

BSYBAC

Bacheloroppgave i Sykepleie

Den ukomfortable samtalen



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet
Bachelor i Sykepleie

Universitetet i Stavanger 02.01.2024

X

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

Sammendrag

Bakgrunn

Gynekologisk kreft og seksualitet er temaer vi interesserer oss for, og ønsker å tilegne oss mer kunnskap om. Vi har begge vært på gynekologisk sengepost i den kirurgiske praksisperioden, og relaterer derfor våre opplevelser til dette temaet. På avdelingen la vi merke til at pasientene fikk lite informasjon om seksualitet etter gjennomgått behandling for gynekologisk kreft, vi ønsker å finne ut årsakene til dette, slik at vi som nyutdannede kan utvikle en forbedring.

Hensikt

Hensikten med oppgaven er å undersøke om pasienter får nok informasjon om seksualitet etter gjennomgått behandling for gynekologisk kreft, og eventuelt hva som hindrer at informasjonen blir gitt.

Metode

Metoden vi benyttet for å finne aktuelle forskningsartikler er integrativ litteraturoversikt. Vi brukte Fribergs metode for å analysere fire kvalitative artikler. Annen relevant teori, funn fra artiklene, samt egne refleksjoner legger grunnlaget for diskusjonsdelen.

Resultater

Studiene avdekker at pasientene har behov for informasjon om seksualitet etter behandling, samt at det er en rekke faktorer som påvirker samtalen om seksualitet. På den andre siden kommer det frem at sykepleiere har behov for mer kunnskap og kompetanse for å føle seg mer komfortable i denne samtalen. I studiene er det synlig at seksualitet kan være et tabubelagt tema å snakke åpent om for både sykepleier og pasient.

Nøkkelord:

Sykepleie, seksuell helse, seksualitet, gynekologisk kreft og kommunikasjon,

Innhold

1.0 INNLEDNING	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	5
1.2 Presentasjon av problemformulering og problemstilling	5
1.3 Hensikt	5
2.0 TEORI	6
2.1 Gynekologisk kreft	6
2.2 Seksuell helse og seksualitet	6
2.3 Joyce Travelbee, menneske-til-menneske-forholdet	7
2.4 Kommunikasjon	8
2.4.1 Den gode samtalen	8
3.0 METODEKAPITTELET	9
3.1 Integrativ litteraturoversikt.....	9
3.2 Kvalitativ metode	9
3.3 Litteratursøk.....	9
3.4 Bruk av databaser.....	10
3.5 Valg av søkeord og søkestrategi.....	10
3.6 Inklusjon- og eksklusjonskriterier.....	12
3.7 Valg av artikler	12
3.8 Analyse av artikler	13
4.0 RESULTAT KAPITTELET.....	14
4.1 Den ukomfortable samtalen.....	14
4.1.1 Lite kunnskap og kompetanse blant sykepleiere.....	14
4.1.2 Sjenanse og usikkerhet rundt et tabubelagt tema	15
4.2 Informasjon om seksuell helse	16
4.2.1 Informasjonsbehov	16
4.2.2 Den gode samtalen under trygge rammer	16
5.0 DISKUSJON	18
5.1 Metodediskusjon	18
5.1.1 Integrativ litteraturoversikt som metode	18
5.1.2 Kvalitativ tilnærming som metode.....	18
5.1.3 Perspektiver.....	19
5.1.4 Artikkelens deltakere	20
5.1.5 Land og arena.....	21
5.1.6 Etikk	21
5.1.7 Analyse av artiklene.....	22
5.1.8 Forskerens bakgrunn	22
5.2 Resultatdiskusjon	23
5.2.1 Lite kunnskap og kompetanse blant sykepleiere.....	23
5.2.2 Sjenanse og usikkerhet rundt et tabubelagt tema	23
5.2.3 Informasjonsbehov	24
5.2.4 Den gode samtalen under trygge rammer	25

Kandidatnummer: 1686 & 1687

5.3 Konklusjon 26

6.0 ANVENDELSE I PRAKSIS 27

7.0 REFERANSER 28

8.0 VEDLEGG 29

8.1 Vedlegg 1: litteratormatrise..... 29

8.2 Vedlegg 2: søkelogg..... 30

Antall ord: 7856

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Hvert år blir rundt 1700 norske kvinner diagnostisert med en form for gynekologisk kreft. I dag er det 22.000 kvinner som lever med gynekologisk kreft eller som har gjennomgått behandling for det (Gynkreftforeningen, 2023). Etter en slik behandling vil flere pasienter oppleve endret seksuell helse, og livskvaliteten kan påvirkes både fysisk, psykisk, eksistensielt og sosialt. Dette er et tema vi syntes det blir snakket for lite om på sykehuset, og som vi opplever som tabubelagt. Vi ønsker å kartlegge temaet, slik at pasientenes informasjonsbehov kan dekkes før utskrivelse fra sykehuset.

Det gynekologiske feltet har vært noe som interesserer oss begge på studiet, og vi fikk gode erfaringer når vi var i praksis på gynekologisk avdeling. Vi savnet generelt at sykepleierne tok initiativ til å snakke om den seksuelle helsen til pasientene. Vi opplevde i flere tilfeller at det ikke ble tatt opp i det hele tatt, og om det ble tatt opp var det veldig kort. Som nyutdannede sykepleiere ønsker vi å dekke pasientens informasjonsbehov, og trygge de på at seksuell helse er noe man kan snakke åpent om etter behandling. Ved å snakke åpent om dette, kan man minimere tabuet rundt tema.

Grunnet både ord- og tidsbegrensninger har vi måtte være spesifikke, og se på informasjonen kvinnene får *etter* behandlingen for gynekologisk kreft. Selv om de også har behov for god informasjon både før, underveis og etter. Vi har også valgt å ikke inkludere partneren sin rolle, til tross for at partneren kan være en vesentlig støttespiller etter behandlingen.

1.2 Presentasjon av problemformulering og problemstilling

Vi undersøker om kvinner som har gjennomgått behandling for gynekologisk kreft får dekket informasjonsbehovet om seksuell helse, og eventuelt hva som hindrer at en slik samtale blir gjennomført. Vi ser på pasientenes forventinger, og sykepleierens barriere.

1.3 Hensikt

Hensikten med oppgaven er å undersøke om pasienter får nok informasjon om seksualitet etter gjennomgått behandling for gynekologisk kreft på sykehuset. Samt kartlegge eventuelle hindringer for at ikke informasjon blir gitt. Vi opplever at sykepleierne ikke tørr å gå inn i samtalen om seksualitet, og at pasienters forventinger er uforutsigbare. For å kunne besvare hensikten har vi inkludert både pasient- og sykepleieperspektiv.

2.0 TEORI

2.1 Gynekologisk kreft

Gynekologisk kreft er når man har kreft i de kvinnelige kjønnsorganene, som omfatter eggstokkene, egglederne, livmoren, livmorhalsen, skjeden og rundt skjedeåpningen (Almås, 2016, s. 133). Ved kreft vil cellene dele seg ukontrollert, og det vil skje en opphopning av kreftceller der veksten startet. En kreftsvulst vil oppstå som følge av dette (Kreftforeningen, 2023).

2.2 Seksuell helse og seksualitet

Helsedirektoratet definerer seksuell helse som «fysisk, psykisk, emosjonelt og sosialt velvære relatert til seksualitet» (Helsedirektoratet, 2021). Seksualitet inkluderer blant annet kjønnsidentitet, seksuell orientering, glede, intimitet og reproduksjon (Helsedirektoratet, 2021). Seksualiteten vår kan bli skadet ved sykdom, som følge av belastning både psykisk og fysisk. Det er viktig at sykepleierne har innsikt i seksualitetens betydning for pasientene, slik at de kan gi støtte og veiledning ved behov. Sykepleierne bør forstå seksualitet på en bredere måte, og anerkjenne at alle mennesker er seksuelle individer, uavhengig av alder og livssituasjon (Reitan & Schjølberg, 2017, s. 120).

2.2 PLISSIT- modellen

PLISSIT-modellen er et nyttig verktøy for å identifisere hvilke spørsmål, problemer og utfordringer sykepleieren kan håndtere, og hva som krever spesialisert kunnskap og intensiv terapi (Langhelle et al., 2021). Denne modellen vil gi et godt utgangspunkt når helsepersonell skal ta opp seksuelle problemer (Kristoffersen et al., 2021, s.530). Modellen er delt inn i fire trinn, hvor vært trinn danner grunnlag for det neste trinnet (Langhelle et al., 2021, s. 7).

