

Hanne Grøtli Svergja 10089
Ida Sørholt 10048

Seksuell helse hos unge kreftpasienter

Litteraturbachelor
Antall ord: 7608

Bacheloroppgave i Bachelor i sykepleie
Veileder: Anne Vifladd
Mai 2023

Hanne Grøtli Svergja 10089
Ida Sørholt 10048

Seksuell helse hos unge kreftpasienter

Litteraturbachelor
Antall ord: 7608

Bacheloroppgave i Bachelor i sykepleie
Veileder: Anne Vifladt
Mai 2023

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



Kunnskap for en bedre verden

SAMMENDRAG

Tittel:	Seksuell helse hos unge kreftpasienter	Dato : 25.05.23
Forfattere:	Hanne Grøtli Svergja Ida Sørholt	
Veileder(e):	Anne Vifladt	
Nøkkelord:	Kreft, seksuell helse, sykepleie, kommunikasjon	
Antall ord: 7608	Antall vedlegg: 3	
<p>BAKGRUNN: Seksuell helse hos unge kreftpasienter er et tabubelagt tema som snakkes lite om, og blir satt lite fokus på i helsevesenet. I samtaler om grunnleggende behov blir ofte seksuell helse utelatt.</p> <p>HENSIKT: Undersøke hvordan sykepleier kan bidra til å fremme seksuell helse hos unge kreftpasienter.</p> <p>METODE: Litteraturstudie er brukt som metode. Systematiske strukturerte søk ble utført i databasene PubMed og Cinahl for å finne de syv kvalitative og kvantitative forskningsartiklene som presenteres i resultatdelen. Forskningsartiklene blir videre drøftet opp mot hverandre og annen faglitteratur.</p> <p>RESULTAT: Det er viktig at sykepleiere er bevisst på barrierer for å snakke om seksuell helse. Den mest fremtredende barrieren var at temaet er tabubelagt. Resterende funn var informasjon om kreftdiagnosens påvirkning på seksuell helse, endringer i seksuell helse etter kreftdiagnosen, kunnskap og ferdigheter og behovet for individuelt tilpasset samtale.</p> <p>KONKLUSJON: For å bidra til å fremme seksuell helse hos unge kreftpasienter kan sykepleier tidlig i behandlingsforløpet informere om kreftdiagnosens mulige påvirkning på seksuell helse. Sykepleier kan fokusere på å ta initiativ til samtaler med kreftpasienter om seksuell helse. Å øke kunnskapsnivået til sykepleiere kan bidra til trygghet og ferdigheter. Videre bidrar dette til å bringe temaet på banen.</p>		

ABSTRACT

Title:	The sexual Health of young cancer patients	Date : 25.05.23
Authors:	Hanne Grøtli Svergja Ida Sørholt	
Supervisor(s)	Anne Vifladt	
Keywords:	Cancer, sexual health, nursing, communication	
Number of words: 7608	Number of attachments: 3	
<p>BACKGROUND: The sexual health of young cancer patients is a topic that is seldom talked about. It is a taboo topic given little focus in the healthcare system. In conversations about basic needs, sexual health is often left out.</p> <p>OBJECTIVE: Investigate how nurses can contribute to promoting sexual health in young cancer patients.</p> <p>METHOD: A literature study has been used as method. Systematic structured searches were carried out in the databases PubMed and Cinahl to find the seven qualitative and quantitative research articles that are presented in the results section. The research articles have been compared against each other and other specialist literature.</p> <p>RESULT: It is important that nurses are aware of the barriers of talking about sexual health. The most prominent hindrance is that the subject is taboo. The remaining findings were information about the impact of the cancer diagnosis on sexual health, changes in sexual health after the cancer diagnosis, knowledge and skills and the need for individual customized conversations.</p> <p>CONCLUSION: To contribute to promote the sexual health of young cancer patients, nurses can inform early in the course of treatment about the possible impact of a cancer diagnosis on their sexual health. Nurses can focus on initiating conversations with cancer patients about sexual health. Increasing the knowledge level of nurses can contribute to better confidence and skills. Furthermore, this helps to bring the topic to the fore.</p>		

Snakk om kraft

Du har kjent den hele livet.

Kraften som får blodet til å bruse og suse.

Kraften som får huden til å rødme eller blekne.

Du kjente den som barn. Da du fantaserte om å la hånda stryke over den nydelige nakken til han som satt på pulten foran deg.

Du kjente den som ungdom. Da du tegnet forte og forbudte tegninger på naboens husvegg i høstmørket.

Du kjente den da du for aller første gang lå hud mot hud og pust mot pust med et annet menneske, og var veldig lykkelig og veldig engstelig på samme tid.

Vi kjenner den gjennom hele livet. Kraften vi kaller seksualitet.

Noen tror den seksuelle delen av oss sitter mellom beina. Men den sitter like mye mellom ørene.

Jeg snakker ofte om at vi både har en fysisk og en psykisk helse. Vi har en seksuell helse også. Den er både fysisk og psykisk.

God seksuell helse er med på å holde oss friske og i trivsel.

Dårlig seksuell helse gjør oss mer utsatt for sykdommer og mistrivsel.

Da jeg gikk på skolen, lærte vi lite om seksualitet. Jeg husker at læreren som viste fram plansjer med tverrsnitt av mannlige og kvinnelige kjønnsorganer, var like pinlig berørt som oss elever.

Han snakket om masturbasjon og menstruasjon. Han snakket om faren for å bli gravid og faren for å få kjønnsykdommer.

Han snakket ikke om lengselen og lysten. Han snakket ikke om nærheten og kjærligheten.

Vi snakker fortsatt for lite og for sjelden om at seksualitet er en fantastisk kraft som kan gi god helse og høy livskvalitet. Når du er ung eller gammel. Når du er frisk eller syk.

Denne strategien handler om alt dette. Den handler om at vi må snakke mer om seksualiteten vår.

Snakk om kraft!

-Bent Høie

(Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 3)

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	7
1.1 Introduksjon til tema	7
1.2 Bakgrunn	7
1.2.1 Seksuell helse	7
1.2.2 Kreft	8
1.2.3 Seksuell helse hos unge kreftpasienter	8
1.2.4 Kreft og behandlingens påvirkning på seksuell helse	8
1.2.5 Sykepleiefaglig relevans	8
1.2.6 Teoretisk perspektiv og redegjørelse for relevante begreper	9
1.3 Oppgavens hensikt	10
1.4 Problemstilling	10
2.0 Metode	11
2.1 Litteraturstudie som metode	11
2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	11
2.3 Søkestrategi/søkehistorikk	12
2.4 Utvelgelse av forskningsartikler	15
2.5 Analyse	15
3.0 Resultater	16
3.1 Presentasjon av artikler	16
3.2 Sammenfatning av resultater	23
3.2.1 Sykepleiers bevissthet på barrierer om seksuell helse	23
3.2.2 Informasjon om kreftdiagnosens påvirkning på seksuell helse	24
3.2.3 Endringer i seksuell helse etter en kreftdiagnose	24
3.2.4 Kunnskap og ferdigheter om seksuell helse	24
3.2.5 Individuelt tilpasset samtale	25
4.0 Diskusjon	25
4.1 Resultatdiskusjon	25
4.1.1 Barrierer	25
4.1.2 Informasjon	27
4.1.3 Endringer i seksuell helse etter en kreftdiagnose	27
4.1.4 Kunnskap og ferdigheter	28
4.1.5 Individuelt tilpasset samtale	29
4.2 Metodediskusjon	30
4.2.1 Styrker og svakheter med litteraturstudie	30
4.3 Konklusjon	30
Referanseliste	32
Vedlegg 1: PICO-skjema	35

Vedlegg 2: Eksempel på utfylt sjekkliste for kvalitative artikler fra helsebiblioteket	36
Vedlegg 3: Tematisk analysetabell	37

Tabeller

Tabell 1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	11
Tabell 2 Søketablell	13
Tabell 3 Artikkelmatrise	16

1.0 Innledning

1.1 Introduksjon til tema

Kreft er et alvorlig økende samfunnsproblem, prognoser fra Kreftregisteret viser at i 2030 vil bortimot 40 000 personer få kreft årlig (Lorentsen & Grov, 2020, s. 397). Det er en økning i antall krefttilfeller hos personer under 50 år globalt. Det fremkommer ikke en klar grunn til hvorfor. Trolig har dette sammenheng med endringer i risikofaktorer, og hvordan yngre personer lever og eksponerer seg i dag sammenlignet med tidligere. Stadig flere mennesker kan oppleve sykdom som påvirker seksuell helse i form av eksempelvis reproduksjon, intimitet og selvbylde (Ugai et al., 2022, s. 656). Tallene og prognosene viser at kunnskap og kommunikasjon omkring seksuell helse hos unge kreftpasienter er et viktig og økende behov.

Statistikk hentet fra kreftregisteret viste at antall nye krefttilfeller diagnostisert i Norge i 2022 var 38 265. Dette er en økning på 8000 flere tilfeller enn for 10 år siden. Herav 20 487 var menn, hvor prostatakreft var den vanligste etterfulgt av lunge-, hud-, tykktarm, og føflekkreft. 17 778 var kvinner, hvor brystkreft var den vanligste, etterfulgt av lunge-, tykktarm, føflekk- og hudkreft (Kreftregisteret, 2023).

Det er for lite søkelys rettet mot seksuell helse i behandling og oppfølging i dag. Mangel på informasjon og veiledning omkring seksuelle helseproblemer i forbindelse med sykdom er et stort problem i mange tilfeller. Norge omtaler likevel i større grad enn tidligere seksuell helse som en del av menneskers generelle helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 10). Det er vanlig at kreft kan føre til endring av nytelse, lystfølelse og seksuell aktivitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 45).

1.2 Bakgrunn

Seksuell helse og kreft er et dagsaktuelt, relevant og viktig tema. Våre erfaringer fra praksis tilsier at det er et tabubelagt tema, som blir satt lite fokus på i helsevesenet. De fleste sykehusavdelinger har rutiner med en eller annen form for inntakssamtaler. Samtalene fokuserer på grunnleggende behov hos pasienten, samtalen har dessverre til felles at de sjeldent inneholder spørsmål knyttet direkte til seksualitet (Gamnes, 2019, s. 401).

1.2.1 Seksuell helse

“Seksuell helse er definert som fysisk, psykisk, emosjonelt og sosialt velvære relatert til seksualitet” (Helsedirektoratet, 2021). Seksuell helse fremmer livskvalitet og mestringsferdigheter gjennom livet. Det inkluderer vår kjønnsidentitet, seksuell orientering, erotikk, glede, intimitet og reproduksjon (Helsedirektoratet, 2021). Seksualitet kan lett bli betraktet som noe privat, men sykdom og behandling kan føre til forandringer og problemer for seksuallivet. Dette kan videre påvirke både helse og livskvalitet (Gamnes, 2019, s. 373). Ifølge kreftforeningen er det ikke uvanlig å få et annerledes forhold til kroppen etter å ha blitt rammet av kreft, enten forbigående eller permanent. Flere pasienter kan få problemer med selvfølelsen i en periode. Sykdommen og behandlingen kan sammen sette synlige spor i form av fysiske funksjoner og utseende. Tanker, følelser, handlinger og samspill med andre mennesker påvirker seksualiteten gjensidig (Kreftforeningen, u.å.-b).

