og gir stadig inntrykk hos hverandre. Det er en rask bevegelse hvor forandringene gir innvirkning på hverandre (Travelbee 1999, s. 30). Travelbee (1999, s.30) påpeker at sykepleieren er en *endringsagent*. Det vil si at dersom pasienten har seksuelle utfordringer etter behandling, skal sykepleieren arbeide for å skape forandring. På denne måten kan sykepleierens hensikt og mål oppnås (Travelbee, 1999, s. 29-30).

Sykepleierens evne til å *bruke seg selv terapeutisk* omtales som en viktig egenskap for å kunne handle effektivt. Det kan tolkes som at sykepleieren skal kunne bruke egen kunnskap og personlighet for å kunne fremme forandring hos den syke (Travelbee, 1999, s. 45). Dersom pasienten har utfordring med smerter under samleie etter kreftbehandling, kan sykepleier bruke erfaringer fra lignende pasientsituasjoner sammen med kunnskap for å hjelpe og veilede pasienten i utfordringen.

Opprettelse av et *menneske- til menneske-forhold* styrker sykepleierens forutsetninger til å hjelpe den syke. Forholdet etableres bevisst av den profesjonelle, og brukes som et verktøy for å oppnå sykepleierens hensikt og mål (Travelbee, 1999, s. 41). *Menneske- til- menneske- forhold* dannes av en eller flere erfaringer mellom sykepleieren og den syke. Det sentrale kjennetegnet ved forholdet er at sykepleieren ivaretar behovene til den syke, inkludert seksuell helse (Travelbee, 1999, s. 177).

For å kunne fremme og veilede pasienter innen seksuell helse må sykepleieren kunne tilby bistand. Den bistanden som blir gitt, må være tilpasset det syke mennesket. Sykepleier og den syke skaper sammen et mellommenneskelig forhold som bygges på trygghet og tillit (Travelbee, 1999, s. 31). Sykepleierens oppgave er blant annet å hjelpe pasienten til å oppnå best mulig helse. Det er viktig å ha en forståelse av begrepet *helse* for at sykepleier skal mestre dette. Travelbee (1999, s. 32) deler begrepet inn i to kategorier; *subjektiv helse* og *objektiv helse*. Den subjektive helsen dreier seg om pasientens opplevelse av sin seksuelle helse etter kreft. Selv om alle prøver og undersøkelser ser fine ut, kan pasienten oppleve det annerledes. Det er da viktig at sykepleieren legger hovedfokuset på både pasientens subjektive og objektive helse (Travelbee, 1999, s. 32).

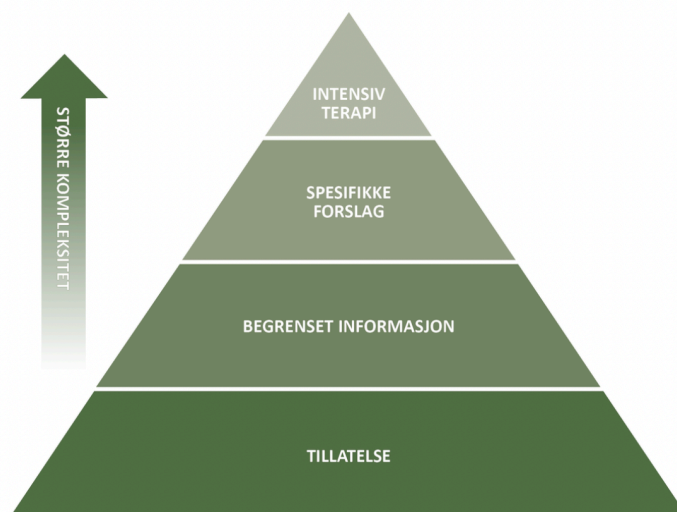
Håp er et sentralt begrep i sykepleien. Travelbee (1999) definerer håp som en «*mental tilstand karakterisert ved ønsket om å nå fram til eller oppfylle et mål, kombinert med en viss grad av forventning om at det som ønskes eller etterstrebtes, ligger innenfor det oppnåelige*» (Travelbee 1999, s. 177). Håp er en viktig faktor ved sykdom. Ivaretagelse av pasientens seksuelle helse ved gynekologisk kreft kan bidra til å fremme håp hos pasienten. Håpet om å bli bedre, kan gi den syke økt livskvalitet og en mer meningsfull hverdag. Uten håp kan den syke oppleve håpløshet. Ved håpløshet klarer ikke den syke å komme med alternative løsninger. Sykepleieren må forsøke å gjøre alt hun kan for å opprettholde den syke sitt håp, slik at håpløshet blir unngått (Travelbee, 1999, s. 122-123).

2.4 PLISSIT- modellen

“*PLISSIT-modellen er en modell som beskriver ulike nivåer en kan forholde seg til og behandle seksuelle problemer på*” (Gramnes., 2021, s. 530). Det er en enkel modell som kan hjelpe sykepleiere til å komme i gang og strukturere samtale om seksuell helse med pasienten (Langhelle et al., 2021). De ulike nivåene i modellen er *permission, limited information, specific suggestions og intensiv therapy* (Gramnes., 2021, s. 530).

Tillatelse er det første nivået i modellen og vil gjelde for alle pasienter. Her åpner sykepleier opp og gir rom for å snakke om seksualitet. Dette er et viktig punkt, da det gir pasienten en opplevelse av at seksualitet er et naturlig samtaleemne under oppfølgingen (Langhelle et al.,

2021). Dersom pasienten har behov for enkel og generell informasjon om seksualitet, går man over til neste nivå som er begrenset informasjon. Denne informasjonen kan bli gitt skriftlig eller muntlig. Ifølge strategien til helse- og omsorgsdepartementet (2016, s. 26) bør helsepersonell med treårig utdanning, kunne håndtere disse to nivåene av modellen. Det forventes derfor at pasienter med gynekologisk kreft får invitasjon til samtale om seksualitet og at sykepleier kan gi enkel og konkret faktainformasjon om temaet. Videre kommer nivået om spesifikke forslag (Gramnes., 2021, s. 531). På dette nivået har noen pasienter behov for spesifikke forslag og løsninger omkring sin egen situasjon. Det siste nivået i modellen er intensiv terapi, som angår de få pasientene som har behov for spesialisert behandlingstilbud. På disse to nivåene kreves det mer kunnskap om temaet enn det grunnutdanningen i sykepleie dekker (Gramnes., 2021, s. 531).



Figur 1 Langhelle, T. H., Paulsen, A., Fredly, K., Sekse, R. J. T (2021). PLISSIT modellen [illustrasjon] Sykepleien. <https://sykepleien.no/fag/2021/01/sykepleiere-kan-hjelpe-pasientene-til-bedre-seksuell-helse>

3 Metode

“En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder”

(Dalland, 2017, s. 51). Vi har benyttet oss av integrativ litteraturstudie som baseres på fire vitenskapelige artikler. Integrativ litteraturstudie er en forskningsmetode som tillater innhenting og analysing av informasjon fra forskjellige typer studier og perspektiver. Dette gir en helhetlig forståelse for temaet vi har valgt å belyse. Ved en integrativ litteraturstudie trekkes konklusjoner

fra utvalgte artikler for å kunne skape en ny helhet av eksisterende forskning (Friberg, 2017, s. 150).

