

Runa Elde Skårset  
Kandidatnummer 10197

Julie Slørdahl  
Kandidatnummer 10180

## Seksualitet og kommunikasjon

Litteraturbachelor  
7616 ord

Bacheloroppgave i sykepleie  
Juni 2023



Runa Elde Skårset  
Kandidatnummer 10197

Julie Slørdahl  
Kandidatnummer 10180

## **Seksualitet og kommunikasjon**

Litteraturbachelor  
7616 ord

Bacheloroppgave i sykepleie  
Juni 2023

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



Kunnskap for en bedre verden



*Min elskede er ikke her.  
Og jeg danser ikke med ham.  
Hos min elskede danser jeg uten klær,  
fordi jeg vil ha ham nær, nær, nær  
i lykke og lyst og skam.*

*Min elskede er ikke her.  
Det er ikke ham jeg kysser nå.  
Hva venter han etter? Hva tenker han på?  
Se, min munn er mørk av begjær.*

*Min elskede kommer og går.  
Og kanskje han sprenger min port og mitt skjød  
mens natten er sort som den sorte død.  
Men når – når?*

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Seksualitet og seksuell helse utgjør viktige deler av menneskets helse og skal ivaretas i helsevesenet. Mennesker som rammes av sykdom kan oppleve seksuelle utfordringer og kan ha behov for oppfølging. Mange sykepleiere unngår likevel samtaler om seksualitet og seksuell helse med pasienter. Seksuelle utfordringer forblir dermed uadressert og ubehandlet.

**Hensikt:** Å undersøke hvilke forhold som påvirker hvorvidt sykepleiere snakker med pasienter om seksualitet og seksuell helse.

**Metode:** Litteraturstudium av ni originalstudier som har undersøkt hvordan sykepleiere innen ulike deler av helsetjenesten forholder seg til seksualitet og seksuell helse. Studiene er av både kvalitativ og kvantitativ metode, og er gjennomført i fem land i Nordvest-Europa.

**Resultat:** Flertallet av sykepleiere mente det inngikk i deres yrkesansvar å snakke med pasienter om seksualitet og seksuell helse. Mange sykepleiere unngikk likevel å snakke om temaet grunnet sine holdninger og tolkninger av seksualitetens innhold og betydning, antakelser om pasienter, egenopplevd mangel på kompetanse, dårlig tid og manglende organisatorisk tilrettelegging. Mer yrkeserfaring, utdanning og opplæring fremmet sykepleieres initiativ til å snakke om seksualitet og seksuell helse.

**Konklusjon:** Det finnes flere ulike forhold som påvirker om sykepleiere snakker med pasienter om seksualitet. Disse må sees i sammenheng med hverandre for å oppnå forbedring.

## Abstract

**Background:** Sexuality and sexual health constitute important parts of human health and should be preserved in the healthcare system. People suffering from disease may experience sexual difficulties and may require follow-up. However, many nurses avoid conversations regarding sexuality and sexual health with patients causing sexual difficulties to remain unaddressed and untreated.

**Aim:** To investigate which factors influence whether nurses talk with patients about sexuality and sexual health.

**Method:** Literature study of nine original studies which researched how nurses in different areas of healthcare relate to sexuality and sexual health. The studies' research is both qualitative and quantitative and was completed in five countries within Northwestern Europe.

**Results:** The majority of nurses meant that talking with patients about sexuality and sexual health was part of their responsibility. However, many nurses avoided the topic because of their own opinions of the topic or value of sexuality, assumptions about patients, personal lack of experience or inadequate time. Expanded work experience, education and training promoted nurses' initiative to discuss sexuality and sexual health.

**Conclusion:** There are several factors that influence whether nurses talk with patients about sexuality and sexual health, all of which must be analyzed in relation to one another.

# Innhold

<b>1.0 Innledning</b> .....	1
1.1 Introduksjon til tema.....	1
1.2 Bakgrunn for valg av tema .....	1
1.3 Sykepleiefaglig relevans .....	2
1.4 Teoretisk perspektiv .....	2
1.4.2 Kommunikasjon om seksualitet i helsevesenet .....	3
1.4.3 Seksualiteten i et sosiologisk og historisk perspektiv .....	3
1.4.4 Jean Watson om seksualitet og holistisk sykepleie .....	3
1.4.5 Kari Martinsen om sykepleie .....	3
1.5 Formål og problemstilling .....	4
<b>2.0 Metode</b> .....	4
2.1 Beskrivelse av metode.....	4
2.2 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier .....	5
2.3 Søkestrategi.....	6
2.4 Utvalg av artikler .....	12
2.5 Innholdsanalyse .....	12
<b>3.0 Resultat</b> .....	12
3.2 Sammenfatning og tematisk inndeling .....	23
3.2.1 Sykepleieres holdninger, tolkninger og personlige forhold knyttet til seksualitet og seksuell helse.....	24
3.2.2 Sykepleieres kunnskaps- og utdanningsgrunnlag .....	25
3.2.3 Organisatoriske forhold .....	25
<b>4.0 Diskusjon</b> .....	26
4.1 Resultatdiskusjon.....	26
4.1.1 Hvordan påvirker sykepleiers holdninger, tolkninger og personlige forhold om de snakker med pasienter om seksualitet og seksuell helse? .....	26
4.1.2 Hvordan kan sykepleieres kunnskaps- og utdanningsgrunnlag påvirke om de snakker med pasienter om seksualitet og seksuell helse?.....	28
4.1.3 Hvordan kan organisatoriske forhold påvirke om sykepleiere snakker med pasienter om seksualitet og seksuell helse? .....	29
4.2 Metodediskusjon .....	30
<b>5.0 Konklusjon</b> .....	32
5.1 Implikasjoner for sykepleiefaglig praksis .....	32
<b>Referanser</b> .....	33

## **Tabeller og figurer**

Tabell 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	5
Tabell 2: Konsepttabell .....	6
Tabell 3: Søkestrategi .....	7
Tabell 4: Artikkelmatrise .....	13
Figur 1: Tematisk inndeling av resultater.....	23



## **1.0 Innledning**

### **1.1 Introduksjon til tema**

Mennesker har mange behov som må ivaretas for å sikre liv, helse og velvære (Grimsbø et al., 2016 s. 12). Et av disse behovene er seksualitet. Seksualitet er en vesentlig del av helsen, og skal ivaretas i møte med helse- og omsorgstjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Seksualiteten er sammensatt og forankret i både fysiske, psykiske, sosiale, åndelige og kulturelle forhold (Gamnes, 2016, s. 375). Mennesker som blir rammet av sykdom kan oppleve seksuelle utfordringer, og har behov for informasjon og oppfølging (Gamnes, 2016, s.373). Historisk sett har seksualitet og seksuell helse vært tabubelagt. Nå eksisterer det større åpenhet omkring temaet. Til tross for at sykepleiere mener seksualitet og seksuell helse er relevante problemstillinger i helsevesenet, viser undersøkelser at helsepersonell unngår samtaleemnet i møte med pasienter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). I inntakssamtaler, både i kommune- og spesialisthelsetjenesten, inngår det sjelden spørsmål knyttet til seksualitet, og 90% av helsepersonell rapporterte i en spørreundersøkelse i 2014 at de mangler kunnskapsgrunnlag for å samtale om seksualitet. Pasienter kan som følge av dette sitte igjen med en opplevelse av at deres seksualitet blir oversett, og at den seksuelle helsen som ressurs ikke blir anerkjent (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

### **1.2 Bakgrunn for valg av tema**

Temaet seksualitet har inntatt en sentral posisjon i dagens samfunn. Bøker som *Gleden med skjeden* og TV-serier som *Sex Education* troner på topplistene. Samtidig er seksualitet et privat og intimt tema for mange enkeltindivid og par (Helland, 2015, s. 862). Tidsskriftet *Sykepleien* har omtalt seksualitet som «Det glemte primærbehovet» (Tholens & Hafstad, 2021). Gjennom sykepleierutdanningens praksisstudier har vi observert en kultur hvor helsepersonell sjelden samtaler med pasienter om utfordringer relatert til seksualitet. Det er ved flere anledninger erfart at det «grunnleggende behovet seksualitet» ikke blir kartlagt. De få gangene det har fått plass i inn- eller utskrivningsnotat, har vi lagt merke til at det kun finnes informasjon om vedkommende har ektefelle og barn eller ikke. Seksualitet kommuniseres som et viktig tema i sykepleierutdanningen, men det settes sjelden av tid til felles læring om seksualitet i undervisningssammenheng (Helland, 2015, s. 362; Larsen, 2021). Alt i alt finnes det tendenser til at seksualitet og seksuelle problemer er nedprioritert og undertematisert i helsevesenet, som ellers er åpent for andre private tema som sår, avføring og død (Larsen, 2021). Valget av temaet bunner i en nysgjerrighet på hvorfor det er tilsynelatende vanskelig for helsepersonell å snakke om noe så grunnleggende og viktig som seksualitet. Vi mener det er viktig å forstå hva som påvirker kommunikasjonen om seksualitet og seksuell helse i helsevesenet, for å kunne vite hva som kan bidra til forbedring.

### **1.3 Sykepleiefaglig relevans**

Ifølge lovverk og yrkesetiske retningslinjer skal sykepleiere yte faglig, etisk og juridisk forsvarlig helsehjelp, ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg, og fremme helse og livsmestring (Helsepersonelloven, 1999, §4; NSF, 2019). Helhetlig sykepleie innebærer blant annet å ta seksualiteten på alvor, og sykepleiere har et ansvar for at pasienters seksuelle behov ivaretas på lik linje med andre behov (Larsen, 2021). Seksualitet er for mange den mest intime delen av livet, og kan være vanskelig å snakke om (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Sykepleiere tilbringer mye tid i pasientnært arbeid, og er ofte den yrkesgruppen som står pasienter nærmest gjennom stress og sykdom. Sykepleiere kan derfor spille en nøkkelrolle i å identifisere og møte pasienters behov for samtale og veiledning angående seksuelle spørsmål (Helland, 2015, s. 871; Watson, 2008, s. 176).

Eksempler på lidelser og tilstander som kan påvirke den seksuelle helsen er infeksjoner, uønskede eller kompliserte svangerskap, senvirkninger av seksuell vold, infertilitet, inkontinens, diabetes, hjerte- og karsykdom, traumeskader, kreft, depresjon, fatigue, hjerneslag og nevrologiske sykdommer (Annerstedt & Glasdam, 2019; Jonsdottir et al., 2016; Klaeson et al., 2017; Kolbe et al., 2016; Saunamäki et al., 2010). Psykiske faktorer, som endret kroppsbilde, lav selvtillit, skam, bekymringer, sorg, angst, depresjon og relasjonelle utfordringer, kan være både årsak til og resultat av seksuelle utfordringer (Krychman & Millheiser, 2013; WHO, 2006). Alle pasienter har rett til informasjon som er nødvendig for innsikt i egen helsetilstand, behandling, risiko og bivirkninger. Dette gjelder også utfordringer relatert til seksualitet. Sykepleiere har informasjonsplikt. Det innebærer blant annet å gi informasjon om seksualitet knyttet til sykdom og behandling, uten at pasienten selv må ta initiativet (Gamnes, 2016, s. 401; Helsepersonelloven, 1999, §4; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2). Andelen eldre i den norske befolkningen er også økende, hvilket medfører en økning i kreftsykdom, livsstilsrelaterte og kroniske sykdommer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Dette gir en økende andel pasienter med behov for seksuell helsehjelp. På bakgrunn av det ovennevnte er kommunikasjon om seksualitet og seksuell helse et gyldig tema for alle sykepleiere, uavhengig av pasientenes spesifikke lidelser.

### **1.4 Teoretisk perspektiv**

#### **1.4.1 Seksualitet og seksuell helse**

Seksualitet innebærer sex, kjønnsidentitet, kjønnsroller, seksuell orientering, erotisme, glede, intimitet og reproduksjon. Seksualiteten er nært knyttet til enkeltindividets identitet, og oppleves og uttrykkes blant annet i tanker, holdninger og relasjoner. Individets seksualitet er mangfoldig og dynamisk, og dens innhold, uttrykk og betydning endres gjennom livet og påvirkes blant annet av kultur, religion og livshendelser (WHO, 2006).

