

# **BSYBAC**

## **Bacheloroppgave i Sykepleie**

«Hvordan kan samtale om seksualitet inngå som en integrert del av sykepleien til pasienter som har gjennomgått gynekologisk kreft?»

«How can conversation about sexuality be included as an integral part of nursing for patients who have undergone gynecological cancer?»

Kandidatnummer: 6250 og 6167



---

Universitetet  
i Stavanger

**Det helsevitenskapelige fakultet**  
**Bachelor i Sykepleie**

*Stavanger, 12.05.2021*



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

*Antall ord: 10 187*

## **Sammendrag**

### *Bakgrunn*

Om lag 1500 kvinner blir diagnostisert med gynekologisk kreft hvert år i Norge. Flere lever med plager og senkomplikasjoner som følge av gynekologisk kreft og behandlingen av den. Pasienter ønsker et større fokus rundt emnet og etterlyser informasjon om kreft og behandlingens påvirkning på den seksuelle helsen. Helsepersonell har et lovpålagt ansvar å ivareta pasientenes helhetlige behov, men til tross for denne plikten viser det seg at dette sjeldent blir gjort. I denne studien ønsker vi å undersøke hva som gjør at sykepleierne ikke tar opp temaet i møtet med pasienter med gynekologisk kreft.

### *Hensikt*

Hensikten med oppgaven er å få en dypere forståelse for dagens praksis når det gjelder samtalen om seksualitet i møte med pasienter med gynekologisk kreft. Vi ønsker med dette å få frem hva som må til for at pasienten skal oppleve å bli møtt av sykepleiere som ivaretar denne funksjonen.

### *Metode*

For å besvare vår oppgave har vi benyttet oss av litteraturstudie som metode. Resultatene fra de valgte forskningsartiklene, relevant faglitteratur og egne refleksjoner utgjør grunnlaget for besvarelsen i vår bacheloroppgave.

### *Resultater*

Resultatene fra de utvalgte studiene viser at sykepleierne er usikre på hvem som har ansvaret for å snakke med pasienter om seksuelle problemer. De trekker frem mangel på ansvarsavklaring, dårlig tilrettelagte fasiliteter for å kunne gjennomføre samtalen uforstyrret, og mangel på tid. I tillegg rapporteres det om mangel på kunnskap, utdanning og erfaring som gjør sykepleierne usikre. Vi mener derfor at sykepleierne har behov for bedre rutiner, økt kunnskap, trygghet og bevisstgjøring for egne holdninger og tanker i møte med pasientgruppen.

Nøkkelord: Nurse, nursing, nurser, communication, sexual health, sexual needs, cancer

## Innholdsfortegnelse

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1.0 Innledning</b> .....   | <b>3</b>  |
| 1.1 Bakgrunn for valg av tema .....   | 3         |
| 1.2 Problemformulering.....   | 3         |
| 1.3 Hensikt.....  | 4         |
| <b>2.0 Teorikapittel</b> .....  | <b>5</b>  |
| 2.1. Hva er seksualitet?.....   | 5         |
| 2.2 Hva er gynekologisk kreft? Hvilke konsekvenser kan sykdommen og behandlingen gi?..... | 5         |
| 2.3 Sykepleiers funksjon og relevant lovverk.....   | 6         |
| 2.4 Aktuell sykepleieteori.....   | 7         |
| 2.5 Sykepleiers verktøy i samtale om seksualitet .....                                    | 8         |
| 2.6 Informerende ferdigheter .....  | 10        |
| <b>3.0 Metodekapittel</b> .....   | <b>11</b> |
| 3.1 Hva er metode? .....  | 11        |
| 3.2 Søkeprosessen .....   | 11        |
| 3.2.1 Valg av strategi.....   | 11        |
| 3.2.2 Valg av databaser.....  | 12        |
| 3.2.3 Valg av søkeord.....  | 12        |
| 3.2.4 Valg av artikler .....  | 13        |
| 3.3 Analyse av artikler .....   | 13        |
| <b>4.0 Resultater</b> .....   | <b>15</b> |
| 4.1 Manglende ansvarsavklaring og rutiner for samtalen om seksualitet .....               | 15        |
| 4.1.1 Uklart ansvarsforhold og ansvarsfraskrivelse .....                                  | 15        |
| 4.1.2 Mangel på tid .....   | 16        |
| 4.1.3 Mangel på kontinuitet fører til svekket relasjon.....                               | 17        |
| 4.1.4 Mangel på fasiliteter for samtalen.....   | 17        |
| 4.2 Sykepleiers usikkerhet.....   | 17        |
| 4.2.1 Antakelser om pasientens forhold til seksualitet.....                               | 17        |
| 4.2.2 Mangel på kunnskap og erfaring .....  | 18        |
| 4.2.3 Sykepleiers følelser knyttet til deres ansvarsområde .....                          | 19        |
| <b>5.0 Diskusjon</b> .....  | <b>20</b> |
| 5.1 Metodediskusjon .....   | 20        |
| 5.2 Diskusjon av resultater .....   | 22        |
| <b>6.0 Anvendelse i praksis</b> .....   | <b>30</b> |
| <b>Litteraturliste</b> .....  | <b>31</b> |
| <b>Vedlegg 1.</b> .....   | <b>33</b> |

## 1.0 Innledning

I Norge diagnostiseres årlig rundt 1500 kvinner med gynekologisk kreft.(Almås et al., 2010, s.36) Samtidig lever flere kvinner med senskader som følge av gynekologisk kreft og dens behandling. En kreftdiagnose og behandlingens konsekvenser kan påvirke den seksuelle helsen både fysisk, psykisk og sosialt. I denne sammenheng viser forskning at kvinner etterspør initiativ hos helsepersonell til å snakke om de senskader og endringene i livet, som kan forekomme i etterkant av behandling av gynekologisk kreft (Hoel et al, 2021, s.1) I 2016 utarbeidet helsedirektoratet en strategiplan for å fremme den seksuelle helsen i den norske befolkningen. Planen skal gå over fem år og omfatter ulike delmål. Et av disse målene er spesielt aktuelt for vår oppgave. Det er «å sikre at helsepersonell respekterer og forstår pasientens seksuelle behov.» (Helsedirektoratet, 2017).

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Vi har erfaring som kommer fra vår tid i praksis på sengeposter, der vi opplever at samtalen er fraværende men nødvendig. Dette er våre tanker basert på undervisningen vi har hatt om emnet på studiet. Vi ønsker med denne oppgaven å tilegne oss mer kunnskap, for å selv kunne møte denne pasientgruppen på best mulig måte i vår egen yrkesutøvelse etter endt sykepleierutdanning. Etter den erfaringen vi har gjort oss i praksis stiller vi oss undrende til hvorfor sykepleiere har vanskelig for å snakke om seksualitet med pasienter som har gjennomgått gynekologisk kreft og behandlingens effekt på seksuallivet. Deretter drøfte hvordan samtaler om seksualitet kan innføres som en integrert arbeidsoppgave hos sykepleiere i møtet med denne pasientgruppen.

### 1.2 Problemformulering

Hvordan kan samtale om seksualitet inngå som en integrert del av sykepleien til pasienter som har gjennomgått gynekologisk kreft?

### 1.3 Hensikt

Hensikten med oppgaven er å få en dypere forståelse for dagens praksis i samtaler om seksualitet i møte med pasienter med gynekologisk kreft. Vi ønsker med dette å få frem hva som må til for at pasienten skal oppleve å bli møtt av sykepleiere som ivaretar denne funksjonen.

## 2.0 Teorikapittel

I dette kapittelet vil vi definere hva vi legger i begrepet seksualitet, og beskrive hvordan gynekologisk kreft og kreftens behandling, kan påvirke den seksuelle helsen til denne pasientgruppen. Vi vil trekke frem sykepleiers rolle og ansvar, samt presentere relevant lovverk. Videre vil vi beskrive to ulike verktøy som kan benyttes i samtale om seksualitet i møte med pasientene. Avslutningsvis vil vi beskrive Kari Martinsens omsorgsfilosofi med hovedfokus på personorientert profesjonalitet og Joyce Travelbee mellommenneskelige aspekter.

### 2.1. Hva er seksualitet?

Gamnes beskriver seksualitet som et begrep som knyttes til de ulike aspektene ved det å være en seksuell person. For å lettere kunne forstå hva som menes med seksualitet kan en trekke frem seksualitetens seks R'er, som beskrevet i Almås og Benestad 2006 (Kristoffersen et al., 2012, s.73) De seks R'ene står for begrepene relasjon, respekt, relaksasjon, rekreasjon, rehabilitering og reproduksjon som viser flere sider av hvordan en kan se og forstå seksualitet og seksuell helse som. For å oppsummere seksualitet viser det seg å være et sammensatt fenomen som tar for seg menneskets fysiske, psykiske, sosiale, åndelige og kulturelle forhold. (Kristoffersen et al., 2012, s.72-73) Det er viktig å tenke på at seksualitet er noe som angår alle mennesker uavhengig av alder og livssituasjoner. Det sies at fundamentet for et godt seksuelt liv og god livskvalitet bunner i et godt forhold til egen seksualitet og gjennom god relasjon til andre mennesker. (Kristoffersen et al., 2012. s73)

