

Julie Maria Benterud Venåsen

Hvordan kan sykepleier hjelpe gynekologiske kreftpasienter til å ivareta sin seksuelle helse?

Bacheloroppgave i Bachelor i sykepleie

Veileder: Kirsten Nordang

Juni 2020

Julie Maria Benterud Venåsen

Hvordan kan sykepleier hjelpe gynekologiske kreftpasienter til å ivareta sin seksuelle helse?

Bacheloroppgave i Bachelor i sykepleie
Veileder: Kirsten Nordang
Juni 2020

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik



Kunnskap for en bedre verden

SAMMENDRAG

Tittel:	«Hvordan kan sykepleier hjelpe gynekologiske kreftpasienter til å ivareta sin seksuelle helse?»	Dato : 01.06.20
Forfattere:	Julie Maria Benterud Venåsen	
Veileder(e):	Kirsten Nordang	
Stikkord/nøkkelord	Seksuell helse, Gynekologisk kreft, Barrierer, Sykepleie	
(3-5 stk)		
Antall sider/ord	35/8750	Antall vedlegg: 0
Kort beskrivelse av master/bacheloroppgaven:		
<p>Innledning: Det er mye som tyder på at gynekologiske kreftpasienter er svært utsatte for å få seksuelle problemer. Disse pasientene får ofte ikke den hjelpen de trenger for å ivareta den seksuelle helsen. Hensikten er å belyse hvorfor seksuell helse forsømmes, og hva sykepleier kan gjøre for å ivareta den seksuelle helsen hos gynekologiske kreftpasienter.</p>		
<p>Metode: Litteraturstudie hvor 4 kvalitative og 2 kvantitative vitenskapelige artikler har blitt brukt.</p>		
<p>Resultat: Seksuell helse snakkes lite om. I studiene fant man barrierer som at seksuell helse er vanskelig å snakke om. Det kunne skyldes helsepersonells fordommer, for liten tid og pasienters emosjonelle problemer. Pasienter ønsket en til en samtale med helsepersonell for å snakke om seksuell helse og skriftlig informasjon.</p>		
<p>Konklusjon: Det er behov for prosedyre for når og hvordan man skal snakke om seksuell helse med pasienten. Det er videre behov for at sykepleiere tilegner seg kunnskap om å kommunisere om seksuell helse. Men det må gjøres videre forskning på tema.</p>		

ABSTRACT

Title:	«How can a nurse help gynecological cancer patients, care fore their own sexual health?»	Date : 01.06.20
Authors:	Julie Maria Benterud Venåsen	
Supervisor(s)	Kirsten Nordang	
Keywords (3-5)	Sexual health, Gynecological cancer, barriers, nursing.	
Number of pages/words: 35/8750	Number of appendix: 0	
Short description of the bachelor thesis:		
<p>Introduction: Sexual health is not taken good care of. Gynecological cancer patients often get problems with their sexual health, due to their disease. Therefore they often do no get the healthcare they need. The purpose of the study is to find out why sexual health is neglected and what a nurse can do to care for the sexual health of gynecological cancer patients.</p> <p>Method: Literature review, based on 4 qualitative studies and 2 randomized controlled trials.</p> <p>Results: There is not much communication about sexual health. Studies showed barriers like the fact that sexual health is a difficult topic to talk about, health personnel prejudices patients, lack of time and patients emotional issues with the topic. Patients wanted a one on one conversation with health personnel and written information when asked how they would like to receive information about sexual health.</p> <p>Conclusions: To have a procedure for when and how information about sexual health is given to patients and if nurses educated themselves on how to communicate about sexual health, could make improvements on the care of sexual health. But more research on the topic is necessary.</p>		

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema	6
1.2 Introduksjon til tema	7
1.2.1 Hva er gynekologisk kreft?	7
1.2.2 Hva er god seksuell helse?	7
1.2.3 Sykepleiefaglig relevans	8
1.2.4 Hensikten med oppgaven	8
2. Metode	9
2.1 Litteraturstudie	9
2.2 Kvalitativ og kvantitativ forskningsmetode	9
2.3 Søkestrategi	10
2.4 Inklusjonskriterier	10
2.5 Søkedokumentasjon	11
2.6 Analyse	13
3. Presentasjon av artiklene som ble brukt i studien	14
4. Resultat	20
4.1 Barrierer	20
4.2 Synspunkter og innvendinger	21
5. Drøfting	22
5.1 Ivaretagelsen av seksuell helse	22
5.1.1 Hvem skal få og gi informasjon, hva slags informasjon skal gis og hvordan?	22
5.1.2 Det vanskelige tema	23
5.1.3 Det handler ikke om liv eller død	24
5.1.4 Emosjonelle problemer	25
5.1.5 En-til-en	25
5.2 Hva kan sykepleier gjøre med situasjonen?	26
5.3 Metodekritikk	29
6. Konklusjon	31
7. Litteraturliste	32

1. Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Sykepleieteoretiker Henderson sier at seksuell helse er et grunnleggende behov som skal ivaretas på lik linje med alle de andre grunnleggende behovene (Mathisen, 2016, Helland 2016). På tross av kunnskaper om viktigheten av god seksuell helse er denne tematikken undertematisert i norsk helsevesen (Helland, 2016). Det mangler retningslinjer for hvordan ivareta seksuell helse og det mangler også tilbud i de fleste behandlingsforløp som omhandler seksualitet. Ansvar for å ivareta seksuell helse som et grunnleggende behov, faller på den enkelte sykepleieren (Helland, 2016).

En studie gjort i Sverige viser at opp imot 80% av sykepleiere ikke tar opp seksuelle problemstillinger med pasientene sine. Flere av sykepleierne i studien mente at det ikke var nok tid til å ta opp temaet. Over halvparten av sykepleierne sa de ikke følte seg trygge nok eller ikke hadde kunnskaper nok til å snakke med pasienten om seksualitet (Saunamäki, Andersson, Engstrøm, 2010).

Forskning tyder på at opp imot 90% av pasienter som overlever gynekologisk kreft, sliter med sin seksuelle helse i ettertid (Huffman *et.al*, 2015). Derfor er denne pasientgruppen svært sårbar for seksuelle problemer og det vil kunne være problematisk for dem å ikke få hjelp.

Etter egenerfaring i møte med denne pasientgruppen, var det ofte åpen dialog rundt de fleste temaer. Andre intime og private temaer som for eksempel eliminasjon av avføring og urin ble lett diskutert. Sexlivet til pasienten derimot ble sjeldnere snakket om.

Problemstillingen jeg har kommet fram til er:

«Hvordan kan sykepleier hjelpe gynekologiske kreftpasienter til å ivareta sin seksuelle helse?»

1.2 Introduksjon til tema

1.2.1 Hva er gynekologisk kreft?

Kreft er navnet på en sykdom, hvor det oppstår en mutasjon i kroppens egen celledeling. Mutasjonen fører til at cellene deler seg ukontrollert og utvikler seg til svulster. Disse kreftsvulstene kan oppstå i alle typer celler i kroppen (Kreftforeningen, 2020a)

Gynekologisk kreft er et samlebegrep som omfavner de typene kreft som kan oppstå i kvinnelig genitale (Kreftlex, 2020).

Tabell nr.1: Gynekologisk kreft

Det var 1747 nye tilfeller av gynekologisk kreft i Norge i 2018. (Kreftregisteret, 2019).

Krefttype:	Antall nyopptagede tilfeller i 2018.
Kvinnelige kjønnsorganer	1747
Livmorhals	355
Livmorlegeme	797
Livmor, uspesifisert	13
Eggstokk, eggleder .mm.	444
Andre kvinnelige kjønnsorganer	135
Morkake	3

1.2.2 Hva er god seksuell helse?

Verdens helseorganisasjon definerer god seksuell helse til å ikke bare være fravær av sykdom og fysisk seksuell dysfunksjon, men også om man har en god psykisk og emosjonell relasjon til seksualitet. Samtidig skal man kunne utøve god og trygg sex, uten vold og tvang (World Health Organization, 2020).

En god seksuell helse avhenger av og påvirkes av mange faktorer (Helland, 2016). Det seksuelle omhandler ikke bare det fysiske aspektet, men det sosiale og psykiske tillegg. Et godt seksualliv kan skape en ressurs og beskyttelsesfaktor i mennesket når det kommer til alle disse aspektene, som igjen kan føre til økt livskvalitet og mestringsevne. På en annen side kan disse aspektene påvirke vår seksuelle helse positivt, men også negativt, noe som kan føre til seksuelle problemer. Fysisk sykdom kan føre til seksuell dysfunksjon, som igjen kan gå utover menneskets samliv med sin partner, som igjen påvirker det sosiale og psykologiske aspektet. Summen av dette vil føre til en dårligere

livskvalitet. Hvis man ser på tilknytningen til livskvalitet og helse, kan man få en dypere forståelse av hvorfor en god seksuell helse er viktig (Helland, 2016).