Seksuell helse er fysisk, psykisk, emosjonelt og sosialt velvære relatert til ens seksualitet. Seksuell helse fordrer blant annet en positiv og respektfull tilnærming til seksualitet og seksuelle relasjoner (WHO, 2006). Et godt forhold til egen seksualitet og gode relasjoner er viktig for et godt seksualliv og opplevelse av livskvalitet (Gamnes, 2016, s. 375).

#### **1.4.2 Kommunikasjon om seksualitet i helsevesenet**

For mange pasienter er det viktig å vite hva som skjer med seksualiteten ved sykdom og behandling. På tross av dette tar de sjelden initiativ til samtale, og kan ha stort behov for at seksualitet tas opp av helsepersonell (Helland, 2015, s. 871; Klaeson et al., 2017). Seksualitet og parforhold er så godt som alltid berørt ved sykdom og behandling (Graugaard et al., 2006, s. 10). Ved å samtale om seksualitet kan sykepleiere bidra til å normalisere utfordringer, hvilket kan forebygge og redusere usikkerhet og bekymringer (Helland, 2015, s. 871).

Flertallet av sykepleiere anser kommunikasjon om seksuelle utfordringer som en del av sitt yrkesansvar. Likevel tar de sjelden initiativ til samtaler om temaet (Helland, 2015, s. 876). Ofte oppstår det et «toveis-tabu», hvor helsepersonell unngår emnet av hensyn til pasientens (og eget) ubehag, samtidig som pasienten tolker tausheten fra helsepersonell som en bagatellisering av temaets relevans (Graugaard et al., 2006, s. 20). For å kunne snakke om seksualitet må helsepersonell først og fremst være trygg på problemstillinger rundt temaet. For å oppnå trygghet i å samtale om seksualitet, behøves øving i og kunnskap om temaet. I tillegg må sykepleiere være bevisst egne holdninger rundt seksualitet og seksuell helse, og trygg i egen seksualitet (Gamnes, 2016, s. 398-400).

#### **1.4.3 Seksualiteten i et sosiologisk og historisk perspektiv**

Seksualiteten, eller hvordan man oppfatter seksualiteten, kan betraktes som en sosial konstruksjon (Lewin, 2010, s. 115). Det som former individets seksualitet er den sosialiserings- og seksualiseringsprosessen hen gjennomgår i oppveksten. Samfunnet vi lever i preger den seksuelle kulturen og former oppfatningen av hva som er normalt og unormalt når det gjelder seksualitet. Dette skaper vår virkelighet og bestemmer seksualitetens uttrykksformer og verdinormer (Lewin, 2010, s. 115). Tidligere ble seksualitet sett på som en kraft som måtte fortrenkes (Johannisson, 2010, s. 124). Gjennom tidene har det eksistert en norm i samfunnet hvor seksuell utvikling ofte blir ansett som noe som må holdes privat (Klaeson et al., 2017; WHO, 2006). Seksuelle fordommer kan påføre skam og usikkerhet, og hva som anses som seksuelt akseptabelt, vil være ulikt i ulike sammenhenger og kulturer (Lewin, 2010, s. 115).

#### **1.4.4 Jean Watson om seksualitet og holistisk sykepleie**

Ifølge sykepleieteoretikeren Jean Watson representerer seksualiteten vår en rå energi og livskraft, som inviterer oss til å være sårbare, intime, fysiske og emosjonelle. Siden menneskets behov er mange og henger tett sammen med hverandre, er det viktig at sykepleiere hele tiden identifiserer og fokuserer på de behovene som er viktigst for pasienten. Seksualitet er et behov som krever oppmerksomhet, og som ikke kan separeres fra andre grunnleggende behov. Det er en del av det helhetlige mennesket, og slik sett også en del av holistisk sykepleie. For at sykepleiere skal kunne ha en holistisk tilnærming til pasienters seksuelle utfordringer, kreves det at sykepleiere kjenner til, og er bevisst på egne holdninger angående seksualitet (Watson, 2008, s. 171-174).

#### **1.4.5 Kari Martinsen om sykepleie**

Det er viktig at det eksisterer en god, tillitsfull relasjon mellom sykepleier og pasient for å kunne snakke om seksualitet (Gamnes, 2016, s. 400-401). Sykepleieteoretikeren Kari Martinsen sier at tillit er grunnleggende i relasjoner mellom mennesker, og at det er i tillit til andre vi våger å være åpne (Martinsen, 2021, s. 50). Hun bringer også fram hvordan alle levende vesen har rett på en urørlighetssone eller, sagt med andre ord, en grense som ikke skal overskrides. Videre beskrives hvordan urørlighetssonen finner sitt

motsvar i åpenheten (Martinsen, 2021, s. 55). Uten tillit kan altså ikke sykepleiere og pasienter møte hverandre åpent. Forlegenhet kan oppstå, og urørlighetssonen lukkes. Martinsen (2021, s. 61-62) presenterer også sårbarhet som en forutsetning for den profesjonelles medlevelse i andres lidelse. Fordi den profesjonelle er sårbar, kan hen forstå pasienten som et sårbart menneske gjennom å sette seg selv inn i pasientens situasjon.

I et travelt helsevesen kan det være utfordrende å prioritere seksuelle behov (Larsen, 2021). Martinsen påpeker at det eksisterer en instrumentell bruk av tid i helsevesenet, som ikke har toleranse for omveier og forsinkelser, eller tillater at ting kan modnes og ta tid. Kvalitet i arbeidet knyttes til hastighet, som gjør at pleiens kvalitet måles i tidsbruk. Den instrumentelle tiden bidrar til at sykepleierens gjøremål kan miste forbindelsen til pasienters ønsker, behov og naturlige rytmer (Martinsen, 2021, s. 43-44). Med sin travelt kan den profesjonelle stenge egen og andres sårbarhet ute, noe som fører til at medmennesket sviktes. Denne travelt er kulturelt bestemt av for eksempel prioriteringer, normer og mengden gjøremål som pålegges helsepersonell (Martinsen, 2021, s. 64).

## **1.5 Formål og problemstilling**

Formålet med denne studien er å sette søkelys på hvorfor seksualitet og seksuell helse er underkommunisert i helsevesenet. Vi er nysgjerrige på hva som kan bidra til at sykepleiere identifiserer, eller ikke identifiserer dette behovet. På bakgrunn av formålet har vi definert følgende problemstilling: *Hvilke forhold påvirker om sykepleiere snakker med pasienter med somatiske diagnoser om seksualitet og seksuell helse?*

## **2.0 Metode**

### **2.1 Beskrivelse av metode**

Denne oppgaven er en litteraturstudie, hvilket innebærer tolkning av litteratur relatert til et tema. Ved et litteraturstudium formuleres en problemstilling, som en deretter søker svar på gjennom systematiske søk og kritisk analyse av relevant litteratur. Dette blir så sammenfattet i en ny helhet (Aveyard, 2019, s. 2). Et helhetsbilde kan forbli ufullstendig når et enkelt stykke forskning eller informasjon ses isolert. Å kombinere funnene fra en gruppe studier kan derfor føre til mer helhetlige og nyttige resultater enn enkeltstudier alene (Aveyard, 2019, s. 6-7).

I forkant av systematiske søk ble det gjort innledende søk. Dette dannet et inntrykk av allerede eksisterende litteratur og forskning om temaet. På bakgrunn av innledende søk ble problemstillingen formulert. Systematiske søk ble så gjennomført, og resultatene ble vurdert ut fra kvalitet og relevans for problemstillingen. Til slutt ble det inkludert åtte forskningsartikler fra systematiske søk og én artikkel fra hånd søk. Framgangsmåte og søkestrategi vil bli presentert videre i dette kapittelet.

## 2.2 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier

Tabell 1: Tabellen viser inklusjons- og eksklusjonskriteriene for utvelgelsen av forskningsartiklene.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Publiseringsårstall 2013-2023	Artikler eldre enn 10 år
Fagfellevurderte artikler	Andre profesjoner enn sykepleier
Kvalitative og kvantitative artikler	Pårørendeperspektiv og pasientperspektiv
Artiklene må ha IMRAD-struktur	Review-artikler
Artiklene må være skrevet på engelsk	Pasientgruppen er barn (under 18 år)
Resultatene må være overførbare til norsk helsevesen	Pasienter diagnostisert med primært psykiatriske diagnoser
Artiklene må inneha et sykepleierperspektiv	
Artiklene må ha relevans til problemstillingen	
Pasientgruppen må være voksne (over 18 år)	
Pasienter diagnostisert med primært somatiske diagnoser	

Under søkeprosessen ble det brukt ulike kriterier i utvelgelsen av artikler. Ved å angi hva som er inklusjons- og eksklusjonskriterier ble litteratursøket presisert og mengden litteratur avgrenset (Thidemann, 2019, s. 83). Siden problemstillingen ønsket å undersøke forhold som påvirker om sykepleiere kommuniserer om seksualitet og seksuell helse med pasienter, ble det kun inkludert artikler med et tydelig sykepleierperspektiv. Søkene ble avgrenset til fagfellevurderte tidsskrift («Peer Reviewed») og engelsk språk («English Language»). Studier gjennomført i land som kan anses å ha stor kulturell avstand fra norsk samfunn og helsevesen ble ekskludert slik at funnene skulle ha størst mulig overføringsverdi til norske sykepleiere. Review-studier ble ekskludert da disse studiene sammenfatter resultater fra originalartikler, slik som denne litteraturstudien forsøker å gjøre.

Det ble valgt å inkludere alle pasienter med primært somatiske diagnoser. Formålet med studien er å sette søkelys på hvorfor seksualitet og seksuell helse er underkommunisert i helsevesenet. Man vet at sykdom og behandling medfører forandringer med uheldig virkning på seksualiteten (Gamnes, 2016, s. 373). Ved innledende søk og analyse av systematiske søk, kom det fram at seksualiteten ble påvirket av nært sagt alle sykdommer (Annerstedt & Glasdam, 2019; Jonsdottir et al., 2016; Klaeson et al., 2017; Kolbe et al., 2016; Saunamäki et al., 2010). Hensikten med å velge en bred pasientgruppe var å gjøre spesifikke funn som kunne være overførbare til det allmenne. Det har gjennom hele prosessen vært fokus på at sykepleiere må kommunisere om temaet, ikke bare ved én avdeling eller i forbindelse med én spesifikk diagnose, men i

alle deler av helsetjenesten. Det må påpekes at seksuelle utfordringer også rammer pasienter med primært psykiatriske diagnoser. Pasientgruppen som ble valgt var derfor bare en måte å avgrense oppgaven på. Det er ikke dermed sagt at funnene som ble gjort ikke kan være gyldige i psykiatrisk sammenheng. Sykepleiere er uansett en av de viktigste bidragsyterne til en helhetlig tilnærming til pasientbehandling, hvor seksualitet er en viktig komponent (Saunamäki et al., 2010).

## 2.3 Søkestrategi

Forskningsdatabasene brukt i denne litteraturstudien er CINAHL og MedLine. I søkeprosessen ble det også gjort systematiske søk i PubMed, Embase og Oria, uten å inkludere forskningsartikler fra disse databasene. I *tabell 2* vises en kategorisering av konseptene for oppgavens tema. Konseptene ble brukt i de systematiske søkene, og danner grunnlaget for søkeordene som har blitt anvendt.