### 2.2 Hva er gynekologisk kreft? Hvilke konsekvenser kan sykdommen og behandlingen gi?

Gynekologisk kreft er i følge Jerpseth kreft som er lokalisert i de kvinnelige kjønnsorgan. Det kan være kreft i for eksempel eggstokkene, egglederne, livmoren, livmorhalsen, skjeden og området rundt skjedeåpningen. Behandlingen av kreft i underlivet avhenger av type kreft. De vanligste behandlingsformene ved gynekologisk kreft er stråleterapi, cellegift, hormonbehandling og kirurgi. (Almås et al., 2010, s.36) I de tilfeller hvor pasientene gjennomgår kirurgisk fjerning av livmor eller livmorhalsen vil det utgjøre en fysiologisk endring på pasientens underliv. Skjeden vil kunne føles annerledes som følge av at den etter

operasjon vil bli kortere. (Almås et al., 2010, s. 38) Pasientene som har behov for stråleterapi kan oppleve at skjeden er mindre elastisk, og som føles sår og tørr. Stråling som er utført i nedre del av bekkene kan i tillegg føre til arrdannelse og sammenvoksinger øverst i skjeden. Dette kan føre til store problemer ved samleie. Dersom kvinnen har kreft i eggstokkene og har behov for å kirurgisk fjerne de, vil kvinnen komme i overgangsalderen. Blødningsforstyrrelser, hetetokter og forandringer i genitaliene er vanlige fysiologiske plager kvinnen gjennomgår som følge av overgangsalderen. (Almås et al., 2010, s.38) Ved å fjerne eggstokker og livmor er det også viktig å nevne at kvinnen mister sin fertilitet. Underlivskreft og behandlingens påvirkning på den seksuelle helsen innebærer for mange endret selvbylde. Plagene det fører med seg viser seg å prege følelsen av å kjenne seg lite verdifulle ovenfor sin seksuelle partner og seg selv. (Almås et al., 2010, s. 38)

### 2.3 Sykepleiers funksjon og relevant lovverk

Gannes beskriver at sykepleiere har liten erfaring i innhenting av data angående pasienters seksuelle helse og behov. (Kristoffersen et al., 2012, s.99) Dette kan skyldes at det fremdeles er få som reagerer på at seksuelle problemer ikke blir tatt opp, da det blir ansett å være en privatsak. Det er sykepleier som har ansvar for å sette pasientens seksuelle behov i fokus som en del av den helhetlige omsorgen vi som sykepleiere skal utøve i pleien ovenfor pasientgruppen. (Kristoffersen et al., 2012, s.71) For å kunne møte pasienter med seksuelle utfordringer som følge av gynekologisk kreft på best mulig måte må sykepleier være faglig kompetent og ha den nødvendige kunnskapen og ferdighetene som skal til for å kunne møte pasienter med omsorg og emosjonell, praktisk og sosial støtte. (Almås et al., 2010, s. 38) Sykepleiers veiledende funksjon knyttes til det å gi pasienten nødvendig informasjon. Som bidrar til forståelse av egen sykdom og behandling for å kunne ta valg om egen kropp og helse. (Kristoffersen et al., 2012, s.19) Ved nødvendig kunnskap og forståelse for egen situasjon kan det være med på å begrense pasientens omfang av belastninger, og som dermed viser sykepleiers lindrende funksjon. Det å sette av tid, ta initiativ til å ta opp samtale rundt seksualitet, henvise til lege og eventuelt iverksette behandlingstiltak som er forordnet fra lege, vil være eksempler på sykepleiers behandlende funksjon. (Kristoffersen et al., 2012, s.18)

Det finnes ulike lover som regulerer sykepleiers yrkesutøvelsen. For å belyse problemstillingen for oppgaven vår velger vi å presentere noen av de lovene som er fremtredende for vår drøfting i oppgaven. Blant disse trekker vi frem helsepersonelloven og pasient og brukerrettighetsloven. Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 har pasienter en lovfestet rett til å få informasjon om behandlingens konsekvenser for seksuallivet. Denne informasjonen skal pasienten få uten å selv måtte ta initiativ eller kreve informasjonen. (Molven, 2012, s.30) Denne loven er for sykepleiere regulert av helsepersonelloven §10 som omhandler sykepleiers plikt til å gi nødvendig informasjon. (Molven, 2012, s.29)

I sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer punkt 1.3 – 1.5 trekkes det frem at sykepleierens personlige ansvar for at egen praksis skal være faglig, etisk og juridisk forsvarlig. Det er hver enkelt sykepleiers ansvar å holde seg faglig oppdatert om forskning og utvikling som er med på å bidra til ny kunnskap som kan anvendes i praksis. Det kommer i tillegg frem i punkt 1.5 at leder skal tilrettelegge ved å skape rom for refleksjon og fagutvikling. (Norsk sykepleierforbund, 2019). Med denne forståelsen av lovverket forventes det at sykepleiere som jobber med pasienter som har eller har hatt gynekologisk kreft skal inneha den kunnskapen som trengs for imøtekomme pasientens helhetlige behov. Like viktig er det å vite om samtaleverktøy, hjelpemidler og medikamenter som kan ha en positiv innvirkning på pasientenes seksuelle problemer. Tolker vi lovverket riktig så er sykepleiere ansvarlig til å innhente den nødvendige kunnskapen i møte med pasientene.

Helt til slutt må vi trekke frem taushetsplikten som er beskrevet i helsepersonelloven §21 som har til hensikt å hindre spredning eller tilgang av private opplysninger. (Molven, 2012, s.30)

## 2.4 Aktuell sykepleieteori

Sykepleieteorier er teorier utviklet av mennesker som har satt ord og begreper på ulike fenomener og tilnærminger. Den er veiledende for sykepleie praksisen og klargjør fokuset i sykepleie og definerer hva som er sykepleie. (Kristoffersen et al.,2012, s.208). I dette kapitlet har vi spesielt hentet ut sykepleieteorier av Kari Martinsen, som vi har sett som aktuelle for vår problemstilling. Vi har også presentere teori fra Joyce Travelbee.

Kari Martinsen er en norsk omsorgsfilosof med et langt forfatterskap. Kari Martinsen er aktuell i debatter som angår sykepleie og kunnskapsutvikling. Nevneverdig er hennes tanke



rundt relasjoner som fundamentale i menneskers liv (Kristoffersen et al. 2012, s.249) I vår oppgave ønsker vi å sette søkelys på hennes teorier rundt personorientert profesjonalitet. Martinsen mener at det å være profesjonell ikke trenger å stå i motsetning til å være personlig. Hun ønsker å skille mellom personlig og privat, mellom følelser for den andre og føleriet. (Martinsen, 2002, s.12) I sammenheng med den profesjonaliteten som beskrevet, legger Martinsen trykk på den personorienterte profesjonaliteten som en veksling mellom å se det lidende mennesket, og å spørre etter faglig kunnskap som gir mulighet til nettopp det, å se det lidende mennesket. (Martinsen, 2002, s.12). Som en forutsetning for å beherske den personorienterte profesjonalitet må sykepleier våge å være menneske, å la den andre tre frem og la pasienten stå i fokus. I tillegg til profesjonaliteten vektlegger Martinsen «livets skole» som essensiell for sykepleieutøvelsen. Gjennom erfaringer tilegner vi oss kunnskap, som hun beskriver som en erfarings basert kunnskap. Det legges vekt på den erfarings baserte kunnskapen som grunnleggende kunnskapsform. (Kristoffersen et al, 2012, s.257)

Joyce Travelbee er en sykepleieteoretiker med teorier som har hatt stor innvirkning på sykepleierutdanningen slik vi kjenner den i Norge i dag. (Kristoffersen et al., 2012, s.213) Hennes oppmerksomhet er spesielt rettet på sykepleiers terapeutiske bruk av seg selv og dannelsen av et menneske- til- menneske forhold som er et forhold som skapes mellom sykepleier og pasient. Dette forholdet skapes når personene trer ut av sine roller og ser hverandre som to unike mennesker. (Kristoffersen et al.,2012,s.219). Å terapeutisk bruke seg selv handler om å opptre på en hensiktsmessig måte i møte med pasienter. Det forutsetter at enn er bevisst seg selv og ens holdning i møte med pasientene. Terapeutisk bruk av seg selv innebærer den virkningen enn har i møte med pasienter som er med på å lindre eller minske ubehag. (Kristoffersen et al.,2012,s.222)

## 2.5 Sykepleiers verktøy i samtale om seksualitet

Som nevnt innledningsvis i oppgaven kommer det frem i Helse og omsorgsdepartementets strategiplan for seksuell helse at temaet seksualitet og seksuell helse i liten grad blir tematisert. Sykepleiers manglende kunnskap, bevissthet og oppmerksomhet rundt problematikken fører til at seksualitet usynliggjøres. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 26) For å lettere kunne snakke om seksualitet er det utviklet to ulike samtaleverktøy for helsepersonell som skal være et godt utgangspunkt når en er i kontakt med pasienter med seksuelle utfordringer. Disse verktøyene kalles PLISSIT og BETTER. Vi vil her gi en

innføring i disse verktøyene.

