

[Kandidatnummer: 1560, 1585, 1656]

BSYBAC_6

Bacheloroppgave i Sykepleie

Seksuell helse og gynekologisk kreft



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

Stavanger, 03/01/2023

x

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

Sammendrag

Bakgrunn

Sykepleier har en sentral rolle i situasjoner hvor sykdom og behandling truer pasientens seksuelle helse. Ettersom seksuell helse kan være en ressurs for å øke livskvaliteten blant gynekologiske kreftpasienter, kreves det åpenhet og kunnskap blant sykepleiere. Likevel oppleves det som et tabubelagt tema som ofte unngås av sykepleiere. Det synes derfor som nødvendig med ytterligere fokus på dette.

Hensikt

Oppgavens hensikt er å undersøke forhold som kan fremme ivaretagelsen av seksuell helse blant gynekologiske kreftpasienter etter behandling på sykehus.

Metode

Benyttet metode er en integrativ litteraturoversikt, hvor fem kvalitative forskningsartikler er analysert. Resultatene fra forskningsartiklene og relevant teori, er sammen med egne erfaringer satt sammen til en ny helhet som utgjør grunnlaget for oppgaven.

Resultat

Resultatene viser at flere pasienter får for lite informasjon omhandlende seksuell helse etter behandling på sykehus. Samtidig mangler sykepleiere kunnskap om seksuell helse og dens betydning for pasienten. Videre viser resultatene at fokus på kommunikasjon, kunnskap og tilrettelegging av sykepleie-pasientforhold kan fremme ivaretagelsen av seksuell helse blant gynekologiske kreftpasienter.

Nøkkelord: Gynekologisk kreft, seksuell helse, seksualitet, seksuell veiledning, sykepleier, kommunikasjon, kunnskap, sykepleie-pasientforhold

Innhold

1.0 INNLEDNING	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Problemformulering.....	1
1.3 Hensikt.....	2
2.0 TEORI	3
2.1. Hva er seksuell helse og seksualitet?.....	3
2.2 Gynekologisk kreft, behandling og konsekvenser av behandling	3
2.3 Jus og etikk blant sykepleiere	4
2.4 Seksuell veiledning.....	5
2.5 Joyce Travelbee om mellommenneskelige forhold	7
3.0 METODE	8
3.1 Valg av metode	8
3.2 Søkestrategi.....	8
3.2.1 Valg av databaser og søkeord	9
3.2.2 Valg av artikler	10
3.3 Analyse av artikler.....	11
4.0 RESULTAT	12
4.1 Fokus på kommunikasjon	12
4.1.1 Åpenhet og involvering av pasienten i dialog.....	12
4.1.2 Tilstrekkelig informasjon	13
4.2 Kunnskap blant sykepleiere	14
4.2.1 Erfaringer	14
4.2.2 Holdninger	14
4.3 Sykepleie-pasientforhold	15
5.0 DISKUSJON	16
5.1 Metodediskusjon.....	16
5.1.1 Integrativ litteraturoversikt som metode	16
5.1.2 Etske overveielser	16
5.1.3 Land og arena for studiene.....	17
5.1.4 Forskernes bakgrunn og studiens deltakere	17
5.1.5 Valg av artikler	18

5.2 Resultatdiskusjon	19
5.2.1 Fokus på kommunikasjon	19
5.2.2 Kunnskap blant sykepleiere	21
5.2.3 Sykepleier-pasientforhold	23
6.0 IMPLEMENTERING I PRAKSIS	25
LITTERATUROVERSIKT	27
VEDLEGG

Antall ord: 7509

1.0 INNLEDNING

I 2021 ble 1777 kvinner i Norge diagnostisert med gynekologisk kreft (Kreftregisteret, 2022). I etterkant av sykdommen og behandlingen er det flere som lever med senskader. Disse har ofte innvirkning på kvinnens seksuelle helse. Selv om informasjonen omhandlende hovedaspektene ved sykdommen ofte er god, viser forskning at flere etterspør mer informasjon om hvordan dette påvirker deres seksuelle helse. Temaet er svært relevant da seksuell helse anses som et grunnleggende behov og er av betydning for pasientens oppfatning av seg selv.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Seksuell helse kan være en ressurs for å øke livskvaliteten. Manglende bevissthet blant sykepleiere kan føre til at denne ressursen forsømmes. Regjeringen har derfor utarbeidet en strategiplan for å tydeliggjøre betydningen av seksuell helse blant både helsepersonell og den norske befolkningen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Et av de overordnede målene er særs relevant for oppgaven vår og innebærer å «sikre kunnskap om- og ivaretagelse av seksuell helse i helse- og omsorgstjenesten» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Gjennom erfaring fra praksis og arbeidsforhold opplever vi at sykepleiere nedprioriterer ivaretagelse av seksuell helse grunnet lite kunnskap om hva som er viktig for pasienten. På bakgrunn av dette er det ønskelig å undersøke hva sykepleier kan bidra med for at pasienten skal ivareta sin egen seksuelle helse. I tillegg ble vi gjennom foredrag med sexolog og gynekologisk kreftpasient inspirert til å fordype oss i tematikken seksuell helse blant gynekologiske kreftpasienter.

1.2 Problemformulering

Flere kvinner som har gjennomgått behandling for gynekologisk kreft kan oppleve endringer og utfordringer knyttet til seksuell helse. For at sykepleier skal imøtekomme disse behovene kreves det bevissthet og kunnskap om temaet. Det var ønskelig å undersøke hvordan sykepleiere forholder

seg til seksuell helse og hvordan dette kan påvirke gynekologiske kreftpasienter. Gjennom undersøkelsen vil en avdekke hvordan sykepleier kan anvende seksuell helse som en ressurs i egen yrkesutøvelse. Ettersom seksuell helse har liten plass i sykepleieutdanningen og ofte nedprioriteres i praksis, ønsket vi å tilegne oss kunnskap om hvordan en møter pasienter med slike problemstillinger. På denne måten kan vi være bedre forberedt til å møte denne pasientgruppen.

1.3 Hensikt

Oppgavens hensikt er å undersøke forhold som kan fremme ivaretagelsen av seksuell helse blant gynekologiske kreftpasienter etter behandling på sykehus.

2.0 TEORI

I dette kapittelet vil det gis en definisjon av hva seksuell helse og seksualitet er, en kort forklarelse av hva gynekologisk kreft og tilhørende behandling er, samt hvilke utfordringer dette kan medføre for pasienten. Videre belyses relevant lovverk og yrkesetiske retningslinjer samt hvordan PLISSIT-modellen kan anvendes av sykepleiere. Avslutningsvis presenteres Joyce Travelbee og hennes teori om mellommenneskelige forhold.

2.1. Hva er seksuell helse og seksualitet?

Helse- og omsorgsdepartementet definerer seksuell helse som fysisk, mentalt og sosialt velvære relatert til seksualitet. Imidlertid omfatter seksualitet følelser, tanker og handlinger, i tillegg til det fysiologiske og fysiske (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s.7). Åpenhet, respekt og positive holdninger til seksualitet er faktorer som kan bidra til å fremme seksuell helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s.13). Seksualitet er et grunnleggende behov og er integrert som en del av det å være menneske. Videre er seksualitet grunnleggende for oppfatningen av oss selv (Jerpseth, 2020, s.140). God seksuell helse kan være en ressurs som bidrar til å fremme livskvalitet og mestring (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s.7). Blant annet er glede, lyst og bekreftelse kjennetegn på god seksuell helse, mens dårlig seksuell helse kan forekomme grunnet eksempelvis sykdom (Jerpseth, 2020, s.140).

2.2 Gynekologisk kreft, behandling og konsekvenser av behandling

I 2021 var det 1777 kvinner i Norge som ble rammet av gynekologisk kreft. Gynekologisk kreft er en samlebetegnelse på kreft som rammer kvinnelige kjønnsorganer som kjønnslepper, vagina, cervix, uterus, ovarium og tuba uterina (Kreftregisteret, 2022). Kirurgisk fjerning av ovarier og uterus i kombinasjon med stråleterapi, cytostatika og hormontilskudd er ofte en del av behandlingen (Kristensen, 2017, s.588-603).

Kvinner som har gjennomgått behandling for gynekologisk kreft kan oppleve problemer i skjeden som involverer tørrhet, sammenvoksinger, forkortelse og dislokasjon. Disse problemene gjør seksuallivet vanskelig og kan gi smerter ved samleie, illeluktende væskeansamlinger i skjeden og nedsatt libido (Borg, 2017, s.124). Behandlingsformene vil ofte også føre til infertilitet, og tap av kroppsdeler som forbindes med femininitet. Konsekvensen av dette kan blant annet være sorgreaksjoner, eksempelvis vil kvinner som har tapt sin fertilitet oppleve å «miste noe av seg selv» (Borg, 2017, s.125). Borg (2017) påpeker at helsepersonell ofte unngår å snakke om seksuell helse på bakgrunn av for høye krav til egen kunnskap og profesjonalitet. Dette kan medføre økt belastning på kvinnene, noe som kan bli en trussel for deres seksualitet og selvbylde (Borg, 2017, s.126).

