

10006

Seksualitet hos pasienter med gynekologisk kreft

Hvordan kan sykepleier informere og veilede om seksualitet?

Antall ord: 7601

Litteraturbachelor

Bacheloroppgave i Sykepleie

Juni 2022

10006

Seksualitet hos pasienter med gynekologisk kreft

Hvordan kan sykepleier informere og veilede om seksualitet?

Antall ord: 7601

Litteraturbachelor

Bacheloroppgave i Sykepleie
Juni 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Bakgrunn: Seksualitet har vært et tabubelagt tema i en lang periode, men Norge har derimot gjort store fremskritt i forståelse av seksuell helse. I Norge har klinisk forskning og behandling av seksuelle problemer blitt nedprioritert. Å få en kreftdiagnose kan innebære at man må gjennomgå langtidsbehandling, noe som kan gå utover både den fysiske, psykiske og ikke minst, den seksuelle helsen. Pasienter har derfor behov for god informasjon og veiledning av sykepleiere.

Hensikt: Hensikten med denne litteraturstudien er å få bredere kunnskap om hvordan sykepleiere kan informere og veilede pasienter om seksuell helse til pasienter med gynekologisk kreft. Oppgaven har også som formål å rette søkelys mot faktorer som fremmer eller hindrer denne informasjonsformidlingen.

Metode: Et litteraturstudium hvor 7 forskningsartikler ble funnet gjennom et systematisk litteratursøk.

Resultat: Det tyder på at pasienter er misfornøyde med mengden informasjon de mottar. Informasjonen handler i hovedsak om fysiske konsekvenser ved gynekologisk kreft. Sykepleiere har flere fordommer som påvirker hvordan de formidler informasjon til pasientene. Studiene viser til fraværende rutine i å informere pasienten om seksualitet. Hindringer som mangel på kunnskap, erfaring, tid, tilpassede brosjyrer og sykepleiers fordommer er avgjørende for om informasjonen blir gitt.

Konklusjon: God pasient- sykepleier relasjon er grunnleggende for å informere og veilede pasienter. Denne relasjonen baseres på tillit, og forutsetter en åpen samtale om seksualitet. Det sees behov for økt ferdighetstrening i kommunikasjon om seksualitet på sykehus. PLISSIT- modellen er en egnet modell for å prate om seksuell helse, og bør inkluderes i dagens praksis. Ved å bemerke pasientens perspektiv på tema seksualitet, kan sykepleier øke sin kunnskap om tema og ivareta pasientens behov for informasjon.

Innhold

1.	Introduksjon	1
1.1.	Bakgrunn for tema.....	1
1.2.	Formål og problemstilling.....	2
1.3.	Teori.....	2
1.3.1.	Seksualitet – WHO	2
1.3.2.	Kommunikasjon mellom sykepleier og pasient.....	3
1.3.3.	Veiledning og informerende ferdigheter hos sykepleier	3
1.3.4.	Joyce Travelbee- mellommenneskelige forhold	4
1.3.5.	PLISSIT- modellen	4
1.3.6.	Konsekvenser av å gjennomgå behandling for gynekologisk kreft	5
1.3.7.	Lovverk og retningslinjer.....	5
2.	Metode.....	6
2.1.	Beskrivelse av metode.....	6
2.2.	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	6
2.3.	Søkehistorikk	7
2.4.	Søketabell	7
2.5.	Vurdering og utvelgelse av artikler.....	10
2.6.	Analyse av artikler	11
3.	Resultater.....	13
3.1.	Artikkelmatrise.....	13
3.2.	Tematisk inndeling av resultater	17
3.2.1.	Sykepleiers rolle og funksjon	17
3.2.1.1.	Etablere en god kommunikasjon	17
3.2.1.2.	Støtte i samtale med pasient.....	17
3.2.2.	Faktorer som spiller rolle på om informasjonen blir gitt	17
3.2.3.	Pasientens oppfatninger av veiledningen og informasjonen som ble gitt..	18
3.2.3.1.	Informasjonens betydning.....	18
3.2.3.2.	Pasientens oppfatninger av tema seksualitet.....	19
4.	Diskusjon	20
4.1.	Hvilken rolle og funksjon har sykepleier i kommunikasjon med pasienten?	20
4.2.	Hvilke faktorer er avgjørende for om informasjon blir gitt?	22
4.3.	Hvordan kan sykepleier gi god og tilpasset informasjon?	24
4.4.	Metodediskusjon.....	25
4.5.	Konklusjon.....	26
	Referanser	27

Tabeller

Tabell 1- Inklusjons- og eksklusjonskriterier	6
Tabell 2- Søketablell	7
Tabell 3- Håndsök	10
Tabell 4- Evans modell (2002)	11
Tabell 5- Beskrivelse av hoved- og undertema	12
Tabell 6- Artikkelmatrise	13

1. Introduksjon

1.1. Bakgrunn for tema

I 2020 ble 793 kvinner diagnostisert med gynekologisk kreft i Norge. Livmorkreft er den 5. mest hyppige kreftformen hos kvinner i Norge (Helsedirektoratet, 2021a; Kreftregisteret, 2021). Gynekologisk kreft innebærer kreft i eggstokker, eggleder, livmor, livmorhals, skjede, klitoris, eller i indre og ytre kjønnslepper. Kreft innebærer en langtidsbehandling som vil gå utover den fysiske og psykiske helsen. Kreft i underlivet vil påvirke kvinners seksuell liv over kortere eller lengre tid (Kreftforeningen, u.å.). Det vil føre til konsekvenser for seksuell lyst, som også kalles libido, og pasienter vil ofte ha vansker med å forstå endringene i kroppen og omstillingen innen seksuell aktivitet (Gamnes, 2018). Følelse av tap og sorgreaksjon kan oppstå ved kirurgisk fjerning av livmoren (hysterektomi). Denne følelsen kan føre til økt irritabilitet og avvisende holdning ovenfor helsepersonell og pårørende. Mange opplever det å være seksuelt aktiv etter gjennomgått sykdom vanskelig eller umulig. Pasienter kan føle seg ensomme og da vil behovet for erkjennelse, støtte og seksuell nærhet økes (Gamnes, 2018).

Norge har gjort store fremskritt i forståelse av seksuell helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Det har oppstått større oppmerksomhet blant den norske befolkningen når det gjelder seksuell helse, og seksualitetens betydning for livskvaliteten. Mennesker har også økende åpenhet rundt seksuell orientering, og samtale rundt emne. Ettersom temaet har fått mer oppmerksomhet i samfunnet den siste tiden, vektlegger flere seksualitet i deres hverdag (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Seksualitet er et av menneskets grunnleggende behov, men fremdeles omtales tema å være tabubelagt i samfunnet (Jerpseth, 2020). Ifølge *strategi for seksuell helse* utarbeidet av Helse- og omsorgsdepartementet (2016) har seksuell helse blitt mer normalisert, men kunnskapen om seksualitet er ikke svært utbredt i norske sykehus. Menneskets helse må forstås helhetlig, og seksualitet er en del av dette (Jerpseth, 2020). I Norge har klinisk forskning og behandling av seksuelle problemer blitt lite prioritert (Landmark et al., 2014). Pasienter er ofte misfornøyde med mengden informasjon de får og helsepersonalets holdninger for å ta opp seksuelle problemer (Jerpseth, 2020). Helsepersonell kan ha ulike barrierer i samtale rundt seksualitet, og det finnes flere faktorer som forutsetter og hindrer en slik informerende samtale og veiledning. Dette kan være grunnet den medisinske behandlingen som står i fokus. Flere bruker- og interesseorganisasjoner setter lys på at det er for lite tilgjengelig informasjon og veiledning, samt lite oppfølging og behandling av seksuellrelaterte problemer (Landmark et al., 2014). Det er viktig at sykepleiere øker sin kunnskap om tema seksualitet og ulike kommunikasjonsmåter, som kan være en fordel i informasjonsformidling og veiledning. Sykepleier bør derfor jobbe med sine holdninger i forhold til seksualitet og forstå at mennesker tenker, handler og lever forskjellig, og har ulike opplevelser innen seksualitet (Gamnes, 2018).

I følge helsepersonelloven §10-2 (1999) og pasient- og brukerrettighet loven (1999), har helsepersonell plikt til å gi informasjon om behandling og dens konsekvenser, uten at

pasienten selv må ta initiativ eller be om informasjon. Sykepleiers og legens ansvar er å veilede og informere pasienter om endringer i seksualitet som kan oppstå i følge av behandlingen (Landmark et al., 2014). Dette kan gjøres ved å inkludere ulike kommunikasjonsmodeller i dagens praksis. Det finnes flere kommunikasjonsverktøy som sykepleiere kan bruke som et hjelpemiddel i samtale med pasient. PLISSIT- modellen er en modell spesielt egnet for å veilede om seksuell helse (Landmark et al., 2014). Dette kommunikasjonsverktøyet bør være implisert i praksis ved norske sykehus og kan bidra til å opprette en rutine i informasjonsformidlingen.

Gynekologisk kreft er ikke fokuset i denne litteraturstudien. Pasientgruppen er blitt valgt for å avgrense oppgaven i større grad. Denne litteraturstudien fokuserer derfor på hvordan sykepleier skal formidle informasjon og veilede disse pasientene om deres seksuelle helse. Oppgaven fokuserer også på de psykiske aspektene, hvor konsekvensene og bivirkningene av kreftbehandlingen står i bakgrunn.

1.2. Formål og problemstilling

Problemstilling: Hvordan kan sykepleier gi informasjon og veiledning om seksualitet til pasienter med gynekologisk kreft?

Hensikten med denne litteraturstudien er å få en bredere kunnskap om hvordan sykepleiere kan informere, og veilede pasienter med gynekologisk kreft om seksualitet. Oppgaven har også som formål å bevisstgjøre sykepleiere om faktorer som fremmer og hindrer denne informasjonsformidlingen. Ved å bruke pasientens perspektiv på tema seksualitet, kan sykepleier øke sin kunnskap om tema og ivareta pasientens behov for informasjon.