PLISSIT-modellen har som hensikt å gi informasjon om hvem som har behov for seksuell rådgivning, og samtidig si noe om hvilke kunnskap og kompetanse som trengs for å kunne hjelpe ved de ulike behovene pasientene kan ha. (Kristoffersen et al., 2012, s. 86-87)“PLISSIT er et bokstavord for Permission(P), Limited Information(LI), Specific Suggestions(SS), Intensive Therapy(IT)”(Kristoffersen et al, 2012, s.87). Modellen er en pyramidefremstilling som skal symbolisere behovet for informasjon og hjelp i forbindelse med seksuelle utfordringer fra lavt nivå til høyt nivå. Det laveste nivået representerer da den pasientgruppen som har de minst omfattende problemområdene og som stiller minst krav til kunnskap til å behandle problemene. Permission står for tillatelse og legger til grunn at pasientene skal få en opplevelse om at det er greit å diskutere både intime og seksuelle problem med behandler. Dette er viktig for å kunne avklare pasientens behov for støtte og veiledning som ville være nødvendig for å imøtekomme pasientens behov. Det stilles ingen krav om utdanning på dette nivået av modellen. Noe av hensikten i dette trinnet er å vise pasienten at seksualitet er en naturlig del av livet for alle mennesker i alle livssituasjoner. For å trekke frem et eksempel vil det å synliggjøre temaet med for eksempel bilder og informasjonsbrosjyrer i en sengepost bidra til å signalisere til pasientene at dette er tillatt å snakke om. Steg nummer to av pyramiden står for begrenset informasjon. Det innebærer ofte generell informasjon og er ofte helt enkel og konkret, samtidig som den skal kunne besvare pasientens utfordringer og bekymringer rundt sine seksuelle problemer. (Kristoffersen et al., 2012, s.87). Det forventes at sykepleier skal kunne håndtere de to nederste trinnene av PLISSIT modellen. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s.26) Tredje steg i tabellen står for spesifikke forslag. Her har pasienten behov for tilpasset informasjon og behandling spesielt for den enkelte på et individnivå. Pasienter med gynekologisk kreft kan eksempelvis få informasjon om samleiestillinger eller råd om glidemiddel i forbindelse med samleie. På dette behandlingsnivået er kravet til behandler mer enn hva den grunnleggende utdanningen i sykepleie kan gi. (Kristoffersen et al., 2012, s.87) Det forventes at behandler har kunnskap om rådgivning og kjennskap til flere løsninger på problemene. Helt til slutt har vi intensiv terapi. Dette innebærer at pasienten har behov for et spesialisert behandlingstilbud for å behandle alvorlig seksuelle utfordringer hos pasienten som krever spesialkompetanse innen psykoterapi og eller sexologi. (Kristoffersen et al., 2012, s.87) Et av de nyeste samtaleverktøyene som er utarbeidet for helsepersonell er BETTER-modellen. BETTER står for følgende; “Bring up the topic”, “Explain that sex is a part of life”, “Tell patients that resources are available to address

their concerns”, “Timing of interventions”, “Educate patients on sexual adverse effect of treatment”, og “record all assessments and interventions in the medical record.” (Bilkstad, Falck- Koslung & Tshudi-Madsen, 2020, s. 5-7) Hensikten med modellen er å legge føring for hvordan helsepersonell kan ta opp samtalen som følge av en strukturert, utformet modell. Som en beskrivelse av modellen legger den føring for at helsepersonell skal starte med å ta opp temaet for å bidra til å normalisere det å snakke om seksualitet. Sykepleieren blir oppfordret til å forklare pasientene om naturlige problemer og bekymringer pasienten kan stå ovenfor i møte med både sykdom og behandlingens påvirkning på den seksuelle helsen. Ved å komme med informasjon til pasienter bevisstgjør sykepleieren pasienten om at hen ikke er alene i opplevelsen. Samtidig legger sykepleieren føring for videre samtale ved å ta temaet opp og normalisere det. Å kartlegge pasientens ressurser ut fra pasientens behov for veiledning, råd og støtte er neste trinn. Sykepleierens rolle kan være å informere pasienten om tilgjengelig ressurser eller henvise til noen som er mer kompetent i å møte eventuelle problemer de måtte ha med sin seksuelle helse. Hvordan man tar opp temaet har mye å si for modellens fjerde punkt som er timing av intervensjoner. Ved å være seg bevisst på hvordan en legger frem eller innleder til samtale kan være avgjørende. Et eksempel på hvordan en kan ta opp seksualitet vil være i en inntakssamtale på sykehuset. Ved å integrere samtalen som en del av den helhetlige omsorgen normaliseres temaet. Modellens femte punkt handler om pasientens rett til informasjon om diagnose og behandling, samt hvilke konsekvenser som kan medføre som følger av dette. Til slutt beskriver modellen viktigheten av sykepleierens dokumentasjon av nødvendige opplysninger. (Bilkstad et al., 2020, s.5-7)

## 2.6 Informerende ferdigheter

Behov for samtale etter gjennomgått sykdom kan være varierende fra person til person. Det kan inneholde informasjon eller ny kunnskap om ulike forhold. Ifølge Eide og Eide er informasjon og veiledning en av de viktigste arbeidsoppgaver sykepleier har der det angår kommunikasjon, og den gode samtalen er avhengig av at det skjer på pasientens egne premisser. Sykepleiers oppgave i de informerende ferdigheter er ifølge Eide å tilstrebe at informasjonen er nødvendig, forståelig, i et godt samarbeid med pasienten, for å kunne identifisere videre mål eller videre dialog med pasienten. (Eide & Eide, 2010, s.292)

## 3.0 Metodekapittel

### 3.1 Hva er metode?

I denne delen av oppgaven vil vi ta for oss hva vi har valgt som metode og hvorfor denne type datainnsamling besvarer vår problemstilling på best mulig måte. Vi vil også presentere avgrensinger som er gjort i litteratursøket, og hvilke søkeord som er blitt brukt for å finne de beste artiklene til å underbygge vår oppgave.

Metode er et verktøy og en fremgangsmåte man bruker for å systematisk innhente relevant informasjon som kan lede til ny kunnskap om et emne. (Dalland, 2015, s. 111) Med ordet metode menes en bestemt metode som eksempel et intervju, observasjon eller spørreskjema. (Friberg, 2017, s.114). Metoden kan underbygge, fremskaffe eller etterprøve ny eller kjent kunnskap. (Dalland, 2015, s. 111) Valg av metode vil avhenge av hvilke data som er nødvendig å innhente til det vi ønsker å undersøke. Vår oppgave er ifølge Fribergs metode en litteraturbasert oppgave. Det innebærer at vi sammenstiller funnene fra de ulike vitenskapelige forskningsartiklene. Hensikten med denne metoden er å komme frem til en ny helhet og kunnskap om et gitt emne. (Frieberg, 2017, s.135)

Vi mener oppgaven vår besvares best med bruk av kvalitativ metode. Denne sikter seg inn på å fange opp materiale fra samtale, observasjoner eller tekst og skal gi informasjon om meninger og opplevelser. Denne metoden viser seg å være gunstig for å få en dypere forståelse av menneskelige fenomener. (Dalland, 2015, s. 113) Det skilles mellom primær og sekundærdata. Sekundærdata er det vi har brukt i vår oppgave. «Sekundærdata er datakilder som allerede eksisterer.» (Sundbye & Nisted, 2017). Da hensikten i oppgaven vår er å finne ut av hva som gjør at sykepleiere unngår samtale om seksualitet med kreftpasienter er det en subjektiv beretning sykepleieren beskriver. Vi mener på dette grunnlag at oppgavens hensikt og problemstilling blir best besvart ved bruk av kvalitativ forskningsmetode.

### 3.2 Søkeprosessen

#### 3.2.1 Valg av strategi

For å finne relevante forskningsartikler til å besvare vår problemstilling har vi benyttet oss av litteratursøk i ulike databaser. Til å starte med foretok vi et innledende informasjonssøk for å bli kjent med ulike databaser, søkeord og for å finne fremgangsmåten vi personlig foretrakk

som følge av resultatene det gav oss. (Friberg, 2017, s. 61) Dette ga oss grunnlag for å gå videre til det egentlige informasjon søket, og som til slutt resulterte i de utvalgte artiklene som ligger til grunn for oppgaven vår. For å besvare vår problemstilling på best mulig måte har det vært nødvendig å benytte seg av flere ulike informasjonskilder. I tillegg til de vitenskapelige artiklene har relevant sykepleieteori og annen faglitteratur blitt benyttet. Relevant faglitteratur er med å belyse ulike perspektiver og forståelse av tematikken og vil være viktig i drøftingsdelen av oppgaven.

### 3.2.2 Valg av databaser

Gjennom studietiden har vi fått kjennskap til ulike databaser som er tilgjengelige for oss gjennom biblioteket ved Universitet i Stavanger. Da vi skulle foreta litteratursøk anså vi det som hensiktsmessig å bruke databasene som var knyttet til helse og sosialfag. Blant disse brukte vi databasene Idunn, SveMed+, Cinahl og Medline. De ulike databasene har til felles å inneholde ulik litteratur og referanser om sykepleie, medisin og tilgrensede fag. Vi startet våre søk i databasene Idunn og SveMed+ som i all hovedsak tar for seg skandinaviske forskningsartikler. Vi ønsket å se på hva som var tilgjengelig av relevant forskning for vår oppgave, som var skrevet på både norsk og svensk. Vi forsøkte forskjellige søkestrategier uten gode resultater og vi endte opp med å utelukke både Svemed+ og Idunn i videre søk etter relevant forskning. Cinahl og Medline er databaser som refererer til engelskspråklig litteratur om sykepleie. Gjennom systematisk søk i de sistnevnte databasene fikk vi flere gode resultater som vi anså som relevant til å kunne besvare vår problemstilling.

### 3.2.3 Valg av søkeord

For å finne relevante forskningsartikler var det nødvendig å avgrense søket ved hjelp av relevante søkeord og avgrensninger. Valg av søkeord og avgrensninger ble avgjørende for hvilke funn vi fikk i de ulike databasene. Hensikten med søket var å finne vitenskapelige artikler sett fra sykepleier perspektiv med bakgrunn i hvorfor sykepleiere unnlater samtale om seksualitet med pasienter som har gjennomgått gynekologisk kreft. Vi anså det som naturlig å bruke engelske søkeord da vi brukte Medline og Cinahl som søkedatabase. Søkeordene «nurse», «cancer», «sexual health» «sexual needs» og «communication» ble vurdert som relevante søkeord for å finne artiklene. Alle de tre utvalgte artiklene vi har anvendt i vår oppgave kommer av samme søk med bruk av følgende søkeord og kombinasjon: (Sexual

needs or sexual health) AND cancer AND (nurse, nurser, nursing). Med denne søkekombinasjonen kom vi frem til 150 artikler. 22 av artiklene var publisert i Medline, og 128 i Cinahl.