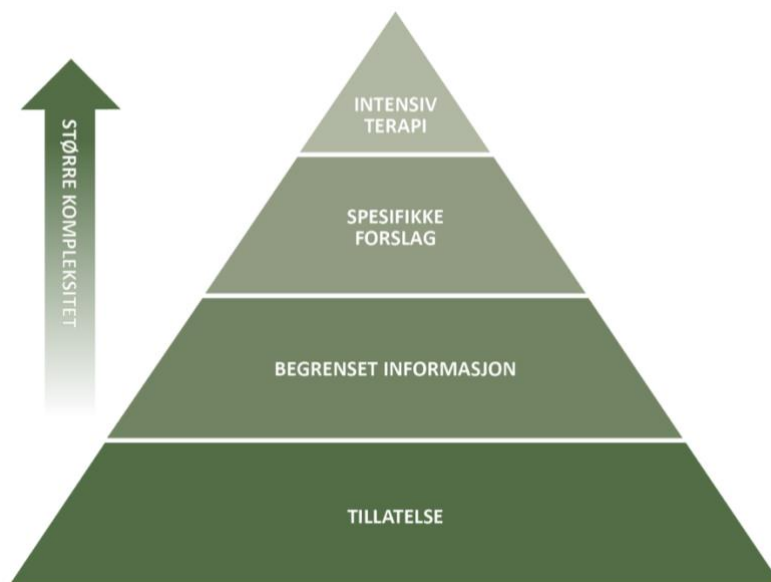
PLISSIT er en forkortelse for de fire trinnene:

Det første trinnet er permission, eller tillatelse. I dette trinnet vil man gi rom for å snakke om seksualitet (Kristoffersen et al., 2021, s.531). Her vil pasienten oppleve at seksualitet er et naturlig tema under behandling og oppfølging (Langhelle et al., 2021, s. 8). For eksempel kan man spørre pasienten om de har opplevd endringer knyttet til selvbilde eller opplever andre problem i sitt seksualliv. På dette nivået vil de aller fleste problemer bli løst (Fosså, 2019, s. 119).

Det andre trinnet er limited information eller begrenset informasjon. Her vil det bli gitt enkel og konkret informasjon om seksualitet på en generell basis (Kristoffersen et al., 2021, s.531). Det vil være en forutsetning at sykepleieren har nok informasjon om mulige konsekvenser av behandlingen (Langhelle et al., 2021, s. 8). Man kan blant annet få informasjon om konsekvenser for diagnosen og behandlingen, samtidig som man kan avklare misforståelser og trygge pasienten (Fosså, 2019, s. 119).

Det tredje trinnet er specific suggestions eller spesifikke forslag. Her får pasienten mer spesifikke råd, forslag og løsninger knyttet til situasjonen sin. Det er få utdanninger som dekker dette trinnet. De som skal ivareta pasienten på dette nivået må ha mer kunnskap, en det en grunnutdanning har gitt dem (Kristoffersen et al., 2021, s.531).

Det siste trinnet er intensive therapy eller intens terapi. På dette nivået kreves det spesialkompetanse, og det er bare noen få som har behov for et slikt behandlingstilbud. Dette kan være pasienter som sliter med eksempelvis kjønnsidentitetsproblemer eller spesielle seksuelle dysfunksjoner (Kristoffersen et al., 2021, s.531).



Figur 1: Pliss-it modell, 2021, Hentet fra Sykepleien, av Langhelle et al.

2.3 Joyce Travelbee, menneske-til-menneske-forholdet

Joyce Travelbee understreker viktigheten av det mellommenneskelige forholdet mellom sykepleier og pasient. Sykepleieteoretikeren vektlegger betydningen av å se på pasienten som et unikt individ, for å ivareta deres verdi og etablere et likeverdig forhold mellom pasient og

sykepleier (Eide & Eide, 2017, s. 364). Dette omhandler å se på hverandre som to unike individer og se bort fra rollene man har (Travelbee, 1999, s. 171). Å møte behovene til pasienten er et av de grunnleggende punktene hun vektlegger som viktig fra sykepleier sin side. Hun forklarer at kommunikasjon er et viktig verktøy for å oppnå menneske-til-menneske relasjonen som er sentralt i hennes teori. Hun betrakter kommunikasjon som en sentral del for å blant annet kunne hjelpe, bli kjent å forstå et individ (Eide & Eide, 2017, s. 365-366).

Dette kan knyttes til kommunikasjonen mellom sykepleier og en kvinne som har gjennomgått behandling for gynekologisk kreft, som har behov for å snakke om seksualitet. Seksuell helse og seksualitet kan være et personlig tema å åpne seg opp om. Travelbee (1999) belyser hvorfor det er viktig å bli kjent med hverandre, og hvordan dette kan føles betryggende i vanskelige samtaler. For at sykepleier skal kunne gi best omsorg, må omsorgen tilpasses hvert unike individ. Dette kan iverksettes ved å bygge en relasjon og kommunisere med pasienten, slik at sykepleier kan lære hvordan pasienten reagerer og responderer. Samtidig som pasienten lærer å kjenne sykepleierens fremtoning. Når en trygg relasjon er oppbygget, kan intime samtaler gjennomføres bedre (Travelbee, 1999, s. 141).

2.4 Kommunikasjon

Kommunikasjon er sentralt for å finne ut av problemer. Vi bruker kommunikasjon for å forstå hverandres følelser, tanker og meninger. Dette resulterer i tettere forbindelser mellom mennesker (Paulsen, 2020).

2.4.1 Den gode samtalen

En samtale krever at noen tar initiativ og at noen responderer (Eide & Eide, 2017, s. 34). Dette er gjerne starten på relasjonsbygging. I en sykepleier- og pasientsituasjon er det derfor viktig at pasienten responderer på initiativet til sykepleieren dersom dette er tilfellet, eller motsatt. Når en person tar initiativet til å starte en samtale, bør den andre være åpen, imøtekommende og respondere på det som blir formidlet. Dette bidrar til å sikre en god kommunikasjon (Eide & Eide, 2017, s. 35). Aktiv lytting, både som nonverbal og verbal lytting, er grunnleggende i en sykepleierrolle, for å vise at en bryr seg og ser pasienten. Dette viser at sykepleier anerkjenner pasienten som et unikt individ (Eide & Eide, 2017, s. 118).

3.0 METODEKAPITTELET

En metode kan forklares som en fremgangsmåte man benytter seg av for å tilegne seg ny kunnskap om et tema eller problem. Metoden gir oss veiledning på hvordan vi kan gå fram for å skaffe eller etterprøve kunnskap (Dalland, 2020, s. 53). Vi har benyttet Fribergs integrative litteraturoversikt som metode (Friberg, 2017, s. 108). Denne metoden har hjulpet oss å finne relevante artikler, samt kartlegge kunnskaper innenfor temaet.

3.1 Integrativ litteraturoversikt

Integrativ litteraturoversikt involverer analyse, sammenligning og en oversikt over eksisterende forskning, for å utøve egne tolkninger og trekke konklusjoner. Dette er avgjørende for å kunne komme frem til en helhetlig forståelse (Friberg, 2017, s. 150). En slik metode hjalp oss i litteratursøket, for å gi oversikt over forskningen. Ved en slik litteraturoversikt kan kunnskapen innenfor et visst fagfelt kartlegges, noe som innebærer at det søkes etter både kvalitative og kvantitative artikler (Friberg, 2017, s. 108). For oss var det hensiktsmessig å bruke denne metoden for finne gode akademiske artikler.

3.2 Kvalitativ metode

Grunnet kunnskapsbehovet og informasjon som var nødvendig for å besvare problemformuleringen vår, valgte vi kvalitativ metode (Dalland, 2020, s. 53). Gjennom boken metode og oppgaveskriving forklarer Dalland kvalitativ metode slik: «de kvalitative metodene tar sikte på å fange opp mening og opplevelser som ikke lar seg tallfest eller måle» (Dalland, 2020, s. 54). For å kunne svare på om pasienter får nok informasjon om seksualitet etter behandling, og eventuelle hindringer, hadde vi behov for kvalitativ data. Dette gjorde at vi fikk en dypere forståelse av samtalen rundt seksuell helse, hos både sykepleier og pasient. I motsetning til kvantitativ metode som belyser forskning ved hjelp av målbare enheter for eksempel gjennom tall eller sammenligninger som totalt sett gir en bredere oversikt (Friberg, 2017, s. 54-55).