3.1 Søkeprosess

Gjennom et strukturert litteratursøk har vi utarbeidet kriterier som kan begrense søket vårt (Dalland, 2017, s. 156). Ved bruk av denne søkestrategien fikk vi treff som var aktuelle for oppgaven. Inklusjonskriteriene i oppgaven var at artiklene skulle være vitenskapelige, empiriske og fagfellevurdert, i tillegg til å ha et tidsspenn på elleve år, med engelsk eller skandinavisk språk. Vi ønsket at forskningen som ble fremstilt i artiklene skulle være fra land som kan sammenlignes med det norske helsevesenet.

Søket inkluderte artikler som inneholdt sykepleierens og pasientens perspektiv, fordi det etter vår mening var relevant for problemformuleringen. Ved å kombinere både sykepleier- og pasientperspektiv kan vi belyse sykepleieres erfaringer, og samtidig få forståelse for pasientens opplevelser og eventuelle behov. Vi valgte å inkludere både kvalitativ og kvantitative forskningsartikler for å besvare oppgaven. Kvalitativ og kvantitativ forskning har ulike tilnærminger som kan gi en kombinasjon av dybde- og breddekunnskaper i oppgavebesvarelsen. En kombinasjon av metodene kan derfor gi et mer utfyllende svar til oppgaven (Dalland, 2017, s. 52).

Inklusjons og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Fagfellevurdert	Ikke fagfellevurdert
Skrevet i perioden 2013- 2023	Eldre enn 11 år
Engelsk og skandinavisk språk	Andre språk
Vitenskapelig	Ikke vitenskapelig
Relevant for problemstillingen	Ikke relevant for problemstillingen

Sykepleierens og/eller pasient perspektiv	Inneholder ikke sykepleierens og/eller pasient perspektiv
Kvalitativ, kvantitativ og mixed methodes	
Forskning fra vestlige land	Forskning fra ikke vestlige land
Empirisk	Review, grå litteratur og doktoravhandling

3.2.1 Database og søkeord

Gjennom universitetsbibliotekets nettsider har vi funnet databaser rettet mot sykepleiefaglig forskning. Databasene vi har benyttet oss av er Chinal og Medline. Ved bruk av ulike ord og kombinasjoner har vi funnet fire vitenskapelige artikler som er relevant for vår problemstilling. Ordene vi ønsket å bruke, oversatte vi til engelsk for å få et bredere utvalg. Ved bruk av trunkering fikk vi treff på flere varianter av ordet. Eksempelvis skrev vi “nurs*” i stedet for “nurse” for å få treff på alle bøyninger av ordet. For å korte ned på antall treff brukte vi mer spesifikke ord som for eksempel “sexuality”. Vi brukte “AND” når vi ønsket at søkeresultatene skulle inkludere alle søkeordene, mens “OR” ble brukt for å få artikler med treff på minst et av søkeordene. Se vedlegg 1.

Ordbruk- og kombinasjoner

- Sexuality AND nurse AND reflections
- Gynecological cancer AND sexual AND nurs*
- Diagnosis AND gynaecological cancer AND sexual

3.3 Valg av artikler

Ved bruk av ulike søkeord fikk vi totalt 108 treff. I søket inkluderte vi både kvalitativ og kvantitative forskningsartikler, men på grunn av søkeord og ordkombinasjoner, fikk vi flere treff på kvalitative forskningsartikler. Det første vi gjorde var å avgrense søket etter inklusjons- og eksklusjonskriteriene våre. Deretter leste vi overskrifter og nøkkelord. Vi utelukket artikler som ikke var relevant ut fra kriteriene. Videre leste vi abstraktet til 24 artikler og vurderte disse ut fra hensikt og resultat. Til slutt satt vi igjen med 18 artikler som ble gjennomgått i sin helhet. Etter

en grundig gjennomgang satt vi igjen med fire kvalitative forskningsartikler som vi vurderte som mest relevant for vår hensikt i oppgaven.

Oversikt artikler

Forfattere, årstall, tittel	Tema	Hensikt	Perspektiv	Metode
Paulsen, A., Vistad, I. & Fegran, L. (2023). <i>Nurse-patient sexual health communication in gynaecological cancer follow-up: A qualitative study from nurses' perspectives</i>	Gynekologisk kreft, seksuell helse og kommunikasjon	Utforske kommunikasjon om seksuell helse mellom sykepleier og pasient	Sykepleie perspektiv	Kvalitativ metode hvor 10 sykepleiere ble intervjuet
Williams F. N., Hauck L.Y. & Bosco M. A. (2017). <i>Nurses' perceptions of providing psychosexual care for women experiencing gynaecological cancer</i>	Sykepleie, gynekologisk kreft og psykoseksuel omsorg	Få innsikt i hvordan sykepleiere konseptualisere tilbudet av psykoseksuel omsorg for kvinner med gynekologisk kreft	Sykepleie-perspektiv	Kvalitativ metode hvor 17 sykepleiere ble intervjuet
Cleary, V., Hegarty, J. & McCarthy, G. (2013) <i>How a diagnosis of gynaecological</i>	Pasienter med gynekologisk kreft og seksualitet	Utforske hvordan gynekologisk kreft påvirker seksualiteten til pasienter	Pasientperspektiv	Kvalitativ metode hvor 8 deltakere ble intervjuet

<i>cancer affects women`s sexuality</i>				
Saunamaki, N., & Engström, M. (2014). <i>Registered nurses`reflection on discussing sexuality with patients: responsibilities, doubts and fears</i>	Sykepleiers refleksjoner rundt seksualitet	Beskrive sykepleieres refleksjoner rundt å snakke med pasienter om seksualitet	Sykepleieperspektiv	Kvalitativ metode hvor 10 sykepleiere ble intervjuet

3.4 Kvalitetsvurdering av artiklene

For å kritisk vurdere forskningsartiklene har vi benyttet oss av Leegaards (2015) sin sjekklister for kvalitet på kvalitative forskningsartikler. Etter en grundig gjennomgang av spørsmålene fikk artiklene en score mellom 7-10. En høy poengsum viser at artiklene har god kvalitet. Se vedlegg 2 og 3.

3.5 Analyse

Vi har analysert artiklene etter analysemodellen til Friberg (2017, s. 137). Under analysen leste vi grundig igjennom artiklene flere ganger, med fokus på resultatene. Vi foretok oss en datareduksjon hvor artikler med irrelevante resultater ble forkastet. For å skape en oversikt over de gjenværende artiklene brukte vi ulike fargekoder for å synliggjøre tema som omhandler det samme. Deretter sammenlignet vi resultatet fra artiklene og identifiserte likheter og ulikheter. De relevante funnene ble deretter fordelt inn i hoved- og underkategorier.

Hovedkategori	Underkategori
Forståelse for pasientens opplevelse av gynekologisk kreft.	<ul style="list-style-type: none"> - Kroppslige endringer og selvbilde - Pasientens ønske om informasjon
Sykepleierens holdninger har potensial til å påvirke fokuset på seksualitet.	

Sykepleierens behov for tydelig organisering på avdelingen	<ul style="list-style-type: none"> - Rutiner - Ansvar og ansvarsfraskrivelse
Behov for økt kompetanse i samtale om gynekologisk kreft og seksuell helse	<ul style="list-style-type: none"> - Samtalekompetanse - Kompetanseheving innen seksuell helse

4 Resultater

I dette kapittelet skal vi presentere resultatene etter analysen av de fire forskningsartiklene.