#### 3.2.4 Valg av artikler

Som følge av søkemetoden hvor vi benyttet de utvalgte søkeordene og avgrensningene fikk vi som nevnt 150 treff. Ettersom vi søkte i to ulike databaser, sto vi igjen med 141 artikler etter å ha sett på duplikater. Vi gjennomgikk de treffene og vurderte om tittel hadde relevans for hensikten til oppgaven vår. Ønsket vårt var å finne artikler som var sett fra sykepleier perspektiv, og som belyser årsaker til hvorfor sykepleiere unnlater å snakke med pasienter om seksualitet. På bakgrunn av det ble det naturlig å ekskludere artikler som omhandlet blant annet menn og prostata, artikler fra et pasientperspektiv og artikler som ikke omhandlet gynekologisk kreft. Etter å ha gått gjennom titlene på de 141 artiklene og ekskludert relevansen til artiklene som følge av eksklusjonskriteriene, som nevnt over, stod vi igjen med 15 artikler. Videre leste vi gjennom artiklenes sammendrag for et dypere innblikk i hva som kommer frem av funn som kunne støttet opp under det vi ønsket å undersøke. Tre artikler vurderte vi som passende og leste så artiklene i sin fulle tekst.

Etter å ha foretatt en helhetlig vurdering av artiklenes relevans og kvalitet endte vi opp med å inkludere tre vitenskapelige artikler i litteraturstudien vår. To artikler er hentet fra Cinahl og en artikkel fra Medline. De utvalgte artiklene tilfredstilte våre inklusjonskriterier og vi anså artiklene som relevant for å belyse vår problemstilling

#### 3.3 Analyse av artikler

Vi startet analysearbeidet ved å lese grundig gjennom de utvalgte artiklene slik at vi hadde god kjennskap til stoffet, og med det forsikret oss om at vi hadde forstått innholdet i artiklene. For å strukturere arbeidet vårt valgte vi å lage en oversiktstabell over vår tolkning av artiklenes resultater, slik at vi lettere kunne se sammenheng mellom de ulike funnene. På denne måten var det enkelt å trekke sammenligninger, samt strukturere funnene på en enkel og oversiktlig måte. Funnene som gikk igjen i alle artikler, og som sammenfalt med vår hensikt ble videre analysert opp mot funnenes felles karakteristika. Gjennom analysearbeidet kom vi frem til to hovedfunn med påfølgende fire og tre underkategorier på hovedfunnene

slik de er presentert i en tabell under. Tabellen vil være utgangspunktet og rammen for resultatdelen i det påfølgende kapittelet.

| Hovedfunn  | Underkategorier  |
|--|--|
| Manglende ansvarsavklaring og rutiner for samtalen om seksualitet. | <ul style="list-style-type: none"><li>- Hvem har ansvaret</li><li>- Mangel på tid</li><li>- Lite kontinuitet i relasjonen sykepleier – pasient</li><li>- Mangel på fasiliteter for samtalen</li></ul>      |
| Sykepleiers usikkerhet   | <ul style="list-style-type: none"><li>- Antakelser om pasientens forhold til seksualitet</li><li>- Mangel på kunnskap og erfaring</li><li>- Sykepleiers følelser knyttet til deres ansvarsområde</li></ul> |

## 4.0 Resultater

Resultatene vi presenterer i dette kapittelet har sitt utgangspunkt i kvalitative artikler som er undersøkt og gjennomført i Sverige og Australia. Forskerne har benyttet fenomenografisk og semistrukturerte intervjuer som metode for utførelsen. I den svenske studien til Olsson et al var det ti informanter. Alle informantene var sykepleiere som jobbet med kreftpasienter i ulike avdelinger på sykehus, i forskjellige faser av sykdomsforløpet. I studien til Annerstedt et al, som også var undersøkt og gjennomført i Sverige, bestod av syv sykepleiere som jobbet på en onkologisk avdeling på sykehuset. Den siste artikkelen vi har anvendt i studien vår er gjennomført i Australia. Studiens 38 informanter er både leger, sykepleiere, sosialarbeidere og psykologer. Ettersom oppgaven vår baserer seg på et sykepleiers perspektiv, er det i all hovedsak informasjon fra sykepleierne vi har trukket ut fra den studien. Felles for informantene i de utvalgte forskningsartiklene er at de alle arbeider med kreftpasienter, men i forskjellige stadier av sykdomsforløpet. Studiene har til hensikt å undersøke sykepleiernes forståelse og evne til å møte pasienter i samtale om seksualitet, samt se hva som ligger til grunn for hvorfor sykepleierne finner det utfordrende å snakke om seksualitet med pasientene. Vi vil med dette presentere de ulike funnene fra de analyserte artiklene.

### 4.1 Manglende ansvarsavklaring og rutiner for samtalen om seksualitet

I vår analyse kom det frem ulike faktorer som informantene så på som hinder for at sykepleierne ikke gjennomførte samtaler om seksualitet i møte med pasientene. Under dette hovedfunnet trekker vi frem informantenes opplevelse av hvordan omgivelsene rundt dem lå til rette for å kunne føre samtale om seksualitet.

#### 4.1.1 Uklart ansvarsforhold og ansvarsfraskrivelse

I Ussher et al. uttrykkes det en klar enighet blant informantene om at det er helsepersonellens ansvarsoppgave å ta initiativ til samtale om seksuelle problemer i møte med pasienten. Studien er som tidligere nevnt basert på ulike yrkesgrupper, i møte med pasienter med denne problemstillingen. Felles for informantene er at de ulike profesjonene synes å tenke at andre profesjoner hadde større mulighet og bedre relasjon som forutsetninger for å ta opp samtalen. Sykepleierne så på legen som medisinsk ansvarlig for pasientene, og tenkte at legen hadde mer kunnskap til å ta ansvaret for samtalen. På bakgrunn av dette anså sykepleieren, legen som ansvarlig for samtalen. Legen tenkte at sykepleieren tok det ansvaret, da de selv hadde



for liten tid under konsultasjoner til å kunne prioritere dette. En av informantene i studien forklarte seg på følgende måte: «Putting it on the agenda for all health professionals is really important, because I think otherwise people assume that it's the counsellor's business or the social workers business or the nurse's business or someone else, and then we don't talk about it». (Ussher et al., 2013, s.1380)

I den svenske studien fra Olsson et al. kommer det frem at det å snakke om seksualitet ikke var en del av sykepleiernes rutiner i avdeling. Sykepleierne uttrykket også usikkerhet om det i det hele tatt var deres ansvarsområde. Til tross for dette var det flere av informantene som uttrykket at det var viktig å snakke med pasientene om seksuelle utfordringer. Seksuelle utfordringer ble forstått som kroppslige plager og sykepleierne hadde dermed en oppfatning om at det var legen som stod ansvarlig for å ta opp problemstillingen. Det kommer frem i artikkelen at sykepleieren hadde en oppfatning om at pasientene som hadde partner ordnet opp i seksuelle problemer selv, og dermed ikke hadde behov for denne type samtaler.

Det kommer frem i Annerstedt et al. at det finnes rutiner i form av å gi ut skriftlige brosjyrer til pasientene med informasjon om seksualitet. En av informantene i studien forteller at hun oftest gav ut brosjyre til pasientene slik at pasientene fikk den nødvendige informasjonen de har krav på. På samme tid forteller informanten at hun da slipper å snakke om seksualitet med pasienten med mindre de tar det opp selv. (Annerstedt et al., 2019, s, 3561)

#### 4.1.2 Mangel på tid

I studiene til Olsson et al. og Ussher et al. rapporterer sykepleiere mangel på tid som et hinder for gjennomførelse av samtalen. Videre i Ussher et al. beskrives frykten for å fremprovosere en reaksjon gjennom samtale med pasienten som de ikke har tid til å håndtere. Konsekvensen av mangel på tid førte, ifølge informantene, til manglende mulighet for å utvikle god relasjon til pasientene. Relasjonen ble i Ussher et al. ansett som vesentlig for at sykepleieren skulle føle seg komfortabel med pasienten, og dermed snakke om pasientens seksuelle behov. (1383)

#### 4.1.3 Mangel på kontinuitet fører til svekket relasjon

I artikkelen til Annerstedt et al. blir relasjonens betydning for samtalen trukket frem. Den personlige kjemien mellom sykepleier og pasient ble trukket frem som avgjørende for hvilken type informasjon pasienten fikk. En sykepleier uttrykker at kontinuitet og relasjon var avgjørende for å våge å snakke om seksualitet i møte med pasienter. Også informanter i Olsson et al. trakk frem relasjonens betydning for initiativ til samtalen. Sykepleiere rapporterte at mangel på kontinuitet førte til svekket relasjon, som igjen påvirket informasjonen pasientene fikk. Sykepleiers erfaring med korte innleggelses og mangel på kontinuitet i relasjonen ble opplevd som hinder for å samtale om seksualitet. Funn i Ussher et al. viste at informantene følte seg ukomfortable og usikre i møte med pasientene på grunnlag av mangel på relasjoner med pasientene.

#### 4.1.4 Mangel på fasiliteter for samtalen

Både i studien til Ussher et al. og til Olsson et al. trakk sykepleierne frem at det ikke er noen naturlige plasser å sette seg ned sammen med pasientene, for å gjennomføre samtaler, hvor det er behov for å snakke uforstyrret. Det legges vekt på dårlig tilrettelagte fasiliteter i form av mangel på rom for å kunne gjennomføre slike konsultasjoner. Sykepleierne beskriver det som upassende å snakke med pasienter om et sensitivt tema i korridor eller bak tynne gardiner på flermannsrom.

### 4.2 Sykepleiers usikkerhet

I vårt siste hovedpunkt handler det i all hovedsak om hvordan sykepleiers mangel på kunnskap og erfaring gjør at de føler seg usikre og uforberedt i møte med pasienter med seksuelle utfordringer.