*Tabell 2: Konsepttabellen viser en kategorisering av konseptene for oppgavens tema.*

Konsept 1	Konsept 2	Konsept 3
Sykepleiere	Kommunikasjon	Seksualitet og seksuell helse
«Nurses», «Nursing»	«Communication», «Communication Barriers», «Communication Skills» «Conversation», «Disinformation»	«Sexuality», «Attitude to Sexuality», «Sexual Health»

De anvendte søkeordene er «Communication», «Communication Barriers», «Communication Skills», «Conversation», «Disinformation», «Sexuality», «Attitude to Sexuality», «Sexual Health», «Nurses» og «Nursing». Innledningsvis i søkeprosessen ble søkeordene «Communication», «Sexuality», «Sexual Health» og «Nursing» brukt, mens de resterende søkeordene ble inkludert underveis i søkeprosessen. Søkeordene ble kombinert på ulike måter med kombinasjonsordene «AND» og «OR». Denne søkestrategien ledet fram til funn av åtte forskningsartikler. I tillegg ble det gjort et håndzoek som ledet fram til funn av én forskningsartikkel. Søkehistorikken er presentert i *tabell 3*.

Tabell 3: Søkestrategi. Tabellen viser søkehistorikken som ledet fram til de utvalgte forskningsartiklene i litteraturstudien.

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Valgte artikler
CINAHL	08.12.2022	S1	(MH «Communication») OR «communication» OR (MH «Communication Barriers») OR (MH «Communication Skills») OR (MH «Conversation») OR (MH «Disinformation»)		206 649			
		S2	(MH «Sexuality») OR «sexuality» OR (MH «Attitude to Sexuality»)		43 190			

		S3	(MH «Sexual Health») OR «sexual health»		18 304			
		S4	S2 OR S3		56 444			
		S5	(MH «Nurses+») OR «nurses»		486 433			
		S6	TX «nursing»		807 468			
		S7	S5 OR S6		986 271			
		S8	S1 AND S4 AND S7		448			
		S9	S1 AND S4 AND S7	«English Language» AND «Peer Reviewed»	369	58	15	6 <b>(A, B, C, D, E, F)</b>



<b>Håndsök</b>	08.12.2021	S1	TX «Discussing sexuality with patients: nurses' attitudes and beliefs»	«English Language» AND «Peer Reviewed»				1 <b>(G)</b>
<b>MedLine</b>	24.04.2023	S1	(MH «Communication+») OR «communication» OR (MH «Communication Barriers+»)		332 922			
		S2	(MH «Sexuality+») OR «sexuality» OR (MH «Sexual Health»)		28 986			
		S3	TX «attitude to sexuality»		11 030			
		S4	(MH «Nurses+») OR «nurses»		114 545			

		S5	(MH «Nursing+») OR «nursing»		354 523			
		S6	S4 OR S5		384 906			
		S7	S2 OR S3		29 581			
		S8	S1 AND S6 AND S7		410			
		S9		«2013-2023» AND «English Language» AND «Peer Reviewed»	407	15	4	2 <b>(H, I)</b>

#### Utvalgte artikler:

- A. Annerstedt, C. F. & Glasdam, S. (2019). Nurses' attitudes towards support for and communication about sexual health – A qualitative study from the perspectives of oncological nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 28(19-20), 3556-3566. <https://doi.org/10.1111/jocn.14949>
- B. Benoot, C., Enzlin, P., Peremans, L. & Bilsen, J. (2018). Addressing sexual issues in palliative care: A qualitative study on nurses' attitudes, roles and experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 74(7), 1583-1594. <https://doi.org/10.1111/jan.13572>
- C. Jonsdottir, J. I., Zöega, S., Saevarsdottir, T., Sverrisdottir, A., Thorsdottir, T., Einarsson, G. V., Gunnarsdottir, S. & Fridriksdottir, N. (2016). Changes in attitudes, practices and barriers among oncology health care professionals regarding sexual health care: Outcomes from a 2-year educational intervention at a University Hospital. *European Journal of Oncology Nursing*, 21, 24-30. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2015.12.004>
- D. Klaeson, K., Hovlin, L., Guvå, H. & Kjellsdotter, A. (2017). Sexual health in primary health care – a qualitative study of nurses' experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 26(11-12), 1545-1554. <https://doi.org/10.1111/jocn.13454>
- E. Kolbe, N., Kugler, C., Schnepf, W. & Jaarsma, T. (2016). Sexual Counseling in Patients With Heart Failure: A Silent Phenomenon Results From a Convergent Parallel Mixed Method Study. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 31(1), 53-61. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000215>
- F. Olsson, C., Berglund, A.-L., Larsson, M. & Athlin, E. (2012). Patient's sexuality – A neglected area of cancer nursing? *European Journal of Oncology Nursing*, 16(4), 426-431. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2011.10.003>
- G. Saunamäki, N., Andersson, M. & Engström, M. (2010). Discussing sexuality with patients: Nurses' attitudes and beliefs. *Journal of Advanced Nursing*, 66(6), 1308-1316. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05260.x>
- H. Van Ek, G. F., Gawi, A., Nicolai, M. P. J., Krouwel, E. M., Den Oudsten, B. L., Den Ouden, M. E. M., Schaapherder, A. F., Putter, H., Pelger, R. C. M. & Elzevier, H. W. (2018). Sexual care for patients receiving dialysis: A cross-sectional study identifying the role of nurses working in the dialysis department. *Journal of Advanced Nursing*, 74(1), 128-136. <https://doi.org/10.1111/jan.13386>
- I. Winterling, J., Lampic, C. & Wettergren, L. (2020). Fex-Talk: A Short Educational Intervention Intended to Enhance Nurses' Readiness to Discuss Fertility and Sexuality with Cancer Patients. *Journal of Cancer Education*, 35(3), 538-544. <https://doi.org/10.1007/s13187-019-01493-7>

## 2.4 Utvalg av artikler

Innledningsvis ble artikler valgt på bakgrunn av relevant overskrift og sammendrag. Artiklene ble så vurdert ut ifra kvalitet og om de var innenfor de definerte inklusjonskriteriene. På bakgrunn av innholdet i sammendragene, ble 20 artikler lest i sin helhet (se *tabell 3 – Søkestrategi*). Artiklene ble kontrollert ved å søke opp tidsskriftene i *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. Artiklene har IMRaD-struktur (Introduction, Material and Method, Results and Discussion). De er publisert av fagfelleverderte tidsskrifter som er godkjent som nivå 1 eller 2 i Norsk senter for forskningsdata (NSD). Dette gjør at artiklene vurderes som kvalitetssikre. Ni forskningsartikler inngår i tabellen. Fem artikler er av kvalitativ metode, tre artikler er kvantitativ metode og én artikkel er en kombinasjon av kvantitativ og kvalitativ metode. Fagområder som er inkludert i denne litteraturstudien er onkologi, palliasjon, kardiologi, dialyse og primærhelsetjeneste. I tillegg undersøker en av studiene på sykepleiere ved ulike kirurgiske og medisinske klinikker ved et sykehus. Artiklens hensikt og resultat tilsvarer litteraturstudiens problemstilling, og vurderes dermed å være relevant.

## 2.5 Innholdsanalyse

I innholdsanalysen ble resultatene fra de utvalgte artiklene sammenliknet og analysert som om de var én større studie. Når mange studier kombineres på denne måten er det mulig å se et større bilde, og en ny helhet kan lages med de mest sentrale funnene fra hver studie (Aveyard, 2019, s. 6-7). I arbeidet med analysen ble Evans' (2002) analysemodell brukt. Modellen tar for seg analysen i fire faser. I første fase ble artikler gjennomgått før ni av disse ble inkludert i litteraturstudien. Artiklene ble deretter organisert i en tabell hvor funn og sentrale punkter ble markert. I tredje fase ble nøkkelfunnene kategorisert i temaer og undertemaer som gjorde at likheter og ulikheter på tvers av resultatene fra forskningsartiklene ble funnet. I fase fire ble det definert tre hovedtemaer som tilsvarte oppgavens hensikt og som er brukt som overskrifter i resultatkapittelet. For akkumulert utgave av analysen, se artikkelmatrisen i *tabell 4*.

## 3.0 Resultat

I dette kapittelet presenteres funnene fra de relevante studiene i en artikkelmatrise. Videre sammenfattes resultatene i en tematisk inndeling med hovedtemaer og undertemaer. Den tematiske inndelingen tilsvarer oppgavens hensikt og problemstilling: *Hvilke forhold påvirker om sykepleiere snakker med pasienter med somatiske diagnoser om seksualitet og seksuell helse?*

### 3.1 Artikkelmatrise

Tabell 4: Artikkelmatrise. Tabellen viser en oversikt over forskningsartiklenes innhold i tillegg til relevans for litteraturstudien.

Referanse	Hensikt	Metode	Resultat	Relevans
<p><b>A)</b></p> <p>Annerstedt &amp; Glasdam (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. <a href="https://doi.org/10.1111/jocn.14949">https://doi.org/10.1111/jocn.14949</a></p>	<p>Å utforske sykepleieres utøvelse av kommunikasjon relatert til seksuell helse med pasienter.</p>	<p>Kvalitativ.</p> <p>Intervju med sju sykepleiere ved en onkologisk klinikk.</p> <p>Alle respondenter var kvinner.</p> <p>Ingen av respondentene hadde videreutdanning.</p> <p>Sverige.</p>	<p>Organisasjonskulturen, personlig kjemi, sykepleierens tolkning av sykdom og helsehjelp, samt antakelser om pasientenes seksualitet avgjorde om sykepleierne snakket med pasienter om seksuell helse. Ofte initierte verken sykepleierne eller pasientene samtaler om seksuell helse. Sykepleierne ga oftere råd om seksuell helse til yngre pasienter i heteroseksuelle parforhold, fordi de antok at eldre ikke var seksuelt aktive, og at single kreftsyke ikke tenkte på sex. Når sykepleierne ga informasjon om seksuell helse, var dette oftest i form av en brosjyre. Den personlige kjemien sykepleierne opplevde med pasienten avgjorde om de ga informasjon om seksuell helse. Klinikkenes kultur objektiviserte pasientens kropp og rangerte seksuell helse lavere enn andre aspekter ved menneskets helse. Dette skyldes at symptomer som kvalme og smerte var ansett som mer plagsomme, og at seksuelle utfordringer ikke var noe pasientene kunne dø av. Sykepleierne tolket seksuell helse som sex og seksuelle utfordringer som fysiske. De</p>	<p>Studien er relevant for problemstillingen fordi den fant årsaker til at sykepleiere ikke kommuniserer om seksuell helse i møte med pasienter, og fordi den belyser sykepleierens nøkkelfunksjon for pasienters seksuelle helsetilbud.</p>

			<p>assosierte kreftsykdom med svakhet og fatigue, og tenkte derfor at det ikke var relevant å snakke med pasientene sine om seksuell helse. Generelt syntes ikke de fleste sykepleierne at seksuelle utfordringer passet inn i klinikken. De anså likevel seg selv som bindeleddet mellom pasienten og andre profesjoner i arbeidet med seksuell helse.</p>	
--	--	--	---	--

<p style="text-align: center;"><b>B)</b></p> <p>Benoot et al. (2018). Addressing sexual issues in palliative care: A qualitative study on nurses' attitudes, roles and experiences. <i>Journal of Advanced Nursing</i>, 74(7), 1583-1594.  <a href="https://doi.org/10.1111/jan.13572">https://doi.org/10.1111/jan.13572</a></p>	<p>Å utforske sykepleiere innen palliativ omsorg sine holdninger, roller og konkrete erfaringer med å adressere seksuelle utfordringer i sin daglige praksis.</p>	<p>Kvalitativ.</p> <p>Dybdeintervju av 21 belgiske palliasjons-sykepleiere.</p> <p>17 informanter var kvinner og fire var menn.</p> <p>Belgia.</p>	<p>Sykepleiernes tolkning av prinsipper for palliativ omsorg, innholdet i seksualitet og tolkning av yrkesansvar hadde betydning for om de adresserte seksuelle utfordringer med pasienter. Noen sykepleiere tolket seksualitet som en del av livskvaliteten. Andre mente at fokus på seksualitet var å ignorere at pasienten var døende, og at andre kroppslige symptomer alltid måtte prioriteres først. De fleste snakket bare med pasienter om seksuelle utfordringer hvis pasientene selv tok temaet opp, og ble ofte passive lyttere. Det fantes flere årsaker til at sykepleiere ikke initierte samtaler om seksuelle utfordringer, blant annet fordi de følte seg usikre og ukvalifiserte til å rådggi pasientene, de manglet standardiserte spørsmål eller tid, de opplevde at de ikke møtte pasientene hyppig nok til å bygge en nær relasjon eller fordi de mente at andre profesjoner hadde ansvaret. De som initierte samtaler om seksualitet med pasienter mente det ikke var nødvendig med ekspertise til å rådggi eller å ha en nær relasjon. De mente at det viktigste var å være åpen, utforskende og å anerkjenne følelsene til pasientene, i tillegg til å snakke med pasientene om seksualitet i situasjoner hvor det dukker opp naturlig. De som initierte samtaler om seksualitet trodde at innsikt i pasientens seksualitet og seksuelle utfordringer kunne hjelpe det eventuelle parforholdet til pasienten.</p>	<p>Studien er relevant for problemstillingen fordi den fant årsaker til hvorfor sykepleiere initierer eller unngår å initiere samtaler om seksuelle utfordringer med pasienter.</p>
--	---	--	---	---