4.1 Forståelse for pasientens opplevelse av gynekologisk kreft

4.1.1 Kroppslige endringer og selvbilde

I studien til Cleary et al., (2013, s. 35) opplevde samtlige av deltakerne fysiske og psykiske utfordringer under og etter behandlingen av gynekologisk kreft. Alle deltakerne i studien til Cleary et al., (2013, s. 35) opplevde endringer i kroppsbilde i løpet av behandlingen. Hårtap som følge av cellegift, var en stor endring i kvinnens utseende, som kunne påvirke deres selvtillit og følelse av femininitet. De beskrev femininitet som et viktig aspekt ved kvinnens seksualitet. Kvinnens seksualitet omfatter mer en bare sex, noe som var et viktig skille som sykepleiere bør være klar over (Cleary et al., 2013, s. 35; Williams et al, 2017, s. 40). Deltakerne ga uttrykk for at kreftdiagnosen påvirket den seksuelle helsen. Halvparten av deltakerne rapporterte tørr skjede og smerte under samleiet (Cleary et al., 2013, s. 35). Pasienter uttrykket at frykten for smerte hemmet gleden av samleie og gjorde det vanskeligere å gå tilbake til å være seksuelt aktive (Paulsen et al, 2023, s. 4653; Cleary et al., 2013, s. 35).

4.1.2 Pasientens ønske om informasjon

Pasientene ønsket informasjon om seksuelle utfordringer av sykepleierne (Cleary et al., 2013, s.35-36). Deltakerne i Cleary et al., (2013, s. 35) var enige om at seksualitet var en viktig del av kvinnens liv, men i startfasen av sykdommen ble spørsmålet om liv og død sett på som det viktigste. Seksualitet fikk større betydning i det pasientene gikk inn i overlevelsperioden og temaet burde derfor tas opp under oppfølgingen (Paulsen et al, 2023, s. 4653; Cleary et al., 2013, s.35). Likevel ble det rapportert i studien til Cleary et al., (2013, s. 35) at ingen av deltakerne

mottok informasjon om hvordan behandlingen av gynekologisk kreft kunne påvirke seksualiteten. Deltakerne ønsket å være inkludert i forløpet og motta informasjon slik at de var forberedt på det som lå foran dem (Cleary et al., 2013, s. 36). Hvordan pasientene ønsket å motta informasjonen var forskjellig. Noen av deltakerne mente at det ville være mer passende å få informasjon av kvinnelige helsepersonell eller kvinner som selv hadde gjennomgått det samme. Skriftlig informasjon ble foretrukket av de fleste deltakerne. Dette på grunn av at man ved sykdom får mye informasjon som kan bli glemt (Cleary et al., 2013, s. 36).

4.2 Holdninger har potensial til å påvirke fokuset på seksualitet.

Ifølge studien til Saunamaki og Engstrøm (2014, s. 535) følte sykepleierne på en indre kamp om oppbringning av seksuell helse med pasientene. Funnene i artiklene viste at både personlige og normative holdninger, samt tabu rundt temaet kunne være barrierer til kommunikasjon om seksuell helse. Sykepleierens personlige holdninger rundt seksuell helse kunne være en årsak til manglende oppfølging og kartlegging (Williams et al., 2017, s. 39; Saunamaki & Engstrøm, 2014, s. 536). Sykepleierne beskrev det som ukomfortabelt å ta opp seksuell helse i samtale med pasienten, da de var redde for å overstige pasientens grenser og invadere deres privatliv. Dette skapte en følelse av frykt og usikkerhet for sykepleierne (Saunamaki & Engstrøm, 2014, s. 536). Dersom sykepleierne selv ikke var vant til å prate åpent om seksualitet, kunne det oppleves unaturlig å spørre pasienten om det (Saunamaki & Engstrøm, 2013 s. 535; Williams et al., 2017, s. 39). De normative holdningene, som for eksempel alder og sivilstatus, kunne påvirke sykepleierens oppfatning av informasjonsbehovet til pasientene (Paulsen et al., 2023, s. 4655). Sykepleierne opplevde at holdninger og tabuet kunne reduseres dersom de var klar over viktigheten av god seksuell helse (Paulsen et al., 2023, s. 4655).

4.3 Sykepleierens behov for tydelig organisering på avdelingen

4.3.1 Rutiner

Ifølge Saunamaki og Engstrøm (2014, s. 534) var det flere av sykepleierne som ønsket rutiner på avdelingen når seksualitet skulle adresseres. Dette gjorde det lettere å snakke med pasienten om seksualitet. Skriftlige rutiner og retningslinjer som for eksempel brosjyre og sjekklister, er tiltak som kan oppmuntre og veilede sykepleiere. Slike rutiner og tiltak kan bidra til at temaet blir mer normalisert og naturlig å ta opp (Williams et al., 2017, s. 38; Paulsen et al., 2023, s. 4654;

Saunamaki & Engstrøm, 2014, s. 534-535). Et verktøy som kunne benyttes rutinemessig var PLISSIT-modellen. Et av funnene i studien var at de fleste sykepleierne husket modellen, men ikke trinnene eller innholdet, mens litt under halvparten ikke kunne gjenkjenne modellen (Paulsen et al., 2023, s.4654). I studien til Paulsen et al., (2023, s. 4654) fikk sykepleierne en sjekkliste som de hadde god nytte av. Denne ble brukt som en påminnelse om å spørre om seksualitet, samtidig som det var en god åpning til samtalen. De kunne da starte samtalen ved å si at de hadde en sjekkliste de skulle gå igjennom (Paulsen et al., 2023, s. 4654). Videre var det flere sykepleiere som nevnte at arbeidsmiljøet var travelt. Dårlig tid, korte sykehusopphold og stressende arbeidsdager førte til at seksualitet ble et nedprioritert tema (Saunamaki & Engstrøm, 2014, s.535; Williams et al., 2017, s. 40). De ønsket god tid til å sette seg ned på et privat rom når samtale om seksuell helse skulle foretas. Deltakerne i studien til Saunamaki og Engstrøm (2014, s, 535) nevnte at tydelige rutiner og retningslinjer kunne være til hjelp.

4.3.2 Ansvar og ansvarsfraskrivelse

Ansvarsfordeling og ansvarsfraskrivelse var et tema som kunne påvirke ivaretagelse av den seksuelle helsen (Saunamaki & Engstrøm, 2014, s. 536; Williams et al., 2017, s. 40). Sykepleierne var klar over at de sto ansvarlige for informasjon og veiledning om seksuell helse. Likevel følte sykepleierne en usikkerhet på hvem som skulle ta initiativ til samtalen med pasienten (Saunamaki & Engstrøm, 2014, s. 535-536; Williams et al., 2017, s. 40). Noen sykepleiere mente at legen sto ansvarlig da de var mer kvalifiserte, med bedre tid og erfaring. Det ble også nevnt at sykepleierne unngikk samtale om seksuell helse fordi de mente at andre sykepleiere hadde mer erfaring og kunnskap knyttet til problemet. Sykepleierne opplevde tap av selvtillit ved å ta opp temaet dersom de ikke hadde nok erfaring, eller følte seg komfortable i sin rolle (Williams et at., 2017, s. 39). Andre sykepleiere mente at pasienten selv skulle bringe opp temaet dersom de hadde problemer med den seksuelle helsen (Saunamaki & Engstrøm, 2014, s. 536).

