

**BSYBAC\_6**

# **Bacheloroppgave i Sykepleie**

Kommunikasjon om seksuell helse



---

Universitetet  
i Stavanger

**Det helsevitenskapelige fakultet**

**Bachelor i Sykepleie**

**Stavanger, 03.01.23**

*Hvordan kan sykepleiere gjennom kommunikasjon, ivareta gynekologiske kreftpasienter med utfordringer knyttet til seksuell helse?*

Kandidatnummer: 1635 og 1597

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

## **Sammendrag**

### *Bakgrunn*

Gynekologisk kreft fører ofte til komplikasjoner som påvirker den seksuelle helsen. Sykepleiere står i posisjon til å hjelpe disse pasientene til å håndtere seksuelle helseutfordringer.

### *Hensikt*

Hensikten med denne oppgaven er å belyse betydningen av kommunikasjon i forbindelse med ivaretagelse av gynekologiske kreftpasienters seksuelle helse.

### *Metode*

Metoden som ble benyttet er en integrativ litteraturoversikt hvor seks vitenskapelige artikler ble analysert. Resultatene fra artiklene, relevant teori og egne refleksjoner utgjør grunnlaget for resultatene.

### *Resultater*

Flere sykepleiere unngår samtaler om seksuell helse med pasienter grunnet egne følelser, antagelser og fordommer. Avdelingenes organisering, mangel på tid og mangel på retningslinjer er også en påvirkende faktor. Pasientene ønsker mer informasjon om hvilken effekt behandlingen har for deres seksuelle helse. De ønsker at helsepersonell skal ta initiativ til denne dialogen.

Nøkkelord: Gynekologisk kreft, seksuell helse, seksualitet, kommunikasjon, sykepleier, oppfølging, komplikasjoner.

## Innholdsfortegnelse

<b>1. INNLEDNING .....</b>	<b>5</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	5
1.2 Problemformulering .....	5
1.3 Oppgavens oppbygning .....	5
1.4 Avgrensing .....	6
<b>2. TEORI .....</b>	<b>7</b>
2.1 Livmorhalskreft.....	7
2.2 Livmorkreft, eggstokkreft og kreft i egglederne.....	7
2.3 Kreft i vulva og vagina .....	7
2.4 Bivirkninger og komplikasjoner .....	8
2.5 Sykepleieren i møte med seksuelle helseutfordringer.....	8
2.6 PLISSIT-modellen.....	9
2.7 Personorientert kommunikasjon.....	10
2.8 Joyce Travelbee .....	10
2.8.1 Menneske-til-menneske-forhold .....	11
2.8.2 Kommunikasjon som grunnlag for menneske-til-menneske-forhold .....	11
2.9 Juridiske føringer for sykepleiere.....	12
<b>3. METODE .....</b>	<b>13</b>
3.1 Hva er metode?.....	13
3.2 Valg av metode .....	13
3.3 Søkeprosessen.....	14
3.3.1 Databaser.....	14
3.3.2 Valg av søkeord .....	14
3.3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	14
3.4 Analyse.....	16
<b>4. RESULTATER .....</b>	<b>17</b>
4.1 Forutsetninger for samtale om seksuell helse .....	17
4.2 Sykepleierens følelser, verdier og antagelser.....	18
4.2.1 Følelser og verdier .....	18
4.2.2 Fordommer og antagelser .....	19
4.3 Kunnskap og ferdigheter.....	20
4.4 Utfordringer på et organisatorisk nivå.....	20
4.4.1 Ansvar .....	20
4.4.2 Praktiske barrierer .....	21
4.5 Pasientenes perspektiv.....	21
<b>5. DISKUSJON .....</b>	<b>23</b>
5.1 Metodediskusjon .....	23
5.1.1 Litteraturoversikt som metode .....	23
5.1.2 Kvalitative studier som data.....	23
5.1.3 Egen gjennomførelse .....	24

5.1.4 Studienes deltakere .....	24
5.2 <i>Resultatdiskusjon</i> .....	25
5.2.1 Forutsetninger for kommunikasjon om seksuell helse.....	25
5.2.2 Sykepleierens følelser, verdier og antagelser påvirker .....	26
5.2.3 Retningslinjer og skriftlige rutiner .....	28
5.2.4 Kunnskap og ferdigheter.....	29
5.2.5 Konklusjon.....	29
<b>6. ANVENDELSE I PRAKSIS</b> .....	<b>30</b>
<b>LITTERATURLISTE</b> .....	<b>31</b>
<b>VEDLEGG</b> .....	<b>34</b>
<i>Vedlegg 1. Litteraturmatrise</i> .....	34
<i>Vedlegg 2. Søkelogg</i> .....	38

## 1. INNLEDNING

I 2021 ble 1777 kvinner i Norge diagnostisert med en type gynekologisk kreft (Kreftregisteret, 2022, s. 33). Gynekologisk kreft er et samlebegrep for kreft i de kvinnelige kjønnsorganene, hvorav kreft i eggstokkene, livmoren og livmorhalsen forekommer oftest (Gamnes, 2016, s. 396; Jerpseth, 2016, s. 153). Seksuell helse er et viktig tema i møte med denne pasientgruppen, da behandlingen ofte vil ha en negativ påvirkning på kvinners selvbilde og føre til konsekvenser for seksuallivet (Jerpseth, 2016, s. 154).

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Seksualiteten er en viktig del av mennesket, som angår mennesker i alle aldre og livssituasjoner (Gamnes, 2016, s. 373). Gynekologisk kreftbehandling kan føre til ulike utfordringer som påvirker den seksuelle helsen. Oppfølgingen disse pasientene får fra sykepleiere kan derfor være vesentlig i forhold til hvordan pasientene håndterer disse utfordringene. Ifølge Borg (2017, s. 122) har det vært gradvis økende fokus på kreftoverlevernes seksuelle helse de 10 siste årene. Likevel stiller mange sykepleiere fortsatt for høye krav til egen kunnskap og profesjonalitet, noe som fører til at de vegrer seg til å prate med pasienter om seksualitet. Enkelte sykepleiere velger også å unngå temaet ved å late som det ikke eksisterer (Borg, 2017, s. 126). Ut fra dette og våre egne erfaringer, antar vi at seksuell helse er et tema som trengs å settes i søkelys.

### 1.2 Problemformulering

Våre erfaringer med praksisfeltet har vist at seksuell helse ikke prioriteres av sykepleiere, noe som fører til at pasientene står alene gjennom håndteringen av seksuelle problemstillinger. Vi ser derfor et behov for å øke fokuset til hvordan sykepleiere gjennom kommunikasjon, kan ivareta gynekologiske kreftpasienters utfordringer knyttet til seksuell helse. Ny kunnskap kan bidra til å oppmuntre sykepleiere til å ta initiativ til samtaler om seksuell helse, noe som forhåpentligvis vil kunne forbedre oppfølgingen av disse pasientene.

### 1.3 Oppgavens oppbygning

Vi belyser vår problemstilling ved å undersøke hvordan sykepleiere opplever å kommunisere med pasienter om seksuell helse, samt hvilke faktorer som hindrer eller vanskeliggjør denne dialogen. For å nyansere resultatene har vi også inkludert to artikler fra pasientenes

perspektiv, for å få en pekepinn på hva pasientene ønsker og eventuelt hva de har savnet gjennom sin oppfølging relatert til seksuell helse. På denne måten kan vi belyse hvorvidt dagens praksis fungerer tilstrekkelig for å dekke pasientens behov for informasjon og ivaretagelse av den seksuelle helsen. Kommunikasjon blir i denne oppgaven benyttet som et virkemiddel til å hjelpe pasientene med å håndtere seksuelle problemstillinger.

#### 1.4 Avgrensning

Oppgaven omhandler sykepleiere som jobber i spesialisthelsetjenesten, oftest på gynekologisk sengepost, men også andre sengeposter. Gynekologisk kreft kan være svært psykisk belastende, samt også påvirke kvinnens fertilitet. Av hensyn til oppgavens ordbegrensning vil vi ikke gå dypere inn på psykiske vansker eller fertilitets problematikk, til tross for at disse aspektene også kan bidra til nedsatt seksuell helse. Vi ønsket også å inkludere yrkesetiske retningslinjer og sykepleierens funksjon og ansvarsområder, men av hensyn til oppgavens ordbegrensning måtte vi også unnlate dette.

## 2. TEORI

I teorikapitlet vil vi beskrive behandlingen av de ulike typene for gynekologisk kreft, etterfulgt av bivirkningene og komplikasjonene behandlingene kan føre til. Videre vil vi beskrive hvordan sykepleiere kan møte denne pasientgruppen. Deretter beskriver vi PLISSIT-modellen, personorientert kommunikasjon, Joyce Travelbee sin sykepleieteori og aktuelle juridiske føringer.

### 2.1 Livmorhalskreft

Behandling av livmorhalskreft avhenger av sykdommens stadieinndeling. Ved lokalavansert kreft er det nok å fjerne livmoren med livmorhalsen, men ved innvekst i omliggende vev vil inngrepet utvides (Kristoff, 2016, s. 410). Da vil ofte livmoren, livmorhalsen, eggstokkene, øverste del av skjeden og lymfeknuter i det lille bekkenet fjernes (Gamnes, 2016, s. 396; Kristoff, 2016, s. 410). I de tilfellene hvor kreften oppdages så tidlig at kun mindre kirurgiske inngrep er nødvendig kan kvinnen bevare sin fertilitet (Gamnes, 2016, s. 396). Pasientene får ofte strålebehandling og kjemoterapi i etterkant av behandlingen.

### 2.2 Livmorkreft, eggstokkreft og kreft i egglederne

Kirurgisk behandling av livmorkreft består av fjerning av livmoren, eggstokkene og eventuelt lymfeknuter og omliggende vev (Kristoff, 2016, s. 410). Strålebehandling er også et behandlingsalternativ, samt hormonell terapi med gestagener som brukes for å bremse veksten (Kristoff, 2016, s. 410). Ved eggstokkreft fjernes eggstokkene, livmoren, lymfeknuter og fettforkleet (Kristoff, 2016, s. 411). Hormonbehandling er aktuelt ved eggstokkreft, samt kjemoterapi (Borg, 2017, s. 123; Kristoff, 2016, s. 411). Kreft i egglederne har samme behandling som eggstokkreft (Kristoff, 2016, s. 411).

### 2.3 Kreft i vulva og vagina

Kreft i vulva behandles med kirurgisk fjerning av kjønnslepper, samt eventuelle lymfeknuter i lysken. I enkelte tilfeller er strålebehandling og kjemoterapi også nødvendig (Kristoff, 2016, s. 409). Kreft i skjeden behandles med kirurgi, strålebehandling, kjemoterapi eller eventuelt en kombinasjon av flere behandlingsmetoder (Kristoff, 2016, s. 409).