<p style="text-align: center;"><b>c)</b></p> <p>Jonsdottir et al. (2016). Changes in attitudes, practices and barriers among oncology health care professionals regarding sexual health care: Outcomes from a 2-year educational intervention at a University Hospital. <i>European Journal of Oncology Nursing</i>, 21, 24-30.  <a href="https://doi.org/10.1016/j.ejon.2015.12.004">https://doi.org/10.1016/j.ejon.2015.12.004</a></p>	<p>Å undersøke holdningene, praksisene og barrierene i relasjon til en utdanningsintervensjon om seksuell helse blant onkologisk helsepersonell ved Landspítali-National University Hospital of Iceland.</p>	<p>Kvantitativ evalueringsstudie av en intervensjon.</p> <p>To workshops over en toårs-periode, sammen med et spørreskjema før, under og etter workshops.</p> <p>40 deltakere fra 10 ulike enheter på workshops.</p> <p>Spørreskjema x3: 136 svar første gang, 97 svarte andre gang og 80 stk svarte tredje gang.</p> <p>Flertallet av deltakere var sykepleiere, noen leger var også inkludert.</p> <p>Island.</p>	<p>90% av deltakerne mente at det er en del av deres yrkesansvar å snakke om seksuelle utfordringer. Mange hadde ikke nok tid eller ble hindret av arbeidsforholdene. Deltakernes opplevelse av å ha nok kunnskap og trening til å diskutere seksuelle utfordringer økte betydelig gjennom intervensjonen, og de ble mer klar over hvor de kunne henvise pasienter med seksuelle utfordringer. Deltakernes følelse av å ha tilstrekkelig kunnskap og trening innen seksuell helse var høyere blant de som deltok på workshops sammenliknet med de som ikke deltok. De som deltok på workshops initierte oftere samtaler om seksuelle utfordringer med pasienter, ga dem skriftlig informasjon og henviste dem til andre profesjoner. Deltakerne oppga at mangel på trening og at seksualitet er et vanskelig tema å diskutere som de hyppigste barrierene for kommunikasjon om seksuelle utfordringer. Underveis og i etterkant av workshopene ble mangel på kursing oppgitt sjeldnere som barriere for kommunikasjon.</p>	<p>Studien er relevant for problemstillingen fordi den identifiserer barrierer for kommunikasjon om seksuelle utfordringer. Den fant at mangel på faglig opplæring og trening om seksualitet er barrierer. Den er også relevant fordi den fant at utdanning av helsepersonell fører til mer kommunikasjon om seksuell helse med pasienter.</p>
--	--	---	--	--



<p style="text-align: center;"><b>D)</b></p> <p>Klaeson et al. (2017). Sexual health in primary health care - a qualitative study of nurses' experiences. <i>Journal of Clinical Nursing</i>, 26(11-12), 1545-1554.  <a href="https://doi.org/10.1111/jocn.13454">https://doi.org/10.1111/jocn.13454</a></p>	<p>Å belyse sykepleieres erfaringer og muligheter til å diskutere seksuell helse med pasienter i primærhelsetjenesten.</p>	<p>Kvalitativ.</p> <p>Intervju med ni sykepleiere i primærhelsetjenesten.</p> <p>Åtte kvinnelige informanter og én mann.</p> <p>Alle respondenter hadde videreutdanning.</p> <p>Sverige.</p>	<p>Normer og sykepleiernes holdninger, kunnskaper og erfaringer, og pasientenes alder og kjønn avgjorde om sykepleierne initierte samtaler om seksuell helse. Sykepleierne manglet tid i tillegg til kunnskap og retningslinjer om ivaretagelse av seksualitet. Dette gjorde dem usikre. Noen fant likevel måter å innhente kunnskap på og prioritere samtaler om seksualitet. Sykepleierne syntes det var lettere å snakke om seksuell helse med menn med diabetes og potensproblemer eller ved seksuelt overførbare sykdommer, fordi de hadde medisinske forklaringer og løsninger knyttet til dette. Dersom pasientene hadde andre spørsmål om seksuell helse, ble de fleste usikre. Noen visste ikke om seksuell helse var en del av helsehjelp, og var redde for å krenke pasienter ved å spørre om deres seksualitet. Dersom den seksuelle utfordringen var sterkt knyttet til emosjoner, følte mange sykepleiere at det var andre profesjoners ansvar å ivareta behovet. Positive erfaringer med å snakke med pasienter om seksuell helse, eller personlige seksuelle utfordringer knyttet til sykdom, gjorde at sykepleiere oftere initierte samtaler. Negative erfaringer, som trakassering, gjorde at de oftere unngikk å initiere samtaler.</p>	<p>Studien er relevant for problemstillingen fordi den belyser ulike forhold som fører til at sykepleiere har samtaler om seksualitet og seksuell helse med pasienter. I tillegg presenteres årsaker til hvorfor det i andre tilfeller ikke blir et samtaleemne med pasienter.</p>
--	--	--	--	--

<p style="text-align: center;"><b>E)</b></p> <p>Kolbe et al. (2016). Sexual Counseling in Patients With Heart Failure: A Silent Phenomenon Results From a Convergent Parallel Mixed Method Study. <i>Journal of Cardiovascular Nursing</i>, 31(1), 53-61.  <a href="https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000215">https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000215</a></p>	<p>Å identifisere om sykepleiere snakker med pasienter om hvordan hjertesvikt kan påvirke deres seksualitet. I tillegg til å utforske hvilke barrierer som hindrer sykepleierne i å samtale om seksualitet, og hvordan sykepleiere oppfatter sin rolle relatert til seksualitet.</p>	<p>Kombinasjon av kvalitativ og kvantitativ.</p> <p>Et selvrappoterende spørreskjema ble brukt, med åpne spørsmål i slutten av spørreskjemaet.</p> <p>211 av 467 spørreskjema ble returnert (svarprosent 45%). 147 av disse svarte på de åpne spørsmålene.</p> <p>89% av respondentene var kvinner. 75% hadde jobbet som sykepleier i mer enn seks år.</p> <p>Tyskland.</p>	<p>De fleste sykepleierne adresserte ikke seksuelle utfordringer, og halvparten svarte sjelden på spørsmål eller lyttet til pasientenes bekymringer relatert til seksuelle utfordringer. De fleste sykepleierne mente at det ikke var deres ansvar å diskutere seksuelle utfordringer. De fleste var ukomfortable med å snakke om seksuelle utfordringer med pasienter, og antok at dette var ukomfortabelt også for pasientene. Et fåtall av sykepleierne var komfortable med å snakke om temaet. Sykepleierne mente generelt at verken de eller pasientene initierte samtaler om seksualitet. Årsakene til dette var at seksualitet ble ansett som et privat tema relatert til skam, usikkerhet og tabu i tillegg til manglende trening i å samtale om seksualitet. Mangel på private steder å kunne ha slike samtaler, da pasientene som regel delte rom med hverandre, ble også ansett å være en utfordring. Sykepleierne mente også at pasienter med hjertesvikt hadde større problemer enn seksuelle utfordringer når de var innlagt i sykehus og at innleggelsen var for kort til å kunne snakke om seksualitet. De mente at ansvaret lå hos rehabiliteringssentrene. Sykepleierne antok at pasientene var for gamle eller syke til å være interessert i seksuell aktivitet, og unngikk derfor å snakke med dem om seksualitet.</p>	<p>Studien er relevant for problemstillingen fordi den identifiserer barrierer som vanskeliggjør kommunikasjon om seksualitet mellom sykepleiere og pasienter.</p>
--	--	---	--	--

<p style="text-align: center;"><b>F)</b></p> <p>Olsson et al. (2012). Patient's sexuality - A neglected area of cancer nursing? <i>European Journal of Oncology Nursing</i>, 16(4), 426-431. <a href="https://doi.org/10.1016/j.ejon.2011.10.003">https://doi.org/10.1016/j.ejon.2011.10.003</a></p>	<p>Å beskrive sykepleieres oppfatninger av dialoger om seksualitet med kreftpasienter.</p>	<p>Kvalitativ.</p> <p>Intervju med 10 sykepleiere fra fem ulike enheter som jobber med kreft i ulike stadier.</p> <p>Yrkeserfaring varierte mellom to og 32 år.</p> <p>Alle respondenter var kvinner.</p> <p>Sverige.</p>	<p>Alle sykepleierne mente at å snakke om seksualitet var en del av deres yrkesansvar, og at pasienters seksuelle utfordringer relatert til sykdom og behandling burde være utgangspunktet for samtaler. De fleste var imidlertid usikre på når, hvordan og av hvem disse samtaler skulle gjennomføres med. Bare noen få sykepleiere snakket med pasienter om seksualitet. Andre gjorde det dersom pasienten inviterte til samtale om seksualitet, men dette skjedde sjelden. Sykepleierne mente at andre profesjoner eller spesialiserte sykepleiere hadde ansvaret for samtaler om seksualitet. Sykepleierne oppfattet pasienters behov for samtale om seksualitet ut fra pasientens alder, kjønn, sivilstatus, diagnose og behandling. Barrierer for samtaler om seksualitet var begrenset tid, manglende kontinuitet i sykepleier-pasient-relasjonen og mangel på private samtalesteder. De få som initierte samtaler om seksualitet med pasienter mente at det var viktig å være komfortabel med egen seksualitet. Sykepleierne fant det lettere å snakke med pasienter om fysiske seksuelle utfordringer, slik som mannlig impotens eller vaginal tørrhet, hvor de kunne komme med praktiske løsninger. De kunne også snakke med pasienter om ting som fatigue, bekymringer og smerter.</p>	<p>Studien er relevant for problemstillingen fordi den finner barrierer og forutsetninger for at sykepleiere kan initiere og føre samtaler om seksualitet med pasienter.</p>
--	--	---	---	--

<p style="text-align: center;"><b>G)</b></p> <p>Saunamäki et al. (2010). Discussing sexuality with patients: Nurses' attitudes and beliefs. <i>Journal of Advanced Nursing</i>, 66(6), 1308-1316. <a href="https://doi.org/10.1111/j.1365-2648-2010.05260.x">https://doi.org/10.1111/j.1365-2648-2010.05260.x</a></p>	<p>Å rapportere Registered Nurses' (sykepleieres) holdninger og oppfatninger av diskusjon om seksualitet med pasienter.</p>	<p>Kvanitativ.</p> <p>Data samlet via et spørreskjema fordelt på medisinsk og kirurgisk klinikk.</p> <p>84 kvinner og tre menn.</p> <p>Yrkeserfaring varierte fra 5 måneder til 40 år.</p> <p>Sverige.</p>	<p>De fleste sykepleierne forstod hvordan sykdom og behandling kunne påvirke pasienters seksualitet. Mange av dem mente at det var sykepleieres ansvar å oppmuntre pasienter til å snakke om seksuelle bekymringer og var komfortable med temaet. Likevel lot mange være å snakke om seksualitet fordi de var for usikre på egne evner til å snakke om seksuelle problemstillinger. Eldre sykepleiere og sykepleiere med lengre erfaring var mer selvsikre enn andre. Sykepleiere med videreutdanning hadde flere positive holdninger til å diskutere seksualitet med pasienter. Sykepleiere som trodde at å diskutere seksualitet var viktig for pasienters helseutfall, og som hadde selvtillit omkring samtaler om temaet, forstod bedre hvilke konsekvenser sykdom og behandling har for seksualitet. Disse mente i større grad enn andre at det var sykepleiers ansvar å tilnærme seg temaet, og tok seg bedre tid til samtaler om seksualitet. De som var usikre på egne evner hva gjelder å adressere seksuelle utfordringer tenkte at seksualitet var et for privat samtaleemne.</p>	<p>Studien er relevant for problemstillingen fordi den finner en sammenheng mellom hvordan ulike egenskaper hos sykepleiere påvirker kommunikasjon om seksualitet med pasienter.</p>
---	---	--	--	--