3.3 Litteratursøk

Før litteratursøket bestemte vi oss for hva vi ønsket å finne ut mer om. Vi diskuterte ulike søkeord som kunne være relevante for å være tro mot hensikten, og hvilke avgrensinger som var nødvendige. Videre gjorde vi et overordnet søk i ulike databaser, med de utvalgte søkeordene. Vi fikk en oversikt over hvilke databaser som ga resultat, før vi startet en dypere undersøkelse av artiklene. Videre brukte vi Fribergs «helikopterperspektiv», det var et godt

hjelpemiddel for å få en rask oversikt over hva artiklene omhandlet (Friberg, 2017, s. 146). Det innebærer å lese abstrakter fra flere artikler som berører temaet for oppgaven, og "se" studiens karakter. Når man leser abstraktene skal man ha et kritisk blikk, og bedømme studiens relevans knyttet til problemstillingen (Friberg, 2017, s. 146).

3.4 Bruk av databaser

I søkeprosessen benyttet vi oss av ulike anerkjente databaser. Vi gjorde søk på Cinahl, Pubmed, British Nursing Index og Idunn. Alle databasene er tilgjengelige ved universitetsbiblioteket sin nettside. Samtlige av studiene våre ble funnet ved hjelp av Cinahl og Pubmed. Vi opplever dem som trygge, helsefaglige og akademiske databaser. Det var også mulig å gjennomføre målrettede og avgrensede søk, med inklusjons-og eksklusjonskriterier. Derfor oppnådde vi flere gode sykepleiefaglige resultater som var nokså relevante til problemstillingen vår. Ved British Nursing Index opplevde vi at det var utfordrende å avgrense søkene, og derfor fikk vi ikke funn som var relevante for oppgaven vår. På Idunn fikk vi ingen relevante funn, og vurderte denne databasen som ikke brukbar for vår oppgave.

3.5 Valg av søkeord og søkestrategi

Søkeordene ble basert på problemstillingen og faglitteratur knyttet til gynekologisk kreft og seksuell helse. Samtidig som interesse og erfaringer ble vektlagt for å få de resultatene som var ønskelig. Ifølge Friberg er det offisielle vitenskapsspråket engelsk, dette for å kunne nå ut til flest mulig lesere (Friberg, 2017, s. 51). Derfor ble engelske søkeord en naturlig strategi for å få utvidet søkene. Etter valg av tema og problemstilling, gjorde vi et overordnet søk med søkeordene «sexuality» og «gynecological cancer» på databasen Cinahl. Dette gjorde vi for å undersøke om det eksisterte relevante artikler og samtidig få en oversikt over innholdet i databasen.

Dette resulterte til sammen i 57 treff etter avgrensinger, og vi vurderte derfor å fortsette i Cinahl ved å legge til andre relevante søkeord og ulike kombinasjoner for å oppnå ulike treff. Vi brukte de samme søkeordene: «sexuality» og «gynecological cancer» som et overordnet søk på PubMed for å få en oversikt over innholdet i databasen. Søket resulterte i 2250 treff og vi vurderte også denne databasen som relevant dersom vi spesifiserte søkene enda mer. Under i tabell 1 er de søkeordene og kombinasjonene som ble brukt for å finne artikler på Cinahl. Søkeordene som ble brukt i PubMed vises i tabell 2.

Kandidatnummer: 1686 & 1687

Tabell 1: oversikt over søkeord- og kombinasjoner i Cinahl

Søk	Søkeord	Ant. treff	Avgrensing	Ant. treff	#1	#2	#3
S1	Gynecological cancer	1 855	Peer reviewed 2013-2023	1 362			
S2	Sexuality	41 372	Peer reviewed 2013-2023	18 967			
S3	Information or knowledge or dialogue	881 024	Peer reviewed 2013-2023	446 933			
S4	Information	629 680	Peer reviewed 2013-2023	291 632			
S5	Nurse or nurses or nursing	955 080	Peer reviewed 2013-2023	279 244			
S6	Knowledge or education or understanding or awareness	1 208 524	Peer reviewed 2013-2023	588 299			
S7	S1 AND S4 AND S5 AND S6	14	Peer reviewed	14	4	2	1
S8	S1 AND S2 AND S3	41	Peer reviewed 2013-2023	26	5	3	1

Note: Ant. = antall, #1: leste abstrakter, #2: leste artikler, #3: valgte artikler

Tabell 2: oversikt over søkeord- og kombinasjoner i PubMed

Søk	Søkeord	Ant. treff	Avgrensing	Ant. treff	#1	#2	#3
S1	Nurse communication sexual health gynaecological cancer	22	Full text 2013-2023 10 years	14	3	1	1
S2	Information sexual health gynecological cancer nurse	27	Full text 2013-2023 10 years	17	8	4	1

Note: Ant. = antall, #1: leste abstrakter, #2: leste artikler, #3: valgte artikler

I databasen Cinahl ble søkeordene kombinert ved å skrive AND eller OR mellom dem for å utvide søket. Trunkering ble brukt ved noen av søkeordene, for eksempel «nurse» for å inkludere ulike varianter av samme ord. Det hjalp oss å utvide søkeresultatene fra 183 675 treff ved søkeordet «nurse», til 278 924 treff ved søkeordene «nurse or nurses or nursing» (Friberg, 2017, s. 71-72).

Som tidligere nevnt ble faglitteratur, interesse og erfaringer vektlagt ved valg av søkeord. Faglitteratur ble brukt for å gi ideer og nøkkelord som kunne brukes som søkeord i databaser. I grunnleggende sykepleie bind 2 ble ord som «seksualitet», «informasjon», «seksuelle dysfunksjoner», «seksuell helse», «kommunikasjon», «samtale» og «tabubelagt» brukt i temaer om seksuell helse (Kristoffersen et al., 2021, s. 532). Dette var både ord som ble brukt til å søke eller som synonym for søkeord.

3.6 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Før vi begynte søkeprosessen, bestemte vi oss for noen avgrensninger. Vi prioriterte nyere forskning, og ekskluderte artikler som var eldre en 10 år. Søkene ble dermed avgrenset til tidsperioden 2013-2023. Deretter ble søkene begrenset til vitenskapelige artikler som er fagfellevurderte. Fagfellevurdering vil si at artiklene blir kvalitet sikret av flere fagpersoner, som vurderer at artikkelen er innen de vitenskapelige kravene (Svartdal, 2023).

Sykepleieres- og pasienters tanker, opplevelser og erfaringer var essensielt for oppgaven vår, vi ekskluderte derfor bort kvantitative artikler. Samtidig som vi undersøkte om artiklene var oppbygd etter IMRAD-strukturen (*IMRaD-modellen / Søk & Skriv, 2023*). En slik struktur er en mal for oppbygningen av en vitenskapelig artikkel, og består av introduksjon, metode, resultater og diskusjon.

Selv om en av artiklene er fra Kina, var vi i utgangspunktet ute etter forskning som var basert på den vestlige kulturen. I løpet av søkeprosessen har vi ekskludert flere artikler fra ikke-vestlige land. I starten av litteratursøket ekskluderte vi artikler fra et sykepleieperspektiv, dette endret vi senere. Dette utdypes i metodediskusjon.

3.7 Valg av artikler

Vi valgte to artikler med sykepleieperspektiv og to artikler med pasientperspektiv. Vi valgte artiklene til Paulsen et al. (2023) og Vermeer et al. (2015) som omhandler hvilke tanker og opplevelser sykepleiere hadde og hvordan dette hindret dem å gjennomføre samtalen om seksuell helse. Sekse et al. (2015) og Chow et al. (2021) sine artikler tok for seg et pasientperspektiv, vi fikk en utvidet forståelse for hvilke tanker, opplevelser og erfaringer pasientene satt igjen med etter samtalen eller dersom den ikke fant sted. Etter flere leste artikler satt vi igjen med disse fire artiklene som ga oss flere svar fra ulike perspektiv, som bidro til å styrke troverdighet rundt dette problemområdet.

Samtidig var vi ute etter nye vitenskapelige artikler som både fulgte en kvalitativ metode, og som er fagfellevurdert. De fire artiklene vi har valgt ut gir oss et godt utgangspunkt for å kunne svare på problemstillingen. I studiene kommer det både frem likheter og ulikheter, noe som gir oss en god bredde, og ulike synspunkter. To av artiklene er fra 2015, derfor er det viktig å være bevisst på eventuell nyere forskning siden den gang. De resterende artiklene er

fra 2021 og 2023.

Intensjonen var at artiklene skal være mest mulig relevante til det skandinaviske helsevesenet. To av artiklene vi har valgt er fra Norge, en er fra Nederland og den siste fra Kina. Vi har vært kritiske og vurdert nøye om vi kan bruke artikkelen fra Kina, men har konkludert med at den er hensiktsmessig og relevant. Begrunnelse for valg av denne artikkelen vil vi gå mer inn på i metodediskusjon.