1.3. Teori

I dette delkapitlet, skal relevant teori legges frem. Dette vil videre forklares og brukes i diskusjonskapitlet 4.0.

1.3.1. Seksualitet – WHO

Seksualitet er en viktig del av å være et menneske. Seksuelle handlinger, identitet, seksuell orientering, glede, intimitet, nærhet, kjærlighet, reproduksjon eller bekræftelse er inkludert i dette. Man kan utrykke sin seksualitet gjennom tanker, fantasier, lengsel, ønsker, tro, holdninger og handlinger. God seksuell helse kan fremme livskvaliteten og mestring hos et menneske (Helsedirektoratet, 2021b)

1.3.2. Kommunikasjon mellom sykepleier og pasient

God profesjonell kommunikasjon baserer seg på personorientert kommunikasjon og kunnskap (Eide & Eide, 2019). Det vil si at man ser en person som helhet og ikke kun en sykdom, pasient, eller bruker. Alle mennesker har ulike behov, ressurser, muligheter, verdier, ønsker og evner til å håndtere hindringer. All omsorg baserer seg på relasjonen mellom pasient og sykepleier (Tveiten, 2016). Denne relasjonen innebærer sykepleiers støttende, utfordrende og anerkjennende funksjon. Sykepleiers støtte er avhengig av hvilke behov pasienten har. God kommunikasjon virker også helsefremmede, som vil si å bidra en til å føle fysisk, psykisk og sosialt velvære (Eide & Eide, 2019). Helsefremming i kommunikasjonsperspektiv handler om å anerkjenne andres behov, ressurser og muligheter til mestring. Kommunikasjonstrening må praktiseres for å utvikle gode kommunikasjonsferdigheter. Simuleringstrening har vist positive resultater for å utvikle disse ferdighetene (Eide & Eide, 2019).

Pasienter er ofte misfornøyde med mengden informasjon helsepersonell videreformidler angående seksualitet og holdningen helsepersonell har for å ta opp seksuelle problemer (Gamnes, 2018). Helsepersonell bør være spørrende, åpne og tilgjengelige for en slik samtale. Det er også viktig at de respekterer hvor mye pasienten vil åpne seg og om de ønsker å ha partneren sin med i en slik samtale.

1.3.3. Veiledning og informerende ferdigheter hos sykepleier

Veiledning kan sees på som samarbeid mellom sykepleier og pasient, samt pårørende. (Gammersvik & Larsen, 2012). Det handler om en dialog som baserer seg på likeverdighet. Dette inneholder utveksling av synspunkter, tanker, meninger, opplevelser, symptomer, behandling og erfaring. Sykepleier må ha gode kommunikasjonsferdigheter og lytte aktivt på pasienten. Kompetanse hos sykepleier er nødvendig for å gjennomføre veiledning (Gammersvik & Larsen, 2012). Derfor bør helsepersonell være oppdatert på forskning og teori for å ivareta pasientens behov for samtale og behandling angående seksuell helse (Landmark et al., 2014). En god pasient-sykepleierrelasjon er en forutsetning for god veiledning (Gammersvik & Larsen, 2012). Dette innebærer tillit, respekt og likeverdighet. Veiledning tar utgangspunkt i pasientens kunnskap, ferdigheter og holdninger. Sykepleier skal sikre at informasjonen er tilpasset til pasientens behov, slik at pasienten er mottagelig og kan ta i bruk denne informasjonen (Eide & Eide, 2019). Pasienter i sykdomstilstand som er krevende, kan ha vansker med å huske gitt informasjon. Det er viktig at pasienten skal høre, huske og forstå den informasjonen som ble formidlet, samtidig som at de skal føle seg ivaretatt av helsepersonellet på en god måte. Åpenhet, tilgjengelighet og gjensidighet mellom sykepleier og pasient kan være en forutsetning for en åpen dialog, hvor pasienten kan stille spørsmål og uttrykke sine følelser (Eide & Eide, 2019).

1.3.4. Joyce Travelbee- mellommenneskelige forhold

Teorien gjør rede for hvordan sykepleier skal hjelpe pasienter med å ivareta deres behov (Travelbee, 2014). Dette skal gjøres på en måte som fremmer opplevelsen av verdighet. En god relasjon mellom mennesker er nødvendig for å kartlegge og ivareta pasientens grunnleggende behov. Travelbee belyser om sykepleiers ansvar i å etablere en god relasjon med pasienten, som er avgjørende for god pleie (Kristoffersen, 2016). I følge Travelbee etableres en relasjon i flere faser, det innledende møtet, framvekst av identitet, empati og sympati (Travelbee, 2014). Denne relasjonen bygges av både sykepleier og pasient, men sykepleier er den som er ansvarlig for å etablere denne relasjonen.

Denne teorien omhandler viktigheten av at det etableres et menneske til menneske forhold og at sykepleieren skulle se på det andre menneske som likeverdig (Travelbee, 2014). Det handlet også om å se pasienten som et individ, istedenfor en pasient med diagnose. Mennesker skal forholde seg til hverandre som likeverdige individer, ikke som «sykepleier» og «pasient». I Travelbee´s teori har sykepleieren fokus på det mellommenneskelige forholdet i sykepleien og pasientens opplevelse av å være syk. Sykepleierens rolle og funksjon er å skape en terapeutisk pasientrelasjon og se på seg selv og pasienten som likeverdige individer. Hun påpeker også at empati og sympati er nødvendige i å etablere sykepleier-pasient relasjon. Kommunikasjon og samhandling med pasienten er nødvendig og grunnleggende i god sykepleie. Ved å kommunisere med pasienten, kan sykepleieren bli kjent med pasient som person. Deretter vil sykepleieren anerkjenne pasientens behov for å planlegge og utføre pleie (Travelbee, 2014).

1.3.5. PLISSIT- modellen

PLISSIT modell er en pedagogisk modell som gir godt utgangspunkt for hvordan man skal kommunisere med pasienter som blant annet har seksuelle problemer (Landmark et al., 2014). Den er regnet som den mest nøyaktige i bruk for å veilede om seksuell helse. PLISSIT- modellen ble utarbeidet av Jack Annon i 1978, og er en slags pyramide som viser at det er mange som har behov for informasjon eller hjelp til å håndtere seksuelle utfordringer (Gamnes, 2018). Modellen blir oversatt til tillatelse (P), begrenset informasjon (LI), spesifikke forslag (SS) og intensiv terapi (IT), hvor bokstavene symboliserer trinnene i pyramiden. Jo lengre opp i pyramiden man befinner seg, desto mer hjelp trenger man av personell som er egnet for å formidle den informasjonen. For eksempel i høyeste trinn, intensiv terapi, er det sexologer og psykologer som formidler informasjonen til pasienten. Modellen viser at de fleste som ligger i de to nederste trinnene i pyramiden, kan få hjelp blant de ulike profesjonene som har en viss grad av kunnskap om sexologi. Blant annet sykepleiere. *Tillatelse* ligger nederst i pyramiden (Gamnes, 2018). Ved å sikre trygghet, er det plass til å gjennomføre samtalen om seksualitet uten noe form for utdanning innen feltet. Deretter kommer *begrenset informasjon* hvor det finnes mennesker som har behov for informasjon om seksuell helse. Denne informasjonen kan gis både skriftlig og muntlig og finnes på institusjoner som f.eks. legekontorer, sykehusavdelinger og helsestasjoner. I *spesifikke forslag*, finner man færre mennesker som søker spesifikk informasjon og mulige tiltak. Denne informasjonen gis av noen med faglig kunnskap, og kjennskap over mulige tiltak. Leger, psykologer, i poliklinikk eller rådgivere formidler denne informasjonen. Trinn 4, *intensiv*

terapi, innebærer behandling i form av psykoterapi, kirurgi eller hormoner. Her kreves det personell med spesialkompetanse. (Gamnes, 2018).

1.3.6. Konsekvenser av å gjennomgå behandling for gynekologisk kreft

Kreft innebærer en langtidsbehandling som vil gå ut på den fysiske og psykiske helsen (Gamnes, 2018). Pasientene kan oppleve endring i seg selv, hvor de ikke føler seg like attraktiv som før. Dette konkluderer med dårligere selvtillit og selvbilde og fører til redusert libido. Mange opplever det å være seksuelt aktiv etter gjennomgått sykdom vanskelig eller umulig. De kan føle seg ensomme, og da vil behovet for erkjennelse, bekreftelse og seksuell nærhet øke. Pasienter som har vært gjennom kreftbehandling kan oppleve dyspareuni, som er inn- eller utvendige smerter ved samleie, noe som kan være ekstra utfordrende for pasienten for å oppfylle sine seksuelle behov. Kreftbehandlingen innebærer blant annet cytostatika behandling, strålebehandling, kirurgi og hormonbehandling. Kvinner vil trenge informasjon angående kreftbehandlingen, men også det hva behandlingen kan føre til. Slimhinnene etter strålebehandling vil være tynne, tørre og lite elastiske. Det vil føre til tørr og trang skjede, arrdanning og sammenvokst av vegger i skjeden. Ved fjerning av livmor og eggstokker (hysterektomi), vil kvinnen oppleve nedsatt østrogennivå som vil føre til tørre slimhinner og lavere libido. Dette er faktorer som har en innvirkning for kvinnens seksuelle helse (Gamnes, 2018).

1.3.7. Lovverk og retningslinjer

Ifølge helsepersonelloven §10 (1999), er helsepersonell pålagt til å gi informasjon til pasienter eller brukere som har krav på informasjon etter pasient- og brukerrettighetsloven §3-2 til 3-5 (1999). Pasienten eller brukeren skal få informasjon som er nødvendig for å få innsikt i helsetilstanden sin og innholdet i hjelpen de får, blant annet pleie, behandling, omsorg, undersøkelser, risikoer og bivirkninger. Informasjonen som blir gitt skal være tilpasset til pasientens eller brukerens forutsetninger, som alder, erfaring, kultur og språk (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-5).