4.4 Behov for økt kompetanse i samtale om gynekologisk kreft og seksuell helse

4.4.1 Samtalekompetanse

Deltakerne i studien til Paulsen et al., (2023, s. 4652) hevder at god kommunikasjon var viktig mellom sykepleier og pasient. For at pasienten skulle føle seg trygg og komfortabel i samtale om

seksuell helse mente sykepleierne at det var viktig å etablere en god relasjon som bygges på tillit og respekt (Williams et al., 2017 s. 38; Paulsen et al., 2023, s. 4652). Sykepleiere kunne også oppleve det mer behagelig å adressere seksuell helse dersom pasienten var komfortabel. En god relasjon kunne derfor gjøre samtalen lettere for begge parter (Williams et al., 2017, s. 38-39; Paulsen et al., 2023, s. 4652). En gjentakende faktor i de ulike artiklene som viste seg å være essensiell, var ulike former av kommunikasjon (Paulsen et al., 2023, s. 4653; Saunamaki & Engstrøm, 2014, s. 534; Williams et al., 2017, s. 38-39).

Sykepleierne understreket at verbal og nonverbal kommunikasjon var essensielt for å bygge tillit, og et viktig verktøy for å respektere pasientene og deres grenser. Dette ble ansett som grunnleggende og nødvendig ved samtale om seksuell helse (Paulsen et al., 2023, s. 4652; Williams et al., 2017, s. 38-39). Ved fokus på nonverbal og verbal kommunikasjon i møte med pasienten, kunne sykepleierne lettere lese mellom linjene. Dette kunne styrke sykepleierens vurdering om pasienten var komfortabel til å adressere sine seksuelle utfordringer (Williams et al., 2017, s. 39). Da pasienten var villig til å åpne seg opp om seksuelle helse, anså sykepleieren dette som et tegn på tillitt (Paulsen et al., 2023, s. 4652).

Et annet viktig kommunikasjonsverktøy som kunne styrke samtale om seksuell helse, var aktiv lytting. Både studien til Williams et al., (2017, s. 38) og Paulsen et al., (2023, s.4654) understrekte viktigheten av å lytte til pasienten. Sykepleierne hevdet at for å kunne gi omsorg til pasienter med seksuelle utfordringer, måtte en være til stede i samtalen og lytte aktivt, "*It was just really listening to her ... this was probably the first opportunity that she'd actually spoken to someone about ... it didn't seem like it was a problem that she was allowed to have*" (Williams et al., 2023, s. 38). Sykepleierne fortalte at de først lyttet på hva pasienten fortalte, og deretter tilpasset råd og informasjon (Paulsen et al., 2023, s. 4654).

Sykepleierne uttrykket at humor kunne brukes i samtale om seksuell helse. Det kunne oppleves som en tryggere og mer avslappende måte å ta opp temaet på for både pasienten og sykepleieren (Saunamaki & Engstrøm, 2014, s. 534). Humor var ofte en måte for pasientene å ta initiativ til samtale om seksualitet. Det ga pasienten rom for å bruke egne ord og uttrykk. Sykepleierne forstod at bak humoren var det et behov for informasjon (Saunamaki & Engstrøm, 2014, s. 535).

4.4.2 Kompetanseheving innen seksuell helse

Manglende kompetanse var også en viktig grunn til at sykepleierne unngikk samtale om seksuell helse (Saunamaki & Engstrøm, 2014, s. 535; Paulsen et al., 2023, s. 4654). Deltakerne i studien til Paulsen et al., (2023, s.4654) oppga at de ikke fikk nok undervisning om seksualitet i bachelor-utdannelsen. Frykten for å ikke kunne svare på spørsmålene som pasienten hadde, gjorde at sykepleierne ikke følte seg egnet til å snakke med pasienten om seksuell helse (Williams et al., 2017, s. 39). Mer kunnskap om gynekologisk kreft og seksualitet kunne gjøre det lettere for sykepleierne å starte samtalen, samt kartlegge pasientens seksuelle helse (Paulsen et al., 2023, s. 4653-4654). Deltakerne i studien til Paulsen et al., (2023, s. 4654) presiserte at kunnskap kom fra erfaring og at det derfor var viktig at sykepleiere anerkjente at en ikke alltid kunne ha alle svarene, og at øvelse gjør mester. Etter gjentatte samtaler om seksualitet ble sykepleierne mer komfortable og selvsikre rundt temaet. De bygget seg erfaringer og en forståelse for hvordan man kan opptre i en slik samtale (Paulsen et al., 2023, s. 4654; Williams et al., 2017, s. 39).

“The more I talk about it the less embarrassing it gets. When I was a newly graduated nurse... It was so embarrassing because I didn't know what to say and how to bring it up. But I think the more you do it, the more confident you get...” (Paulsen et al., 2023, s. 4654).

5 Diskusjon

I dette kapittelet skal vi foreta oss en metodediskusjon og en resultatdiskusjon.

5.1 Metodediskusjon

I metodediskusjonen skal vi belyse styrker og svakheter ved valg av metodikk og egen gjennomførelse.

5.1.1 Metode

Vi har benyttet oss av integrativ litteraturstudie for å få en bred oversikt over forskning for å danne en helhetlig forståelse av temaet vi har valgt (Friberg, 2017, s. 150). Ved en integrativ litteraturstudie kunne vi ta for oss ulike studier og perspektiver, noe som vi mente var nyttig for å

besvare hensikten vår. Metoden tillater oss å inkludere både kvalitativ, kvantitativ og mixed methods. Forskningsmetodene har ulike tilnærminger som kan gi oss en kombinasjon av dybde og breddekunnskaper i oppgavebesvarelsen. En kombinasjon av metodene kan derfor gi et mer utfyllende svar til oppgaven (Dalland, 2017, s. 52). Gjennom søkeprosessen fikk vi derimot flest treff på kvalitative forskningsartikler. Vi fikk noen få treff på kvantitative artikler som ikke oppfylte inklusjonskriteriene våre. Dette kan betraktes som en svakhet i oppgaven. Samtidig anser vi det som en styrke at vi inkluderte de ulike metodene i søket fordi det ga oss en bred oversikt over anvendt forskning innen temaet. På bakgrunn av dette satt vi igjen med 4 kvalitative forskningsartikler som passet til inklusjonskriteriene våre.

5.1.2 Egen gjennomførelse

Vi er tre sykepleiestudenter som har besvart denne oppgaven. Sammen har vi diskutert ulike synspunkter ved oppgavens struktur og besvarelse. Dette mener vi er en styrke, da det er med på å bygge en reflektert oppgave. Vi har vært kritiske til egen analyse av artiklenes resultat, og hvordan vi har anvendt de i vår oppgave. Samtidig har vi fra start hatt egne tanker rundt temaet som kan påvirke oppgavebesvarelsen. Vi stiller oss kritiske til bruk av søkeord og ordkombinasjoner, da resultatene kunne vært annerledes ved bruk av andre ord og kombinasjoner. I tillegg kan søk i få databaser anses som en svakhet, da aktuelle artikler kan ha blitt utelukket. Likevel mener vi at søkeordene vi anvendte i de utvalgte databasene, gav oss gode og troverdige artikler med resultater som var relevant for problemformuleringen vår. I oppgaven vektlegger vi hovedsakelig sykepleieperspektiv, men vi har også valgt å inkludere pasientperspektiv. Vi får da et innblikk i pasientens opplevelser og behov, samtidig som vi undersøker sykepleierens erfaringer og opplevelser. Vi mener at inklusjon av begge perspektivene gir en god besvarelse på problemformuleringen vår.

