

BSYBAC_5

Bacheloroppgave i Sykepleie

Gynekologisk kreft og seksualitet.

Snakk om det!



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

[Stavanger, 10.05.2021]

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

Sammendrag

Bakgrunn

Som et resultat av bedre diagnostikk og behandling, overlever stadig flere kvinner gynekologisk kreft. Behandling for gynekologisk kreft kan medføre store konsekvenser for pasientenes seksualitet og intimitet. Selv om helsepersonell anser det som sentralt at kvinnene får informasjon om seksuelle endringer og utfordringer som kan oppstå, viser forskning at en samtale om seksualitet ofte uteblir. Dette kan medføre at seksualitet, som et grunnleggende behov, blir oversett i sykepleien.

Hensikt

Hensikten med oppgaven blir å belyse hvordan sykepleier kan bidra til at kvinner som har gjennomgått behandling for gynekologisk kreft, kan ivareta sin seksualitet, ved hjelp av støtte og informasjon.

Metode

Denne oppgaven er utformet som en integrativ litteraturoversikt og er analysert etter Febe Fribergs modell. Jeg har valgt fem vitenskapelige studier som anses som relevante for oppgavens hensikt. Supplert med teori og egen drøfting har dette dannet grunnlaget for min besvarelse.

Resultater

Kvinner som har gjennomgått behandling for gynekologisk kreft opplever mangelfull informasjon, samt lite engasjement og åpenhet fra helsepersonell. Kvinnene gir uttrykk for manglende støtte om en endret seksualitet, og de savner å ha anledning til å dele tanker og bekymringer med helsepersonell. Helsepersonell, på sin side, finner det ofte utfordrende å snakke om seksualitet, blant annet på grunn av sjenanse, mangel på tid, lite kunnskaper, samt en forventning om at pasienten har fokus på andre aspekter ved livet enn seksuell helse.

Innhold

1	INNLEDNING	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2	Problemformulering.....	2
1.3	Hensikt.....	2
1.4	Avgrensning og presisering av problemstilling.....	2
2	TEORI	4
2.1	Seksualitet og seksuell helse.....	4
2.2	Gynekologisk kreft.....	4
2.2.1	<i>Behandling av gynekologisk kreft</i>	5
2.2.2	<i>Konsekvenser for pasientens seksualitet</i>	5
2.3	Pasienters behov for informasjon.....	5
2.5	Sykepleiers rolle og funksjon.....	6
2.5.1	<i>Holdninger til seksualitet</i>	6
2.6	Kommunikasjon om seksualitet.....	7
2.6.1	<i>Barrierer for å snakke om seksualitet</i>	7
2.6.2	<i>PLISSIT-modellen</i>	7
2.7	Livsfenomener.....	8
2.7.1	<i>Livsfenomener og behov</i>	9
2.7.2	<i>Sanselig situasjonsbestemt nærhet</i>	9
3	METODE	10
3.1	Litteratursøk.....	10
3.1.1	<i>Søkeord</i>	10
3.1.2	<i>Søketeknikk</i>	10
3.1.3	<i>Inklusjons- og eksklusjonskriterier</i>	11
3.1.4	<i>Valg av database</i>	11
3.2	Analyseprosessen.....	11

4	RESULTAT	13
4.1	Manglende kommunikasjon om seksualitet	13
4.1.1	<i>Mangelfull informasjon</i>	13
4.1.2	<i>Samtalens innhold</i>	14
4.1.3	<i>Emosjonell støtte</i>	15
4.2	Helsepersonells holdninger og barrierer for å snakke om seksualitet.....	15
4.2.1	<i>Forventninger</i>	15
4.2.2	<i>Sjenanse, flauhet og tabu</i>	15
4.2.3	<i>Mangel på tid</i>	16
4.2.4	<i>Behov for mer kunnskap og kompetanse</i>	16
5	DISKUSJON	17
5.1	Metodediskusjon.....	17
5.1.1	<i>Inklusjons- og eksklusjonskriterier</i>	17
5.1.2	<i>Refleksjoner omkring valg av artikler</i>	18
5.2	Resultatdiskusjon	18
5.2.1	<i>Seksualitet som et grunnleggende behov</i>	18
5.2.2	<i>Å våge å snakke om seksualitet</i>	19
5.2.3	<i>Tabu og sjenanse som kommunikasjonsbarrierer</i>	20
5.2.4	<i>Forventninger som en kommunikasjonsbarriere</i>	21
5.2.5	<i>Holdninger til seksualitet</i>	21
5.2.6	<i>Mangel på tid</i>	22
5.2.7	<i>Pasienters behov for informasjon</i>	23
5.2.8	<i>Konkrete forslag og viktigheten av kunnskap og kompetanse</i>	24
5.2.9	<i>Emosjonell støtte og sanselig situasjonsbestemt nærhet</i>	25
6	ANVENDELSE I PRAKSIS	27
7	REFERANSER	29

1 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I 2019 ble 1852 kvinner rammet av gynekologisk kreft i Norge (Kreftlex, 2021). Takket være bedre diagnostikk og behandling er kreftdødeligheten på vei ned, og stadig flere pasienter overlever kreftsykdom (Kreftregisteret, 2021). Ved behandling for gynekologisk kreft må kvinnen ofte fjerne både eggstokker og livmor, noe som kan føre til seksuelle utfordringer, infertilitet og et endret selvbilde (Jerpeseth, 2016, ss. 153-154). Pasienter som har gjennomgått behandling for gynekologisk kreft har ofte et stort behov for informasjon om seksuelle konsekvenser som kan oppstå som følge av sykdom og behandling. På bakgrunn av dette ønsker jeg å se nærmere på hvordan sykepleier kan gå frem for å gi støtte og informasjon om seksualitet til denne pasientgruppen.

Interessen for temaet gynekologisk kreft og seksualitet ble vekket i andre klasse, der kreft og seksualitet var en del av pensum. På et seminar fikk klassen møte en ung kvinne som hadde gjennomgått behandling for eggstokkreft. Kvinnen fortalte at dagen før hun skulle fjerne eggstokker og livmor, hadde sykepleier gitt henne en brosjyre om kreft og seksualitet, for så å gi en kort beskjed om at seksuallivet ville bli utfordret. Deretter hadde sykepleieren forlatt rommet. Dette var den eneste informasjonen kvinnen fikk, og temaet ble ikke tatt opp siden. Kvinnen satt igjen og trodde hun aldri kunne ha samleie igjen. I senere tid ble denne kvinnen lagt inn på sykehuset for andre grunner enn kreft. Hun møtte da en sykepleier som snakket åpent med henne om seksualitet, og hun fikk nyttig informasjon og støtte. Dette medførte at kvinnen fikk svar på spørsmål og bekymringer hun hadde, og hun fant ut at det var fullt mulig å ha et godt seksualliv, til tross for at eggstokker og livmor var fjernet. Denne kvinnen ble i 2020 intervjuet i Sandnesposten. Der uttaler hun følgende: «En god seksuell helse gir god livskvalitet. Det er viktig i alle deler av livet, også når du er syk. Seksualitet er nemlig noe du er – mens sex er noe du gjør» (Højmark, 2020). Historien til den unge kvinnen gjorde inntrykk på meg. De to sykepleierne i historien hadde vidt ulike holdninger og tilnærminger til temaet seksualitet. Med god informasjon og støtte, opplevde kvinnen at hun kunne lære seg til å leve godt med en endret seksualitet. Hvordan kan så sykepleier så gå frem for å gi støtte og formidle informasjon om et såpass intimt og privat tema som seksualitet?

1.2 Problemformulering

Seksualitet fremmes som et viktig tema på flere nivåer. Verdens helseorganisasjon (WHO) beskriver seksualitet som et grunnleggende behov som angår alle mennesker (Gjessing & Dahl, 2019, s. 104). I Norge har vi en offentlig strategi som skal fremme seksuell helse i befolkningen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016), og i pensum på sykepleiestudiet beskrives seksualitet som et grunnleggende behov for ethvert menneske. Selv om seksualitet vektlegges som et sentralt aspekt ved menneskers liv, viser forskning at helsepersonell finner det vanskelig å snakke om seksuelle og intime forhold. Helsepersonell begrunner dette med frykt for å være for nærgående, mangel på tid, flauhet eller manglende kunnskaper (Dahl, 2016, ss. 242-244). Dersom sykepleier overser seksualiteten, vil en også overse pasientens grunnleggende behov. Dette kan medføre uteblitt pleie (Kristoffersen & Breievne, 2016, s. 197).

Kvinner med gynekologisk kreft kan oppleve store seksuelle og intime utfordringer, og de har behov for god informasjon, slik at de kan lære seg til å leve med endringene (Cleary, et al., 2012, s. 537). For å gi god sykepleie til kvinner som har gjennomgått behandling for gynekologisk kreft, er det sentralt at sykepleier har kunnskap om og innsikt i hvordan en kan gå frem for å gi støtte og informasjon om seksualitet til denne pasientgruppen. Ved å snakke om seksualitet signaliserer sykepleier at temaet fremdeles er aktuelt for den enkelte.