1.2.2 Kreft

I dag finnes omkring 200 ulike kreftformer, hvor kreft blir brukt som en samlebetegnelse. Kreft oppstår ved at det skjer mutasjoner i cellens arvestoff. Normalt produserer kroppen nye celler som erstatter de som dør, ved kreft skjer en ukontrollert deling av cellene. I det lange løp vil den ukontrollerte delingen føre til opphopning av kreftceller i organet hvor kreften startet. Gradvis dannes en kreftsvulst (Kreftforeningen, 2023). Etter dannelsen av en kreftsvulst kan det oppstå metastaser. Det vil si at kreftsvulsten sprer seg til andre deler av kroppen ved at noen kreftceller løsner fra svulsten, og føres gjennom lymfe- og blodårer. Dersom det har oppstått metastaser er som regel kreften uhelbredelig, og det blir kun gitt symptomlindrende behandling for å øke livskvaliteten. Årsakene til ulike kreftsykdommer er det stor usikkerhet rundt. Derfor snakkes det mer om risikoene for å utvikle kreft. Tidligere forskning har vist at faktorer som miljø, arv og livsstil kan påvirke risikoen for kreftsykdom. Kreftfremkallende faktorer kan eksempelvis være stråling og kjemikalier (Norsk Helseinformatikk, 2021).

1.2.3 Seksuell helse hos unge kreftpasienter

Unge voksne er i en sårbar fase i livet når det gjelder kropp og seksualitet (Ungkreft, u.å.-b). Eksempelvis påvirker all kreftbehandling evne til å få barn. Dette kan være spesielt sårt for unge kreftpasienter, da reproduksjon er et aktuelt tema for mange. Det finnes ulike tiltak for kvinner og menn som kan øke sjansen for å få barn etter kreftbehandlingen (Kreftforeningen, u.å.-a). Ettersom unge tåler mer enn eldre får de en hardere kreftbehandling. Fordelen er at det øker sjansen for overlevelse, ulempen er at risikoen for senskader også øker. 7 av 10 unge kreftoverlevende får ikke oppfølging av senskader. Det finnes ikke et system for oppfølging av senskader etter kreft (Ungkreft, u.å.-a).

1.2.4 Kreft og behandlingens påvirkning på seksuell helse

Pasienter med en kreftdiagnose, som har gjennomgått behandling med eksempelvis cytostatika, stråleterapi eller kirurgisk behandling, kan få seksuelle helseproblemer (Lorentsen & Grov, 2020, s. 421). Kvinner får ofte problemer som tørre slimhinner og sammenvoksinger, menn derimot får ofte ereksjons- og/eller ejakulasjonsproblemer. For mange pasienter kan det være en utfordring å ta opp tema seksuell helse, følgelig kan de bli tilbakeholdne med å dele informasjon. Sykepleieperspektivet viser at det kan bli vanskelig å kartlegge pasientens behov for informasjon om seksuell helse og kreft (Lorentsen & Grov, 2020, s. 422).

1.2.5 Sykepleiefaglig relevans

Sykepleiere har ansvar for å ivareta pasienters grunnleggende behov. Seksualitet og helse er et grunnleggende behov som skal ivaretas på lik linje som andre grunnleggende behov (Gamnes, 2019, s. 373). Temaet er derfor sykepleiefaglig relevant. Alvorlig sykdom vil i løpet av kort tid forandre livet ditt. Mange behov dukker opp og krever tilfredsstillelse (Gamnes, 2019, s. 394). Kreft innebærer ofte lang og slitsom behandling som kan påvirke både fysisk og psykisk helse. For mange pasienter med en kreftdiagnose som har gjennomgått behandling kan det være vanskelig å akseptere en eventuell endring i seksuell aktivitet. Den Norske Kreftforening har samlivskurs og informasjon som kan være nyttig for både pasient og partner (Gamnes, 2019, s. 395).

I møte med pasienter med seksuelle helseproblemer er det viktig å arbeide etter yrkesetiske retningslinjer, da profesjonsutøvelsen og etikken kan bli utfordret (Gamnes, 2019, s. 398).

I yrkesetiske retningslinjer står det: "Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, retten til å være medbestemmende og retten til å ikke bli krenket" (Norsk Sykepleierforbund, u.å.-b). Dermed bør ikke sykepleiers egne holdninger komme til uttrykk hvis de oppleves krenkende for pasienten. En må ha kunnskap om egne holdninger knyttet til seksuelle problemstillinger. For å bevisstgjøres på hver enkeltes holdninger og verdier må en oppleve at de blir utfordret. Deretter jobbe med holdningene og tilegne seg mer kunnskap om kommunikasjon, holdninger og etikk (Gamnes, 2019, s. 398).

Helsepersonelloven og pasient- og brukerrettighetsloven slår fast pasientens rett til informasjon om konsekvenser av behandlingen de mottar, også for deres seksualliv. Pasienten skal ikke behøve å kreve informasjonen. Sykepleieren har informasjonsplikt og kan derfor ikke videreføre alt ansvaret til legen (Helsepersonelloven, 1999, §2-10; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2).

1.2.6 Teoretisk perspektiv og redegjørelse for relevante begreper

Sykepleieren har mange ulike funksjoner. Eksempelvis skal sykepleieren fremme helse, forebygge sykdom, behandle, støtte og undervise. For å fremme helsen til pasienter må sykepleieren styrke pasientens egne ressurser. Ved å følge legens forordninger behandler sykepleieren pasienten. I tillegg er det viktig at sykepleieren underviser og informerer pasienten om sykdommen og behandlingen (Alvsvåg, 2018, s. 51). Den helsefremmende, undervisende og veiledende funksjonen er spesielt relevant for denne oppgaven. Andre relevante begreper som gjennomgås i denne delen av oppgaven er kommunikasjon, kommunikasjonsferdigheter og motiverende intervju.

Sykepleierens helsefremmende funksjon omhandler sykepleierens rolle til å styrke pasientens egne ressurser for å fremme helse. Eksempelvis kan dette innebære å hjelpe en pasient til å opprettholde normale funksjoner, slik som å ivareta deres seksualitet. Funksjonen skal rettes både mot friske, personer med høy risiko for helsesvikt, og mot syke (Nortvedt & Grønseth, 2020, s. 22). I yrkesetiske retningslinjer innenfor folkehelse står det at sykepleiere har ansvar for å fremme helse og forebygge sykdom. Videre skal sykepleieren fremme muligheten til pasienten, slik at den kan fatte selvstendige avgjørelser. Ved å gi pasienten rikelig med tilpasset forståelig informasjon (Norsk Sykepleierforbund, u.å.-a).

Sykepleierens undervisende og veiledende funksjon betegner sykepleierens ansvar for å undervise, veilede og informere pasienter, pårørende, studenter og medarbeidere. Formålet er å hjelpe pasienten til å mestre konsekvensene av sykdom og behandling, og skape en trygghet rundt dette. Eksempelvis kan det å informere pasienten før en operasjon bidra til reduisering av stressnivå (Nortvedt & Grønseth, 2020, s. 23). Pasienter har rett til å få informasjon som er nødvendig for å få innsikt i egen helsetilstand og helsehjelpen som mottas (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2).

Klinisk kommunikasjon er utveksling av budskap nonverbalt og verbalt mellom flere aktører, eksempelvis mellom sykepleier og pasient (Heyn, 2018, s. 14). For å oppnå god kommunikasjon mellom sykepleier og pasient kreves det ulike former for *kommunikasjonsferdigheter*. Det må etableres en relasjon for at pasienten skal føle seg som en likeverdig del av samtalen. For at pasienten skal tørre å åpne seg opp til sykepleier er tillit viktig. Sykepleieren er den profesjonelle parten og har ansvar for å etablere relasjon (Heyn, 2018, s. 18-19).

Det skal tilrettelegges for at pasienten får frem sitt perspektiv, da pasienten har mest kunnskap om seg selv og er en viktig kilde til informasjon (Heyn, 2018, s. 16). Det finnes ulike typer spørsmål, de deles gjerne i åpne og lukkede spørsmål. I samtale om seksuell helse er åpne spørsmål mest hensiktsmessig, da de får frem pasientens perspektiv og åpner muligheten for refleksjon. Åpne spørsmål starter gjerne med spørreordene: hva, hvorfor og hvordan (Heyn, 2018, s. 18). Eksempelvis kan sykepleiere spørre pasienten "hvordan opplever du din seksuelle helse?". Aktiv lytting er den siste kommunikasjonsferdigheten som skal belyses. Her lytter man aktivt etter beskrivelser og eventuelle hint til bekymring. En del av den aktive lyttingen er tid og nonverbal kommunikasjon. Uttrykker sykepleieren at den har det travelt får ikke pasienten utdypet sine bekymringer, og sykepleieren oppfatter ikke problemene (Heyn, 2018, s. 20-21). Kreftpasienter kan innse at de har fått seksuelle helseproblemer, men tørr ikke spørre direkte. Sykepleiers rolle er å aktivt lytte for å avdekke pasientens problemer.

Motiverende intervju er en samtalemetode mellom helsepersonell og pasient, som benyttes for å få frem pasientens ønsker og behov. Formålet er å hente frem og forsterke motivasjonen pasienten har for endring (Sætertrø & Haugan, 2018, s. 259). Helsedirektoratet beskriver motiverende intervju som "en anbefalt samtalemetode for å motivere til atferdsendring" (Helsedirektoratet, 2017). Det er en klinisk ferdighet som har vist gode resultater, og fungerer godt i møte med personer med ulike utfordringer. Samtalemetoden burde benyttes oftere av helsepersonell, da dette kan skape et bedre samarbeid mellom helsepersonell og pasient (Helsedirektoratet, 2017).

1.3 Oppgavens hensikt

Hensikten med oppgaven er å undersøke hvordan sykepleier kan bidra til å fremme seksuell helse hos unge kreftpasienter. Både sykepleie- og pasientperspektivet vil bli benyttet for å belyse problemstillingen. Opplever pasienten kommunikasjon omkring seksuell helse som et problem eller synes de det er nok fokus på det? Hva mener sykepleierne er utfordrende omkring kommunikasjon om seksuell helse?

En fagartikkel fra sykepleien viste at kvinner hadde erfaringer med at de hadde fått for lite informasjon og veiledning knyttet til seksuell helse etter behandling av en kreftsykdom. Studien viste videre at kvinnene ønsket mer informasjon og veiledning fra helsepersonell (Hoel et al., 2021). Denne studien bekrefter viktigheten av å rette søkelyset mot seksuell helse og kreft, for å undersøke hva sykepleieren kan gjøre for å fremme seksuell helse.

1.4 Problemstilling

Hvordan kan sykepleier bidra til å fremme seksuell helse hos unge kreftpasienter?

2.0 Metode

2.1 Litteraturstudie som metode

I denne oppgaven er litteraturstudie brukt som metode. Det ble tatt utgangspunkt i eksisterende forskningslitteratur som omhandlet tema, og samlet flere forskningsartikler som belyste problemstillingen (Grønseth & Jerpseth, 2019, s. 80). Ettersom litteraturstudie er brukt som metode er det viktig å være kildekritisk til forskningslitteraturen en finner, ved å vurdere og identifisere litteraturen og i hvilken grad den kan belyse problemstillingen (Trygstad & Dalland, 2020, s. 157).