2.3 Jus og etikk blant sykepleiere

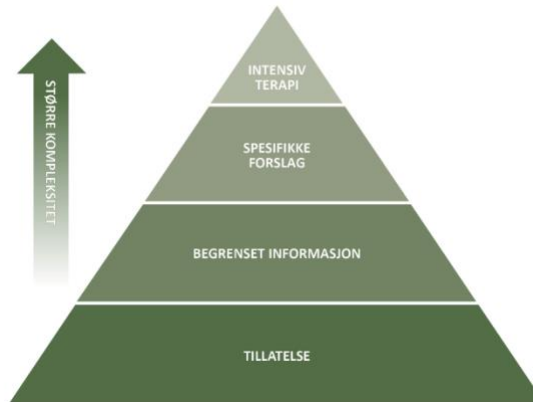
Sykepleiers yrkesutøvelse reguleres blant annet av juridiske, etiske og faglige retningslinjer som Helsepersonelloven, Pasient- og brukerrettighetsloven og yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk Sykepleieforbund, 2019). I følge Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) kapittel 3, jf §3-2 første ledd har pasienten en lovfestet rett til å få nødvendig informasjon for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2). Loven er til for at pasienten skal vite om det som angår dem selv og potensielle følger som kan ha innvirkning for pasientens liv på kort eller lang sikt (Molven, 2019, s. 175). Ifølge Norsk sykepleieforbund sine yrkesetiske retningslinjer har sykepleier blant annet ansvar for å fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått (Norsk Sykepleieforbund, 2019). Videre skal informasjon om behandling og sykdomsforløp gis av helsepersonell uten at pasienten må etterspørre det (Molven, 2019 s.175). Sykepleiere har etter §10 i Helsepersonelloven (1999) en plikt til å gi informasjon til den som har krav på det (Helsepersonelloven, 1999, §10). De yrkesetiske retningslinjene presiserer at sykepleier selv har ansvar for å holde seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde. Sykepleieren skal også bidra til at den nye kunnskapen anvendes i praksis. Videre presiseres det at sykepleier skal fremme helse og forebygge sykdom samt ha ansvar for å sette seg inn i verdier som samsvarer med sykepleiens grunnlag (Norsk Sykepleieforbund, 2019).

2.4 Seksuell veiledning

Seksuell helse tilhører den mest intime delen av livet vårt, og kan oppleves som vanskelig å uttrykke i møte med helse- og omsorgstjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 25). Hvis seksuell helse ikke prioriteres vil det bli desto vanskeligere å snakke om, ettersom det er et tabubelagt tema (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 25). For å kunne snakke om seksuell helse i møte med pasienten, er det nødvendig at fagpersoner har både kunnskap og bevissthet om seksuell helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 26). Ved å anvende ulike kommunikasjonsmetoder kan sykepleier anerkjenne pasientens formidlinger og initiere til dialog. Eksempelvis vil sykepleier kunne bekrefte pasienten både verbalt og non-verbalt gjennom aktiv lytting. Bekreftelse vil engasjere pasienten til å utdype detaljer og virke motiverende ettersom det medfører mestring og anerkjenner selvbestemmelse (Møhl et al., 2019, s.698).

PLISSIT-modellen er et hensiktsmessig kommunikasjonsverktøy i samtale om seksuell helse og seksualitet. Filosofien bak modellen er at veiledning i seksuell helse kan tilbys av mange ulike faggrupper (Møhl et al., 2019, s.694). Modellen er konstruert som en trekant som består av fire nivåer av behov for informasjon og hjelp. Størrelsen på nivåene symboliserer antall personer som har behov for intervensjon på aktuelt nivå (Møhl et al., 2019, s.693). PLISSIT er et akronym for de engelske ordene permission, limited information, specific suggestions og intensive therapy. Dette kan oversettes til; tillatelse, begrenset informasjon, spesifikke forslag og intensiv terapi. De fleste som jobber i helsevesenet bør være i stand til å ta i bruk de to nederste nivåene i trekanten, ettersom de innebærer kommunikasjon og samhandling med pasienten (Møhl et al., 2019, s.694). Etter hvert som en beveger seg oppover i trekanten er det behov for mer spesialisert kompetanse, eksempelvis rådgivning og terapi (Møhl et al., 2019, s.694). Videre i oppgaven holdes fokuset på det som er mest relevant for oppgavens hensikt; permission og limited information.

Figur (1). PLISSIT-modellen.



Fra «Sykepleiere kan hjelpe pasientene til bedre seksuell helse» av Fredly, K., Langhelle, T. H., Paulsen, A. & Sekse, R., J., T. Sykepleien, s. 8 (<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2021.83207>)

P- permission

Det første nivået utgjør den bredeste delen av trekanten og kalles P-nivået. Målet med dette nivået er at pasienten skal få muligheten til å snakke om seksuell helse og seksualitet, uten at sykepleier bidrar med noe faglig (Kristensen, 2019, s.748). «P» er en enkel intervensjon og kan løse mange problemer, eksempelvis kan nivået innebære at pasienten får tillatelse til å dele tanker rundt sin seksuelle helse. De aller fleste har ikke behov for å bevege seg videre oppover i trekanten (Kristensen, 2019, s. 748). Det vil være sykepleiers ansvar å initiere til samtale, men det er opp til pasienten å enten avslå eller akseptere. Ikke alle pasienter ønsker samtale om seksuell helse, men det er essensielt at alle får muligheten (Møhl et al., 2019, s.693).

LI –Limited information

Det andre nivået i modellen innebærer at sykepleier skal gi enkel og saklig informasjon vedrørende seksuell helse og seksuelle problemstillinger. Informasjonen kan eksempelvis være hva som er normale endringer i seksuell lyst eller følger som kan oppstå etter behandling (Kristensen, 2019, s.748). Nivået kan også innebære å svare på enkle spørsmål fra pasienten. Det krever at sykepleier har grunnleggende kunnskap om både de fysiske og psykiske utfordringene sykdommen og behandlingen medfører. Informasjonen som blir gitt kan bidra til å avklare misforståelser rundt kreftsykdommen og behandlingen (Kristensen, 2019, s.748). Tilgang til informasjon og undervisning er sentralt for at pasienten skal oppleve mestring av egen seksuell helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s.13).

2.5 Joyce Travelbee om mellommenneskelige forhold

Joyce Travelbee er mest kjent for sine teorier knyttet til betydningen av sykepleier-pasient-relasjon, og er svært opptatt av at mennesket er et unikt individ i vekst, utvikling og endring (Travelbee, 1999, s. 5). For å oppfylle sykepleierens hensikt tydeliggjør Travelbee behovet for å etablere et menneske-til-menneske-forhold. Travelbee beskriver dette forholdet som grunnleggende for at sykepleier skal kunne hjelpe et individ med å forebygge eller mestre sykdom og lidelse og med å finne mening i disse erfaringene (Travelbee, 1999, s. 171). Etableringen av forholdet er en gjensidig samhandling som innebærer at sykepleier og den syke er sammen om det som skal skje i prosessen. Imidlertid ligger ansvaret for å etablere og opprettholde forholdet hos sykepleier (Travelbee, 1999, s.178). Det er essensielt at fasadene «sykepleier» og «pasient» blir satt til side, slik at en kan forholde seg til hverandre som unike menneskelige individer (Travelbee, 1999, s.178). Et menneske-til-menneske-forhold etableres gjennom fire sammenhengende faser; Det innledende møte, fremvekst av identitet, empatifasen og sympatifasen (Travelbee, 1999, s.172). En viktig oppgave for sykepleieren i den første fasen er å se den syke som et unikt individ, uten å inkludere sin egen forhåndsopfatning. Under fase to vil sykepleier og den syke bli bedre kjent med hverandres individuelle personlighet. Empatifasen inkluderer evnen til å leve seg inn i den andres psykiske tilstand, uten å bli for involvert i den andre. I den siste fasen opplever sykepleieren trang til å hjelpe den syke, og iverksetter sykepleiehandlinger (Travelbee, 1999, s.186-217). Et felles kjennetegn på disse erfaringene er at den syke får sine behov ivaretatt (Travelbee, 1999, s.177).

3.0 METODE

Metode beskrives som en fremgangsmåte og er verktøyet vårt til å løse utfordringer. Metode bidrar til å løse problemer og at en kommer frem til ny kunnskap (Dalland, 2020, s.53-54). Innhentningen av informasjon kan skje ved bruk av ulike metoder, eksempelvis ved kvantitativ og kvalitativ metode. Ved kvantitativ tilnærming er målet å få frem det representative for temaet, eksempelvis ved bruk av spørreskjema eller systematiske observasjoner (Dalland, 2020, s.54). Kvalitativ tilnærming gir derimot en dypere forståelse for det undersøkte temaet, eksempelvis anvendes ofte intervju (Dalland, 2020, s.55). Valg av metode baseres på hvordan en kan innhente best mulig informasjon for å belyse den valgte problemstillingen (Dalland, 2020, s 53).