1.3 Hensikt

Hensikten med oppgaven er å belyse hvordan sykepleier kan bidra til at kvinner som har gjennomgått behandling for gynekologisk kreft, kan ivareta sin seksualitet, ved hjelp av støtte og informasjon.

1.4 Avgrensning og presisering av problemstilling

Denne oppgaven fokuserer på kvinner som har *gjennomgått* behandling for gynekologisk kreft. Informasjon og støtte er høyst aktuelt, også i møte med kvinner som nylig har blitt diagnostisert, og som skal i gang med kreftbehandling. På grunn av begrenset tid og omfang med denne oppgaven, har jeg valgt å avgrense oppgaven til å omhandle kvinner som har vært gjennom kreftbehandling. Oppgaven fanger med dette kun deler av problemet.

Jeg har valgt å se bort fra partners rolle i denne oppgaven. Jeg vil likevel understreke at mange kvinner kan ha nytte av å inkludere en eventuell partner i samtale om seksualitet. Dette fordi seksualiteten også utspiller seg i menneskelige relasjoner, og en eventuell partner kan være en viktig støttespiller for kvinnen.

For å besvare oppgavens hensikt tas det utgangspunkt i både pasientperspektiv og helsepersonellperspektiv. Pasientperspektiv kan bidra til å belyse hvordan kvinner opplever at seksualiteten ivaretas etter behandling for gynekologisk kreft. Videre kan pasientenes perspektiver opplyse om hva kvinnene trenger av informasjon og hvordan de ønsker å bli møtt. Helsepersonellperspektiv kan skape forståelse for hva som vanskeliggjør kommunikasjon om seksualitet.

Støtte handler i denne oppgaven om å se den enkelte pasient og la henne få anledning til å dele tanker og bekymringer om hennes opplevelse.

2 TEORI

I dette kapittelet beskrives begrepene seksualitet og gynekologisk kreft. Videre gis det en innføring i pasientenes behov for støtte og informasjon, barrierer som vanskeliggjør kommunikasjon om seksualitet, samt sykepleiers rolle og funksjon i møte med denne pasientgruppen. Avslutningsvis presenteres teori om livsfenomener. For å kunne imøtekomme kvinnenes behov for støtte og informasjon, krever det at sykepleier ser personen bak pasienten og tilpasser informasjonen og støtten til den enkeltes situasjon. Å være bevisst om livsfenomener kan bidra til å forstå og oppfatte pasientens unike situasjon. Begrepet forklares nærmere i kapittel 2.7.

2.1 Seksualitet og seksuell helse

Helsepersonell bør ha en vid oppfattelse av begrepet seksualitet og erkjenne at seksualitet og helse hører sammen. Det er sentralt å forstå at alle mennesker er seksuelle individer, uansett alder og livssituasjon. Seksualiteten er knyttet til menneskets identitet, selvilde og livskvalitet (Borg, 2017, ss. 120-121).

Verdens helseorganisasjon gir en holistisk beskrivelse av begrepet seksualitet, der både fysiske, psykiske og sosiale aspekter står i et dynamisk forhold til hverandre (Gjessing & Dahl, 2019, s. 104). Seksualitet er et grunnleggende behov og en del av det å være menneske gjennom hele livet. Begrepet seksualitet handler om mer enn samleie og orgasme. Seksualiteten er også knyttet til intimitet, kjærlighet og varme (Eriksen, et al., 2021) og til samvær, følelser og identitet (Jerpseth, 2016, s. 140).

Helse- og omsorgsdepartementet iverksatte i 2016 en offentlig strategi for å fremme seksuell helse i samfunnet. Seksuell helse defineres her som et fysisk, psykisk og sosialt velvære knyttet til seksualitet. Strategien tar utgangspunkt i seksualitet som en helsefremmende ressurs gjennom alle livets faser. En god seksuell helse er en ressurs som kan fremme individets mestringsferdigheter og det kan styrke livskvaliteten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 7).

2.2 Gynekologisk kreft

Gynekologisk kreft er et samlebegrep for de krefttypene som rammer kvinnelige kjønnsorganer i eggstokk, eggleder, livmor, livmorhals, skjede, klitoris eller indre og ytre kjønnslepper (Kreftforeningen, 2021). Det ble registrert 1852 tilfeller av gynekologisk kreft i Norge i 2019 (Kreftlex, 2021).

2.2.1 *Behandling av gynekologisk kreft*

Behandling av gynekologisk kreft vil avhenge av den type kreft pasienten har, samt tidspunkt for når svulsten oppdages (Jerpeseth, 2016, s. 153). Kvinnen må ofte fjerne både eggstokker og livmor, men hormonbehandling, cytostatika og stråling er alle behandlingsformer som ofte gis i kombinasjon. Til sammen er det omtrent 21.000 norske kvinner som er behandlet for gynekologisk kreft (Gynkreftforeningen, u.d.).

2.2.2 *Konsekvenser for pasientens seksualitet*

Kvinner med gynekologisk kreft opplever ofte nerveskader, arrdannelse, skrumping av skjeden og en sviktende hormonproduksjon (Gjessing & Dahl, 2019, s. 118). Dette kan påvirke kvinnens seksualitet negativt, både fysisk og psykisk.

Kirurgisk fjerning av livmor eller livmorhals kan medføre at skjeden forkortes. Stråling mot bekkenet eller opp i skjeden kan gi arr og sammenvoksinger i kvinnens vagina. Dette kan medføre smerter og utfordringer ved samleie. I tillegg kan det prege kvinnens selvtilitt negativt (Jerpeseth, 2016, s. 154).

En kvinnes selvilde er knyttet til utseende, kropp og dens funksjon, samt opplevelsen av å ha en verdi. Selvbildet er viktig for seksualiteten (Jacobsen, 2017, s. 607). Med sykdom endres ofte kroppsbildet fordi kvinnens holdninger og følelser til egen kropp endres (Gjessing & Dahl, 2019, s. 111). Kroppen kan oppleves som fremmed og problematisk, noe som påvirker seksualiteten. Å fjerne kvinnelige kroppsdeler som eggstokker og livmor kan medføre et stort tap for kvinner i fertil alder som ønsker å få barn. Det kan prege kvinnens selvtilitt og kroppsbilde da disse organene ofte forbindes med feminitet og fruktbarhet. Ved kirurgisk fjerning av eggstokker vil kvinnen komme i tidlig overgangsalder. Ofte fjernes lymfeknuter under operasjonen. Plager relatert til klimakteriet og lymfeødemer påvirker kvinnens livskvalitet negativt (Jerpeseth, 2016, ss. 153-154).

2.3 *Pasienters behov for informasjon*

Pasienter med gynekologisk kreft har ifølge pasient- og brukerrettighetsloven rett på nødvendig informasjon om sin helsetilstand. De har også krav på informasjon om risiko og bivirkninger som kan oppstå som følge av kreftsykdommen og behandling (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

I 2015 utførte gynkreftforeningen en kartlegging blant medlemmene om hvordan de opplevde at helsepersonell hadde tatt opp temaet sex og samliv på en respektfull, informativ og forståelig måte. Litt under halvparten svarte at de ikke hadde fått tilbud om en slik samtale.

Videre ble det undersøkt hvordan medlemmene opplevde informasjonen om hvordan sykdom og behandling kan påvirke seksualfunksjonen. Her svarte over halvparten at helsepersonell hadde unnlatt å snakke om mulige seksuelle konsekvenser (Gynkreftforeningen, 2017).

At pasienter med gynekologisk kreft opplever mangelfull informasjon bekreftes også i en litteraturstudie av Cleary et al. (2012). Det kommer frem av litteraturstudien at kvinnene trenger individuelt tilpasset informasjon avhengig av hvordan sykdommen og behandlingen har påvirket den enkelte. Informasjonen bør ta utgangspunkt i seksualitet som et holistisk begrep der kvinnens selvbilde, hennes seksuelle relasjon og funksjon inkluderes. Kvinnene vil ha nytte av denne informasjonen da den kan gi økt kunnskap og redusere frykt (Cleary, et al., 2012, ss. 537-538).

2.5 Sykepleiers rolle og funksjon

Sykepleier skal gi tilstrekkelig og tilpasset informasjon og sørge for at informasjonen er forstått (NSF, 2021). For pasienter med gynekologisk kreft er det sentralt å få informasjon om seksuelle og intime endringer og utfordringer som kan følge med kreftsykdom og behandling (Cleary, et al., 2012, s. 537). Sykepleier har, i samarbeid med lege, ansvaret for at pasienter med gynekologisk kreft får nødvendig informasjon om mulige seksuelle endringer som kan oppstå (Jerpeseth, 2016, s. 141).