2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Tabell 1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Svarer på vår problemstilling	Fagartikler
Artikler nyere enn 2008	Andre språk enn engelsk og skandinavisk
Pasienter diagnostisert med kreft	Geriatriske pasienter
Pasienter i alder 19-50 år	
Pasientperspektiv	
Sykepleieperspektiv	
Originalartikkel	

Inklusjonskriteriene er valgt på bakgrunn av problemstillingen. Prosessen startet med å avgrense artikler som ikke var fra tidligere år enn 2013, men på grunn av for lite treff ble inklusjonskriteriet utvidet til 15 år gamle artikler. Det var ønskelig å benytte den nyeste forskningen på dette feltet, dermed ble eldre artikler ekskludert. Ettersom norsk er morsmålet vårt, ble andre språk enn engelsk og skandinavisk ekskludert slik at artiklene var forståelige for oss. Følgelig var et inklusjonskriterium å inkludere pasienter diagnostisert med kreft for å inkludere artikler som svarte på problemstillingen.

Alder 19-50 år var et inklusjonskriterium da oppgaven omhandler unge kreftpasienter. For å belyse problemstillingen ble både pasient- og sykepleieperspektivet benyttet. Pasienten er ekspert på hvordan problemet oppleves, og sykepleierne på hvordan det oppleves å møte pasienter med en kreftdiagnose. Videre ble ikke utvelgelsen av artikler begrenset til et bestemt område i verden. Grunnet at seksuell helse er et viktig grunnleggende behov uansett hvor man bor. Imidlertid endte vi opp med fem artikler fra Europa, en fra USA og en fra Australia.

Opggaven inkluderer artikler som har brukt kvalitativ eller kvantitativ metode da begge var relevante for problemstillingen. Ved de kvalitative intervjuene med få deltakere hadde de mulighet til å reflektere og intervjueren kunne stille oppfølgingsspørsmål. Dette styrker oppgaven da en kan følge det man lurer på gjennom intervju. De kvantitative studiene var viktige for å finne ut hva flertallet av pasienter og sykepleiere mente, og få en større bredde. Majoriteten av de kvantitative artiklene belyste pasientperspektivet. Dermed viste forskningsartiklene hva en stor andel pasienter mente og hadde opplevd, og ikke kun et fåtall utvalgte.

2.3 Søkestrategi/søkehistorikk

De benyttede databasene for å utføre det systematiske søket var Cinahl og PubMed. Grunnen var at det er relevante databaser innenfor sykepleiefaget. Bibliotekaren har også anbefalt databasene, og vi har fått noe opplæring i bruken av PubMed. PubMed er en global database som inneholder vitenskapelige artikler blant annet innenfor medisin- og sykepleiefaget (Berteussen, 2021). Databasen har som mål å forbedre den globale og personlige helsen. Følgelig er det meste som eksisterer i databasen innenfor biomedisin og helsefeltet (National Library of Medicine, u.å.). Cinahl er en bibliografisk database. Den inneholder litteratur som blant annet omhandler sykepleie, fysioterapi og ergoterapi. En kan blant annet finne en del bøker og avhandlinger, men for det meste tidsskriftsartikler. Den inneholder også en del pasienterfaringer og kvalitativ forskning (Helsebiblioteket, 2021a). Derfor ble akkurat disse databasene benyttet. I søkeprosessen oppdaget vi at resultatet var ulikt dersom en brukte Cinahl gjennom NTNU Oria og gjennom helsebiblioteket. Ettersom det har blitt anbefalt å gå gjennom NTNU Oria ble resultatene derfra brukt, og disse tallene skrevet inn i søketabellen.

Da søkene i databasene ble utført, ble de boolske operatorene OR og AND benyttet for å kombinere søkeord. AND sikrer at begge søkeordene inkluderes, OR gir treff på enten det ene eller andre søkeordet. Søkeordene ble satt opp i et PICO-skjema. Ut ifra PICO-skjemaet kan en se om man skal bruke OR eller AND mellom søkeordene. Ved søkeord i samme kolonne brukes OR, og ved søkeord i ulike kolonner brukes AND (Søk & skriv, 2023).

PICO-skjema er med på å strukturere og klargjøre spørsmålet om hensikten med studien. PICO er en forkortelse, hvor **P** står for Population/patient/problem, **I** for Intervention, **C** for Comparison og **O** for Outcome (Helsebiblioteket, 2021b). Vårt PICO-skjema består av to P-er, en I og en O da dette var mest hensiktsmessig for denne oppgaven. Ferdig utfylt PICO-skjema ligger vedlagt som [vedlegg 1](#). Søkeordene er strategisk plassert i PICO-skjema ut fra hensikten med oppgaven. Comparison var ikke aktuelt for oppgaven da det ikke var ønskelig å sammenligne noe. Det var derimot to ulike populasjoner; sykepleier og pasient, derfor ble to P-er benyttet. Endelige søkeord er valgt ut fra tidligere søk og vurdert ut ifra relevans, og det ble observert hvilke søkeord som ga resultater. Det har også blitt sett på aktuelle artikler og nøkkelord/emneord som er benyttet der for å hente inspirasjon.

Søkeordene som sto igjen til slutt og har blitt brukt i dette litteraturstudie var søket med mest relevant resultat. Resultatene fra søket presenteres nedenfor i en søketabell.

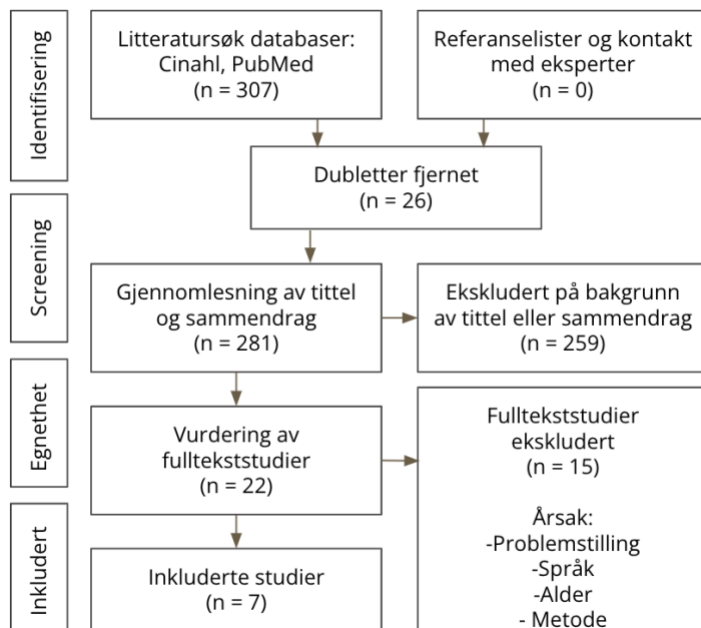
Tabell 2 Søketabell

Søkedato: 13.04.2023		
Søkeord	Cinahl	PubMed
1. Nurses	239 003	97 770
2. Nursing		262 958
3. Nursing (kw)	807 696	648 011
4. Nurse's role		42 749
5. Nurse's role (kw)	30 673	44 452
6. Nursing role	64 734	
7. Nursing role (kw)	65 602	1462
8. 1 OR 2 OR 3 OR 4 OR 5 OR 6 OR 7	894 836	703 126
9. Neoplasms	659 135	3 815 406
10. Cancer patients	48 633	
11. Cancer patients (kw)	92 702	226 325
12. Oncology	12 917	3 815 406
13. 9 OR 10 OR 11 OR 12	697 732	3 861 524

14. Communication	329 036	360 020
15. Motivational interviewing	4168	2521
16. Teaching	267 237	92 766
17. Information (kw)	630 357	1 591 910
18. Patient education	85 549	88 563
19. 14 OR 15 OR 16 OR 17 OR 18	1 164 147	2 013 036
20. Sexual health	8625	2362
21. Sexuality	42 163	123 436
22. 20 OR 21	48 663	124 579
23. 8 AND 13 AND 19 AND 22	194	113

2.4 Utvelgelse av forskningsartikler

For å systematisk velge ut 7-10 forskningsartikler ble det benyttet PRISMA-flytskjema, som vist i figur 1.



Figur 1 PRISMA-flytskjema

Først ble alle artiklene fra PubMed og Cinahl samlet, som resulterte i 307 treff. Deretter ble 26 duplikater fjernet. Videre ble alle overskriftene til de 281 artiklene som stod igjen lest gjennom, og artiklene som ikke passet til oppgaven ble ekskludert ved bruk av inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Under denne prosessen ble det eksempelvis oppdaget at flere artikler ikke var skrevet på rett språk, ikke hadde rett alder eller ikke omhandlet riktig pasientgruppe. Videre ble de 42 gjenværende sammendragene lest gjennom, og flere artikler ekskludert. Til slutt ble forskningsartiklene vi ønsket å inkludere i oppgaven valgt ut basert på de 22 fulltekststudiene som stod igjen. Etter det systematiske søket ble 7 relevante forskningsartikler hentet direkte fra søket inkludert i litteraturstudie. Forskningsartiklene som er inkludert svarer på problemstillingen, og passer med inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Flere av de inkluderte forskningsartiklene fokuserte på generelle kreftsykdommer. Da det var ønskelig å undersøke om ulike kreftformer kunne påvirke pasienter på ulike måter, samt at begge kjønn ble inkludert.

2.5 Analyse

Analysen startet med gjennomgang av de utvalgte artiklene. Sjekkliste for kvalitativ studie og tverrsnittstudie: Checklist for Analytical Cross Sectional Studies fra helsebiblioteket ble benyttet som et hjelpemiddel for kritisk vurdering av forskningslitteraturen (Helsebiblioteket, 2016). Eksempel på en utfylt sjekkliste ligger vedlagt som [vedlegg 2](#). Videre ble oppbyggingen av forskningsartiklene vurdert for å kontrollere at de hadde IMRAD-struktur. Tidsskriftene ble undersøkt i forhold til om de var fagfellevurderte for å underbygge i størst mulig grad at det var forskningsartikler.

Det ble tatt utgangspunkt i Aveyard sin tematiske analyse for å identifisere hovedfunnene i artiklene. For å identifisere funnene ble artiklene nøye lest gjennom, deretter ble resultatdelen lest gjentatte ganger (Aveyard, 2019, s. 141). Hver artikkel ble systematisert i en artikkelmatrise som er presentert i resultatkapittelet. Matrisen viser artikkelens metode, hovedfunn og hvorfor artikkelen er relevant for problemstillingen. I arbeidet med å notere hovedfunn ble fargekoder benyttet for å skille hvilke artikler som fokuserte på pasientperspektivet og hvilke som var rettet mot sykepleierne. Det ble også benyttet fargekoder for å identifisere hovedtemaer. Hovedtemaene ble satt i en tematisk analysetabell, vedlagt som [vedlegg 3](#). Dette for å enkelt kunne se hvilke artikler som omhandlet de ulike temaene (Aveyard, 2019, s. 143).

3.0 Resultater

I denne delen av oppgaven presenteres hovedfunnene til de 7 inkluderte forskningsartiklene i form av en alfabetisk artikkelmatrise, deretter kommer en sammenfatning av resultatene.

3.1 Presentasjon av artikler

Tabell 3 Artikkelmatrise

Artikkel nr. 1	
Referanse	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. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 28(19-20), 3556-3566. https://doi.org/10.1111/jocn.14949
Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	Utforske sykepleiernes verbale kommunikasjon og støtte omkring seksuell helse med pasienter.
Metode	Utført semi-strukturerte intervjuer. 21 sykepleiere på en kreftklinikk i Sør-Sverige fikk tilbud om å delta, 7 sykepleiere deltok. Innholdsanalysen av disse intervjuene er inspirert av Foucault`s begreper om makt, disiplin og normalisering. SRQR sjekklister ble også benyttet.
Resultat	Fra sykepleieperspektivet hadde seksuell helse lav prioritet på en kreftklinikk. Den medisinske logikken styrte sykepleiernes kommunikasjon om seksuell helse mot et fysisk syn, forstått som sex og seksuelle helseproblemer som kunne behandles farmakologisk. Sykepleierne uttrykker en seksuell norm om at sex tilhører unge personer i permanente, monogame og heterofile forhold. Holdningen ekskluderer visse pasienter i kommunikasjon om seksuell helse. Ifølge sykepleierne nevner ikke de fleste pasienter sex selv, men noen pasienter utfordrer klinikkens normer.