3.1 Valg av metode

I denne oppgaven skal det anvendes litteraturoversikt som metode. En litteraturoversikt kan utarbeides på flere måter, eksempelvis som allmenn litteraturoversikt eller integrativ litteraturoversikt. Likhetene mellom metodene er at det anvendes allerede publisert forskning for å skape en oversikt over kunnskap innenfor et emne (Friberg, 2022, s.188). I denne oppgaven benyttes en integrativ metode hvor formålet er å skape et overblikk og identifisere likheter og ulikheter, samt diskutere og tolke funn ved bruk av relevant teori (Friberg, 2022, s.196). Anvendelse av integrativ litteraturoversikt bidrar til en oversiktlig og dypere forståelse av temaet. Det tas utgangspunkt i Friberg sin analysemodell ved utarbeiding av oppgaven (Friberg, 2022, 193-195). Fem kvalitative studier vil være utgangspunktet for datamaterialet da vi anser disse som mest relevante for å oppnå en dypere forståelse knyttet til oppgavens hensikt.

3.2 Søkestrategi

Kapittel seks i Fribergs bok *Dags for oppsats* (2022) ble benyttet for å innhente nyttig kunnskap vedrørende søkeprosessen. Søket etter vitenskapelige artikler har foregått i to faser som bygger på hverandre, henholdsvis den innledende og den endelige informasjonssøkingen (Friberg, 2022,

s.80). Ifølge Friberg (2022) skaper den innledende fasen grunnlaget for litteratursøket (Friberg, 2022, s.81). Det ble benyttet tilfeldige søkeord for å få en oversikt over tilgjengelig forskning knyttet til problemområdet vi ønsket å belyse. På denne måten ble vi bedre kjent med hvordan de ulike databasene fungerer, og hvilke søketjenester som er tilgjengelig i Oria. Videre ble det formulert søkeord samt inklusjon- og eksklusjonskriterier med utgangspunkt i oppgavens hensikt. Disse ble brukt i den endelige informasjonssøkningen for å få en mer systematisk og strukturert fremgangsmåte (Friberg, 2022, s.82). Vi har utarbeidet en tabell for å presentere inklusjon- og eksklusjonskriteriene på en oversiktlig måte;

Tabell (1). Inklusjons- og eksklusjonskriterier.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Fagfelleverdert forskning hvor IMRAD-struktur ble anvendt.	Pasienter med andre kreftformer enn gynekologisk kreft
Overførbare forhold til norsk helsevesen	Ikke overførbare forhold til norsk helsevesen
Engelsk språklig litteratur	Forskning eldre enn 10 år
	Partnerundersøkelser

3.2.1 Valg av databaser og søkeord

For å finne fagfelleverdert vitenskap knyttet til helse- og sosialfag ble databasene Cinahl, Oria og SveMed+ benyttet. Felles for utvalgte databaser er innhold av engelskspråklig litteratur, forskning og referanser om sykepleie og tilgrensende fag. Etter flere søk i Oria og Cinahl gjenkjente vi at flere av artiklene som dukket opp var like. Det ble derfor bestemt å fortsette med kun Cinahl som database grunnet bedre mulighet for avgrensning ved søk. Gjennom systematisk søk i Cinahl fikk vi flere relevante treff, antall treff er beskrevet i søkeloggen (vedlegg 1). Vi endte med å anvende fem artikler fra Cinahl for å svare på oppgavens hensikt.

Oppgavens hensikt ble utgangspunktet for utforming av en rekke søkeord. PICo-skjema ble anvendt for å gjennomføre en systematisk søkeprosess, og for å utarbeide relevante søkeord (tabell 2) (Friberg, 2022, s.47). I den innledende informasjonssøkningen ble kombinasjon av søkehistorikk og søkeord brukt for å undersøke om det kom opp andre artikler av relevans. Søkeloggen (vedlegg 1) viser ulike kombinasjoner av søkeord og søketeknikker, samt fremgangsmåten ved bruk av

boolske operatører (Friberg, 2022, s.96). Det ble eksempelvis tatt i bruk “AND” mellom de ulike søkeordene «gynecological cancer» og «sexuality», mens “OR” ble benyttet mellom synonymer som «knowledge» og «education». Videre ble det benyttet trunkering for å innhente artikler med alle bøyingsformer av søkeordet, eksempelvis ble ordet «nurse» skrevet som «nurs*» (Friberg, 2022, s.94).

Tabell (2). PICo

P – utvalg/problem	I – intervensjon/tiltak/interesse	Co – context
Gynecological cancer	Support	Sexuality
Barriers	Nurs*	Sexual health
Communication	Information needs	Taboo
	Knowledge OR attitude OR experience OR practice	
	Competence	

3.2.2 Valg av artikler

Det ble til sammen lest 45 sammendrag hvor 19 artikler ble lest i sin helhet. Artikkene ble lest gjentatte ganger for å forstå innhold og sammenheng. Basert på funnene, ble det valgt ut fem artikler som vi anså som relevante for å besvare oppgavens hensikt. De resterende artikkene ble kassert da de omhandlet eksklusjonskriteriene. Hovedfunnene til de valgte artikkene er presentert i en tabell for å tydeliggjøre likhetene med artikkene (tabell 3). Det ble gjennomført sekundærsøk på både forfattere og referanselistene for å kvalitetssikre og innhente andre artikler (Friberg, 2022, s.103). Søket introduserte oss for flere artikler som senere ble utelukket. Vi anvendte «sjekkliste for bruk av kvalitative studier» for å utføre kritiske vurderinger av artikkene (Helsebiblioteket, 2016).

Studien til Cleary, Hegarty og McCarthy (2012), McCallum, Lefebvre, Jolicoeur, Maheu og Lebel (2012) og Sekse, Råheim og Gjengedal (2015) ble inkludert da de med utgangspunkt i et pasientperspektiv viser hva pasientene anser som nødvendig for å ivareta seksuell helse. De inkluderer blant annet hvordan seksuell helse påvirkes av gynekologisk kreft og hvordan pasienten oppfatter støtten fra helsevesenet som mangelfull. Studiene til Annerstedt og Glasdam (2019) og

Williams, Hauck og Bosco (2017) med sykepleieperspektiv ble inkludert for å belyse sykepleiers evne til å ha samtaler knyttet til seksuell helse. Samtlige av deltagerne jobbet på kreftavdeling, noe som var en forutsetning for at artiklene ble inkludert. Se vedlegg 2 for utfyllende oversikt.

3.3 Analyse av artikler

Ved bruk av Fribergs analysemodell ble de valgte artiklene analysert. Analysemodellen består av fem trinn hvor en beveger seg fra en helhet til ulike deler, og deretter til en ny helhet (Friberg, 2022, s.176). I første trinn startet vi med å gjennomgå artiklene gjentatte ganger, da med særlig fokus på resultatene. Dette ble gjort for å opparbeide en god forståelse for de ulike studiene (Friberg, 2022, s.177). I trinn to ble nøkkelfunn som relaterer til oppgavens hensikt identifisert, og deretter analysert opp imot felles trekk (Friberg, 2022, s. 177). I trinn tre sammenstilte vi resultatene fra hver studie (vedlegg 3). Trinn fire innebar å sortere funn som var relevante for oppgavens hensikt, og sortere disse i hoved- og underkategorier (tabell 3) (Friberg, 2022, s. 178). Friberg påpeker at det er hensiktsmessig å ha oppgavens hensikt lett tilgjengelig, og ved å gjøre dette har vi holdt oss på rett spor gjennom analysen (Friberg, 2022, s.179). I det siste trinnet gikk vi videre i analysearbeidet og trakk nye konklusjoner ut ifra funnene, noe som førte til en ny helhet (Friberg, 2022, s.179).

4.0 RESULTAT

Hensikten med oppgaven er å undersøke forhold som kan fremme ivaretagelsen av seksuell helse blant gynekologiske kreftpasienter etter behandling på sykehus. Gjennom analysearbeidet kom vi frem til tre hovedkategorier og fire underkategorier som passet til å besvare oppgavens hensikt:

Tabell (3). Hoved- og underkategorier.

Hovedkategorier	Underkategorier
Fokus på kommunikasjon	Åpenhet og involvering av pasient i dialog Tilstrekkelig informasjon
Kunnskap blant sykepleiere	Erfaring Holdninger
Sykepleie-pasientforhold	

4.1 Fokus på kommunikasjon

4.1.1 Åpenhet og involvering av pasienten i dialog

Pasientene i Sekse et al. (2015) søker genuin involvering og åpenhet fra sykepleierne, samt mer tid for samtale. Kvinnene deler også opplevelsen av at måten seksuell helse blir møtt på av sykepleiere, bidrar til mer ensomhet rundt intime utfordringer (Sekse et al., 2015, s.1263). Både McCallum et al. (2012) og Sekse et al. (2015) avdekker i sine studier at flere pasienter erfarer seksuell helse og seksualitet som et ubekvemt tema å ta opp, ettersom de opplever det som tabu (McCallum et al., 2012, s.139; Sekse et al., 2015, s.1260). Studien til Sekse et al. (2015) viser at flere forsøker å ta opp temaet med sykepleier, men at samtalen umiddelbart blir avfeid (Sekse et. Al., 2015 s. 1263). En av kvinnene i studien uttaler; «These are touchy topics to bring up, but short answers do not really encourage deep conversations» (Sekse et. Al., 2015 s. 1263).