På hvilke måte kreft påvirker seksuell helse, avhenger av person, diagnose og behandling. (Kreftforeningen, 2020b) I tilfeller av gynekologisk kreft er det vanlig at det oppstår problemer, da behandlingen man får kan redusere eller ødelegge kroppsdelers funksjon helt, i det området som blir behandlet. Eksempler kan være at cellegift og stråling påvirker funksjonen til eggstokkene, eller at man må kirurgisk fjerne eggstokkene helt. En av funksjonene til eggstokkene er å produsere kvinnelige kjønnshormoner. Disse hormonene har igjen mange ulike funksjoner, blant annet som å skape sexlyst og gjøre slimhinnen i vagina tykk og våt. Ved svikt i disse funksjonene kan det bli en utfordring å gjennomføre et samleie, uten hjelpemidler (Kreftforeningen, 2020b). Under kirurgi kan man også påføre nerveskader slik at man mister førlighet i visse områder. Ifølge en amerikansk studie kan oppimot 90% av de som har blitt friske etter gynekologisk kreft ha problemer med seksualitet (Huffman *et.al*, 2015)

1.2.3 Sykepleiefaglig relevans

Virginia Henderson forklarer at sykepleie er å hjelpe pasienten med å mestre de tingene som de ikke klarer selv, for å opprettholde god helse og velvære (Mathisen, 2016). Faktorene for god helse og velvære definerte hun senere som grunnleggende behov. Ved å systematisere grunnleggende behov får man en oversikt over hva et menneske trenger for å føle seg friskt. Hendersons sykepleieteori står også sterkt i dag (Mathisen, 2016).

En sykepleier jobber etter å finne svikt i grunnleggende behov for finne ut hvilke tiltak som må gjøres akkurat for denne pasienten (Rotegård, Solhaug og Grov, 2016). Seksualitet er en av de grunnleggende behovene, og faller derfor under en sykepleiers ansvarsområdet (Helland, 2016).

Sykepleier møter denne pasientgruppen på gynekologiske sengeposter, gynekologiske poliklinikker, dagkirurgiske avdelinger, i kommunehelsetjenesten eller som helsesykepleiere (Jerpseth, 2016)

1.2.4 Hensikten med oppgaven

Pasienters seksuelle helse blir forsømt (Helland, 2016). Som tidligere nevnt er gynekologiske kreftpasienter svært utsatt for å få seksuelle problemer av ulike slag på grunn av sykdommen (Huffman *et.al*, 2015). Derfor er denne pasientgruppen ekstra utsatt for heller ikke få hjelp med sine seksuelle problemer. Hensikten med denne oppgaven er derfor gi et eksempel på hvordan sykepleier kan møte denne pasientgruppen og gi dem den helsehjelpen de faktisk har krav på. Studiens hensikt er også å belyse sykepleiere og annet helsepersonell om barrierer og utfordringer som fører til at temaet ikke blir snakket om. Bevisstgjøring kan føre til endring (Mæhre og Vestly, 2012).

2. Metode

2.1 Litteraturstudie

Denne oppgaven er en litteraturstudie. I en litteraturstudie søker, samler og vurderer man informasjon, i fra forskningslitteratur som allerede er skrevet. I en slik studie oppdager man ikke ny kunnskap, men det kan dukke opp ny informasjon når flere forskningsartikler sammenfattes (Støren, 2019).

2.2 Kvalitativ og kvantitativ forskningsmetode

Det er to forskjellige metoder man bruker i vitenskapelige artikler (Thidemann, 2019). Den ene metoden heter kvantitativ metode. Datainnsamlingen foregår ofte ved hjelp av spørreundersøkelser med satte svaralternativer, eksperimenter eller observasjoner. Man oppnår lite data, fra mange undersøkelsesenheter. I denne metoden høster man kunnskaper ifra harde fakta som tall og andre konkrete målbare enheter. Dette bruker man ofte til tabeller og statistikk. Ifra en slik metode får man objektive fakta som ikke er åpne for tolkning (Thidemann, 2019)

I kvalitativ metode, bruker man intervjuer, observasjon og feltarbeid for å samle data. Igjennom dette får man mye dybdekunnskap fra få undersøkelsesenheter. Denne metoden blir brukt når man ønsker å finne informasjon om meninger, tanker, oppfattelser og annen subjektiv data. Dette beskrives også som «myke data» (Thidemann, 2019). I søket ble studier med både kvalitativ og kvantitativ metode inkludert.

2.3 Søkestrategi

Første steget i søket etter litteratur er først og fremst å utarbeide en problemstilling. Som et verktøy for å strukturere tema inn til en problemstilling ble PICO-skjema brukt. Dette brukes for å presisere det man lurer på, tydeliggjøre hva en skal ha med og ikke, samt få fram begreper og søkeord man kan bruke i selve søket (Thidemann, 2019).

Tabell nr 2.: PICO-skjema

P Patient/Population Hvem?	I Intervensjon Hva?	C Control (Kontrollgruppe)	O Outcome Resultat
Gynecological cancer Sexual health Women	Nursing Communication		Good sexual health

Etter å ha utarbeidet en problemstilling og funnet fram til forskningsspørsmålet, la dette til rette for valg av databaser man skal gjennomføre søkene i og hvilke søkeord man skal bruke.

2.4 Inklusjonskriterier

- IMRaD-struktur
- Studien må være gjennomført i et land, med tilnærmet likt helsevesen som Norge.
- 15 år.
- Norsk eller engelsk språk.

Inklusjonskriterier blir brukt for å avgrense søket og sette krav til litteraturen man finner (Støren, 2019). IMRaD-strukturen er et kriterium, da denne strukturen er brukt i de fleste vitenskapelige studier. Hvilket land studien er gjennomført i, er vesentlig, da det er ønskelig at funnene skal kunne overføres til norsk helsevesen. Studien må derfor være gjort i et vestlig industriland. Når søket startet var et kriterium at studiene ikke skulle være over 10 år gamle. Grunnen til dette, er for å finne den nyeste forskningen på teamet. Men etter en del søk med lite funn som kunne gi svar på problemstillingen ble aldersgrensen på studiene utvidet til 15 år. Studiene måtte også være skrevet på engelsk eller norsk for å kunne analyseres og brukes. Artikler som falt utenfor disse kriteriene, ble ekskludert.

2.5 Søkedokumentasjon

I søket etter litteratur ble databasene Pubmed og Cinahl brukt.

Disse søkematrisene viser hvilke søkeord og hvor mange treff på hvert enkelt søk. Søkeordene er nummererte, og tallene i tabellen viser kombinasjoner av søkeord.

Tabell nr.3: Søkematrise fra Cinahl.

Søkeord:	Cinahl
1. Patients	294 411
2. Sexual Health	7 153
3. Communication	296 223
4. Health personnel	215 904
5. Attitude to sexuality	3196
6. Sexual communication	178
7. 4 og 6	4
8. Sex	2587
9. Sexuality	22 661
10. 4 og 9	837
11. Care	1 471 739
12. Gynecological care	1309
13. Genital neoplasms, female	40 456
14. 9 and 14.	292
15. Female sexual dysfunction	1545
16. 13 og 15	57
17. Barriers	77 594
18. 13, 2 og 17	15
19. 2, 3, 18 og 13.	2
20. 6 og 18	13

For å snevre inn søkene på Pubmed, ble kriteriene «Clinical trial» og Engelsk språk brukt som filter.

Tabell nr.4: Søkematrise fra Pubmed.

Søkeord:	Pubmed:
1. Sexual Health	95767
2. Gynecological cancer	4413
3. 1 og 2	49
4. Female Sexual dysfunction	1129
5. Intervention	562171
6. 2, 4 og 5.	23
7. 2 and 4	27
8. Barriers	305008
9. 1, 2 og 8.	1

Underveis i det systematiske søket, ble det tydelig hvilke søkeord man måtte bruke i de forskjellige databasene. I Cinahl ga for eksempel søkeordet «Genital neoplasms, female» flest treff, mens i Pubmed var det flest treff på søkeordet «Gynecological cancer». Etter hvert ble søkeordene satt sammen for å begrense antall treff. Når søkene resulterte i under 200 funn, ble overskriftene på artiklene i søket lest. Viss en overskrift inneholdt søkeordene og riktig tema, ble sammendragene i de interessante artiklene lest. Det ble lest 21 artikkelsammendrag. Dette var for å finne ut om artikkelen hadde relevans til oppgavens problemstilling. En relevant artikkel måtte også innfri inklusjons- og eksklusjonskriteriene.

Etter å ha gjennomført søk i databaser, ble det gjort et nytt søk med manuell metode. Et manuelt søk er at man studerer referanselisten til relevante artikler man ofte har funnet igjennom søket i databasene (Thidemann, 2019). Referanselistene til artiklene i det tidligere søket ble brukt. Referanselister til relevante review- artikler ble også brukt.

For å få et innblikk i hvordan praksisen rundt temaet var på sykehus i dag, tok jeg noen telefoner til Gynekologisk poliklinikk på Gjøvik sykehus, Gynekologisk kreftavdeling på Radiumhospitalet og Kvinneklinikken på Haukeland. Disse samtalen gjorde jeg 12. 13. og 28. mai 2020. På Haukeland fikk jeg snakke med sexolog Ragnhild J.T Sakse. Under samtalen refererte hun til studier hun selv hadde utført. Etter samtalen søkte jeg på sexologens navn i søkemotoren «Google Scholar» og fant

en liste over studier med hennes navn som forfatter. En av artiklene hennes var relevant for problemstillingen, og stemte med inklusjonskriteriene, og ble tatt med i denne litteraturstudien.