Informasjon og kunnskap er vesentlige forutsetninger for en helhetlig pleie og medvirkning. Yrkesetiske retningslinjer punkt 2.5 viser til at sykepleieren skal gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og sikre at pasienten er innforstått i informasjon. Pasienten skal også ha muligheten for å ta selvstendige avgjørelser (NSF, 2019).

2. Metode

2.1. Beskrivelse av metode

Denne oppgaven tar for seg litteraturstudium som metode. Litteraturstudie bruker eksisterende data og fortolkning av studier, for å belyse problemstillingen. Data som blir brukt kan være i form av fagkunnskap, forskning eller teori (Dalland, 2020). Det ble funnet sju relevante forskningsartikler som vil være med på å belyse problemstillingen i oppgaven. Fremgangsmåten, inklusjons- og eksklusjonskriterier, presentasjon av søk og analyse av studiene vil videre presenteres i dette kapittelet.

2.2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier for denne oppgaven var at studiene skulle være forskningsbaserte, fagfellevurderte og ha en IMRAD- struktur. For å sikre oppdatert forskning, skulle studiene være publisert de siste ti årene (2012-2022). Studiene skulle være engelskspråklige, eller være på et av de skandinaviske språkene. De skulle inneholde sykepleier- eller pasientperspektiv som ville være med på å besvare problemstillingen. Studier som omfattet seksuell helse, samt kommunikasjon, informasjon eller veiledning i overskriften ble vektlagt.

Det var ikke fokus på å belyse om utfordringer relatert til seksualitet i parforhold, derfor ble studier som omfattet «couple therapy» ekskludert. For å videre avgrense utvalget av forskningsartikler, ble også gravide og kvinner i overgangsalderen ekskludert.

Problemstillingen tar for seg sykepleierens perspektiv og oppfatninger.

Pasientperspektivet kan likevel føre til fordypning i temaet og bringe ulike synspunkt i et større bilde. I tabellen under blir ulike inklusjons- og eksklusjonskriterier presentert.

Tabell 1- Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none">- Fagfelle vurdert forskning- Nordisk og engelsk litteratur- Litteratur som er utgitt de siste 10 årene- Litteratur som omhandler kvinner mellom 19-44 år- Pasienter i behandling og etter endt behandling- Litteratur om seksualitet og seksuell helse- Litteratur som omhandler livskvalitet	<ul style="list-style-type: none">- Litteratur på andre språk enn engelsk og nordisk- Litteratur som er eldre enn 10 år- Litteratur som omhandler pasienter i palliativ og terminal fase- Litteratur som omhandler pasienter utenfor sykehuset- Studier som omhandler gravide, prostata kreft, menopause, kulturen i andre lands sykehus, fokuset ligger i «couple therapy»

<ul style="list-style-type: none"> - Litteratur som omhandler informasjon, veiledning og kommunikasjon - Litteratur som omfatter kreft og seksualitet satt i sammenheng 	
---	--

2.3. Søkehistorikk

For å utføre et systematisk søk som vil hjelpe å besvare problemstillingen, ble det gjennomført flere systematiske søk i ulike databaser. Det ble tatt i bruk databaser som Medline-Ovid, PubMed, og CINAHL. Søkene ble gjennomført på engelsk, da det var en forutsetning for å få flere treff. Emneord tatt i bruk i søkene ble funnet ved å bruke verktøyet MeSH (*MeSH*, u.å.). Ulike varianter av nøkkelord og emneord ble fundamentale for søket. Samtidig ble det brukt flere synonymer på ord for å utvide søket og finne riktige studier. Relevante studier som ble funnet, ledet til funn av nye søkeord, både emne- og nøkkelord, som ville være mer relevante for problemstillingen. Det ble gjennomført tre søk i databasene Medline-ovid og CINAHL hvor flere av artiklene ble ekskludert grunnet hovedtemaer som omhandlet gravide, prostata kreft, kvinner i overgangsalderen, artikler som omhandlet kulturen i andre lands sykehus og «couple therapy». Senere i søkeprosessen ble det brukt flere synonymer på ord, som ulike varianter av «Sexuality» eller ord for underlivskreft som «genital neoplasms», «gynecolog* cancer*» og «gynaecologic* cancer». Stjernetegn ble brukt for å få treff på mulige bøyninger av ordene. Disse er fremvist i søketabell under kapittel 2.4.

Etter et utvidet søk med flere nøkkel- og emneord, ble det gjennomført et siste søk i to databaser, CINAHL og Medline-Ovid. Artiklene på Medline-Ovid inneholdt mer temasentrerte artikler. Søket førte til 44 treff etter flere avgrensninger. Blant annet studier utgitt siste 10 årene, engelsk språklige, og studier som omhandlet kvinnelige pasienter mellom 19-44 år. Det ble også tatt hensyn til eksklusjons- og inklusjonskriterier, nevnt under kapittel 2.2. For å få ulike synsvinkler til å belyse problemstillingen, ble det gjennomført et hånd søk. Her var pasientperspektivet i fokus. Forskningsartikkelen til Stabile et al. (2017) ble funnet gjennom en tidligere anbefaling.

2.4. Søketabell

I tabell 3 presenteres et systematisk søk i databasen Medline, som førte til funn av 6 relevante studier. Tabell 4 viser et hånd søk.

Tabell 2- Søketabell

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning English language, year 2012- current, adult (19 to 44 years)	Antall treff	Valgte artikler

Medline- Ovid	26.04 .2022	S1.	exp Gynecology/ or Gynecology.mp.		44398	
		S2.	exp Genital Neoplasms, Female/		246566	
		S3.	gynecolog* cancer*.mp.		8159	
		S4.	gynecolog* patient*.mp.		1129	
		S5	gynaecologic* cancer.mp.		1486	
		S6	oncology.mp.		142861	
		S7	S1 or S2 or S3 or S4 or S5 or S6		420618	
		S8	nurs*		781497	
		S9	Exp Nurse- Patient Relations/		35944	
		S10	S8 or S9		781497	
		S11	exp Information Literacy/		8314	
		S12	Patient information.mp.		9133	
		S13	Information giving.mp.		720	
		S14	Patient education.mp. or exp Patient Education as Topic/		106483	
		S15	Patient*education *.mp.		107133	
		S16	Intervention.mp.		736625	
		S17	Exp Counseling/ or counseling.mp.		117661	

		S18	Patient* communicat*.mp.		5698	
		S19	Exp Health Communication/ or communication.m p. or exp Communication/		615612	
		S20	S11 or S12 or S13 or S14 or S15 or S16 or S17 or S18 or S19		149278 5	
		S21	Exp Sexuality/		46640	
		S22	Sexual*.mp. or exp Sexual Health/		331823	
		S23	Sexual rehabilitation.mp.		229	
		S24	Sexual functioning.mp.		3426	
		S25	S21 or S22 or S23 or S24		349408	
		S26	S7 and S10 and S20 and S25	44	225	A, B, C, D, E, F

Inkluderte artikler:

- A. 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*, 28, 3556-3566. <https://dx.doi.org/10.1111/jocn.14949>
- B. Den Ouden, M. E. M., Pelgrum-Keurhorst, M. N., Uitdehaag, M. J., De Vocht, H. M. (2019). Intimacy and sexuality in women with breast cancer: professional guidance needed. *Breast Cancer*, 26, 326-332. <https://dx.doi.org/10.1007/s12282-018-0927-8>
- C. 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://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2017.07.006>
- D. Vermeer, W. M., Bakker, R. M., Stiggelbout, A. M., Creutzberg, C. L., Kenter, G. G., ter Kuile, M. M. (2015). Psychosexual support for gynecological cancer survivors: professionals' current practices and need for assistance. *Supportive Care in Cancer*, 23, 831-9. <https://dx.doi.org/10.1007/s00520-014-2433-7>

- E. Oskay, U., Can, G., Basgol, S. (2014). Discussing sexuality with cancer patients: oncology nurses attitudes and views. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: Apjcp*, 15, 7321-6. <https://doi.org/10.7314/APJCP.2014.15.17.7321>
- F. Olsson, C., Berglund, A. L., Larsson, M., Athlin, E. (2012). Patient's sexuality - a neglected area of cancer nursing? *European Journal of Oncology Nursing*, 16, 426-3. <https://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2011.10.003>

Tabell 3- Håndsrøk

Database:	Søk:	Antall treff:	Valgt artikkel:
Medline-Ovid (Title)	Sexual health needs and educational intervention preferences for women with cancer.	1	G. Stabile, C., Goldfarb, S., Baser, R. E., Goldfrank, D. J., Abu-Rustum, N. R., Barakat, R. R., Dickler, M. N., Carter, J. (2017). Sexual health needs and educational intervention preferences for women with cancer. <i>Breast Cancer Research & Treatment</i> , 165, 77-84. https://dx.doi.org/10.1007/s10549-017-4305-6

2.5.Vurdering og utvelgelse av artikler

Alle artiklene ble sjekket i norsk senter for forskningsdata for å kontrollere at de var publisert i fagfelleverderte tidsskrifter (NSD, u.å.). For å kvalitetssikre artiklene, ble de vurdert mot en forenklet sjekklister for vurdering av kvantitative studier, som baserer seg på sjekklister fra helsebiblioteket (Helsebiblioteket, 2016). Dette ble brukt for valg og vurdering av relevans i artiklene brukt i denne oppgaven, og for å vurdere hvilke artikler som ville belyse problemstillingen.

Første utvelgelse ble gjort i samsvar med eksklusjonskriteriene. Fokuset ble satt på overskriftene og sammendrag for å se de i sammenheng med problemstillingen. Dersom overskriftene ikke var relevante for problemstillingen ble de utelukket, deretter ble sammendragene til resterende artikler lest, og det ble valgt ut 6 artikler. Flere studier kunne utelukkes med hensyn til eksklusjonskriterier, nevnt under kapittel 2.2. I artikler som ikke hadde nøkkelordet «nurse», ble det undersøkt hvem studien omhandlet. For å få et helhetlig bilde av informasjons- og veiledningsprosessen, var det viktig å finne studier som inneholdte både sykepleie og pasientperspektiv.