Når sykepleier skal gi informasjon om seksualitet, er det nødvendig med kunnskap om både fysiske og psykiske utfordringer pasienten kan komme til å møte. I tillegg til kunnskaper trengs det også et emosjonelt engasjement (Borg, 2017, s. 126). Empati kan forklares om en evne til å forstå eller leve seg inn i andre menneskers reaksjoner og følelser, og videre bruke denne forståelsen i sine handlinger (Thoresen, 2013). Ved å vise empati kan sykepleier bidra til at pasienten opplever trygghet og aksept slik at kommunikasjon om seksualitet går lettere (Borg, 2017, s. 126).

2.5.1 Holdninger til seksualitet

Sykepleier bør reflektere over holdninger til egen seksualitet og jobbe kontinuerlig med sin egen for å våge å møte pasientens seksuelle problemer. En bør også ha forståelse for at pasienten kan ha andre uttrykk for seksualitet enn en selv har. Dersom sykepleier unngår å diskutere seksuelle utfordringer med pasientene vil dette bidra til å styrke oppfattelsen av at seksualitet ikke lenger er aktuelt for denne pasientgruppen (Borg, 2017, s. 126).

2.6 Kommunikasjon om seksualitet

Kommunikasjon er sykepleiers viktigste redskap (Borg, 2017, s. 127). Å kommunisere handler først og fremst om å bli kjent med pasienten for å forstå og hjelpe den enkelte til å mestre sykdom og lidelse (Reitan A. , 2017, s. 104).

Sykepleier har en sentral rolle når det kommer til å lytte aktivt, være tilstede og tilrettelegge for pasienter med gynekologisk kreft (Jerpeseth, 2016, s. 154). Ved å gi støtte, lytte oppmerksomt og vise medfølelse kan en opprette en god kontakt og skape et godt grunnlag for samtale. Sykepleier kan fremstå som en kompetent fagperson ved å styre kommunikasjonen. Dette handler om å ta initiativ til å starte samtalen, stille spørsmål, forklare og gi informasjon. En skal også avslutte samtalen på en god måte (Reitan A. , 2017, s. 106).

Ved å snakke om seksualitet signaliserer sykepleier at temaet er viktig og at pasienten kan ta opp spørsmål og bekymringer ved behov. Pasientens grenser må respekteres og behandleren skal ikke presse seg på dersom pasienten ikke ønsker å snakke om temaet. Ved å innlede en samtale om seksualitet kan behandleren ofte bryte bluferdighetsbarrieren som kan være til hinder for å snakke om et såpass sensitivt og privat tema som seksualitet (Graugaard et al., 2006, s. 20).

2.6.1 Barrierer for å snakke om seksualitet

Helsepersonell unnlater ofte å ta opp seksualiteten med pasienten, til tross for at de aser det som en del av deres ansvar (Cleary et al., 2012, s. 539). Mange er usikre på å ta opp temaet med pasienter fordi de stiller for høye krav til egen kunnskap og profesjonalitet (Borg, 2017, s. 126). Andre grunner for å ikke ta opp seksualitet i møte med pasienten er lite tid, manglende kunnskaper, en forventning om at pasienten er uinteressert i seksualitet, eller frykt for å være for nærgående (Dahl, 2016, ss. 243-244).

2.6.2 PLISSIT-modellen

PLISSIT-modellen er en kommunikasjonsmodell som kan benyttes ved seksuell veiledning. PLISSIT står for "Permission (tillatelse), Limited Information (begrenset informasjon), Specific Solutions (konkrete forslag) og Intensive Therapy (intensiv terapi)" (Borg, 2017, s. 127). Felles for de tre første kategoriene i modellen er at man forsøker å hjelpe pasienten til selvhjelp (Graugaard, et al., 2006, ss. 22). Helsepersonell med minimum tre års utdanning bør være i stand til å ivareta de to første kategoriene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s.

26). I forklaringen som følger vil sykepleiers rolle knyttes opp mot de ulike trinnene i PLISSIT-modellen.

«Permission» handler om å gi pasienten en klar oppfatning om at seksualitet og seksuell helse er en naturlig del behandlingen og oppfølgingen (Langhelle, et al., 2021). Med dette kan en få tillatelse av pasienten til å snakke om seksualitet. Sykepleier må være hensynsfull og diskret, men likevel direkte. Videre må pasienten få anledning til å sette ord på tanker og bekymringer knyttet til seksualitet (Borg, 2017, s. 127).

Med «Limited Information» gir sykepleier generell og begrenset informasjon knyttet til sykdom og behandling. I møte med kvinner med gynekologisk kreft kan det eksempelvis handle om å informere kvinnen om at strålebehandling mot bekkenet kan medføre tørre og såre slimhinner i skjeden (Langhelle, et al., 2021). Trinnet krever ikke spesialkompetanse, men sykepleier bør ha grunnleggende kunnskaper om mulige konsekvenser av behandlingen. Begrenset informasjon kan bidra til å forsikre pasienten at det er normalt å ha bekymringer knyttet til sykdom og behandling (Gjessing & Dahl, 2019, s. 119). Ved å gi generell informasjon kan mange pasienter få den hjelpen de trenger for å møte seksuelle endringer og utfordringer (Metodebok for seksuell helse , 2021)

Med «Specific Solutions» går en bort fra det generelle for å gi konkrete forslag som er tilpasset pasientens personlige utfordringer. Dette setter høyere krav til sykepleiers kunnskap og kompetanse (Metodebok for seksuell helse , 2021). Sykepleier kan eksempelvis informere om samleiestillinger som er mindre smertefulle eller om nyttige hjelpemidler som kan forhindre sammenvoksing av skjeden (Borg, 2017, s. 129). Målet er å finne løsninger som bedrer pasientens seksuelle helse.

«Intensive therapy» det mest avanserte trinnet i modellen. Dette trinnet omhandler problemer som er så komplekse og alvorlige at de krever spesialkompetanse. Alvorlige seksuelle problemer som ikke lar seg løse ved hjelp av de tre første trinnene i PLISSIT-modellen kan kreve ekspertise og intensiv terapi. Sykepleiers rolle er her å henvise pasienten til en spesialist, samt å motivere pasienten til å gjennomføre behandlingen (Borg, 2017, s. 130).

2.7 Livsfenomener

Livsfenomener er en generell betegnelse for de ulike *etiske* og *eksistensielle* fenomener som hører livet til (Delmar, 2016, s. 381). Delmar (2016) skriver at livsfenomener er grunnleggende erfaringer knyttet til det å være menneske og til å eksistere i livets mangfold.

En kan knytte livsfenomener til det å bety noe for andre og det å være i menneskelige relasjoner.

Etiske livsfenomener kan være tillit og medfølelse, eller det kan være skam og sårbarhet.

Eksistensielle livsfenomener er delt inn i livsbefordrende og livsinnskrenkende livsfenomen.

Livsbefordrende eksistensielle livsfenomener kan for eksempel være håp og livsmot.

Livsinnskrenkende eksistensielle livsfenomener er sårbarhet, angst eller smerter (Delmar, 2016, s. 386).

2.7.1 Livsfenomener og behov

Livsfenomener må ikke forveksles med behov. Behov kan forklares som en søken etter å oppnå noe en trenger. Det kan handle om å stille sult eller slukke tørste. Behovene er bevisste, og man higer etter å tilstrebe dem. Livsfenomener, som for eksempel livsglede og livsmot, kan derimot ikke løses, men de kan rommes (Delmar, 2016, ss. 388-389).

Delmar (2016, s. 390) skriver at det er forskjell på det å være i live og det å leve. Å holde seg i live kan knyttes til det å tilfredsstillende nødvendige behov og det er en del av menneskets eksistens. Å leve handler derimot om å finne en mening med tilværelsen, noe som kan knyttes til begrepet livsfenomener. Når sykdom og lidelse inntreffer, tydeliggjøres livsfenomener hos mennesket. Det er da viktig at sykepleier hjelper pasienten til å forstå livsfenomener og hvordan de kommer til uttrykk hos den enkelte. På denne måten kan en skape rom for de livsfenomenene som fremmer et godt liv, fremfor de livsinnskrenkende livsfenomenene. Hvis sykepleie utelukkende handler om å tilfredsstillende pasientens behov kan sykepleieren overse individets egen opplevelse og erfaring av lidelsen (Delmar, 2016, s. 385).