Studien til Sekse et al. (2015) belyser det å ha noen å snakke med om seksuell helse og seksualitet er av stor betydning for pasientene i forløpet (Sekse et al., 2015, s.1262). Videre avdekker Cleary

et al. (2012), McCallum et al. (2012) og Sekse et al. (2015) at flere pasienter deler opplevelsen av frustrasjon og sinne over at helsepersonell unnlater dialog angående seksuell helse og seksualitet etter behandling (Cleary et al., 2012, s.35; McCallum et al., 2012, s.138; Sekse et al., 2015, s.1261). Videre ønsker deltagerne i McCaullum et al. (2012) og Sekse et al. (2015) at helsepersonell initierer til slike samtaler (McCallum et al., 2012, s.138; Sekse et al., 2015, s.1262). En av deltagerne i studien til Sekse et al. (2015) uttrykker følgende; «I needed to talk to someone, to go a bit deeper into things» (Sekse et al., 2015, s.1262).

Sykepleierne i studien til Annerstedt og Glasdam (2019) rapporterer at utdeling av brosjyrer er en rutine i avdelingen, ettersom samtale om seksualitet og seksuell helse anses som tabu (Annerstedt & Glasdam, 2019, s. 3561). En av sykepleierne i studien til Annerstedt og Glasdam (2019) beskriver det slik; «I usually just give them a brochure, because then we don't have to talk about it so much (...)» (Annerstedt & Glasdam, 2019, s.3561). Ved å anvende brosjyrene kan sykepleierne fortsette å unngå samtaler angående seksuell helse, samtidig som pasientene får nødvendig informasjon (Annerstedt & Glasdam, 2019, s. 3561).

4.1.2 Tilstrekkelig informasjon

Flere av deltagerne i studien til Sekse et al. (2015) samt alle deltagerne i Cleary et al. (2012) deler at de ikke har mottatt informasjon vedrørende kroppslige forandringer relatert til behandlingen og hvordan dette påvirker deres seksuelle helse (Sekse et al., 2015, s.1261; Cleary et al., 2012, s.35). Flere av kvinnene i studien til McCallum et al. (2012) angir et behov for mer strukturert informasjon, eksempelvis hvordan en mestrer tidlig overgangsalder. En av kvinnene uttaler følgende «How is it supposed to be? (...) It's not the same as before» (McCallum et al., 2012, s.138). Deltagerne i studien til Cleary et al. (2012) beskriver det å motta informasjon som en fordel, eksempelvis opplever de seg trygget og mer forberedt for tiden fremover (Cleary et.al., 2012, s.35). En av kvinnene i Sekse et al. (2015) beskriver det slik;

«If someone (health personnel) had been open and prepared me for the changes, I would have known what was coming. Instead, I was unprepared when the changes came and wondered "what is this?" That's a big difference, to be prepared to deal with it.» (Sekse et al., 2015, s. 1263)

4.2 Kunnskap blant sykepleiere

4.2.1 Erfaringer

Det kommer frem i studien til Williams et al. (2017) at sykepleierne med mer erfaring opplever dette som positivt i samtale om seksuell helse. Disse sykepleierne uttaler at det ikke er nødvendig å ha alle svarene for å initiere til dialog. En av sykepleierne uttaler «You dont have to fix it (...) it's ok not to have the answers» (Williams et al., 2017, s. 39). Sykepleiere som har erfart konsekvensen av å unnlate seksuell helse som tema, fokuserte på å lære opp nye sykepleiere med mindre erfaring til å initiere til dialog (Williams et al., 2017, s. 39).

Både studien til Annerstedt og Glasdam (2019) og Williams et al. (2017) avdekker at sykepleierne mangler kompetanse om hvordan en tar opp seksuell helse (Annerstedt & Glasdam, 2019, s.3560; Williams et al., 2017, s.39). En av sykepleierne uttaler «I don't want them to open up a box that I'm going to go, oh i dont have a clue what to do from here» (Williams et al., 2017, s.38). Sykepleierne i studien anser det som nødvendig å identifisere manglende kompetanse, og at dette kan bidra til å forbedre deres yrkesutøvelse (Williams et al., 2017, s.39). Sykepleierne deler en oppfatning om at de er uforberedte til å besvare eventuelle bekymringer (Williams et al., 2017, s.39). En av sykepleierne i studien til Williams et al. beskriver det slik «I've thought I won't know what to say if they say something» (Williams et al., 2017, s. 39). Både studien til Annerstedt og Glasdam (2019) og Williams et al. (2017) avdekker at sykepleiere ofte henviser pasienten videre i stedet for å adressere samtalen selv (Annerstedt & Glasdam, 2019, s.3562; Williams et al., 2017, s.40).

4.2.2 Holdninger

I studien til Annerstedt og Glasdam (2019) kommer det frem at sykepleierne assosierer kreft med fysisk svakhet, eksempelvis fatigue. Dette bidrar til å skape en oppfatning blant sykepleierne om at seksuell helse er et irrelevant tema (Annerstedt & Glasdam, 2019, s.3560). Videre i studien kommer det frem at sykepleierne åpner opp for en rekke spørsmål angående seksuell helse, men da kun rundt kroppslige symptomer (Annerstedt & Glasdam, 2019, s.3560). Det rapporteres at samtalen konsekvent blir ledet over på andre tema, slik at sykepleierne kan unngå anliggende.

Sykepleierne rapporterer at pasientenes mulighet for å diskutere seksuell helse og seksualitet dermed bortfaller (Annerstedt & Glasdam, 2019, s.3560).

Studiene til både Annerstedt og Glasdam (2019) og Williams et al. (2017) avdekker at deltagerne har en felles formening om at pasientens alder er av betydning for i hvilken grad sykepleierne anser det som nødvendig å informere om seksuell helse (Annerstedt & Glasdam, 2019, s.3559; Williams et al., 2017, s. 39). En av deltagerne i studien til Annerstedt og Glasdam (2019) beskriver det slik; «I think I bring it up more often if someone is younger. Because I think, it is more relevant for them (...)» (Annerstedt & Glasdam, 2019, s.3559). Andre observasjoner som sykepleiere vurderer av betydning er seksuell historie, utseende og helsestatus (Williams et al., 2017, s.39). En av deltagerne beskriver det slik; «You can almost probably pick the patient who you know that their appearance is extremely important to them and who might have an issue about things more (...)» (Williams et al., 2017, s. 38).

4.3 Sykepleie-pasientforhold

Sykepleierne i studien til Annerstedt og Glasdam (2019) og Williams et al. (2017) erfarer at relasjonen til pasienten er av betydning for hvilken informasjon som blir gitt (Annerstedt & Glasdam, 2019, s.3561; Williams et al., 2017, s.38). Videre deler sykepleierne en oppfatning om at pasienter mer sannsynlig initierer til samtale om sensitive tema dersom det allerede er kontinuitet og tillit i relasjonen (Annerstedt & Glasdam, 2012, s. 3561). En av sykepleierne uttaler «The continuity results in getting to know each other and then everything becomes much easier» (Annerstedt & Glasdam, 2019, s. 3562). Sykepleierne i studien til Williams et al. (2017) er enige om at relasjonen er avgjørende for å fastsette komfortable rammer, som kan bidra til en tillitsfull og åpen samtale om seksuell helse (Williams et al., 2017 s.38).

Studien til Annerstedt og Glasdam (2019) avdekker at flere sykepleiere valgte å ikke snakke om seksuell helse relatert til manglende personlig kontakt (Annerstedt & Glasdam, 2019, s.3561). Videre gjør studien det kjent at dette bidrar til at sykepleiere får mulighet til å bestemme om temaet skal introduseres. Deretter er det opp til sykepleier om problemet er seriøst nok, og hva som er aktuelt for pasienten videre (Annerstedt & Glasdam, 2019, s.3561).

5.0 DISKUSJON

I følgende kapittel vil vi først diskutere anvendt metode og styrker og svakheter ved vår litteraturoversikt. Videre i resultatdiskusjonen vil hovedfunnene bli diskutert i sammenheng med teori og egne refleksjoner.

5.1 Metodediskusjon

5.1.1 Integrativ litteraturoversikt som metode

For å begrense oppgaven og besvare hensikten på en tilfredsstillende måte er det valgt ut fem kvalitative studier (Friberg, 2022, s. 192). Under søkeprosessen ble det avdekket flere studier som omhandlet oppgavens hensikt (vedlegg 1). Ved å gjennomgå sammendragene til de aktuelle artiklene ble det dannet en helhetlig oversikt. Dette støttes av Friberg (2022) som påpeker det som hensiktsmessig å danne et helikopterperspektiv for å utelukke studier som ikke samsvarer med inklusjonskriteriene (Friberg, 2022, s.190). Derimot kritiserer Friberg (2022) denne typen litteraturoversikt da det er en risiko for at forskeren velger studier som støtter deres eget synspunkt (Friberg, 2022, s.187). På bakgrunn av dette kan det tenkes at valg av studier er påvirket av våre oppfatninger og erfaringer innad fagområdet, som videre kan ha ført til at relevant forskning har blitt ekskludert. På den ene siden kan andre artikler ha beriket oppgavens diskusjonsdel og belyst funnene på en annerledes måte. På den andre siden var det nødvendig å begrense antall artikler for å opprettholde oppgavens retningslinjer.