	Alt i alt har sykepleieren makten til å rette søkelyset mot seksuell helse på en kreftklinikk, og vurdere behovet for å innhente kunnskap fra andre yrkesgrupper.
Kommentar og relevans for problemstilling	<p>Har fokus på sykepleieperspektivet og kommunikasjon med pasienten. Trekker frem den unge kreftpasienten.</p> <p><i>Etisk vurdering:</i> studien fulgte prinsippene til Helsinki Declaration (2013). Studien er godkjent av komiteen for Research Ethics in Health Education og samsvarer med svensk lovgivning. Deltakerne ble informert muntlig og skriftlig om studien, og kunne når som helst trekke seg uten forklaring. Informerte samtykker ble innhentet.</p>
Artikkel nr. 2	
Referanse	Cleary, V., Hegarty, J. & McCarthy, G. (2011). Sexuality in Irish Women With Gynecologic Cancer. <i>Oncology Nursing Forum</i> , 38(2), 87-96. https://doi.org/10.1188/11.ONF.E87-E96
Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	Utforske hvordan en gynekologisk kreftdiagnose kan påvirke seksuelle relasjoner, seksuell funksjon- og selvoppfattelse hos irske kvinner. I tillegg undersøke forholdet mellom dem.
Metode	Tverrsnittstudie gjort ved bruk av spørreskjema, sendt ut til 136 pasienter som oppfylte inklusjonskriteriene, hvor 106 svarte. Gir en svarprosent på 78%. I undersøkelsen ble det benyttet ulike skalaer for å kartlegge seksuelle relasjoner, seksuell funksjon- og selvoppfattelse. Benyttede skalaer var "Body Image Scale", "The Sexual Esteem Scale", "Sexual Self-Schema Scale" og "Arizona Sexual Experiences Scale". Utført over en periode på 4 måneder.
Resultat	Studien viste i forhold til seksuell selvoppfattelse at de fleste deltakerne opplevde et relativt positivt kroppsbilde og hadde god seksuell selvtilit. Imidlertid viste resultatene ved spørsmål knyttet direkte til "Body Image Scale" at det negative kvinnene hadde opplevd knyttet til kroppsbilde kom som et resultat av kreften, og behandlingsformen. 54 av deltakerne mente at behandlingen hadde ført til at de følte noe manglet, og følte seg mindre hele. <i>Seksuelle relasjoner:</i> Bruk av "Intimate Relationship Scale". Kun kvinner som var i intime forhold inkludert. Studien viste at de fleste av kvinnene opplevde i noen grad en negativ endring i forholdet til deres partner etter kreftdiagnosen. <i>Seksuell funksjon:</i> Kvinnene opplevde at de hadde dårlig seksuell funksjon. <i>Endringer rundt seksualitet siden diagnosen:</i> Omtrent halvparten av deltakerne svarte at de i noen grad hadde endringer i forhold til selvoppfattelse og seksuelle relasjoner. Det var imidlertid 64% som antydte at de hadde en negativ endring i seksuell funksjon.

	Helsepersonell bør sette fokus på seksuell helse, da dette er et omfattende tema.
Kommentar og relevans for problemstilling	Får synspunkter og svar på problemstillingen fra pasientperspektivet. Viser hvilke opplevelser pasienter har rundt seksuell helse. <i>Etisk vurdering:</i> studien ble godkjent av Clinical Ethics Committee of the University Teaching Hospitals. Deltakerne mottok informasjon, og skriftlig samtykke ble innhentet. Kvinnene kunne fylle ut spørreskjemaet hjemme for å sikre personvern, imidlertid fylte de fleste ut spørreskjemaet mens de var på kreftklinikken.
Artikkel nr. 3	
Referanse	Hautamäki-Lamminen, K., Lipiäinen, L., Beaver, K., Lehto, J. & Kellokumpu-Lehtinen, P.-L. (2013). Identifying cancer patients with greater need for information about sexual issues. <i>European Journal of Oncology Nursing</i> , 17(1), 9-15. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2012.03.002
Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	Hensikten var å identifisere kreftpasienter som hadde et økt behov for informasjon om seksuell helse. Utforske om det var en sammenheng mellom kreftpasienter med et økt behov for informasjon om seksuell helse og deres inntekt, utdanning eller yrke. Undersøke om det var en sammenheng med krefttype, behandlingsform, opplevelse av negativ endring rundt seksuell helse eller endringer i seksuelle relasjoner.
Metode	Tverrsnittstudie, som benyttet seg av spørreskjema. 946 fikk tilbud om å delta, 833 aksepterte, 606 returnerte spørreskjema, og dermed anses som deltakere. Gir en svarprosent på 57%. 60% (n=291) kvinner og 40% (n=197) menn. Deltakerne bestod av pasienter med flere ulike kreftdiagnoser, og ble behandlet for denne mellom oktober 2009 og mars 2010 på Tampere University Hospital i Finland.
Resultat	Informasjon om seksuell helse var viktigere for menn enn kvinner med kjønns spesifikk kreftdiagnoser. Pasienter med annen kreftdiagnose, ingen forskjell på kvinner og menn når det kommer til behovet for informasjon om seksuell helse. Pasienter med prostatakreft rangerte å ha tilgang til informasjon om seksuell helse betraktelig høyere enn pasienter med andre kreftdiagnoser. Behandlingsform var en viktig faktor. Pasienter med kirurgisk behandling mente at behovet for informasjon om seksuell helse var viktigere enn de med andre behandlingsformer. Pasienter som hadde mottatt flere ulike behandlinger mente at å motta informasjon var minst viktig. Pasienter med endringer på seksuell helse hadde sammenheng med behovet for informasjon.

	<p>Pasientene med problemer med seksuell funksjon tilknyttet kreftdiagnosen mente at informasjon om seksuell helse var viktigere enn de som ikke hadde hatt det. Betydelige forskjeller knyttet til negative påvirkninger på den seksuelle helsen mellom ulike krefttyper og kjønn. Endringer i seksuelle relasjoner og viktigheten av informasjon om seksuell helse viste at de som var i seksuelle relasjoner mente det var viktigere enn de som ikke var i seksuelle relasjoner. Gruppen som mente informasjon om seksuell helse var viktigst, var de som var i et forhold som hadde blitt påvirket av kreftdiagnosen.</p>
<p>Kommentar og relevans for problemstilling</p>	<p>Artikkelen viser fra pasientperspektivet hvor viktig pasientene selv mener at behovet for informasjon om seksuell helse er. Viktig studie i forhold til at den gir informasjon om hvordan helsepersonell kan identifisere pasientene som har et økt behov for informasjon om seksuell helse.</p> <p><i>Etisk vurdering:</i> forskningen er gjort i samsvar med Declaration of Helsinki (1964) sine retningslinjer. Det ble innhentet skriftlig samtykke fra deltakerne. Studien ble godkjent av etikkomiteen ved Tampere University Hospital i 2009.</p>
<p>Artikkel nr. 4</p>	
<p>Referanse</p>	<p>Leonardi-Warren, K., Neff, I., Mancuso, M., Wenger, B., Galbraith, M. & Fink, R. (2016). Sexual Health: Exploring Patient Needs and Healthcare Provider Comfort and Knowledge. Clinical Journal of Oncology Nursing, 20(6), 162-167. https://doi.org/10.1188/16.CJON.E162-E167</p>
<p>Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål</p>	<p>Hensikten med studien var å undersøke om helsepersonell på en kreftklinikk hadde tilstrekkelig kunnskap. Er helsepersonell komfortable med å ta opp seksuelle helseproblemer? Samt beskrive pasienters holdninger, tro og informasjonsbehov angående seksuell helse.</p>
<p>Metode</p>	<p>Studien er fra USA. Det ble utført en undersøkelse blant helsepersonell og tre pasientfokusgrupper hvorav 95 helsepersonell og 11 pasienter deltok. Denne studien er del av et evidensbasert prosjekt og har derfor benyttet seg av artikler fra Cinahl og PubMed. Undersøkelsesdata ble analysert ved beskrivende statistikk, og kvalitative svar ble analysert ved hjelp av innholdsanalyse.</p>
<p>Resultat</p>	<p>Flertallet av helsepersonell rapporterte om ingen tidligere utdanning i seksuell helse (73%) og følte på et ubehag ved å snakke med pasientene om seksuelle helseproblemer.</p>

	<p>Den største utfordringen for å bringe seksuell helse på banen var mangel på tid, ikke egnet miljø for samtale og bekymring for kollegers meninger.</p> <p>Hos fokusgruppedeltakerne var det seks temaer som dukket opp; timing, partnere, tap, informasjon, støtte og forverring. De ønsket tilgang på informasjon under behandling, ekspertrådgivning, nettbaserte ressurser og utlevering av brosjyrer. De trakk også frem viktigheten av involvering av andre personer med betydning i deres liv, samt støtte fra helsepersonell, jevnaldrende og overlevende.</p>
Kommentar og relevans for problemstilling	<p>Setter fokus på både sykepleie- og pasientperspektivet. Hører hva helsepersonell opplever som utfordrende, samt hva pasientene konkret ønsker fra helsepersonell for å fremme seksuell helse.</p> <p><i>Etisk vurdering:</i> studien har ikke innhentet etisk godkjenning, men har fått godkjenning fra den opprinnelige forfatteren til å bruke dens litteratur. Artikkelen ble likevel inkludert da metoden er beskrevet godt og svarer på vår problemstilling.</p>
Artikkel nr. 5	
Referanse	<p>McGrath, P. D. (2012). The Impact on Sexuality After Diagnosis and Treatment for a Hematologic Malignancy: Findings From Australia. <i>Oncology Nursing Forum</i>, 39(6), 595-600. https://doi.org/10.1188/12.ONF.595-600</p>
Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	<p>Hensikten var å undersøke hvordan malign blodsykdom påvirker seksuell helse. Målet var å utforske problemer knyttet til å være overlevende etter en slik diagnose. Seksuell helse var et av problemene som ble undersøkt.</p>
Metode	<p>Kvalitativ studie som benyttet intervjuer med pasienter diagnostisert med en malign blodsykdom i Australia. I tillegg til en fokusgruppe. 118 potensielle deltakere kontaktet. 50 deltok. 26 menn og 24 kvinner. Det ble tatt lydopptak fra intervjuene og fokusgruppen. Opptakene ble skrevet ned og analysert.</p>
Resultat	<p>Viste stor variasjon i hvordan maligne blodsykdommer har påvirket den seksuelle helsen. For noen hadde det ikke vært et stort problem, det var det siste de tenkte på. Særlig når det kommer til det å begynne å ha sex igjen. Andre deltakere derimot mente at det var et større problem, og de fikk et dårligere selvbilde når det eksempelvis kommer til å gå opp i vekt og miste håret. For noen av de andre deltakerne var det et veldig stort problem. De mente det hadde vært det største problemet knyttet til diagnosen og behandlingen, og følgelig var ikke den seksuelle helsen deres god.</p>