2.7.2 Sanselig situasjonsbestemt nærhet

Delmar (2016) skriver at sanselig situasjonsbestemt nærhet er sentralt for at sykepleier skal kunne oppdage pasientens livsfenomener. At en sykepleier bruker sanselig situasjonsbestemt nærhet handler om å bruke følelser, fornuft, erfaringer og forståelse i den enkelte situasjon. En må være tilstede med hele seg, se det unike i situasjonen og samtidig trekke inn relevante erfaringer fra tidligere som kan knyttes til situasjonen. Sykepleier kan slik bruke et sanselig nærvær til å gjenkjenne blant annet angst og bekymring, selv om pasienten ikke uttrykker dette med ord. Sanselig situasjonsbestemt oppmerksomhet er kontinuerlig arbeid for sykepleieren (Delmar, 2016, ss. 393.395)

3 METODE

En metode forteller oss noe om fremgangsmetoden som er benyttet for å innhente ny kunnskap av et tema og hvordan denne kan etterprøves. Valg av metode baseres på hvordan en kan fremskaffe best mulig informasjon for å belyse en valgt problemstilling (Dalland, 2017, s. 51). I denne oppgaven benyttes en integrativ litteraturoversikt etter Febe Friberg (2017) som metode for å besvare problemstillingen. En litteraturoversikt gir en oversikt over eksisterende forskning innen et tema (Frieberg, 2017, s. 108). Integrativ litteraturoversikt handler om å analysere, sammenligne og ta stilling til funnene som kommer frem av studiene. Både kvalitative og kvantitative forskningsartikler kan benyttes i en slik oversikt. Resultatet fra forskningen benyttes til å fremstille en ny helhet (Frieberg, 2017, s. 150).

Denne oppgaven er basert på fem forskningsartikler (se Tabell 3.2). Det er benyttet kvalitativ forskning fra både pasient- og sykepleieperspektiv for å besvare oppgavens hensikt. En kvalitativ metode har som hensikt å gå i dybden for å fange opp meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2017, ss. 52-53).

3.1 Litteratursøk

Etter å ha definert en avgrenset hensikt med oppgaven ble det søkt etter eksisterende forskning på temaet. Søket gav hovedsakelig treff på kvalitativ forskning fra et pasientperspektiv. Ved å anvende det Friberg kaller for et «helikopterperspektiv» kan en få oversikt over studienes karakter (Frieberg, 2017, s. 146). I den videre søkeprosessen ble det gjort tilpasninger for å inkludere søk fra helsepersonell- eller sykepleieperspektiv. Dette for å besvare oppgavens problemstilling på best mulig måte.

3.1.1 Søkeord

Aktuelle søkeord i prosessen var gynecological cancer, gynecological cancer disease, gynecological cancer survivors, support, women*, professional*, nurs*, sexuality, sexual health og intimacy. Søkeordene ble valgt etter å ha lest innledende teori om gynekologisk kreft og seksualitet. Jeg fant også inspirasjon til søkeord ved å lese sammendrag fra aktuelle artikler.

3.1.2 Søketechnik

For å få et best mulig treff i søket ble trunkering benyttet. Trunkering vil si at man skriver ordet sammen med et forkortningstegn slik at søket inkluderer alle bøyingsformer av ordet.

Trunkeringsstegnet kan variere, men oftest er det «*» (Friberg, 2017, s. 71). I denne oppgaven benyttet jeg *women**, *nurs** og *professional** som nyttige søkeord.

For å kombinere søkeordene på en hensiktsmessig måte ble «boolsk søketeknikk» anvendt i søkeprosessen (Friberg, 2017, s. 72). Se nærmere beskrivelse av dataanalysen i Vedlegg I.

3.1.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier i søkeprosessen var å velge fagfellevurderte artikler (peer reviewed), engelsk språk og en tidsavgrensning fra de siste ti år. Med dette ble tre artikler valgt som hensiktsmessige for å belyse valgt tema. Søket ble så utvidet til å gjelde de siste 20 årene for å undersøke om det fantes eldre, aktuelle artikler. Jeg valgte å ekskludere studier fra Tyrkia, Kina og Taiwan.

3.1.4 Valg av database

Tre av artiklene ble søkt opp i databasen CINAHL. Denne databasen inneholder et bredt spekter av sykepleiefaglige artikler. I tillegg finner jeg den brukervennlig. Samtlige av de tre artiklene refererte til en eldre artikkel av Stead et al. (2003). Denne artikkelen ble søkt opp i Oria ved å benytte forfatterens navn som en avgrensning. Videre ble Oria benyttet for å utvide søket til å inkludere forskning fra 20 år tilbake i tid. Dette medførte treff på en artikkel fra 2008 som ble inkludert i oppgaven.

3.2 Analyseprosessen

Analysen av de utvalgte artiklene bygger på Fribergs modell (Friberg, 2017, ss. 148-149). I korte trekk handler metoden om å lese gjennom studiene flere ganger for å forstå innhold og sammenheng som kommer frem av forskningen. Deretter presenteres hovedfunn i en tabell for å tydeliggjøre forskjeller og likheter med artiklene. Ut fra denne sammenligningsprosessen kan en identifisere og presentere underkategorier som er relevante for oppgavens problemområde. Gjennom en slik analyseprosess kan en skape en ny forståelse og helhet. Hovedkategorier og underkategorier er presentert i kapittel 4, Tabell 4.1.

Artiklene ble lest flere ganger for å forstå innhold og sammenheng. De resultatene som var mest relevante for oppgavens problemformulering ble tatt med videre i analyseprosessen. En slik prosess omtaler Friberg som datareduksjon (Friberg, 2017, s. 150). Artiklene som ble valgt for å belyse oppgavens tema er presentert i Tabell 3.2.

Artikkel 1 (Vermeer, et al., 2015) tar opp hvordan helsepersonell går frem for å gi støtte og informasjon om seksualitet i møte med kvinner som har gjennomgått behandling for

gynekologisk kreft. Artikkel 2 (Sekse, et al., 2015), artikkel 3 (McCallum, et al., 2012) og artikkel 4 (Rasmusson & Thomé, 2008) beskriver pasientenes opplevelse av kommunikasjon, støtte og informasjon i møte med helsepersonell. Artikkel 5 (Stead, et al., 2003) er todelt. Både helsepersonell og pasienter med eggstokkreft intervjues angående kommunikasjon om seksualitet. En oversiktstabell over de fem analyserte artiklene er presentert i Tabell 3.2.

Tabell 3.2: Oversiktstabell over de analyserte artiklene

Artikkel	Tema	Hensikt	Perspektiv	Metode
Vermeer, et al., 2015 Psychosexual support for gynecological cancer survivors	Hvordan helsepersonell ivaretar seksualiteten til gynekologiske kreftoverlevende.	Belyse hvordan helsepersonell ivaretar pasientenes behov for støtte og informasjon, barrierer som utfordrer helsepersonell og behov for kunnskap og kompetanse	Helsepersonell	Kvalitativ
Sekse, et al., 2015. Shyness and openness – common ground for dialogue between health personnel and women about sexual and intimate issues after gynecological cancer.	Sjenanse og åpenhet som grunnleggende fenomener i samtale om seksualitet og intimitet, mellom helsepersonell og gynekologiske kreftoverlevende.	Skape en dypere innsikt i kvinnes opplevelse av seksualitet og intimitet etter kreftbehandling, og hvordan dette ivaretas av helsepersonell.	Pasient	Kvalitativ
McCallum, et al., 2012 Sexual health and gynecological cancer: conceptualizing patient needs and overcoming barriers to seeking and accessing services	Pasienters behov for støtte og informasjon etter behandling for gynekologisk kreft, samt barrierer som hindrer kvinnene i å utnytte tilbud og tjenester.	Belyse behovet for intervensjoner som kan bedre seksuell helse etter behandling for gynekologisk kreft	Pasient	Kvalitativ
Rasmusson & Thomé, 2008 Women's wishes and need for knowledge concerning sexuality and relationships in connection with gynecological cancer disease	Kvinnens behov for støtte og informasjon etter behandling for gynekologisk kreft	Undersøke hva kvinner trenger av kunnskap om seksualitet etter behandling for gynekologisk kreft.	Pasient	Kvalitativ
Stead, et al., 2003 Lack of communication between healthcare professionals and women with ovarian cancer about sexual issues	Mangelfull kommunikasjon om seksuelle utfordringer mellom helsepersonell og kvinner som er behandlet for eggstokkreft.	Belyse helsepersonells holdninger til seksualitet og undersøke hvilken informasjon som gis. Kvinnens erfaring av informasjon knyttet til seksuelle utfordringer etter eggstokkreft.	Helsepersonell og pasient	Kvalitativ

4 RESULTAT

I dette kapittelet presenteres litteraturstudiens resultater. Forskningsartiklene tar opp kommunikasjon om seksualitet, pasientenes behov for informasjon samt barrierer som står i veien for å snakke om seksualitet. De ulike studiene tar utgangspunkt i både pasientperspektiv og helsepersonellperspektiv. Funnene fra de fem artiklene er presentert i Tabell 4.1 med hovedkategorier og tilhørende underkategorier.