<p style="text-align: center;"><b>H)</b></p> <p>Van Ek et al. (2018). Sexual care for patients receiving dialysis: A cross-sectional study identifying the role of nurses working in the dialysis department. <i>Journal of Advanced Nursing</i>, 74(1), 128-136.  <a href="https://doi.org/10.1111/jan.13386">https://doi.org/10.1111/jan.13386</a></p>	<p>Å utforske i hvilken grad nederlandske sykepleiere diskuterer seksuell dysfunksjon med dialysepasienter, i tillegg til å identifisere barrierer som hindrer sykepleiere i å diskutere seksuell dysfunksjon.</p>	<p>Kvantitativ.</p> <p>1211 spørreskjema ble sendt til nederlandske sykepleiere som jobbet ved 34 dialyseenheter, både i og utenfor sykehus. Multiple choice og åpne spørsmål ble brukt.</p> <p>552 spørreskjemaer ble besvart (45,6% svarrespons).</p> <p>89,8% var kvinner, 10,2% menn.</p> <p>Nederland.</p>	<p>3 av 4 sykepleiere snakket om seksuell dysfunksjon med mindre enn halvparten av pasientene. De mest sentrale barrierene for å diskutere temaet var språk og etnisitet (57,3%), kultur og religion (54,1%) og at pasienten var eldre (49,7%). 18% av sykepleierne hadde tilstrekkelig kunnskap om seksuell dysfunksjon. 43% var klar over retningslinjer knyttet til seksuelle utfordringer hos nyrepasienter. 35,8% hadde ingen retningslinjer å forholde seg til. 20,8% var ikke klar over at det fantes retningslinjer. Sykepleiere som vurderte sin egen kompetanse og kunnskap som høy eller som var klar over retningslinjer diskuterte temaet oftere enn andre. Ansvar for å diskutere seksualitet ble lagt på leger (82,8%) og sykepleiere (66,3%). Sykepleiere henviste 1,16% av pasientene videre til sexologer. 3 av 4 sykepleiere fikk utdanning relatert til seksualitet og dialyse som en del av sin utdanning til å bli spesialisert på dialyse. Etter utdanning rapporterte majoriteten at de aldri eller sjelden fikk trening relatert til seksualitet i jobbsammenheng. 68,3% indikerte et behov for mer trening. Et «mer privat miljø» ble fremhevet av flere som viktig for å gjøre det lettere å diskutere seksuelle problemstillinger med pasienter, på åpne spørsmål.</p>	<p>Studien er relevant for problemstillingen fordi den definerer barrierer for at sykepleiere skal kunne snakke med pasienter om seksualitet og seksuell helse. I tillegg er den relevant da den undersøker sykepleiernes kunnskaper og trening knyttet til temaet og deres mening om hvem som har ansvaret for å adressere temaet.</p>
--	--	---	--	---

<p style="text-align: center;"><b>I)</b></p> <p>Winterling et al. (2020). Fex-Talk: A Short Educational Intervention Intended to Enhance Nurses' Readiness to Discuss Fertility and Sexuality with Cancer Patients. <i>Journal of Cancer Education</i>, 35(3), 538-544.  <a href="https://doi.org/10.1007/s13187-019-01493-7">https://doi.org/10.1007/s13187-019-01493-7</a></p>	<p>Å evaluere Fex-talk-Intervensjonen. Å finne ut om intervensjonen kan bidra til økt bevissthet og faglig trygghet i å samtale om seksualitet.</p>	<p>Kvalitativ evalueringsstudie av en intervensjon.</p> <p>Fex-Talk ble gjennomført som et kurs på to timer, hjemmelekser og en oppfølgingstime etter omtrent én måned. Fex-Talk inneholdt videoer, forelesninger og rollespill om seksualitet og fertilitet hos unge voksne med kreft.</p> <p>Fex-Talk ble gjennomført med fem grupper av sykepleiere fra 2016 til 2018. Evalueringen bygger på 194 skriftlige kommentarer fra deltakere og 46 notater fra undervisere som ble samlet rett etter hver undervisningssesjon.</p> <p>Sverige.</p>	<p>Fex-Talk-intervensjonen økte mange av studiedeltakernes oppmerksomhet på at seksualitet og fertilitet var viktige fokusområder for pasienter med kreft. Sykepleierne forstod i etterkant at dette ikke ble fokusert på i tilstrekkelig grad i deres kliniske praksis. Noen sa at de allerede var bevisste dette. Mange uttrykte ønske om mer informasjon om seksuelle utfordringer og fertilitet relatert til kreftsykdom, og trodde at dette ville øke deres selvsikkerhet i å snakke med pasienter om temaet. Etter Fex-Talk tenkte flere sykepleiere at ingen spesiell kompetanse var nødvendig for å snakke med pasienter om seksuelle utfordringer. Studiedeltakerne måtte heller konfrontere det ukomfortable ved temaet og lærte at de må tørre å snakke med pasienter om temaet til tross for ubehaget. Sykepleierne fant det nyttig og utfordrende å delta på rollespill, selv om noen av deltakerne var negative og fant dette veldig ukomfortabelt. Deltakerne identifiserte manglende rutiner, tid og private steder som barrierer for å snakke om seksualitet og fertilitet. Noen var usikre på om kommunikasjon om sex og fertilitet var en del av deres yrkesansvar.</p>	<p>Studien er relevant for problemstillingen fordi den identifiserer barrierer for at sykepleiere skal kunne snakke med pasienter om seksuelle utfordringer. I tillegg fant studien at utdanning om seksuelle utfordringer hos pasienter kan bidra til at sykepleiere bedre forstår viktigheten av temaet og blir mer komfortable med å snakke om det.</p>
--	---	---	--	--

### 3.2 Sammenfatning og tematisk inndeling

Analyse av de utvalgte forskningsartiklene resulterte i en tematisk inndeling med følgende tre hovedtemaer: (1) *Sykepleieres holdninger, tolkninger og personlige forhold knyttet til seksualitet og seksuell helse* (2) *Sykepleieres kunnskaps- og utdanningsgrunnlag* og (3) *Organisatoriske forhold*. Under hvert av hovedtemaene finnes tilhørende undertemaer. Til sammen er det seks undertemaer. Dette er skjematisk framstilt i *Figur 1*. Videre presenteres funnene i tekstformat.



Figur 1: Figuren viser en tematisk inndeling av resultater med tre hovedtemaer og seks undertemaer.

### **3.2.1 Sykepleieres holdninger, tolkninger og personlige forhold knyttet til seksualitet og seksuell helse**

#### Tolkninger av seksualitet

I noen av studiene kom det fram at enkelte sykepleiere tolket seksuell utfoldelse utelukkende som penetrerende samleie (Annerstedt & Glasdam, 2019; Benoot et al., 2018). En sykepleier i Olsson et al. (2012) uttrykte imidlertid at: «*The sexuality is so much more than just intercourse... closeness and affection/warmth/and just lying next to each other, to feel the closeness...*». Hvordan sykepleiere tolket seksualitet i forhold til grunnleggende verdier i sykepleie var også avgjørende for om de snakket om temaet med pasienter. Benoot et al. (2018) undersøkte holdningene til sykepleiere innen palliativ omsorg, og fant ulikt ståsted mellom sykepleiere. Noen så på seksualitet som en del av livskvaliteten, mens andre mente at å fokusere på seksuelle utfordringer hos palliative pasienter var å ignorere at pasientene var døende.

#### Personlige forhold, religion og etnisitet

Sykepleiere som selv hadde opplevd seksuelle utfordringer i forbindelse med sykdom, var flinkere til å fokusere på pasienters seksuelle helse (Benoot et al., 2018). I Klaeson et al. (2017) var tidligere positive erfaringer med egen seksualitet og samtaler om temaet, en årsak til at sykepleiere initierte slike samtaler med pasienter. Videre kom det fram at sykepleiere med negative seksuelle erfaringer, for eksempel trakassering, kunne unngå å snakke med pasienter om temaet. Flere av sykepleierne så på seksualitet og seksuell helse som privat og tabu, hvilket hindret dem i å samtale om temaet (Annerstedt & Glasdam, 2019; Klaeson et al., 2017; Kolbe et al., 2016; Olsson et al., 2012; Saunamäki et al., 2010; Winterling et al., 2020). Van Ek et al. (2018) fant at de største barrierene i kommunikasjon om seksualitet med pasienter var språk, etnisitet, religion og kultur. Sykepleierne som snakket med pasienter om seksualitet i Olsson et al. (2012) påpekte at personlig modenhet og å være komfortabel med egen seksualitet var viktig. En av sykepleierne sa «*... to dare to talk about this [sexuality], which is so very intimate, somehow I need [my] personal maturity. It also relates to my own sexuality ...*». Flere studier fant at en nær og kontinuerlig relasjon mellom pasient og sykepleier var en viktig forutsetning for å initiere samtaler om seksualitet og seksuell helse (Benoot et al., 2018; Klaeson et al., 2017; Kolbe et al., 2016; Olsson et al., 2012).

#### Antakelser om pasienters seksualitet

Flere studier fant at mange sykepleiere oppfattet eldre pasienter som seksuelt inaktive (Annerstedt & Glasdam, 2019; Kolbe et al., 2016; Olsson et al., 2012; Van Ek et al., 2018). En deltaker i studien Annerstedt & Glasdam (2019) sa: «*If you are undergoing treatment and are single, well... sex is not something that the patient is thinking about*», om pasienter som gjennomgikk kreftbehandling. Olsson et al. (2012) fant en antakelse blant sykepleiere om at pasienter i parforhold ikke hadde behov for samtale om seksuelle utfordringer fordi de løste dem selv med partneren sin. Sykepleiere antok også at det var ukomfortabelt for pasienter å snakke om seksualitet, hvilket hindret dem i å initiere slike samtaler (Kolbe et al., 2016; Olsson et al., 2012).



### **3.2.2 Sykepleieres kunnskaps- og utdanningsgrunnlag**

#### Forhold til yrkesansvar

Alle utenom én studie (Winterling et al., 2020) fant at sykepleiere sjelden eller aldri samtaler om seksualitet og seksuell helse med pasienter (Annerstedt & Glasdam, 2019; Benoot et al., 2018; Jonsdottir et al., 2016; Klaeson et al., 2017; Kolbe et al., 2016; Olsson et al., 2012; Saunamäki et al., 2010; Van Ek et al., 2018). Sykepleieres forhold til eget yrkesansvar påvirket hvorvidt de snakket med pasienter om temaet. Studier fant at majoriteten av sykepleiere mente at det var sykepleieres yrkesansvar å snakke med pasienter om seksualitet og seksuell helse (Jonsdottir et al., 2016; Olsson et al., 2012; Saunamäki et al., 2010). Noen sykepleiere i Winterling et al. (2020) og flertallet i Kolbe et al. (2016) tenkte at det ikke var innenfor deres ansvarsområde å diskutere seksuelle utfordringer med pasienter. Sykepleiere i Klaeson et al. (2017) var usikre på om det var deres ansvar. Flere studier fant at enkelte sykepleiere mente at det var andre profesjoner innen helse sitt ansvar å snakke med pasienter om seksualitet og seksuell helse (Annerstedt & Glasdam, 2019; Benoot et al., 2018; Klaeson et al., 2017; Olsson et al., 2012; Van Ek et al., 2018).