3.8 Analyse av artikler

Artiklene var lange å lese, og vi tok derfor inspirasjon fra Friberg (2017) sin metode som består av fem punkter, for å systematisk analysere artiklene (Friberg, 2017, s. 135-137). Friberg forklarer det som «en bevegelse fra helheten til delene, og derfra til en ny helhet» (Friberg, 2017, s. 135).

Vi startet analysearbeidet ved å lese grundig gjennom de utvalgte artiklene, for å tilegne oss en helhetlig forståelse av innholdet, slik at oppmerksomheten vår kunne rettes mot resultatene av studien. Videre vurderte vi hensikten til artiklene og identifiserte sentrale funn som var i tråd med problemstillingen vår. Kvalitativ forskning knyttet til samtalen om seksuell helse på sykehus ønsket vi å finne ut mer om, og vi forholdt oss derfor til nøkkelordene «informasjon» og «seksuell helse» for å finne aktuelle funn.

Fremgangsmåten vi tok for oss videre var å lese studiene nøye med hensikten i bakhode, samtidig som vi prøvde å lete etter ord, sitat og opplevelser fra deltakerne som kunne knyttes til disse nøkkelordene. En viktig del gjennom denne prosessen var å notere ned ord og uttrykk, for å skape en oversikt over hvilke funn som gikk igjen i studiene. Neste trinn bestod av å oppsummere alle funnene fra de ulike artiklene, og diskutere likheter og ulikheter. Som et resultat av dette, kom vi frem til to hovedkategorier og fire underkategorier som belyses i resultatdelen. Fribergs metode var et godt hjelpemiddel for å strukturere analyse arbeidet.

4.0 RESULTAT KAPITTELET

Gjennom analysen av artiklene kom vi frem til to hovedkategorier og fire underkategorier, som virket aktuelle for å besvare problemstillingen. I tabellen under er hoved- og underkategoriene systematisk fremstilt.

Tabell 3: Oversikt over kategorier og underkategorier

Hovedkategorier	Underkategorier
Den ukomfortable samtalen	<ul style="list-style-type: none">• Lite kunnskap og kompetanse blant sykepleiere• Sjenanse og usikkerhet rundt et tabubelagt tema
Informasjon om seksuell helse	<ul style="list-style-type: none">• Pasientens behov for informasjon• Den gode samtalen under trygge rammer

4.1 Den ukomfortable samtalen

I samtlige av studiene kommer det frem at samtalen rundt seksualitet kan være utfordrerne og ubehagelig (Chow et al., 2021; Paulsen et al., 2023; Sekse et al., 2015; Vermeer et al., 2015). Sykepleierne kan kjenne på at de mangler kunnskap, kompetanse og erfaring. Samtidig som det er et sensitivt og intimt tema, der pasientens forventninger til samtalen kan være uklare (Paulsen et al., 2023; Vermeer et al., 2015).

4.1.1 Lite kunnskap og kompetanse blant sykepleiere

Ifølge Paulsen et al. (2023) følte flere sykepleiere seg ukomfortable for å gjennomføre samtaler om seksualitet med pasienter, og fortalte hvordan kunnskap, erfaring og opplæring kunne bidra til mer trygghet. En av sykepleierne uttalte «I need experience to be confident and to dare to talk about it [sexuality] without being embarrassed. Without experience it is just weird. And you want to stop the conversation as soon as you've mentioned the word “sexuality”» (Paulsen et al., 2023, s. 4653). Dette understreker viktigheten av erfaring for å kunne ha en god samtale med pasienten. I studien til Vermeer et al. (2015) bekreftes det også at over enn tredjedel av sykepleierne hadde satt pris på mer opplæring og utdanning i hvordan de kunne tatt opp et sensitivt tema som seksualitet med pasientene sine (Vermeer et al., 2015, s. 836). Flere sykepleiere starter ikke samtaler om seksuell helse, fordi manglende kunnskap og erfaring gjør at de trekker seg. Dette påvirker pasientene, og kan føre til misnøye. En av pasientene hadde ikke fått den samtalen hun hadde behov for, hun forklarte det som: «I needed to talk to someone, to go a bit deeper into things» (Sekse et al., 2015, s. 1262). Uttalelsen fra kvinnen styrker påstanden om at sykepleieren trenger mer kunnskap, erfaring

og kompetanse, for å kunne gi god omsorg.

4.1.2 Sjenanse og usikkerhet rundt et tabubelagt tema

I studien til Paulsen et al. (2023) kommer det frem at flere sykepleiere er klar over viktigheten å snakke om tabuer rundt seksualitet. De formidler også at gjentatte samtaler om seksualitet er viktig for å redusere tabuer (Paulsen et al., 2023). Dette ble belyst av tre sykepleiere:

When addressing taboos, ... it is a balance where one is afraid of stepping on someone's boundaries. It is important to find out what the patients need in their exact situation. When we don't dare to talk about a subject that is difficult and taboo, the patient can feel left alone. Even though it can be challenging to talk about taboos, it can also be rewarding. (N3). (Paulsen et al., 2023, s. 4655)

Sekse et al. (2015) belyser sykepleierens holdninger rundt samtalen om seksualitet noe som kan skape en spenning mellom sykepleier og pasient. Flere føler på en skamfull følelse for å ta opp et intimt tema, fordi det er flaut og tabubelagt å åpne seg opp om. Selv om flere uttaler seg om det å snakke om seksuell helse som en helhetlig del av behandlingen, viser det seg at: «Shyness and lack of knowledge and communicative experience were important reasons among health personnel for not addressing the issue» (Sekse et al., 2015, s. 1265). Vermeer et al. (2015) bekrefter at flertallet av sykepleierne som deltok i studien rapporterte at det er vanskelig å innlede til denne samtalen fordi det blir oppfattet som et tabubelagt tema for både sykepleiere og pasienter. En mannlig sykepleier forteller situasjonen slik:

It remains a difficult topic to start talking about. Especially if you don't know a patient very well and you don't know about their attitudes. Follow-up check-ups are primarily directed at... of course the focus is on whether the tumor is gone: 'How is the patient doing?'. Often people have bothersome side effects on the bladder or bowel, and then it [sexuality] moves more to the background. (Vermeer et al., 2015, s. 835)

Fra pasientperspektiv det er vanskelig å spørre om råd fordi det er flaut. Dette bekrefter viktigheten av at sykepleieren må ta initiativ til å starte samtalen. Blant annet sa en pasient: «sexual information was not provided to me. I do not dare to ask for it, and I also do not know how to ask for it. It was embarrassing to ask» (Chow et al., 2021, s. 8).

4.2 Informasjon om seksuell helse

Kvinner som har gjennomgått behandling for gynekologisk kreft kan sitte igjen med spørsmål, tanker og problemer knyttet til sin seksuelle helse. I alle artiklene er informasjon og samtalen rundt seksualitet en sentral del. Det kommer frem at pasienter har behov for tilpasset informasjon, og at det er en rekke faktorer som påvirker samtalen (Chow et al., 2021; Paulsen et al., 2023; Sekse et al., 2015; Vermeer et al., 2015).

4.2.1 Informasjonsbehov

Et funn som gikk igjen i tre av studiene var at pasientene hadde behov for informasjon, støtte og råd rundt sin seksuelle helse etter kreftbehandlingen. Studien til Vermeer et al. (2015) bekrefter: «Previous studies have shown that many (gynecological) cancer survivors report a need for information and care for their sexual concerns» (Vermeer et al., 2015, s. 831).

I studien til Chow et al. (2021) kommer det frem at pasienter ofte opplevde seksuelle plager, og det bekreftes et behov for mer informasjon knyttet til dette. Det avdekkes at pasientene syntes det var vanskelig å be om informasjon selv. I studien sier en pasient: «The doctor did not talk about it (sexual information). I feel embarrassed to ask for it» (Chow et al., 2021, s. 8). Dette funnet gjenspeiler seg i studien til Sekse et al. (2015) der en pasient forteller følgende:

Nanna was among those who had not received any information or guidance about sexual life and intimacy after cancer. Although she said she had had no active sexual life in the first place, she still felt the need for knowledge and information about bodily changes and their consequences. (Sekse et al., 2015, s. 1262)

4.2.2 Den gode samtalen under trygge rammer

Samtlige av artiklene viser til ulike faktorer som påvirker samtalen rundt seksualitet.

Relasjoner, tid, alder, kjønn og individuelle forskjeller er faktorer som blir nevnt i studiene (Chow et al., 2021; Paulsen et al., 2023; Sekse et al., 2015; Vermeer et al., 2015).