5.1.2 Kildekritikk

Kildekritikk handler om å vurdere og karakterisere litteraturen, for å finne ut hvor godt den belyser problemstillingen (Dalland, 2018, s.158). Vi har kritisk vurdert forskningsartiklene våre ved å benytte sjekklister for kvaliteten på kvalitativ forskning (Leegaard, 2019).

Forskerne fra alle artiklene har medisinsk bakgrunn. De aller fleste jobber på universitet innen et spesifisert fagfelt i sykepleie, mens noen jobber med grunnutdanning i sykepleie. Et par av forskerne jobber i tillegg på et sykehus. Alle artiklene er publisert i vitenskapelig tidsskrift, noe som styrker artiklenes validitet. Tre av artiklene har etisk godkjenning, noe som styrker oppgavens troverdighet. Studien til Saunamäki og Engström (2014, s. 533) har ikke fått etisk godkjenning fordi det ikke er et krav etter loven i Sverige. Vi anser likevel artikkelen som troverdig, da de tar for seg egne refleksjoner og tanker rundt seksualitet. Deltakelsen er også frivillig, med mulighet for å melde avbud når som helst.

I de fire ulike studiene var det 8 til 17 deltakere. Deltakerne i tre av studiene er sykepleiere, mens i studien til Cleary et al., (2013, s. 33) er deltakerne pasienter med gynekologisk kreft. I alle studiene blir det oppgitt utdanning og erfaring til de ulike sykepleierne, noe som styrker troverdigheten til studiene. Utdanningen til sykepleierne som deltok, varierer fra grunnutdanning til mastergrad. Erfaringen varierte fra nyutdannet til å ha jobbet flere tiår. Sykepleiernes erfaringer om seksuell helse var også ulik blant deltakerne. De fleste hadde lite til noe erfaring, mens en deltaker i studien til Paulsen et al., (2023, 4652) hadde videreutdanning i seksuell rådgiving. I studien til Cleary et al., (2013, s. 33) skriver de lite om bakgrunnen til de ulike pasientene som deltok. Dette kan være en svakhet, i og med at vi ikke vet alder, sivilstatus eller sykdomsrelaterte faktorer som påvirker den seksuelle helsen. Alle deltakerne er sykepleiere og pasienter fra sykehus. Deltakerne i to av studiene er hentet fra ulike sykehus, mens de resterende er hentet fra samme sykehus. Deltakere fra flere sykehus er med på å gi studien et bredere perspektiv.

Som nevnt i metodekapittelet har vi utarbeidet oss inklusjons- og eksklusjonskriterier. Et av inklusjonskriteriene våre er at forskningsartiklene kommer fra vestlige land. På grunn av likheter i kultur, sosiale normer og helsetjenester mener vi det styrker oppgavens troverdighet å sammenligne resultater fra vestlige land. Artiklene vi har valg er fra Australia, Norge, Sverige og USA. I søkeprosessen begrenset vi søket med et tidsspenn på elleve år. Forskingen innen sykepleie utvikler seg stadig, og nyere artikler kan gi mer oppdatert innsikt og kunnskap. I starten av søkeprosessen fant vi en artikkel som var elleve år gammel, og derfor ble søket begrenset med elleve års tidsspenn. Vi ønsket fra start å inkludere artikler som både inneholdt

gynekologisk kreft og seksualitet. Studien til Saunamaki og Engstrøm (2014) beskriver sykepleiers opplevelser rundt samtale om seksuell helse med pasienter uavhengig av diagnose. Studien er ikke spesifisert til pasienter med gynekologisk kreft, slik som de andre studiene. Vi valgte derimot å inkludere denne studien, da den tar for seg gode og informative sykepleier perspektiver, som svarer hensiktsmessig på vår problemformulering.

5.1.4 Etisk overveielser

I studien til Paulsen et al., (2023, s. 4651) og Saunamaki og Engstrøm (2014, s. 533) var det frivillig å delta i studien. De fikk skriftlig og muntlig informasjon og kunne melde avbud når som helst under studien. I studien til Williams et al., (2017) og Cleary et al., (2013) blir det derimot ikke nevnt om studien var frivillig eller ikke, og om det var mulighet for melde avbud. I alle studiene signerte deltakerne et samtykkeskjema, noe som styrker etikken og påliteligheten i studiene. Deltakerne ble kontaktet på forskjellige måter. I to av artiklene ble deltakerne kontaktet via mail, mens i studien til Saunamaki og Engstrøm (2014, s. 532) ble deltakerne rekruttert av avdelingsleder. Det kan være en svakhet at de utvalgte ble kontaktet via avdelingsleder. Dette fordi deltakerne da kan ha følt på press til å delta, i tillegg til at andre aktuelle kandidater gjerne ble oversett. Studien til Cleary et al., (2013, s. 33) nevner ikke hvordan deltakerne ble uthentet. Ingen av studiene nevner om deltakerne blir anonymisert, men ingen navn blir nevnt i artiklene. Dette kan tyde på at de er anonymisert.

5.2 Resultatdiskusjon

I dette delkapittelet skal vi diskutere resultatet opp mot teori og faglitteratur.

5.2.1 Pasientens behov for informasjon

Ifølge pasient og brukerrettighetsloven (1999, §3-2) har alle pasienter rett på nødvendig informasjon om mulige risikoer og bivirkninger av behandlingen som gis. Dette er nødvendig for at pasienten skal få innsikt i egen helsetilstand. Tilstrekkelig informasjon og støtte fra sykepleier vil også kunne bidra til å fremme håp hos pasienten. Travelbee (1999, s. 122-123) beskriver håp som en viktig faktor ved sykdom, da dette er med på å gi økt livskvalitet. Det kan oppleves lettere å gå gjennom de ulike senskadene dersom pasienten er forberedt på hva disse innebærer. Tross dette blir det rapportert både i studien til Cleary et al., (2013, s. 35) og i strategien til helse- og omsorgsdepartementet (2016, s. 46) at få fikk informasjon om hvordan behandlingen ville

påvirke den seksuelle helsen. Dersom pasienten ikke får tilstrekkelig informasjon, kan det føre til at pasienten får unødvendige bekymringer rundt seksualiteten, eller i verste fall tar avstand til seksuallivet (Gamnes, 2021, s. 536). Helse- og omsorgsdepartementet (2016, s. 43) mener at en mulig grunn til dette er at seksuell helse kan bli oppfattet som et «luksusproblem» i forhold til annen informasjon og behandling, og dermed blir nedprioritert. Dette stemmer overens med vår opplevelse i praksis.

Informasjonen om senskadene skal ifølge pasient- og brukerrettighetsloven være tilpasset brukerens individuelle forutsetninger (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-5). En kan blant annet tilpasse informasjonen ut fra pasientens alder, sivilstatus og sykdom- og behandlingsforløp. Det er også viktig at sykepleiere er bevisste på når og hvordan informasjon om seksualitet blir gitt. Erfaringsmessig vet vi at pasienter får mye ny informasjon ved nyoppdaget kreftdiagnose, som derfor gjør det vanskelig å huske alt som blir sagt. Det kan være nødvendig at sykepleiere gjentar informasjonen flere ganger, i tillegg til at den blir gitt både skriftlig og muntlig. I og med at mye informasjon blir glemmt, ble skriftlig informasjon foretrukket av de fleste deltakerne i studien til Cleary et al., (2013, s. 36).