#### 4.2.1 Antakelser om pasientens forhold til seksualitet

Flere informanter i Annerstedt et al. beskriver sine antakelser om pasientenes seksualitet og seksuelle helse. Sykepleierne foretok selv vurderinger om hva de tenkte pasientene hadde behov for, av samtale og råd. Behov for oppfølgingen ble derfor opp til sykepleierens tolkning av pasientene og deres situasjon. Sykepleierne uttrykket sine tanker om hvorvidt det var behov for å gi informasjon om hvordan kreftbehandling påvirker seksualiteten til pasientene eller ei. Felles for sykepleierne var at de anså det som nødvendig å informere yngre pasienter

som var i fast forhold da de anså det som helt naturlig for yngre pasienter å være seksuelt aktive. Samtidig trekker de frem at de så på det som nødvendig å snakke om seksualitetens påvirkning til pasienter i fertil alder. Eldre og single ble beskrevet som aseksuelle og sykepleierne vurderte behov for samtale om kreftbehandlingens påvirkning på seksuallivet som et fraværende problem. En av informantene beskrev det på følgende måte:

«I think I bring it (sexual health) up more often if someone is younger. Because I think, it is more relevant for them (...) and it is only prejudices from my side for sure, but... yes. That is why I do not bring it up (sexual health)” (Annerstedt & Glasdam, 2019, s.3559).

I studiene til Olsson et al. og Ussher et al vurderer sykepleierne pasientens behov for samtale om seksualitet som lavt gjennom hele sykdomsforløpet. Det kommer frem at sykepleierne vurderte pasientens egne tanker om overlevelse og faren for egen eksistens som viktigere enn deres seksuelle lyster og eventuelle problemer de måtte ha. Flere av informantene i Olsson et al. vurderer pasientens behov for samtale ut fra hvem de anser å være seksuelt aktive. Faktorer som pasientens alder, kjønn, sivilstatus, diagnose og type behandling var av betydning for hvem sykepleierne vurderte å snakke om seksualitet med. I Ussher et al. uttrykket sykepleierne i denne studien i tillegg bekymring for å trække over grensen når det gjaldt pasientens ulike religioner, kultur og legning.

#### 4.2.2 Mangel på kunnskap og erfaring

I Annerstedt et al. og Olsson et al. kom det frem store likheter i hvilke kunnskap sykepleier hadde og manglet i møte med pasienter og deres seksuelle utfordringer. Sykepleierne så på seksualitet som noe kroppslig og knyttet til funksjonen av å være reproduktiv.

Noen sykepleiere så på pasienters seksuelle problemer som kroppslige plager som kunne behandles medisinsk eller ved hjelp av hjelpemidler. Det ble rapportert i både Olsson et al. og Ussher et al. at sykepleiere mangler nødvendig kompetanse om hvordan en tar opp temaet seksualitet, til å kunne gi støtte og råd i samtale med pasienter som hadde behov for det.

Informantene i Olsson et al. beskrev spesifikt mangelen på kunnskap om ulike behandlinger og dens innvirkning på den seksuelle helsen. Informantene uttrykte også ubehaget rundt det å snakke med kvinner om seksuelle problemer. Kvinner seksuelle utfordringer ble sett på som mer avansert og komplekse, sammenlignet med menns seksuelle problemer. Mangelen på

kunnskap førte i all hovedsak til at både informantene i Olsson et al. og I Ussher et al. unngikk samtalen i frykt for å ikke ha nok kunnskap til å stå i situasjonen.

Gjennomgående i alle artiklene peker informantene på mangel av erfaring som en sentral faktor for å ikke ta opp samtalen om seksualitet med pasienter. I Annerstedt et al. trekkes det frem et eksempel hvor en av informantene nevner at hen ved et tilfelle ble spurt om et spørsmål av pasienten angående seksualitet. Sykepleieren svarte kort og raskt på spørsmålet før hen ledet samtalen videre i en annen retning helt konsekvent for å komme seg ut av situasjonen.

Videre rapporteres det i Ussher et al. at fravær av utdanning og trening var forklaringer på hvorfor seksualitet ikke ble tatt opp med pasientene. Sykepleierne som var mest komfortable med å snakke om seksualitet, påpekte at de hadde bygget opp kompetansen til å møte pasienter gjennom utdanning og erfaring.

#### 4.2.3 Sykepleiers følelser knyttet til deres ansvarsområde

Gjennomgående i alle de tre artikler vi har analysert fant vi at sykepleierne beskriver seksualitet som et tabubelagt, vanskelig og ubehagelig tema å snakke om. De trekker også frem deres opplevelse av at pasientene også finner det vanskelig å snakke om. I Olsson et al. beskriver sykepleierne selv at det er flaut å snakke om seksualitet, samtidig som de er redd for å støte eller gjøre pasientene forlegne ved å ta opp samtalen om temaet. Det kommer frem i Ussher et al. at informantene kunne føle de hadde kunnskap til å ta opp samtalen, men at de likevel unngikk den på bakgrunn av lav selvtillit og følelsen av å være så ukomfortabel i situasjonen. Det legges også vekt på personlig modenhet og det å føle seg komfortabel i møte med pasienter, som forutsetning for å våge å ta opp samtalen.

## 5.0 Diskusjon

I dette kapittelet vil vi presentere metodediskusjon og resultatdiskusjon. I metodediskusjonen vil vi diskutere litteraturstudie som metode for oppgavens hensikt. Dette innebærer kildekritikk og vurderinger av artiklens gyldighet og relevans. Helt til slutt presenteres resultatdiskusjonen. Her diskuterer vi artiklens resultater i lys av oppgavens hensikt og relevant faglitteratur for å komme frem til en konklusjon som svar på problemstilling.

### 5.1 Metodediskusjon

For at en metode skal være troverdig og ha relevans må det falle innenfor visse kriterier og vurderinger, vi som forskere gjør. Det var viktig for oss at forskningen vi fant kunne gi et godt sammenlikningsgrunnlag til det norske helsevesenet. Det vil si at vi måtte innhente forskning som er gjort i land som følger noenlunde lik utvikling som det norske helsevesenet. To av artiklene er undersøkt og skrevet i Sverige, mens vår tredje artikkel er undersøkt og utført i Australia. Dette er land som ligger på henholdsvis 4 og 6 plass på ranking over beste helsevesen, hvor Norge ligger på en 5 plass. Sammenlikner vi dette med Storbritannia sin 30.plass, vurderer vi dette til troverdige land å sammenlikne seg med.

Det som vi også må tenke på når vi innhenter informasjon fra andre land er at det kan være kulturforskjeller som ikke nødvendigvis kan sammenliknes med Norge.

Artiklene vi har anvendt i oppgaven vår er skrevet på engelsk. Dette er med på å skape en feilkilde til oppgaven vår dersom vi ikke klarer å oversette teksten riktig og at dette kan ha innvirkning på tolkningen vår. Når man tolker data, vil alltid vår egen forståelse ha innvirkning på tolkningen vår. Det må tas stilling til at det vi som forskere forstår ut ifra det vi leser, ikke nødvendigvis samstemmer med det de som ble intervjuet har prøvd å få frem.

(Dalland, 2015, s. 144)

Semistrukturerte intervjuer er delvis planlagte intervjuer, slik at respondentene får noen av de samme spørsmålene. Dette gjør at dataen som bli innhentet er enklere å sammenlikne. Ved denne intervjuformen er det fritt frem å stille oppfølgingsspørsmål, fordi man har som regel planlagt hovedspørsmålene man skal stille. (Krumsvik, 2014, s. 125) Semi- strukturerte intervjuet gjør at man skaper mer rom for at den som blir intervjuet klare å legge til viktig tilleggsinformasjon som gjerne ikke ville kommet frem ved et strukturert intervju.(NDLA, 2020) Dette gjør at man skaper en bredde og får en informativ dybde i intervjuet. I og med at

vi har valgt kvalitativ metode som forskningsmetode, vil et semi-strukturert intervju gi oss svar i den grad som er relevant for metoden vår. Vi innhenter data som har en viss utvalgt kvalitet, som er viktig for å underbygge og for å kunne svare på vår problemstilling.

For at oppgaven skal gi troverdig kunnskap må kravene om reliabilitet og validitet oppfylles. Det vi finner ut skal alltid kunne etterprøves av andre. Og de skal komme frem til noenlunde det samme svaret. Dette er en del av kritikken som er rettet mot kvalitativ forskning, da det kan være vanskelig å etterprøve.

En av tingene som kan true relabiliteten i forskningen som er blitt gjort, er intervjuer og intervjuguiden som er laget. Det man må passe på er hvordan spørsmålene er blitt formulert, for å sikre at alle som blir spurt får samme forståelse for hva vi spør etter. Bruker man da et semi-strukturert intervju vil dette kunne ha innvirkning på kvaliteten i informasjonen vi klarer å innhente.

Informantene som er brukt i artiklene følger inklusjonskriteriene som er presentert i metode delen. Dette vil for oss bety at vi har valgt ut hvilke artikler vi har sett på basert på kravene vi har satt om at sykepleierne skal være yrkesaktive, og jobbe innenfor kreftbehandling. Omfanget på alder blant informantene er spredd, og det betyr at vi har et bredt omfang av representanter. Dette øker troverdigheten i det det forskes på, da det ikke er forsket på en spesiell aldersgruppe, men et større utvalg som kan gi oppgaven mer dybde i innholdet. Det er ikke bare et stort omfang av alder som er representert, men de arbeider også på forskjellige plasser på sykehuset. Dette øker relevansen i forskningen i den grad at det som er gyldig for problemet undersøkes. (Dalland, 2015, s. 52).

Kritikken vi kan rette mot valg av artikler eller rette mot problemstillingen er at dersom man ønsker en bredere forskning vil det være relevant å trekke inn et pasientperspektiv. Man kunne også sett på sykepleierne og hvilke inklusjonskriterier vi brukte. Vi kunne valgt ut sykepleiere som ikke spesifikt jobbet med kreft, men søkt videre ut i andre avdelinger. Dette hadde skapt en større bredde i oppgaven, dersom vi hadde hatt en annen problemstilling. Siden problemstillingen vår er spesifisert til de med gynekologisk kreft, vil det være naturlig at vi har utelukket sykepleiere på andre avdelinger. Kvalitetssikring i artiklene i form av at vi har lagd egne eksklusjon og inklusjonskriterier, som påvirker hvilke artikler vi henter ut for hva som er relevant for vår oppgave.