Betydningen av gode relasjoner i slike samtaler kommer frem i studien til Sekse et al. (2015) der en pasient beskriver følgende:

I felt that there was such a distance between us, the doctor and me. ... He didn't really say anything, and then I lost courage and didn't say anything either... or ... if I did say something... he gave me the shortest possible answer. I just couldn't find the confidence. ... The distance was too great. (Sekse et al., 2015,

s.1263)

Det blir også lagt vekt på gode relasjoner i studien til Paulsen et al. (2023). Det kommer frem at et forhold preget av tillit og respekt, er nødvendig for å adressere temaet seksuell helse (Paulsen et al., 2023). En sykepleier sier følgende:

They might feel we have a good connection because we had such an enjoyable conversation. Then it's easier to talk about it [sexuality]. You don't bring it up at the start. First, you get to know each other, and then you go into it. (Paulsen et al., 2023, s. 4652)

Andre faktorer som kan påvirke denne samtalen kan være kjønnet på sykepleieren. En pasient adresserer dette i studien til Chow et al. (2021), der pasienten sier følgende: «Female nurses or psychologists would be preferable, and it would be embarrassing to discuss this with a male doctor» (Chow et al., 2021, s. 8). I studien til Veermer et al. (2015) adresserer en sykepleier også tidsbruk, der han forteller: «That sort of patients cost a lot of time. You are not going to talk about such issues for five minutes. That easily takes a quarter or half an hour.» (Veermer et al., 2015, s 835).

5.0 DISKUSJON

Diskusjonsdelen består av to hoveddeler: metodediskusjon og resultatdiskusjon. Vi har vært kritiske til artiklene vi har valgt, og hvordan ulike aspekter styrker eller svekker studiene. Videre har vi vurdert positive og negative sider ved de anvendte metodene, integrativ litteraturoversikt og kvalitativ metode. I resultatdiskusjonen har vi koblet funnene til teorien fra teorikapittelet.

5.1 Metodediskusjon

5.1.1 Integrativ litteraturoversikt som metode

Integrativ litteraturoversikt bidro til å strukturere søkeprosessen gjennom avgrensinger, samtidig som vi var kritiske til artiklene. Vi fikk en helhetlig og utvidet forståelse over at det ikke bare var pasienter som syntes samtalen om seksualitet var ubehagelig, men også sykepleiere. Når vi forstod dette, ble det lettere å finne aktuelle artikler. Dermed kunne vi spesifisere forskningen inn på sykepleier sin rolle om å formidle informasjon, og innhente pasienters opplevelser knyttet til dette. Det var nødvendig med en slik forståelse, for å kunne svare på hensikten.

Denne metoden var nyttig for oss i starten av litteratursøket, siden vi gikk for bredt ut. Vi var nødt til å avgrense søket, der vi for eksempel ekskluderte eldre artikler, som ikke var fagfellevurderte. På den andre siden kan avgrensninger av søket, ved blant annet flere søkeord, ha ført til ekskludering av gode artikler. Å finne søkeord og kombinasjoner var tidkrevende, noe som kan skyldes manglende erfaring fra vår side. Ved gjennomgang av søkeresultatene, ekskluderte vi også artikler som vi ikke hadde lest. Overskrifter og abstrakt gjorde at vi fikk en oversikt over artikkelens innhold, og måtte vurdere relevans til vår hensikt. I etterkant forstår vi at subjektive tanker og holdninger kan ha spilt en rolle. For eksempel kan det ha vært en god artikkel, men vi syntes ikke at overskriften var interessant, selv om innholdet i artikkelen hadde vært aktuelt.

5.1.2 Kvalitativ tilnærming som metode

Artiklene våre har kvalitativ tilnærming som metode. I begynnelsen ønsket vi å benytte oss av artikler som har brukt kvalitativ metode, ettersom vi ønsket å finne mer ut om kvinners opplevelser, tanker og erfaringer. Vi valgte å bare bruke kvalitative studier ettersom vi ikke hadde behov for talloversikter (Friberg, 2017, s. 54-55). I tillegg ga kvalitativ metode flest

aktuelle funn for å besvare problemstillingen. Fordelene med kvalitativ metode var at vi fikk innblikk i ulike synspunkter fra flere kvinner, som i vårt tilfelle, var både sykepleiere og pasienter. Dette ga oss et mangfold av opplevelser som vi tok i betraktning for å få en helhetlig oversikt. Studiene presiserte spesifikke utsagn fra både pasienter og sykepleiere, dette ga oss en dybdeforståelse fra to ulike sider av samme sak som var nyttig for å besvare problemstillingen.

Etter hvert oppdaget vi at kvalitativ metode var tidskrevende. En årsak til dette var at vi måtte lese og undersøke studien grundig, i forhold til kvantitativ metode der store deler av dataen blir uttrykt gjennom tall (Friberg, 2017, s. 54-55). Samtidig brukte vi lang tid på å hente ut funn fra hver enkel studie, samtidig vurdere om funnene hadde sammenheng med hverandre. Vi brukte de til å understreke påstander knyttet til problemstillingen. Ut fra en kvalitativ metode fikk vi informasjon om deltakerne i studien. Ved få deltakere kan man risikere å få avvikende funn. Dette er noe vi har tatt i betraktning når vi valgte artikler.

Våre resultater, som er basert på kvalitativ data, gir flere av de samme funnene. Det er tydelig at sykepleierne og pasientene hadde en betydelig mengde like tanker og erfaringer. Vi opplever faktumet at funnene våre er like, som både positivt og negativt. På den ene siden tyder det på at det er sterke funn, som kan styrke troverdigheten. Samtidig kan det virke som vi har vært selektive, utelukket andre funn og det kan oppleves som gjentakende i oppgaven vår. Dette har vi vært kritiske til, og konkludert med at funnene er gode, og ikke minst relevant til hensikten.

5.1.3 Perspektiver

Litteratursøket resulterte primært i kvalitativ forskning fra et pasientperspektiv. Vi oppdaget etter hvert at et pasientperspektiv ikke ga oss en helhetlig forståelse over problemstillingen vår. Derfor inkluderte vi andre søkeord for å finne artikler fra et sykepleieperspektiv. Vi ser ikke på en slik endring i litteratursøket som noe negativt, heller tvert imot. Når vi merket at vi gikk vekk fra oppgavens hensikt, gjorde vi endringer for å bevare en rød tråd i oppgaven.

Fordelen med å inkludere begge perspektivene er at vi oppnår en mer helhetlig forståelse rundt problematikken. Pasientperspektivet er sentralt for å få innsyn i pasienters erfaringer og tanker, samtidig for å forstå hvordan sykepleieren kan forbedre seg. Fra et sykepleieperspektiv utvides forståelsen for hva og hvorfor samtalen rundt seksuell helse kan

være problematisk. Ulempen med å bruke to perspektiver er at oppgaven vår kan bli ustrukturert. Derfor har vi vært bevisst på å holde en god struktur i oppgaven, for eksempel når vi presenterte resultatene våre. Vi har vært oppmerksomme på å ikke blande perspektivene, slik at det ikke blir forvirrende for leseren. Likevel mener vi at bruken av begge perspektivene har styrket oppgaven.

5.1.4 Artikkelens deltakere

I studien til Paulsen et al. (2023) er deltakerne sykepleiere fra fem norske sykehus. Studien intervjuet 10 kvinnelige sykepleiere, med en medianalder på 48 år. Median arbeidserfaring var på 15 år (Paulsen et al., 2023, s. 4652). I studien til Vermeer et al. (2015) er gjennomsnittsalderen på deltakerne 49 år, der 77% var kvinner (Vermeer et al., 2015, s. 832). I utgangspunktet ønsket vi erfaringer fra sykepleierne, men i denne studien får vi det fra ulikt helsepersonell. Dette trenger ikke være negativt, for vi oppfatter at de har mye av de samme erfaringene. I tillegg har nesten 2/3 av deltakerne mer en 10 års erfaring innenfor behandling av gynekologisk kreft (Vermeer et al., 2015, s. 832). I begge disse studiene har deltakerne mye erfaring, og jobber med kvinner som har gjennomgått gynekologisk kreft.

I studien til Sekse et al. (2015) er deltakerne kvinner som er behandlet for gynekologisk kreft for 5 år siden. 16 kvinner deltok, der gjennomsnittsalderen var 56 år. Kvinnene hadde ulike diagnoser av gynekologisk kreft i ulike stadier, og fikk ulik behandling (Sekse et al., 2015, s. 1259). I forhold til studien til Chow et al. (2021) der det var 21 kvinner som hadde gjennomgått behandling for gynekologisk kreft. Kvinnene ble rekruttert fra en gynekologisk-kreft poliklinikk, fra et sykehus i Hong Kong (Chow et al., 2021, s. 3). Pasientene som deltok i studiene er alle kvinner som har gjennomgått behandling for gynekologisk kreft, noe vi ser på som nødvendig for å besvare problemstillingen vår.