Tabell 4.1: Artiklenes funn presentert som kategorier

Hovedkategori	Underkategori
Manglende kommunikasjon om seksualitet	Mangelfull informasjon Samtalens innhold Emosjonell støtte
Helsepersonells barrierer og holdninger	Forventninger Sjenanse, flauhet og tabu Mangel på tid For lite kunnskap og kompetanse

4.1 Manglende kommunikasjon om seksualitet

4.1.1 Mangelfull informasjon

I Stead et al. (2003) sin studie ble kommunikasjon om seksuelle utfordringer mellom helsepersonell og pasienter med eggstokkreft undersøkt. Både helsepersonell og kvinner ble intervjuet i studien. Majoriteten av helsepersonell hevdet at seksuelle utfordringer burde diskuteres med pasientene. Videre var det bare 21% av de ansatte som faktisk tok opp temaet med denne pasientgruppen.

Opplevelsen av mangelfull informasjon om seksuelle endringer og utfordringer hos kvinner med gynekologisk kreft bekreftes i flere studier (McCallum, et al., 2012; Rasmusson & Thomé, 2008; Sekse, et al., 2015; Stead, et al., 2003). En av kvinnene i Sekse et al. (2015) sin studie uttrykker følgende:

If someone (health personnel) had been open and prepared me for the changes, I would have known what was coming. Instead, I was unprepared when the changes came and wondered, "What is this?" That's a big difference, to be prepared to deal with it (Sekse et al., 2015, s.1263)

Stead et al. (2003, s. 669) sin artikkel avdekker at ingen av kvinnene mottok skriftlig informasjon om seksualitet og seksuell funksjon som følge av sykdom og behandling. Kun to

av dem fikk korte, muntlige beskjeder. Flere av kvinnene som ble intervjuet hadde vært seksuelt aktive i forkant av kreftdiagnosen. Ingen hadde pratet med dem om seksuelle utfordringer og kvinnene ble sittende igjen og lure på om det var normalt eller ikke å oppleve seksuelle endringer. Kvinnene hadde ønsket bedre informasjon, både skriftlig og muntlig, og savnet å ha anledning til å stille spørsmål og dele bekymringer med helsepersonell. Et ønske om skriftlig og muntlig informasjon knyttet til temaet seksualitet ble også bekreftet i Rasmusson og Thomé (2008, s. 215) sin studie. For mange av kvinnene i Sekse et al. (2015) sin studie var det først på oppfølgingskontroll fem og seks år etter behandling at seksualitet ble tatt opp som tema.

I flere artikler gir kvinnene uttrykk for at helsepersonell burde ta initiativ til en samtale om seksualitet (Rasmusson & Tomé, 2008; Sekse et al., 2015; Stead, et al., 2003). En kvinne uttaler følgende: "Until you get home you do not wonder whether you will have any sexual problems, so how can the patient be expected to ask?" (Stead et al., 2003, s.669).

4.1.2 Samtalens innhold

Kvinnene ønsket informasjon om kreftbehandlingens virkning og effekt, når det var trygt å gjenoppta samleie og hvordan de kunne håndtere vaginale endringer. De yngre kvinnene savnet informasjon om behandlingens konsekvenser for fertilitet, samt råd om hvordan de kunne håndtere en tidlig overgangsalder på best mulig måte (McCallum et al., 2012, s.138). I likhet med funnene i McCallum et al. (2012) sin studie ville også kvinnene i Stead et al. (2003, s.669) sin artikkel vite når det var trygt å ha samleie. De etterlyste også bedre informasjon om seksuelle endringer som var normalt å forvente etter behandling.

Å få mer kunnskap om konsekvenser av kirurgisk behandling kom frem i studien til Rasmusson og Thomé (2008, s. 213). Kvinnene ønsket blant annet å få råd om hvordan de kunne håndtere vaginale endringer. Flere av intervjuobjektene i Sekse et al. (2015, s. 1262-1263) sin studie opplevde vaginale endringer som tørrhet, vond lukt og sårhet. Da de forsøkte å ta det opp med helsepersonell ble de møtte med sjenanse og korte svar.

Vermeer et al. (2015, s.833-836) avdekker i sin studie at omtrent halvparten av helsepersonell gav kvinnene informasjon om bruk av glidemiddel for å behandle vaginale endringer. Samtlige helsepersonell oppgav at de tilpasset informasjonen til kvinnens alder, situasjon, bakgrunn og behov for støtte og informasjon.

4.1.3 *Emosjonell støtte*

Rasmusson og Thomé (2008) avdekker i sin studie at kvinnene opplevde mangelfull informasjon om emosjonelle endringer. Etter kirurgisk behandling erfarte noen av kvinnene tap av kvinnelighet og et negativt kroppsbilde. «Even if the changes....are not visible they are present mentally, so I think it's a really good idea to have some information about what is happening» (Rasmusson & Thomé, 2008, s. 213)

Et intervjuobjekt i Sekse et al. (2015, s.1261) sin studie hadde behov for å snakke om usikkerhet og sjenanse som erfaringer i etterkant av sykdom og behandling for gynekologisk kreft. Kvinnen opplevde å være alene om eksistensielle og intime tanker og vansker.

Et ønske om en mer engasjement og åpenhet knyttet til temaet seksualitet ble avdekket i McCallum et al. (2012, s. 138) og Sekse et al. (2015, s. 1262) sin studie. Kvinnene ønsket en dialog med helsepersonell for å dele bekymringer og stille spørsmål.

4.2 Helsepersonells holdninger og barrierer for å snakke om seksualitet

Artiklene avdekker flere kommunikasjonsbarrierer som vanskeliggjør kommunikasjon om seksualitet. Forventninger, sjenanse og tabu, mangel på tid og kunnskaper er alle faktorer som står veien for at sykepleier kan gi støtte og formidle informasjon om en endret seksualitet etter behandling for gynekologisk kreft. Slike kommunikasjonsbarrierer vil dermed vanskeliggjøre det å ivareta kvinnes seksualitet.

4.2.1 *Forventninger*

Studien til Vermeer et al. (2015, s. 836) viser at helsepersonell var redde for å skape en ekstra belastning hos pasienten ved å vektlegge seksualiteten for mye. De forventet at pasientene ville fokusere på sykdom, behandling og overlevelse, fremfor seksualitet. Kvinnene i McCallum et al. (2012, s.139) sin studie delte denne oppfatningen. De mente at seksuell helse var mindre viktig enn andre medisinske faktorer. Kvinnene følte det var forventet av dem å fokusere på behandling og eventuelle symptomer på tilbakefall fremfor seksuell helse.

4.2.2 *Sjenanse, flauhet og tabu*

I studien til Sekse et al. (2015) skriver forfatterne at helsepersonell sine holdninger var preget av sjenanse, fremfor åpenhet. Dette medførte at kvinnene opplevde skam og de følte de stod alene om seksuelle og intime problemer. Flauhet og sjenanse var årsaker til at helsepersonell ikke tok opp seksualitet med pasientene i Stead et al. (2003, s.668) sin studie. Også kvinnene opplevde sjenanse knyttet til det å snakke om seksualitet (McCallum et al., 2012; Sekse et al., 2015).

En sykepleier i Vermeer et al. (2015, s.834) sin studie forklarer at seksualitet er et tabubelagt tema for henne da hun er fra en eldre generasjon som ikke snakker om seksualitet på samme måte som de yngre gjør i dag. Dette gjorde det mer utfordrende å adressere temaet seksualitet til pasientene.

4.2.3 Mangel på tid

Flere helsepersonell i Vermeer et al. (2015, s. 836) nevnte mangel på tid som en barriere for å snakke om seksualitet med pasientene. Dette ble også bekreftet av helsepersonell i Stead et al. (2003, s. 668) sin studie. Kvinnene i Rasmusson og Thomé sin studie (2008, s. 215) opplevde at helsepersonells travelhet og tidsmangel var et hinder for dem i å opprette et tillitsfullt forhold til helsepersonell.

4.2.4 Behov for mer kunnskap og kompetanse

Noen helsepersonell gav uttrykk for et økt behov for kompetanse knyttet til det å diskutere et såpass sensitivt tema som seksualitet (Vermeer, et al., s. 836). De ville også lære mer om seksuelle utfordringer som kan oppstå etter kreftbehandling. I Stead et al. (2003, s. 668) kommer det også frem at mangel på kunnskap og erfaring er en barriere som står i veien for å snakke om seksualitet med pasienten.

5 DISKUSJON

5.1 Metodediskusjon

I metodediskusjonen vil jeg vurdere studienes kvalitet, relevans og holdbarhet ut fra valgte inklusjons- og eksklusjonskriterier.

5.1.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Et av inklusjonskriteriene i litteratursøket var artikler fra de siste ti årene. Søkeprosessen resulterte i tre artikler som ble ansett til å være relevante for min oppgave. Søket ble deretter utvidet til å gjelde de siste 20 årene for å undersøke om det fantes eldre forskning som kunne bidra til å berike oppgavens problemområde. Som følge av dette ble Artikkel 4 (Rasmusson & Thomé, 2008) og Artikkel 5 (Stead, et al., 2003) inkludert i oppgaven. Til tross for eldre publiseringsdato anser jeg disse studiene som hensiktsmessige for min problemformulering. Artikkel 4 (Rasmusson & Thomé, 2008) er gjennomført i Sverige, noe som er godt representativt for det norske helsevesenet. Artikkelen tar opp informasjonsbehovet hos kvinner med gynekologisk kreft på en oversiktlig måte. Jeg mener at kvinners behov for støtte og informasjon i 2008 er overførbart til i dag, noe som styrker grunnlaget for å inkludere artikkelen. I Artikkel 5 (Stead, et al., 2003) intervjues både helsepersonell og pasienter. Funnene er relevante for min oppgave og jeg anser det som en styrke at begge perspektiver inkluderes i samme artikkel.