Siste som ble vurdert, var hvor studiene ble gjennomført. Det ble tatt høyde for studier som kulturelt sett likner på Norge. Studier fra Australia, Nederland, Sverige og USA ble valgt. En studie fra Tyrkia ble valgt, som kulturelt sett ikke likner på Norge. Den omfatter likevel like forskningsspørsmål og konklusjon som andre studiene, og derfor fremdeles

ansees til å være relevant for oppgaven. Det kan være utfordrende å bedømme overføringsverdien til studier fra andre land enn Norge, da helsevesenet er ulikt organisert.

Til slutt ble det valgt fire kvalitative studier, ettersom de tar utgangspunkt i meninger og opplevelser til deltakere, og tre kvantitative studier (Dalland, 2020). Kvantitative data forteller noe om faktakunnskap, og er hensiktsmessige da man skal finne svar på målbare enheter. Blant annet spørsmål som hvor effektive tiltak er, hvor ofte, eller hvor mye. To av valgte kvantitative studier er tverrsnittstudier, og en er prevalens. Kvalitative og kvantitative studier ble valgt for å få en bredere forståelse av tema i denne oppgaven (Dalland, 2020; Thidermann, 2019).

2.6. Analyse av artikler

Analysen av artiklene ble gjennomført ved bruk av Evans modell (2002) for systematisk analyse. Denne modellen går gjennom fire trinn som er beskrevet i tabell 5.

Tabell 4- Evans modell (2002)

Trinn 1	Første trinnet er å samle og velge ut artikler, etter overskrift og sammendrag, ut ifra et systematisk litteratursøk (Evans, 2002). Dette er vist i kapittel 2.2, 2.3, 2.4 og 2.5.
Trinn 2	Andre trinn er å identifisere hovedfunnene i valgte artikler (Evans, 2002). Artiklene ble skrevet ut og lest nøye. Ord og setninger som var utfordrende å forstå, ble oversatt til norsk. Viktige funn ble understreket med fargekoder for bedre oversikt, eventuelle kommentarer ble skrevet ned i margin. Tidlig i prosessen ble det vurdert artiklenes relevans for problemstillingen. Resultater som ble vurdert som irrelevant for problemstillingen ble ikke inkludert i oppgaven. Hovedfunnene ble skrevet inn i artikkelmatrise, under kapittel 3.1.
Trinn 3	I trinn 3 skal forskningsartiklene sees i sammenheng med andre utvalgte artikler og deles inn i temaer (Evans, 2002). Deretter ble det skrevet et sammendrag av alle valgte artikler for bedre oversikt over ulikheter og likheter i hver artikkel. Det ble valgt ut flere hoved- og undertemaer, basert på disse likhetene og ulikhetene, som ville være med på å belyse/besvare problemstillingen, vist i tabell 2. Til slutt ble undertemaer fra tabell 6 bearbeidet og samlet til større underkategorier som står under kapittel 3.2.

Trinn 4	Relevante resultater fra utvalgte artikler, som vil være med på å besvare problemstillingen, blir beskrevet under trinn 4 (Evans, 2002). Relevante resultater innen hvert enkelt hovedtema ble samlet. Dette vil presenteres i neste kapittel, 3.0- 3.1, som omhandler resultat.
----------------	--

I denne tabellen presenteres hoved- og underkategorier, og studier som tilhører hvert punkt.

Tabell 5- Beskrivelse av hoved- og undertema

Sykepleiers rolle og funksjon	Faktorer som spiller rolle på om informasjonen blir gitt	Pasientens oppfatninger av veiledningen og informasjonen som ble gitt
Sykepleiers holdninger, ferdigheter og kunnskap C+ E+ F+ G	Mangel på kunnskap B+ C+ F	Konsekvenser av behandlinger B+ G
Pasient-sykepleierrelasjon A+ B+ C+ F+ G	Fordommer A+ C + E	Tabu B+ E+ F
Sykepleiers oppfatning av pasienten E+ F	Tabu A+ B+ C+ E+ F	Intimitet B+ C+ F+ G
Selvtillit i møte med pasienten C+ F	Tillit B+ F	Behov for informasjon B + C + F + G
	PLISSIT modell B + D	

3. Resultater

3.1. Artikkelmatrise

Tabell 6- Artikkelmatrise

Referanse	Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål	Metode	Resultat	Kommentar og relevans for problemløsning
A) 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, 28, 3556-3566.	Hensikten med artikkelen var å utforske sykepleiers måter å vise støtte til pasienter med kreft, samtidig kommunisere med de om seksuell helse.	Kvalitativ studie. Semistrukturerte intervju ble gjennomført med 7 sykepleiere fra Sverige.	Studien viser lav prioritering angående seksuell helse. Sykepleiers oppfatning av seksuell helse som noe fysisk, og noe som kan behandles farmakologisk. Sykepleiere inkluderte ofte andre profesjoner for å hjelpe med utfordringene. Sykepleiere hadde fordommer i møte med pasient, og kun utvalgte fikk tilstrekkelig informasjon.	Studien belyser om ulike fordommer hos helsepersonell i dag.
B) Den Ouden, M. E. M., Pelgrum-Keurhorst, M. N., Uitdehaag, M. J., De Vocht, H. M. (2019). Intimacy and sexuality in women with breast cancer: professional guidance needed. Breast	Studiens hensikt er å finne ut hvilke kommunikasjonsreferanser pasienter med brystkreft har, hos ulike profesjoner på temaet intimitet og seksualitet.	Kvantitativ studie, med deskriptiv analyse, hvor 667 medlemmer av nederlandsk brystkreftpasientforening ble undersøkt angående deres erfaringer og	Resultatene i studien viser at 46% av deltakere fikk den informasjonen de hadde behov for. 67% av deltakere foretrakk å få informasjon av sykepleier og 27% ville få det gjennom primærlege. De ønsket også at sykepleieren eller legen skulle initiere denne	Studien understreker viktigheten av kommunikasjon. Informasjonen bør være gitt flere ganger i sykdomsforløpet.

<p>Cancer, 26, 326-332.</p>		<p>preferanser om å få informasjon om intimitet og seksualitet. Det omhandlet informasjon som ble gitt, foretrukket type fagperson som ga informasjon, metoder og tidspunkt for kommunikasjonen.</p>	<p>samtalen. Pasientene satt pris på at veiledningen og informasjonen ble gitt i samvær av deres partner eller i en privat samtale. De understreket også viktigheten av tidspunktet på samtalen, og foretrukket at informasjonen skulle gis i kort tid etter endt behandling.</p>	
<p>C) 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.</p>	<p>Formålet med studien var å øke innsikten i hvordan vest australske sykepleiere kan påvirke tilbudet av psykoseksuell omsorg for kvinner i gynekologisk kreftbehandling og hvordan omsorgen er i sammenligning med sykepleiere globalt.</p>	<p>Det ble valgt å fremstille studien i et kvalitativt deskriptivt design som ville føre til at sykepleiere fikk innsikt i deres perspektiv. 17 sykepleiere som jobbet ved et kvinnesykehus, ble valgt for å beskrive deres oppfatning av psykoseksuell omsorg og avgjøre hvilke faktorer som ville lette eller utfordre denne omsorgen.</p>	<p>Studie avdekket fem temaer som ville påvirke psykoseksuell omsorg, som sykepleiers bruk av strategier i samtalen, forstå at kvinner har ulike behov, sykepleiers personlige og profesjonelle erfaringer og verdier, systemer i helsetjenesten som påvirker omsorgen, og samfunnets holdninger rundt seksualitet. Sykepleiere hadde ulike syn som spilte inn på om overnevnte faktorer hadde en positiv eller negativ innvirkning på samtalen om seksualitet.</p>	<p>Sykepleiers syn på samtalen samt positive og negative aspekter i samtalen om seksualitet. Avdekke hvem har behov for en slik samtale.</p>
<p>D) Vermeer, W. M., Bakker, R. M., Stiggelbout, A. M.,</p>	<p>Hensikten med studien var å vurdere helsepersonalets</p>	<p>Kvalitativt intervju studie ble gjennomført.</p>	<p>Studien viste at flertallet av deltakere pratet om seksualitet minst en gang med</p>	<p>Studien belyser hvorfor ferdighetst</p>

<p>Creutzberg, C. L., Kenter, G. G., ter Kuile, M. M. (2015). Psychosexual support for gynecological cancer survivors: professionals' current practices and need for assistance. Supportive Care in Cancer, 23, 831-9.</p>	<p>gjeldende praksis og hindringer rundt å gi psykoseksuell støtte og helsepersonellens behov for trening og veiledning.</p>	<p>30 deltakere fra Nederland ble inkludert i studien. De besto av ti gynekologiske onkologer, ti stråle onkologer, og ti kreftsykepleiere.</p>	<p>alle pasienter. En viktig del av hvorfor temaet ble tatt opp var å opplyse pasienter om endret seksuell funksjon og forsikre pasienter at bekymringer rundt seksuell helse er vanlige. Dette førte til at pasienter var mer åpne for diskusjon. Noen av barrierer som hindret helsepersonell i å gi psykoseksuell støtte var tidspress. Helsepersonell foreslo hvordan man kunne tilrettelegge for mer trening i situasjoner som omhandler psykoseksuell støtte.</p>	<p>rening er viktig. Studien omhandler også vanlige seksuelle utfordringer hos pasienter, gjeldende rutiner i veiledningsprosessen, og barrierer.</p>
<p>E) Oskay, U., Can, G., Basgol, S. (2014). Discussing sexuality with cancer patients: oncology nurses attitudes and views. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: Apjcp, 15, 7321-6.</p>	<p>Formålet med denne studien var å fastslå synspunktene og holdninger sykepleiere har angående rådgiving og veiledning om seksuell helse til kreftpasienter.</p>	<p>Kvantitativ tverrsnittstudie som ble utført på nettsiden til tyrkiske onkologiske sykepleieforenge. 87 sykepleiere deltok i studien.</p>	<p>Viktigste årsakene til hvorfor det ikke ble gitt rådgiving til pasienter om seksualitet var fraværet av faste rutiner på kreftavdelinger rundt seksuell helse. Studien viste at de fleste sykepleiere ikke evaluerer og veileder pasienten etter deres seksuelle behov. Funn i studien belyste også om sykepleiers barrierer i samtale. Erfaring og høyere utdanning var to faktorer som spilte viktig rolle i hvordan denne samtalen ble gjennomgått</p>	<p>Sykepleiers erfaring og synspunkt spiller viktig rolle i hvordan, og om samtalen blir gjennomgått.</p>
<p>F) Olsson, C., Berglund, A. L., Larsson, M., Athlin, E.</p>	<p>Hensikten med studien var å beskrive ulike måter sykepleiere</p>	<p>Fenomenografisk metode. Kvalitativ studie. Ti</p>	<p>Studien tar opp tema som: We should talk about sexuality- but we usually don't». Tre</p>	<p>Studien forteller om viktigheten</p>