## 2.4 Bivirkninger og komplikasjoner

Seksualiteten har et fysiologisk aspekt hvor fysiologiske prosesser som hormonproduksjon, nerveforsyning og blodforsyning er viktige forutsetninger for et tilfredsstillende genitalt seksualliv (Borg, 2017, s. 122). Kirurgi, kjemoterapi, stråling og hormonbehandling vil ofte forstyrre disse fysiologiske prosessene og nesten alltid føre til konsekvenser for pasientens seksuelle helse (Borg, 2017, s. 122). Komplikasjonene vil avhenge av hvor tidlig kreften ble oppdaget og hvilken behandling pasienten har gjennomgått (Jerpseth, 2016, s. 153). Ved kjemoterapi kan pasienten oppleve bivirkninger som kvalme, hårtap, tretthet, nedsatt muskelkraft, samt sårhet i munn og svelg (Kreftforeningen, u.å). Ved kirurgi, hvor pasienten må fjerne et eller flere reproduktive organer, vil pasienten ofte oppleve et stort tap da disse organene forbindes med fertilitet og feminitet (Jerpseth, 2016, s. 154). Fjerning av eggstokkene vil også føre til at pasienten kommer i overgangsalderen, noe som igjen kan føre til tørre slimhinner og nedsatt sexlyst (Gamnes, 2016, s. 397; Jerpseth, 2016, s. 154).

Omfattende kirurgi ved livmorhalskreft kan føre til nerveskader og redusert lymfedrenasje, som igjen kan gi lymfødem og problemer med blæretømming (Kristoff, 2016, s. 410). Ved fjerning av livmoren og livmorhalsen, kan skjeden også forkortes noen centimeter. Dilator og jevnlig samleie vil kunne tøy ut skjeden, men den kan føles annerledes ut (Jerpseth, 2016, s. 154). Strålebehandling mot bekkenet, eventuelt kombinert med innvendig stråling i skjeden er aktuelt for mange (Jerpseth, 2016, s. 154). Dette kan føre til at slimhinnene i skjeden blir tørrere, tynnere og mindre elastiske (Gamnes, 2016, s. 397). Tørrhet og trang skjede i tillegg til sammenvoksninger av skjedeveggen, kan føre til langvarige plager og store belastninger for pasienten (Gamnes, 2016, s. 397). Det kan også føre til vanskeligheter med å gjennomføre samleie (Jerpseth, 2016, s. 154).

## 2.5 Sykepleieren i møte med seksuelle helseutfordringer

For å avdekke seksuelle behov er det viktig at sykepleieren skaper rom for åpenhet rundt temaet. I mange tilfeller vil veiledningen sykepleieren tilbyr være nok, men en må også være forberedt på at det kan avdekkes mer komplekse behov som krever videre henvisning (Gamnes, 2016, s. 399). Sykepleieren bør ha kunnskap om vanlige fysiske og psykiske utfordringer pasienter kan oppleve for å kunne veilede dem best mulig (Borg, 2017, s. 126). I



tillegg til kunnskap må sykepleieren kunne opptre empatisk, for at pasienten skal føle seg trygg slik at samtalen går lettere (Borg, 2017, s. 126). Ved å vise empati og være lyttende, kan dette i seg selv bidra til å hjelpe pasientene å håndtere sine utfordringer (Gamnes, 2016, s. 400). Dersom samtalen hensikt er å kartlegge pasientens behov for hjelp med seksuelle problemstillinger, kan det også være en forutsetning at sykepleier og pasient etablerer et tillitsfullt forhold (Gamnes, 2016, s. 399).

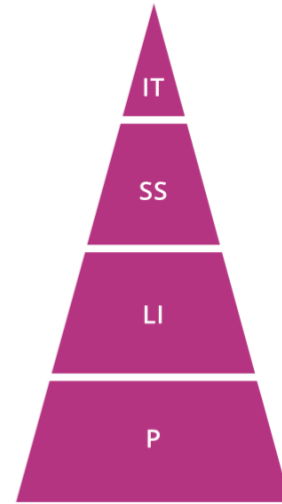
Sykepleieren bør være forberedt på at pasienten kan ha andre uttrykk for seksualitet enn det en selv har. Derfor bør man være godt kjent med egen seksualitet før man arbeider med andres (Borg, 2017, s. 126). Som skrevet innledningsvis er det også mange sykepleiere som stiller for høye krav til egen kunnskap og profesjonalitet, noe som fører til at enkelte kvier seg til å snakke om seksualitet med pasientene (Borg, 2017, s. 126). Ved å unngå dialog om seksuell helse, bidrar man til å styrke fordommene om at seksualitet er et avsluttet kapittel for denne pasientgruppen (Borg, 2017, s. 126).

## 2.6 PLISSIT-modellen

PLISSIT-modellen er en relevant modell for rådgivning som kan benyttes ved samtaler om seksualitet (se figur 1). Modellen beskriver ulike nivåer man kan forholde seg til seksuelle problemer på, og hvordan man behandler dem (Gamnes, 2016, s. 399). Modellen symboliserer at de fleste som trenger informasjon eller hjelp relatert til seksuelle problemer, befinner seg på det laveste nivået (Gamnes, 2016, s. 399). Modellen illustrerer videre at få pasienter befinner seg på det høyeste nivået, noe som indikerer at de færreste trenger eksperthjelp (Gamnes, 2016, s. 399). Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet (2016, s. 26) er helsepersonell med treårig bachelor i stand til å ivareta pasienter som befinner seg på de to laveste nivåene. De to øverste nivåene krever ytterligere kompetanse. Ettersom flest pasienter befinner seg på de laveste nivåene, tilsier dette at sykepleiere kan hjelpe mange pasienter (Gamnes, 2016, s. 399). Sykepleierne til disse pasientene bør derfor føle seg kompetente nok til å gi enkle råd om seksuelle problemstillinger (Gamnes, 2016, s. 399-400).

PLISSIT er en modell for sexologisk rådgivning som illustrerer behov for og tilnærming til pasienten i fire rangerte nivåer. Modellen er utviklet av den amerikanske psykologen Jack S. Annon og fornorsket av sexologene Elsa Almås og Esben Esther Pirelli Benestad.

- **P** står for Permission – og danner basis i informasjonspyramiden, hvor pasienten gis rom for (tillatelse til) å ta opp ulike temaer og spørsmål knyttet til sin seksualitet og seksuelle helse.
- **LI** står for Limited information – hvor pasienten får begrenset, tilpasset informasjon, for eksempel om hva som er normalt, endringer i seksuell lyst, følger av svangerskap og medisinbruk m.m.
- **SS** står for Specific suggestions – hvor pasienten får spesifikke råd som er faglig begrunnede.
- **IT** står for Intensive therapy – hvor komplekse problemstillinger som kjønnsidentitetstematikk, følgetilstander etter overgrep m.m. behandles.



Figur 1: PLISSIT-modellen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 26).

## 2.7 Personorientert kommunikasjon

For å utøve god profesjonell kommunikasjon er det hensiktsmessig at kommunikasjonen er personorientert og faglig. Personorientert kommunikasjon vil si at sykepleieren ser på pasienten som en hel person med egne verdier, ønsker, prioriteringer og mål for sin egen livssituasjon (Eide & Eide, 2017, s. 16). Dette forutsetter at sykepleieren har evne til å lytte aktivt og kan anerkjenne det pasienten opplever som viktig, noe som innebærer å lytte til både det som sies og det som kommer til uttrykk nonverbalt (Eide & Eide, 2017, s. 16-17). Målet med kommunikasjonen er at personen opplever å bli sett, hørt og forstått. God profesjonell kommunikasjon har også som formål å fremme motivasjon og helse (Eide & Eide, 2017, s. 17-18).

## 2.8 Joyce Travelbee

Joyce Travelbee sin sykepleieteori ser på sykepleie som en interaksjonsprosess med fokus på relasjonen mellom sykepleier og den syke (Travelbee, 1999, s. 5). Travelbee definerer sykepleie som følger: «Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller

mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene» (Travelbee, 1999, s. 29).

### *2.8.1 Menneske-til-menneske-forhold*

Travelbee mente det var essensielt at sykepleieren og den syke dannet et menneske-til-menneske-forhold, da dette er virkemidlet som muliggjør at sykepleiens mål og hensikt oppfylles (Travelbee, 1999, s. 171). Sykepleiens mål og hensikt er å hjelpe enkeltindivider og deres familier til å mestre erfaringene rundt sykdom og lidelse, samt finne mening i disse erfaringene (Travelbee, 1999, s. 135). Forholdet kjennetegner at både sykepleieren og den syke forholder seg til hverandre som unike menneskelige individer (Travelbee, 1999, s. 171). Forholdet bygges opp og opprettholdes av den profesjonelle sykepleieren, slik at behovene til den syke og familien blir møtt (Travelbee, 1999, s. 177). Før menneske-til-menneske-forholdet etableres deler Travelbee inn i fire forutgående faser. De gjeldende fasene er: det innledende møtet, fremvekst av identiteter, empati og sympati og medfølelse. Etableringen kan variere i tid og variere mellom de ulike fasene (Travelbee, 1999, s. 172). Dersom prosessen stopper i en av fasene, vil ikke forholdet bli ferdig etablert. Da er det sykepleierens ansvar å finne årsaken til hvorfor utviklingen stoppet, samt hva sykepleieren kan gjøre for å starte prosessen igjen (Travelbee, 1999, s. 172).

### *2.8.2 Kommunikasjon som grunnlag for menneske-til-menneske-forhold*

Kommunikasjon er prosessen som gjør sykepleieren i stand til å etablere menneske-til-menneske-forholdet, som igjen trengs for å oppfylle sykepleiens mål og hensikt (Travelbee, 1999, s. 135). I ethvert møte mellom sykepleier og den syke foregår det kommunikasjon både når de samtaler og når de er tause, og enten de er seg selv bevisst eller ikke (Travelbee, 1999, s. 135). Den syke kan ha behov for undervisning og informasjon, eller oppmuntring til hvordan sykdommen kan mestres. Disse behovene møtes gjennom det sykepleieren kommuniserer til den enkelte (Travelbee, 1999, s. 146). Kommunikasjonen kan fungere både hemmende og fremmende. Det som avgjør hvorvidt kommunikasjonen vil danne et meningsfylt forhold, synes å være innholdet i det som kommuniseres (Travelbee, 1999, s. 147). Innholdet vil avgjøre hvorvidt sykepleieren danner et forhold til den syke, eller om prosessen blokkeres. Innholdet i kommunikasjonen vil også bidra til å hjelpe individet til å mestre sykdom og lidelse, eller forsterke opplevelsen av ensomhet og isolasjon (Travelbee, 1999, s. 147). Forutinntatte oppfatninger og stereotypier kan hindre kommunikasjonen og

etableringen av et forhold til den syke, da det forhindrer sykepleieren i å se på den syke som et individ (Travelbee, 1999, s. 159).