Etter å ha funnet aktuelle artikler, var neste steg å undersøke kvaliteten på studiene. Den kritiske vurderingen ble gjort igjennom CASP-modellen (Critical Appraisal Skills Programme)(Aveyard, 2019). CASP-modellen består av kvalitetssjekklistene, tilpasset ulike metodedesign. Sammen med sjekklistene, leste jeg grundig igjennom alle artiklene, noterte og markerte viktige utdrag.

Flere søk ble gjort med nye søkeord ved flere anledninger. Flere aktuelle artikler ble ekskludert fordi de ved nærmere gjennomlesing ikke inneholdt inklusjonskriteriene eller ikke kunne svare direkte på problemstillingen. Derfor måtte det gjøres nye søk for å få svar på problemstillingen.

2.6 Analyse

Når man analyserer en tekst, setter man seg inn i budskapet til teksten. Dette gjør man ved å lese teksten nøye flere ganger. For å få tak i hva som står i teksten må man noen ganger lese hele teksten eller lese deler kanskje flere ganger. Når tekstens budskap er tydelig kan man begynne å stille spørsmål til den i forhold til det man selv er ute etter (Thidemann, 2019). Det finnes mange modeller for hvordan man analyserer en tekst. I denne studien er «Aveyards tematiske analysemodell» brukt (Thidemann, 2019). Etter denne modellen identifiserte jeg ulike temaer ifra resultatene i studien. Noen temaer gjaldt alle artiklene, og andre bare noen av dem. Deretter ble temaene satt i en tabell for å få oversikt. Denne tabellen besto av overskrifter for temaene og hvilke av artiklene som sier noe om dem. Denne tabellen hjalp med å strukturere funnene i en ryddig oversikt, slik ble det lettere å presentere funnene i resultatkapittelet. Deretter ble det gjort en mer nøyaktig granskning av de ulike temaene for å se etter likheter, ulikheter og sammenhenger. Underveis prøvde jeg å være bevisst på å ikke bare fremme ett synspunkt ut ifra resultatene. Det er sjeldent at alt bare har én side. Vanligvis vil det oppstå «inkonsistens» når man sammenligner studier (Thidemann, 2019).

3. Presentasjon av artiklene som ble brukt i studien

Artikkel nr. 1	<i>Sexual quality of life after the treatment og gynecologic cancer: what women want.</i>
Referanse	Hubbs. J.L (2019) Sexual quality of life after the treatment og gynecologic cancer: what women want. <i>Supportiv Care in Cancer</i> . 27 s. 4649-4654. (2019) https://doi.org/10.1007/s00520-019-04756-7
Land	USA
Hensikt med studien	Undersøke endringer i seksuallivet til pasienter etter å ha blitt behandlet for gynekologisk kreft. Finne ut av hvordan pasienter ville foretrekke å motta informasjon om seksuell helse fra helsearbeidere.
Nøkkelord	Sexual health, Gynecologic cancer, Sexual dysfunction, Quality of life.
Metode	Kvantitativ studie med anonymt spørreskjema. Gjennomført på pasienter ifra 2013 til 2014 på en Universitetsbasert Gynekologisk klinikk.
Resultat og diskusjon	Av 277 pasienter som ble spurt om å være med, var det kun 85 pasienter som leverte inn spørreskjemaet. Over halvparten oppgav at deres sexliv hadde gått ned i kvalitet etter kreftbehandling og de fleste ønsket å få informasjon på papir dersom de skulle få informasjon om deres seksuelle helse.
Konklusjon	Flere pasienter oppga at de mente det var andre problemer som var viktigere å snakke om enn seksuelle problemer med helsepersonell. Til senere studier, er det ønskelig å presentere temaet seksuell helse på en annen måte til de rammede kvinner.
Relevans for oppgaven	Undersøker om hvordan pasienter ønsker å få informasjon om seksuell helse og bidrar til å svare på problemstillingen.
Kritikk	Få deltagere i studien. Ingen kontroll gruppe.

Artikkel nr. 2	Psychosexual support for gynecological cancer survivors: professionals' current practices and need for assistance.
Referanse	Vermeer. W.M <i>et al</i> (2014) Psychosexual support for gynecological cancer survivors: professionals' current practices and need for assistance. <i>Supportive Care in cancer</i> , 23, s. 831-839.(2015) https://doi.org/10.1007/s00520-014-2433-7
Land	Nederland.
Hensikt med studien	Finne ut hvordan helsepersonell praktiserer psykoseksuell støtte i dag, avdekke barrierer for å snakke om seksuell helse og om det er behov for utdanning og eventuell assistanse for helsepersonell i møte med dette temaet.
Nøkkelord	Female sexual dysfunction, Gynecological cancer, Psychosexual support, Qualitative analysis.
Metode	Kvalitativ studie, ved bruk av et delvis konstruert intervju. Intervjuobjektene var gynekologer, onkologer spesialisert på stråleterapi og kreftsykepleiere med spesialisering innen gynekologi. Studien ble gjennomført på 9 nederlandske sentere for gynekologisk kreft. Etter intervjuet fikk også deltakerne et spørreskjema, der de måtte oppgi hvor ofte de ga psykoseksuell støtte til pasienter. Deltagere i studien var leger og sykepleiere.
Resultat og diskusjon	Studien hadde til slutt 30 intervjuobjekter. De fleste snakket om seksualitet med pasientene sine og nevnte at det var normalt å få problemer med dette etter kreft. Barrierer var at det opplevdes som ukomfortabelt å snakke om og at tiden var en knapp faktor.
Konklusjon	De fleste deltagerne i studien oppga å ha snakket om seksualitet med pasientene sine minst en gang, men dette blir begrenset av tid og lite oppmerksomhet rundt temaet. Bruke mer tid på tema i behandlingen, samt mer trening og undervisning av helsepersonell, er ønskelig for å bedre ivareta pasientens seksuelle helse.
Relevans for oppgaven	Får innblikk i helsepersonell sitt syn på hvordan den seksuelle helsen til gynekologiske kreftpasienter blir utført i dag og hvordan den kan forbedres.
Kritikk:	Få antall deltagere i studien. Rekrutteringsmetoden fikk liten oppslutning hos deltagere.

Artikkel nr. 3	Sexual health and gynecological cancer: Conceptualizing patient needs and overcoming barriers to seeking and accessing services.
Referanse	McCallum. M (2012) Sexual health and gynecological cancer: Conceptualizing patient needs and overcoming barriers to seeking and accessing services. <i>Journal of psychosomatic Obstetrics & Gynecology</i> . 33:3. s. 135-142. https://doi.org/10.3109/0167482X.2012.709291
Land	England
Hensikt med studien	Litteraturen rundt behandling av kvinner med gynekologisk kreft hadde et kunnskapshull rundt seksuell helse. Hensikten med studien var å fylle igjen dette hullet med kunnskap om temaet.
Nøkkelord	Cancer, cancer survivors, gynecological, psycho-oncology, qualitative, sexual health needs.
Metode	Kvalitativ studie hvor 15 kvinner over 18 år som hadde gjennomgått behandling for gynekreft deltok på et delvis strukturert intervju.
Resultat og diskusjon	De fleste kvinnene oppgav at kvaliteten på deres seksuelle helse var blitt dårligere etter kreftbehandling. Flere fortalte også at de hadde ønsket mer informasjon om temaet enten gjennom «en til en» samtale eller gjennom skriftlig informasjon. Yngre kvinner oppgav oftere barrierer for å snakke om seksuell helse, var mer praktiske, som at ikke hadde råd til parkering på sykehuset, eller var på jobb, og at derfor ikke hadde mulighet til å komme på samtaler og møter. Mens eldre kvinner oppgav blyghet og at sex var et stigmatisert tema som var tabu å snakke om. Kritikk av studien var at den var ganske liten, slik at antall deltagere ikke er representativt for alle kvinner. Studien har heller ikke samlet informasjon fra før behandlingen, noe som kan gi ukorrekte svar i forhold til hvordan deres seksuelle helse var før behandlingen.
Konklusjon	Hvis helsepersonell skal kunne hjelpe pasienter med deres seksuelle problemer burde de undersøke hva god seksuell helse er for pasientene og hjelpe dem der de er. For å effektivisere helsehjelpen burde man gjøres bevisst på barrierer og finne måter å bryte dem på.
Relevans for oppgaven	Relevant for oppgaven da det etterspørres hva slags type informasjon de ønsker å få og hvordan pasientene ønsker å få den fra helsepersonell.
Kritikk:	Få deltagere. Mer forskning må gjøres for å komme med en konklusjon.