<p>(2012). Patient's sexuality - a neglected area of cancer nursing? European Journal of Oncology Nursing, 16, 426-31.</p>	<p>fører en dialog om seksuell helse til pasienter med kreft.</p>	<p>sykepleiere med ulik bakgrunn møtte kreftpasienter i ulike steder i forløpet.</p>	<p>kategorier ble funnet om sykepleiers ulike forestillinger i samtale om seksualitet. Kunnskap og sykepleiers ferdigheter var avgjørende for informasjonsformidling .</p>	<p>kunnskaper, erfaringer og ferdigheter til sykepleier for å kommunisere om seksualitet .</p>
<p>G) Stabile, C., Goldfarb, S., Baser, R. E., Goldfrank, D. J., Abu-Rustum, N. R., Barakat, R. R., Dickler, M. N., Carter, J. (2017). Sexual health needs and educational intervention preferences for women with cancer. Breast Cancer Research & Treatment, 165, 77-84.</p>	<p>Formålet med studien var å sette lys på utfordringer i seksuell helse og preferanser av tiltak og veiledning til kvinner med tidligere bryst- eller gynekologisk kreft.</p>	<p>Kvantitativ tverrsnittstudie med 218 deltakere, som tok sted i USA. Pasienter deltok i studien ved deres oppfølgingssamtaler. Hovedtemaet var forekomsten av seksuelle dysfunksjoner og typen av vaginale/seksuelle problemer. Senere ble deltakere fordelt i underkategorier avhengig av alder, behandlingsstatus og hvor langt de var i sykdomsforløpet.</p>	<p>Gjennomsnittsalderen på deltakere var 49 år, hvor 61% var enten gift eller hadde samboer. 70% av deltakere var bekymret for deres seksuelle funksjon. 55% opplevde tørr skjede, 39% opplevde smerter i underlivet, og 51% opplevde lav libido. Mange har fått informasjon om tiltak som vaginale lubrikanter og bekkenbunnstrening. 70% av kvinner foretrakk at sykepleiere skulle initiere samtalen om seksualitet, likevel var det 48% som tok opp temaet selv. Unge kvinner foretrakk å ha samtalen i møte med sykepleier, mens eldre var mer behagelige ved å få brosjyre og lese på egenhånd.</p>	<p>Resultater fra studien viser at det ikke er sammenheng mellom foretrukket metode for kommunikasjon om seksualitet .</p>

3.2. Tematisk inndeling av resultater

3.2.1. Sykepleiers rolle og funksjon

3.2.1.1. Etablere en god kommunikasjon

God pasient-relasjon, kommunikasjonsferdigheter hos sykepleieren, det å anerkjenne pasientens behov for informasjon og veiledning, og tilrettelegging av informasjon for den enkelte var vesentlige i artiklene til (Den Ouden et al., 2019; Stabile et al., 2017; Williams et al., 2017).

Tillit mellom sykepleier og pasient er en forutsetning for at både pasient og sykepleier skal føle seg komfortable i samtalen om seksualitet (Den Ouden et al., 2019; Olsson et al., 2012). Støtte fra sykepleiere i behandlingsforløpet er svært betydningsfullt for pasienter (Den Ouden et al., 2019; Olsson et al., 2012; Vermeer et al., 2015; Williams et al., 2017).

Sykepleierne i studiene til Olsson et al (2012) og Oskay et al. (2014) hadde en oppfatning at dersom de tok opp seksualitet med pasienten, ville de føle seg ubekvem og føle at deres privatliv blir krenket. En faktor for at det finnes fraværende rutiner i å informere pasienten om seksualitet, er sykepleiers følelse av mangel på kunnskap rundt temaet (Olsson et al., 2012; Oskay et al., 2014; Stabile et al., 2017).

3.2.1.2. Støtte i samtale med pasient

Sykepleierne i studie til Annerstedt og Glasdam (2019) og Williams et al. (2017) mente at kreftsyke pasienter ikke hadde tid eller krefter til å tenke på seksualitet i deres behandlingsforløp, derfor ble dette temaet unngått. Den psykoseksuelle støtten til pasienten i kombinasjon med å prate om de fysiske plagene, har vist å styrke livskvaliteten til pasient i behandlingsfasen (Stabile et al., 2017; Williams et al., 2017).

Studiene til Den Ouden et al. (2019), Olsson et al. (2012) og Williams et al. (2017) viste at det var de fysiske plagene som var hovedfokuset i informasjonssamtalen, da det var disse som var mest sentrale for pasient. I studien til Stabile et al. (2017) ble de psykiske plagene til pasient oversett da den medisinske behandlingen dominerte over livskvalitet, seksuell funksjon og den vaginale helsen.

3.2.2. Faktorer som spiller rolle på om informasjonen blir gitt

Alle artikler fremviste ulike barrierer hos sykepleier og pasient, som spilte rolle på om informasjonen om seksualitet ble gitt, og på hvilken måte (Annerstedt & Glasdam, 2019; Den Ouden et al., 2019; Olsson et al., 2012; Oskay et al., 2014; Stabile et al., 2017; Vermeer et al., 2015; Williams et al., 2017). Det kommer også frem at mangel på kunnskap og lite kommunikasjonstrening var en hindring for at helsepersonell ikke føler seg komfortable til å prate om temaet seksualitet. God selvtillit hos sykepleier var en

forutsetning som førte til økt bevissthet og komfort i samtale om seksualitet (Olsson et al., 2012; Williams et al., 2017). Studiene til Den Ouden et al. (2019) og Oskay et al. (2014) belyste om mangel på kommunikasjonsmodeller og informasjonsbrosjyrer til pasienter som hindring til å formidle grundig informasjon.

Tabu og fordommer er nøkkelord som nevnes som barrierer til å prate om seksualitet (Den Ouden et al., 2019; Olsson et al., 2012; Oskay et al., 2014). Lignende funn viser de til i studien til Annerstedt og Glasdam (2019). Andre hindringer som lite erfaring, tidspress, lite tid alene med pasienten, eller redsel for å prate om et sensitivt tema ble nevnt i (Olsson et al., 2012; Oskay et al., 2014; Vermeer et al., 2015; Williams et al., 2017).

I artikkel til Den Ouden et al. (2019) og Olsson et al. (2012) var tillit grunnleggende for å kommunisere om seksualitet. Hvordan avdelingen ble organisert, ble sett på som forutsetning eller hindring til å skape denne tilliten mellom pasient og sykepleier (Olsson et al., 2012).

3.2.3. Pasientens oppfatninger av veiledningen og informasjonen som ble gitt

3.2.3.1. Informasjonens betydning

I studien til Den Ouden et al. (2019) viste pasienter å ha store behov for å motta informasjon om intimitet og seksualitet. De foretrakk at informasjonen ikke bare skulle inneholde mulige forandringer i kroppen, men også forberede de på forandringer i intimitet og samliv.

Pasientene i studien til Stabile et al. (2017) så på seksualitet som viktig i deres situasjon (Stabile et al., 2017). Likevel viste studiene (Den Ouden et al., 2019; Stabile et al., 2017) at pasienter ikke var tilfredstilte med informasjonen om emnet de fikk om seksualitet i etterkant av behandlingen.

I studiene til Den Ouden et al. (2019) og Williams et al. (2017) forventet pasienter at helsepersonell skulle initiere informasjon og veiledning angående psykoseksuelle problemer. Felles for studiene til Den Ouden et al. (2019), Stabile et al. (2017) og Williams et al. (2017) var at pasientene ønsket å få informasjonsskriv, en brosjyre eller nettressurser hvor de kunne undersøke temaet seksualitet etterfulgt av en samtale. Pasienter foretrakk å få informasjonen personlig, alene eller sammen med deres partner, men foretrakk å ikke prate om temaet i større grupper. Noen opplevde at helsepersonalet ikke tok hensyn til deres partners ønske om å være med på dialogen (Den Ouden et al., 2019).

3.2.3.2. Pasientens oppfatninger av tema seksualitet

En hindring til at kvinner i studien til Den Ouden et al. (2019) ikke tok opp temaet, var at de ikke fikk utfyllende informasjon om temaet da de initierte samtalen i første omgang.

Andre hindringer pasienter hadde til å initiere samtalen var faktum å be om hjelp, økonomiske aspekter av det, pasienter anså det som et privat tema og var redde for helsepersonals mangel på forståelse (Stabile et al., 2017). Derfor foretrukket mange pasienter at sykepleiere eller leger skulle ta ansvaret for dialogen (Den Ouden et al., 2019).

Pasientene i artikkelen til Den Ouden et al. (2019) sanset også vansker hos helsepersonell til å prate om intimitet og seksualitet, og at tema fremdeles var tabu. Det ble satt lys på i artikkel til Oskay et al (2014) at fordommer og syn på tabubelagt tema, som seksualitet, hos pasienten kunne hindre de i å akseptere hjelp angående deres problemer forårsaket av kreft eller behandling (Oskay et al., 2014).

4. Diskusjon

I dette kapitlet vil resultatene fra tidligere presentert forskning drøftes opp mot relevant teori, faglitteratur, lovverk og egne erfaringen for å besvare problemstillingen: *Hvordan kan sykepleier gi informasjon og veiledning om seksualitet til pasienter med gynekologisk kreft?* Diskusjonen vil være inndelt i underkapittel for mer oversikt. Avslutningsvis, vil det komme ulike svakheter og styrker med studien som kan påvirke dens grunnlag.