## 2.9 Juridiske føringer for sykepleiere

Ferdigutdannede sykepleiere forutsettes å ha kunnskap om lover og forskrifter som er gjeldende for deres virksomhet. Helsepersonelloven har som formål å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten, samt tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten (Helsepersonelloven, 1999, § 1). I henhold til helsepersonelloven (1999, § 4) skal helsepersonell utføre arbeidet sitt i samsvar med kravene for faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, som forventes ut fra deres kvalifikasjon, arbeidets karakter og den øvrige situasjonen. Helsepersonell skal også innrettes etter sine faglige kvalifikasjoner og henvise pasienten videre eller innhente bistand der dette er nødvendig og mulig (Helsepersonelloven, 1999, § 4).

Pasient- og brukerrettighetsloven har som formål å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet, ved å gi brukere og pasienter rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1-1). I henhold til denne loven skal pasienten ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om bivirkninger og mulige risikoer ved behandling (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2).

### 3. METODE

#### 3.1 Hva er metode?

Ifølge Vilhelm Aubert (referert i Dalland, 2020, s. 53) er metode en fremgangsmåte som brukes til å løse problemer og komme fram til ny kunnskap. Kvalitativ og kvantitativ metode blir hovedsakelig benyttet. Kvalitativ tilnærming gir informasjon i form av mening og opplevelser, og lar seg ikke tallfeste eller måles (Dalland, 2020, s. 54). Data samles inn ved direkte kontakt med feltet, ofte med intervjuer eller ustrukturerte observasjoner (Dalland, 2020, s. 55). Kvalitativ kunnskap fremmer dermed nyanserte beskrivelser fra intervjupersonens situasjon, hvor man deretter kan fortolke betydningen (Dalland, 2020, s. 71). Kvantitativ tilnærming gir data i form av målbare enheter og er en gunstig metode dersom man ønsker en bredere forståelse av et fenomen (Dalland, 2020, s. 54-55). Data samles inn uten direkte kontakt med feltet, ofte med spørreskjema som har faste svaralternativer eller ved systematiske og strukturerte observasjoner (Dalland, 2020, s. 55). Likevel kan både kvalitative og kvantitative metoder inneholde elementer av både kvantifisering og tolkning (Dalland, 2020, s. 56).

#### 3.2 Valg av metode

Denne bacheloroppgaven er en integrativ litteraturoversikt basert på seks vitenskapelige artikler. Vi har benyttet oss av Friberg (2017) sin analysemetode. Denne metoden går ut på å identifisere relevante hovedfunn i hver artikkel, granske dem, sammenligne de med hverandre, og til slutt skape en ny helhet på bakgrunn av resultatene (Friberg, 2017, s. 135-136). Metoden er oversiktlig og fungerer hensiktsmessig til å sammenstille forskningsstudiene vi har valgt. Fordelen med Fribergs (2017) metode er at man får en systematisk oversikt over aktuell kunnskap, men metoden kan også medføre en svakhet, ved at man risikerer at forskningen som inkluderes begrenses til artikler som støtter hensikten (Forsberg & Wengström, referert i Friberg, 2017, s. 143). Vi har derfor vært kritiske under utvelgelsen av vitenskapelige artikler. Oppgaven baseres kun på kvalitative forskningsstudier, da vi mener kvalitative data best vil kunne besvare vår problemstilling, ved at vi får en dypere og mer helhetlig innsikt i deltakernes opplevelser.

### 3.3 Søkeprosessen

#### 3.3.1 Databaser

Vi benyttet flere databaser i søkeprosessen blant annet Cinahl, Medline, SveMed+ og Oria. Halvparten av artiklene fant vi på Oria, da vi fikk flest relevante resultater og tilgang til flest artikler gjennom denne databasen. De tre resterende artiklene er funnet via Cinahl og Medline. Disse databasene inneholder referanser til helse- og sykepleie relaterte artikler, noe som gjorde disse databasene relevante. To av artiklene fant vi i de overnevnte databasene, men vi fikk ikke lesetilgang. Dermed søkte vi artiklene opp i Oria og fikk tilgang derfra. Vi brukte også databasen SveMed+, men her fikk vi svært få resultater og ingen aktuelle artikler for vår hensikt.

#### 3.3.2 Valg av søkeord

Før vi startet de systematiske søkene utførte vi noen orienterende søk for å finne gode søkeord. Vi forsøkte søkeord på både norsk og engelsk, men fikk flest treff ved bruk av engelske begreper. "Gynecological cancer" ble brukt i mange av søkene, da vi ønsket data som omhandlet denne pasientgruppen. Artiklene skulle også handle om seksualitet, dermed ble "psychosexual health" og "sexuality" hyppig brukt. For å finne artikler basert på sykepleieres erfaringer med samtaler om seksualitet, supplerte vi med søkeordene "nurse" eller "nurs". Vi ønsket også å få et innblikk i pasientenes erfaringer med oppfølgingen, dermed ble søkeordet "follow-up" brukt. Flere søkeord ble også benyttet, se vedlegg 2 for søkelogg. Søkeordene ble brukt i ulike kombinasjoner og vi endte totalt med 19 søk.

#### 3.3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

For å finne relevante forskningsartikler utførte vi et systematisk litteratursøk. Dette innebærer at man avgrenser søket ved bruk av inklusjons- og eksklusjonskriterier (Dalland, 2020, s. 148). Vi ønsket artikler fra tilnærmet lik kultur som i Norge, derfor inkluderte vi i utgangspunktet kun skandinaviske artikler. Vi erfarte at det ble for snevert og utvidet søket vårt til å inkludere vestlige land. Artikler fra ikke-vestlige land ble ekskludert, da vi ønsket at resultatene skulle være overførbare til det norske helsevesenet. Andre inklusjonskriterier var at forskningsstudiene skulle være fagfelleverderte og følge en IMRaD-struktur. Vi inkluderte kun ny forskning som var publisert fra 2012-2022, og artiklene måtte være skrevet på engelsk eller et skandinavisk språk. Artikler fra både sykepleieperspektiv og pasientperspektiv ble inkludert med hovedvekt på sykepleieperspektivet, se tabell 1 for oversikt over valgte artikler.

Dette var ønskelig for å danne en nyansert forståelse av problemstillingen. Artikkene som ikke innfridde inklusjonskriteriene ble ekskludert.

Tabell 1: Oversikt over valgte artikler.

Forfattere, årstall, tittel	Tema	Hensikt	Perspektiv	Metode
Saunamäki, N. & Engström, M. 2013  Registered nurses' reflections on discussing sexuality with patients: responsibilities, doubts and fears.	Seksuell helse hos pasienter.	Hensikten var å beskrive sykepleieres refleksjoner rundt å diskutere seksualitet med pasienter.	Sykepleieperspektiv.	Kvalitativ metode.
Olsson, C., Berglund, A-L., Larsson, M. & Athlin, E. 2012  Patient's sexuality – A neglected area of cancer nursing?	Seksuell helse hos kreftpasienter.	Hensikten var å beskrive sykepleieres oppfatninger av dialoger om seksualitet med kreftpasienter.	Sykepleieperspektiv.	Kvalitativ metode.
Williams, N. F., Hauck, Y. L. & Bosco, A.M. 2017  Nurses' perceptions of providing psychosexual care for women experiencing gynaecological cancer.	Seksuell helse hos gynekologiske kreftpasienter.	Hensikten var å få innsikt til hvordan vest-australske sykepleiere opplever det psykoseksuelle tilbudet som gis til kvinner under gynekologisk kreftbehandling, samt undersøke hvordan dette samsvarer med sykepleiere globalt.	Sykepleieperspektiv.	Kvalitativ metode.
McCallum, M., Lefebvre, M., Jolicoeur, L., Maheu, C. & Lebel, S. 2012  Sexual health and gynecological cancer: conceptualizing patient needs and overcoming barriers to seeking and accessing services.	Seksuell helse hos gynekologiske kreftpasienter.	Hensikten var å utforske kvinner behandlet for gynekologisk kreft sine subjektive opplevelser relatert til seksuell helse.	Pasientperspektiv.	Kvalitativ metode.
Sekse, R. J. T., Råheim, M. & Gjengedal, E. 2015	Seksuell helse hos gynekologiske kreftpasienter.	Hensikten var å finne ut hvordan kvinner behandlet for gynekologisk kreft opplevde håndteringen av	Pasientperspektiv.	Kvalitativ metode.

Shyness and Openness – Common Ground for Dialogue Between Health Personnel and Women About Sexual and Intimate Issues After Gynecological Cancer.		seksuelle utfordringer, samt hvordan helsepersonell kommuniserte dette temaet med dem.		
Vermeer, W. M., Bakker, R. M., Stiggelbout, A.M., Creutzberg, C. L., Kenter, G. G. & ter Kuile, M. M. 2015  Psychosexual support for gynecological cancer survivors: professionals' current practices and need for assistance.	Seksuell helse hos gynekologiske kreftpasienter.	Hensikten var å se på helsepersonells nåværende praksis, begrensninger helsepersonell opplever i forbindelse med å utøve psykoseksuell omsorg, samt helsepersonells behov for støtte.	Helsepersonell.	Kvalitativ metode.

### 3.4 Analyse

Analysearbeidet ble utført ut ifra Friberg (2017) sin analysemodell som er beskrevet i et tidligere avsnitt. Vi startet analysearbeidet med å lese gjennom de valgte artiklene flere ganger, med fokus på å forstå artiklens helhet. Videre besto analysen av å notere resultatene fra hver artikkel. Deretter foretok vi en datareduksjon hvor vi oppsummerte relevante resultater fra hver studie, belyste resultatene som var relevante for vår hensikt og utelatte det som var mindre relevant for oppgaven. Videre delte vi inn de relevante funnene i hovedkategorier og underkategorier. På denne måten fikk vi en oversikt over resultatene, hvor vi sammenlignet likheter og ulikheter. Friberg (2017, s. 135) forklarer analysearbeidet som en bevegelse fra helheten til delene, og deretter til en ny helhet. Denne analysemodellen er vanlig å benytte seg av i kvalitative analyser (Friberg, 2017, s. 135). Modellen bidro til å bygge opp en ny helhet av artiklene som ble benyttet i denne oppgaven (Friberg, 2017, s. 135).



## 4. RESULTATER

I dette kapitlet presenteres resultatene basert på de vitenskapelige artiklene som ble benyttet. Analysen avdekket fire hoved- og underkategorier som var mest aktuelle for å belyse vår problemstilling. Oversikt over hoved- og underkategorier beskrives i tabell 2.