5.1.2 Ethiske overveielser

I samtlige av utvalgte studier er det gjennomført intervju, og på bakgrunn av dette har vi undersøkt hvorvidt studiene tilfredsstillende etiske prinsipper før de ble inkludert i oppgaven. Denne formen for datainnsamling kan ifølge Dalland (2020) påvirkes av ulike faktorer, eksempelvis kan informanten misforstå spørsmål og intervjuer mistolke svar (Dalland, 2020, s.63). Derfor kan forskerens direkte

kontakt med intervjuobjektene ha innvirkning på samtlige studiers kredibilitet. Annerstedt og Glasdam (2019), McCullum et al. (2012) og Sekse et al. (2015) beskriver at informantene er grundig informert om gjennomføringen og muligheten for å trekke seg underveis (Annerstedt & Glasdam, 2019, s. 3558; McCallum et al., 2012, s.136; Sekse et al., 2015, s.1259). Cleary et al. (2012) og Williams et al. (2017) utdyper derimot ikke de etiske overveielserne. På grunn av godkjenning fra etiske komiteer og kvaliteten på studiene, ble samtlige artikler inkludert i oppgaven.

5.1.3 Land og arena for studiene

Valgte studier ble gjennomført i Norge, Sverige, Irland, Canada og Australia. Disse landene har etablerte helsetjenester, avansert medisinsk behandling og utdannet helsepersonell på lik linje med Norge (Norsk helseinformatikk, 2021). I utgangspunktet ville det være optimalt med flere studier gjennomført i Norden for å sikre representative resultater. Det ble derimot oppdaget underveis at nordisk forskning omhandlende seksuell helse var begrenset og utdatert. Til tross for at noen av studiene er utført i henholdsvis Irland, Canada og Australia mener vi at funnene er overførbare til Norsk helsevesen og aktuelle for å besvare hensikten. I tillegg samsvarer funnene både med hverandre og teorien.

Det var ønskelig å innhente data fra en arena som var aktuell for pasienter som har gjennomgått behandling for gynekologisk kreft, derfor falt valget på sykehus. Valget inkluderer både medisinske- og kirurgiske sengeposter og poliklinikker, hvor sykepleier ofte har kontinuerlig kontakt med pasientene. Derfor var det ønskelig med data fra både sykepleiere som arbeidet på sykehus og pasienter som har gjennomgått behandling for gynekologisk kreft på sykehus.

5.1.4 Forskernes bakgrunn og studiens deltakere

For å vurdere troverdigheten til studiene ble det gjennomført sekundærsøk på forfatterne. Samtlige av forfatterne har tilknytning til helsevesenet, blant annet som sykepleier, psykolog og professor. Flere har også videreutdanning innen onkologi og har publisert flere forskningsbaserte studier. I

tillegg hadde enkelte aktuell forskerkompetanse gjennom doktorgrad. Ulik bakgrunn blant forskerne blir sett på som en styrke i oppgaven ettersom det medfører et bredt spekter av kunnskap.

Deltagerne i Annerstedt og Glasdam (2019) og Williams et al. (2017) var sykepleiere som jobbet med gynekologiske kreftpasienter eller innen onkologi på sykehus (Annerstedt & Glasdam, 2019, s. 3558; Williams et al., 2017, s. 37). Annerstedt og Glasdam (2019) inkluderte kun sykepleiere som snakket og forsto svensk, men det var ikke et kriterium at sykepleierne hadde erfaring med gynekologiske kreftpasienter (Annerstedt & Glasdam, 2019, s. 3558). Derimot ønsket Williams et al. (2017) kun å intervju sykepleiere som arbeidet med pasienter under behandling og som hadde minst ett års erfaring med gynekologiske kreftpasienter (Williams et al., 2017, s. 37). Pasientene som deltok i studien til Sekse et al. (2015) var kvinner som ikke hadde tilbakevendende metastaser og var mellom alderen 30 til 70 år (Sekse et al., 2015, s.1259). Kravene til McCallum et al. (2012) innebar at pasientene var diagnostisert og behandlet for gynekologisk kreft, var over 18 år og snakket engelsk eller fransk (McCallum et al., 2012, s. 136). Cleary et al. (2012) stilte ingen spesifikke krav bortsett fra at deltagerne måtte være diagnostisert med gynekologisk kreft (Cleary et al., 2012, s.33). Informantene i artiklene er til sammen 24 sykepleiere og 39 pasienter. Vi anser dette som representativt ettersom utgangspunktet for oppgaven er fem kvalitative studier. En svakhet med oppgaven vår kan være ulike informanter, eksempelvis ville flere pasienter gitt et bredere og mer kvalitetssikret resultat. Videre kan det tenkes at pasienter og sykepleiere i samtlige studier har vært mer åpne for å dele egne erfaringer med seksuell helse, enn de som har avslått deltagelse. Eksempelvis kan sykepleiere som har avslått ha en større formening om at seksuell helse ikke tilhører deres ansvarsområde. Pasienter som har avslått invitasjon kan også ha andre meninger om hvilke forhold som kan fremme ivaretagelse av deres seksuelle helse. Derfor kan resultatene preges av syn som ikke deles av disse sykepleierne og pasientene.

5.1.5 Valg av artikler

I forkant av oppgaven var det ønskelig å belyse hensikten fra både pasient- og sykepleieperspektiv. På den ene siden opplevdes det som noe utfordrende å skille mellom perspektivene i teksten. På den andre siden ble det ansett som hensiktsmessig å inkludere begge for å sammenligne deres erfaringer. Studiene med pasientperspektiv ble ansett som essensielle, ettersom de vet hvilke

forhold som kan fremme ivaretagelse av deres seksuelle helse. Valget om å inkludere studier med sykepleieperspektiv ble gjort på bakgrunn av ønsket om å supplere med erfaringer, ettersom det ga innsikt i hvordan sykepleier jobber for å fremme seksuell helse blant pasientene. Til slutt endte vi opp med tre studier med pasientperspektiv og to studier med sykepleieperspektiv. Valget om kvalitative studier støttes av Dalland (2020) som påpeker at disse er egnet for å oppnå en dypere forståelse innen tematikken (Dalland, 2020, s.56). Derimot kan det tenkes at kvantitative studier ville supplert oppgaven med statistikk, eksempelvis kunne tall gitt oss en oversikt over hvor mange kvinner som opplever manglende informasjon. Ettersom mesteparten av kvantitative studier begrenset forskningen til en spesifikk gynekologisk kreftsykdom, ble disse studiene ekskludert. Videre kunne det blitt anvendt andre søkeord og avgrensninger for å finne flere studier som underbygget hverandre. Eksempelvis kunne oppgaven blitt mer avgrenset ved å fokusere på en bestemt gynekologisk kreftform. Derimot valgte vi å fokusere på artikler som inkluderte flere gynekologiske kreftdiagnoser, ettersom den seksuelle helsen påvirkes noe likt. Det kan også tenkes at enkelte nyanser er mistet i oversettelsen ettersom samtlige artikler er engelskspråklige. Blant annet har enkelte faguttrykk vært utfordrende å tolke ettersom det ikke eksisterer direkte oversettelse til norsk. Eksempelvis vil «shyness» direkte oversettes til «beskjedenhet», noe som ikke samsvarer tiltenkt betydning. Her kan det derfor ha oppstått misforståelser eller feiltolkninger. Likevel mener vi at valgene har resultert i en helhetlig forståelse for hvilke forhold som kan fremme seksuell helse blant gynekologiske kreftpasienter.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Fokus på kommunikasjon

Flere pasienter uttrykker at de ønsker å dele bekymringer angående seksuell helse etter behandling for gynekologisk kreft (Sekse et al., 2015, s.1260; McCallum et al., 2012, s.137). I tillegg oppleves sykepleier som ukomfortabel når de etterspør dialog vedrørende seksuell helse. Dette leder til frustrasjon og sinne ettersom de må håndtere intime problemstillinger på egenhånd (Cleary et al., 2012, s.35; McCallum et al., 2012, s.138; Sekse et al., 2015, s.1261). Helse- og omsorgsdepartementet påpeker at dialog omhandlende seksuell helse er essensielt for å unngå økt

stigmatisering og for å normalisere seksuelle problemer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s.8). Ut ifra egen erfaring kan manglende initiativ til dialog føre til at sykepleier fremstiller seg selv som utilgjengelig og uinteressert. For at pasientene skal oppleve åpenhet og initiativ rundt seksuell helse bør sykepleier legge til rette for dialog og vise interesse for pasientens opplevelser. Eksempelvis kan sykepleier tilby seksuell veiledning, slik at pasienten opplever egen seksuelle helse som betydningsfull. Veiledningen kan også bidra til at pasienten føler aksept og normalisering av seksuelle problemstillinger. Dette støttes av de yrkesetiske retningslinjene som hevder at sykepleier er ansvarlig for å utføre slike helsefremmende tiltak (Norsk Sykepleieforbund, 2019). For å sikre at pasienten blir involvert i kommunikasjon kan det være hensiktsmessig at sykepleier anvender PLISSIT-modellen (Møhl et al., 2019, s.694). Det første nivået (P) har som hensikt å tillate og oppmuntre pasienten til å diskutere seksuelle problemstillinger. Sykepleier kan innta rollen som aktivt lyttende slik at pasientens opplevelser blir anerkjent (Møhl et al., 2019, s.698). I følge Møhl et al. (2019) bør sykepleiere være i stand til å anvende dette nivået, ettersom det ikke krever spesialkompetanse (Møhl et al., 2019, s.693). Våre resultater tyder på at manglende åpenhet og kommunikasjon bidrar til at pasientene opplever seksuell helse som mer tabubelagt. Det kan tenkes at nedprioritering blant sykepleiere skyldes en oppfattelse av at seksuell helse er personlig og kun involverer seksuelle handlinger. Følgene av dette kan være ytterlige stigmatisering og mindre åpenhet. Sykepleiere bør derfor ha fokus på kommunikasjon og involvering slik at pasientens behov blir ivaretatt.