#### Utdanning og erfaring

Mange sykepleiere følte seg usikre på sine evner i å snakke om seksualitet, og sykepleieres opplevelse av mangel på kunnskap og utdanning var en barriere for samtaler om seksualitet og seksuell helse med pasienter (Benoot et al., 2018; Jonsdottir et al., 2016; Klaeson et al., 2017; Saunamäki et al., 2010; Van Ek et al., 2018; Winterling et al., 2020). Noen sykepleiere i Benoot et al. (2018) følte at de manglet ekspertise, og trodde at det måtte gis konkrete råd til pasienter med seksuelle utfordringer. Sykepleiere med lengre yrkeserfaring og/eller videreutdanning var mer komfortable med å samtale om seksualitet (Saunamäki et al., 2010; Van Ek et al., 2018). Sykepleiere med trening eller kurs i temaet initierte samtaler oftere etter faglig opplæring (Jonsdottir et al., 2016; Winterling et al., 2020). Flere sykepleiere påpekte at det viktigste var å lytte, utforske og anerkjenne pasientens følelser (Benoot et al., 2018; Klaeson et al., 2017; Winterling et al., 2020). I noen studier kom det fram at sykepleiere syntes det var lettere å snakke om fysiske enn psykiske og relasjonelle seksuelle utfordringer (Klaeson et al., 2017; Olsson et al., 2012).

### **3.2.3 Organisatoriske forhold**

#### Rutiner, retningslinjer og miljø

Sykepleiere savnet rutiner, retningslinjer og spørreskjema fra systemnivå som kunne brukes for å kartlegge pasienters seksuelle helse (Benoot et al., 2018; Klaeson et al., 2017; Van Ek et al., 2018; Winterling et al., 2020). Pasientens målbare sykdomsparametere, fysiske tegn og symptomer, ble noen ganger prioritert over subjektive seksuelle utfordringer (Annerstedt & Glasdam, 2019; Benoot et al., 2018). Mangel på tid og private samtalesteder var hyppige barrierer for samtaler om seksualitet med pasienter (Benoot et al., 2018; Jonsdottir et al., 2016; Klaeson et al., 2017; Kolbe et al., 2016; Olsson et al., 2012; Winterling et al., 2020). Noen sykepleiere i Benoot et al. (2018) initierte ikke samtaler om seksuelle utfordringer fordi de ikke møtte pasienter og deres partnere hyppig nok til å bygge en relasjon for å kunne snakke om temaet. En sykepleier pekte imidlertid på at det viktigste var å være åpen i de øyeblikkene som

oppstår, gjennom følgende sitat: «*Talking about sexuality does come up too when we are washing patients, for example. They might say about their intimate body parts, 'there used to be more life in it'. If you brush it off and laugh, an important moment is lost. But if you detect these things carefully and delve deeper and ask if they need it, those conversations start*» (Benoot et al., 2018).

## 4.0 Diskusjon

Diskusjonskapittelet består av en resultatdiskusjon og en metodediskusjon. I resultatdiskusjonen blir funnene vurdert opp mot teori fra kapittel 1.0 *Innledning* og problemstillingen: *Hvilke forhold påvirker om sykepleiere snakker med pasienter med somatiske diagnoser om seksualitet og seksuell helse?* Resultatdiskusjonen følger samme inndeling som kapittel 3.2 *Sammenfatning og tematisk inndeling*, men overskriftene er endret til spørsmål. I metodediskusjonen blir metodiske vurderinger i tillegg til oppgavens styrker og svakheter diskutert.

### 4.1 Resultatdiskusjon

#### 4.1.1 Hvordan påvirker sykepleiers holdninger, tolkninger og personlige forhold om de snakker med pasienter om seksualitet og seksuell helse?

I artiklene kom det fram at sykepleierne hadde ulike tolkninger av hva som ligger i begrepet seksualitet, noe som påvirket hvorvidt de snakket med pasienter om temaet. Flere hadde en begrenset, fysisk tolkning av seksuell utfoldelse (Annerstedt & Glasdam, 2019; Benoot et al., 2018). Andre uttrykte hvordan seksualitet også har relasjonell og emosjonell forankring (Olsson et al., 2012), hvilket understøttes av WHO's definisjoner (WHO, 2006). Sykepleieres sprikende holdninger og tolkninger relatert til seksualitetens innhold og betydning kan muligens forklares gjennom et sosiologisk perspektiv. Seksualitet er nært knyttet til identitet, og blir formet gjennom sosialisering- og seksualiseringsprosessen et individ gjennomgår i barne- og ungdomsårene (Lewin, 2010, s. 115). Sykepleierens seksualitet har blitt formet gjennom deres oppvekst og livserfaringer. De er individer som kommer fra ulike bakgrunner hvor seksualitetens uttrykksformer og verdinormer kan ha variert. Dette påvirker hvordan de forholder seg til egen og andres seksualitet gjennom sin yrkesutøvelse. For å kunne kommunisere godt om seksualitet og seksuell helse, er det nødvendig for sykepleiere å være bevisst egne holdninger og ha modenhet i relasjon til egen seksualitet (Gamnes, 2016, s. 398-400; Olsson et al., 2012; Watson, 2008, s. 171-174). Ifølge Watson (2008, s. 171-174) inviterer seksualiteten mennesker til å være sårbare og emosjonelle, men det er imidlertid i sårbarhet at vi mennesker også kan tenkes å være mest utsatt. Alle mennesker, inklusive sykepleiere, kan ha tidligere opplevelser i relasjon til sin seksualitet som kan gjøre det vanskelig å snakke om seksualitet, fordi de er sårbare i møte med temaet. Hvordan sykepleieres personlige erfaringer påvirker kommunikasjon om seksualitet kom fram i Klaeson et al. (2017), som fant at sykepleiere med tidligere positive erfaringer med seksualitet kommuniserte om temaet med pasienter, mens de som hadde hatt negative erfaringer fant det vanskeligere å snakke om.

Hva som ansees som akseptabelt når det kommer til seksualitet, vil være ulikt i forskjellige sammenhenger og kulturer (Lewin, 2010, s. 115). Seksualitetens innhold, uttrykk og betydning kan påvirkes av kultur, religion og livshendelser (WHO, 2006). I dagens vestlige samfunn har man på mange måter en liberal holdning til seksualitet og seksuell helse hvor man både tillater, fasiliterer og lar seg rive med av underholdning som baserer mye av sitt innhold på seksualitet. Likevel er ikke alltid individet villig til å åpne opp for å snakke om temaet. Dette er et interessant paradoks som gir grunnlag for å stille spørsmålstegn ved hvorfor sykepleiere vegrer seg for å initiere samtaler om seksualitet i et samfunn som tilsynelatende har en åpen holdning til temaet. I studiene ble seksualitet sett på som et privat og tabubelagt tema relatert til skam og usikkerhet. Dette hindret sykepleiere i å ta opp temaet med pasienter (Annerstedt & Glasdam, 2019; Klaeson et al., 2017; Kolbe et al., 2016; Olsson et al., 2012; Saunamäki et al., 2010; Winterling et al., 2020). Språk, etnisitet, religion og kultur var også brakt fram som barrierer (Van Ek et al., 2018). Mange samfunn har gjennom historien brukt seksualiteten til å undertrykke individet, og seksualitet har blitt betraktet som en kraft som måtte fortrenkes (Johannisson, 2010, s. 124). Hva som er akseptable seksuelle uttrykk varierer dermed på tvers av samfunn og kultur, hvilket kan prege individets holdninger og tankesett relatert til seksualitet (Gamnes, 2016, s. 398; Lewin, 2010, s. 115). Sykepleiere må ta hensyn til at myter, religion, oppvekstmiljø og gruppetilhørighet preger både egne og pasienters holdninger til seksualitet, noe som i seg selv kan være en kompleks oppgave. På bakgrunn av dette kan vi forstå hvordan sykepleiere tolker seksualitet ulikt i lys av ulike erfaringer, og at dette påvirker om de snakker om temaet med pasienter.

Martinsen (2021, s. 61-62) skildrer tillit som noe grunnleggende i relasjoner som tillater åpenhet omkring intime tema. Tillit kan derfor ses på som en nødvendighet for at sykepleiere og pasienter skal kunne være åpne i kommunikasjon om seksualitet og seksuell helse. Dette kommer også fram i flere av studiene (Benoot et al., 2018; Klaeson et al., 2017; Kolbe et al., 2016; Saunamäki et al., 2010). Tillit er imidlertid ingen selvfølge i relasjoner mellom sykepleiere og pasienter. Flere av studiene peker på at sykepleiere hadde antakelser om seksualitetens betydning for den enkelte pasient basert på trekk ved pasienten. Eksempelvis antok de at pasienters sivilstatus påvirket deres behov for samtaler om seksualitet og seksuell helse, at pasienter selv ville ta initiativ til samtaler, at eldre ikke hadde seksuell interesse eller at det var ukomfortabelt for pasienter å snakke om temaet (Annerstedt & Glasdam, 2019; Kolbe et al., 2016; Olsson et al., 2012; Van Ek et al., 2018). Slike antakelser kan tenkes å skape avstand mellom sykepleiere og pasienter. Ved å gjøre seg opp antakelser om pasientene, har sykepleiere allerede bestemt seg for hva som er viktig for pasientene. Dette kan føre til at de ubevisst lar være å undersøke hva som faktisk er viktig for pasientene, og åpenhet og tillit uteblir fra relasjonen. Man kan undre seg om disse antakelsene er forsvarsmekanismer fra sykepleierne sin side for å beskytte seg mot eget ubehag og sårbarhet. På grunn av seksualitetens historie som tabubelagt, kan man se for seg at den individuelle seksualiteten faller innenfor både sykepleieres og pasienters urørlighetssone. Dersom sykepleiere har en åpen tilnærming til pasienter, og bruker egen sårbarhet til å sette seg inn i pasientens situasjon, kunne kanskje urørlighetssonen blitt utfordret i åpenheten (Martinsen, 2021, s. 55). Når sykepleiere derimot gjør seg opp antakelser om pasienter som kanskje ikke stemmer, blir den mulige åpenheten til lukkethet i stedet. Dette kan føre til at seksualitet og seksuell helse blir bagatellisert eller oversett. Pasienter kan da føle seg alene i sine utfordringer, og «toveistabu» som fører til at

hverken sykepleier eller pasient våger å åpne seg, opprettholdes (Graugaard et al., 2006, s. 20; Helland, 2015, s. 871; Martinsen, 2021, s. 61-62).

#### **4.1.2 Hvordan kan sykepleieres kunnskaps- og utdanningsgrunnlag påvirke om de snakker med pasienter om seksualitet og seksuell helse?**

Helsepersonell har informasjonsplikt overfor pasienter, og pasienter har rett til å motta informasjon fra helsepersonell (Helsepersonelloven, 1999, §10; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2). I tillegg har sykepleiere ansvar for å ivareta seksuelle behov på lik linje med andre grunnleggende behov (NSF, 2019; Watson, 2008, s. 171-174). Flere studier fant at majoriteten av sykepleiere mente det inngår i sykepleieres yrkesansvar å snakke med pasienter om seksualitet og seksuell helse (Jonsdottir et al., 2016; Olsson et al., 2012; Saunamäki et al., 2010), mens andre var uenige eller usikre (Klaeson et al., 2017; Kolbe et al., 2016; Winterling et al., 2020). Dette tyder på at det eksisterer uklarhet omkring yrkesansvar knyttet til seksualitet. Selv om mange sykepleiere mener det er deres ansvarsområde, viste resultatene at de færreste sykepleierne kommuniserte om temaet (Annerstedt & Glasdam, 2019; Benoot et al., 2018; Jonsdottir et al., 2016; Klaeson et al., 2017; Kolbe et al., 2016; Olsson et al., 2012; Saunamäki et al., 2010; Van Ek et al., 2018). Dette til tross for at sykepleiere har en juridisk plikt til å kommunisere om seksuelle utfordringer med pasienter. Man kan spørre seg om dette er en form for ansvarsfraskrivelse, eller om seksualitetens historie og stilling i samfunnet også påvirker hvordan sykepleiere forholder seg til eget yrkesansvar i relasjon til seksualitet.