Tabell 2: Oversikt over hoved- og underkategorier.

Hovedkategori	Underkategori
Forutsetninger for samtale om seksuell helse	
Sykepleiernes følelser, verdier og antagelser	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Følelser og verdier</li> <li>- Fordommer og antagelser</li> </ul>
Kunnskap og ferdigheter	
Utfordringer på et organisatorisk nivå	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Praktiske barrierer</li> <li>- Ansvar</li> </ul>
Pasientenes perspektiv	

### 4.1 Forutsetninger for samtale om seksuell helse

Nesten alle sykepleierne i studien til Williams et al. (2017, s. 38) beskrev det å etablere et tillitsfullt og terapeutisk forhold til pasienten som en nøkkelstrategi for samtale om seksuell helse. Dette bidro til å danne et komfortabelt miljø til å diskutere intime problemstillinger. En sykepleier i studien til Olsson et al. (2012, s. 429) forklarte også at seksualitet ikke er et tema man snakker om ved første møte, da man trenger å etablere en god kontakt først. Sykepleierne beskrev videre at måten avdelingene var organisert ble ansett som en hindring for å kunne danne et tillitsforhold (Olsson et al., 2012, s. 429). Sykepleierne i studien til Williams et al. (2017, s. 39) beskrev utfordringer med å kommunisere om seksualitet når pasienten var ulik seg selv i forhold til språk, legning, seksuell historie og religion. Flere av sykepleierne i studien til Williams et al. (2017, s. 38) synes det var lettere å snakke om seksualitet når pasienten tok opp temaet selv, ettersom de synes det var vanskelig å initiere til samtale.

## 4.2 Sykepleierens følelser, verdier og antagelser

### 4.2.1 Følelser og verdier

I studien til Williams et al. (2017, s. 39) beskrev sykepleierne at profesjonelle og personlige verdier påvirket hvordan de praktiserte. Sykepleiernes selvbevissthet, personlige tro og verdiene de hadde tilegnet seg fra ung alder hadde betydning for praksisen (Williams et al., 2017, s. 39). Å diskutere psykoseksuelle problemstillinger var ofte assosiert med følelsen av frykt, noe som påvirket sykepleiernes selvtillit (Williams et al., 2017, s. 39). Studien til Saunamäki og Engström (2014, s. 535) avdekket også motstridende følelser. Flesteparten av sykepleierne følte et ansvar og hadde noe erfaring med temaet, samtidig som følelsene vanskeliggjorde dialogen. De beskrev en indre kamp som vekslet mellom hva de følte og hva de burde gjort som profesjonelle (Saunamäki & Engström, 2014, s. 535). Sykepleierne i studien til Olsson et al. (2012, s. 428) var redde for å sjenere eller fornærme pasienten ved å ta opp temaet. Noen sykepleiere var positive til å diskutere temaet, men i virkeligheten var det vanskelig og de fryktet en smertefull opplevelse (Saunamäki & Engström, 2014, s. 536). Mange sykepleiere mente at seksualitet var et tabubelagt samtaleemne, hvor noen sykepleiere valgte å unngå denne samtalen ettersom det ikke føltes riktig å diskutere noe så privat (Saunamäki & Engström, 2014, s. 536).

Flesteparten av deltakerne i studien til Vermeer et al. (2015, s. 836) rapporterte at de initierte til samtale om seksualitet med pasientene, men mange beskrev temaet som tabubelagt. Noen uttrykket at de følte seg ukomfortable når de snakket med pasientene om seksualitet. Halvparten uttrykket derimot at de ikke hadde problemer med å snakke om temaet, noe som ofte hadde tilknytning med erfaring fra samtaler om seksualitet (Vermeer et al., 2015, s. 836). Studien til Williams et al. (2017, s. 39) viste også at sykepleierne med betydelig sykepleiererfaring, erkjente at erfaringen var positiv for deres selvtillit. Flere i studien erfarte at unngåelse av temaet førte til flere negative konsekvenser for pasienten, denne erfaringen påvirket sykepleiernes praksis (Williams et al., 2017, s. 39). På bakgrunn av dette, var enkelte sykepleiere opptatt av å lære nyutdannede sykepleiere viktigheten av å snakke om seksualitet. En sykepleier poengterte at et minutt med forlegenhet kan spare pasienten for mange problemer (Williams et al., 2017, s. 39).

#### 4.2.2 Fordommer og antagelser

Alle sykepleierne i studien til Saunamäki og Engström (2014, s. 535) innrømmet å ha enkelte ideer om pasientenes seksualliv, uten informasjon som tilsier at det stemmer. Sykepleierne i studien til Williams et al. (2017, s. 39) avslørte flere antagelser, gjort av sykepleieren selv eller deres kollegaer. Antagelser om hvorvidt psykoseksuelle problemstillinger skulle diskuteres varierte ut fra pasientens alder, seksuelle historie, utseende, helsetilstand og tidspunkt for samtale (Williams et al., 2017, s. 39). Sykepleierne i studien til Olsson et al. (2012, s. 428) avdekket også ulike oppfatninger. De oppfattet at behovet for dialog var avhengig av pasientens alder, kjønn, diagnose, medisinsk behandling, sivilstatus og hvor alvorlig pasientens problem var antatt å være. Flere antok også at pasienter som hadde en partner håndterte problemene sammen med partneren sin (Olsson et al., 2012, s. 428).

Videre i studien til Olsson et al. (2012, s. 428) antok sykepleierne at pasientenes behov for å snakke om seksualitet var avhengig av hvor de befant seg i behandlingsforløpet. De vurderte pasientens behov for samtale om seksualitet som lavt, både før og under behandlingen. I disse fasene antok sykepleierne at fysiske plager og psykiske belastninger overskygget interessen for å snakke om seksualitet (Olsson et al., 2012, s. 428). Studien til Vermeer et al. (2015, s. 836) viste også lignende antagelser. Halvparten av deltakerne oppfattet at pasientene var fokusert på diagnose og overlevelse før og like etter behandlingen, noe de profesjonelle også var. Enkelte var redde for å belaste pasientene ytterligere ved å ta opp temaet på disse tidspunktene (Vermeer et al., 2015, s. 836).

Både seksualitet og kreft ble sett på som tabubelagt og vanskelig å snakke om, spesielt med eldre pasienter ifølge sykepleierne i studien til Olsson et al. (2012, s. 428). I studien til Vermeer et al. (2015, s. 836) sa også et mindretall av deltakerne at de unngikk eller knapt tok opp temaet med pasienter som var over 80 år eller enslige. I Saunamäki og Engströms (2014, s. 535) studie uttrykket enkelte sykepleiere at eldre pasienter ikke lenger var seksuelt aktive og kom fra en generasjon som ikke snakket om seksualitet. Sengeliggende pasienter ble også sett på som en pasientgruppe uten seksuelle behov (Saunamäki & Engström, 2014, s. 535). Disse sykepleierne mente at samtaler om seksualitet burde være forbeholdt yngre pasienter uten en alvorlig diagnose.

### 4.3 Kunnskap og ferdigheter

Sykepleiernes syn på egne kunnskaper og ferdigheter varierte i de ulike studiene. Enkelte beskrev mangel på kunnskap og ferdigheter relatert til hvordan de kunne støtte og gi råd til pasientene angående seksualitet (Olsson et al., 2012, s. 428). Dette førte til dårligere selvtillit og unngåelse av temaet (Olsson et al., 2012, s. 429; Williams et al., 2017, s. 39). Flere av deltakerne i Williams et al. (2017, s. 39) sin studie hadde en felles oppfatning av at de ikke kunne besvare alle spørsmålene, noe som førte til at de følte seg uforberedt til å imøtekomme pasientenes bekymringer og spørsmål. Andre deltakere mente derimot at det ikke var nødvendig å ha alle svarene for å diskutere psykoseksuelle problemer. I flere av studiene kom det fram at sykepleierne ønsket mer utdanning og opplæring om hvordan de skulle håndtere dialogen angående seksualitet med pasienter (Vermeer et al., 2015, s. 836; Williams et al., 2017, s. 39). Det var også ønskelig å lære mer om mestring av seksuelle dysfunksjoner (Vermeer et al., 2015, s. 836).

### 4.4 utfordringer på et organisatorisk nivå

#### 4.4.1 Ansvar

I studien til Olsson et al. (2012, s. 428) mente alle sykepleierne at dialog om seksualitet var en del av deres ansvar. Videre i studien blir det derimot avdekket tvil om hvorvidt det faktisk var den individuelle sykepleiers ansvar, og det ble uttrykt usikkerhet om det i hele tatt var noen som snakket med pasientene om seksualitet (Olsson et al., 2012, s. 428). I Saunamäki og Engströms (2014, s. 534) studie følte de fleste sykepleierne et ansvar for å snakke med pasientene om seksuell helse. Enkelte trodde også at pasientene i all hemmelighet håpet å bli spurt om seksualitet, dermed følte de et ansvar for å møte pasientenes behov (Saunamäki & Engström, 2014, s. 534). Andre deltakere i Saunamäki og Engströms (2014, s. 536) studie mente at ansvaret lå hos pasienten og at de burde ta opp temaet dersom de hadde problemer.

Usikkerhet rundt hvem som hadde ansvar viste seg å være et fellestrekk ved flere av studiene. I studien til Williams et al. (2017, s. 40) følte sykepleierne at roller og ansvar ikke var tydelig definert, og at forventningene til dem ikke alltid kunne oppfylles. I studien til Vermeer et al. (2015, s. 836) mente flertallet at å gi psykoseksuell støtte var et felles ansvar mellom yrkesgruppene. Noen mente derimot at sykepleierne burde ha ansvar for informasjons- og omsorgstilbudet, da de ble ansett som mer tilgjengelige og mindre kostbare enn leger (Vermeer et al., 2015, s. 836). Samtidig nevnte mange sykepleiere at de hadde lite kontakt

med pasientene etter behandlingen. Dette ble nevnt som en årsak til hvorfor de ikke kunne vie så mye omsorg til seksualitet (Vermeer et al., 2015, s. 836).

#### 4.4.2 Praktiske barrierer

Ulike praktiske barrierer ble beskrevet som årsaker til hvorfor det var vanskelig å diskutere seksualitet. At pasientene delte rom, hadde uegnede rom og manglende privatliv ble beskrevet som hindringer (Olsson et al., 2012, s. 429; Saunamäki & Engström, 2014, s. 535).