De fem valgte artiklene er fra Nederland, Norge, Canada, Sverige og England. At studiene har opphav i ulike land kan betraktes som en styrke da det kan skape god innsikt i og forståelse for temaet seksualitet i ulike kulturer. Samtidig se det ut til at helsekulturen er overførbart til det norsk helsevesenet.

Jeg valgte å ekskludere studier fra Tyrkia, Kina og Taiwan da disse landene kan representere en helsekultur som er noe ulik norske forhold. Dette kan ha medført at jeg har gått glipp av relevant forskning. Som sykepleier i norsk helsevesen vil en møte pasienter med ulik kulturell bakgrunn. Det kan være en svakhet at disse studiene ble ekskludert da studiene kunne ha bidratt til bredere innsikt i pasientgruppens behov for støtte og informasjon, på tvers av ulike kulturer.

En annen avgrensning var engelskspråklige artikler. Min oversettelse kan være en kilde til feiltolkning. Avgrensningen kan også ha ført til at andre relevante artikler, som for eksempel skandinaviske, har blitt neglisjert.

5.1.2 Refleksjoner omkring valg av artikler

De fem artiklene ble alle valgt til å være relevante for å belyse oppgavens hensikt. Artikkel 2 (Sekse, et al., 2015), Artikkel 3 (McCallum, et al., 2012), Artikkel 4 (Rasmusson & Thomé, 2008) og Artikkel 5 (Stead, et al., 2003) belyser alle hvordan kvinner, som er behandlet for gynekologisk kreft, erfarer støtte og informasjon på en måte som er hensiktsmessig for min oppgave. Det har også vært berikende å se hvilke barrierer som vanskeliggjør kommunikasjon om seksualitet hos helsepersonell. Dette kommer tydelig frem i Artikkel 1 (Vermeer, et al., 2015) og Artikkel 5 (Stead, et al., 2003).

For å styrke oppgavens grunnlag kunne det ha vært nyttig å ha inkludert en nyere studie fra et rent sykepleieperspektiv. I senere tid har jeg kommet over en artikkel fra 2019, der sykepleiere intervjues om ivaretagelse av seksualitet denne pasientgruppen. Jeg valgte bort denne artikkelen da den tar for seg kvinner som *behandles* for gynekologisk kreft. Dersom denne studien hadde omhandlet kvinner som har *gjennomgått* behandling for gynekologisk kreft, kunne dette ha vært en god artikkel å bruke i besvarelsen.

5.2 Resultatdiskusjon

I dette kapittelet blir resultatene fra kapittel 4 drøftet opp mot sykepleiens grunnlag, helse- og omsorgsdepartementets strategiplan for seksuell helse, sykepleiers rolle og funksjon i forhold til seksualitet, og de første tre nivåene i PLISSIT-modellen. Jeg har valgt å unnlate å ta med det siste trinnet i PLISSIT-modellen, intensiv terapi, da dette trinnet vanligvis krever spesialisert kunnskap innen sexologi. Videre benyttes teori om livsfenomener for å belyse hvordan sykepleier kan få innsikt i pasientenes individuelle opplevelse av en endret seksualitet etter behandling for gynekologisk kreft.

5.2.1 Seksualitet som et grunnleggende behov

Sykepleier skal ivareta pasientens verdighet og integritet og yte helhetlig sykepleie til den enkelte (NSF, 2021). Å yte helhetlig sykepleie innebærer å ivareta både fysiske, psykiske, sosiale og åndelige aspekter med mennesket. Seksualitet er et grunnleggende behov og en integrert del av det å være menneske, også i møte med sykdom. Seksualiteten hører til menneskers helse og den har både fysiske, psykiske og sosiale aspekter ved seg (Gjessing & Dahl, 2019, s. 104).

Kvinnene i de analyserte artiklene erfarte ulike psykiske og fysiske utfordringer knyttet til seksualitet og intimitet (McCallum et al., 2012; Rasmusson & Thomé, 2008; Sekse et al., 2015; Stead et al., 2003). De opplevde mangelfull informasjon om seksuelle endringer og

utfordringer som følge av gynekologisk kreft og behandling. Kvinnene hadde håpet at helsepersonell ville innlede en samtale om seksualitet, noe som sjeldent var tilfelle. Dersom sykepleier overser pasientens grunnleggende behov kan dette medføre uteblitt pleie og krenkelse av pasientens verdighet (Kristoffersen & Breievne, 2016, s. 197).

Kvinnene i Sekse et al. (2015, s.1263) sin studie forteller at de opplevde å være alene om seksuelle og intime utfordringer da ingen snakket med dem om seksualitet. En av kvinnene i Stead et al. (2003) sier at en tidlig samtale om seksualitet kunne redusert angst fordi det hadde vært én mindre bekymring å forholde seg til (Stead et al., 2003, s. 670). Fra de yrkesetiske retningslinjene er det gitt at sykepleier skal ivareta pasientens rett til helhetlig sykepleie. Ved å unnlate å snakke om seksualitet kan dette medføre at pasientens behov for omsorg og hjelp oversees og den helhetlige pleien uteblir.

I motsetning til Stead et al. (2003) avdekker Vermeer et al. (2015) at et flertall helsepersonell snakket med pasientene om seksuelle utfordringer. De tok initiativ til samtalen og tilpasset informasjonen til pasientens alder, situasjon og bakgrunn (Vermeer et al., 2003, s. 833). Dette kan indikere at det har skjedd en positiv utvikling der helsepersonell har fått økt fokus på seksualitet siden år 2003. Det kan også handle om at helsepersonell i Nederland er mer åpne og bevisste enn andre land i forhold til det å ivareta pasientenes seksualitet. Det kan også tenkes at helsepersonell i Vermeer et al. (2015) sin studie overvurderer deres evne til å ivareta kvinners seksualitet. Det hadde vært interessant å lese forskning på hvordan nederlandske kvinner med gynekologisk kreft opplever at deres seksualitet blir ivaretatt av helsepersonell. Dette for å sammenligne resultatene med funnene i Vermeer et al. (2015) sin artikkel.

5.2.2 Å våge å snakke om seksualitet

Strategiplanen for seksuell helse viser til PLISSIT-modellen som en egnet metode for å ta opp seksualitet i møte med pasienten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 26). PLISSIT-modellen er nærmere beskrevet i kapittel 2.6.2.

Det første trinnet i modellen, tillatelse, handler om at pasienten gir nonverbal og verbal tillatelse til å snakke om seksualitet. Sykepleier bør stille åpne, generaliserende spørsmål som «Jeg vet at andre pasienter med din sykdom opplever seksuelle utfordringer. Er det noe du kjenner til?» (Graugaard et al., 2006, s. 21). Videre er det sentralt at pasienten får anledning til å sette ord på tanker rundt temaet. Samtalen må tilpasses den enkeltes livssituasjon, bakgrunn og alder. (Langhelle, et al., 2021) Å våge å innlede en samtale om seksualitet vil være nødvendig for at sykepleier skal kunne hjelpe den enkelte til å ivareta sin seksuelle helse.

Kvinnene i Rasmusson og Thomé (2008, s. 215) sin studie gav uttrykk for at helsepersonells tilnærming til temaet seksualitet var viktig. At helsepersonell lyttet, var kompetente og tillitsfulle var av stor betydning for dem. Pasienter forventer ikke alltid at de seksuelle problemene skal løses. Ofte er det tilstrekkelig at de får anledning til å sette ord på tanker og følelser. Sykepleier bør lytte til den enkeltes opplevelse. Ofte kan det oppleves som en støtte i seg selv at pasientene blir hørt og tatt på alvor (Jacobsen, 2017, s. 609). Hvis en ser på disse forholdene i lys av Delmars teori om livsfenomener, vil dette handle om viktigheten av å være sanselig tilstede i møte med pasienten. Med et sanselig nærvær kan sykepleier vise interesse for hvordan den enkelte opplever sin seksualitet etter behandling for gynekologisk kreft. Et manglende nærvær kan medføre at pasientens livsfenomener blir usynliggjort, noe som kan få konsekvenser for den enkeltes livsutfoldelse (Delmar, 2016, ss. 394-395).