4.1. Hvilken rolle og funksjon har sykepleier i kommunikasjon med pasienten?

Seksualitet er betraktet som en viktig del av et menneskets liv (Landmark et al., 2014). Det innebærer intimitet, nærhet, kjærlighet, bekreftelse, og er et av menneskets grunnleggende behov. Temaet har vært tabubelagt lenge, som fører til at det grunnleggende behovet blir forsømt i samtale på sykehus (Gamnes, 2018). Dersom det ikke tematiseres, vil det bli mer tabubelagt og enda vanskeligere å prate om (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Selv om utviklingen stadig forbedrer seg, blir likevel tema unngått av mange sykepleiere på sykehus. Sykepleiere mener det er viktig å tematisere seksualitet. Til tross for dette, har seksuell helse en lav prioritering i helsevesenet. Pasienter kan oppleve at deres seksualitet usynliggjøres, selv om det er en del av menneskets grunnleggende behov. Dette skyldes manglende bevissthet og oppmerksomhet fra helsepersonell angående tema (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). På den ene siden kan unngåelse av temaet skyldes flere fordommer hos sykepleier, som bidrar til at ikke alle får tilfredsstillende informasjon. På den andre siden er temaet tabubelagt rundt pasientene, da de ikke tørr å ta opp temaet, eller ikke er komfortable i samtale om akkurat dette. Sykepleiers rolle er å bidra til bedre miljø i samtale med pasienten, ved å være åpen og tilgjengelig (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). I løpet av de siste årene har det oppstått mer oppmerksomhet og åpenhet rundt seksualitet i samfunnet, men hvorfor ser det ut til å være et problem på sykehuset?

Til tross for informasjon om seksuell helse er vesentlig i sykdomsforløpet til pasienter med gynekologisk kreft, har flere studier vist at informasjonen som gis ikke er tilfredsstillende (Den Ouden et al., 2019; Olsson et al., 2012; Williams et al., 2017). Informasjonen blir i noen tilfeller unngått da medisinske behandlingen blir prioritert (Stabile et al., 2017; Williams et al., 2017). Dette strider mot pasient- og brukerrettighets loven §3-2 og §3-4 og helsepersonelloven §10-2 hvor helsepersonell er pålagt til å gi informasjon til pasienter eller brukere (Helsepersonelloven, 1999; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Denne informasjonen skal ifølge yrkesetiske retningslinjer være tilstrekkelig, tilpasset og innforstått av pasienten (NSF, 2019). Sykepleiere antar også at pasienter har viktigere ting å tenke på enn deres seksualliv, som kreftdiagnosen, behandlingen og overlevelsesfasen (Williams et al., 2017). Pasienter

med gynekologisk kreft opplever flere seksuelle problemer i, og etter behandlingsfasen. Symptomer som dyspareunia, vaginalt ubehag, vaginal tørrhet, varmebølger og hormon forstyrrelser etter behandling, kan føre til endret selvbilde og unngåelse av seksuell aktivitet og intimitet (Olsson et al., 2012; Stabile et al., 2017). Da det er en oppfatning av at det er de fysiske plagene pasienten opplever mest, dreier samtalen seg ofte rundt dette (Olsson et al., 2012). Sykepleiers rolle vil være å gi terapeutisk støtte til pasienter med kreft (Williams et al., 2017). Sykepleier, skal ifølge Travelbee, skape en terapeutisk pasientrelasjon ved å kommunisere og samhandle med pasienten og ivareta deres grunnleggende behov (Travelbee, 2014). Likevel står ikke seksualitet, som er et av disse behovene i fokus i den medisinske behandlingen (Vermeer et al., 2015). På den ene siden foretrekker sykepleiere at pasienten skal ta opp problemene sine ettersom de opplever bivirkninger eller har behov for samtale. Dette kan være grunnet sykepleiers fordommer i samtale. På den andre siden har også pasienter barrierer som forutser at de ønsker at helsepersonell skal initiere samtalen om seksualitet. På bakgrunn av dette kan vi se et skille i forventninger til helsepersonalet og pasienter hvor begge ønsker at den andre skal initiere samtalen (Vermeer et al., 2015). For sykepleier er det viktig å overkomme disse barrierene for å kunne sørge for helhetlig pasientomsorg. Kommunikasjon mellom sykepleier og pasient bør ikke kun inneholde fysiske forandringene på kroppen, men skal også rettes mot den psykoseksuelle støtten. Samtidig skal sykepleier forberede pasienten og dens partner på mulige utfordringer i samliv og intimitet (Den Ouden et al., 2019). På bakgrunn av dette, har det vist å styrke pasientens livskvalitet i behandlingsfasen (Williams et al., 2017), som blir støttet opp i Gamnes (2018). Kvinner vil trenge informasjon angående hva behandlingen kan føre til, både fysiske og psykiske konsekvenser av det.

Sykepleiere er forventet å jobbe på en helsefremmende måte som fremmer fysiske, psykiske, sosiale og spirituelle aspekter (Olsson et al., 2012). Sett i lys av studien til Den Ouden et al. (2019) er kommunikasjon en viktig faktor for å arbeide helsefremmede, hvor kommunikasjonen mellom pasient, partner og sykepleier spiller en viktig rolle for å håndtere sykdommens komplikasjoner. Samtidig har sykepleier et ansvar for å anerkjenne pasientens utfordringer for å sørge for en støttende kommunikasjon (Williams et al., 2017). Støtten er essensiell for pasienter med kreft og deres seksualitet under, og etter behandling (Olsson et al., 2012). Sykepleiers støtte er avhengig av pasientens behov (Tveiten, 2016). Det er også viktig å vite hvordan pasienten retter seg mot tema og oppfatter dette. Altså deres forventninger angående seksualitet etter behandling. Sykepleier bør både lytte aktivt, og tilpasse informasjonen til den enkelte, deretter finne ut om informasjonen som ble gitt var tilfredsstillende for pasienten (Gamnes, 2018).

Kommunikasjon mellom sykepleier og pasient er grunnleggende for å skape trygghet og samtale om seksualitet (Den Ouden et al., 2019). Sykepleieren må ha kunnskap til å anerkjenne pasientens behov og tilpasse informasjon deretter (Eide & Eide, 2019). Dette ble reflektert i studien til Den Ouden et al. (2019) hvor første steget i kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient, var å anerkjenne deres behov for informasjon og veiledning til å håndtere nyoppståtte situasjoner. For at en samtale om seksualitet skal være nyttig for pasienten, må sykepleier ha gode kommunikasjonsferdigheter, sørge for en god relasjon med pasient, og mulighet for en privat samtale med pasienten (Williams et al., 2017). Dette ble også reflektert i Gammersvik og Larsen (2012) sammen med andre faktorer som sørget for en god relasjon. Dette var blant annet aktivt lytting, å gi oppmerksomhet til pasienten, lytte til pasientens kroppsspråk og deres tolkning av innholdet i samtalen, ved å stille spørsmål og vise nonverbalt at man er interessert i

pasientens oppfatninger. Likevel er kommunikasjon og interesse for dialog om seksuell helse er avhengig av hver enkelt pasient, og kan ikke generaliseres til alle kreftpasienter (Stabile et al., 2017). Dette samsvarer med Travelbees interaksjonsteori, hvor fokuset er mellommenneskelige forhold mellom sykepleier og pasient, hvor alle pasienter er enestående individer, med ulike verdier (Travelbee, 2014). Sykepleier skulle se på pasienten som likeverdige. Utfallet av dialogen baserer seg på kvaliteten av pasient-sykepleierrelasjon som baserer seg på tillit, respekt og likeverdighet (Gammersvik & Larsen, 2012). Til tross for dette bør sykepleier også tenke på at noen pasienter ikke ønsker å gjennomgå en samtale om seksualitet, og respektere dette. Sykepleier kan likevel motivere pasienten til å kommunisere om temaet ved å være åpen og spørrende (Den Ouden et al., 2019; Jerpseth, 2020).

4.2. Hvilke faktorer er avgjørende for om informasjon blir gitt?

På grunn av mangel på kunnskap hos sykepleier, hender det at informasjon om seksualitet blir forsvunnet (Olsson et al., 2012). Mangel på kunnskap, er en grunn til hvorfor sykepleiere unngår tema seksualitet med pasientene. Sykepleier føler seg ikke egnet til å formidle informasjonen om seksualitet, og har tidligere fokusert på tema som nærhet, omsorg og følelser istedenfor (Olsson et al., 2012). I tillegg hadde sykepleiere hindringer til å gjennomføre samtalen, som vil bli nevnt videre i dette delkapittelet (Den Ouden et al., 2019). Sykepleiere i studie til Vermeer et al. (2015) følte det var deres ansvar å prate om seksualitet, men at det var upassende å kommunisere med pasienten om dette. Dette kan skyldes av et ikke velfungerende dokumentasjonssystem, mangel på kommunikasjonsmodeller eller mangel på rutiner og retningslinjer på avdelingen, over hvem som skulle formidle informasjonen om seksualitet, og hva nøyaktig den skulle inneholde. Barrierer som dette, kunne begrenses dersom slike modeller og rutiner var tilgjengelige (Den Ouden et al., 2019; Olsson et al., 2012; Oskay et al., 2014; Williams et al., 2017). Dette står i kontrast til studien til Vermeer et al. (2015) hvor halvparten av sykepleiere i Nederland hadde tilgjengelig protokoll eller mal for hvem skulle gi informasjon om seksuell funksjon etter kreftbehandling. Andre halvdelene fortalte at informasjonen og kvaliteten på samtalen var avhengig av hver enkelt sykepleier. Dette kan altså skyldes mangel på konsekvent organisasjonsoppsett.