5.2.2 Økt kunnskap og tydelige rutiner

I tråd med helse- og omsorgsdepartementet (2016, s. 13) er det essensielt at sykepleier har tilstrekkelig kunnskap, for å kunne gi pasienten tilpasset informasjon og fremme seksuell helse.

Det innebærer blant annet å tette kunnskapshull og integrere rutiner på avdelingsnivå.

Regjeringen har som nevnt et mål om å sikre tilstrekkelig kunnskap til helsepersonell for å kunne ivareta den seksuelle helsen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 8). Sykepleierne fra flere av artiklene opplevde at for lite kunnskap var en dominerende faktor for å ikke ta opp seksuell helse. Sykepleierne unngikk å invitere til samtale om seksuell helse, da de fryktet å ikke ha gode svar (Saunamaki & Engstrøm, 2014, s. 535; Paulsen et al., 2023, s. 4654). Dette kan tolkes som at sykepleierne ikke har tilstrekkelig kunnskap.

Studien til Cleary et al., (2013, s. 35) viser til at pasientene opplever fysiologiske og psykologiske endringer som påvirket pasientens selvbilde, som blant annet hårtap og smerter i underlivet ved samleie. Helse- og omsorgsdepartementet (2016, s. 46) viser til at hele to tredjedeler av kreftpasienter opplevde endringer som påvirket den seksuelle hele, men ingen av

pasientene hadde fått informasjon om hvilke senskader de kunne forvente. Seksuell helse er et undervisningstema i bachelorutdannelsen. Selv opplever vi at seksuell helse ikke får nok oppmerksomhet under utdannelsen og dermed gir dette et dårlig grunnlag for utøvelse i praksis. Deltakerne i studien til Paulsen et al., (2023, s. 4653-4654) understreker også at det er manglende undervisning om seksuell helse i bachelorutdannelsen. Hele 90% av sykepleiere uttrykket at de hadde manglende kunnskap angående utfordringer knyttet til seksuell helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 43).

I studien til Saunamaki og Engstrøm (2014, s. 534) ønsket sykepleierne seg rutiner knyttet til seksuell helse. Travle dager og dårlig tid kan resultere i at seksuell helse blir nedprioritert (Saunamaki & Engstrøm, 2014, s.535; Williams et al., 2017, s. 40). Ved å skape rutiner på arbeidsstedet kan sykepleierne ha bedre forutsetninger til å kunne sette av tid og rom til oppfølging av pasientens seksuelle helse. Sjekklistor og brosjyrer presenteres som nyttige verktøy, som kan integreres i rutinen (Williams et al., 2017, s. 38; Paulsen et al., 2023, s. 4654).

Gode rutiner kan også bidra til tydeligere arbeidsfordeling. Som nevnt i resultatdelen opplever sykepleierne utfordringer med ansvarfordeling når det kommer til å adressere seksuell helse (Saunamaki & Engstrøm, 2014, s. 535-536; Williams et al., 2017, s. 40). Lite kunnskap kan være en årsak til at det oppstår usikkerhet rundt hvem som står ansvarlig (Williams et al., 2017, s. 40). Noen sykepleiere overlot ansvaret til legen, mens andre ga ansvaret til sykepleiere med mer erfaring (Saunamaki & Engstrøm, 2014, s. 536). Travelbee (1999, s. 29-30) hevder at sykepleie bygges på erfaringer. Dersom sykepleier alltid overlater samtaler om seksuell helse til andre, risikerer sykepleieren å ha lite erfaring om adressering av seksuell helse. Både studien til Paulsen et al., (2023, s. 4654) og Williams et al., (2017, s. 39) poengterer at øvelse gjør mester. Det er viktig at sykepleierne er klar over at seksuell helse inngår som et grunnleggende behov, og at dermed deres ansvar å ivareta (Grimsbø et al., 2021. s, 516).

5.2.3 Den indre kampen

Travelbee (1999, s. 30) hevder at kjernen i et menneske-til-menneske- forhold er at sykepleier ivaretar den sykes behov, seksuell helse inkludert. Barrierer nevnes som en tydelig årsak til at seksuell helse ikke blir ivaretatt (Saunamaki & Engstrøm, 2014, s. 536; Paulsen et al., 2023, s.

4654-4655). Både holdninger og tabu kan være to tydelige barrierer (Paulsen et al, 2023, s. 4654-4655). Som nevnt i resultatkapittelet kjenner sykepleierne på frykt og usikkerhet rundt temaet, og derfor unngår de å ta opp samtalen. Sykepleierens private opplevelse av åpenhet rundt seksualitet, påvirker den profesjonelle rollen (Williams et al., 2017, s. 39; Saunamaki & Engstrøm, 2014, s. 535-536). Deltakerne i studien til Williams et al., (2017, s. 40) nevner at det er viktig at helsepersonell kjenner til forskjellen mellom sex og seksualitet. Dersom sykepleier har forståelse for at seksualitet er et grunnleggende behov og at det omfatter mer enn bare sex, kan temaet oppleves mindre tabu etter vår tolkning. Dette kan styrke sykepleierens forutsetninger til å ivareta pasientens seksuelle utfordringer. Ifølge Travelbee er hovedfokuset i den mellommenneskelige prosessen å ivareta pasientens helseutfordringer (Travelbee, 1999, s. 29-30).

Som Gramnes (2021, s. 529) nevner kan det oppstå utfordringer i praksis med yrkesetikk og den personlige etikk. Han nevner en prosess som kan være nødvendig å gå inn i dersom sykepleieres egne holdninger eller andre kommer i veien for å adressere seksuell helse. Desensitivisering, som er første steg i prosessen, omfatter nettopp å gå målrettet inn i situasjoner som skaper frykt, og bli vant til dem (Gramnes., 2021, s. 529). Som studenter har vi selv erfart at noen situasjoner kan oppleves ukomfortable i starten, men etter gjentatte møter med samme situasjon har vi blitt mer komfortable og dermed oppleves situasjonen lettere. Sensitivisering er det neste steget i prosessen. Her skal sykepleierne sette fokuset på egne holdninger og bli mer oppmerksom på egne følelser knyttet til seksualitet (Gramnes., 2021, s. 529). Dette kan være nyttig, da samtlige av artiklene hevder at holdninger kan være barrierer i møte med seksuell helse (Saunamaki & Engstrøm, 2014, s. 535-536; Paulsen et al., 2023, s. 4654). Å være bevisst og reflektert over egne holdninger er viktig i møte med seksuell helse og helt nødvendig for å kunne ivareta pasientens seksuelle helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 27). Det siste steget i prosessen er inkorporering (Gramnes, 2021, s. 529). En av deltakerne i studien til Paulsen et al., (2023, s. 4654) nevner at hun ikke lenger synes det er flaut å snakke om seksualitet, fordi hun har gjort det mange nok ganger. Inkorporering handler nettopp om å ta med seg ny kunnskap eller nytt synspunkt rundt temaet, som igjen kan gjøre at man endrer holdningene som man tidligere har hatt (Gramnes., 2021, s. 529).