Det som har fungert bra med vår metodebruk i denne oppgaven er at det har fått oss til å tenke, analysere og komme frem til noe som kan svare på problemstillingen vår. Derfor mener vi at vi gjennom metodekapittelet og diskusjonen har valgt den beste formen for metode for å besvare vår oppgave, nemlig kvalitativ metode og litteraturstudie.

## 5.2 Diskusjon av resultater

Sykepleieutøvelsen er regulert av helsepersonelloven §10 som beskriver at helsepersonell er pliktig til å gi informasjon om behandling og bivirkninger. (Molven, 2012, s. 29) Den støttes også opp av pasient - og brukerrettighetsloven som regulerer pasientenes rettigheter til å motta informasjon, uten å etterspørre den selv. (Molven, 2012, s.30) I Ussher et al. kom det frem at sykepleierne synes legene var mer rustet til å snakke om seksualitet. I tillegg pekes det også på at yrkesgruppene så på andre yrkesgrupper som mer rustet, og det ble en rundgang av det vi har tolket som en form for ansvarsfraskrivelse. Med denne måten å tenke på beskrev en informant at alle tenkte det var andre sitt ansvar. Dette resulterte i at seksualitet ikke ble snakket om i det hele tatt. (Ussher et al., 2013, s. 1380) Det kan tenkes at det er mangler på klare rutiner i hvem som står ansvarlige, eller hvilke ansvarsområder hver enkelt har. Til tross for at både leger og sykepleiere sitter på kunnskap om seksualitet, mener vi at sykepleierne møter pasientene på et mer personlig plan. Ut ifra vår erfaring har legene på sykehus snever tid sammen med pasientene, og møte blir ofte formelt. Sykepleierne kommer inn på pasienten på et mer personlig nivå. I henhold til vår egen sykepleieutdanning er seksualitet en del av pensum som eget fagområdet. I pensum er spesielt PLISSIT- modellen som beskrevet i teorikapitlet av betydning for kommunikasjonen i møte med pasienter om seksuelle problemer. (Kristoffersen et al., 2012, s. 87) Det er krav til utdannede sykepleiere at de skal beherske de to nederste trinnene av denne pyramidemodellen som er et hjelpeverktøy for sykepleiere til å snakke om seksualitet. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 26) I henhold til de yrkesetiske retningslinjene som angår faglig forsvarlighet, omhandler modellen å gi informasjon og enkle råd til pasienten i sykepleiers nivå. Det er dermed viktig at sykepleier gjør seg bevisst sitt eget kompetanseområde og ikke arbeider utover den. I tillegg er det viktig at man påser at pasienten ved behov henvises videre til sexolog. (Kristoffersen et al., 2012, s.87) Det kommer frem av helsepersonelloven §4 som handler om forsvarlighet at helsepersonell skal henvide videre dersom de selv ikke har kompetanse til å behandle pasienten. (hpl, 1999, §4)

Ut fra våre funn fra studien til Ussher et al. ser det ut til at samtalen ikke kommer lengre enn med bare tanken, på grunn av informantenes holdning til at noen andre er mer rustet til å ta opp samtalen. (Ussher et al., 2013, s. 1380) At samtalen om seksualitet er så uavklart på de ulike avdelingene gjør at vi stiller oss undrende til hvorvidt det er et prioritert tema på avdelingene. Utfra vår egen erfaring fra våre praksisstudier er det stort fokus på å føre behandlingsplaner, følge dem opp og å drive screening for å avklare blant annet risiko for liggesår. Dette er noe ledelsen også er opptatt av at sykepleierne følger opp, og er i jevnlig påminnelser fra ledelsen, noe som har ført til at sykepleierne er bevisst sitt eget ansvar på disse områdene. I Olsson et al. beskriver informantene manglende rutiner, og usikkerhet rundt om dette egentlig var deres arbeidsoppgave. (Olsson et al., 2012, s. 428) Derfor antar vi at bedre rutiner og oppfølging fra ledelsen ville bidratt til mindre usikkerhet for sykepleierne. Helsepersonelloven §16 sier noe om virksomhetens ansvar i å organisere driften på en slik måte at sykepleierne er i stand til å kunne gjøre sine lovpålagte plikter. (hlp, 1999, §16) Videre i Olsson et al kommer det frem at sykepleier så på par i fast forhold, som sikre i sin seksualitet og dermed ikke hadde behov for samtale. Vi stiller oss undrende til hvordan sykepleiere kan forstå pasientens behov, når de ikke prater med pasientene, og etterspør denne informasjonen. Dermed ønsker vi å peke på viktigheten av å tørre å ta ansvar, for uten det blir det bare antakelser rundt pasientens følelser, meninger og behov. Almås beskriver sykepleiers initiativ til samtale og veiledning som vesentlig for kvinnens helbredelse i sin sårbare situasjon. (Almås et al., 2010, s. 39) Dette støttes også opp i lys av Travelbee's teori i å se mennesket bak pasienten, og hennes beskrivelse av kommunikasjon som sykepleiers viktigste redskap i sitt arbeid. (Kristoffersen et al., 2012, s. 216) Ut ifra dette kan vi ikke annet enn å forstå at kommunikasjonen og relasjonen er viktig for å kunne gi pasienten et helhetlig og omsorgsfullt pleietilbud.

Vårt funn i Olsson et al viser at sykepleier som regel gir pasientene en brosjyre om seksualitet, for deretter å la det være opp til pasienten selv å spørre videre dersom hen har behov for informasjon utover det som står. Denne måten å gå frem på blir for oss motstridende til hva som kommer frem i de yrkesetiske retningslinjene punkt 2.5 som beskriver at sykepleier er pliktig til å gi pasient informasjon om sin helse og behandling, samt at sykepleier skal sørge for at den informasjonen som er gitt, også er forstått. (Norsk sykepleierforbund, 2019) Det legges en indirekte overføring av ansvaret over til pasienten om å selv etterspørre informasjon, som også kan ses på som en ansvarsfraskrivelse. Pasient og brukerrettighetsloven sier nemlig at pasienter har rett på informasjon som angår sin



behandling eller bivirkninger uten å måtte etterspørre den selv. (Molven, 2012, s.30) Det kan tenkes at sykepleier i eksempelet tenker at de varsomt går frem i sin føring av samtalen om seksualitet. Dette kunne vært gjort riktig om man i etterkant tar opp samtalen igjen og følger opp om informasjonen var av interesse, eller om det var aktuelt, eller forstått. Da kan sykepleier igjen åpne for samtale, etter pasient har hatt betenkningstid og forstått at dette er et normalt problem som mange opplever, for å dermed slippe å måtte ta opp en slik ubehagelig samtale på egen hånd. Joyce Travelbees sykepleieteori rundt menneske-til-menneske forhold kan komme til uttrykk ved å terapeutisk bruke seg selv og sine sanser i møte med pasienten. Hennes tanker rundt menneske-til-menneske forhold tas hensyn på å skape en god relasjon med pasienten før pasienten velger å åpne seg for sykepleieren angående sine problemer. (Kristoffersen et al., 2012, s. 219)

Ifølge yrkesetiske retningslinjer skal sykepleier sikre god informasjon og at informasjonen er forstått. Sykepleier skal også arbeide ut ifra et helhetlig menneskesyn og gi god omsorg relatert til dette. (Norsk sykepleierforbund, 2019) Sykepleiere i studiene peker på mangel på tid som en begrunnelse for hvorfor samtalen ikke blir utført. I Annerstedt et al benevnes det at sykepleier muligens kan få tid til en samtale etter behandling, men det er ikke noe man kan forvente. (Annerstedt et al., 2019, s. 3560) Her stiller vi oss undrende til hva som gjør at sykepleiere ikke har tid til å utøve helhetlig omsorg til pasientene. Gjennom egen erfaring i praksis har vi erfart store variabler i hvordan avdelingens kultur er, og hvilke arbeidsoppgaver som er «akseptert» i utøvelsen. Vi tenker at her må det en holdningsendring til, slik at det oppstår aksept for gode samtaler i avdeling. Dette er nødvendig for at pasientene kan få stille spørsmål og få tilstrekkelig med veiledning og informasjon. Det er imidlertid viktig at det settes av god nok tid til samtalen. Som beskrevet i teorikapittelet om sykepleiernes informerende ferdigheter, krevers det god tid for å kunne identifisere mål og videre dialog sammen med pasienten. (Eide & Eide, 2010, s. 292). Det må også settes av tid til planlegging av samtalen for å oppnå dette. Dette krever prioritering fra sykepleierens side. Det nevnes i Olsson et al, at pasientene har hyppige og korte innleggelser, og derfor stiller vi oss undrende til om pasienten allerede kan ha blitt utskrevet før samtalen rekker å finne sted. (Olsson et al., 2012, s. 429) Samtidig kan det tenkes at det skyldes dårlige eller mangel på rutiner i avdelingen som legger føring for å sikre at samtalen om seksualitet blir gjennomført som en helhetlig kartlegging av pasientenes behov.

I Ussher beskrives frykten for å fremprovosere en reaksjon hos pasienten ved å ta initiativ til samtalen om seksualitet og dens påvirkning på den seksuelle helsen. Sykepleierne forteller videre at de ikke har tid til å kunne ivareta pasienten dersom en reaksjon ville komme. (Ussher et al., 2013, s. 1383) Med dette kan det tenkes at sykepleierne ser de har tid til å kort informere eller bekrefte pasientens spørsmål, men at det ikke legges opp til at sykepleierne kan bruke lengre tid i samtalen. Vår tolkning av resultatene som kommer frem er at sykepleier heller unnlater å prioritere å snakke med pasienten om seksuelle problemer da de ikke har tid til å håndtere pasientenes følelsesmessige reaksjoner som potensielt kan komme. Videre kan man jo undre seg over om sykepleierens egen sårbarhet er til hinder i å utføre disse samtaler. Vår erfaring gjennom praksis i sykepleierutdanningen er at en som sykepleier står ovenfor mye bevisstgjøring og bearbeiding av egne følelser i møte med pasienter i ulike situasjoner. Det kan da tenkes at sykepleier unnlater å gå i samtaler da belastningen på sykepleiers personlige følelser blir for mye å håndtere. Relatert til vår praksiserfaring vet vi at pasientene kan sitte på mange bekymringer og spørsmål som tar tid og besvare. Vi har likevel forstått nødvendigheten av å sette av tid, eller delegere for å skape mulighet for å kunne møte pasienten og hans/hennes bekymringer om de skulle oppstå.