Artikkel nr.4	Opening communication with cancer patients about sexuality-Related issues.
Referanse	Hautamäki. K (2007) Opening communication with cancer patients about sexuality-Related issues. <i>Cancer Nursing</i> . 30(5) s. 399-404 doi: 10.1097/01.NCC.0000290808.84076.97
Land	Finland
Hensikt med studien	Studien ønsker å beskrive holdninger og erfaringer til helsepersonell som de har rundt å diskutere seksuelle temaer med pasienter, på et universitetssykehus i Finland. Resultatene vil brukes til å forbedre tjenesten på dette området.
Nøkkelord	Attitudes, Cancer patient, Communication, Nursing assessment, Research in practice, Sexuality.
Metode	Kvantitativ metode. Spørreskjema ble levert til 300 helsepersonell. Til sammen var det 215 helsepersonell som deltok i studien. Helsepersonellet i denne studien besto av sykepleiere, sosionomer, fysioterapeuter og leger.
Resultat og diskusjon	215 av 300 deltok i studien. Det varierte hvor ofte helsepersonell snakket om seksuelle problemer eller tok initiativ til å snakke om det med pasienter. Liten tid, mangelfull utdanning og at temaet var vanskelig å snakke om var grunner til at helsepersonell ikke diskuterte seksuell helse med pasienter.
Konklusjon	Det trengs mer forskning på feltet.
Relevans for oppgaven	Avdekker holdninger, praksis og barrierer når det kommer til helsepersonell sin kommunikasjon om seksuelle problemer med pasienter.
Kritikk	Studien er gjort på bare ett sykehus, men hadde et ganske stort antall deltagere. I forhold til oppgaven er ikke studien spesialisert på pasienter med gynekologisk kreft, men generelt på alle typer kreft. Studien er 13 år gammel, kunnskapen kan være utdatert.

Artikkel nr. 5	Communicating about patient sexuality and intimacy after cancer: mismatched expectations and unmet needs.
Referanse	Hordern, J. A og Annette F. Street, A. F (2007) Communicating about patient sexuality and intimacy after cancer: mismatched expectations and unmet needs. <i>The medical Journal of Australia</i> . 186 (5) s. 224-227. https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb00877.x
Land	Australia
Hensikt med studien	Finne ut hvordan helsepersonell og pasienter snakker sammen om intime og seksuelle problemer etter kreftbehandling.
Nøkkelord	Communication, Reflexivity, Australia, Sexuality, Intimacy, Cancer, Palliative care
Metode	Studien ble gjennomført på et sykehus i Australia. Det ble gjennomført intervjuer med 50 kreftpasienter og 32 helsepersonell som jobbet med kreft og kreft kombinerte med palliativ pleie. Helsepersonell som deltok i studien besto av leger, sykepleiere, sosionomer, fysioterapeuter, ergoterapeut og to uten helsefaglig bakgrunn.
Resultat og diskusjon	Pasienter oppga å ikke få individuelle svar for akkurat sin helse. Deres behov ble ikke møtt av helsepersonell. Helsepersonell mente de hadde møtt pasientenes behov ved å generelt informere dem om seksuelle problemer. Helsepersonell forhåndsdomte også hvordan sexlivet til pasienten var, bestemt ut ifra alder, kjønn, sivilstatus og kultur. Dette uten å undersøke med pasienten om dette faktisk stemte. Helsepersonell og pasienter hadde ulike forventninger. Noen helsepersonell synes det var ubehagelig å snakke om disse temaene med pasienter. Noen var usikre på holdningene til pasienter og kollegaer.
Konklusjon	<ul style="list-style-type: none"> - Pasienter med alle typer kreft ønsker åpen kommunikasjon om intime og seksuelle temaer. - Helsepersonell hadde fordommer om hvordan sexlivet til pasientene var, basert på alder, kjønn, sivilstatus og kultur. - Helsepersonell synes det var ubehagelig å diskutere disse temaene med pasientene, i frykt for å bli flau, at det skulle påvirkes av egne erfaringer og for å få for mye informasjon fra pasienten. - Helsepersonell må finne ut av sin egen seksualitet før en kan være trygg på å hjelpe andre med sin seksualitet.
Relevans for oppgaven	Omhandler kreftpasienter og hvordan de ønsker å få hjelp med sine seksuelle og intime problemer og hvordan helsepersonell ikke møter dette på en god måte.
Kritikk	Få antall deltagere. Studien er 13 år gammel, kunnskapen kan være utdatert. På en annen side har studien undersøkt synspunkter fra både pasienter og helsepersonell.

Artikkel nr. 6	Shyness and openness – Common Ground for Dialouge Between Health Personnel and Women about Sexual and Intimate Issues After Gynecological Cancer. 10.1080/07399332.2014.989436
Referanse	Sekse J.T, Råheim M. og Gjengeland E. (2015) Shyness and openness – Common Ground for Dialouge Between Health Personnel and Women about Sexual and Intimate Issues After Gynecological Cancer. <i>Health Care for Women International</i> . 36:11, s. 1255-1269.
Land	Norge
Hensikt med studien	Finne ut av hvordan kvinner tilpasset seg kroppens endringer etter kreft og behandling og hvordan dialogen med helsepersonell var rundt dette temaet.
Nøkkelord	Cancer Survivors; Genital Neoplasms, Female; Professional-Patient Relations; Shyness ; Sexuality; Adult: 19-44 years; Middle Aged: 45-64 years; Aged: 65+ years; Female
Metode	Kvalitativ metode. Dybde intervjuet 16 kvinner som hadde overlevd gynekologisk kreft. Intervjuene ble gjort 5 og 6 år etter behandling.
Resultat og diskusjon	Pasienter fikk lite eller ingen informasjon om hvordan kreftbehandlingen ville påvirke deres seksuelle helse og når pasienter selv prøvde å ta opp temaet, opplevde de ikke imøtekomende leger. Blyghet og skam var det flere av pasientene som opplevde rundt sin situasjon og dette hemmet dem i å søke hjelp.
Konklusjon	Etter sitt gynekologiske kreftforløp hadde kroppene deres endret seg, noe som gikk utover deres seksuelle helse. Flere hadde behov for hjelp med disse endringene, men problemene deres ble ikke snakket om og de fikk lite eller ingen hjelp.
Relevans for oppgaven	Norsk studie som sier noe om hvordan kvinner med gynekologisk kreft opplevde hvordan oppfølgingen av deres seksuelle helse var.
Kritikk	Alle deltagerne var fra samme kultur. Få antall deltagere til å være representativt utvalg.

4. Resultat

Helsepersonell snakker i liten grad om seksuell helse med sine pasienter. Dette underbygger studiene til Vermeer *et al.* (2014), Hautamäki *et al.* (2007) og Sekse, Råheim og Gjengeland (2015).

I Vermeers studie svarte 14 av 30 deltagere at de regelmessig snakket med pasientene sine om seksuelle problemer, 8 gjorde det ofte, mens 6 gjorde det noen ganger (Vermeer *et al.* 2014). I Hautamäkis studie var resultatet at av 214 deltagere, var det 5 som oppga å snakke om tematikken regelmessig, 28 svarte ofte, 48 svarte noen ganger, mens 133 svarte sjeldnere (Hautamäki *et al.*, 2007).

4.1 Barrierer

I de ulike studiene har det kommet fram flere barrierer som hindrer kreft pasienter og helsepersonell å kunne snakke sammen om seksuelle problemer.

Både helsepersonell og pasienter syns seksuell helse er et vanskelig tema å snakke om (Hubbs *et al.* 2019, McCallum *et al.* 2012, Hautamäki *et al.*, 2007, Hordern og Street, 2007, Sekse, Råheim og Gjengeland, 2015). Helsepersonell selv har kalt seksuell helse et «tabu tema» som det er ubehagelig å snakke om (Vermeer *et al.* 2014, Hordern og Street, 2007).

Noen leger og sykepleiere svarte at de ikke hadde noen problemer med å snakke med pasientene om seksuell helse og dette var knyttet opp til erfaring (Vermeer *et al.* 2014). I studien til Hautamäki *et al.* (2007) var det også helsepersonell som følte seg trygge på å diskutere tema, men årsaken ble ikke nevnt (Hautamäki *et al.*, 2007).

Holdningen «det finnes viktigere ting å snakke om enn seksuell helse», er det mange pasienter, sykepleiere og leger som sitter inne med (Hubbs *et al.* 2019, Vermeer *et al.* 2014, McCallum *et al.* 2012). Kvinnelige pasienter beskriver at når de er i kontakt med helsepersonell, er det ofte andre temaer som fremstår som viktigere å ta opp, framfor seksuelle problemer (Hubbs *et al.* 2019, McCallum *et al.*, 2012) Noen få helsepersonell oppga i Horderens studie at de mente at det var andre temaer som var viktigere å snakke om (Hordern og Street, 2007).

Helsepersonell oppga «for liten tid» og mangel på privat rom som viktig når man skal diskutere intime og personlige temaer, som to barrierer (Hautamäki *et al.* 2007, og Hordern og Street, 2007). Resultater i Vermeers studie støtter teorien om at helsepersonell mener de har for lite tid til å diskutere seksuell helse, men nevner ikke mangelen på privat rom (Vermeer *et al.* 2014).

Noen pasienter syntes det var en utfordring å snakke om eller ville ikke ta imot hjelp i det hele tatt (Vermeer *et al*, 2014 og McCallum *et al*, 2012, Sekse, Råheim og Gjengeland, 2015) Noen av kvinnene i McCallum *et al* (2012) studien, forteller at de ikke har søkt hjelp eller informasjon fordi de ikke vil gjennomgå den emosjonelle problematikken det ville medføre. Som kreftoverlevende, ville de fokusere på det positive. Andre kvinner sa de assosierte sykehus med kreftforløpet sitt og derfor ville de ikke være komfortable med å reise tilbake på sykehuset for å få informasjon (McCallum *et al*, 2012).