	<p>Flere av deltakerne opplevde fysiske seksuelle helseproblemer som svært stressende. Eksempelvis lav seksuell lyst, erektil dysfunksjon, fysiske endringer i forbindelse med kjønnsorganer og tidlig overgangsalder.</p> <p>Når det kommer til å ha lav seksuell lyst påvirket dette i stor grad de yngre pasientene, da det kunne være vanskelig å finne seg en partner, og videre kunne føre til depresjon. Andre bekymringer pasientene opplevde handlet om at seksuell helse var et tabubelagt tema som ble snakket lite om. Pasientene opplevde at legen sjeldent tok opp tema rundt seksuelle helseproblemer knyttet til diagnosen. Studien viste også at pasientene ønsket mer informasjon om problemer rundt seksuell helse og flere støttetilbud for pasientene.</p>
Kommentar og relevans for problemstilling	<p>Viser variasjon i hvordan pasienter opplever den påvirkningen kreftdiagnosen har på seksualitet, og hva pasientene ønsker hjelp med fra helsepersonell.</p> <p><i>Etisk vurdering:</i> godkjent av Central Queensland University Human Research Ethics Committee. Det ble gjort individuelt opptak av samtykke fra deltakerne.</p>
Artikkel nr. 6	
Referanse	<p>Moore, A., Higgins, A. & Sharek, D. (2013). Barriers and fascilitators for oncology nurses discussing sexual issues with men diagnosed with testicular cancer. <i>European Journal of Oncology Nursing</i>, 17(4), 416-422.</p> <p>https://doi.org/10.1016/j.ejon.2012.11.008</p>
Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	<p>Hensikten var å undersøke hvordan kreftsykepleiere selv opplevde deres kunnskap i forhold til å diskutere seksualitets bekymringer med menn diagnostisert med testikkelkreft. Studien ønsket også å identifisere barrierene og tilrettelegge for slike diskusjoner.</p>
Metode	<p>Anonym spørreundersøkelse ble sendt til fem tilfeldig utvalgte kreftsentere i Irland hvor sykepleiere skulle svare. Det ble utsendt 89 spørreskjemaer med en svarprosent på 45%, disse svarene ble inkludert i analysen.</p>
Resultat	<p>Funnene som ble gjort tyder på at sykepleiere var åpne for å snakke om bekymringer, men informerte ikke pasienter om at de var tilgjengelig for å diskutere seksuelle bekymringer. Sykepleiere rapporterte manglende kunnskap og ubehag ved å diskutere det mer intime aspektet ved seksualitet, eksempelvis ejakulasjonsvansker og erektil dysfunksjon. Funnene i studien forsterker behovet for mer omfattende opplæring i seksualitet og testikkelkreft. Sykepleierne må ha en mer proaktiv tilnærming til seksualitetsomsorgen i motsetning til den passive venteholdningen som gjennomsyrrer den nåværende</p>

	omsorgskulturen. Kreftsykepleiere må involvere seksualitet i deres rolle gjennom endringer i retningslinjer og planlegging av sykepleie.
Kommentar og relevans for problemstilling	Fokus på sykepleieperspektivet og hva sykepleierne opplever som utfordrende for å kunne bidra til å fremme seksuell helse. <i>Etisk vurdering:</i> studien ble etisk godkjent av etikkomiteen før utførelse av studien. Deltakerne ble informert om at deltakelse var frivillig. Utfylt spørreskjema forutsatte samtykke.
Artikkel nr. 7	
Referanse	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
Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	Utforske hvilke forestillinger sykepleiere har i forhold til å snakke om seksualitet med kreftpasienter.
Metode	Kvalitativ metode med et fenomenografisk design, som vil si å sette i system. 10 sykepleiere på ulike avdelinger i Vest-Sverige som jobbet med kreftpasienter fikk tilbud om å delta. Disse 10 oppfylte inklusjonskriteriene. Alle aksepterte å delta og ble intervjuet.
Resultat	Analysen viste en hovedkategori som sa "Vi burde snakke om seksuell helse, men vanligvis gjør vi det ikke". Det kom også frem 3 underkategorier som beskriver sykepleiernes oppfatning om hva som påvirker samtale omkring seksuell helse: <ol style="list-style-type: none"> 1. Sykepleiernes holdninger, kunnskap og ferdigheter, 2. Pasienters seksuelle helseproblemer er grunnlag for samtale og 3. Miljøet påvirker. <ol style="list-style-type: none"> 1. Mangel på kunnskap og ferdigheter i å støtte og veilede pasienter rundt seksuell helse, førte til at de unngikk å snakke om tema. Studien viste uenigheter om hvem som har ansvaret for å bringe temaet på banen. Flere sykepleiere mente at seksuelle helseproblemer skyldtes medisinske årsaker og var derfor legens ansvar. 2. Pasientens seksuelle relasjoner kunne være grunnlaget for å snakke om seksuell helse. De fysiske og psykiske konsekvensene av kreften, som bekymringer, fatigue eller smerter kan påvirke seksuelle relasjoner negativt. Endret selvbilde er grunn til samtale, da det kan føre til lavere selvtillit, unngåelse av intimitet og seksuell aktivitet. 3. Organisering av avdelingen påvirket muligheten for å oppnå tillitsfulle relasjoner mellom sykepleier og pasient.

	<p>Sykepleierne som snakket om seksuell helse understreket viktigheten av å møte pasienten ved flere anledninger. Dette for å skape relasjon mellom sykepleier og pasient. Mangel på tid og ikke egnet rom for samtale var andre barrierer som ble trekt frem.</p>
<p>Kommentar og relevans for problemstilling</p>	<p>Studien viser hva sykepleierne opplever som utfordrende når det gjelder samtale om seksuell helse.</p> <p><i>Etisk vurdering:</i> studien er utført i henhold til etiske prinsipper og retningslinjer fra Ethical guidelines for nursing research in the Nordic Countries. Deltakerne mottok skriftlig og muntlig informasjon om målet med studien og dens design, samt frivillighet og konfidensialitet.</p>

3.2 Sammenfatning av resultater

I denne delen av oppgaven presenteres hovedfunnene som er gjort ved å lese resultatdelen av forskningsartiklene gjentatte ganger. Hvordan sykepleier kan bidra til å fremme seksuell helse hos unge kreftpasienter har resultert i fem hovedfunn; sykepleiers bevissthet på barrierer om seksuell helse, informasjon om kreftdiagnosens påvirkning på seksuell helse, endringer i seksuell helse, kunnskap og ferdigheter, og behovet for individuelt tilpasset samtale.

3.2.1 Sykepleiers bevissthet på barrierer om seksuell helse

En fremtredende barriere i flere studier var at seksuell helse er et tabubelagt tema. Studiene til Annerstedt og Glasdam (2019) og Olsson et al. (2012) fremstiller at sykepleiere har en opplevelse av at det er flaut for både dem og pasientene å snakke om seksuell helse. Videre er sykepleier redd for å fornærme pasienten. Noe som stadig gjør det vanskelig for sykepleiere å bringe seksuell helse på banen. Hautamäki-Lamminen et al. (2013) viste til at pasientene ofte ikke tar initiativ til å snakke om temaet, og sykepleier må dermed invitere pasienten til samtale. Dette kan være en utfordring for flere sykepleiere da resultatene til Leonardi-Warren et al. (2016) viste at 60% av sykepleierne opplevde ubehag ved å snakke om seksuelle helseproblemer med pasientene. Moore et al. (2013) tar opp flere temaer innenfor seksuell helse, som viste at sykepleiere er mer komfortable når det eksempelvis kommer til å snakke om muligheten for sæddonasjon og fruktbarhet-bekymringer. Olsson et al. (2012) tar opp dette som viktige temaer for sykepleiere å informere om for å fremme seksuell helse hos unge kreftpasienter.

Hvor i sykdomsforløpet pasientene var, viste seg å være en betydelig faktor når det kom til barrierer innenfor seksuell helse. Studiene til Annerstedt og Glasdam (2019), Leonardi-Warren et al. (2016), McGrath (2012) og Olsson et al. (2012) viste at tidlig i sykdomsforløpet ble utfordringer med seksuell helse nedprioritert å snakke om, både fra sykepleie- og pasientperspektivet. Dette fordi sykepleierne hadde en forestilling om at alle pasienter tidlig i sykdomsforløpet ikke hadde behov for å snakke om problemer med seksuell helse. En pasient i studien til Leonardi-Warren et al. (2016) bekreftet denne forestillingen. Pasienten fortalte at for tidlig i sykdomsforløpet er ikke seksuell helse et tema, men når man er på et stabilt punkt, fysisk og psykisk, er det aktuelt. Når man kommer til dette punktet, er likevel ulikt og det kan derfor ikke være en fasit.

Mangel på tid som følge av mye å gjøre var en stor barriere for å snakke om seksuelle helseproblemer ifølge forskningslitteraturen til Leonardi-Warren et al. (2016), Moore et al. (2013) og Olsson et al. (2012). Sykepleierne hadde heller ikke et egnet sted å foreta samtaler, selv om de egentlig ønsket å snakke med pasientene. I forhold til miljø kan det å ha en atmosfære for å åpent snakke om seksuell helse være oppmuntrende for mange sykepleiere (Moore et al., 2013; Olsson et al., 2012).

3.2.2 Informasjon om kreftdiagnosens påvirkning på seksuell helse

Det er viktig at sykepleiere informerer kreftpasienter om at diagnosen og behandlingen potensielt kan påvirke deres seksuelle helse. Studiene til Annerstedt og Glasdam (2019), Olsson et al. (2012), Cleary et al. (2011) og Moore et al. (2013) viste at det var ytterst få sykepleiere som jevnlig snakket med kreftpasientene om seksuell helse og bekymringene de måtte ha. I forskningslitteraturen til Moore et al. (2013) kom det fram at hele 39% av deltagende sykepleiere aldri informerte pasientene om at de var tilgjengelig for å snakke om seksuell helse. Olsson et al. (2012) tok forøvrig for seg at sykepleierne hadde forskjellige forestillinger om pasientenes behov for å snakke om seksuell helse. Særlig i forhold til hvor viktig problemene til hver enkelt er. I studien til Hautamäki-Lamminen et al. (2013) kom de med en anbefaling om hva helsepersonell kan gjøre. Dette for å sørge for at pasienten får den informasjonen hen har behov for om seksuell helse. Anbefalingen var at sykepleier skal repetere informasjon om seksuell helse ved hver time pasienten har på en kreftklinikk eller sykehuset. Dette medfører at pasienten selv kan bestemme hva som er viktig informasjon, og ikke. Studien til Annerstedt og Glasdam (2019) viste at sykepleiere har en informasjonsplikt rundt alle aspekter ved sykdom og behandling.

3.2.3 Endringer i seksuell helse etter en kreftdiagnose

Forskningsartiklene viste gjennomgående at mange pasienter opplevde negative endringer i seksuell helse. Cleary et al. (2011) presenterte at 53% i noen grad opplevde endringer i seksuelle relasjoner. 64% hadde dårligere seksuelle funksjoner etter kreftdiagnosen og behandlingen. Flere artikler viste at mange pasienter opplevde en rekke fysiske problemer med deres seksuelle helse, som eksempelvis lav libido (sexlyst), erektil dysfunksjon og fysiske endringer i kjønnsorganer (McGrath, 2012; Olsson et al., 2012). Her burde sykepleieren ta initiativ til samtale for å støtte og informere pasienten om hvordan kreftdiagnosen og behandlingen påvirker deres seksuelle helse. På bakgrunn av at mange pasienter kan ha økt behov for informasjon (Hautamäki-Lamminen et al., 2013).