The way it is here in the unit, there is no natural place to sit down and talk with the patient, you can't stand here in the corridor and talk about it either. If you are lucky you might have some time after the treatment, but you can't count on it. (Olsson et al., 2012, s. 429)

Korte innleggelser ble nevnt som en barriere, samt påpekte flere også mangel på tid som en hindring (Olsson et al., 2012, s. 429; Saunamäki & Engström, 2014, s. 535; Williams et al., 2017, s. 40). Å finne tid til å snakke om seksualitet ble sett på som essensielt (Saunamäki & Engström, 2014, s. 535). Sykepleierne i studien til Olsson et al. (2012, s. 429) beskrev også manglende kontinuitet i sykepleier-pasient forholdet som en barriere. Sykepleierne som enkelte ganger snakket med pasientene om temaet understreket viktigheten av å ha truffet pasienten ved flere anledninger (Olsson et al., 2012, s. 429). Enkelte rapporterte manglende støtte på arbeidsplassen i form av mangel på skriftlige rutiner, og uttrykket at det hadde vært nyttig med retningslinjer (Saunamäki & Engström, 2014, s. 535). Rutiner på avdelingen kunne bidratt som en oppmuntring til å snakke om seksualitet, da det ble sett på som et viktig, men vanskelig tema (Saunamäki & Engström, 2014, s. 535).

#### 4.5 Pasientenes perspektiv

Flere kvinner beskrev følelsen av å være alene under håndteringen av endringene knyttet til seksualitet (Sekse et al., 2015, s. 1261). Intervjuene i forbindelse med studien fant sted 5-6 år etter behandlingen, og for flere var dette første gang de pratet om seksuelle helseutfordringer (Sekse et al., 2015, s. 1262). Kvinnene ga uttrykk for et behov for dialog om seksuell helse med helsepersonell fra et tidlig stadium av sykdommen (Sekse et al., 2015, s. 1262).

Pasientene ønsket at helsepersonell skulle ta initiativ til samtale, noe som sjeldent skjedde.

For de fleste kvinnene i studien var det uaktuelt å initiere til denne dialogen, samtidig som de

i ettertid erkjente at de hadde et sterkt behov for dialog om intime spørsmål (Sekse et al., 2015, s. 1262). En av kvinnene som derimot tok initiativ opplevde at sykepleiere og annet helsepersonell ikke reagerte på initiativene hennes (Sekse et al., 2015, s. 1263). Kvinnene reflekterte rundt utfordringene de hadde møtt, hvor de uttrykket at håndteringen av deres situasjon hadde vært enklere dersom helsepersonellet hadde vært mer åpen for dialog om sensitive temaer (Sekse et al., 2015, s. 1262).

Flere av kvinnene i studien til McCallum et al. (2012, s. 139) oppga at det ville vært flaut å prate om seksualitet med helsepersonell. Til tross for dette beskrev flertallet et behov for mer dyptgående og tilgjengelig informasjon. De ønsket informasjon om effekten av behandlingen, når det er trygt å ha samleie, håndtering av vaginale forandringer og håndteringen av for tidlig overgangsalder (McCallum et al., 2012, s. 138). Mange beskrev også et behov for et mer strukturert screening- og informasjonssystem. Pasienter uttrykket ønsker om screening av ulike psykiske og fysiske belastninger, mulighet for å stille spørsmål, samt tilbys tjenester ut fra deres behov (McCallum et al., 2012, s. 138). Enkelte foretrakk skriftlig informasjon, mens andre ønsket en-til-en samtaler med helsepersonell for å ha muligheten til å stille spørsmål og diskutere eventuelle plager (McCallum et al., 2012, s. 138). Flere av kvinnene ga uttrykk for at seksuell helse ble oppfattet som mindre viktig enn andre medisinske problemer overfor deres onkologer, følgelig følte de en forventning om å fokusere på kreft spesifikke temaer (McCallum et al., 2012, s. 139).

## 5. DISKUSJON

Følgende kapittel er todelt, bestående av metodediskusjon og resultatdiskusjon. I metodediskusjonen diskuterte vi metoden som ble benyttet, inndelt i ulike underkapitler. Resultatdiskusjonen består av drøfting av resultatene, samt gjeldende teori. Vi trekker også inn egne refleksjoner. Resultatdiskusjonen drøftes ut fra de samme kategoriene som resultatdelen.

### 5.1 Metodediskusjon

#### 5.1.1 Litteraturoversikt som metode

Ifølge Dalland (2020, s. 43) skal metode gi troverdig kunnskap, dermed må kravene til validitet og reliabilitet oppfylles. Validitet vil si at innholdet som måles har relevans og er gyldig for problemet som undersøkes. Reliabilitet vil si pålitelighet og er et kriterium for kvalitet i forskningen. Pålitelighet handler om hvorvidt arbeidet er til å stole på (Dalland, 2020, s. 58). For å sikre troverdigheten og påliteligheten til de ulike vitenskapelige artiklene satte vi oss inn i forskernes bakgrunn. De fleste var professorer med sykepleiefaglig- eller annen helsefaglig bakgrunn. Basert på dette, samt artiklenes kvalitet, har vi tiltro til forskerne som har utført studiene. Litteraturoversikt som metode kan likevel medføre enkelte ulemper. Eksempelvis er de vitenskapelige artiklene hentet ut fra vår problemstilling. Dette kan medføre at vi har utelatt andre artikler som kunne ha bidratt til å nyansere våre resultater. Til tross for dette mener vi at artiklene som er valgt er nyanserte og gyldige for vår hensikt.

#### 5.1.2 Kvalitative studier som data

Vi benyttet kun kvalitative studier til å belyse problemstillingen vår. Dette ga oss et dypere innblikk i deltakernes opplevelser, noe som var ønskelig i henhold til problemstillingen. På den andre siden har vi et mindre representativt utvalg av informanter, ettersom studiene vi har benyttet oss av har færre deltakere enn kvantitative studier ofte har. Ifølge Dalland (2020, s. 57) vil også kvalitative metoder ved bruk av intervju og observasjoner kunne bli preget av forskernes personlighet. På grunnlag av dette kan forskernes personlige bakgrunn ha påvirket arbeidet. Vi mener imidlertid at studiene er pålitelige, ettersom at de har flere likheter til tross for ulike forskere og at de er utført i ulike land.

### *5.1.3 Egen gjennomførelse*

Grunnet ord begrensning og begrenset tid til rådighet var det utfordrende med seks vitenskapelige artikler. Vi har fra tidligere lite erfaring med metode, noe som bidro til at søkeprosessen og analysen var en tidkrevende prosess. Alle artiklene var skrevet på engelsk, noe som medførte at vi måtte oversette artiklene til norsk. Artiklene er tolket på best mulig måte ut fra våre forutsetninger, følgelig vil vi påpeke at vi kan ha mistet noen nyanser gjennom oversettelsen. Vi benyttet kun artikler fra vestlige land, ettersom disse landene virker mest representative for det norske helsevesenet. Denne avgrensningen medfører at vi ikke har kunnskap om tematikken i ikke-vestlige land.

For å sikre at de vitenskapelige artiklene vi benyttet var relevante, brukte vi Friberg (2017, s. 134) sin analysemetode. Dette ble benyttet som et verktøy for å finne de valgte artiklene, samt velge bort mindre relevante artikler. Analyseprosessen var krevende, og vi måtte begrense hvilke funn som skulle representeres fra hver studie. Vi mener likevel de mest aktuelle hovedfunnene, samt de ulike studienes helhet kommer fram i resultatdelen. Våre funn er preget av vår hensikt, noe som vil si at andre kan komme fram til andre resultater og konklusjoner.

### *5.1.4 Studienes deltakere*

Vi valgte å inkludere tre artikler med sykepleieperspektiv, to artikler med pasientperspektiv og en artikkel hvor informantene besto av både sykepleiere, onkologer og radiologer. Det var hensiktsmessig å studere artikler med sykepleieperspektiv grunnet oppgavens hensikt. Vi valgte likevel å studere to artikler med pasientperspektiv, for å inkludere data om begge partenes opplevelser relatert til oppfølgingen av seksuell helse. Måten vi valgte å løse dette på kan likevel ha ført til at enkelte relevante funn fra pasientperspektivet ikke inkluderes i oppgaven.

Sykepleierne i studien til Saunamäki og Engström (2013) og Olsson et al. (2012) jobbet ikke direkte med gynekologiske kreftpasienter, men enkelte sykepleiere var likevel kjent med denne pasientgruppen. Sykepleierne som jobbet direkte med gynekologiske kreftpasienter var sannsynligvis mer erfarne i å ha samtaler om seksualitet slik vi tolker det, ettersom gynekologisk kreft direkte påvirker den seksuelle evnen. Vi ser derimot ikke på dette som en svakhet, da studiene er av god kvalitet og illustrerer hvordan sykepleiere opplever å diskutere



seksualitet med pasientene. I tillegg illustrerer resultatene at sykepleierne i alle studiene opplever lignende barrierer og følelsesmessige hindringer, noe som styrker vår mening om at studiene er relevante for vår hensikt.

## 5.2 Resultatdiskusjon

I resultatdelen vil vi drøfte resultatene og gjeldende teori. I tillegg vil vi trekke inn egne refleksjoner.

### *5.2.1 Forutsetninger for kommunikasjon om seksuell helse*

Ifølge Gamnes (2016, s. 399) er det viktig at sykepleieren skaper rom for å snakke om seksuelle problemstillinger. Gamnes (2016, s. 399) uttrykker videre at det en viktig forutsetning at sykepleieren etablerer et tillitsfullt forhold til pasienten, dersom en ønsker å kartlegge pasientens behov for hjelp angående seksuelle problemstillinger. Etableringen av en god kontakt før man samtaler om seksualitet, ble også nevnt av en sykepleier i studien til Olsson et al. (2012, s. 429). Lignende funn beskrives også i studien til Williams et al. (2017, s. 38), som sier at etableringen av et tillitsfullt forhold er en nøkkelstrategi for å kunne snakke om seksuell helse. Dermed viser flere av studiene at etableringen av en tillitsfull relasjon er viktig for å kunne prate om seksuelle problemstillinger. Under dette punktet kan også praktiske barrierer trekkes inn, da måten avdelingene var organisert ble ansett som en hindring for å kunne etablere et tillitsforhold mellom sykepleier og pasient (Olsson et al., 2012, s. 429).