Leger og sykepleiere forteller at de tilpasser informasjonen de gir til pasientene, basert på kjønn, alder og sivilstatus (Vermeer *et al*. 2014). I Horderens studie kom det fram også at informasjonen de fikk var justerte etter hva slags kjønn, alder, diagnose, kultur og sivilstatus pasienten hadde (Hordern og Street, 2007). Men i samme studie påpeker pasienter at de følte helsepersonell gjorde antagelser om deres sexliv på vegne av stereotyper (Hordern og Street, 2007).

4.2 Synspunkter og innvendinger.

Studiene viste ulike meninger og oppfatninger om hvem som burde ta opp temaet seksuell helse og seksuelle problemer.

Flere leger og sykepleiere tar initiativet til å snakke om temaet (Vermeer *et al*, 2014). Noen pasienter ønsket at helsepersonell skulle ta det opp og legge til rette for en dialog om tema (McCallum *et al*, 2012 og Sekse, Råheim, Gjengeland, 2015). Hubbs *et al*. (2019) studie hadde totalt 85 deltagere. 20 av disse svarte at de ønsket helsepersonell skulle opp tema, 24 ville ta det opp selv, mens 27 ønsket ikke at temaet ble tatt opp i det hele tatt (Hubbs *et al*, 2019). Noen av helsepersonalet som ble intervjuet i Horden og Streets studie, mente at viss pasientene hadde et viktig problem ville pasientene ta det opp uansett (Hordern og Street, 2007).

Hvordan pasient ønsket å motta informasjonen var litt ulikt i de forskjellige artiklene. Noen pasienter ønsket å ha en-til-en-samtale med helsepersonell angående seksuell helse (McCallum *et al*, 2012, Hordern og Street, 2007, Sekse, Råheim og Gjengeland 2015). Skriftlig informasjon var også en måte flere kvinner påpekte at de ønsket å motta informasjonen på (Hubbs *et al*, 2019, McCallum *et al*, 2012).

En tredjedel av helsepersonell som deltok i den Vermeer *et al*. (2014) studien, oppga at de ønsket mer utdanning når det kom til seksuelle helse. Både rent hvordan kreftbehandlingen påvirket den seksuelle helsen og hvordan møte og snakke med pasientene om dette ømfintlige temaet (Vermeer *et al*, 2014).

5. Drøfting

Innledningsvis sier sykepleieteoretiker Henderson at seksuell helse er et grunnleggende behov som skal ivaretas på lik linje med alle de andre grunnleggende behovene (Mathisen, 2016, Helland 2016). I tillegg vet vi at gynekologisk kreft i flesteparten av tilfellene påvirker pasinetenes seksuelle helse negativt (Huffman *et.al*, 2015).

5.1 Ivaretagelsen av seksuell helse.

Som resultatene i studiene tilsier, snakker sykepleiere og leger i liten grad om seksuell helse med sine pasienter (Vermeer *et al.* 2014 og Hautamäki *et al* 2007). Når problemet er et faktum og ansvaret ligger på sykepleier, burde ikke sykepleier svare 10 av 10 ganger at seksuell helse blir snakket om med pasientene?

5.1.1 Hvem skal få og gi informasjon, hva slags informasjon skal gis og hvordan?

I Norge i dag, som nevnt tidligere, finnes det ingen retningslinjer for hvordan ivareta den seksuelle helsen til pasienter (Helland, 2016). 12, 13 og 28 mai. 2020 ringte jeg til relevante avdelinger for å høre om det fantes noen lokale rutiner for å møte problematikken. Etter samtale med sykepleiere på Gynekologisk poliklinikk på Gjøvik, Gynekologisk kreftavdeling på Radiumhospitalet og Kvinneklinikken på Haukeland sykehus, fikk jeg vite at nesten ingen hadde retningslinjer rundt ivaretagelse av seksuell helse. Unntakene var på Radiumhospitalet og Kvinneklinikken på Haukeland. Kvinner med livmorhals kreft, får ofte ståling som behandling. Stråling på, rundt og i underlivet kan føre til sammenvoksinger i skjeden (Kreftforeningen, 2020c). På Radiumhospitalet var det derfor en fast prosedyre å informere om og gi disse pasientene en vaginal dilator. Bruk av dilatoren forebygger sammenvoksingen, slik at det ville være mulig å gjennomføre samleie og kunne undersøke livmorhalsen senere ved kontroller. På Haukeland var det å informere om seksuelle problemer som kunne oppstå etter kirurgisk behandling, et punkt i rutinen for forberedelser før operasjon.

Her var det en klar rutine på at tematikken skulle tas opp og når i behandlingsforløpet dette skulle introduseres. Sykepleierne fortalte ellers at om temaet seksualitet blir tatt opp, kommer an på om gynekologen eller sykepleieren velger å ta det opp eller om pasienten spør selv. Ifølge resultatene, faglitteratur og erfaringer fra virkeligheten virker det helt tilfeldig hvilke pasienter som mottar informasjon om seksuell helse etter gynekologisk kreft (Helland, 2016, Vermeer *et al.* 2014, Hautamäki *et al*, 2007). Alt avhenger av hvilken sykepleier eller lege pasienten møter.

Hva slags informasjon du får, kommer an på hvem du er. Noen leger og sykepleiere tenker de må tilpasse informasjonen de gir til pasienten, basert på kjønn, alder, kultur og sivilstatus, istedenfor å stille åpne spørsmål (Vermeer *et al.* 2014 og Hordern og Street, 2007). Dette kan hindre pasienten i å få den individuelle informasjonen den trenger og ikke minst hjelp til sine personlige behov, (Hordern og Street, 2007). En mulig forklaring er arbeidshypotesen stereotypisering. Stereotypisering er en menneskelig læringsprosess, hvor vi tilegner en kategori en rekke egenskaper. Det dannes en forestilling om en kategori og når denne er satt, kan det være vanskelig å legge til ny informasjon. Denne forestillingen kan bli til det vi kaller fordommer. I profesjonell sammenheng kan dette bli et problem da man ikke skiller individ fra kategori (Thorbjørnsrud, 2015). Et eksempel kan være at en sykepleier har en forestilling om at alle over 70 år ikke har sex. Da kan sykepleieren la være å snakke om seksuell helse med den 72 år gamle pasienten sin, på grunn av denne fordommen. Til tross for at sannheten kan være at den 72 år gamle pasienten har hatt et aktivt sexliv med sin partner før hun ble rammet av sykdommen, og har etter sykdomsforløpet behov for hjelp til å opprettholde samlivet sitt.

Sykepleieren søker ikke etter svikt i grunnleggende behov hos pasienten, og svikter da i å gjøre sin oppgave som sykepleier (Rotegård, Solhaug og Grov, 2016). Dersom pasienten klarer å kommunisere om sitt behov til sykepleieren, kan kanskje denne nye erfaringen bryte ned fordommen sykepleieren har.

Men forskningen forteller oss at det er akkurat dette med kommunikasjon rundt seksuell helse, mellom helsepersonell og pasient, som er utfordringen. Flere av studiene avdekker årsaker som kan forklare hvorfor.

5.1.2 Det vanskelige tema

En av grunnene er at sex er vanskelig å snakke om. (Hubbs *et al.* 2019, McCallum *et al.* 2012, Hautamäki *et al.* 2007, Hordern og Street, 2007, Sekse, Råheim og Gjengeland, 2015). Leger og sykepleier kaller det et tabubelagt tema, altså et tema man ikke snakker om (Vermeer *et al.* 2014, Hordern og Street, 2007). Hvorfor er en så naturlig ting så vanskelig å snakke om? Det kan handle om seksualitetens intime og personlige karakter. Et menneskes seksualitet er tett knyttet opp til kjærlighet og identitet. Dette gjør det til noe sårbart, som igjen gjør det til noe sensitivt og privat for hvert enkelt menneske (Helland, 2016) Det å skulle blottlegge dette for noen andre, vil kunne være vanskelig. Noen kvinner vil ikke snakke med helsepersonell om seksuelle problemer i det hele tatt. Dette er fordi de syns det ville være sjenerende og ubehagelig (McCallum *et al.* 2012). En annen mulig forklaring kan være skam. Sex og seksualitet er også et skambelagt tema, som kan bli sett på

som noe ekkelt. Hvis en person ikke klarer å tilfredsstille partner på grunn av et seksuelt problem, kan vedkomne føle skam over at de ikke strekker til og det kan gå utover selvfølelsen (Haakensen, 2015). Å skamme seg over noe, styrker ikke ønsket om å dele problemet med noen. Sekse, Råheim og Gjengeland fant ut at skam hindrer kvinner fra å oppsøke hjelp med sine seksuelle problemer (Sekse, Råheim, Gjengeland, 2015). Om det er følelsen av at noe er for privat, eller om det er skam som hindrer disse kvinnene fra å fortelle helsepersonell om deres problemer, er trolig individuelt. Ofte kan det nok også være en kombinasjon.