I yrkesetiske retningslinjer (2019) poengteres det at sykepleiere skal erkjenne grenser for egen kompetanse og søke veiledning i situasjoner hvor man har behov for det. Sykepleieres opplevelse av å ikke ha tilstrekkelig kunnskap, utdanning eller trening ble oppgitt som en hyppig barriere for å samtale om seksualitet og seksuell helse med pasienter (Benoot et al., 2018; Jonsdottir et al., 2016; Klaeson et al., 2017; Saunamäki et al., 2010; Van Ek et al., 2018; Winterling et al., 2020). Studiene viste at mange sykepleiere ikke følte seg selvsikre nok på sine evner innen seksuell helse (Saunamäki et al., 2010; Van Ek et al., 2018; Winterling et al., 2020). Noen sykepleiere trodde de måtte gi konkrete råd og løsninger på pasienters seksuelle utfordringer og følte de manglet kunnskap om temaet (Benoot et al., 2018). Siden seksuell helse anses som et grunnleggende behov, kan man argumentere for at dette er noe sykepleiere burde ha tilstrekkelig kunnskap om fra sin grunnutdanning. Dette fører til et paradoks hvor seksualiteten, som grunnleggende behov, tilsier at alle sykepleiere bør være i stand til å samtale om det, samtidig som yrkesetiske retningslinjer forsvarer det å ikke snakke med pasienter om seksualitet på grunn av egenopplevd kompetansemangel. Det er derfor til en viss grad forståelig at mangel på kompetanse hos sykepleiere kan skape barrierer for å ta opp tematikken.

Øving i og kunnskap om seksualitet og seksuell helse er viktig for å oppnå trygghet i å snakke om temaet (Gamnes, 2016, s. 398-400). Dette er noe studiene også illustrerer. Sykepleiere med lengre yrkeserfaring og/eller videreutdanning, var mer positive og komfortable med å samtale om seksualitet (Saunamäki et al., 2010; Van Ek et al., 2018), hvilket tyder på at disse sykepleierne har større trygghet rundt eget kompetansenivå. Sykepleiere syntes også det var lettere å snakke om fysiske enn psykiske og relasjonelle, seksuelle utfordringer (Klaeson et al., 2017; Olsson et al., 2012). Det kan tenkes at årsaken til dette ligger i at det er det fysiske aspektet ved seksuelle utfordringer som i størst grad blir vektlagt i sykepleiernes grunnutdanning og

opplæring, slik som sykepleiere i Klaeson et al. (2017) påpekte. Jonsdottir et al. (2016) og Winterling et al. (2020) fant begge at øvelse, videreutdanning eller kurs førte til at sykepleiere oftere tok initiativ til å snakke om seksualitet og seksuell helse med pasienter. Sykepleiere følte økt trygghet og kunnskap etter faglig opplæring, hvilket igjen minsket deres frykt for å gi feilinformasjon eller å krenke pasienter. Slik kan man forstå at både erfaring og utdanning, eller fravær av dette, er forhold som påvirker om sykepleiere snakker om seksualitet og seksuell helse med pasienter.

#### **4.1.3 Hvordan kan organisatoriske forhold påvirke om sykepleiere snakker med pasienter om seksualitet og seksuell helse?**

Når sykepleiere ikke initierer samtaler om seksualitet og seksuell helse, medfører det risiko for at pasienters seksuelle utfordringer ikke blir oppdaget og behandlet. Pasienter blir dermed gitt ansvaret for egen seksuelle helse, hvilket kan føre til økt bekymring og usikkerhet (Helland, 2015, s. 871). Det er ikke dermed sagt at sykepleiere med intensjon overser seksuelle behov. Tausheten om seksuelle temaer i helse- og omsorgstjenesten samt manglende retningslinjer for sykepleie på dette området, skaper usikkerhet om hvordan sykepleiere skal håndtere temaet i praksis (Helland, 2015, s. 870-871). Flere studier viste at organisatoriske forhold formet sykepleiernes rutiner når det gjelder samtaler om seksualitet og seksuell helse og at sykepleierne savnet rutiner og retningslinjer fra systemnivå. Mangel på tid og private rom, hyppig utskiftning av pasienter og antall oppgaver som skulle håndteres var beskrevet som barrierer for å prioritere kommunikasjon om seksualitet (Benoot et al., 2018; Jonsdottir et al., 2016; Klaeson et al., 2017; Kolbe et al., 2016; Olsson et al., 2012; Winterling et al., 2020). Helsevesenet har en instrumentell utnyttelse av tid, hvor kvalitet knyttes til hastighet. Fokuset på effektivisering kan bidra til at sykepleierens gjøremål og pasientens ønsker, behov og rytmer mister forbindelsen til hverandre (Martinsen, 2021, s. 44). Sykepleiere snakker sjelden eller aldri med pasienter om seksualitet og seksuell helse (Annerstedt & Glasdam, 2019; Benoot et al., 2018; Jonsdottir et al., 2016; Klaeson et al., 2017; Kolbe et al., 2016; Olsson et al., 2012; Saunamäki et al., 2010; Van Ek et al., 2018). Organisatoriske forhold kan være en årsak, hvilket kan forklare at sykepleiere som i utgangspunktet er komfortable med å snakke om seksualitet, ikke alltid gjør det. Som tidligere nevnt mente flere sykepleiere at en nær og kontinuerlig relasjon mellom pasient og sykepleier var viktig for å kunne snakke om seksualitet (Benoot et al., 2018; Klaeson et al., 2017; Kolbe et al., 2016; Olsson et al., 2012). Travelheten i dagens helsevesen kan gjøre det vanskelig å utvikle en tillitsfull og åpen relasjon hvor seksualitet kan adresseres.

Man kan likevel spørre seg om organisatoriske forhold kan forsvare å nedprioritere seksualitet og seksuell helse. Den innledende teorien fremhever behovet for kommunikasjon om temaet ved et større utvalg av pasientgrupper som kan oppleve seksuelle utfordringer. Andelen pasienter med seksuelle utfordringer er også økende (Graugaard et al., 2006, s. 10; Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Noen sykepleiere i Klaeson et al. (2017) som hadde personlige erfaringer med seksuelle utfordringer, oppga at de uavhengig av manglende organisatorisk tilrettelegging fant måter å prioritere seksuell helsehjelp. Andre sykepleiere fremhevet at det viktigste var å ha en åpen holdning, og å gripe øyeblikkene når de oppstår, for eksempel når pasienter ytrer kommentarer som kan knyttes til deres seksualitet (Benoot et al., 2018). Gamnes (2016, s. 400) understreker dette når hun sier at helsearbeidere kan gi god hjelp bare ved å være lyttende, ha empati og selvinnsikt. Dette peker mot at sykepleiere som har

en forståelse av seksualitetens betydning i større grad vil tilrettelegge for samtaler om seksualitet og seksuell helse til tross for ugunstige, organisatoriske forhold.

Man kan likevel forstå hvordan sykepleiere i en travel helsetjeneste, bevisst eller ubevisst, nedprioriterer samtaler om seksualitet og seksuell helse dersom ingenting pålegger dem å gjennomføre disse. I Annerstedt & Glasdam (2019) var pasientens målbare sykdomsparametere, fysiske tegn og symptomer, prioritert foran subjektive seksuelle utfordringer. Liknende tendenser fantes også i Benoot et al. (2018), hvor fysiske symptomer ble prioritert over seksuelle utfordringer. I dagens helsevesen, hvor effektivitet er et mål på kvalitet (Martinsen, 2021, s. 43), vil ofte oppgaver som sykepleiere måles eller sjekkes på, bli prioritert. Dette understreker også resultatene. Denne nedprioriteringen av seksualitet som har rot i organisatoriske forhold kan antas å bli forsterket av at seksualitet i seg selv er et tema som er relatert til skam, tabu og usikkerhet. Det som kjennes vanskelig og ubehagelig, blir naturlig unngått når man ikke har tid. Ifølge idealer for holistisk sykepleie er imidlertid menneskets behov mange og sammensatte, og seksualiteten kan ikke separeres fra resten av mennesket. Sykepleiere må alltid sørge for å se hele mennesket i pasientene de møter, og påse at de fokuserer på det som er viktig for pasienten (Watson, 2008, s. 171-174). En kan på bakgrunn av dette tenke at det å nedprioritere pasienters seksuelle behov ikke er forenelig med utøvelse av holistisk sykepleie. Dette er uavhengig av om årsaken til nedprioriteringen ligger i manglende organisatorisk tilrettelegging eller andre forhold.

## 4.2 Metodediskusjon

En styrke ved denne litteraturstudien er at det ble gjennomført orienterende søk innledningsvis, som videre ledet til systematiske søk i to anerkjente databaser innen helse, CINAHL og MedLine (Aveyard, 2019, s. 81). Relevante søkeord ble utarbeidet ved hjelp av konsepttabell og kombinert på ulike måter. MeSH-terminologi i databasene ble anvendt for å fange opp synonymer til de utvalgte søkeordene. Bruk av flere databaser og ulike kombinasjoner av relevante søkeord kan ha bidratt til at forskningsartikler med høy relevans for litteraturstudiens problemstilling ble funnet. For å sikre at oppdaterte forskningsresultater ble anvendt i litteraturstudien, ble det valgt å sette ti år siden publisering som inklusjonskriterium (Aveyard, 2019, s. 75-80). Likevel ble det gjort funn av to studier utenfor dette inklusjonskriteriet som ble inkludert. Dette på grunn av at de tilfører oppgaven noe vesentlig, i tillegg til at de understøtter funn i de andre forskningsartiklene.

Blant de ni inkluderte forskningsartiklene er fem av kvalitativ metode, tre av kvantitativ metode og én artikkel kombinasjon av kvalitativ og kvantitativ metode. Dette kan være en styrke ved litteraturstudien. De kvalitative dataene viser sykepleiernes holdninger og deres bakgrunn for hvordan de forholder seg til seksualitet og seksuell helse i sitt arbeid, og belyser subjektive opplevelser og erfaringer rundt temaet (Dalland, 2020, s.54). De kvantitative dataene utgjør derimot en større gruppe sykepleiere som kan belyse det allmenngyldige, altså det som er felles for en større mengde representanter (Dalland, 2020, s.55). De to intervensjonsstudiene som ble inkludert var nyttige for denne litteraturstudien fordi de viste en tydelig sammenheng mellom økt øving og kunnskapsnivå, og initiativ til samtaler om seksualitet og seksuell helse. En styrke ved litteraturstudien er også at alle forskningsartiklene er godkjent som nivå 1 eller 2 i Norsk

senter for forskningsdata (NSD). Litteraturen som er brukt er henvisning i referansestil APA 7, i tråd med universitetets retningslinjer.

Studiene inkluderte nesten utelukkende kvinnelige informanter, noe som kan ha påvirket resultatene. Alle studiene er skrevet på engelsk, og det må tas i betraktning at oversettelse kan ha medført feiltolkninger og misforståelser. Under utvelgelsen av forskningsartikler ble det lagt vekt på artikler med relevans og overførbarhet til det norske samfunnet og helsevesenet (Malterud, 2017, s. 66-67). Denne utvelgelsen resulterte i fem artikler fra Sverige, de resterende fra Belgia, Island, Tyskland og Nederland. Artikkelen viste relativt like funn uavhengig av land. Det må likevel tas hensyn til at det kan eksistere kulturforskjeller som ikke har blitt fanget opp, da dette ikke har blitt utforsket grunnet oppgavens omfang. Det må også nevnes at det er tatt utgangspunkt i norsk lovverk og yrkesetikk i diskusjonen av funnene, noe som ikke nødvendigvis er likt i alle studielandene.