Ser vi på de yrkesetiske retningslinjene, sier de at sykepleier skal verne om pasientens opplysninger. (Norsk sykepleierforbund, 2019) Både Ussher et al. og Olsson et al. peker på dårlig tilrettelegging av fasiliteter for å kunne utføre samtaler uforstyrret. De nevner flermannsrom og tynne gardiner, og at det er upassende å snakke med pasienter om et så sensitivt tema ute i korridoren. Det kommer ikke frem i artiklene hvilke tiltak sykepleier har etterspurt hos leder angående fasiliteter. Det kan tenkes at grunnen for at informantene etterspør om mer passende fasiliteter for å gjennomføre seksuell kartlegging kan bunne i taushetsplikten en som sykepleier skal ivareta. For å ikke utlevere sensitiv informasjon om pasienten kan det tenkes at det bør finnes andre alternativer for å gjennomføre samtale enn i en sykehuskorridor eller bak tynne gardiner på et flermannsrom. I artiklene kommer det ikke frem om sykepleier har spurt ledelse om tilrettelegging. Det kan tenkes at det informantene betegner som mangel på fasiliteter, kan ha sammenheng med prioriteringer og holdninger. I yrkesetiske retningslinjer beskrives også leders ansvar for å tilrettelegge, om det er slike årsaker som ligger til grunn for manglende muligheter for yrkesutøvelse hos sykepleier. (Norsk sykepleierforbund, 2019)

Eide & Eide beskriver at starten på en hjelpende samtale baseres på dannelsen gjennom tillit og trygghet. Det pekes det på viktigheten av å danne en relasjon med pasienten og bekrefte eller avkrefte pasientens førsteinntrykk hos sykepleieren. (Eide & Eide, 2010 s. 252-253) I Olsson et al uttrykkes viktigheten av relasjon, og opparbeidingen av gjensidig tillit essensiell for at sykepleiere skal legge føringer for samtalen. Pasientenes korte og hyppige innleggelse ble også nevnt som hinder for gjennomførelse av samtalen. (Ussher et al., 2012 s. 429)

Viktigheten av relasjoner kan forsterkes i lys av Kari Martinsens teori der relasjoner er fundamentale i menneskelivet. (Kristoffersen et al., 2012, s. 252) Også Travelbees presisering av viktigheten av et menneske-til-menneske-forhold ser vi at relasjonen mellom sykepleier og pasient er viktig for å danne et godt samarbeid, og å ha muligheten til å kunne gjøre en god datasamling hos pasienten. (Kristoffersen et al., 2012, s.216) Samtidig kan det forstås i lys av Eide & Eide's beskrivelse av den hjelpende samtalen, at man ikke nødvendigvis trenger lang tid og lengre innleggelse for å kunne snakke om seksualitet. Da tilliten og tryggheten arbeides med, allerede i innføringen av samtalen. Man danner en relasjon allerede her, og om man er lydhør pasientens signaler og lar pasienten uttrykke seg, kan man få grep om ulike tanker og følelser hos pasienten tidlig i innleggelsen. (Eide & Eide, 2010, s.250) Eide beskriver at ved å opptre lyttende og omsorgsfullt og ta seg god tid, vil kunne være av stor betydning for relasjonsbyggingen. Hensikten med å ha en begynnelse av samtalen er som nevnt trygghet og relasjon, men også å sette rammer for tid og sted og å starte problemidentifisering. (Eide & Eide, 2010, s. 252-253) Også i Annerstedt et al. og Ussher et al. underbygges dette tankesettet, der usikkerheten blir mer tydelig dess mindre kontinuitet sykepleierne har.

I sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer sies det at yrkesutøvelsen skal bygge på forskning, kunnskap og erfarings basert kompetanse. (Norsk sykepleierforbund, 2019) Et av de sentrale funnene i studiene var at sykepleier rapporterte om manglende kunnskap og erfaring. Dette kommer tydelig frem i Annerstedt et al., og Olsson et al. sine studier som så på seksuelle problemer som fysiske plager som kan behandles medikamentelt. (Annerstedt et al., 2019, 3560), (Olsson et al., 2012, s. 428) Det viser seg at seksualitet kort oppsummert er et sammensatt fenomen som omhandler fysiske, psykiske, sosiale, åndelig og kulturelle forhold. (Kristoffersen et al., 2012, s.73) Med dette kan vi se at seksualitet er mer enn bare sex. Vår tolkning av studienes funn rettes mot sykepleiernes manglende kunnskap og forståelse for hva begrepet seksualitet innebærer for et individ, og vi mener sykepleierne har et begrenset syn på

hva dette innebærer. Videre kommer det frem i Olsson et al. og Ussher et al. sine studier at det finnes mangler i deres seksuelle kunnskap, og dermed vet de ikke hvordan de skal veilede eller støtte pasienten. Dette førte til at sykepleierne unnlot å snakke om seksualitet. I studien til Annerstedt et al. beskrives en situasjon hvor en sykepleier på spørsmål om seksualitet svarte kort på spørsmålet, for deretter å lede samtalen videre i en annen retning. (Annerstedt et al., 2019, s.2561) Kari Martinsen beskriver erfaringsbasert kunnskap som en sentral del av sykepleien. Dette er kunnskap som kommer av å erfare hendelser og lære av disse. (Kristoffersen et al., 2012, s.257) Det å våge å stå i situasjonen vil sannsynligvis være med på å øke sykepleiernes kunnskap og gi en verdifull erfaring samt å øke sykepleiernes trygghet i møte med pasientene på sikt. Det fremkommer i studien til Ussher et al. at sykepleiere med videreutdanning i større grad turte å snakke om seksualitet, det kan forstås som at mer kunnskap er nødvendig, men det kan også tenkes at sykepleierne med mer erfaring eller videreutdanning kan ha gått gjennom en modningsprosess i sitt arbeid og opparbeidet seg erfarings basert kunnskap. Med mer erfaring blir vi mer trygge i vår yrkesutøvelse og dermed kan vi skaffe oss mer kunnskap med hjelp av erfaringene vi tilegner oss.

Sykepleier har flere ulike funksjonsområder. For å nevne noen er det sykepleiernes veiledende, støttende og informerende funksjons områder vi ønsker å trekke frem som mest relevant i dette problemområdet. (Kristoffersen et al., 2011, s. 18-19) Felles for våre artikler er at alle beskrivelser seksualitet som et tabubelagt, vanskelig og ubehagelig tema å snakke om. I Annerstedt kommer det frem at sykepleiere synes det var flaut å snakke om seksualitet, og frykten for å gjøre pasienten forlegen sto til hinder for samtalen. Det forteller oss at sykepleiernes egne barrierer, eller deres opplevelser i møte med pasienter utfordret deres følelser av ubehag, og en kan tenke at sykepleieren på det grunnlag ikke ønsket å gå inn i slike temaer på bakgrunn av dette. Som sykepleier må en sette til side egne følelser for å ivareta pasientenes behov, samt å ta ansvar for de ulike funksjonene sykepleier står ansvarlig for. Som nevnt innledningsvis er det sykepleiers ansvar å veilede, støtte, fange opp og gi råd om pasienter seksuelle utfordringer ettersom vi som sykepleiere sitter med kunnskapen som pasienten nødvendigvis ikke gjør. Funnene fra Olsson et al. Ussher et al. beskriver at sykepleiere unnlater å snakke med pasientene om seksualitet til tross for at de føler de har den kunnskapen som skal til. Informantene forteller at følelsen av å være ubekvem i situasjonen i kombinasjon med dårlig selvtillit gjorde at de heller unngikk samtalen enn å stå i den. (Olsson et al., 2012, s. 428) (Ussher et al., 2013, s. 1379) I Olsson legges det frem som forutsetning

for samtalen at personlig modenhet og det å føle seg komfortabel var av betydning. Dette kan forstås som en konsekvens av å ha erfaring, og ha dannet seg kunnskap ved hjelp av erfaringer i sin yrkesutøvelse. Som nevnt i Martinsens teori legges det trykk på å være profesjonell, og at profesjonell ikke trenger å stå i motsetning til å være personlig. (Martinsens, 2002, s.12) Her ser man tydelig at sykepleiernes personlige holdninger påvirker deres profesjonelle ansvar. Samtidig kan man se det i sammenheng med manglende erfaringsbasert kunnskap som vi har vært inne på. Likevel stiller vi oss undrende til hva som ligger til grunn for at sykepleierne mangler den nødvendige kunnskapen og erfaringen til å ha selvtillit i denne situasjonen. Sykepleiere har etter helsepersonelloven §4 et selvstendig ansvar for å tilegne seg nødvendig kunnskap til å ivareta sine arbeidsoppgaver. Felles for flere alle studiene vi har analysert er at sykepleiernes egne følelser og holdninger er avgjørende for om seksualitet blir snakket om. Ut fra dette kan det tenkes at sykepleiers holdninger her er en hindring for å tilegne seg kunnskap. Det fremkommer ikke i studiene hvilke tiltak sykepleierne har etterspurt selv for å kunne tilegne seg denne kunnskapen på arbeidsteden. Det kommer imidlertid frem i Olsson et al. at mangel på tid også er en barriere for sykepleierne i denne situasjonen. Dette, sammen med egen erfaring, gjør at det også kan tenkes at avdelingens normer for hva som prioriteres, lite fokus rundt temaet og tidsnød kan være faktorer som hindrer sykepleierne i å skaffe seg nødvendig kunnskap og erfaring.