Derimot ligger ikke kommunikasjonsproblemene alene hos pasienten. Sykepleiere, leger og annet helsepersonell synes også sex er ubehagelig og vanskelig å snakke om (Hautamäki *et al*, 2007, Horderen og Street, 2007). Det kan tenkes at helsepersonell også kan oppleve pasientens seksuelle helse som for intimt og at man kommer ubehagelig nært med pasienten. Noen synes også det er ubehagelig å snakke med pasienter som er på samme alder som deres foreldre. Dette minner dem på at deres egne foreldre også har en seksualitet (Horderen og Street, 2007). Da dreier det seg ikke lenger om pasientens seksualitet, men helsepersonellens forhold til seksualitet i relasjoner rundt seg. Her blir helsepersonells egne følelser og tanker et hinder for god omsorg. Dette er ikke profesjonell sykepleie (Mæhre og Vestly, 2012). Ved å gjøres bevisst på og anerkjenne dette, skapes selvrefleksjon og læring kan oppstå. Igjenom læring kan sykepleier utvikle sine faglige ferdigheter videre (Mæhre og Vestly, 2012)

Derimot finnes det sykepleiere og leger som ikke har noe problem med å diskutere seksuell helse med pasienter. Lang erfaring og videreutdanning tydet på å kunne gjøre de tryggere på å snakke om seksuell helse (Vermeer *et al*, 2014). Er det virkelig slik at ved lengre erfaring blir man tryggere på å snakke om seksuell helse med pasientene? Hautamäki, *et al* (2007) fant ingen sammenheng mellom lengre erfaring og hvor ofte sykepleiere og leger tok opp tematikken (Hautamäki *et al*, 2007)

5.1.3 Det handler ikke om liv eller død

En holdning som både sykepleiere, leger, annet helsepersonell og pasienter kan ha er at det finnes andre temaer som det er viktigere å bruke tiden på (Hubbs *et al*. 2019, Vermeer *et al*. 2014, McCallum *et al*. 2012, Horderen og Street, 2007).

- «*It is not life or death*»

(Horderen og Street, 2007, s226)

Seksuell helse er som tidligere nevnt et grunnleggende behov (Helland, 2016) og faller da under kategorien helsehjelp. Pasienter i Norge har lovpålagt rett til helsehjelp (Pasient- og

brugerrettighetsloven – pbrl, 2001). Ved å si at andre temaer er viktigere, prioriterer man et behov framfor noe annet. I noen situasjoner er det riktig å sette noen grunnleggende behov foran andre. Et eksempel er i akutte situasjoner, hvor livstruende problemer oppstår. Da prioriteres behovet for frie luftveier framfor å gi pasienten mat (Lindebjerg og Stubberud, 2016). Når pasienten har frie luftveier og andre livstruende situasjoner er avklart, er det fortsatt viktig at pasienten får i seg næring (Jacobsen og Bye, 2016). Altså, i noen situasjoner er det riktig å prioritere noe framfor noe annet, men når et faktisk behov aldri blitt tatt tak i eller undersøkt om det er til stede, er dette svikt i helsehjelp.

Hvis pasienten selv mener det er andre ting som er viktigere å snakke om, og ønsker hjelp med andre problemer fremfor seksuelle problemer, har pasienten sin full rett til å bestemme dette selv. Allikevel er det fortsatt en sykepleiers ansvar å være sikker på at pasienten har all informasjonen den trenger for å gjøre de rette valgene for seg selv (Pasient- og brukerrettighetsloven – pbrl, 2001).

Hvorfor denne holdningen har oppstått beskrives ikke i noen av studiene. Det kan være en «unnskyldning» for å ikke snakke om temaet, i og med at annen forskning tyder på at seksuell helse er vanskelig å snakke om (Hubbs *et al.* 2019, McCallum *et al.* 2012, Hautamäki *et al.* 2007, Hordern og Street, 2007, Sekse, Råheim og Gjengeland, 2015). En annen mulig forklaring er at sykepleier og leger oppgir at de har for liten tid. Derfor nedprioriterer de å snakke om seksuell helse, til fordel for andre temaer (Hautamäki *et al.* 2007, Hordern og Street, 2007, Vermeer *et al.* 2014). Kunne man løst dette med å bruke tiden mer effektivt, slik at seksuell helse kan inkluderes eller om man må skaffe mer tid? Det er ikke ukjent at god og helhetlig sykepleie i dag er utfordret av stor arbeidsbelastning. Sykepleiere har ikke tid til å ivare ta hver enkelt pasient tilstrekkelig (Holter, 2016).

5.1.4 Emosjonelle problemer

Selv om pasienten kan ha seksuelle problemer, kan det å oppsøke og få hjelp oppleves som emosjonelt problematisk. Dette hindrer ivaretagelse av den seksuelle helsen (Vermeer *et al.* 2014 og McCallum *et al.* 2012, Sekse, Råheim og Gjengeland, 2015). Eksempler kan være at det å skulle tilbake på sykehus for å få informasjon eller hjelp, etter kreftbehandling, kan trigge vonde følelser (McCallum *et al.* 2012). Leger og sykepleiere oppga emosjonelle problemer i forhold til sex, som et spesielt problem for pasienter med gynekologisk kreft. Årsaken er at de delene av kroppen som gir seksuell nytelse, ble etter kreften forbundet med sykdom og behandling (Vermeer *et al.* 2014).

5.1.5 En-til-en

Pasienter har fått spørsmål om hvordan de ville få informasjon om seksuell helse og hvordan de ønsket bli møtt. Flere ønsket seg en til en samtale med helsepersonell for å kunne stille spørsmål og

få hjelp med sine individuelle behov (McCallum *et al*, 2012, Hordern og Street, 2007, Sekse, Råheim og Gjengeland 2015). Noen pasienter uttalte at de ønsket denne samtalen, fordi de ville ha informasjon om akkurat dem og deres situasjon. Forklaringen var at de følte at den generelle informasjon som «alle fikk» ikke var tilstrekkelig. (Hordern og Street, 2007). Flere ønsket også at det var helsepersonell som tok initiativ og la til rette for denne samtalen (McCallum *et al*, 2012 og Sekse, Råheim, Gjengeland, 2015).

Andre pasienter sa de foretrakk skriftlig informasjon (Hubbs *et al*, 2019, McCallum *et al*, 2012). Denne forskningen gir oss et brukerperspektiv på hvordan ivaretagelsen av seksuell helse ideelt kunne være utformet. Dette er slik pasientene vil ha det. Denne kunnskapen kan hjelpe sykepleieren til å hjelpe pasientene sine.

5.2 Hva kan sykepleier gjøre med situasjonen?

Artiklene i denne litteraturstudien gir oss lite konkrete løsninger på oppgavens problemstilling. På en annen side har de belyst årsaker til hvorfor den seksuelle helsen til gynekologiske kreftpasienter ikke blir ivaretatt optimalt. Ut ifra dette kan sykepleier lære hvordan det ikke burde gjøres og få videre pekepinner på hvordan det kan gjøres bedre.

Metodikken rundt hvordan pasienter får informasjon og hjelp trenger endringer viss den seksuelle helsen til gynekologiske pasienter skal ivaretas bedre. Et eksempel kunne vært at sykepleie utviklet en fast prosedyre, hvor alle pasienter skal bli spurt om sin seksuelle helse. Sykepleiere som har som prosedyre å følge «problemlister» i oppfølgingssamtaler med pasienter, har syns dette har vært svært nyttig. Når listene inneholdt å ta opp seksuelle problemer, opplevde de at problematikken oftere ble ivaretatt (Vermeer *et al*, 2014). Slike sjekklister er et verktøy sykepleiere bruker for å gjennomføre prosedyrer i flere sammenhenger. Et eksempel er preoperative kontrollskjemaer som brukes før et kirurgisk inngrep (Berntzen *et al*, 2017). Det finnes spørreskjemaer, hvor pasienten blir spurt om de har seksuelle problemer, hva slags type problemer og i hvilken grad. En slik rutine kunne ha økt frekvensen på hvor ofte tematikken ble tatt opp og gjøre det slik at det ikke blir så tilfeldig hvem som får hjelp og ikke (Huffman *et al*. 2015). 28 mai fortalte sykepleier på gynekologisk poliklinikk fra radiumhospitalet om prosedyren rundt vaginale dilatorer til cervix cancer pasienter. I pasient planen over behandlingsforløpet, lå det et bestillingskjema for den vaginale dilatoren. På bestillingskjema trengte man både pasienten og legens underskrift. Før pasienten kunne skrive under, var det prosedyre om å gi informasjon til pasienten først. Sykepleier fortalte at dette var en vanlig rutine som på avdelingen var innforstått med at måtte gjøres. Men med tanke på de andre barrierene er det usikkert om rutinene ville gjort samtalen i seg selv noe lettere.

Sykepleiere beskriver at de ønsker mer utdanning om tema for å kunne mestre samtaler om seksuell helse bedre. De beskriver også at det virker som at sykepleiere med mer erfaring og utdanning, mestrer situasjonen bedre (Vermeer *et al*, 2014). En måte å styrke kompetansen på en avdeling på, er å utdanne såkalte «superbrukere». Dette er ansatte som får kurs og undervisning, slik at de blir spesialiserte på et tema. En superbruker skal også kunne veilede og undervise de andre ansatte på avdelingen. (RVTS sør, 2015). Å ha en superbruker med kunnskap om seksuell helse kunne styrket relevante avdelingens kompetanse. Ikke bare for å kunne utøve samtaler og veiledning rundt seksuell helse, men også veilede og utdanne resten av de ansatte på avdelingen. Men er det slik at mer formell utdanning er nødvendig? Hver enkelt sykepleier har et ansvar for å utvikle og oppdatere sine fagkunnskaper, når kunnskaper og ferdigheter ikke strekker til (Holter, 2016).