Videre kan vi trekke slutninger til Joyce Travelbee sin sykepleieteori, som ser på sykepleie som en interaksjonsprosess med fokus på relasjonen mellom den syke og sykepleieren (Travelbee, 1999, s. 5). Etableringen av et menneske-til-menneske-forhold forklares som virkemidlet som gjør det mulig å oppfylle sykepleiens mål og hensikt (Travelbee, 1999, s. 171). Innholdet i kommunikasjonen vil ifølge Travelbee (1999, s. 147) avgjøre hvorvidt det dannes et meningsfylt forhold, samt om pasienten vil få hjelp til å mestre sykdommen, eller om følelsen av ensomhet forsterkes. Flere av kvinnene i studien til Sekse et al. (2015, s. 1261) fortalte om følelsen av å være alene gjennom håndteringen av seksuelle forandringer. Gjennom intervjuene som ble utført i denne studien var det første gang mange av kvinnene hadde pratet om seksuelle problemstillinger (Sekse et al., 2015, s. 1262). Å håndtere seksuelle problemstillinger alene har sannsynligvis forsterket kvinnenes følelse av ensomhet. Kvinnene

uttrykket videre at utfordringene de hadde møtt kunne vært enklere å håndtere dersom helsepersonell hadde vært mer åpne rundt sensitive temaer (Sekse et al., 2015, s. 1262). Dette fremhever viktigheten av et menneske-til-menneske-forhold, slik at sykepleieren kan hjelpe kvinner å håndtere lidelse og utfordringer knyttet til seksualitet på best mulig måte.

Personorientert kommunikasjon er også en viktig forutsetning for at pasientens behov for seksuell veiledning blir møtt av sykepleiere (Eide & Eide, 2017, s. 16). Flere av kvinnene i studien til McCallum et al. (2012, s. 139) oppfattet seksualitet som mindre viktig for deres onkologer, hvor hovedfokuset dreiet seg om medisinske spørsmål. Dette fremhever viktigheten av at helsepersonell bør sikre at de utøver personorientert kommunikasjon, slik at pasientens behov danner grunnlaget for kommunikasjonen, og ikke omvendt. Studien til Williams et al. (2017, s. 39) viser at kommunikasjon om seksuell helse kan by på utfordringer, ettersom pasienten og sykepleieren er unike individer med ulike synspunkter. Dersom dette hindrer etableringen av et tillitsfullt forhold, er det ifølge Travelbee (1999, s. 172) sykepleierens ansvar å finne årsaken til hvorfor utviklingen av forholdet stopper, samt hva som kan gjøres for å starte prosessen igjen.

### *5.2.2 Sykepleierens følelser, verdier og antagelser påvirker*

#### **5.2.2.1 Følelser og verdier**

Resultatene viser at helsepersonellens følelser og verdier påvirket dialogen om seksuell helse. Ubehagelige følelser bidrar til at enkelte synes temaet er vanskelig å snakke om, noe som videre kan føre til unngåelse. Enkelte sykepleiere i studien til Saunamäki og Engström (2014, s. 536) rapporterte at de unngikk temaet, ettersom det ikke følte riktig å diskutere det. Ifølge Borg (2017, s. 126) vil det å unngå samtaler om seksuelle utfordringer bidra til å styrke fordommene rundt at seksualitet er et avsluttet kapittel for denne pasientgruppen. Å unnlate å informere om mulige komplikasjoner kan også anses som et brudd på pasient- og brukerrettighetsloven. Denne loven sier at pasienten har rett på informasjon som er nødvendig for å få innsikt i egen helsetilstand, samt innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om bivirkninger, samt mulige risikoer ved behandlingen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2).

Enkelte sykepleiere hadde erfart at unngåelse av samtaler rundt seksualitet ville føre til flere negative konsekvenser for pasienten. Disse sykepleierne var mer opptatt av å lære

nyutdannede sykepleiere viktigheten av å diskutere temaet med pasientene (Williams et al., 2017, s. 39). De fleste deltakerne i studien til Vermeer et al. (2015, s. 836) rapporterte at de snakket om seksualitet med pasientene, men at temaet var tabubelagt. Halvparten av deltakerne i studien til Vermeer et al. (2015, s. 836) sa derimot at de ikke hadde problemer med å snakke om seksualitet, noe som ofte kom med erfaring. Sykepleierne i studien til Williams et al. (2017, s. 39) erkjente også at erfaring var positivt for deres selvtillit. Dette kan indikere at erfaring bidrar til å redusere ubehaget rundt å diskutere temaet.

### ***5.2.2.2 Fordommer og antagelser***

Travelbee (1999, s. 159) mener at sykepleierens forutinntatte oppfatninger og stereotypier kan hindre sykepleieren i å etablere et forhold og kommunisere med den syke. Dette mener vi at studiene også illustrerer, da det beskrives en rekke fordommer og antagelser angående hvorvidt pasientene har behov for dialog. Studien til Saunamäki og Engström (2014, s. 535) viser at alle sykepleierne innrømmet å ha enkelte ideer om pasientenes seksualliv, uten informasjon som bekrefter hvorvidt det stemmer.

Studiene til Olsson et al. (2012) og Vermeer et al. (2015) viser at sykepleiere antok at pasientenes behov for dialog var avhengig av hvor de var i behandlingsforløpet. Sykepleierne i studien til Olsson et al. (2012, s. 428) antok at pasientene hadde lite behov for samtaler om seksualitet før og under behandlingen. Studien til Vermeer et al. (2015, s. 836) viser også at halvparten av deltakerne oppfattet at seksualitet ikke var i fokus verken før eller rett etter behandling. På den andre siden viser studien til Sekse et al. (2015, s. 1262) at kvinnene hadde behov for dialog om seksualitet fra et tidlig stadium av sykdommen, hvor de ønsket at helsepersonell skulle ta initiativ til samtalen. Kvinnene i studien til McCallum et al. (2012, s. 138) ønsket også informasjon om effekten av behandlingen. Helsepersonellet i studien til Vermeer et al. (2015, s. 836) innrømmet at deres hovedfokus lå på selve behandlingen, både før og etter. Dette kan videre vise til at helsepersonellet selv setter hovedfokuset på den medisinske behandlingen, hvor seksualitet ikke prioriteres.

I flere av studiene kommer det fram at eldre pasienter ble sett på som en pasientgruppe som ikke hadde behov for dialog om seksuelle problemstillinger (Olsson et al., 2012, s. 428; Saunamäki & Engström, 2014, s. 535; Vermeer et al., 2015, s. 836). Sengeliggende pasienter ble også sett på som en pasientgruppe uten seksuelle behov (Saunamäki & Engström, 2014, s.

535). Vi antar at også disse pasientgruppene har behov for dialog om seksuell helse, ettersom seksualitet angår mennesker i alle aldre og livssituasjoner (Gamnes, 2016, s. 373). Pasientene har også rett på informasjon ifølge pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-2). Vi mener informasjon kan hjelpe pasientene til å forstå endringer i egen kropp, noe som vil være helt essensielt uavhengig av sivilstatus, funksjonsevne, alder og hvorvidt man er seksuelt aktiv eller ikke.

### *5.2.3 Retningslinjer og skriftlige rutiner*

Noen sykepleiere i studien til Saunamäki og Engström (2014, s. 535) etterlyste retningslinjer og skriftlige rutiner som omhandlet ivaretagelse av seksuell helse. De mente dette kunne fungere som en oppmuntring til å snakke om seksualitet. I løpet av vår sykehuspraksis og gjennom arbeidserfaring, har vi bemerket oss at seksualitet og reproduksjon er et eget punkt i journalsystemet. Til tross for dette, har vi sjeldent opplevd at sykepleiere skriver noe under dette punktet. Retningslinjer og rutiner vil kunne bidra til at seksuell helse blir likestilt med andre fysiske og psykiske behov, slik at sykepleierne forhåpentligvis anser disse behovene som like viktige. Flere av studiene viser at det er usikkerhet rundt hvem som har ansvar for å diskutere seksuell helse med pasientene (Olsson et al., 2012, s. 428; Vermeer et al., 2015, s. 836; Williams et al., 2017, s. 40). Vi har erfart at dersom ingen føler seg ansvarlig vil heller ingen ta ansvar. Retningslinjer vil kunne bidra til å unngå ansvarsfraskrivelse og misforståelser rundt hvem som har ansvaret.

Flere sykepleiere i studien til Williams et al. (2017, s. 38) innrømmet også at det var lettere å snakke om seksualitet når pasienten tok opp temaet selv. Noen deltakere i studien til Saunamäki og Engström (2014, s. 536) mente også at ansvaret lå hos pasienten, hvor pasienten burde ta opp temaet dersom de opplevde problemer. Dette mener vi er en svært uheldig ansvarsfraskrivelse, ettersom pasienten har rett på informasjon om behandlingens bivirkninger og mulige risikoer (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2). Informasjon om mulige risikoer er en rettighet, dermed skal pasienter slippe å be om informasjonen selv. Videre vil vi også poengtere at sykepleieren har et ansvar for å henvise pasienten videre ved komplekse problemstillinger (Gamnes, 2016, s. 399). Dette er sykepleieren pliktet til gjennom helsepersonelloven (1999, § 4), som sier at pasienten skal henvises videre til riktig kompetanse dersom en selv ikke har tilstrekkelige kvalifikasjoner innenfor et område.

#### *5.2.4 Kunnskap og ferdigheter*

Ifølge to av studiene uttrykket sykepleiere at de manglet kunnskap og ferdigheter om rådgivning av pasienter med seksuelle problemstillinger, og på grunnlag av dette unngikk de temaet (Olsson et al., 2012, s. 429; Williams et al., 2017, s. 39). Flere etterspurte opplæring til hvordan de skulle diskutere seksuell helse, ettersom mange ønsket å lære mer om mestring av seksuelle dysfunksjoner (Vermeer et al., 2015, s. 836; Williams et al., 2017, s. 39). PLISSIT-modellen poengterer derimot at sykepleieren er kompetent nok til å ivareta pasienter som befinner seg på de to laveste nivåene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 26). Dette innebærer at sykepleieren kan føle seg kompetent til å gi enkle råd om seksuelle problemer, ettersom det ikke trengs omfattende kunnskap på disse nivåene (Gamnes, 2016, s. 399-400). Borg (2017, s. 126) uttrykker også at sykepleiere stiller for høye krav til egen kunnskap og profesjonalitet, noe som fører til vegring for å ta opp temaet. En deltaker i studien til Williams et al. (2017, s. 39) poengterte at man ikke trenger å ha alle svarene for å snakke om seksuell helse. En sykepleier vil være til god hjelp ved å la pasienten snakke om sine utfordringer, samt å være lyttende og empatisk overfor pasienten (Gamnes, 2016, s. 400).

#### *5.2.5 Konklusjon*

Vi konkluderer med at pasienter har behov for samtale om seksuell helse fra et tidlig stadium i behandlingsforløpet, hvor de ønsker at helsepersonell skal ta initiativ til denne dialogen. Praktiske barrierer, sykepleiernes egne følelser og fordommer, mangel på kunnskap og ferdigheter, samt mangel på rutiner og retningslinjer ble ofte nevnt som barrierer for disse dialogene.