3.2.4 Kunnskap og ferdigheter om seksuell helse

En stor andel av sykepleierne følte de ikke hadde tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter om seksuell helse (Moore et al., 2013; Olsson et al., 2012). Hovedsakelig i det å støtte og veilede pasientene rundt tema. Dette førte videre til at flere unngikk å snakke om seksuell helse. Mange sykepleiere følte de ikke hadde tilstrekkelig kunnskap når det kom til bestemte områder. Moore et al. (2013) viste at en stor andel av sykepleierne følte de ikke hadde tilstrekkelig kunnskap når det eksempelvis kom til ejakulasjons vanskeligheter, erektil dysfunksjon og muligheten for protese. Resultatene fra Cleary et al. (2011) viste at det å ha en bedre og mer relevant utdanning, og inkludere seksuell helse i større grad vil bidra til et økt kunnskapsnivå.

3.2.5 Individuelt tilpasset samtale

Helsepersonell er ikke flinke nok til å snakke om seksuell helse med pasienter som studiene til Cleary et al. (2011) og Olsson et al. (2012) underbygger. Kun noen få sykepleiere uttrykte at de snakket med pasientene om seksuell helse. Imidlertid kom det fram at de fleste sykepleierne var klar over at det er viktig å ta opp tema seksuell helse. De fleste uttrykte at de er villige til å snakke om seksuelle helseproblemer dersom pasienten selv tar initiativ, noe som sjeldent skjer. Resultatene til Annerstedt og Glasdam (2019) var at flere av sykepleierne ønsket å erstatte samtalene med skriftlig informasjon som eksempelvis brosjyrer da dette var en enklere løsning. Sykepleierne kunne dermed unngå ubehagelige samtaler om et så tabubelagt tema som seksuell helse.

Utdeling av brosjyrer kan tilfredsstillende pasientens behov for informasjon til en viss grad. Det kan derimot ikke tilfredsstillende kravet til individuelt tilpasset samtale. Hvor stort informasjonsbehov pasientene har er individuelt (Cleary et al., 2011). Pasientene uttrykte et behov for individuelt tilpasset samtale hvor informasjonen tilpasses hver enkelt. Menn uttrykte et større behov for hjelp og informasjon på å bestemme hvilken behandling som var best for dem, og oppfattet at de var alene med å takle seksuelle forandringer (Leonardi-Warren et al., 2016).

Kreftsykdom påvirker ikke kun pasienten, det vil også påvirke en eventuell partner. 34% av kvinnene i studien til Cleary et al. (2011) uttrykte at de var mindre komfortable med å snakke med partner om seksuelle utfordringer etter kreftdiagnosen. Inkludering av partner i samtale ble trekt frem som viktig. Noen kvinner i studien til Leonardi-Warren et al. (2016) ønsket muligheten til å selv bestemme om partner skulle være med i samtale om seksuell helse.

4.0 Diskusjon

4.1 Resultatdiskusjon

For å bidra til å fremme seksuell helse hos unge kreftpasienter kom det fram i forskningslitteraturen at sykepleiere må være bevisst på mulige barrierer for å snakke om seksuell helse. Videre presenterer forskningslitteraturen at seksuell helse er et viktig tema, som medfører at pasienter burde få informasjon om kreftdiagnosens påvirkning på den seksuelle helsen. De resterende funnene var hvilke endringer pasientene har hatt i forhold til seksuell helse etter kreftdiagnosen, kunnskap og ferdigheter om seksuell helse hos sykepleiere og behovet pasientene har for individuelt tilpasset samtale.

4.1.1 Barrierer

Flere av artiklene trakk frem seksuell helse som et tabubelagt tema. Sykepleierne og flere av pasientene synes det var flaut og ubehagelig å diskutere seksuell helse på bakgrunn av dette (Annerstedt & Glasdam, 2019; Leonardi-Warren et al., 2016; Olsson et al., 2012). En fagartikkel fra Sykepleien trakk frem barrierer som hindrer helsepersonell i å ta opp seksuell helse. Barrierer som blir nevnt er sykdomsfokus, eget ubehag, temaet er tabu, og lite kunnskap blant helsepersonell. Alle disse barrierene er funn vi selv har gjort i vårt litteraturstudie.

Barrierer hos pasienten var manglende evne til å diskutere seksuell helse og frykt for negative reaksjoner hos helsepersonell. Det unngås å snakke om seksuell helse da det er barrierer hos både helsepersonell og pasient (Mobekk & Willems, 2022).

Fra praksis har vi selv erfaringer som tilsier at helsepersonell snakker lite om seksuell helse med pasienter. Det er vanlig med en innkomstsamtale hvor man gjennomgår flere grunnleggende behov (Gamnes, 2019, s. 401). Gjennom praksis har vi selv gjennomført slike innkomstsamtaler. Innkomstsamtalene har en mal og man følger punktvis lista, men på denne malen er ikke punktet om seksuell helse. Hvorfor? Det er et tabu tema og helsepersonell synes det er ubehagelig å snakke om (Leonardi-Warren et al., 2016).

For at seksuell helse skal bli et tema som snakkes om, må man klare å overvinne barrierene om at det er tabu og flaut. Økt kunnskap vil føre til at helsepersonell vil føle seg mer komfortable med å bringe seksuell helse på banen, og er derfor et viktig tiltak for å normalisere temaet (Moore et al., 2013). Dermed kan utdanning og kurs i seksuell helse være med på å bidra til at sykepleiere fremmer seksuell helse.

Korte sykehusinnleggelser var en annen mulig barriere for å snakke om seksuell helse ifølge studiene til Olsson et al. (2012) og Annerstedt og Glasdam (2019). Studien til Moore et al. (2013) derimot trakk frem at 50% av sykepleierne var uenige i at dette var en barriere for å snakke om seksuell helse. Kontinuitet i sykepleier-pasient kontakten ble trekt frem som viktig da dette gir mulighet for å etablere en tillitsfull relasjon. Å etablere tillit er en viktig kommunikasjonsferdighet. Dette gjør det enklere for pasienten å tørre å åpne seg opp til sykepleier slik at sykepleier kan veilede pasienten (Heyn, 2018, s. 18-19). En tillitsfull relasjon er dermed en av grunnpilarene for en åpen og trygg samtale. Videre tilsier dette at tillit er viktig i arbeidet med å fremme seksuell helse.

Mangel på tid og egnet miljø var barrierer Moore et al. (2013) og Olsson et al. (2012) trakk frem. Organisasjonen har et ansvar for å tilrettelegge sine tjenester slik at tjenesteyter kan overholde sine lovpålagte plikter, og at den enkelte pasient gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §2-2). Dette kan legges til grunn for at organisasjonen må tilrettelegge for tid og egnet miljø. Arbeidspress fører til mangel på tid, som igjen fører til at samtalen om seksuell helse blir utelatt (Moore et al., 2013). Derfor må antall ansatte på jobb samsvare med arbeidsmengden. En pasient i studien til Leonardi-Warren et al. (2016) understreket behovet for helhetlig sykepleie. Pasienten mente at mange gir opp håpet i kreftkampene deres fordi de føler seg som en halv person i stedet for en hel. Ved å gi et helsetilbud hvor det tilrettelegges for tid til samtale for at sykepleier kan veilede og informere pasienter. Følgelig vil et egnet samtalerom bidra til at pasienten får et helhetlig tjenestetilbud.

Sykepleiernes forestilling om en type seksuell norm var en barriere som påvirket kommunikasjonen om seksuell helse med pasienten. Sykepleierne uttalte at yngre pasienter er mer seksuelt aktive og derfor trenger mer informasjon. Likevel snakket ikke sykepleierne med alle yngre pasienter, men de informerte yngre betydelig mer enn de eldre. Sykepleierne nevnte kun heteroseksuelle forhold og anså single som ikke seksuelt aktive. Dermed ble single utelatt informasjon om seksuell helse på bakgrunn av en seksuell norm sykepleierne hadde (Annerstedt & Glasdam, 2019). Forestillingen om at behovet for samtaler avhenger av alder, kjønn, sivilstatus, diagnose og medikamentell behandling medførte at flere pasienter ble utelatt samtale. Eldre pasienter og pasienter i forhold ble ofte sett på som de med minst behov for samtale (Olsson et al., 2012).

4.1.2 Informasjon

Informasjon bør gis både skriftlig og muntlig av sykepleiere for å fremme seksuell helse. Alle tre fokusgruppene til Leonardi-Warren et al. (2016) trakk frem viktigheten av digital informasjon, inkludert informasjonshefter, videoer og webinarer. Imidlertid var tilgang på kvalitetssikret informasjon, skrevet av fagfolk og med et enkelt og forståelig språk noe de etterlyste. Videre kom det fram at informasjon i form av samtaler var ønskelig. Kvinner fra en fagartikkel i sykepleien hadde erfaringer med å få for lite informasjon og veiledning knyttet til seksuell helse etter behandling av kreftsykdom. De hadde ikke fått informasjonen de hadde krav på, og ikke fått tilbud om samtaler. De hadde derimot et ønske om at informasjon og veiledning skulle komme fra helsepersonellet (Hoel et al., 2021).

Viktigheten av dette underbygger faglitteraturen ved at den forteller at å undervise, veilede og informere pasienter er en viktig del av den undervisende funksjonen til sykepleiere for å fremme helse (Alvsvåg, 2018, s. 51).

Sykepleierne hadde en forestilling om at alle pasienter tidlig i sykdomsforløpet ikke hadde behov for å snakke om problemer med seksuell helse. Her må sykepleieren i stedet tilpasse seg den enkelte pasient. Noen pasienter har et større behov for informasjon og for å snakke om seksuell helse (Hautamäki-Lamminen et al., 2013). Resultatene fra studien til Annerstedt og Glasdam (2019) viste at flertallet av sykepleierne antok at yngre pasienter hadde et større behov for informasjon enn eldre. Dette er et problem i seg selv, men i tillegg fokuserte som oftest informasjonen kun på de fysiske funksjonene og aspektene rundt sykdom og behandling. Det å informere om de psykiske aspektene som eksempelvis selvbilde ble snakket enda mindre om. Imidlertid viste studien til Hautamäki-Lamminen et al. (2013) at de yngre pasientene mente, å få informasjon om seksuell helse var viktigere enn de eldre. Dermed hadde sykepleierne et godt poeng når det kommer til at de yngre har et større behov for informasjon. Det de derimot ikke tar høyde for er de individuelle forskjellene i forhold til hvem som har et stort behov for informasjon om seksuell helse. Eksempelvis viste studien til Hautamäki-Lamminen et al. (2013) at menn med prostatakreft hadde et større behov for informasjon enn pasienter med andre kreftdiagnoser. Menn mente at informasjon om seksuell helse var viktigere enn kvinner, men dersom kjønns spesifikke diagnoser utelukkes var det ingen forskjeller på menn og kvinner (Hautamäki-Lamminen et al., 2013). Sykepleieren burde dermed tidlig i behandlingsforløpet spørre alle kreftpasienter om kreften eller eventuelt behandlingen har påvirket den seksuelle helsen.