Et gjentagende funn i studiene er at pasientene uttrykker manglende informasjon vedrørende konsekvenser av behandlingen og hvordan disse påvirker deres seksuelle helse (Cleary et al. 2012, s.35; Sekse et al., 2015, s.1261). Enkelte pasienter beskriver at informasjon angående seksuell helse kan bidra til å forebygge usikkerhet rundt fremtidige endringer (Cleary et.al., 2012, s.35; Sekse et al., 2015, s. 1263). Sykepleierne deler derimot at de har prioritert å gi informasjon omhandlende andre fysiske aspekt eksempelvis fatigue, ettersom dette anses som en større konsekvens av behandlingen (Annerstedt & Glasdam, 2019, s.3560). Det andre nivået (LI) i PLISSIT-modellen viser at sykepleiere bør jobbe for at pasienten skal få nødvendig informasjon. Nivået innebærer at pasienten mottar informasjon om hvordan behandlingen kan ha innvirkning på den fysiske, psykiske og seksuelle helsen (Kristensen, 2019, s.748). Eksempelvis bør sykepleier informere om endringer som tørre slimhinner og innsnevring i skjeden. Dette støttes av Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) jf §3-2 første ledd som beskriver at pasienten har rett på nødvendig

informasjon angående blant annet mulige bivirkninger (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2). Likevel mener flere sykepleiere at kvinnene mottar tilstrekkelig informasjon gjennom standardiserte brosjyrer (Annerstedt & Glasdam, 2015, s.3561). Dette synet deles også av enkelte pasienter som opplever at skriftlig informasjon imøtekommer deres behov (Cleary et al., 2012, s.36; McCallum et al., 2012, s.138). Basert på egen yrkesutøvelse kan en standardisert brosjyre oppleves som unnvikende, samtidig som den utfordrer muligheten til å anerkjenne pasientens unike og individuelle behov. Dersom en anvender brosjyrer, bør det følges opp med muligheten for videre spørsmål. Derimot virker det som om sykepleierne anvender brosjyrene som en erstatning for samtale, noe som fører til at flere pasienter opplever informasjonen som utilstrekkelig. Erfaringsmessig kan kommunikasjon bidra til å avdekke hvordan og hvilken informasjon pasienten har behov for. De yrkesetiske retningslinjene underbygger dette ved å presisere at sykepleier skal gi tilstrekkelig informasjon og sikre pasientens forståelse (Norsk Sykepleieforbund, 2019). I lys av Helsepersonelloven (1999) jf §10 er sykepleiere også pliktig til å gi informasjon (Helsepersonelloven, 1999, §10). Siden flesteparten av kvinnene opplever informasjonen som mangelfull, tyder det på at flere sykepleiere ikke har opprettholdt sin informasjonsplikt. Skal sykepleier sikre pasientens forståelse og ivareta pasientens rett på informasjon, bør informasjon angående seksuell helse implementeres i sykepleiers yrkesutøvelse.

5.2.2 Kunnskap blant sykepleiere

Sykepleierne opplever det som en fordel å ha erfaring innen seksuell helse fra tidligere. Erfaringene bidrar til at sykepleierne opparbeider seg forståelse for at det ikke alltid er nødvendig med konkrete svar, ettersom pasientene ofte kun ønsker å bli hørt (Williams et al., 2017, s. 39). Ut ifra egen erfaring kan det oppleves utfordrende å etterspørre pasientens seksuelle helse, ettersom en vil unngå å fremstå påtrengende. Borg (2017) hevder at helsepersonell ofte unngår å snakke om seksuell helse på bakgrunn av for høye krav til egen kunnskap og profesjonalitet (Borg, 2017, s.126). Sykepleierne med mer erfaring deler at de har fokus på opplæring av mindre erfarne sykepleiere, ettersom neglisjering kan medføre negative konsekvenser for pasientens seksuelle helse (Williams et al., 2017, s. 39). Det kan tenkes at mer erfaring bidrar til mestringsfølelse, som kan være sentralt for å initiere til dialog. Enkelte sykepleiere opplever likevel å ikke være godt nok

forberedt til å besvare eventuelle bekymringer (Williams et al., 2017, s.39). I lys av de yrkesetiske retningslinjene er sykepleier selv ansvarlig for å være faglig oppdatert og besitte nødvendig kunnskap for å gi faglig forsvarlig helsehjelp (Norsk sykepleieforbund, 2019). Dette innebærer at sykepleiere som opplever seg selv som uerfarne bør innhente kunnskap som er relevant og som kan styrke deres yrkesutøvelse. Skal en sikre at uerfarne sykepleiere initierer til dialog omhandlende seksuell helse, bør det derfor innføres rutinemessig god opplæring og oppfølging. Mer strukturerte rutiner kan bidra til bedre yrkesutøvelse ettersom det øker kompetansenivået gjennom erfaringsoverføring og ny kunnskap.

Flere sykepleiere beskriver at de assosierer kreft med fysisk svakhet, og at de derfor oppfatter seksuell helse som et irrelevant tema. Av den grunn leder mesteparten samtalen konsekvent bort fra seksuell helse for å unngå spørsmål omhandlende intime problemstillinger (Annerstedt & Glasdam, 2019, s.3560). Samtlige av sykepleierne uttrykker derimot at de er åpne for spørsmål som omhandler andre kroppslige symptomer som følge av behandlingen, eksempelvis kvalme og smerter (Annerstedt & Glasdam, 2019, s.3560). Flere har også en formening om at pasientens alder, utseende og helsestatus er av betydning for hvilken informasjon som gis (Annerstedt og Glasdam, 2019, s.3559; Williams et al., 2017, s. 39). Helse- og omsorgsdepartementet presiserer derimot at seksuell helse utvikles gjennom hele livet, eksempelvis før og etter overgangsalderen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s.25). Dette tyder på at seksuell helse er relevant for alle, inkludert gynekologiske kreftpasienter. Det kan tenkes at sykepleiers forståelse av hva seksuell helse er og når seksuell helse er relevant kan påvirke ivaretagelsen av pasientens seksuelle helse. Slike antagelser kan føre til manglende utløp for bekymringer og nedsatt selvbilde blant gynekologiske kreftpasienter (Borg, 2017, s.126). Helse- og omsorgsdepartementet sin strategi beskriver seksuell helse som et grunnleggende behov, og påpeker at ivaretagelse av denne er sentral for å fremme livskvalitet og mestring blant pasienter. Videre påpekes det at positive holdninger er en faktor som kan fremme seksuell helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Det synes derfor sentralt at sykepleier er bevisst på egne holdninger, ettersom det kan ha innvirkning på ivaretagelsen av pasientens grunnleggende behov. I lys av de yrkesetiske retningslinjene er sykepleier også ansvarlig for å sette seg inn i visjoner og verdier i samsvar med sykepleiers grunnlag (Norsk Sykepleieforbund, 2019). Dette innebærer at sykepleier tilsidesetter egne antagelser og setter seg inn i betydningen av seksuell helse slik at faglig forsvarlig sykepleie kan utøves.

5.2.3 Sykepleier-pasientforhold

Flere av sykepleierne beskriver at de opplever utfordringer med å introdusere seksuell helse i dialog uten en etablert relasjon til pasienten. Videre uttrykker de at relasjonen er av betydning for omfanget og kvaliteten på informasjonen pasienten mottar (Annerstedt & Glasdam, 2012, s. 3561; Williams et al., 2017 s.38). Dette kan forstås i lys av Travelbee sin teori om menneske-til-menneske-forhold, hvor relasjon er grunnleggende for at sykepleier skal kunne bistå pasienten med å mestre sykdom og lidelse (Travelbee, 1999, s.171). Flere sykepleiere opplever i tillegg et større initiativ til samtale om seksuell helse fra pasienten dersom det allerede foreligger en tillitsfull relasjon (Annerstedt & Glasdam, 2012, s. 3561). Det kan synes som om relasjon mellom sykepleier og pasient er sentralt, og at distanse kan føre til manglende interesse fra begge. Gjennom egen yrkesutøvelse har vi erfart at det er lettere å oppnå et forhold til pasienten gjennom kontinuerlig kontakt, og at dette kan gi pasienten bedre mulighet for samtale. Eksempelvis kan praktisering av primærsykepleie legge til rette for å etablere en relasjon mellom sykepleier og pasient, gjennom at pasienten forholder seg til de samme sykepleierne over en lengre tidsperiode. Det kan tenkes at denne kontinuiteten medfører tillitt og trygghet i relasjonen, og fremmer åpenhet slik at pasienten lettere kan dele bekymringer angående seksuell helse. Vi har inntrykk av at etableringen av en tillitsfull relasjon kan være tidkrevende og utfordrende. Til tross for dette anser vi det som sykepleiers ansvar å etablere en slik relasjon. Synet støttes av Travelbee som i sin teori presiserer at de ulike fasene kan oppleves som tidkrevende. Hun beskriver det likevel som hensiktsmessig at sykepleier anvender de ulike fasene i menneske-til-menneske-forhold for å etablere en slik relasjon (Travelbee, 1999, s.172). Det kan tenkes at dette kan bidra til å fremme trygghet blant gynekologiske kreftpasienter.