PLISSIT modellen kan være et hjelpemiddel for sykepleier til å initiere samtalen om seksualitet (Gamnes, 2018). Det er en pedagogisk modell særlig egnet for å kommunisere om seksuell helse (Landmark et al., 2012). Modellen kan anvendes som et utgangspunkt for å komme med tiltak til behandling, eller videre henvisning til terapi. Ved å vise tilgjengelighet, og tillate samtale om seksualitet, anvender sykepleier bruken av trinn 1 i modellen. Videre i trinn 2, vil sykepleier gi informasjon og veiledning på et faglig begrenset nivå. Informasjonen bør være tilpasset til pasientens alder, sivilstatus og bekymringer rundt seksualitet. Samtalen kan også inneholde tiltak, som lubrikanter, bekkenbunnstrening eller hensiktsmessige stillinger ved samleie. Dette går under trinn 3 i PLISSIT modellen (Vermeer et al., 2015). Likevel er det sjeldent at pasienter passerer trinn 3, som er å bli henvist til sexolog, eller terapi hos psykolog (Vermeer et al., 2015). Ved å gi informasjon og veiledning om seksualitet i de nederste trinnene i modellen (trinn 1 og 2) tillater man en åpen samtale om seksualitet (Gamnes, 2018). Basert på praksiserfaring fra gynekologisk avdeling, har det vært lite fokus på bruk av kommunikasjonsmodeller, selv om Gamnes (2018) og studiene til Vermeer et al. (2015),

viser at modellen er egnet for å etablere et godt utgangspunkt for samtalen. Dermed sees det behov for å inkludere modellen i praksis ved opplæring om hva den innebærer, og hvordan den bør brukes.

Flere studier viste at sykepleiere har lite kunnskap og erfaring i trening om sensitive temaer og opplever ubehag i samtale om seksualitet (Den Ouden et al., 2019). Med dette i bakgrunn, har sykepleiere større behov for flere ferdighetstreninger og mer opplæring. Disse er viktige ressurser som bidrar til å øke kunnskapen hos sykepleiere (Williams et al., 2017). Simuleringstrening har vist å ha positive resultater for å utvikle nyttige kommunikasjonsferdigheter (Eide & Eide, 2019). Ifølge strategi for seksuell helse utarbeidet av helsedirektoratet, kan et tiltak for å øke åpenheten og kunnskapen hos sykepleiere, være å integrere seksuell helse i undervisning (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Det kan foregå ved universitet, men også i spesialisthelsetjenesten ved å ha fagmøter og seminarer. Sykepleiere som arbeider i omsorg for kreftsyke pasienter, bør derfor ha muligheten til å delta på undervisninger organisert av arbeidsplassen. Kunnskap om seksualitet bidrar også til økt selvtillit hos sykepleier (Williams et al., 2017). For å se bort fra fordommer, kan økt selvtillit hos sykepleier være en forutsetning som påvirker deres trygghet og personlige utvikling i kommunikasjon om seksualitet (Olsson et al., 2012; Williams et al., 2017). Selvtillit er også en forutsetning for å initiere samtalen og skape god relasjon med pasient. Samtidig bidrar dette til å øke bevisstheten hos sykepleiere og øke hyppigheten av samtalen. (Olsson et al., 2012; Williams et al., 2017). Dette sees også i Travelbee (2014) hvor hun påstår at sykepleiere klarer å få god kontakt med pasienten og skape en relasjon med dem, dersom de har innsikt i seg selv og andres adferd.

Seksualitet har vært et tabubelagt tema i norsk kultur i en lang periode. Siste tiårene har Norge gått gjennom en positiv utvikling angående seksualitet, men noen opplever fremdeles fordommer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Temaet sees på som privat og intimt, og sykepleiere kan derfor oppleve vanskeligheter med å utrykke seg om seksualitet i samtale med pasient (Den Ouden et al., 2019; Olsson et al., 2012; Oskay et al., 2014). Fordommer sykepleiere skapte på avdelingen i studie til Annerstedt og Glamsdam (2019) var at sex tilhørte unge mennesker i reproduktiv alder, som var seksuelt aktive og levde i monogame, heterofile forhold. I samsvar med dette ble informasjonen i studie til Olsson et al. (2012) gitt avhengig av bivirkninger, alder, kjønn, sivilstatus, diagnosen og den medisinske behandlingen. Ifølge Helse- og Omsorgsdepartementet (2016) er synet på at sex kun tilhører yngre mennesker, skapt av fordommer. Likevel er det et grunnleggende behov og bør inkluderes i behandling, uavhengig av alder eller om en er seksuelt aktiv.

Sykepleiere synes ofte det er vanskelig å bestemme tidspunktet for samtalen da kreftbehandlingen og overlevelse etter behandlingen står i fokus (Vermeer et al., 2015). Informasjon til pasienter bør gis fortløpende i forløpet, samt repeteres etter pasientens behov (Den Ouden et al., 2019). Det er behov for tillatende atmosfære på avdelingen, samt private rom for å formidle informasjonen til pasienten (Olsson et al., 2012). Måten avdelingen og pleien er organisert på, kan både sees på som forutsetninger og hindringer til å skape tillitsfullt forhold med pasienten. Tillit er nødvendig for å kunne snakke om tema seksualitet. Dermed kan kortvarig sykehusopphold føre til mindre samhandling og lite mulighet for å etablere en relasjon. Videre bidrar dette til at informasjonen ikke blir like godt formidlet som ønsket (Olsson et al., 2012). Kjent tidspress hos sykepleiere er også en faktor som spiller en rolle på etablering av tillitsfulle relasjonen og

informasjonsformidlingen (Olsson et al., 2012; Vermeer et al., 2015). Sykepleier skal arbeide på en måte som fremmer pasientens opplevelse av verdighet (Travelbee, 2014). På bakgrunn av dette, har sykepleier en viktig funksjon ved å vise tilgjengelighet, åpenhet, og lytte for å vise støtte i samtale om seksuell helse (Jerpseth, 2020). Det er viktig at sykepleiere bryter fordommer om seksualitet og øker sin kunnskap om temaet. Sykepleiere har vanskeligheter med å evaluere behovet for samtale om seksualitet hos pasienten og dermed gjennomføre seksuell rådgiving (Oskay et al., 2014). Dette kan skyldes forventninger om at pasienten ikke ønsker å prate om temaet, utilstrekkelig kunnskap og erfaring hos sykepleier, seksualitet som tabubelagt tema og mangel på prosedyrer og informasjonsskriv for å dele ut til pasienter. Samtidig er det nødvendig å øke seksuell undervisning i helsevesenet, forbedre guidebøker og informasjonsbrosjyrer slik at både helsevesenet og pasientene er bevisste på temaet (Oskay et al., 2014).

4.3. Hvordan kan sykepleier gi god og tilpasset informasjon?

Behandlingen pasienten mottar er avhengig av hvor tidlig en oppdager sykdommen, og krefttypen (Jerpseth, 2020). Pasienter kan oppleve negative konsekvenser på selvbilde grunnet behandling. Mange vil også være redde for å forverre sin tilstand eller ha smerter (Gamnes, 2018). For sykepleier er det viktig å informere kvinner om å unngå seksuell aktivitet i 6-8 uker etter inngrepet, lubrikanter, fuktighetskremer, bekkenbunnstrening, samt måter å tøye skjeden i ettertid, for eksempel dilator terapi (Stabile et al., 2017). Som en konsekvens av behandlingen kan mange kvinner føle seg lite verdifulle som seksualpartnere, og som kvinner (Jerpseth, 2020). Faktum som lavere libido spiller en rolle på pasientens ønske om å være seksuelt aktiv. Dette kunne oppleves som skuffende for pasienten da de ikke kan bevare sine tidligere forventninger til seksuelle opplevelser (Stabile et al., 2017; Williams et al., 2017). Sykepleiers oppgave vil være å sørge for at kvinner har realistiske forventninger knyttet til seksualitet (Gamnes, 2018). Pasienter i- og etter endt behandling har uttrykt misnøye med informasjonen og veiledningen de fikk angående deres seksualitet, i løpet av deres sykdomsforløp (Den Ouden et al., 2019; Stabile et al., 2017). Dette kan skyldes tidligere erfaringer hvor pasienter tok opp temaet, men følte på mangel på forståelse eller ikke utfyllende informasjon. Dette førte til unngåelse av temaet i fremtiden (Stabile et al., 2017). Hvorfor er det ikke større fokus på kommunikasjon rundt den seksuelle helsen, da det tydelig sees et behov for denne informasjonen?

For å anerkjenne behov for sykepleie, er det viktig vinkling å ta hensyn til pasientens oppfatning og opplevelser. Pasientene anser seksualitet som viktig i deres sykdomstilstand, men sanser vansker hos helsepersonell til å prate om seksualitet (Den Ouden et al., 2019). Fraværende informasjon om seksuell helse kan føre til angst og bekymringer hos pasienten (Gamnes, 2018). Ettersom sykepleieren oppfatter ulike reaksjoner hos pasienter, kan det ofte stå til hinder for å initiere samtalen om seksualitet (Olsson et al., 2012). I studien til Den Ouden et al. (2019) ble det satt lys på pasientens fordommer og syn på seksualitet, som et tabubelagt tema, som hindring for å akseptere hjelp angående deres problemer forårsaket av kreft eller behandling. Sykepleiere synes derfor at det er lettere å prate om temaet dersom pasienten starter samtalen for å ikke overskride privatlivet til pasienten (Annerstedt & Glasdam, 2019; Williams et al., 2017). Pasientene forventer at sykepleier eller lege skal initiere samtalen. Dette kan begrunnes

av pasientens redsel for å berøre temaet og det å be om hjelp (Den Ouden et al., 2019; Williams et al., 2017). I tillegg, kan noen pasienter kjenne på de økonomiske aspektene av å be om hjelp fra andre profesjoner, som psykolog (Stabile et al., 2017). Mange pasienter opplever psykoseksuelle problemer, som endret selvilde, vansker med å forstå endringene i kroppen og omstillingene i deres seksualitet (Gamnes, 2018). Til tross for dette, nevner de ikke de psykiske plagene, da de mener det er et privat tema. Sykepleiere har derfor oppfatning av at de fysiske plagene er de pasientene opplever mest (Olsson et al., 2012). Den medisinske behandlingen overskygger ofte livskvalitet, seksuell funksjon og vaginal helse (Stabile et al., 2017). Pasientene uttrykker også at de ønsker samtale med sykepleiere eller primærlege etterfulgt av skriftlig informasjon i form av et informasjonsskriv, brosjyre eller tilgjengelige nettressurser hvor de kan undersøke temaet mer (Den Ouden et al., 2019; Stabile et al., 2017). Informasjonen til kreftsyke pasienter bør repeteres flere ganger i løpet av forløpet, da de ofte glemmer informasjonen som ble gitt i etterkant av å få diagnosen (Vermeer et al., 2015). Samtidig ønsker flere pasienter at deres partner skal være med i dialogen om seksualitet, dette bør respekteres av sykepleier da det kan være gunstig i kommunikasjon om intimitet i forholdet (Den Ouden et al., 2019). Dersom pasient og eventuelt deres partner får informasjon om hvordan pasientens situasjon påvirker den seksuelle aktiviteten, kan også de seksuelle utfordringer i forbindelse med behandlingen bli mindre (Gamnes, 2018).