## 6. ANVENDELSE I PRAKSIS

I lys av kunnskapen vi har tilegnet oss gjennom arbeidet med denne bacheloroppgaven, vil vi avslutte med å oppsummere aspekter som kan påvirke hvordan kommunikasjon kan bidra til å ivareta denne pasientgruppens seksuelle helse. For at sykepleiere skal kunne ivareta pasientenes behov, mener vi at sykepleiere bør våge å ta initiativ til samtale om seksualitet, til tross for ubehagelige følelser og tabu. Dette innebærer at flere sykepleiere bør jobbe med egne holdninger og fordommer. Studiene framlegger også at det sannsynligvis blir enklere å ta opp samtaler rundt seksualitet etter hvert som man får erfaring, noe som kan bidra til å motivere sykepleiere. Ved å minimere praktiske barrierer som mangel på tid og egnede rom, vil forholdene trolig ligge bedre til rette for samtaler om seksuell helse. Avslutningsvis vil vi presentere følgende forslag til anvendelse i praksis:

- Vi foreslår at sykepleiere får tilbud om internundervisning for å styrke deres kunnskap og selvtillit til å ta opp temaet. Eksempelvis kan avdelinger inkludere innslag av seksuell helse undervisning under personalmøtene. Ytterligere fokus på seksuell helse under sykepleierutdanningen kan trolig også bidra til å fremme viktigheten av ivaretagelse av seksuell helse, hvor seksualitet blir ansett som et likestilt behov.
- Vi foreslår forbedring av rutiner og retningslinjer, som kan bidra til å øke fokuset på seksuell helse og oppmuntre sykepleiere til å ta ansvar for dialogen. På denne måten kan seksuell helse bli ansett som en viktig del av arbeidsoppgavene. Det vil også kunne bidra til ansvarsavklaring og mindre ansvarsfraskrivelse.
- Vi foreslår bruk av systematisk screening som et verktøy til å fange opp pasienters behov for seksuell veiledning og hjelp. Screening kan også åpne opp for samtale rundt temaet, samt bidra til å fange opp problemer som ikke ellers ville blitt avdekket.
- Vi anser det å skape et miljø på avdelingene som inviterer og gir rom for samtale, som en forutsetning for at pasientene skal føle seg tryggest mulig. Synlige plakater og informasjonshefter kan skape en trygg arena for å diskutere seksuell helse. Vi foreslår at avdelingene tilstreber å etablere egnede rom hvor seksualitet kan diskuteres privat. Dette kan være egne samtalerom eller pasientens rom, dersom de har enerom.

## LITTERATURLISTE

- Borg, T. (2017). Seksualitet. I T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient-Utfordring-Handling* (4.utg., s. 120-131). Cappelen Damm Akademisk.
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal.
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: Personorientering, samhandling, etikk* (3.utg.). Gyldendal.
- Friberg, F. (2017). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3.utg., s. 129-139). Lund: Studentlitteratur AB.
- Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3. utg., s. 141-152). Lund: Studentlitteratur AB.
- Gannes, S. (2016). Seksualitet og helse. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Grunnleggende behov* (3.utg., Bind 2, s. 373- 405). Gyldendal Akademisk.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). [Figur]. *PLISSIT-modellen*. Lokalisert på [https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi\\_seksuell\\_helse.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017-2022)*. [https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi\\_seksuell\\_helse.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf)
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Jerpseth, H. (2016). Sykepleie ved gynekologiske sykdommer. I H. Stubberud (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5.utg., s. 133-168). Gyldendal Akademisk.

Kreftforeningen. (u.å). *Cellegift*. Hentet 17. November 2022 fra

<https://kreftforeningen.no/om-kreft/behandling/cellegift/>

Kreftregisteret. (2022). *Cancer in Norway 2021 - Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway*. Kreftregisteret.

[https://www.kreftregisteret.no/globalassets/cancer-in-norway/2021/cin\\_report.pdf](https://www.kreftregisteret.no/globalassets/cancer-in-norway/2021/cin_report.pdf)

Kristoff, A. (2016). Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer. I E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2.utg., s. 401-418). Gyldendal Akademisk.

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

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

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>

Saunamäki, N. & Engström, M. (2014). Registered nurses' reflections on discussing sexuality with patients: responsibilities, doubts and fears. *Journal of Clinical Nursing*, 23(3-4), 531-540. <https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.1111/jocn.12155>

Sekse, R.J.T., Råheim, M. & Gjengedal, E. (2015). Shyness and Openness – Common Ground for Dialogue Between Health Personnel and Women About Sexual and Intimate Issues After Gynecological Cancer. *Health Care for Woman International* 36(11), 1255-1269. <https://doi.org/10.1080/07399332.2014.989436>



Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendal Akademisk.

Vermeer, W. M., Bakker, R. M., Stiggelbout, A. M., Creutzberg, C. L., Kenter, G. G. & ter Kuile, M. M. (2015). Psychosexual support for gynecological cancer survivors: professionals' current practices and need for assistance. *Supportive Care in Cancer*, 23(3), 831-839. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2433-7>

Williams, N. F., Hauck, Y. L. & Bosco, A. M. (2017). Nurses' perceptions of providing psychosexual care for women experiencing gynaecological cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 30, 35-42. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2017.07.006>

## VEDLEGG

## Vedlegg 1. Litteratormatrise

<b>Artikkel 1</b>	
<b>Forfatter(e)</b> <b>Årstall</b> <b>Tidsskrift</b> <b>Land</b>	Saunamäki, N. & Engström, M. 2013 Journal of Clinical Nursing Sverige
<b>Artikkeltittel</b>	Registered nurses' reflections on discussing sexuality with patients: responsibilities, doubts and fears.
<b>Hensikten med studien</b>	Hensikten var å beskrive sykepleieres refleksjoner rundt å diskutere seksualitet med pasienter.
<b>Perspektiv (sykepleier/pasient/pårørende)</b>	Sykepleieperspektiv.
<b>Metode og analyse</b>	Kvalitativ tilnærming. Data ble samlet inn ved individuelle intervjuer. Dataen ble analysert ved bruk av en kvalitativ innholdsanalyse.
<b>Utvalg/populasjon</b>	Totalt 10 sykepleiere deltok. Sykepleiere ble valgt fra tre forskjellige sykehus i ulike områder i Sverige.  Sykepleierne varierte i alder, kjønn, arbeidssted og antall år de hadde arbeidet som sykepleiere.
<b>Hovedfunn/resultater</b>	Sykepleierne i studien oppga at det var vanskelig å snakke om seksualitet med pasientene. Sykepleierne som likevel snakket om seksualitet med pasientene, gjorde dette på bakgrunn av et stort ønske om å hjelpe. De oppga at de følte et ansvar grunnet kunnskapen de hadde, samtidig som de synes det var vanskelig å ta opp temaet basert på egne følelser. Dårlig tid og uegnede steder til å prate om seksualitet, samt dårlig ekstern støtte og fordommer var faktorer som bidro til at sykepleierne ikke tok opp temaet. Noen oppga også at de følte at det var noen andre sitt ansvar å snakke om seksualitet, samt at det var et tabubelagt tema å snakke om.
<b>Artikkel 2</b>	
<b>Forfatter(e)</b> <b>Årstall</b> <b>Tidsskrift</b> <b>Land</b>	Olsson, C., Berglund, A-L., Larsson, M. & Athlin, E. 2012 European Journal of Oncology Nursing Sverige
<b>Artikkeltittel</b>	Patient's sexuality - A neglected area of cancer nursing?
<b>Hensikten med studien</b>	Hensikten var å beskrive sykepleieres oppfatninger av dialoger om seksualitet med kreftpasienter.
<b>Perspektiv (sykepleier/pasient/pårørende)</b>	Sykepleieperspektiv.
<b>Metode og analyse</b>	Kvalitativ tilnærming. Data ble samlet inn ved tematiske individuelle intervjuer. Dataen ble analysert ved en fenomenologisk analysemetode.
<b>Utvalg/populasjon</b>	Totalt 10 sykepleiere deltok. De ble utvalgt fra et sykehus i Sverige.

	Sykepleierne varierte fra fem forskjellige avdelinger, hvor de jobbet med pasienter i ulike faser i behandlingsforløpet. Alle sykepleierne var kvinner i alderen 24-54 år.
<b>Hovedfunn/resultater</b>	Sykepleierne i studien opplevde pasientenes behov for å snakke om seksualitet som lavt gjennom hele behandlingsforløpet. Til tross for dette hadde sykepleierne også oppfatning av at de burde snakke med pasientene om seksuell helse, men grunnet egne holdninger, kunnskaper og ferdigheter ble det ofte unngått. Miljøet på arbeidsplassen ble også oppgitt som en årsak til at temaet sjeldent ble tatt opp. Sykepleierne uttrykket at de synes det var ukomfortabelt å snakke om seksualitet og håpet at noen andre ville ta ansvar for dialogen. De unngikk ofte temaet på bakgrunn av respekt, men også redsel for å gjøre feil eller fornærme pasienten.
<b>Artikkel 3</b>	
<b>Forfatter(e)</b> <b>Årstall</b> <b>Tidsskrift</b> <b>Land</b>	Williams, N. F., Hauck, Y. L. & Bosco, A.M. 2017 European Journal of Oncology Nursing Australia
<b>Artikkeltittel</b>	Nurses' perceptions of providing psychosexual care for women experiencing gynaecological cancer.
<b>Hensikten med studien</b>	Hensikten var å få innsikt i hvordan vest-australske sykepleiere opplever det psykoseksuelle tilbudet som gis til kvinner under gynekologisk kreftbehandling, samt undersøke hvordan dette samsvarer med sykepleiere globalt.
<b>Perspektiv (sykepleier/pasient/pårørende)</b>	Sykepleieperspektiv.
<b>Metode og analyse</b>	Kvalitativ tilnærming. Data ble samlet inn ved individuelle semi-strukturerte intervjuer. En systemisk analytisk prosess ble brukt for å analysere dataen.
<b>Utvalg/populasjon</b>	Totalt 17 kvinnelige sykepleiere deltok. 10 av dem jobbet på postoperative avdelinger og 7 av dem jobbet på poliklinikker.  Inklusjonskriterier var at de hadde jobbet minst 12 måneder med gynekologiske kreftpasienter samtidig som studien foregikk.
<b>Hovedfunn/resultater</b>	Studien viser at faktorer som påvirket sykepleiernes tilbud for psykoseksuell omsorg hadde mange sider og varierte mellom ulike sykepleiere. Data analysen avdekket fem ulike temaer som påvirket tilbudet pasientene fikk relatert til psykoseksuell helse. Sykepleiernes syn angående hvorvidt disse temaene hadde en positiv eller negativ innflytelse på pleien var varierende. Temaene var: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sykepleiere bruker strategier for å hjelpe samtalen i gang. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Å etablere kontakt med kvinnen var en nøkkelstrategi.</li> </ul> </li> <li>2. Kvinner har unike psykoseksuelle behov.</li> <li>3. Sykepleierne påvirkes av profesjonelle og personlige erfaringer og verdier. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sykepleierne som mente at psykoseksuell omsorg var viktig, følte et faglig ansvar overfor kvinnene de hadde omsorg for.</li> <li>- Sykepleierne avslørte flere antagelser, gjort av dem selv eller kollegaer rundt psykoseksuelle problemstillinger.</li> </ul> </li> <li>4. Systemer innenfor helsetjenesten påvirker pleien <ul style="list-style-type: none"> <li>- Å jobbe i team ble sett på som en støttende faktor, samtidig som det kunne skape usikkerhet rundt hvem som hadde ansvaret.</li> </ul> </li> <li>5. Samfunnet påvirker holdningene rundt seksualitet som tema <ul style="list-style-type: none"> <li>- Seksualitet er fortsatt et tabubelagt</li> </ul> </li> </ol>
<b>Artikkel 4</b>	