I Annerstedt beskrives en bevisst normstyrt holdning overfor pasientens seksuelle helse. Det er tydelig yngre og reproduktive par som ble informert, mens eldre og single ble sett på som aseksuelle. Funnene i Ussher et al. viser til informantenes tanker rundt hvem som var aktuelle for samtale. I tillegg uttrykket de en bekymring for å trå over pasientens grenser relatert til deres legning, religion eller andre kulturer. Martinsen legger vekt på personorientert profesjonalitet i sin teori. Det kan forstås som det å se og verne om hele mennesket, stille de riktige spørsmål og dermed kunne arbeide ut fra dette. Med disse beskrivelsene fra Ussher et al. tar vi utgangspunkt i at slik det er lagt frem anser de homofile, eldre, infertile eller single som aseksuelle. (Ussher et al., 2013, s. 1381) I studien til Olsson et al. ble pasientens seksuelle behov vurdert av sykepleier på grunnlag av deres kjønn, sivilstatus, diagnose og type behandling. Behov for samtale om pasientens seksuelle helse og mulige problemer ble lavt prioritert gjennom hele pasientens sykdomsforløp. En av informantene i Olsson et al. fortalte hun hadde opplevelser hvor pasienter hadde spurt henne om konsekvenser av å ha seksuell omgang mens pasienten var under behandling med cellegift. Fokuset i problemstillingen vår er å ta for oss pasienter som har gjennomgått gynekologisk kreft på

bakgrunn av at senskader oppstår som en konsekvens etter behandling. Likevel er det forunderlig at pasientene ikke blir møtt med informasjon om behandlingens konsekvenser både før, under og etter behandling. Forskjellen mellom sykepleier og pasient er at sykepleier innehar mer kunnskap om behandling og dens påvirkning. Dette gjør at sykepleier har en for makt i relasjonen på bakgrunn av at sykepleier ser ut for å velge selv når det er på nødvendig å gi informasjon til pasienten. Pasienten kan ha problemer som de ikke klare å forstå har en sammenheng til for eksempel behandlingen som følge av kreften, og unngår heller å snakke om det ettersom ingen har spurt eller informert om ulike konsekvenser. Konsekvensen av å ikke snakke med pasientene om seksualitet vil resultere i utelatt helhetlig pleie og muligens påføre pasienten mer lidelse enn hva de i utgangspunktet sliter med. Denne teorien kan underbygges med funnet i Annerstedt et al. hvor det beskrives at sykepleier til syvende og sist er den som vurderer hvor alvorlig de anser pasientens seksuelle problemer som. På denne måten er det sykepleier som bestemmer om problemet skal få et fokus og oppfølging.

## 6.0 Anvendelse i praksis

Sykepleiere har ansvar for å gi informasjon, veiledning og støtte til pasienter som opplever seksuelle problemer etter gjennomgått gynekologisk kreft. Sykepleieryrket er regulert av lovverk og yrkesetiske retningslinjer som har satt føringer og krav til sykepleierens funksjon i samhandling med pasienten. Funnene fra de analyserte artiklene vi har anvendt i studien vår, gir oss et innblikk i de ulike hindringene om gjør, at sykepleier har vanskelig for å snakke med pasienter om seksualitet og seksuelle problemer. Etter å ha diskutert artiklenes resultater i drøftingen ser vi at sykepleierne har behov for bedre rutiner, økt kunnskap, trygghet og bevisstgjøring for egne holdninger og tanker i møte med pasientgruppen. Vi vil på bakgrunn av dette foreslå ulike tiltak vi tror kan ha stor nytte for yrkesutøvelsen. Hensikten med forslagene er å bidra til økt fokus på problemområdet, styrke sykepleiernes evne til å møte pasientene, samt ha pasienten helhetlige behov i fokus.

Derfor har vi kommet frem til noen forslag:

- Hver avdeling utnevner hver sin ressursperson som skal fungere som en veileder, eller en person som fungerer på samme måte som et verneombud. Som følger opp rutiner, svarer på spørsmål, blir kurset.
- Innfører samtale om seksualitet som en del av innkomstsamtaler, og ved hjemreise spør en siste gang om det er videre behov for oppfølging, slik at de eventuelt kan bli henvist videre
- Helt konkret avklare ulike ansvarsområder mellom de ulike yrkesgruppene
- Ta i bruk samtaleverktøyene BETTER/PLISSIT på lik linje som sykehusene f.eks har trygg pleie eller andre screeningskjemaer.
- Ha det som tema jevnlig, gjerne en gang i måneden. Hvor det åpnes opp for at man kan skape større trygghet blant personalet, og skape en åpen dialog rundt temaet. Da mange beskriver at de ikke føler seg trygge nok til å stå i disse typer samtaler.
- Ha temaet på fagdag, dette vil være noe ressurspersonen tar ansvar for, planlegger og legger til rette for.
- Tilrettelegge fasiliteter for å ivareta taushetsplikten, slik som tidligere nevnt. Større behov for samtalerom

## Litteraturliste

Annerstedt, C.F. & Glasdam, S. (2019) *Nurses' attitudes towards support for and communication about sexual health – a qualitative study from the perspectives of oncological nurses*. *Journal of clinical nursing*, s.3556 – 3566. <http://doi.org/10.1111/jocn.14949>

Blikstad, A., Koslung, L.F. & Madsen, C.T. (2020) *Samtaleverktøyet BETTER kan gjøre det lettere å snakke om seksualitet*. <http://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.81922>

Dalland. (2015) *Metode og oppgaveskriving* (5 utg). Oslo: Gyldendal

Eide, H. & Eide, T. (2010) *Kommunikasjon i relasjoner* (2 utg) Oslo: Gyldendal

Friberg, (2017) *Dags för uppsats* (3 utg). Lund: studentlitteratur

Gannes, S. (2012). Nærhet og seksualitet. I Kristoffersen, N., Nortvedt, F. & Skaug, E. A. (Red.), *Grunnleggende sykepleie - bind 3* (2. utg., s. 72-100). Gyldendal akademisk

Grønseth, R. (red.) 2010 *Klinisk sykepleie bind 2* (4 utg). Oslo: Gyldendal

Hoel, V., Leite, M. & Grønvik, C.K.U. (2021) *Sykepleiere må kunne snakke om seksuell helse etter gjennomgått gynekologisk kreft*. *Sykepleien*, <http://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2021.83455>

Jerpseth, H. (2010). Sykepleie ved gynekologiske sykdommer. I Almås, H., Stubberud, D. & Grønseth, R. (red.), *Klinisk sykepleie 2* (4 utg.), s 17 -50. Oslo: Gyldendal

Kristoffersen, N.J. (2012) *Teoretiske perspektiver på sykepleie*. I

Kristoffersen, N., Nortvedt, F. & Skaug, E.A. (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3* (2 utg., s. 208-270. Oslo: Gyldendal akademisk

Krumsvik (2014) *Forskningsdesign og kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.



*Martinsen (2002) Øyet og kallet. Bergen: Fagbokforlaget*

*Molven. (2012) Sykepleie og jus (4 utg). Oslo: Gyldendal*

NDLA. (2020, 16.april). *Kvalitative intervju undersøkelser*. Hentet fra <https://ndla.no/nb/subject:5e750140-7d01-4b52-88ec-1daa007eeab3/topic:a317f589-7995-43aa-8b68-92182c0b23c6/topic:35efa357-acc7-4828-b241-cad5467d1dc6/resource:201ce19e-7011-49a6-b415-91fd42d5dfe9?filters=urn:filter:470720f9-6b03-40cb-ab58-e3e130803578>

Helse og omsorgsdepartementet (2017). *Snakk om det – strategi for seksuell helse*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/snakk-om-det/id2522933/>

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

Olsson, C., Berglund, A & Larsson, M & Athlin, E. (2012). *Patients sexuality – a neglected area of cancer nursing?*. *European Journal of Oncology Nursing*,(16), 426-431.<http://doi.org/10.1016/j.ejon.2011.10.003>

*Ussher, J.M., Perz, J., & Kirsten, L. (2013) Talking about sex after cancer: A discourse analytic study of health care professional accounts of sexual communication with patients. Psychology & health (28), 1370-1390.*

## Vedlegg 1.

| <b>Forfatter, årstall, land</b>  | <b>Hensikt</b>  | <b>Perspektiv</b>  | <b>Metode</b> | <b>Database</b>       |
|--|---|--------------------|---------------|-----------------------|
| Catharina Frod Ammerstedt, Stinne Glasdam, 2019, Sverige   | For å undersøke sykepleiers evne til å uttrykke og vise støtte i samtalen med pasienter om seksualitet. På bakgrunn av kreftens komplikasjoner for den seksuelle helsens og pasienters erfaringer om å ikke bli møtt i helsevesenet på emnet seksualitet                                | Sykepleier         | Kvalitativ    | British Nursing Index |
| Cecilia Olsson, Anna-Lena Berglund, Maria Larsson og Elsy Athlin 2012, Sverige   | Å beskrive sykepleiers forståelse av seksuell helse i møte med pasientene.  | Sykepleier         | Kvalitativ    | British Nursing Index |
| Jane M. Ussher, Janette Perz, Emilee Gilbert, W.K. Tim Wong, Catherine Mason, Kim Hobbs & Laura Kirsten, 2013, Australia | Artikkelen er en del av en større studies om har som formål å undersøke seksuelle funksjoner i etterkant av gjennomgått kreft. Hensikten var å utvikle en forståelse og bedring i helsearbeideres struktur, evne til informasjon, undervisning og samtale med pasienter om seksualitet. | Helsearbeid<br>ere | Kvalitativ    | Cinahl                |

kandidatnummer: 6250 og 6167