Som nevnt i teoridel, hevder Travelbee (1999, s. 29-30) at sykepleier er en *endringsagent*. Det kan være en god påminnelse til sykepleierne som opplever det ukomfortabelt ved adressering av seksuell helse (Saunamaki & Engstrøm, 2014, s. 536). De yrkesetiske retningslinje påpeker at sykepleierens hovedfokus blant annet er å fremme helse og forebygge sykdom (NSF, 2023, retningslinje 1). Dette kan være en god påminnelse i en situasjon hvor sykepleieren opplever en indre kamp om å ta opp temaet eller ikke (Saunamaki & Engstrøm, 2014 s. 535-536; Paulsen et al., 2023, s. 4654). For at sykepleier skal kunne fremme helse og forebygge sykdom, må hun tenke som en endringsagent. For å kunne skape endring, er det viktig å ha innsikt i hva helseutfordringen er. For å få denne innsikten er det nødvendig å åpne opp for samtale. Ved hjelp av prosessen til Gramnes (2021, s. 529) kan dette oppleves lettere. Med en gang praten er i gang, begynner endringsarbeidet hvor sykepleier og pasient setter seg mål som de sammen jobber for å oppnå (Travelbee, 1999, s. 29-30).

5.2.4 Etablere en god samtale

PLISSIT – modellen kan hjelpe sykepleiere å komme i gang med samtale om seksualitet.

Funnene fra artikkelen til Paulsen et al., (2023, s. 4654) viser derimot at sykepleierne ikke husket trinnene, eller kunne gjenkjenne innholdet i modellen. Helse- og omsorgsdepartementet (2016, s. 26) viser til at det første og andre trinnet i PLISSIT– modellen bør kunne brukes av helsepersonell med en treårig utdanning, noe som inkluderer sykepleiere. Selv ble vi presentert for PLISSIT-modellen i bachelorutdanningen. Likevel ser vi fra egne erfaringer fra praksis, at PLISSIT-modellen ikke blir benyttet. Det kan tolkes at det er behov for rutinemessig bruk av PLISSIT-modellen. Ifølge Travelbee (1999, s. 29-30) er sykepleie en prosess som stadig bygges på erfaringer og hendelser. Etter bachelorutdanningen får sykepleieren mulighet til å danne sine egne erfaringer. Dersom sykepleier ikke prioriterer å bruke PLISSIT- modellen, er det en risiko for at modellen blir glemt.

God kommunikasjon er viktig når sykepleier skal adressere seksuell helse med pasientene. I samtlige av studiene ble ulike kommunikasjons verktøy som; verbal og non verbal kommunikasjon, aktiv lytting og bruk av humor nevnt som nyttig, når sykepleier skulle snakke om seksuell helse (Paulsen et al., 2023, s. 4652; Williams et al., 2017, s. 38-39; Saunamaki & Engstrøm, 2014, s. 534). Ifølge Travelbee (1999, s. 44) må sykepleierne lære å bruke seg selv

terapeutisk. I kommunikasjon kan sykepleierne bruke seg selv og sine egne erfaringer for å skape forandring hos pasienten. Ved bevissthet over nonverbal, verbal kommunikasjon og aktiv lytting danner sykepleier en rekke erfaringer som styrker sykepleierens egenskap til å lese og forstå pasienten og tilpasse informasjonen (Travelbee, 1999, s. 44). Dersom sykepleier er bevisst på egen bruk av kroppsspråk, valg av ord og tonefall kan dette bidra til å skape en trygg atmosfære (Paulsen et al., 2023, s. 4652-4654; Williams et al., 2017, s. 38-39; Saunamaki & Engstrøm, 2014, s. 534). Dette kan bidra til et mellommenneskelige forhold som bygges på tillit og respekt mellom pasient og sykepleier (Travelbee, 1999, s. 45). Bruk av humor kan anses som en verdifull egenskap i samtale om seksuell helse og kan være en nyttig inngangsport til samtalen (Saunamaki & Engstrøm, 2014, s. 534-535).

6. Anvendelse av resultater i praksis

I oppgaven har vi belyst hvordan gynekologisk kreft påvirker pasientens seksualitet og hvordan sykepleiere kan fremme seksuell helse, samt hvilke utfordringer sykepleier opplever ved adressering av temaet. Funnene viser til at det er behov for økt oppmerksomhet og kunnskap om seksuell helse på sykehus. Pasienter ønsker informasjon og veiledning innen seksuell helse etter gynekologisk kreft, men sykepleierne opplever det vanskelig å følge opp. Holdninger, lite kunnskap, manglende rutiner og arbeidsfordelinger er alle barrierer som sykepleierne opplever ved adressering av seksuell helse. I dette delkapittelet kommer vi med konkrete forslag som vi mener kan forbedre dagens praksis slik at sykepleier kan ivareta pasienter med seksuelle utfordringer ved gynekologisk kreft.

Utdanning og kompetanse

- Vi foreslår at det bør bli mer fokus på seksuell helse i undervisningen i grunnutdanningen til sykepleiere.
- Det bør arrangeres internundervisning, e-læringskurs og/eller fagutviklingsdager på avdelingen slik at sykepleiere kan få mer kunnskap og bevissthet rundt seksuell helse.

Rutiner

- Vi foreslår at det etableres tydelige prosedyrer og rutiner som sykepleier kan anvende i praksis. Eksempelvis ved bruk av sjekklister og behandlingsplan.
- Vi foreslår at avdelingene tar i bruk et konkret verktøy som kan bidra til å åpne opp for samtale om seksuell helse, for eksempel PLISSIT-modellen.
- Det bør gis både skriftlig og muntlig informasjon gjennom hele behandlingsforløpet.

Tid/rom

- Institusjonene bør ha tilgang til private rom som kan brukes til samtale om seksuell helse med pasienten.
- Vi foreslår at institusjonen legger til rette for at helsepersonell har tid til samtale om seksuell helse

Forskning

- Vi foreslår at det forskes på effekten av ulike kommunikasjonsverktøy i samtale om seksuell helse, som for eksempel PLISSIT-modellen.

7 Referanser

Bjørk, I. T., Breievne, G. & Skaug, E.-A. (2021). Grunnleggende behov, kropp og velvære. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 2: Grunnleggende behov og helse* (4. utg., s. 17-42). Gyldendal.

Cleary, V., Hegarty, J., McAuley, C., McCarthy, G. (2013). How a diagnosis of gynaecological cancer affects women's sexuality. *Cancer Nursing Practice*, 12(1) 32-37.

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal akademisk.

Friberg, F. (2017). *Dags för uppsats : vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3. utg.). Studentlitteratur.

Gjessing, R. (2018). Seksualiteten etter kreften. *Sykepleien forskning*, 106(72373), Artikkel e-72373. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.72373>

Gramnes, S. (2021). Seksualitet og helse. I G, H, Grimsbø (red), *Grunnleggende sykepleie* (4.utg., Bind 2, s.515-547). Gyldendal Akademisk

Grimsbø, G. H. (Red.). (2021). *Grunnleggende sykepleie 2 : grunnleggende behov og helse* (4. utg.). Gyldendal.