Selv om gjennomsnittsalderen i studiene er i samme alderskategori, er vi bevisst på at alder kan spille en rolle for samtalen om seksualitet. For vår egen del kan vi kjenne på dette når vi tar opp intime temaer. Det kan være vanskeligere å ta opp intime temaer med noen på egen alder, eller med stor aldersforskjell, ettersom man kan ha ulike synspunkt og behov. Av erfaring opplever vi den yngre generasjonen som mer åpne om sin seksuelle helse.

5.1.5 Land og arena

To av artiklene er fra Norge, noe som gjør de lettere å relatere til pasientene og sykepleierne som deltok i studiene. Før litteratursøket ønsket vi artikler som tok utgangspunkt i det norske eller vestlige helsevesenet. Vi ønsket å undersøke om pasienter i det norske helsevesenet får tilstrekkelig med informasjon rundt seksualitet, samt grunnen til at norske sykepleiere ikke gir informasjon. Med dette kan vi fått et innblikk i hvordan helsevesenet kan forbedre seg, og hvilke holdninger og kunnskaper særlig nyutdannede sykepleiere bør ta med seg inn i yrkeslivet.

I søkeprosessen fant vi to artikler som ikke var fra Norge. Artikkelen til Chow et al. (2021) er fra Kina. Den beskriver flere utsagn fra pasienters erfaringer, som ga oss et bredere perspektiv over hvilke opplevelser pasientene satt igjen med etter utskrivelse. Dette kan vi ta lærdom fra, og bruke til å forbedre det norske helsevesenet. Vi har vært kritiske til valget av denne studien, og konkludert med at den er hensiktsmessig og relevant for å svare på problemstillingen. Dette grunnet at kvinners opplevelser og erfaringer kommer frem, og er gjenkjennelige med funn fra de norske studiene. Vi har tatt i betraktning at noen av opplevelsene kan ha blitt påvirket av kulturelle forskjeller, ulike holdninger og verdier. Et eksempel fra studien til Chow et al. (2021) er at kinesere ofte har et nært familieforhold, og derfor bruker familiemedlemmer til å fortelle om intime problemer, og ikke til sykepleiere (Chow et al. 2021, s. 2).

Vi valgte en nederlandsk artikkel for å få flere eksempler fra et sykepleieperspektiv, som er relevant for en bred forståelse. Vi konkluderte med at studien var hensiktsmessig ettersom Nederland har flere like kulturelle sider og holdninger som Norge. Vermeer et al. (2015) skriver ikke noe om deltakernes bakgrunn, for eksempel om de er født og oppvokst i Nederland. Dermed gir det ikke noe grunnlag for tolkning av deres etniske bakgrunn.

5.1.6 Etikk

Vi vurderer samtlige av artiklene vi har valgt, som etikkverdige. Studien til Paulsen et al. (2023) og Sekse et al. (2015) skriver blant annet at deltakerne i studien ble informert om frivilligheten i deltakelsen, og deres mulighet for å trekke seg uten forklaring. I tillegg ga sykepleierne skriftlig samtykke til å delta i studien (Paulsen et al., 2023, s. 4651; Sekse et al., 2015, s. 1259). Vi var ekstra bevisste ved valget av den kinesiske studien til Chow et al.

(2021), grunnet kulturelle forskjeller, men vurderte også den som etisk forsvarlig.

5.1.7 Analyse av artiklene

Vi anser de valgte artiklene som passende for vår problemstilling. Samtlige av studiene omhandler informasjon knyttet til seksuell helse, som var fokuset vårt i litteratursøket. Likevel fremstiller studiene ulike synspunkter og sider av problematikken, selv om de har nokså like hovedfunn. På forhånd av litteratursøket burde vi satt oss mer inn i oppbygningen av en vitenskapelig artikkel. Vi brukte mye tid på å lese og analysere artikler som ikke inneholdt en metodedel. Vi har også oversatt de engelske artiklene til norsk. Ved dette risikerer vi å miste nyanser i språket. Derfor leste vi artiklene på engelsk, når vi hadde forstått de på norsk.

Samtlige av artiklene inneholder også sitater, som gir et godt innblikk i deltakerene sine tanker og erfaringer. Siden vi skriver en kvalitativ oppgave, setter vi slike erfaringer høyt. På den andre siden er det viktig å være oppmerksom på at individuelle erfaringer fra pasienter, ikke nødvendigvis reflekterer opplevelsen til alle deltakerne i studien. Forfatterne kan være selektive når de velger ut sitater, noe som kan påvirke leseren sin oppfatning av problematikken. Vi syntes blant annet at dette kom frem i studien til Vermeer et al. (2015) og Sekse et al. (2015). I studien til Vermeer et al. (2015), fremsto det som at alle sykepleiere ga informasjon (Vermeer et al., 2015). I studien til Sekse et al. (2015) fikk vi derimot et innblikk i at pasienter ikke fikk nok, eller ingen informasjon om seksuell helse (Sekse et al., 2015). Med andre ord er dette noe vi var nødt å være kritiske til når vi leste artiklene.

5.1.8 Forskerens bakgrunn

Vi har undersøkt forfatterens bakgrunn for å forsikre oss om at studiene er pålitelige. Etter å ha gjennomgått alle forfatterne fra artiklene ser vi at alle har relevant bakgrunn. De er blant annet overleger, forskere, spesialsykepleiere, sexologer og psykologer. Vi anser dette som relevant til oppgaven vår. De har ulike roller, erfaring og kunnskap som er nyttig for å undersøke problematikken. Vi fant også ut at flere av forfatterne har publisert andre artikler. Vi konkluderer derfor med at forfatterne er pålitelige.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Lite kunnskap og kompetanse blant sykepleiere

Gjennom vårt arbeid har vi fått innblikk i betydningen av kunnskap og kompetanse for sykepleierne. I teoridelen tok vi for oss PLISSIT-modellen, som et godt verktøy for sykepleierne i samtalen om seksualitet. For at en sykepleier skal kunne anvende modellen på en hensiktsmessig måte, er nok kunnskap, erfaring og kompetanse avgjørende. I studiene til Paulsen et al. (2023) og Vermeer et al. (2015) oppgir flere sykepleiere at de ønsker mer informasjon og opplæring, da de ikke har tilstrekkelig med kompetanse og erfaring (Paulsen et al., 2023; Vermeer et al., 2015). Vi anser dette som en årsak til at sykepleiere unngår å ta opp temaet, eller bare berører det overfladisk.

Det påpekes at erfaring fra tidligere samtaler, er med å bygge selvtillit hos sykepleieren (Sekse et al., 2015, s. 4654). Seksualitet kan være et sensitivt tema å diskutere, derfor vurderer vi det som viktig at sykepleieren har selvtillit. Vi tenker at en selvsikker sykepleier bidrar til å trygge pasienten i samtaler. Pasienten skal få et inntrykk over at seksualitet ikke er tabu å snakke om. Dette kan medføre mer åpenhet rundt egne tanker og problemer. På den andre siden vurderer vi at manglende kompetanse kan føre til en frykt for å si noe feil, og at samtalen kan bli ubehagelig for begge parter. Dette funnet viser oss en potensiell grunn for at sykepleiere ikke tar opp seksuell helse med pasientene, de har rett og slett ikke nok kompetanse.

5.2.2 Sjenanse og usikkerhet rundt et tabubelagt tema

Etter analyse av artiklene har vi fått utvidet forståelse over hvorfor og hvordan sjenanse og usikkerhet kan påvirker samtalen om seksualitet. Gjennom studien til Sekse et al. (2015) viser det seg at det er en spenning mellom sykepleier og pasient når de skal snakke om seksualitet (Sekse et al., 2015, s. 1260). Dette er ikke et godt utgangspunkt for å gjennomføre en intim samtale. Derfor bør sykepleiere tenke gjennom holdningene sine når de snakker med sårbare pasienter. Åpne holdninger kan bidra til å redusere spenningen.

En åpen holdning hos sykepleiere bidrar til at pasienten lettere våger å snakke om følelser og åpne seg opp om intime tema. Det er ofte en vanskelig samtale å starte for begge parter, når en ikke vet hva den andre lurte på. Det er viktig å lytte og kommunisere med hverandre underveis i samtalen. Dersom pasienten selv våger å ta initiativ til samtale, er det viktig at

sykepleier møter pasienten ved deres behov. Vi opplever at sykepleiere som er preget av sjenanse og usikkerhet kan bruke medisinskteknisk språk, siden risikoen for å trække feil er lavere. I resultatdelen kommer det frem at en sykepleier syntes det er vanskelig å ha en intim samtale om de ikke kjenner pasienten og deres holdninger (Vermeer et al., 2015, s. 835). For å utføre samtalen mer som en rutine av spørsmål som er vanskelig å snakke om, kan sykepleier bruke en liste. I slike tilfeller er det svært viktig at sykepleieren ikke henger seg helt opp i listen, men fortsatt ser hver pasient som et enkelt individ med egne behov. Dette kan knyttes opp mot Travelbee sin teori om å se hvert enkelt individ sitt behov (Travelbee, 1999).