5.2.3 Tabu og sjenanse som kommunikasjonsbarrierer

Det kan være flere grunner til at helsepersonell unnlater å snakke om seksualitet med pasienter. Stead et al. (2003, s. 669) og Vermeer et al. (2015, s.836) avdekker i sine studier at seksualitet kan oppleves som et tabubelagt tema. Både pasienter og helsepersonell kan finne det utfordrende å snakke om seksualitet da det er et sensitivt og intimt tema. Sekse et al. (2015, s.1263) og McCallum et al. (2012, s.139) skriver at kvinnene erfarer sjenanse som en barriere for å snakke om seksualitet. Sjenanse kan knyttes til begrepet bluferdighet. Det handler om å opprettholde en grense mot andre, og det handler om noe personlig og privat (Jacobsen, 2017, s. 609).

Dersom sykepleier besvarer pasientenes taushet med taushet kan dette bidra til å styrke oppfatningen om at seksuell helse ikke er betydningsfullt for den enkelte (Graugaard et al., 2006, s.19). Begrepet «toveistabu» kan bidra til å øke forståelsen over hvorfor helsepersonell unngår å snakke om seksualitet med pasientene. Toveistabu handler om at behandleren unnlater å innlede en samtale om seksualitet for å verne om sin egen, samt pasientens, sjenanse. Behandlerens taushet kan medføre at pasienten opplever manglende interesse eller avvisning fra helsepersonell, og at seksualitet ikke er et aktuelt tema å snakke om. Dette medfører at både pasient og behandler forblir tause (Graugaard et al., 2006, s.19-20).

Flere kvinner opplevde manglende interesse og engasjement fra helsepersonell til å snakke om seksualitet (McCallum et al., 2012; Sekse et al., 2015). Når sykepleier unnlater å snakke om seksualitet bidrar dette til å styrke fordommene om at seksualitet er et avsluttet kapittel for denne pasientgruppen (Borg, 2017, s. 126). Det er helsepersonell sitt ansvar for å ta opp

seksualitet i møte med pasienten (Graugaard et al., 2006, s. 20). Dersom sykepleier er bevisst over egen og pasientens sjenanse som en kommunikasjonsbarriere kan det tenkes at det blir lettere å starte en samtale om seksualitet. En kan slik bryte tausheten og unngå miskommunikasjon som følge av sjenanse hos begge parter. Dette kan bidra til at pasienten opplever aksept og omsorg. Sykepleier bør anse seksuell helse som en viktig pasientressurs som kan styrke den enkeltes livskvalitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 26).

5.2.4 Forventninger som en kommunikasjonsbarriere

En av barrierene som stod i veien for kommunikasjon om seksualitet var helsepersonells forventninger om at pasienten ønsker å fokusere på andre omstendigheter i livet enn seksualitet (Vermeer, et al., 2015, s. 836). Kvinnene i Ramusson og Thomé (2008, s. 215) gav varierende uttrykk for når de ønsket å snakke om seksualitet. Noen hadde behov for informasjon fra diagnosetidspunktet, andre under behandling, mens noen ønsket informasjon først ved senere oppfølgingskontroller. Kvinnene i Sekse et al. (2015) gav uttrykk for behov for informasjon i et tidlig stadium av sykdommen slik at de kunne ha vært forberedt på fremtidige endringer og utfordringer. Disse funnene viser at sykepleier bør forsøke å fange opp når den enkelte kvinne er klar for å snakke om seksualitet, fremfor å forvente at pasienten ikke er interessert i temaet.

Det er sentralt at sykepleier forsøker å være bevisst over hva som formidles av informasjon og hvordan den formidles (Reitan A. , 2017, s. 96). Dersom det viser seg at pasienten ikke er klar til å snakke om seksualitet, kan sykepleier tilby skriftlig informasjon om samleie og seksualitet som er tilpasset kvinner med gynekologisk kreft. Sykepleier kan be pasienten se over hva som er viktig for henne. På denne måten får pasienten en invitasjon til å snakke om det som er aktuelt for henne når hun eventuelt føler seg klar (Jacobsen, 2017, s. 608).

5.2.5 Holdninger til seksualitet

I studien til Vermeer et al. (2015) uttrykker en av sykepleierne at det er vanskelig å snakke om seksualitet med pasientene fordi hun tilhører en generasjon som knapt snakker om temaet (Vermeer et al., 2015, s. 834-835). Det er viktig at sykepleier går inn for å jobbe med seg selv, samt egne tanker og holdninger til seksualitet for å kunne møte pasientens seksuelle problemer. Sykepleier bør være åpen, spørrende og tilgjengelig for pasienten (Jerpeseth, 2016, s. 141). Her ønsker jeg å trekke inn begrepet mentalisering. Skårderud og Sommerfeldt (2008) skriver at mentalisering handler om å være åpen for egne og andres følelser. Det er en evne til å forstå seg selv utenfra og andre innenfra. Mentalisering kan knyttes til begrepet empati og selvrefleksjon (Skårderud & Sommerfeldt, 2008). Når sykepleier skal gi støtte til kvinner som

har gjennomgått gynekologisk kreft fordrer dette at en forsøker å forstå den andre. Ved å sette seg inn i pasientens situasjon, og ved å vise empati og medfølelse kan sykepleier bidra til å skape trygge rammer rundt seksualitet som samtaleemne. En kan derfor si at det krever et personlighetsarbeid og gode kommunikasjonsferdigheter av sykepleier for å kunne snakke om seksualitet. Det er derimot viktig å kjenne sine personlige grenser og begrensninger. Dersom sykepleier ikke klarer å ta opp seksualitet med pasienten er det bedre å henvise pasienten til en kollega fremfor å unngå temaet.

5.2.6 *Mangel på tid*

Fra forskningen kom det frem at mangel på tid var en kommunikasjonsbarriere for både sykepleiere og helsepersonell (Rasmusson & Thomé, 2008; Stead et al., 2003; Vermeer et al., 2015). En av behandlerne i Vermeer sin studie sa følgende om ivaretagelse av seksualitet: «You are not going to talk about such issues for five minutes. That easily takes a quarter or half an hour» (Vermeer et al., 2015, s.835). Dette utsagnet indikerer at helsepersonell kan unnlate å snakke om seksualitet fordi det krever for mye tid.

Rasmusson og Thomé (2008, s. 215) avdekker i sin studie at mangel på tid var til hinder for å opprette et tillitsfullt forhold til helsepersonell. Det medførte at kvinnene ikke visste hvem som kunne hjelpe dem med spørsmål om seksuelle utfordringer. Delmar (2016) skriver at tilliten mellom sykepleier og pasient er sårbar. Hastverk og en manglende vilje til å gå inn i pasientens problemer kan medføre at sykepleier fremstår som avstandsskapende, noe som utfordrer tilliten i forholdet. Sykepleier kan da bli «blind» for pasientens livs fenomener. På denne måten kan mangel på tid stå i veien for å fremme pasientens livsmot (Delmar, 2016, s. 391-392).

Sekse et al. (2015, s.1262) kommer frem til at kvinner ønsker mer tid til samtale. Flere av kvinnene i Stead et al. (2003, s. 669) sin studie hadde derimot ikke behov for en lang samtale om seksualitet. For dem var det nok at det ble avsatt noen få minutter til å snakke, og de mente det var tilstrekkelig å få informasjon om at den seksuelle funksjonen kunne bli påvirket. Resultatene viser at mangel på tid kan være en barriere å snakke om seksualitet og et hinder for at helsepersonell og pasienter med gynekologisk kreft kan opprette et tillitsfullt forhold. På en annen side viser forskningen at noen kvinner hadde satt pris på en kort samtale om seksualitet fremfor taushet.

Sykepleiere står i en god posisjon til å snakke med pasienter om seksualitet da de ofte tilbringer mye tid med pasientene (Cleary et al., 2012, ss. 539). Kan argumentet om mangel

på tid skyldes en psykologisk forsvarsmekanisme, kanskje «rasjonalisering»? Rasjonalisering innebærer at en finner en akseptabel forklaring på en handling eller mangel på sådan for å dekke over egentlige, mer uakseptable eller ubevisste motiver (Store norske leksikon, 2019). Som sykepleier kan vaktene være hektiske og det kan være vanskelig å finne tid til en lang samtale. Likevel bør en tilstrebe å vise at temaet er aktuelt å ta opp. En kan med fordel fortelle pasienten hvor mye tid en har til rådighet før samtalen finner sted. Sykepleier kan for eksempel si: «Vi har 15 minutter til rådighet sammen i dag. Neste gang skal jeg sette av mer tid» (Reitan A. , 2017, s. 110). Dette kan gjøre pasienten oppmerksom at sykepleier vektlegger seksualitet som et viktig og aktuelt tema til tross for at en ikke har mye tid til rådighet. Sykepleier kan med dette vise interesse og engasjement, fremfor taushet eller avvisning.

Noen mennesker ønsker ikke å snakke om seksualitet. Det er viktig at sykepleier aksepterer dette også. En kan likevel gjøre kvinnen oppmerksom på at hun kan komme tilbake til temaet ved en senere anledning dersom hun har behov for dette (Graugaard et al., 2006, ss. 23).