4.1.3 Endringer i seksuell helse etter en kreftdiagnose

Flere pasienter opplever endringer i seksuell helse etter en kreftdiagnose. Tørre slimhinner og sammenvoksinger, ereksjons- og/eller ejakulasjonsproblemer er utfordringer mange pasienter kan oppleve (Lorentsen & Grov, 2020). Informasjon om normale versus unormale endringer var viktig informasjon for pasientene slik at de visste hva de kunne forvente (Leonardi-Warren et al., 2016). Gjennomgående i artiklene var at flertallet hadde opplevd endringer i deres seksuelle helse. Det var derimot også pasienter som ikke hadde opplevd endringer i deres seksuelle helse, og at dette enten hadde vært et forbigående problem, eller ikke et problem i det hele tatt (McGrath, 2012). Uansett om det var et forbigående eller varig problem, har pasienten rett til informasjon. Pasienten skal ha nødvendig informasjon for å få innsikt i sin helsetilstand, og skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2). Denne informasjonsplikten kan bidra til at pasienter er mer forberedt på hva som kan komme. Det oppleves derfor ikke så skummelt når problemet skulle inntreffe fordi de har mottatt informasjon på forhånd om at dette kunne være en bivirkning.

De fleste pasientene i studien til Cleary et al. (2011) hadde et relativt positivt selvbilde etter kreftdiagnosen. Forskningen til Olsson et al. (2012) derimot viste at flere pasienter hadde opplevd et endret selvbilde i negativ forstand etter kreftdiagnosen. Dette er ikke overraskende, da kroppen gjennomgår mange endringer ved kreftsykdom. Dette bidrar til at pasientene føler seg sårbare og skaper stor usikkerhet, og medfører et endret selvbilde. Pasienter kan føle at kroppen ikke lenger er deres, da eksempelvis utseende kan være endret i form av fjerning av bryst eller håravfall (Lorentsen & Grov, 2020, s. 405). Endring i selvbilde er ikke uvanlig ifølge kreftforeningen. Denne endringen kan være enten forbigående eller permanent. Alle har mulighet til et godt seksualliv, men for å få til det må man tørre å våge.

Redselen for å bli avvist eller vansker med å akseptere en endret kropp kan være faktorer som setter en stopper for å tørre å prøve (Kreftforeningen, u.å.-b). Sykepleieren må oppfatte hvor stort problem pasienten har for deretter å bestemme hvem som skal håndtere problemet. Sykepleieren blir en slags portvakt som bestemmer hvem som skal ha videre oppfølging og hvem som klarer seg selv. Dermed er det sykepleierens ansvar å henvise videre til hjelp for å løse seksuelle helseproblemer (Annerstedt & Glasdam, 2019).

4.1.4 Kunnskap og ferdigheter

Lite har forandret seg de siste årene, og mangel på kunnskap er en vesentlig faktor i forhold til at det blir snakket lite om seksuell helse. Funnene i denne litteraturstudien viste at sykepleiernes ferdigheter og kunnskap innenfor seksuell helse og kreft ikke var tilstrekkelig. Likevel mente en andel av sykepleierne at de hadde tilstrekkelig kunnskap innenfor ulike områder innenfor seksuell helse. Eksempelvis svarte 67% at de følte de hadde tilstrekkelig kunnskap når det kom til å snakke om muligheten for sæddonasjon. I tillegg svarte 57% at de hadde tilstrekkelig kunnskap i forhold til påvirkningen av kreft og behandling på seksuelle funksjoner (Moore et al., 2013).

73% av helsepersonellet rapporterte om ingen videreutdanning i seksuell helse, men anerkjente at seksuelle helseproblemer var viktig for pasienter. Undersøkelsen viste at helsepersonell hadde mer erfaring med å håndtere stress, depresjon, kroppsbilde og kommunikasjon med pasientens partner. Det de derimot ikke hadde erfaring med var henvisning til sexolog, dokumentasjon av seksuelle helseproblemer, utdanning og kunnskap om impotens. Denne mangelen på erfaring førte videre til at helsepersonell ikke brakte seksuell helse på banen, og mange pasienter måtte derfor samle informasjon på egenhånd. Dette går i strid med hva pasientene i samme studie ønsket seg. De ønsket tilgang på informasjon de visste var kvalitetssikret, altså fra helsepersonell (Leonardi-Warren et al., 2016).

Sykepleiernes holdninger og kunnskap om seksualitet påvirket forekomsten og innholdet i samtalen. Samtaler om seksuelle helseproblemer ble ikke unnfanget som en del av sykepleiernes daglige rutiner. Det ble diskutert hvem sitt ansvar det var å diskutere seksuelle helseproblemer. Seksuelle helseproblemer som var en konsekvens av den medisinske behandlingen ble satt til å være legens ansvar, eller sykepleiere med spesialkompetanse. Grunnen til at sykepleierne unngikk samtalen var mangel på kunnskap og ferdigheter. Sykepleierne var usikre på hvordan de skulle gi veiledning, råd og støtte pasientens behov angående seksualitetsspørsmål, som igjen førte til unngåelse (Olsson et al., 2012).

For at sykepleier skal kunne bidra til å fremme seksuell helse, kom det fram at arbeidsplassen må tilrettelegge for god opplæring innenfor temaet. Eksempelvis ved å legge til rette for mulighet til simulering eller rollespill. Dette kan føre til økt kunnskapsnivå blant sykepleiere innenfor seksuell helse og kreft, noe som videre fører til trygghet og bedre ferdigheter.

Dersom sykepleierne følte en trygghet, i forhold til kunnskapsnivå, var sannsynligheten større for at de tok opp tema seksuell helse og kreft med pasientene (Moore et al., 2013).

4.1.5 Individuelt tilpasset samtale

Helsepersonell i studien til Annerstedt og Glasdam (2019) mente at skriftlig informasjon som eksempelvis brosjyrer kunne erstatte muntlig informasjon i form av samtaler. De mente at dette var en enklere løsning for begge parter, da de slapp å snakke om et ukomfortabelt og tabubelagt tema som seksuell helse. Helsedirektoratet derimot snakker om at motiverende intervju kan være en anbefalt samtalemetode i situasjoner hvor man har som formål å motivere til atferdsendring. Dette kan være et nyttig verktøy å bruke for helsepersonell med noen pasienter, men ikke alle. Derfor må dette individuelt tilpasses den enkelte. Denne kliniske ferdigheten kan være spesielt nyttig hos pasientene som opplever store utfordringer med seksuell helse. Dette burde helsepersonell benytte oftere (Helsedirektoratet, 2017). Dermed kan ikke all muntlig informasjon og støtte erstattes av skriftlig informasjon. Pasientene i studien til Leonardi-Warren et al. (2016) hadde også et ønske om at helsepersonell skulle åpne opp for flere samtaler om seksuell helse. Dette beviser at helsepersonell har en feiloppfatning av hva pasientene tenker og har et ønske om.

I et behandlingsforløp for kreft vil både pasient og partner ha behov for informasjon om seksuell helse, ettersom begge parter vil bli påvirket. Noen kvinner i studien til Leonardi-Warren et al. (2016) trakk frem at de ikke ønsket å diskutere seksuell helse fremfor partneren. De hadde et ønske om å selv bestemme om seksuell helse skulle diskuteres med partner eller individuelt. Kvinnene poengterte viktigheten av individuelt tilpasset samtale. Studien til Cleary et al. (2011) viste at 35% av pasientene var mindre komfortable med å snakke med partner om seksuell helse etter kreftdiagnosen. Artikkelen til Olsson et al. (2012) viste at sykepleierne hadde en oppfatning om at pasienter med fast partner hadde mindre behov for å snakke om seksuelle helseproblemer, da de oftest håndterte problemene på egenhånd. Dette motsier hverandre, da pasientene selv er mindre komfortable med å snakke med partner, og trenger støtte og veiledning fra sykepleier. Dette understreker behovet for individuelt tilpassede samtaler slik at både pasient og partner kan bli ivaretatt på best mulig vis, og sykepleier kan bidra til å fremme seksuell helse.

Ifølge resultatene til Annerstedt og Glasdam (2019) og Olsson et al. (2012) hadde seksuell helse lav prioritet på en kreftklinik og i rehabiliteringsfasen. Dette kan være en årsak til at det ikke er nok samtaler om seksuell helse, særlig innenfor enkeltområder i helsevesenet. For at sykepleier skal bidra til å fremme seksuell helse hos unge kreftpasienter kan et tiltak være som Hautamäki-Lamminen et al. (2013) presenterte: At alle pasienter som har opplevd problemer med den seksuelle helsen som følge av kreftdiagnose og behandling får tilbud om samtaler. De skal få muligheten til å snakke om seksuelle helseproblemer de har opplevd, og snakke med en rådgiver dersom dette er nødvendig. I samtalene er det viktig at sykepleiere bringer tema på banen for at pasienter lettere skal åpne seg om seksuelle helseproblemer. Her gjelder det å være en aktiv lytter og få med seg eventuelle hint pasienten kommer med underveis i samtalen. Dette bidrar til å få frem pasientens perspektiv (Heyn, 2018, s. 20). Å få frem pasientens perspektiv er viktig, da pasienten sitter på mest informasjon om seg selv og er den viktigste kilden til informasjon (Heyn, 2018, s. 16).

4.2 Metodediskusjon

Litteraturstudie ble valgt som metode, dette medførte at vi måtte gjennomføre et systematisk søk. [PICO-skjema](#) ble brukt i forarbeidet til søket, som beskrevet tidligere. Dette ble benyttet for å kunne gjennomføre et strukturert søk på en oversiktlig måte. I forarbeidet var det utfordrende å finne ut hvilke ord som passet i hver kolonne. Bemerkelsesverdig utfordrende ble det da søkene skulle utføres i databasene. Da vi ikke hadde noen erfaring i bruken av dem fra tidligere. Likevel hadde vi gjennom bibliotekaren fått en kort gjennomgang av PubMed. I tillegg ble en video fra bibliotekaren om Cinahl benyttet.

Utførelsen av det systematiske søket resulterte i flere utfordringer da vi ikke hadde nok kunnskap om hvordan dette skulle bli gjort. Emneord-systemene med mesh terms (PubMed) og Cinahl headings (Cinahl), og hvordan søkene skulle utføres var ikke forstått. Da søkene skulle bli gjennomført hadde vi dermed en del nøkkelord, og ikke like mange emneord som var ønskelig i det endelige søket. Videre da det systematiske søket ble utført resulterte sammensetningen av søkeordene i svært få treff. Dermed ble PICO-skjema endret for å prøve å få en bedre sammensetning av ordene. Fremdeles var det få treff, og flere av søkeordene måtte gjentatte ganger endres. Til slutt ble de endelige emneordene og noen nøkkelord funnet. Videre måtte søket gjøres på nytt, slik at både nøkkelord og emneord ble inkludert der emneordet ikke fantes i begge databasene.

Dette var en utfordring uten å ha mottatt tilstrekkelig informasjon om søkemetoden før bachelorskrivingen. På tross av utfordringer i oppstartsfasen fikk vi tak i den nødvendige informasjonen og skjønnte hvordan søket skulle bli utført. Til slutt fikk vi et godt treff, med flere mulig relevante forskningsartikler å velge mellom.

4.2.1 Styrker og svakheter med litteraturstudie

For å sikre kvaliteten på forskningsartiklene ble det benyttet sjekklister fra helsebiblioteket. Dette kvalitetssikret artiklene og systematiserte vurderingen av forskningslitteraturen og resultatene som ble funnet. Inklusjonskriteriene som er satt for oppgaven styrker litteraturstudiet ved at oppgaven svarer på problemstillingen, og det er kun valgt ut artikler nyere enn 15 år.

Svakhetene med litteraturstudie er at alle forskningsartiklene som ble benyttet var engelskspråklige. Dette medfører en høyere risiko for at noe informasjon kan bli feiltolket da ingen av oss har engelsk som morsmål. Noe informasjon kan ha blitt utelatt på grunn av vanskeligheter med å forstå innholdet. Flere av de kvalitative studiene hadde få deltakere og kan derfor være en svakhet, da det kun viser et fåtall utvalgte. En annen svakhet som er verdt å nevne er at vi ikke hadde noen erfaring med å utføre et slikt studie fra tidligere. Dette kan igjen medføre en lavere kvalitet hvor vi ikke vet om alt er gjort på riktig måte. Til tross for dette har vi prøvd å følge retningslinjene etter beste evne.