5.2.3 Informasjonsbehov

Gjennom vårt arbeid ser vi et tydelig funn knyttet til informasjonsbehovet hos pasientene. Det kommer frem at informasjon knyttet til seksualitet etter behandling er essensielt, men at det ikke alltid blitt gitt (Chow et al., 2021; Sekse et al., 2015). Kreftbehandling kan medføre en rekke seksuelle dysfunksjoner, og påvirke pasientens selvbilde. Pasienter kan kjenne på flere komplekse problemstillinger, der de har behov for psykososial støtte. I studien til Vermeer et al. (2015) forteller en pasient: «that area of the body is associated with so much anxiety and insecurity, while at the same time it is also a source of uncomplicated relaxation and pleasure». Ved slike situasjoner syntes vi det er viktig at pasienter har noen de kan snakke med, ikke bare om det medisinsk-tekniske, men også det psykososiale. Pasienter skal gå fra sykehuset og føle seg sett, hørt og ha nok informasjon om sin seksuelle helse.

Det kan være fristende for sykepleiere å gi ut brosjyrer eller henvise til nettsider, da de sparer tid og unngår en ubehagelig samtale. Vi vurderer at pasientens informasjonsbehov ikke blir tilstrekkelig dekket på denne måten. Ifølge Travelbee (1999) skal sykepleierne se hvert enkelt individ som et unikt menneske, noe som ikke blir gjort denne måten (Travelbee, 1999).

Pasientens behov blir ikke sett og hørt, og de har ikke muligheten til å ta opp sine bekymringer og tanker. Sykepleiere bør ha denne samtalen under gode omstendigheter, med god tid. Ulike hjelpemidler som en sjekkliste eller å bruke PLISSIT modellen kan være hensiktsmessig. PLISSIT modellen gikk vi grundigere innpå i teoridelen, og to av artiklene omtaler denne. Sykepleierne kan bruke nivå en og to, der de kan gi pasienten tillatelse for å snakke om seksuell helse, samt gi enkel og konkret informasjon.

5.2.4 Den gode samtalen under trygge rammer

Den gode samtalen innebærer hvordan pasienten blir ivaretatt under og etter samtale om seksualitet. Det er flere faktorer som kan påvirke kvaliteten på samtalen. Ifølge Paulsen et al. (2023) spiller relasjon en viktig rolle (Paulsen et al. 2023). Ved opparbeidet tillit, følger ofte respekt med, og dette er grunnmuren for en god samtale.

Det kommer frem at pasienter har et informasjonsbehov etter behandling for gynekologisk kreft. Dette behovet kan dekkes ved at pasienten blir sett og hørt som et unikt individ, og at man gir informasjonen de har behov for. Det er viktig at sykepleier ser pasienten og skaper tid og rom for samtale. Gjerne avtale et tidspunkt, der man kan gå på et lydtett rom som et laget for private samtaler, og for eksempel ta en kopp kaffe sammen. En intim samtale egner seg ikke på et firemannsrom, eller dersom sykepleier egentlig ikke har tid til samtalen. Dette kan føre til at pasienten føler seg som en byrde.

Kvinnene i studien til Chow et al. (2021) forteller at kjønnet på sykepleieren påvirker situasjonen. De er mer komfortable i samtale med en kvinnelig sykepleier (Chow et al., 2021). Vi tenker dette kan være fordi kvinnen føler seg nærmere en annen kvinne enn en mann. Kulturmessige årsaker kan føre til at kvinnene ikke vil ha en intim samtale med en annen mann enn sin egen. For vår egen del hadde vi satt pris på å snakke om intime problem med eget kjønn.

Flere pasienter ønsker at sykepleiere tar initiativ til samtale fordi de ikke vet hva de skal spørre om, samtidig som det oppleves flaut. Derfor syntes vi det er hensiktsmessig at sykepleier tar initiativ til samtale, og at pasienten responderer på det som blir formildet. Som Travelbee (1999) forteller er det svært viktig å anerkjenne pasienten som et unikt individ (Travelbee, 1999). Som nevnt i teoridelen, under kommunikasjon, er det viktig at pasienten responderer på initiativet til sykepleieren, samtidig at pasienten er åpen og imøtekommende (Eide & Eide, 2017, s. 35). Pasient og sykepleier må finne en balanse mellom relasjon, ledelse og det å se hverandre under samtalen. Aktiv lytting er viktig, spesielt for pasienten. Vi opplever at god kommunikasjon er helt nødvendig for en god og trygg samtale. Om ikke det blir en flyt i kommunikasjonen, kan pasienten ikke få en god samtale, men heller en ubehagelig opplevelse.

5.3 Konklusjon

Hensikten vår med denne oppgaven var å se nærmere på om kvinner som har gjennomgått behandling for gynekologisk kreft får tilstrekkelig med informasjon, og hvorfor de eventuelt ikke får nok. Artiklene vi har brukt har gitt oss et godt grunnlag for å kunne besvare hensikten. Vi har sett nærmere på informasjonsbehovet hos pasienten, barrierer hos sykepleiere, samt kartlagt forutsetninger for at det skal bli gitt nok informasjon under gode omgivelser. Vi konkluderer med at pasienten ikke får nok informasjon, og at det ikke blir tilrettelagt godt nok for individuelle samtaler.

Det kommer frem at både sykepleiere og pasienter kan synes samtalen rundt seksualitet er ubehagelig, og de kan kjenne på sjenanse. Likevel er det sykepleieren som bør ta opp temaet, men nok kunnskap og kompetanse vil være essensielt. Manglende erfaringer og kompetanse ser vi på som en grunn for at sykepleiere velger å ikke gi informasjon. Det er viktig at sykepleieren ser på sine egne holdninger, og at man ser at en slik samtale er en del av pleien. Erfaringer og kompetanse hos sykepleierne vil kunne minske sjenanse og usikkerhet, både hos pasient og sykepleier.

Vi har også kartlagt en rekke faktorer som må være til stede for at dette skal bli en god samtale. Dette kan være en god relasjon mellom partene og individuelle samtaler. Slike samtaler trenger også forarbeid, som et eget rom, god tid og individuell tilpasset informasjon fra sykepleier. Ved en god samtale ser vi for oss at pasienten vil føle seg tryggere og mer ivaretatt når hun forlater avdelingen.

6.0 ANVENDELSE I PRAKSIS

Vi ser på denne oppgaven som en mulighet for å kunne vise frem vår opplevelse rundt dette temaet. Vi ønsker ikke å kritisere, men vise forståelse for at dette er et vanskelig tema med ulike holdninger og tanker rundt. Gjennom arbeidet vårt har vi sett på ulike faktorer som bør bli satt fokus på, og som kan bidra til forbedring. Det kommer frem at sykepleiere er usikre i samtalen om seksualitet grunnet manglende kunnskap og erfaring. Dette kan forbedres ved at det arrangeres fagdager eller undervisning som tar opp ulike relevante temaer. Temaer her kan være kommunikasjon, seksuell helse, informasjonsbehov og holdninger rundt et tabubelagt tema. Mer kunnskap gir mer trygghet, dette kan medføre at terskelen for å gjennomføre intime samtaler blir lavere.

Kollegaer på arbeidsplassen kan hjelpe hverandre til å bli tryggere i situasjoner som er vanskelige å gjennomføre. Å bruke kollegaer som veiledere bidrar ikke bare til mer kunnskap, men også et bedre arbeidsmiljø. Med kollegaveiledning kan samtaledelen bli til en normal arbeidsoppgave og mindre tabu. En profesjonell sykepleier bør klarer å skille mellom jobb og privatliv, og se på kommunikasjon og samtaler med pasientene som en del av sykepleierrollen. Det kan også i noen tilfeller være viktig å stille krav til kollegaer dersom det gjentatte ganger er svikt rundt samtaledelen. Å våge å si i fra på en vennlig måte eller minne kollegaer på en slik samtale, ser vi på som viktig.

For å sørge for at samtalen om seksualitet blir gjennomført og ikke skjøvet bort, kan et avkryssingsskjema være til hjelp. Dette vil fungere som en sikkerhet for at samtalen blir gjort. Ledelsen kan også bidra til et arbeidsmiljø der en snakker med hverandre. Samt passe på at det er et rom som egner seg til private samtaler. Der en kan være alene og uforstyrret, uten alarmer som ringer og lignende. Dette kan bidra til at pasienten føler seg ivaretatt, noe vi mener en god sykepleier bør tilstrebe.