Derimot angir enkelte sykepleiere at en relasjon ikke nødvendigvis må være til stede, ettersom pasientene responderer på initiativ selv om det ikke foreligger en relasjon (Annerstedt & Glasdam, 2019, s.3561). Siden konsekvensene av behandlingen kan føre til sorgreaksjoner, kan det tenkes at noen kvinner har behov for å henvende seg til en sykepleier som ikke er for involvert i deres sykdomsforløp (Borg, 2017, s.125). Det kan tenkes at enkelte pasienter opplever det lettere å diskutere intime problemstillinger med en utenforstående sykepleier, ettersom de ikke har kjennskap til hverandre som personer. Dette tyder på at både for mye og for lite involvering fra sykepleier kan føre til konsekvenser for relasjonen mellom sykepleier og pasient. Sykepleier bør

[Kandidatnummer: 1560, 1585, 1656]

derfor innrette seg etter pasientens behov og ønsker for at pasienten skal kunne ivareta egen seksuell helse.

6.0 IMPLEMENTERING I PRAKSIS

Gjennom arbeidet med oppgaven har vi opparbeidet oss en forståelse for hvordan gynekologisk kreft påvirker seksuell helse og hvilke forhold som kan fremme ivaretagelsen. Oppgavens resultater viser at det er behov for bedre kommunikasjon mellom sykepleier og pasient, mer kunnskap blant sykepleiere og tilrettelegging av sykepleie-pasientforhold. Resultatet synes også å være overførbart til andre arena, eksempelvis vil bevissthet rundt seksuell helse være aktuelt for at pasienter med lignende problemer opplever ivaretagelse av deres seksuelle helse. Ettersom prosessen har avdekket begrenset forskning og manglende kunnskap omhandlende tematikken, synes det som nødvendig med oppdatert forskning på området. På bakgrunn av dette presenterer vi konkrete forslag som kan styrke yrkesutøvelsen blant sykepleiere og bidra til økt fokus på seksuell helse.

Forslagene er som følger:

- Informasjon om sykdommens- og behandlingens innvirkning på den seksuelle helsen bør inkluderes i innkomst- og utskrivelsessamtale. På denne måten opprettholdes pasientens krav på informasjon samtidig som pasienten opplever tillatelse og mulighet til å adressere bekymringer.
- Rutinemessig bruk av screeningverktøy kan være hensiktsmessig for å kartlegge pasientens informasjonsbehov og ønsker. Eksempelvis kan tilpassede skjema og sjekklister avdekke hvorvidt sykdommen påvirker pasientens seksuelle helse og i hvilken grad pasienten ønsker videre oppfølging.
- Kurs og fagdager hvor sykepleiere kan observere og delta på simulering. Mengdetrening kan bidra til at sykepleiere opplever seg bedre rustet til å initiere til samtaler angående seksuell helse. Blant annet kan det være aktuelt å vektlegge hvordan en kommuniserer med

pasienten. Videre kan refleksjon rundt tidligere erfaringer medføre at sykepleierne lærer av hverandre. Resultatet av dette kan være økt bevissthet rundt seksuell helse og kompetanseheving på avdelingen.

- Implementering av ressursykepleier på avdelinger som ofte er i kontakt med gynekologiske kreftpasienter, slik at både pasient og sykepleier har noen å henvende seg til. Ressursykepleieren kan svare på eventuelle spørsmål omhandlende seksuelle problemstillinger og fungere som en veileder for resten av avdelingen.
- Tilrettelegging av primærsykepleie på avdelinger hvor gynekologiske kreftpasienter har tilhørighet, eksempelvis at samme sykepleier administrerer pasientens behandling på poliklinikk.
- Fokus på tverrfaglig samarbeid, slik at sykepleier vet når og hvor pasienten kan henvises ved ytterlige behov. Eksempelvis hvis pasienten har bekymringer utenfor sykepleiers kunnskapsområde.

LITTERATUROVERSIKT

Annerstedt, F. C. & Glasdam, S. (2019). Nurses' attitudes towards support for and communication about sexual health - A qualitative study from the perspectives of oncological nurses. *Journal of clinical nursing*, 28(19-20), 3556-3566. <https://doi.org/10.1111/jocn.14949>

Borg, T. (2017). Seksualitet. | T. K. Schjøberg & A.M Reitan (Red.), *Kreftsykepleie: pasient utfordring – handling*. (4.utg., s.120-131). Cappelen Damm Akademisk.

Cleary, V., Hegarty, V. & McCarthy, G. (2012). How a diagnosis of gynaecological cancer affects women's sexuality. *Cancer Nursing Practice*. 12, 1, 32-37.

<https://doi.org/doi:%2010.7748/cnp2013.02.12.1.32.e648>

Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving*. (Utg.7). Gyldendal.

Fredly, K., Langhelle, T. H., Paulsen, A. & Sekse, R., J., T. «Sykepleiere kan hjelpe pasientene til bedre seksuell helse», (2021). *Sykepleien*, s. 8 ([10.4220/Sykepleiens.2021.83207](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2021.83207)([link is external](#)))

Friberg, F. (Red.). (2022). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Studentlitteratur.

Helsebiblioteket, (2016, 3.juni). 4.1 Sjekklistor. Helsebiblioteket.

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/4.kritisk-vurdering/4.1-sjekklistor>

Helse- og omsorgsdepartementet, (2017-2022), *Snakk om det: Strategi for seksuell helse*.

Regjeringen.

https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell*. (LOV-2022-06-10-37). Lovdata:

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_2

Jerpseth, H. (2020). Sykepleie ved gynekologiske sykdommer. H. Almås, D-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie* (5.utg., bind 2, s.133-165). Gyldendal

Johannessen, T., (2021, 9.august). *Norge rangeres å ha best helsetjeneste*. Norsk helseinformatikk. <https://nhi.no/for-helsepersonell/fra-vitenskapen/norge-rangeres-a-ha-best-helsetjeneste/>

Kreftregisteret. (2021). *Statistikkbank*. Kreftregisteret. <https://sb.kreftregisteret.no/>

Kristensen, E., (2019), Sexologisk utredning og behandling. C. Graugaard, A. Giraldi & B. Møhl (Red.), *Sexologi: faglige perspektiver på seksualitet*, (1.utg, 1. opplag, s.735-781), Forfatterne og Munksgaard

Kristensen, G., (2017), Seksualitet. | T. K. Schjølberg & A. M. Reitan (Red.), *Kreftsykepleie: pasient – utfordring – handling*. (4.utg., s.588-603). Cappelen Damm Akademisk

McCallum, M., Lefebvre, M., Jolicoeur, L., Maheu, C. & Lebel, C. (2012). Sexual health and gynecological cancer: conceptualizing patient needs and overcoming barriers to seeking and accessing services. *Journal of psychosomatic obstetrics & gynecology*, 33(3), 135-142. <https://doi.org/10.3109/0167482X.2012.709291>

Molven, O. (2019). *Sykepleie og jus*. (6.utg). Gyldendal.

Møhl, B., Giraldi, A. & Graugaard, C., (2019), At arbeide klinisk-sexologisk. C. Graugaard, A. Giraldi & B. Møhl (Red.), *Sexologi: faglige perspektiver på seksualitet*, (1.utg, 1. opplag, s.688-734), Forfatterne og Munksgaard

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

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. (LOV-2022-06-10-35). Lovdata: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20bruker>

Sekse, R. J. T., Råheim, M. & Gjengedal, E. (2015). Shyness and Openness - Common Ground for Dialogue Between Health Personnel and Women About Sexual and Intimate Issues After

[Kandidatnummer: 1560, 1585, 1656]

Gynecological Cancer. *Health care for women international*, 36(11), 1255-1269.