4.3 Konklusjon

Hensikten med litteraturstudie var å belyse hvordan sykepleier kan bidra til å fremme seksuell helse hos unge kreftpasienter. Funn fra vår studie tyder på at det er mange barrierer fra både sykepleieperspektivet og pasientperspektivet. For at sykepleierne skal kunne ivareta den unge kreftpasientens seksuelle helse, må man overkomme disse barrierene.

Seksuell helse er et tabubelagt tema hvor mange sykepleiere følte ubehag ved å diskutere dette med pasientene. Grunnen til at de følte på ubehag var blant annet mangel på kunnskap og redselen for å tråkke over noen intimgrenser. Videre førte dette til at pasientene ikke fikk de samtalene og informasjonen de hadde behov for.

For at sykepleier skal bidra til å fremme seksuell helse hos unge kreftpasienter burde de tidlig i behandlingsforløpet informere om kreftdiagnosens mulige påvirkning på seksuell helse. I tillegg spørre alle kreftpasienter tidlig i behandlingsforløpet om de har opplevd seksuelle helseproblemer i forbindelse med kreftdiagnosen og behandlingen. Endringer i seksuell helse etter en kreftdiagnose viste seg å være en viktig faktor da mange pasienter opplevde dette. Da kunne informasjon være særdeles viktig slik at de kunne vite hva de kunne forvente. Særlig i forhold til at det viste seg å være svært vanlig å få et endret selvilde etter kreft og behandling. Når det kommer til selvilde må sykepleieren oppfatte hvor stort problemet til pasienten er, for deretter bestemme hvem som skal håndtere problemet.

Ved å øke kunnskapsnivået til sykepleierne innenfor seksuell helse og kreft vil det bidra til økt trygghet og ferdigheter. Tryggheten, ferdighetene og kunnskapen var viktige faktorer for at sykepleierne skulle bringe temaet på banen. I tillegg førte det til mindre ubehag da de hadde mer kunnskap, og visste de kunne svare på eventuelle spørsmål. Sykepleieren må tilby pasientene individuelt tilpassede samtaler for å snakke om seksuell helse. Dette da pasientene har behov for informasjon og støtte rundt temaet. Forskningslitteraturen viste at skriftlig informasjon ikke kan erstatte all muntlig informasjon. Pasientene hadde et ønske om at sykepleierne skulle åpne opp for flere samtaler. Dermed er det viktig å etterleve dette for å imøtekomme pasientenes behov og ønsker i størst mulig grad.

Referanseliste

- Alvsvåg, H. (2018). Helsefremming og sykdomsforebygging. Et historisk og sykepleiefaglig perspektiv. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis* (2. utg., s. 50-70). Fagbokforlaget.
- 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>
- Aveyard, H. (2019). *Doing a Literature Review in Health and Social Care: A Practical Guide* (4. utg.). Open University Press.
- Berteussen, L. M. (2021, 6. juli). *PubMed*. Store Medisinske Leksikon. Hentet 19. april 2023 fra <https://sml.snl.no/PubMed>
- Cleary, V., Hegarty, J. & McCarthy, G. (2011). Sexuality in Irish Women With Gynecologic Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 38(2), 87-96. <https://doi.org/10.1188/11.ONF.E87-E96>
- Gamnes, S. (2019). Seksualitet og helse. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie, bind 2. Grunnleggende behov* (3. utg., s. 373-407). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Grønseth, R. & Jerpseth, H. (2019). *Bacheloroppgaven i sykepleie* (1. utg.). Fagbokforlaget.
- Hautamäki-Lamminen, K., Lipiäinen, L., Beaver, K., Lehto, J. & Kellokumpu-Lehtinen, P.-L. (2013). Identifying cancer patients with greater need for information about sexual issues. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(1), 9-15. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2012.03.002>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016, 6. desember). *Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017-2022)*. Regjeringen. https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf
- Helsebiblioteket. (2016, 3. juni). *4.1 Sjekklistor*. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/4.kritisk-vurdering/4.1-sjekklistor>
- Helsebiblioteket. (2021a, 20. januar). *CINAHL*. Hentet 12. april 2023 fra <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/lenker/databaser/cinahl>
- Helsebiblioteket. (2021b, 17. september). *Kunnskapsbasert praksis*. Hentet 18. april 2023 fra <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#3litteratursok-36-lage-sokestrategi>
- Helsedirektoratet. (2017, 7. juli). *Motiverende intervju som metode*. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/motiverende-intervju-mi/motiverende-intervju-som-metode>
- Helsedirektoratet. (2021, 20. oktober). *Seksuell helse*. Helsedirektoratet. Hentet 13. april 2023 fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/sektorrapport-om-folkehelse/sunne-valg/seksuell-helse>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Heyn, L. G. (2018). Hvordan tilegne seg kommunikasjonsferdigheter? I L. G. Heyn (Red.), *Klinisk kommunikasjon i sykepleie* (s. 13-31). Gyldendal Akademisk.
- Hoel, V., Leite, M. & Grønvik, C. K. U. (2021). Sykepleiere må kunne snakke om seksuell helse etter gynekologisk kreft. *Sykepleien*, 109(83455), e-83455. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2021.83455>
- Kreftforeningen. (2023, 23. mars). *Hva er kreft?* Kreftforeningen. Hentet 15. april 2023 fra <https://kreftforeningen.no/om-kreft/hva-er-kreft/>

- Kreftforeningen. (u.å.-a). *Kreft og evnen til å få barn*. Hentet 16. mai 2023 fra <https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/kreft-og-seksualitet/evnen-til-a-fa-barn/>
- Kreftforeningen. (u.å.-b). *Seksualitet, kropp og selvbilde*. Hentet 12. april 2023 fra https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/kreft-og-seksualitet/seksualitet-kropp-og-selvbilde/?fbclid=IwAR2aORXwmwU5N00p35QfzdI_nwD5wxIGtzzGKE-5ssKSTDwByGcluZw_YNM
- Kreftregisteret. (2023, 10. mai). *Kreftstatistikken 2022: Nærmere 500 flere tilfeller av føflekkreft*. Kreftregisteret. Hentet 15. mai 2023 fra <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Nyheter/2023/kreftstatistikk-2022-nar-500-flere-tilfeller-av-foflekkreft/>
- Leonardi-Warren, K., Neff, I., Mancuso, M., Wenger, B., Galbraith, M. & Fink, R. (2016). Sexual Health: Exploring Patient Needs and Healthcare Provider Comfort and Knowledge. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 20(6), 162-167. <https://doi.org/10.1188/16.CJON.E162-E167>
- Lorentsen, V. B. & Grov, E. K. (2020). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk Sykepleie 2* (5. utg., s. 397-436). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- McGrath, P. D. (2012). The Impact on Sexuality After Diagnosis and Treatment for a Hematologic Malignancy: Findings From Australia. *Oncology Nursing Forum*, 39(6), 595-600. <https://doi.org/10.1188/12.ONF.595-600>
- Mobekk, H. & Willems, A. (2022). Helsepersonell må tørre å snakke med brystkreftpasienter om seksuell helse. *Sykepleien*, 110(90143), e-90143. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2022.90143>
- Moore, A., Higgins, A. & Sharek, D. (2013). Barriers and fascilitators for oncology nurses discussing sexual issues with men diagnosed with testicular cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(4), 416-422. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2012.11.008>
- National Library of Medicine. (u.å.). *PubMed Overview*. Hentet 12. april 2023 fra <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/about/>
- Norsk Helseinformatikk. (2021, 25. februar). *Kreft*. Norsk Helseinformatikk. Hentet 19. april 2023 fra <https://nhi.no/kroppen-var/sykdomsprosesser/kreft/>
- Norsk Sykepleierforbund. (u.å.-a). *Folkehelse*. Hentet 26. april 2023 fra <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/folkehelse>
- Norsk Sykepleierforbund. (u.å.-b). *Yrkesetiske Retningslinjer*. Hentet 20. april 2023 fra <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2020). Klinisk sykepleie - funksjon, ansvar og kompetanse. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk Sykepleie 1* (5. utg., s. 17-39). Gyldendal Akademisk.
- 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>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten* (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61>
- Sætertrø, O. & Haugan, P. S. (2018). Motiverende intervju - helsefremmende samtale. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis* (2. utg., s. 259-275). Fagbokforlaget.
- Søk & skriv. (2023, 2. mai). *Søketeknikker*. Hentet 8. mai 2023 fra <https://www.sokogskriv.no/soking/soketeknikker.html#kombiner-s%C3%B8keord>

- Trygstad, H. & Dalland, O. (2020). Kunnskapskilder og kildekritikk. I O. Dalland (Red.), *Metode og oppgaveskriving* (7. utg., s. 139-166). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Ugai, T., Sasamoto, N., Lee, H.-Y., Ando, M., Song, M., Tamimi, R. M., Kawachi, I., Campbell, P. T., Giovannucci, E. L., Weiderpass, E., Rebbeck, T. R. & Ogino, S. (2022). Is early-onset cancer an emerging global epidemic? Current evidence and future implications. *Nature Reviews Clinical Oncology*, 19(10), 656-673. <https://doi.org/10.1038/s41571-022-00672-8>
- Ungkreft. (u.å.-a). *Kreft i ung alder*. Hentet 16. mai 2023 fra <https://ungkreft.no/kreft-i-ung-alder>
- Ungkreft. (u.å.-b). *Nye tanker i ny kropp*. Hentet 16. mai 2023 fra <https://ungkreft.no/sex-kos-klem>

Vedlegg 1: PICO-skjema

P	P	I	O
Nurses (MH/CH)	Neoplasms (MH/CH)	Communication (MH/CH)	Sexual Health (MH/CH)
Nursing (MH) Nursing (KW)	Cancer patients (CH) Cancer patients (KW)	Motivational interviewing (MH/CH)	Sexuality (MH/CH)
Nurse´s role (MH) Nurse´s role (KW)	Oncology (MH/CH)	Teaching (MH/CH)	
Nursing role (CH) Nursing role (KW)		Information (KW)	
		Patient education (MH/CH)	

Vedlegg 2: Eksempel på utfylt sjekkliste for kvalitative artikler fra helsebiblioteket

Spørsmål	Ja	Nei	Usikker
1. Er formålet med studien klart formulert?	X		
2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen	X		
3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen	X		
4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?	X		
5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?	X		
6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?	X		
7. Er etiske forhold vurdert?	X		
8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?	X		
Basert på svarene dine på punkt 1-8 over, mener du at resultatet fra denne studien er til å stole på?	X		

Vedlegg 3: Tematisk analysetabell

Referanse	Sykepleiers bevissthet på barrierer om seksuell helse	Informasjon om kreftdiagnosens påvirkning på seksuell helse	Endringer i seksuell helse etter en kreftdiagnose	Kunnskap og ferdigheter om seksuell helse	Individuelt tilpasset samtale
Annerstedt og Glasdam (2019)	X	X	X		X
Cleary et al. (2011)		X	X	X	X
Hautamäki-Lamminen et al. (2013)	X	X	X		X
Leonardi-Warren et al. (2016)	X	X	X	X	X
McGrath (2012)	X		X		
Moore et al. (2013)	X	X		X	
Olsson et al. (2012)	X	X	X	X	X