Når det kommer til selve kommunikasjonen om seksuell helse med gynekologiske kreftpasienter, kan for eksempel man se til de som har gode kunnskap om seksuell helse, nemlig sexologer (Store medisinske leksikon, 2020). Flere sexologer kommuniserer med sine pasienter, ved hjelp av PLISSIT-modellen. Modellen består av 4 trinn. De første er P: Permission given – gi tillatelse. Dette er å gi tillatelse og bekrefte for pasienten at den kan snakke åpent om sitt seksualliv og sine seksuelle behov (Helland, 2016). På dette nivået ønsker man å legge til rette for dialog og stille åpne spørsmål. Dette samsvarer også med funnene om at pasientene ønsker at helsepersonell skal legge til rette for åpen kommunikasjon, uansett hvem de er, rundt temaet (McCallum *et al*, 2012, Hordern og Street, 2007, Sekse, Råheim og Gjengeland 2015). Det andre nivået er L-Limited Information – begrenset informasjon. Her kan sykepleie gi generell informasjon, som de har ifra sin erfaring og utdanning. For eksempel hvordan kreftbehandling kan påvirke seksuallivet (Helland, 2016). Helse- og omsorgsdepartementets (2016) strategi for seksuell helse, sier at sykepleiere burde kunne bruke nivå en og to i PLISSIT-modellen, for å kunne gi sexologisk rådgivning.

Denne modellen er laget som en mal for hvordan kommunisere om seksuell helse. Ved å tilegne seg denne kunnskapen kan sykepleier bruke modellen som et nyttig verktøy til å bli bedre på å snakke om seksuell helse med pasientene sine.

Flere pasienter ønsket å motta informasjon om seksuell helse skiftlig (Hubbs *et al*, 2019, McCallum *et al*, 2012). Kreftforeningens nettside kan være et eksempel på en kilde til informasjon. Hvis pasienten har datakunnskaper kan sykepleier informere om nettsiden til kreftforeningen. Ellers er det fullt mulig for sykepleier å skrive ut informasjonen fra nettsiden og gi ut til pasienten (Kreftforeningen, u.å). I en telefonsamtale med en sykepleier på kvinneklinikken på Haukeland,

fortalte sykepleieren at de hadde som prosedyre å sende med pasienter en konvolutt hjem med en mengde informasjon. Deriblant en brosjyre fra kreftforeningen som omhandlet kreft og seksualitet.

Målet med å kommunisere og gi informasjon til en pasient er at sykepleieren skal kartlegge hva slags behov pasienten har, og deretter gi informasjonen pasienten trenger for å kunne hjelpe seg selv. En forutsetning for at informasjonen blir brukt til sitt for formål, er at pasienten er mottakelig for informasjonen når den blir gitt (Eide og Eide, 2012). Legene og sykepleierne i studiene har oppgitt at de ikke hadde tid og privat rom for å diskutere seksuell helse (Hautamäki *et al*, 2007, Horderen og Street, 2007). Det kan skyldes at de mente omstendighetene ikke la til rette for at pasienten skulle være mottakelig for å få informasjonen. Tid og sted for når informasjonen blir gitt kan ha en effekt på hvor tilgjengelig informasjonen blir for pasienten (Haugslett, 2009). Flere av sykepleierne fra avdelingene på Gjøvik, Radiumhospitalet og Haukeland, påpekte at det var vanskelig å finne et tidspunkt i behandlingsforløpet, hvor pasienten var mottakelig for informasjon om seksuell helse. Tidsrommet hvor pasienten er i kontakt med sykepleier, er som regel ved besøk for behandling på behandlingstedet. I denne perioden får pasienter mye informasjon de skal motta. Det er også viktig å ikke gi for mye informasjon på en gang, da informasjonsmengden kan bli overveldende, slik at pasienten ikke klarer å huske eller forholde seg til informasjonen som har blitt gitt (Eide og Eide, 2012). Informasjon om seksuell helse blir oftest aktuell etter en behandling, fordi det er i tiden etter behandling problemene oppstår (Huffman *et al*, 2015). Hvis pasienten fikk informasjonen før eller rett etter behandling, kan det hende at pasienten ikke husker informasjonen, da den ikke var aktuell akkurat da (Eide og Eide, 2012). Hvis pasienten da fikk med seg skriftlig informasjon hjem fra sykehuset, kan pasienten få repetert informasjonen. Dette gir pasienten en repetisjon på informasjonen, som igjen kan føre til at informasjonen mer tilgjengelig (Eide og Eide, 2012). Det vil si at i tillegg til faktorene som at om tematikken blir tatt opp og hvordan, spiller også når og hvor en betydelig rolle. Men tidspunktet for når er det ideelt å gi informasjon til pasienten er usikkert, da det vil være individuelt ut ifra pasientens premisser (Eide og Eide, 2012)

Et mål med tanke på forbedring kan være at alle pasienter skal ha mottatt informasjon rundt ivaretagelse av sin seksuelle helse i et gynekologisk kreftforløp. Men er det slik at alle sykepleiere må kunne gi denne informasjonen? I tilfeller der man for eksempel har superbrukere eller sykepleiere som er gode på å snakke om seksuell helse, kan de ta seg av denne oppgaven. Da blir det ikke nødvendigvis slik at alle sykepleiere må ha gode ferdigheter til å diskutere seksualitet. Men det kan dessverre tenkes at disse superbrukerne ikke alltid er tilgjengelige for å gjøre oppgaven, slik at de andre sykepleierne må ha kunnskaper nok til å gjennomføre en slik samtale. Selv om man da har ansatte som har gode ferdigheter på prosedyren, ligger ansvaret for at prosedyren blir gjennomført på

alle sykepleierne (Rotegård, Solhaug og Grov, 2016). Da igjen kan en fast prosedyre som en sjekklister eller lignende, bidra til å nå målet om at alle pasienter skal få informasjon om seksuell helse (Huffman *et al.* 2015).

Ved å sette den seksuelle helsen til gynekologiske pasienter, tydeligere inn i rutinene på aktuelle behandlingssteder, kan dette grunnleggende behovet få større oppmerksomhet enn det det får i dag (Vermeer *et al.*, 2014). Avdelinger og sykepleiere burde utvikle kompetansen sin rundt seksuell helse for å kunne gi god informasjon, og legge til rette for, kommunikasjon om seksuell helse med gynekologiske pasienter (Helland, 2016). I forhold til den kunnskapen som er tilegnet i denne oppgaven kan disse tiltakene mulig hjelpe sykepleier til å hjelpe gynekologiske kreftpasienter med å ivareta sin seksuelle helse. Men for å få noe mer kunnskap om hvordan dette kan fungere må videre forskning gjennomføres.

5.3 Metodekritikk

Litteraturstudie som metode har både fordeler og ulemper. Fordelen med litteraturstudie er at man lett og på relativt kort tid kan finne forskning man kan dra kunnskap ut av. Det er også mulig å gå tilbake til kildene under enhver tid i studien. En negativ side med litteraturstudie er forutsetningen om at kunnskapen du er ute etter allerede er forsket på. Derfor er det ikke sikkert man finner det man leter etter i utgangspunktet. En annen ulempe er at forskeren velger ut hvilke artikler den ønsker å bruke. Her kan forskeren velge artikler som støtter forskerens eget synspunkt. Forskeren kan også tolke resultatene feil (Forsberg og Wengström, 2008).

I denne studien er det brukt vitenskapelige artikler og faglitteratur for å danne et grunnlag for kunnskap. Hver av de 6 vitenskapelige artiklene er kvalitetsvurdert ved hjelp av CASP-modellen (Critical Appraisal Skills Programme)(Aveyard, 2019).

«Aveyards tematiske analysemodell» (Thidemann, 2019) var metoden jeg brukte for å analysere resultatene i artiklene. Denne metoden ble brukt fordi det var denne jeg hadde tilgjengelig. Det kan være uheldig da det kan finnes andre analysemetoder som hadde passet bedre til min oppgave.

I søket valgte jeg å inkludere både kvalitative og kvantitative studier. Grunnene til dette var at jeg ønsket studier som kunne si noe om problemstillingen i dybden, med personlige opplevelser. Samt bredde som kunne si noe om for eksempel frekvensen av hvor ofte et fenomen skjer eller hvor mange det skjer med. Ved å ekskludere en av metodene, kunne også mye relevant og viktig forskning bli utelatt fra studien (Thidemann, 2019). På en annen side når de ulike studiene hadde ulik metode, ble

det delvis en utfordring å sammenligne resultatene. Noen av resultatene var ikke sammenlignbare i det hele tatt.

Jeg har også valgt studier gjort i land, hvor helsevesenet kan være tilnærmet likt som i Norge.

I utgangspunktet valgte jeg å søke studier som kunne si noe om hvordan en sykepleier kunne ivareta gynekologiske kreftpasienters seksuelle helse. Men studier som ga konkrete svar på denne problemstillingen var få. I de fleste studiene kartla de hvilke barrierer som finnes, men fokuserte i liten grad på hva man kan gjøre for å bryte disse barrierene. I søkene ble databasene Pubmed og Cinahl brukt. Ved ettertanke kunne et utvidet søk i flere databaser gitt flere treff på relevante studier. Derav kunne man også funnet andre artikler som kunne svart bedre på problemstillingen.