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

Travelbee, J. (1999). Mellommenneskelige forhold i sykepleien. Gyldendal akademisk

Williams, N., F., Hauck, Y., L. & Bosco, A., M. (2017). Nurses' perceptions of providing psychosexual care for women experiencing gynaecological cancer. *European Journal of*

Oncology Nursing, 30, 35-42. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2017.07.006>

VEDLEGG

Vedlegg 1. Søkelogg

Søkedato	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensinger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Antall valgte artikler
24/10/2022	SveMed+	Gynecological cancer	Peer review	36	2	1	
24/10/2022	CINAHL	Gynecological cancer	Peer review	1645	4	0	
24/10/2022	Oria	Gynecological cancer, sexual health	Fagfelleurdert Siste 10 år Engelsk språk	758	12	4	
25/10/2022	CINAHL	Gynecological cancer AND sexuality	Peer review Siste 10 år	69	5	2	
25/10/2022	CINAHL	Gynecological cancer AND sexuality OR sexual health	Peer review Siste 10 år Europe	48	4	2	1
27/10/2022	CINAHL	Gynecological cancer AND sexuality OR sexual health AND Knowledge OR attitude OR experience OR practice	Peer review Siste 10 år	48	10	4	2
28/10/2022	CINAHL	Gynecological cancer AND barriers AND information AND secuality OR sexual health	Peer review Siste 10 år Europe	4	2	1	
28/10/2022	CINAHL	Gynecological cancer AND sexuality OR sexual health AND nurs OR nurses OR nursing	Peer review Siste 10 år Europe	11	2	2	1
31/10/2022	CINAHL	Nurs* AND communication AND sexual health	Peer review Siste 10 år	161	4	3	1

Vedlegg 2. Metodetabell

Forfattere, årstall, tittel	Tema	Hensikt	Perspektiv	Metode
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»	Sykepleiers holdninger angående støtte og kommunikasjon rundt seksuell helse på en onkologisk avdeling.	Hensikten med artikkelen er å undersøke evnen sykepleiere har for å uttrykke støtte og kommunisere om seksuell helse med pasienter.	Sykepleie	Kvalitativ metode. Intervju med syv sykepleiere som til daglig jobbet på en kreftavdeling.
Cleary, et. al., 2012 «How a diagnosis of gynecological cancer affects women's sexuality»	Kvinnens opplevelser relatert til deres seksualitet og tilbud av informasjon.	Utforske hvordan behandling av gynekologisk kreft påvirker seksualiteten.	Pasient	En kvalitativ metode hvor åtte pasienter blir intervjuet.
McCallum, et al., 2012 «Sexual health and gynecological cancer: conceptualizing patient needs and overcoming barriers to seeking and accessing services»	Pasientens behov for støtte og informasjon etter behandling for gynekologisk kreft, og hvilke barrierer de må overkomme for å oppsøke tilbud.	Belyse behovet for tiltak som kan forbedre seksuell helse etter behandling for gynekologisk kreft.	Pasient	Kvalitativ metode. Semistrukkert undersøkelse med 15 pasienter under oppfølging etter gjennomgått behandling. Det var formulert fire spørsmål som utgangspunkt for intervjuene.
Sekse, et al., 2015. «Shyness and openness- common ground for dialogue between health personnel and women about sexual and intimate issues after gynecological cancer»	Usikkerhet og åpenhet - gjensidige fenomener i samtale om seksualitet mellom helsepersonell og kvinner som har gjennomgått behandling for gynekologisk kreft.	Bedre forståelse for kvinnens opplevelse av seksualitet og intimitet etter behandling for gynekologisk kreft, og hvordan dette kan ivaretas.	Pasient	Kvalitativ metode. Intervju med 16 pasienter som hadde gjennomgått behandling for gynekologisk kreft.
Williams, et. al., 2017 «Nurses perceptions of providing psychosexual care for women experiencing gynecological cancer»	Sykepleiers oppfatning av hva som kan tilrettelegge eller utfordre utførelsen av psykoseksuell støtte til kvinner med gynekologisk kreft.	Få innsikt i hvordan australske sykepleiere opplever tilbud vedrørende psykoseksuell støtte for kvinner som gjennomgår gynekologisk kreft, og hvordan det samsvarer med sykepleieres opplevelser globalt.	Sykepleie	Kvalitativ metode. Intervju med 17 sykepleiere som beskriver hva som la til rette for, eller utfordret samtaler om seksuell helse.

Vedlegg 3. Litteratormatrise

Forfatter, årstall, tidsskrift, land	Artikkeltittel	Hensikt	Perspektiv	Metode og utvalg	Deltagere	Resultater
Annerstedt, C.F. & Glasdam, S. (2019). <i>Journal of clinical nursing</i> , Sverige	Nurses' attitudes towards support for and communication about sexual health- a qualitative study from the perspectives of oncological nurses	Hensikten med artikkelen er å undersøke evnen sykepleiere har for å uttrykke støtte og kommunisere om seksuell helse med pasienter.	Sykepleie	Kvalitativ metode. Semistrukturert intervju hvor deltagerne ble spurt om å beskrive konkrete situasjoner fra deres perspektiv.	Intervju med syv sykepleiere som til daglig jobbet på en kreftavdeling.	<ul style="list-style-type: none"> - Pasientens seksuelle helse hadde lav prioritet på avdelingen. - Det var gjentakende antagelser blant sykepleierne om hvorvidt seksuell helse kun innebærer fysiske problemer som kan behandles medisinsk. - Seksuell helse ble begrenset til yngre, heterofile kvinner i forhold. - Sykepleiere opplevde sjeldent at pasientene etterspurte dialog omhandlende seksuell helse, og om pasientene gjorde det ble det sett på som et brudd på avdelingens normer. - Sykepleierne henviste pasienten videre for å unngå samtale om seksuell helse.
Cleary, V., Hegarty, V. & McCarthy, G. (2012). <i>Cancer Nursing Practice</i> , Irland	How a diagnosis of gynaecological cancer affects women's sexuality.	Utforske hvordan behandling av gynekologisk kreft påvirker seksualiteten.	Pasient	Kvalitativ metode. Semistrukturert intervju hvor det var formulert åtte spørsmål som utgangspunkt for intervjuene.	Intervju med åtte pasienter som gjennomgikk gynekologisk kreft blir intervjuet	<ul style="list-style-type: none"> - Pasientene rapporterte at de opplevde plagsomme endringer relatert til alle aspektene knyttet til deres seksualitet etter diagnostisering og behandling. - Pasientene rapporterte at det var viktigst at helsepersonellet ga

[Kandidatnummer: 1560, 1585, 1656]

						både muntlig og skriftlig informasjon, og viste støtte.
McCallum, M., Lefebvre, M., Jolicoeur, L., Maheu, C. & Lebel, C. (2012). <i>Journal of psychosomatic obstetrics & gynecology</i> , Canada	Sexual health and gynecological cancer: conceptualizing patient needs and overcoming barriers to seeking and accessing services	Belyse behovet for tiltak som kan forbedre seksuell helse etter behandling for gynekologisk kreft.	Pasient	Kvalitativ metode. Semistrukturert undersøkelse hvor det var formulert fire spørsmål som utgangspunkt for intervjuene.	Intervju med 15 pasienter som var under oppfølging etter gjennomgått behandling for gynekologisk kreft.	- Pasientene identifiserte sunn seksualitet som en sterk intim forbindelse, et godt kroppsbilde og evnen til å bli seksuelt opphisset og fornøyd. - Flertallet av pasientene beskrev et behov for mer utdypning og tilgjengelige informasjonstjenester. - Pasientene identifiserte ulike barrierer for å søke hjelp angående seksuell helse; forventninger og stigma, ubehag, emosjonelle unngåelse og praktiske barrierer ble nevnt.
Sekse, R. J. T., Råheim, M. & Gjengedal, E. (2015). <i>Health care for women international</i> , Norge	Shyness and openness-common ground for dialogue between health personnel and women about sexual and intimate issues after gynecological cancer	Bedre forståelse for kvinners opplevelse av seksualitet og intimitet etter behandling for gynekologisk kreft, og hvordan dette kan ivaretas.	Pasient	Kvalitativ metode. Dybdeintervju i to faser. Deltakerne ble i første fase motivert til å snakke fritt ved hjelp av brede spørsmål I andre fase ble spørsmålene tilpasset hver enkel deltaker.	Intervju med 16 pasienter som hadde gjennomgått behandling for gynekologisk kreft.	-Pasientene opplevde sjenanse og sårbarhet når det gjaldt håndtering av problemer relatert til seksualitet og intimitet. -Pasientene var alene i prosessen med å håndtere forandringene relatert til seksualitet og intimitet. -Pasientene uttrykte behov for dialog med helsepersonell fra diagnostidspunkt.
Williams, N., F., Hauck, Y., L. & Bosco, A., M. (2017). <i>European Journal of</i>	Nurses' perceptions of providing psychosexual care for women experiencing gynaecological cancer	Få innsikt I hvordan australske sykepleiere opplever tilbud vedrørende psykoseksuell støtte for	Sykepleie	Kvalitativ metode. Semistrukturert intervju hvor det ikke var rom for individuell respons.	Intervju med 17 sykepleiere som beskriver hva som la til rette for, eller utfordret samtaler om seksuell helse.	- Sykepleierne brukte strategier for å tilrettelegge samtalen. - Tilpassing av samtalen ble gjort ut ifra kvinnenes individuelle

[Kandidatnummer: 1560, 1585, 1656]

<i>Oncology Nursing,</i> Australia		kvinner som gjennomgår gynekologisk kreft, og hvordan det samsvarer med sykepleieres opplevelser globalt.		Deltagerne ble spurt om å beskrive en hendelse hvor det ble diskutert seksuell helse med en kvinne som gjennomgikk gynekologisk kreft.		psykoseksuelle behov. - Samtalen ble preget av sykepleierens erfaring og holdninger. - Samfunnets holdninger til seksuell helse hadde en betydning for hvordan sykepleier la til rette for samtale.
---	--	---	--	--	--	---