<b>Forfatter(e) Årstall Tidsskrift Land</b>	McCallum, M., Lefebvre, M., Jolicoeur, L., Maheu, C. & Lebel, S. 2012 Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology Canada
<b>Artikkeltittel</b>	Sexual health and gynecological cancer: conceptualizing patient needs and overcoming barriers to seeking and accessing services.
<b>Hensikten med studien</b>	Hensikten var å utforske kvinner behandlet for gynekologisk kreft sine subjektive opplevelser relatert til seksuell helse, med fokus på å fylle igjen hull i den gjeldende litteraturen.
<b>Perspektiv (sykepleier/pasient/pårørende)</b>	Pasientperspektiv.
<b>Metode og analyse</b>	Kvalitativ metode utført ved semistrukturerte intervju. Datasamlingen og analysen ble utført ved hjelp av tolkningsbeskrivende retningslinjer.
<b>Utvalg/populasjon</b>	15 kvinner som hadde gjennomgått behandling for gynekologisk kreft deltok. Inklusjonskriterier var at kvinnene var over 18 år, snakket flytende engelsk eller fransk, og hadde vært diagnostisert og behandlet for gynekologisk kreft.
<b>Hovedfunn/resultater</b>	<p>Flesteparten av kvinnene rapporterte at kreftbehandlingen hadde ført til negative konsekvenser for deres seksuelle helse. Kvinnene hadde udekkede behov og ønsket mer strukturert screening og informasjon fra helsepersonell, gjennom en-til-en samtaler eller skriftlig informasjon.</p> <p>Studiens resultater ble inndelt i tre temaer, hvor det første temaet sier noe om det overnevnte, nemlig at kvinnene ønsker mer tilgjengelig og bredere informasjon gitt på en mer strukturell måte. Det andre temaet ser på kvinnenes beskrivelse av sunn seksualitet. Det siste temaet sier noe om ulike barrierer fra å oppsøke eller ta i bruk seksuell helse relaterte helsetjenester etter behandling.</p>
<b>Artikkel 5</b>	
<b>Forfatter(e) Årstall Tidsskrift Land</b>	Sekse, R. J. T., Råheim, M. & Gjengedal, E. 2015 Health Care for Women International Norge
<b>Artikkeltittel</b>	Shyness and Openness - Common Ground for Dialogue Between Health Personnel and Women About Sexual and Intimate Issues After Gynecological Cancer.
<b>Hensikten med studien</b>	Hensikten var å finne ut hvordan kvinner behandlet for gynekologisk kreft opplevde håndteringen av seksuelle utfordringer, og hvordan helsepersonell kommuniserte dette temaet med dem.
<b>Perspektiv (sykepleier/pasient/pårørende)</b>	Pasientperspektiv.
<b>Metode og analyse</b>	Kvalitativ fenomenologisk hermeneutisk tilnærming. Data ble samlet inn ved dybdeintervjuer. Intervjuene foregikk 5 og 6 år etter behandling. Dataen ble systematisk analysert.
<b>Utvalg/populasjon</b>	Totalt 16 kvinner deltok. Kvinnene ble intervjuet 5-6 år etter kreftbehandlingen og ble rekruttert fra en poliklinikk på et Universitetssykehus i Norge.

	Inklusjonskriterier var at kvinnene var behandlet for gynekologisk kreft 5 år tidligere, var mellom 30-70 år og ikke hadde fått tilbakefall eller metastaser.
<b>Hovedfunn/resultater</b>	For mange hadde behandlingen ført til kroppslige endringer med konsekvenser for deres seksuelle helse. Kvinnene opplevde at helsepersonell ga lite eller ingen informasjon angående seksuelle og intime utfordringer. Til tross for at kvinnene hadde et stort behov for informasjon og hjelp, var det få som turte å ta opp temaet med helsepersonell grunnet sjenanse og skam. Noen av kvinnene hadde derimot turt å spørre spørsmål til en lege, men opplevde at behovene ikke ble møtt. Dette førte til at kvinnene håndterte seksuelle utfordringer i stillhet og ensomhet.
<b>Artikkel 6</b>	
<b>Forfatter(e)</b> <b>Årstall</b> <b>Tidsskrift</b> <b>Land</b>	Vermeer, W. M., Bakker, R. M., Stiggelbout, A.M., Creutzberg, C. L., Kenter, G. G. & ter Kuile, M. M. 2015 Supportive Care in Cancer Nederland
<b>Artikkeltittel</b>	Psychosexual support for gynecological cancer survivors: professionals' current practices and need for assistance.
<b>Hensikten med studien</b>	Hensikten var å se på hvordan helsepersonells nåværende praksis er, hvilke begrensinger helsepersonell opplever i forbindelse med å utøve psykoseksuell omsorg, samt hvilke behov for støtte helsepersonell har.
<b>Perspektiv (sykepleier/pasient/pårørende)</b>	Helsepersonell-perspektiv.
<b>Metode og analyse</b>	Kvalitativ tilnærming. Data ble samlet inn ved semi-strukturerte intervjuer. 22 av deltakerne ble intervjuet ansikt-til-ansikt og de resterende ble intervjuet via telefon. Dataen ble analysert ved hjelp av en rammeverkmetode.
<b>Utvalg/populasjon</b>	Totalt 30 personer som jobbet som helsepersonell deltok.  Forskerne hadde som mål å inkludere én gynekologisk onkolog, én strålingsonkolog og én kreftsykepleier spesialisert i gynekologisk kreft. Helsepersonellet ble valgt fra ni nederlandske sentre for gynekologisk kreft.
<b>Hovedfunn/resultater</b>	Flesteparten av deltakerne hadde diskutert seksuell helse minst én gang med hver pasient. Det kom fram at en viktig årsak til at deltakerne pratet med pasientene om seksuell helse, var for å forsikre de om at det er vanlig å ha bekymringer relatert til seksualitet, samt gi dem en mulighet til å prate om bekymringene. Rundt halvparten av deltakerne ga spesifikke forslag til hva pasientene kunne gjøre. Deltakerne henviste pasientene sjeldent videre til sexolog, til tross for at det var tilgjengelig. Faktorer som hindret deltakerne i å diskutere seksuell helse med pasienter, var mangel på tid og grunnet sine egne følelser. Deltakernes forslag på å tilrettelegge for en bedre psykoseksuell omsorg var ferdighetstrening, økt tilgang på pasientinformasjon og en mer standardisert integrering av psykoseksuell omsorg i den gynekologiske kreftomsorgen.

## Vedlegg 2. Søkelogg

Søke-dato	Database	Søkeord og ordkombinasjon-er	Avgrensinger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Antall valgte artikler
Søk 1: 26/10	Oria.no	Cervical cancer* quality of life* Sexuality* Intimacy*	Fagfelleurdert 2014-2022 Artikler	15	6	3	0
Søk 2: 27/10	Oria.no	Gynecological cancer* nurse* OG sexuality* intimacy*	Fagfelleurdert 2014-2022 Artikler	7	6	2	0
Søk 3: 27/10	SVEMED+	Seksuell helse*	Peer-reviewed	27	1	0	0
Søk 4: 31/10	Oria.no	Gynecological cancer OG psychosexual support	Fagfelleurdert 2012-2022 Artikler Engelsk	27	14	4	0
Søk 5: 31/10	Cinahl	Gynelologic care OR Gynecologicnursing AND sexuality	Engelsk Peer-reviewed Qualitative study – best balance Europa 2012-2022	2	1	0	0
Søk 6: 31/10	Cinahl	Gynelological cancer AND psychosexual support OR sexual dysfunction	Engelsk Peer-reviewed Qualitative study – best balance 2012-2022	1	0	0	0
Søk 7: 31/10	Oria.no	Gynecological cancer OG support* OG nurs* OG sex* OG commuicaion	Fagfelleurdert 2012-2022	31	3	1	1
Søk 8: 31/10	Cinahl	Gynecological cancer AND attitude to sexuality OR sexuality	Peer-reviewed Engelsk Qualitative study – best balance	5	1	1	1
Søk 9: 31/10	Medline	Gynecological cancer AND sexuality OR intimacy	Engelsk 2012-2022 Include all subheadings	31	2	2	2
Søk 10: 31/10	Oria.no	“Gynecological cancer” OG “support needs” OG sexual health	Fagfelleurderte Artikler 2012-2022 Engelsk	6	1	0	0
Søk 11: 1/11	Oria.no	“Gynecological cancer” OG support og sex* OG nurs*	Fagfelleurderte Artikler 2012-2022 Engelsk	84	5	1	0

[1635 og 1597]

Søk 12: 1/11	Oria.no	Follow-up* OR treatment* Sexuality* AND gynecological cancer*	Fagfelleverderte Artikler 2012-2022 Engelsk	126	4	2	0
Søk 13: 1/11	SVEMED+	Gynekologisk cancer AND sex	2012-2022 Peer-reviewed	4	0	0	0
Søk 14: 1/11	SVEMED+	Gynekologisk cancer AND seksuell helse	2012-2022 Peer-reviewed	0	0	0	0
Søk 15: 1/11	Cinahl	Genital neoplasm AND sexual dysfunction, female AND support	2012-2022 Peer-reviewed Qualitative study-best balance	0	0	0	0
Søk 16: 1/11	Cinahl	Genital Neoplasms, Female AND Support AND Attitude to sexuality	2012-2022 Peer-reviewed Qualitative study-best balance	1	1	0	0
Søk 17: 3/11	Oria.no	Nurs* OG gynecological cancer OG follow-up OG sex*	2012-2022 Fagfelleverderte artikler Engelsk og svensk	100	3	1	0
Søk 18: 3/11	Oria.no	Sex* nurs* AND Gynecological cancer AND communication	Fagfelleverdert 2012-2022 Engelsk	4	1	1	0
Søk 19: 4/11	Oria.no	nurse* sexuality* AND cancer*	Fagfelleverdert Artikler 2012-2022 Engelsk	247	5	2	2