Helsedirektoratet (2023, 09. Juni). *Sentrale begreper på seksuell helse- området: Oversikt*. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/seksuell-helse/sentrale-begreper-seksuell-helse>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Snakk om det! strategi for seksuell helse*. Regjeringen. https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/pro/#document/NL/lov/1999-07-02-64/%C2%A74>

- Hoel, V., Leite, M. & Grønvik, C. K. U. (2021). Sykepleiere må kunne snakke om seksuell helse etter gynekologisk kreft. *Sykepleien forskning*, e-83455.
<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2021.83455>
- Jerpseth, H. (2016). Sykepleie ved gynekologiske sykdommer I H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie* (5.utg., s.133-168). Gyldendal
- Kreftforeningen. (2023, 11. 08. 2023). *Kreftformer som ofte påvirker seksuallivet for kvinner*.
<https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/kreft-og-seksualitet/kreftformer-som-ofte-pavirker-seksuallivet-for-kvinner/>
- Kreftlex. (2023). *Livmorkreft*. <https://kreftlex.no/Gyn-livmorkreft>
- Langhelle, T. H., Paulsen, A., Fredly, K., Sekse, R. J. T (2021). *PLISSIT modellen*. [illustrasjon]. Sykepleien. <https://sykepleien.no/fag/2021/01/sykepleiere-kan-hjelpe-pasientene-til-bedre-seksuell-helse>
- Langhelle, T, H., Paulsen, A., Fredly, K., Sekse, R, J, T. (2021). Sykepleiere kan hjelpe pasientene til bedre seksuell helse. *Sykepleien forskning*, Artikkel e-83207.
<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2021.83207>
- Leegaard, M. (2015). Kvaliteten på kvalitativ forskning. *Sykepleien forskning*, Artikkel e-53932.
[10.4220/Sykepleienf.2019.53932](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.53932)
- Norsk Sykepleierforbund. (2023, 28. november). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.
<https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer-sykepleiere>
- Paulsen, A., Vistad, I. & Fegran, L. (2023). Nurse- patient: sexual health communication in gynaecological cancer follow- up: A qualitative study from nurses' perspectives. *Journal of Advanced Nursing*, 79 (12), 4648- 4659. <https://doi.org/10.1111/jan.15755>

Pasient og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/pro/#document/NL/lov/1999-07-02-63>

Saunamaki, 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>

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk

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

Vedlegg

Vedlegg 1: søkelogg

Søkedato	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensinger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Antall valgte artikler
24.10.23	Medline	Gynecological cancer AND sexual AND nurs*	Publisert siste 10 år, engelsk eller skandinavisk språk, vitenskaplige artikler fra fagfellevaldet tidsskrift	37	11	8	2
24.10.23	Medline	Sexuality AND	Publisert siste 10 år, engelsk	30	5	2	1

		nurse AND reflections	eller skandinavisk språk, vitenskaplige artikler fra fagfelleverder t tidsskrift				
06.11.23	Chinal	Diagnosis AND gynaecolog ical cancer AND sexual	Publiser siste 10 år, engelsk eller skandinavisk språk, vitenskaplige artikler fra fagfelleverder t tidsskrift,	41	10	8	1

Vedlegg 2: nummerering av artiklene: kvaliteten på kvalitativ forskning

Artikkel nr.	Tittel
1	Nurse-patient sexual health communication in gynaecological cancer follow-up: A qualitative study from nurses' perspectives.
2	Nurses' perceptions of providing psychosexual care for women experiencing gynaecological cancer.

3	How a diagnosis of gynaecological cancer affects women`s sexuality
4	Registered nurses` reflections on discussing sexuality with patients: responsibilities, doubts and fears

Vedlegg 3: resultat: kvaliteten på kvalitativ forskning

	Kvaliteten på Kvalitativ forskning: Spørsmål	Artikkel 1	Artikkel 2	Artikkel 3	Artikkel 4
1	Er målene med studien tydelig?	Ja	Ja	Ja	Ja
2	Er det hensiktsmessig å bruke kvalitativ metode?	Ja	Ja	Ja	Ja
3	Er forskningsdesignet hensiktsmessig for å nå målene med studien?	Ja	Ja	Ja	Ja
4	Var rekrutteringsstrategien hensiktsmessig for studiens mål?	Ja	Usikker	Usikker	Usikker
5	Er datainnsamlingen hensiktsmessig for studiens tema?	Ja	Ja	Ja	Ja
6	Har forholdet mellom forsker(e) og deltakere blitt vurdert tilstrekkelig?	Ja	Ja	Nei	Ja
7	Har etiske spørsmål ved studien blitt vurdert?	Ja	Ja	Ja	Usikker
8	Er dataanalysen nøyaktig nok?	Ja	Ja	Usikker	Ja

9	Kommer funnene tydelig frem?	Ja	Ja	Ja	Ja
10	Er studien viktig?	Ja	Ja	Ja	Ja
	Total score	10	9	7	8

Vedlegg 4: litteratormatrise

Forfatter(e) Årstall Tidsskrift Land	Artikkel- tittel	Hensikten med studien	Perspektiv	Metode og analyse	Utvalg/ populasjon	Hovedfunn/ resultater
Anita Paulsen, Ingvild Vistad & Liv Fegran 2023 Journal of Advanced Nursing Norge	Nurse-patient sexual health communication in gynaecological cancer follow-up: A qualitative study from nurses` perspectiv es	Utforske kommunikasjo n om seksuell helse mellom sykepleier og pasient	Sykepleie perspektiv	Kvalitativ metode, intervju	10 sykepleiere ble utvalgt som deltagere.	I resultatet kommer det frem at sykepleiere bør bygge et forhold med pasienten gjennom kommunikasjon, viktigheten av erfaring og kunnskap og hvordan personlige holdninger påvirker kommunikasjon om seksuell helse.

<p>Natalie F. Williams, Yvonne L. Hauck & Anna M. Bosco</p> <p>2017</p> <p>European Journal of Oncology Nursing</p> <p>Australia</p>	<p>Nurses' perceptions of providing psychosexual care for women experiencing gynaecological cancer</p>	<p>Få innsikt i hvordan sykepleiere konseptualiserer tilbudet av psykoseksuell omsorg for kvinner med gynekologisk kreft</p>	<p>Sykepleie perspektiv</p>	<p>Kvalitativ metode, intervju</p>	<p>17 sykepleiere ble utvalgt som deltagere</p>	<p>Resultatet viser til ulike faktorer som påvirker tilbudet av psykoseksuell omsorg. Faktorer som blir nevnt er strategier for samtale, kunne se kvinnens unike behov, støtte fra kollegaer, samfunnets holdninger, og personlige erfaringer og verdier.</p>
<p>Vicki Cleary, Josephine Hegarty & Geraldine McCarthy</p> <p>2013</p> <p>Cancer nursing practice</p> <p>Ireland</p>	<p>How a diagnosis of gynaecological cancer affects women's sexuality</p>	<p>Utforske hvordan gynekologisk kreft påvirker seksualitet fra pasientens perspektiv.</p>	<p>Pasient perspektiv</p>	<p>Kvalitativ metode, intervju</p>	<p>8 kvinner ble utvalgt som deltagere.</p>	<p>Deltakerne med gynekologisk kreft opplevde endringer som påvirket seksualiteten. Det var viktig at helsepersonell ga informasjon og støtte om utfordringene knyttet til seksualiteten. Det ble foretrukket at informasjon ble gitt både skriftlig og</p>

						muntlig under behandlingsforløpet.
Nina Saunamaki og Maria Engström 2014 Journal of Clinical Nursing Sverige	Registered nurses' reflections on discussing sexuality with patients: responsibilities, doubts and fears	Beskrive sykepleieres refleksjoner rundt å snakke med pasienter om seksualitet	Sykepleierperspektiv	Kvalitativ metode, intervju	10 sykepleiere ble utvalgt som deltagere.	Mange sykepleiere følte på et ansvar, og ønsket å hjelpe pasienter med seksuelle utfordringer. Likevel syntes mange at det var utfordrende grunnet frykt, flauhet og fordommer. Mangel på kunnskap, private rom og støtte var andre årsaker til at seksualitet ikke ble tatt opp. Noen mente også at det var andres ansvar.