7.0 REFERANSER

- Chow, K. M., Chan, C. W. H., & Law, B. M. H. (2021). Perceptions of Chinese Patients Treated for Gynaecological Cancer about Sexual Health and Sexual Information Provided by Healthcare Professionals: A Qualitative Study. *Cancers*, 13(7), 1-14. <https://doi.org/10.3390/cancers13071654>
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7.utg.). Gyldendal akademisk.
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: Personorientering, samhandling, etikk* (3.utg.). Gyldendal.
- Fosså, S. D. (2019). *Kreftoverlevende- Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv* (3.utg.). Gyldendal akademisk.
- Friberg, F. (2017). *Dags før oppsats* (3. utg.). Studentlitteratur AB.
- Gamnes, S. (2021). Seksualitet og helse. I Kristoffersen, N. J., Skaug, E.-A., Steindal, S. A., & Grimsbø, G. H (Red). *Grunnleggende sykepleie bind* (4. utgave, Bind 2, s. 530-531). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Gynecological Cancer. *Health Care for Women International*, 36(11), 1255-1269. <https://doi.org/10.1080/07399332.2014.989436>
- Gynkreftforeningen. (2023, 19. april). *Gynekologisk kreft: Oversikt*. <https://www.gynkreftforeningen.no/diagnoser-og-behandling/>
- Helsedirektoratet. (2021, 21. oktober). *Seksuell helse: Oversikt*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/sectorrapport-om-folkehelse/sunne-valg/seksuell-helse>
- Jerpseth, H. (2016). Sykepleie ved gynekologiske sykdommer. I Stubberud, D- G., Grønseth, R. & Almås H. (Red.), *Klinisk sykepleie* (5. utg., Bind 2, s. 133). Gyldendal akademisk.
- Kreftforeningen. (2023, 15. august). *Hva er kreft?: Oversikt*. <https://kreftforeningen.no/om-kreft/hva-er-kreft/>
- Langhelle, T. H., Paulsen, A., Kjellaug, A., Sekse, R. J. T. (2021). Sykepleiere kan hjelpe pasientene til bedre seksuell helse. *Sykepleien*, 109(83207), 1890-2936. <https://sykepleien.no/fag/2021/01/sykepleiere-kan-hjelpe-pasientene-til-bedre-seksuell-helse>
- 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*, 4648-4659 <https://doi.org/10.1111/jan.15755>
- Paulsen, T. M., Hårberg, G. B. (2020, 4. mars). *Hva betyr kommunikasjon?* NDLA. <https://ndla.no/article/6363>
- Reitan, A-M. & Schjølberg, T. K. (2017). *Kreftsykepleie. Pasient-Utfordring-Handling* (4.utg.). Cappelen Damm akademisk
- Sekse, R.T, Råheim, M., & Gjengedal, E. (2015). Shyness and Openness - Common Ground for Dialogue Between Health Personnel and Women about Sexual and Intimate Issues After
- Svartdal, F. (2023, 10. januar). *Fagfelle vurdering*. Store norske leksikon. <https://snl.no/fagfelle vurdering>
- Søk & Skriv. (2023, 3. november). *IMRaD-modellen: Oversikt*. <https://www.sokogskriv.no/skriving/imrad-modellen.html>
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendal Akademisk.
- Vermeer, W. M., Bakker, R. M., Stiggelbout, A. M., Creutzberg, C. L., Kenter, G. G. & ter Kuile, M. M. (2015). Psychosexual support for gynecological cancer survivors: professionals' current practices and need for assistance. *Supportive Care in Cancer*, 23, 831-839. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2433-7>

8.0 VEDLEGG

8.1 Vedlegg 1: litteratormatrise

Forfattere, årstall, tittel	Tema	Hensikt	Perspektiv	Metode
<p>Willemijn M. Vermeer, Rinske M. Bakker Anne M. Stiggelbout Carie L. Creutzberg Gemma G. Kenter & Moniek M. Ter. Kuile</p> <p>2015</p> <p><i>Psychosexual support for gynecological cancer survivors: professionals' current practices and need for assistance</i></p>	<p>Hvordan helsepersonell gir psykoseksuell støtte til kvinner som har overlevd gynekologisk kreft.</p>	<p>Kartlegge helsepersonells opplevelser og hindringer knyttet til å tilby psykoseksuell støtte til pasienter med gynekologisk kreft og avdekke behovet for ytterligere opplæring på dette område.</p>	<p>Sykepleierperspektiv</p>	<p>Kvalitativ studie</p> <p>Semistrukturerte intervjuer med helsepersonell</p>
<p>Ragnhild J. T. Sekse, Målfrid Råheim & Eva Gjengedal</p> <p>2015</p> <p><i>Shyness and openness-common ground for dialogue between health personnel and women about sexual and intimate issues after gynecological cancer</i></p>	<p>Dialog mellom helsepersonell og pasienter som har gjennomgått gynekologisk kreft. Fokus på seksuell helse, med sjenanse og åpenhet som grunnleggende faktorer.</p>	<p>Belyse hvordan kvinner opplever seksualitet og intimitet etter behandling for gynekologisk kreft, med fokus på dialog med helsepersonell.</p>	<p>Pasientperspektiv</p>	<p>Kvalitativ studie</p> <p>Intervjuer med 16 norske kvinner.</p>
<p>Anita Paulsen, Ingvild Vistad & Liv Fegran</p> <p>2023</p> <p><i>Nurse-patient sexual health communication in gynaecological cancer follow-up: a qualitative study from nurses perspectives</i></p>	<p>Kommunikasjon om seksuell helse mellom sykepleiere og pasient.</p>	<p>Formålet er å belyse hvordan sykepleiere med opplæring i seksuell helse kommuniserer med kvinner i gynekologisk kreft oppfølging.</p>	<p>Sykepleierperspektiv</p>	<p>Kvalitativ studie</p> <p>Individuelle semistrukturerte med 10 sykepleiere på norske sykehus</p>
<p>Ka Ming Chow, Carmen W. H. Chan & Bernard M. H. Law</p> <p>2021</p> <p><i>Perceptions of Chinese patients treated for gynaecological cancer about sexual health and sexual information provided by healthcare professionals: a qualitative study</i></p>	<p>Kinesiske kvinners opplevelse av seksuelle dysfunksjoner etter gjennomgått behandling for gynekologisk kreft, og hvordan problemene kunne løses etter deres mening.</p>	<p>Hensikten er å få innsikt i hvordan kvinnenes problemer kan løses ved at sykepleiere tilrettelegger og tar initiativ til samtale om seksualitet.</p>	<p>Pasientperspektiv</p>	<p>Kvalitativ studie</p> <p>Individuelle semistrukturerte med 21 kvinner</p>

Kandidatnummer: 1686 & 1687

8.2 Vedlegg 2: søkelogg

Søkedato	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensing	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Antall valgte artikler
06.11.2023	Pubmed	- Information - Sexual health - Gynecological cancer - Nurse	2014-2023 Full text	17	8	4	1
06.11.2023	Pubmed	- Sexual health - Nursing - Gynecological cancer - Information	2013 – 2023 Full text	48	8	3	0
06.11.2023	Cinahl	- Gynecological cancer - Information - Hospital	Full text Peer reviewed 2013 – 2023	29	4	2	0
08.11.2023	British nursing index	- Communication - Sexuality - Gynecological cancer - Nurse	Peer reviewed 2013 – 2023	46	5	2	0
9.11.2023	Cinahl	- Gynecological cancer - Conversation - Sexuality	Full text Peer reviewed 2013 – 2023	2	1	1	0
09.11.2023	Pubmed	- Nurse - Communication - Sexual health - Gynaecological cancer	Full text 2013 – 2023	14	3	1	1
09.11.2023	Cinahl	- Information - Gynecological cancer - Nurse or nurses or nursing - Knowledge or education or understanding or awareness	Peer reviewed 2013-2023	14	4	2	1
10.11.2023	Pubmed	- Gynecological cancer - Conversation - sexuality	Full text 2013 – 2023	24	7	4	0
11.11.2023	Cinahl	- Gynecological cancer - Sexuality - Information or knowledge or dialogue	Peer reviewed 2013 – 2023	26	5	3	1
11.11.2023	Cinahl	- Nurse or nurses or nursing - Sexual health - Gynecological cancer	Full text Peer reviewed 2013 – 2023	2	0	0	0
11.11.2023	Pubmed	- Gynecological cancer - Information - Sexual health - Hospital - Patient	Full text 2013 – 2023	92	6	2	0