4.4. Metodediskusjon

I denne delen av oppgaven, skal styrkene og svakhetene ved studien presenteres. En styrke ved studien er at det ble brukt mange søkeord og synonymer for å få et bredere søk og flere spesifikke treff. Dette resulterer i flere relevante artikler for å besvare problemstillingen. Samtidig ble det brukt både kvalitative og kvantitative studier. Disse inneholdte både pasient og sykepleier perspektiv, som bidro til å se det store bildet. Det ble utført søk i to ulike databaser. Valgte artikler derimot, ble funnet på kun en database, Medline. Dette kan være en svakhet ved studie da man mulig utelukker annen relevant litteratur. Alle studiene ble oversatt fra norsk til engelsk, som kan konkludere i mistolkninger av enkelte ord i oversettelsen fra engelsk til norsk.

Dalland (2020) anbefaler å bruke oppdaterte kilder. Studiene brukt i denne oppgaven er utgitt i perioden 2012-2019. Dette kan sees som både styrke og svakhet. På den ene siden er resultatene i studiene relativt oppraderte. På den andre siden er tema seksualitet blitt stadig mer normalisert i samfunnet og endringer innen tema kan oppstå raskt. På bakgrunn av teori og egne erfaringer sees likevel resultatene til å være relevante for problemstilling. Samfunnet er i stadig endring, derfor kan man diskutere om både litteratur og forskning er utdatert, for eksempel Travelbee (2014).

Søket ble avgrenset til artikler som omhandler kvinner mellom 19-44, for å begrense antall treff. Dette sees til å være svakhet ved studien, da seksuell helse er noe som omhandler alle mennesker uavhengig av alder.

Ved vurdering av artiklene, ble det tatt hensyn til studiens overførbarhet. Til tross for dette, ble en artikkel fra Tyrkia brukt til å besvare oppgaven. Tyrkia er et land som, kulturelt sett, ikke likner på Norge. Likevel var funnene overførbare basert på teori og

samsvarende resultater i andre studier. Det kan være en utfordring å vurdere artikler fra andre land. Dette på bakgrunn av at helsevesenene i Norge er organisert ulikt og sykepleiere utfører arbeidet forskjellig i ulike land.

4.5. Konklusjon

Hensikten med denne litteraturstudien var å få et bredere kunnskap om hvordan sykepleiere kan informere og veilede pasienter med gynekologisk kreft om seksualitet. Oppgaven skulle bevisstgjøre sykepleiere om faktorer som fremmer og hindrer denne informasjonsformidlingen.

Hva sykepleiere bør vektlegge i kommunikasjon med pasienter om seksualitet har blitt forsøkt besvart i denne oppgaven. Studiene konkluderer med at sykepleiere får for lite kommunikasjonstrening og annen type for opplæring innen tema seksualitet. Dette bidrar til mye usikkerhet blant sykepleiere. Oppgaven belyste pasientenes behov og forslag til endringer. Ferdighetstreninger og opplæring av sykepleiere er essensielt for å sørge for god kommunikasjon om seksualitet. Seksuell helse har vært et tabubelagt tema i mange år, og prosessen med å minske fordommer og barrierer hos helsepersonell er et viktig poeng for å forbedre informasjonsformidlingen i norske sykehus. Dersom man ikke kommunisere om seksualitet, vil en større barriere skapes, og temaet blir mer tabubelagt. Likevel har denne oppgaven vist, at det ikke finnes én løsning på hvordan sykepleiere skal kommunisere med denne pasientgruppen på, og at informasjon må tilrettelegges til den enkelte.

I denne litteraturstudien har det blitt nevnt flere forslag til hva, når og hvordan sykepleiere skal kommunisere om seksualitet i møte med denne pasientgruppen. Dette kan være spesifikke tiltak, som å skape relasjon, bruk av PLISSIT- modellen og øke kunnskapen om emnet. I tillegg ved å være selvsikker kan det være lettere for sykepleier å fokusere på tema. Tillit er et viktig nøkkelord for å skape en god sykepleier-pasient relasjon. Dette fører igjen til mer åpenhet i dialog. Ved å se på pasientens oppfatninger i denne samtalen, kan sykepleiere øke sin kunnskap om tema og bidra til bedre praksis ved informasjonsformidlingen på sykehus.

Referanser

- 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, 28*(19–20), 3556–3566.
<https://doi.org/10.1111/jocn.14949>
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Den Ouden, M. E. M., Pelgrum-Keurhorst, M. N., Uitdehaag, M. J., & De Vocht, H. M. (2019). Intimacy and sexuality in women with breast cancer: Professional guidance needed. *Breast Cancer, 26*(3), 326–332.
<https://doi.org/10.1007/s12282-018-0927-8>
- Eide, H., & Eide, T. (2019). *Kommunikasjon i relasjoner* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Evans, D. (2002). SYSTEMATIC REVIEWS OF INTERPRETIVE RESEARCH: INTERPRETIVE DATA SYNTHESIS OF PROCESSED DATA. *Australian Journal of Advanced Nursing, 20*(2), 5.
- Gammersvik, Å., & Larsen, T. (2012). *Helsefremmende sykepleie: I teori og praksis* (2. utg.). Fagbokforlaget. https://bibsyst-almaprmo.hosted.exlibrisgroup.com/primo-explore/fulldisplay/BIBSYS_ILS71551378920002201/NTNU_UB
- Gamnes, S. (2018). Seksualitet og helse. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie, Bind 2* (3.). Gyldendal Akademisk.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017–2022)*. 64.
- Helsebiblioteket. (2016, juni 3). *Sjekklistor*. Helsebiblioteket.no; Helsebiblioteket.no.
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Helsedirektoratet. (2021a, juni 28). *Forekomst og prognose—Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for gynekologisk kreft, 28.06.2021*.

- <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/gynekologisk-kreft/livmorkreft/forekomst+og+prognose>
- Helsedirektoratet. (2021b, oktober 20). *Seksuell helse*. Helsedirektoratet.
- <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/sektorrapport-om-folkehelse/sunnevalg/seksuell-helse>
- Jerpseth, H. (2020). Sykepleie ved gynekologiske sykdommer. I H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5.). Gyldendal Akademisk.
- Kreftforeningen. (u.å.). Kreftformer som ofte påvirker seksuallivet for kvinner. *Kreftforeningen*. Hentet 18. mai 2022, fra <https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/kreft-og-seksualitet/kreftformer-som-ofte-pavirker-seksuallivet-for-kvinner/>
- Kreftregisteret. (2021, september 23). *Nasjonalt kvalitetsregister for gynekologisk kreft*. <https://www.kreftregisteret.no/Registrene/Kvalitetsregistrene/Gynkreftregisteret/>
- Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling- en historisk reise. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie, Bind 3* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Landmark, Almås, E., Brurberg, K. G., Fjeld, W., Haaland, W., Hammerstrøm, K., Svendsen, K. O., Sørensen, D., Tollefsen, M. F., Aars, H., & Reinart, L. M. (2014, september 9). *Effekter av seksualterapeutiske intervensjoner for seksuelle problemer*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/publ/2012/effekter-av-seksualterapeutiske-intervensjoner-for-seksuelle-problemer/>
- Landmark, B., Landmark, B., & Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2012). *The effects of sexual therapy interventions for sexual problems*. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK464739/>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonell>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- MeSH på norsk—Begreper innen medisin og helsefag. (u.å.). Hentet 30. mai 2022, fra <https://mesh.uia.no/>

- NSD. (u.å.). *Norsk senter for forskningsdata*. NSD. Hentet 30. mai 2022, fra <https://nsd.no/>
- NSF. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. Norsk Sykepleierforbund. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Olsson, C., Berglund, A.-L., Larsson, M., & Athlin, E. (2012). Patient's sexuality – A neglected area of cancer nursing? *European Journal of Oncology Nursing*, 16(4), 426–431. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2011.10.003>
- Oskay, U., Can, G., & Basgol, S. (2014). Discussing Sexuality with Cancer Patients: Oncology Nurses Attitudes and Views. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 15(17), 7321–7326. <https://doi.org/10.7314/APJCP.2014.15.17.7321>
- Stabile, C., Goldfarb, S., Baser, R. E., Goldfrank, D. J., Abu-Rustum, N. R., Barakat, R. R., Dickler, M. N., & Carter, J. (2017). Sexual health needs and educational intervention preferences for women with cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*, 165(1), 77–84. <https://doi.org/10.1007/s10549-017-4305-6>
- Thidermann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Travelbee, J. (2014). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (K. M. Thorbjørnsen, Overs.; 7. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk, Pasient og pårørendeopplæring* (1. utg.). Fagbokforlaget.
- Vermeer, W. M., Bakker, R. M., Stiggelbout, A. M., Creutzberg, C. L., Kenter, G. G., & ter Kuile, M. M. (2015). Psychosexual support for gynecological cancer survivors: Professionals' current practices and need for assistance. *Supportive Care in Cancer*, 23(3), 831–839. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2433-7>
- 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>