Søkestrategien la ingen begrensninger på fagområder innen sykepleie, arbeidssteder eller pasientenes diagnoser. Litteratursøket ga likevel flest resultater innen onkologi. Hensikten med studien er å belyse hvorfor seksualitet og seksuell helse er underkommunisert, uavhengig av pasientenes diagnoser. En overvekt av onkologi kan imidlertid reflektere svakheter ved søket. De inkluderte studiene kan ikke representere forskning fra absolutt alle deler av helsevesenet, men funnene kan uansett være overførbare til alle fagområder innen sykepleie, fordi de sier noe viktig om seksualitet som et allment fenomen (Malterud, 2017, s. 67). Søkene ga også få treff innenfor psykiatriske fagfelt. Selv om de inkluderte studiene har undersøkt sykepleiere som jobber med spesifikke pasientgrupper, så er det forsøkt å trekke ut essensen i studiene, slik at resultatene kan overføres til hele helsetjenesten. Funnene i alle studiene viser at seksualitet og seksuell helse er et vanskelig tema å snakke om. Man kan undre seg om dette i seg selv er årsaken til lite forskning innenfor andre fagfelt enn onkologi. På den andre siden kunne søk i flere relevante databaser, også databaser spesifikke for psykiatrisk fagfelt, ha medført funn av flere relevante studier. Dette ble ikke gjennomført på grunn av oppgavens omfang, ordbegrensning og avsatt tid.

Litteraturstudien nevner ikke konkrete verktøy for å hjelpe sykepleiere i kommunikasjon om seksualitet og seksuell helse med pasienter, slik som PLISSIT-modellen (Helland, 2015, s. 877). Slike verktøy finnes og kan være forhold som påvirker om sykepleier snakker med pasienter om seksualitet og seksuell helse. Som nevnt innledningsvis vurderes det grunnleggende å undersøke hvorfor seksualitet er underkommunisert, før man kan se på hvilke tiltak som kan løse problemet. Det må også nevnes at funnene understreket mangel på retningslinjer til å hjelpe sykepleiere med å kommunisere med pasienter om seksualitet og seksuell helse. Dette tyder på at modeller som PLISSIT ikke er kommunisert godt nok utover i helsetjenestene.

Refleksjonene og tolkningene i litteraturstudien tar utgangspunkt i våre forforståelser og kan dermed ha farget besvarelsen. Forforståelsen er de erfaringene og forutsetningene man har med seg og som utgjør bevisste og ubevisste deler av ens tolkningsgrunnlag (Malterud, 2017, s. 83). Det forelå et ønske om å belyse sykepleieres kommunikasjon om seksualitet og seksuell helse som sprang ut fra en tanke om at dette er et viktig tema. Dette påvirket både hvilke spørsmål som ble stilt underveis, hvilke svar man fikk og hvordan dette ble tolket (Malterud, 2017, s. 83). Gjennom hele prosessen har forforståelsen bidratt til valg som har bestemt oppgavens retning i tillegg til hvordan

funnene har blitt tolket opp mot hverandre og teori. Dette har vært avgjørende for den nye helheten i litteraturstudien. Den overordnede vurderingen er at funnene i litteraturstudien er generelle og allmenngyldige. Det må likevel tas i betraktning at andre med en annen for forståelse kunne gjort andre funn og kommet til andre konklusjoner (Malterud, 2017, s. 44-46).

## **5.0 Konklusjon**

Formålet med denne litteraturstudien er å undersøke hvilke forhold som påvirker om sykepleiere snakker med pasienter med primært somatiske diagnoser om seksualitet og seksuell helse. Hovedfunnene fra litteraturstudien er:

- Seksualitet er et vanskelig tema å snakke om for mange sykepleiere, og adresseres sjelden i helsevesenet. Flertallet av sykepleiere er enige i at det inngår i sykepleieres yrkesansvar å samtale med pasienter om seksualitet og seksuell helse, likevel er det et fåtall som initierer samtaler om temaet.
- Sykepleieres personlige holdninger, tolkninger, antakelser og erfaringer knyttet til seksualitet er med på å avgjøre om de tar initiativ til å samtale med pasienter om seksualitet og seksuell helse. Denne sammenhengen kan ha en forankring i sosiologisk, historisk, kulturell og religiøs tolkning av seksualitet.
- Sykepleiere som har kunnskap, faglig innsikt, kursing og videreutdanning innen seksualitet og seksuell helse, kommuniserer oftere med pasienter om temaet, sammenliknet med sykepleiere som ikke har det.
- Mangel på tydelige retningslinjer om seksuell helsehjelp fra systemnivå gjør sykepleiere usikre på hvordan de skal tilnærme seg temaet, og gjør at de i mindre grad snakker med pasienter om seksualitet og seksuell helse.
- Organisatoriske forhold, som mangel på tid og private rom, hindrer sykepleiere fra å prioritere samtaler om seksualitet og seksuell helse. Seksuelle behov kan bli nedprioritert dersom ikke sykepleiere blir sjekket på oppgaven.

### **5.1 Implikasjoner for sykepleiefaglig praksis**

Litteraturstudiens funn understreker at seksualitet og seksuell helse i liten grad blir ivarettatt av sykepleiere til tross for etisk og juridisk plikt til å yte helhetlig sykepleie. Funnene gir grunnlag for tjenesteforbedring og faglig oppdatering hos sykepleiere. Tiltak på systemnivå kan være nødvendig for å bryte barrierer relatert til seksualitet. Det er et håp at funnene i studien kan bidra til økt bevisstgjøring og kunnskap rundt dagens manglende ivaretagelse av pasienters seksuelle behov, og at man i praksis kan se at seksualiteten får plass «på gulvet» i helsetjenestens pleie. I framtiden vil det kunne være positivt om sykepleiere anerkjenner, kartlegger og snakker om seksualitet som en ordinær sykepleieoppgave i sin arbeidshverdag.



## Referanser

- Annerstedt, C. F. & Glasdam, S. (2019). Nurses' attitudes towards support for and communication about sexual health – A qualitative study from the perspectives of oncological nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 28(19-20), 3556-3566. <https://doi.org/10.1111/jocn.14949>
- Aveyard, H. (2019). *Doing a literature review in health and social care: A practical guide* (4. utg.). Open University Press McGraw-Hill Education.
- Benoot, C., Enzlin, P., Peremans, L. & Bilsen, J. (2018). Addressing sexual issues in palliative care: A qualitative study on nurses' attitudes, roles and experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 74(7), 1583-1594. <https://doi.org/10.1111/jan.13572>
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal.
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20(2), 22-6.
- Gamnes, S. (2016). Seksualitet og helse. I G. H. Grimsbø, E.-A. Skaug, S. A. Steindal & N. J. Kristoffersen (Red.), *Grunnleggende sykepleie 2: Grunnleggende behov og helse* (3. utg.). Gyldendal.
- Graugaard, C., Møhl, B. & Hertoft, P. (2006). *Krop, sykdom og seksualitet* (1. utg.). Hans Reitzels Forlag.
- Grimsbø, G. H., Skaug, E.-A., Steindal, S. A. & Kristoffersen, N. J. (2016). *Grunnleggende sykepleie 2: Grunnleggende behov og helse* (3. utg.). Gyldendal.
- Helland, Y. (2015). Seksualitet. I E. K. Grov, I. M. Holter & K. C. Toverud (Red.), *Sykepleieboken: 1: Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg.). Cappelen Damm akademisk.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). St.meld. nr. 47: Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid. *Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartementet*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). Snakk om det! Strategi for seksuell helse 2017-2022. *Helse- og omsorgsdepartementet*. [https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi\\_seksuell\\_helse.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf)
- Johanisson, K. (2010). Sexualiteten i historien. I P.-O. Lundberg & L. Löfgren-Mårtenson (Red.), *Sexologi* (3. utg.). Liber.
- Jonsdottir, J. I., Zöega, S., Saevarsdottir, T., Sverrisdottir, A., Thorsdottir, T., Einarsson, G. V., Gunnarsdottir, S. & Fridriksdottir, N. (2016). Changes in attitudes, practices and barriers among oncology health care professionals regarding sexual health care: Outcomes from a

2-year educational intervention at a University Hospital. *European Journal of Oncology Nursing*, 21, 24-30. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2015.12.004>

Klaeson, K., Hovlin, L., Guvå, H. & Kjellsdotter, A. (2017). Sexual health in primary health care – a qualitative study of nurses' experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 26(11-12), 1545-1554. <https://doi.org/10.1111/jocn.13454>

Kolbe, N., Kugler, C., Schnepf, W. & Jaarsma, T. (2016). Sexual Counseling in Patients With Heart Failure: A Silent Phenomenon Results From a Convergent Parallel Mixed Method Study. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 31(1), 53-61. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000215>

Krychman, M. & Millheiser, L. S. (2013). Sexual Health Issues in Women with Cancer. *The Journal of Sexual Medicine*, 10, 5-15. <https://doi.org/10.1111/jsm.12034>

Larsen, L. S. (2021, mars 30). Helhetlig sykepleie innebærer å ta seksuelle behov på alvor. I B. Tholens & A. Hafstad (Red.), *Sykepleien: Det glemte primærbehovet*, 149-150. [https://sykepleien.no/sites/default/files/2021-03/sy\\_2021-03-05%20mini.pdf](https://sykepleien.no/sites/default/files/2021-03/sy_2021-03-05%20mini.pdf)

Lewin, B. (2010). Sexualiteten som social konstruksjon. I P.-O. Lundberg & Löfgren-Mårtenson (Red.), *Sexologi* (3. utg.). Liber.

Lov om helsepersonell, LOV-1999-07-02-64, 64(1999). [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL\\_2](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_2)

Lov om pasient- og brukerrettigheter, LOV-1999-07-02-63, 63(1999). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.

Martinsen, K. (2021). *Langsomme pulsslag* (1. utg.). Fagbokforlaget.

Norsk Sykepleierforbund (2019). Yrkesetiske retningslinjer. *nsf.no*. <https://www.nsf.no/etik-0/yrkesetiske-retningslinjer>

Olsson, C., Berglund, A.-L., Larsson, M. & Athlin, E. (2012). Patient's sexuality – A neglected area of cancer nursing? *European Journal of Oncology Nursing*, 16(4), 426-431. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2011.10.003>

Saunamäki, N., Andersson, M. & Engström, M. (2010). Discussing sexuality with patients: Nurses' attitudes and beliefs. *Journal of Advanced Nursing*, 66(6), 1308-1316. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05260.x>

Thiedemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.

Tholens, B. & Hafstad, A. (2021). *Sykepleien: Det glemte primærbehovet*. [https://sykepleien.no/sites/default/files/2021-03/sy\\_2021-03-05%20mini.pdf](https://sykepleien.no/sites/default/files/2021-03/sy_2021-03-05%20mini.pdf)

Van Ek, G. F., Gawi, A., Nicolai, M. P. J., Krouwel, E. M., Den Oudsten, B. L., Den Ouden, M. E. M., Schaapherder, A. F., Putter, H., Pelger, R. C. M. & Elzevier, H. W. (2018). Sexual care for patients receiving dialysis: A cross-sectional study identifying the role of nurses working in the dialysis department. *Journal of Advanced Nursing*, 74(1), 128-136. <https://doi.org/10.1111/jan.13386>

Watson, J. (2008). *Nursing: The philosophy and science of caring*. University Press of Colorado.

Winterling, J., Lampic, C. & Wettergren, L. (2020). Fex-Talk: A Short Educational Intervention Intended to Enhance Nurses' Readiness to Discuss Fertility and Sexuality with Cancer Patients. *Journal of Cancer Education*, 35(3), 538-544. <https://doi.org/10.1007/s13187-019-01493-7>

World Health Organization. (2006). *Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health 28-31 January 2002, Geneva*. WHO.