Det var heller få studier som handlet om seksuell helse etter gynekologisk kreft, men mer om behandlingen av seksuell helse etter generelle kreftdiagnoser. I mangel på studier som bare omhandlet pasienter med gynekologisk kreft måtte jeg også inkludere 2 studier med generelle kreftdiagnoser. Et problem med dette er at disse studiene ikke inkluderer de spesielle problemstillingene som følger av gynekologisk kreft. På en annen side er gynekologiske kreft også kreft, derfor var innholdet i studiene også relevant for oppgaven.

6. Konklusjon

Studiens hensikt var å belyse årsaker til hvorfor pasienters seksuelle helse blir forsømt og gi eksempler på hva sykepleiere kan gjøre for å bedre ivaretagelsen av gynekologiske kreftpasienters seksuelle helse.

Studiene fant at sykepleiere og annet helsepersonell ikke tar opp temaet seksuell helse med pasientene sine tilstrekkelig. Av barrierer som hindret god kommunikasjon av seksuell helse, fant man ut at seksuell helse er et vanskelig tema å snakke om, holdningen om at det var andre temaer som var viktigere enn seksuell helse, pasienters emosjonelle problemer med situasjonen, for liten tid og helsepersonells fordommer rundt tema.

Pasienter ønsket seg en åpen dialog som helsepersonell skulle legge til rette for, og forskning tydet på at en fast prosedyre kunne hjelpe på frekvensen av hvor ofte helsepersonell tok opp tematikken. Som svar på problemstillingen, er ulike tiltak foreslått. Disse tiltakene består av å utvikle en fast en prosedyre, at aktuelle avdelinger og sykepleiere utvikler sin kompetanse på tematikken seksuell helse. Avdelingene burde sørge for at de har ansatte som har god kunnskap om og erfaring med å ivareta seksuell helse. Man kan skape denne kompetansen ved å sende aktuelle sykepleiere på kurs. Hver enkelt sykepleier burde også tilegne seg kunnskaper som kommunikasjonsverktøy, da for eksempel «PISSIT-modellen. På denne måten kan sykepleiere få kunnskaper om hvordan legge til rette for, og ha en åpen samtale om seksuell helse, med gynekologiske kreftpasienter.

Forskning tyder på at disse tiltakene kan fungere. Men forskning generelt på løsninger om hvordan seksuell helse til gynekologiske kreftpasienter kan bli bedre ivaretatt er svært mangelfull.

7. Litteraturliste

- Avyard, H (2019) *Doing Literature Review in Health and Social Care. A practical Guide*. 4.utg. Maidenhead: McGraw-Hill/Open University press.
- Berntzen H. et al (2017) Perioperativ og postoperativ sykepleie. I Stubberud D.G, Grønseth R. og Almås H. (red) *Klinisk sykepleie 1*. 5.utg. Oslo. Gyldendal akademisk. s. 309-380.
- Eide H. og Eide T. (2012) *Kommunikasjon i relasjoner*. 2.utg. Oslo, Gyldendal Akademisk.
- Forsberg C. og Wengström Y. (2008) *Att göra systematiska litteraturstudier*. 2.utg. Stockholm. Natur och Kultur.
- Haakensen V.D (2015) It's all about sex. *Dyade 2015/01: Ensom eller tosom?* Tilgjengelig fra: https://dyade.no/tidsskrift/dyade_2015_01_ensom_eller_tosom/it_s_all_about_sex (Hentet: 15.05.20).
- Helse – og omsorgsdepartementet 2016/11 (2016) *Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017-2022)* Oslo, Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon.
- Hautamäki. K (2007) Opening communication with cancer patients about sexuality-Related issues. *Cancer Nursing*. 30(5) s. 399-404 doi: 10.1097/01.NCC.0000290808.84076.97
- Haugslett J. (2009) Hva informerer vi om – og hvordan gjøres det? *Sykepleien*. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2009/03/hva-informerer-vi-om-og-hvordan-gjores-det> (Hentet: 30.05.20).
- Helland Y. (2016) Seksualitet, i Grov og Holter (red) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie 1*. 5.utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, s. 861-886.
- Holter I.M (2016) Sykepleierprofesjonens grunnleggende kjennetegn. I Grov og Holter (red) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie 1*. 5.utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk s. 107-118.
- Hordern. J. A og Annette F. Street, A. F (2007) Communicating about patient sexuality and intimacy after cancer: mismatched expectations and unmet needs. *The medical Journal of Australia*. 186 (5) s. 224-227.
- <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb00877.x>
- Hubbs. J.L (2019) Sexual quality of life after the treatment og gynecologic cancer: what women want. *Supportiv Care in Cancer*. 27 s. 4649-4654. (2019) <https://doi.org/10.1007/s00520-019-04756-7>
- Huffman L.B. et al. (2015) Maintaining sexual health throughout gynecologic cancer survivorship: A comprehensive review and clinical guide. *Gynecologic oncology*, 140 (2) s. 359-368 DOI: : <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2015.11.010>

- Jacobsen E.L og Bye A. (2016) Ernæring. I Grov E. K og Holter I.M (red) *Gunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie 1*. 5.utg Oslo, Cappelen Damm Akademisk. s. 619-675.
- Jerpseth H.(2016) Sykepleie ved gynekologiske sykdommer, i Stubberud DG, Grønseth R. og Almås H.(red) *Klinisk sykepleie 2*. 5.utg. Oslo. Gyldendal akademisk. s.133-168.
- Kreftforeningen (2020a) *Hva er kreft?* Tilgjengelig fra: <https://kreftforeningen.no/om-kreft/hva-er-kreft/> (Hentet 26.02.20)
- Kreftforeningen (2020b) *Seksualitet*. Tilgjengelig fra: <https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/mestre-livet-med-kreft/seksualitet/> (Hentet 28.02.2020)
- Kreftforeningen (2020c) *Livmorhalskreft*. Tilgjengelig fra: <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/livmorhalskreft/>. (Hentet: 29.05.20)
- Kreftforeningen (u.å) *Tilbud til deg*. Tilgjengelig fra: <https://kreftforeningen.no/vare-tilbud/> (Hentet 26.05.20)
- Kreftlex (2020) *Kreft i eggstokker og eggleder*. Tilgjengelig fra: <https://kreftlex.no/Ovarial> (Hentet 26.02.2020)
- Kreftregisteret (2019) Statistikkbank, *Kreftregisteret*. Tilgjengelig fra: <https://sb.kreftregisteret.no/insidens/#> (Hentet 26.02.2020)
- Lindebjerg M.B og Stubberud D.G (2016) Førstehjelp. I Grov E. K og Holter I.M (red) *Gunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie 1*. 5.utg Oslo, Cappelen Damm Akademisk. s. 534-587.
- Mathisen J. (2016) Hva er sykepleie?, i Grov E.K og Holter I.M (red) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie 1*. 5.utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, s 199-141.
- McCallum. M (2012) Sexual health and gynecological cancer: Conceptualizing patient needs and overcoming barriers to seeking and accessing services. *Journal of psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 33:3. s. 135-142. <https://doi.org/10.3109/0167482X.2012.709291>
- Mæhre K.S. og Vestly S. (2012) *Om å være i bevegelse mot en profesjonell fag utøvelse*. Tilgjengelig fra: <https://www.idunn.no/uniped/2012/01/om-aa-vaere-i-bevegelse-mot-en-profesjonell-fagut-oevelse> (Hentet: 19.05.20).
- Pasient- og brukerrettighetsloven – pbrl (2001) *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2 (Hentet: 17.05.20).
- Rotegård, Solhaug og Grov (2016) Sykepleierens arbeids-og beslutningsprosess, i Grov I.K og Holter I.M. (red) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie 1*. 5.utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk s. 244-270.

- RVTS sør (2015) *Superbruker*. Tilgjengelig fra: <https://www.traumebevisst.no/program/listerloftet/superbruker.php>. (Hentet: 25.05.20)
- Saunamäki N, Andersson M, Engstöm M (2010) Discussing sexuality with patients: nurses attitudes and beliefs, *Journal of Advanced nursing*, 66 (6) s. 1308-1316. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05260.x>
- Sekse R.J.T, Råheim M, Gjengeland E. (2015) Shyness and Openness-Common Ground for Dialogue Between Health Personnel and Women About Sexual and Intimate Issues After Gynecological Cancer. *Health Care for Women International*. 36:11, s. 1255-1269. 10.1080/07399332.2014.989436
- Store medisinske leksikon (2020) *Sexologi*. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/sexologi> (Hentet: 19.05.20)
- Støren I. (2019) *Bare søk!* 5.utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk
- Thidemann I.J (2019) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. 2.utg Oslo: Universitetsforlaget
- Thorbjørnsrud B (2015) Kulturelle fortolkninger, i Brodtkorb E. og Rugkåsa M. (red) *Mellom mennesker og samfunn*. 2.utg, Oslo, Gyldendal Akademisk. s. 201-240.
- Vermeer. W.M *et al* (2014) Psychosexual support for gynecological cancer survivors: professionals' current practices and need for assistance. *Supportive Care in cancer*, 23, s. 831-839. (2015). <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2433-7>