5.2.7 Pasienters behov for informasjon

Det andre trinnet i PLISSIT-modellen handler om å gi generell, begrenset informasjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Å gi begrenset informasjon vil i dette tilfellet handle om å gi kvinnen generell informasjon om den aktuelle kreftdiagnosen og hvordan behandlingen kan påvirke hennes seksualitet.

Fra de analyserte artiklene kom det frem at kvinnene opplevde mangelfull informasjon om seksuelle endringer. Kvinnene ønsket blant annet å få vite når det var trygt å gjenoppta samleie (McCallum et al., 2012; Stead et al., 2003). Å gi begrenset informasjon kan bidra til å avklare misforståelser og gi svar på enkle spørsmål. Det handler også om å forsikre pasienten at seksuelle bekymringer er vanlige (Dahl, 2016, s. 248).

I en litteraturstudie av Cleary et al. (2012) kommer det frem at kvinner med gynekologisk kreft kan oppleve seksuelle utfordringer flere år etter kreftbehandling. Dette bekreftes også i Sekse et al. (2015) sin studie. De seksuelle utfordringene kan bli vanskeligere å takle med årene. Det kan være gunstig at kvinner får god informasjon tidlig i forløpet, slik at de kan være forberedt på fremtidige utfordringer. Å diskutere og gi informasjon om seksuelle utfordringer handler om å hjelpe kvinnen til å tilpasse seg en endret seksualitet.

Informasjonen bør ta utgangspunkt i seksualitet som et holistisk begrep der kvinnens selvbilde, hennes seksuelle relasjon og funksjon inkluderes (Cleary, et al., 2012, ss. 537-542).

Sykepleier skal gi tilstrekkelig og tilpasset informasjon slik at pasienten kan ta del i selvstendige beslutninger om egen helsesituasjon (NSF, 2021). Pasienters rett til informasjon er også forankret i Pasient og brukerrettighetsloven § 3-2 (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Sykepleier må også forsikre seg om at pasienten oppfatter informasjonen som blir gitt og gjerne gjenta informasjonen ved behov (Jerpeseth, 2016, s. 155). Informasjonen skal også tilpasses den enkeltes livssituasjon, alder og bakgrunn (Graugaard et al., 2006).

Pasienter med gynekologisk kreft kan oppleve stor grad av sårbarhet. Stress og angst kan prege den enkelte og dermed påvirke evnen til å bearbeide informasjon (Jacobsen, 2017, s. 610). Mange kvinner mangler også kunnskap om underlivets fysiologi og anatomi og det kan derfor være vanskelig å forstå informasjonen som blir gitt. Å bruke tegninger kan bidra til å øke forståelsen for informasjonen som formidles. Sykepleier kan skissere hvordan stråling mot bekkenet kan påvirke både tarmen og blæren, selv om det er livmoren som skal bestråles (Jacobsen, 2017, s. 605).

5.2.8 Konkrete forslag og viktigheten av kunnskap og kompetanse

Ved det tredje trinnet i PLISSIT-modellen gir sykepleier råd som skal gjøre pasienten i stand til å mestre konkrete situasjoner (Borg, 2017, s. 128). Å gi konkrete forslag krever at sykepleier har god kunnskap om sykdommen og innsikt i behandlingens konsekvenser.

Forskningen avdekker at flere helsepersonell har behov for økt kunnskap og kompetanse om seksualitet (Stead, et al., 2003; Vermeer, et al., 2015). Mange kvinner opplevde mangelfull informasjon om vaginale endringer etter behandling for gynekologisk kreft (McCallum, et al., 2012; Rasmusson & Thomé, 2008; Sekse, et al., 2015). Ikke alle er i stand til å gi konkrete forslag. Det er likevel sentralt at kvinner med gynekologisk kreft får den informasjonen som kan være til nytte for å kunne håndtere seksuelle og intime utfordringer. Sykepleier må da tilegne seg kunnskap og kompetanse som er nødvendig for at pasienten kan ivareta sin seksualitet. Sykepleier må imidlertid erkjenne grenser for egen kompetanse og søke veiledning ved behov (NSF, 2021).

Sentrale mål med helse- og omsorgsdepartementets strategi er å sikre at helsepersonell har tilstrekkelig kunnskap om seksuell helse i helse- og omsorgstjenesten slik at seksualiteten kan ivaretas. Et av tiltakene for å oppnå dette er å inkludere seksuell helse i behandlingsplaner og prosedyrer i spesialisthelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 50).

Strukturerte planer og prosedyrer kan bidra til økt fokus på seksuell helse. I tillegg kan det

være betryggende for sykepleier å støtte seg til en fast prosedyre. På en annen side kan det tenkes at for mange planer og prosedyrer kan bidra til objektivisering av pasienten.

Hvis sykepleien utelukkende handler om rutine er det fare for at sykepleier overser det unike i situasjonen (Delmar, 2016, s. 394). Kvinner som har gjennomgått behandling for gynekologisk kreft kan erfare en endret seksualitet på ulike vis. Prosedyrer og planer kan ikke stå alene for å fange opp den enkeltes behov for støtte og informasjon. Som Løgstrup sier: «Uten følelse, ingen forståelse. Al forståelse, al tænkning er anvist på følelsen» (Løgstrup, 1976, s. 93). Slik er sykepleier avhengig av følelsene for å forstå pasientens situasjon. Ved å kombinere et sanselig nærvær med faglighet, rutiner og prosedyrer kan sykepleier se personen bak pasienten. Slik kan sykepleier oppdage det som er betydningsfullt for den enkelte og hjelpe kvinnen til å romme de livsbefordrende livsfenomenene fremfor de livsinnskrenkende. (Delmar, 2016, ss. 394-395).

5.2.9 Emosjonell støtte og sanselig situasjonsbestemt nærhet

Funnene i Rasmusson og Thomé (2008, s. 211-213) sin artikkel viser at kvinnene erfarte tap av feminitet og et negativt kroppsbilde etter kirurgisk behandling. McCallum et al. (2012, s. 138) sin studie kom det frem at kvinnene ønsket bedre informasjon om infertilitet og tidlig overgangsalder. Ved gynekologisk kreft kan det å fjerne reproduksjonsorganer være en stor belastning for kvinner da disse organene ofte forbindes med feminitet og fertilitet. Særlig kan unge kvinner oppleve det som et stort tap at de ikke lenger er i stand til å få barn (Jerpeseth, 2016, s.154). Sykepleier har her en viktig rolle ved å være åpen, til stede og vise emosjonell støtte til den enkelte kvinne (Jerpeseth, 2016, s. 141). Emosjonell støtte innebærer at sykepleier bruker tid til å snakke med pasienten om tanker og bekymringer og den enkeltes får uttrykke sin opplevelse av situasjonen (Reitan A. , 2017, s. 94).

Kvinnernes i Sekse et al. (2015) og McCallum et al. (2012) sin forskning savnet mer åpenhet fra helsepersonell. Da kvinnene i Sekse et al. (2015) sin studie forsøkte å vise åpenhet og bryte tausheten om seksuelle og intime utfordringer, opplevde de å bli møtt med korte svar uten oppfordring til en videre samtale. Dette medførte at kvinnene opplevde mer sjenanse og etter hvert skam. Skam er en opplevelse av uverdighet og følelsen er ofte knyttet til taushet (Jacobsen, 2017, s. 611). Med åpenhet og empati kan sykepleier bidra til å bryte tausheten og hjelpe kvinnen til å oppleve støtte og omsorg knyttet til en endret seksualitet. Slik kan sykepleier bidra til å fremme kvinnes livsutfoldelse, fremfor de livsinnskrenkende livsfenomenene, skam og sjenanse. Sjenanse vil dog være tilstede hos både sykepleier og pasient. Sjenanse er en grunnleggende erfaring ved det å være menneske og denne erfaringen

vil aldri forsvinne fullstendig. Utfordringen for en sykepleier vil være å finne en balanse mellom sjenanse og åpenhet, slik at en kan skape trygge rammer for å snakke om seksualitet på en respektfull og åpen måte i møte med pasienten.

Kvinner som har gjennomgått gynekologisk kreft vil erfare sin situasjon på ulike vis. Selv om mange kvinner kan oppleve tap av kvinnelighet, kommer det også frem at å fjerne livmoren kan oppleves som en lettelse og befrielse (Rasmusson & Thomé, 2008, ss.213). Dette bekrefter viktigheten av at sykepleier må yte omsorg og gi støtte ut fra den enkeltes opplevelse.

6 ANVENDELSE I PRAKSIS

Hensikten med oppgaven var å belyse hvordan sykepleier kan bidra til at kvinner som har gjennomgått behandling for gynekologisk kreft, kan ivareta sin seksualitet, ved hjelp av støtte og informasjon. Funnene viser at kvinner opplever mangelfull informasjon, samt lite engasjement og åpenhet fra helsepersonell. Helsepersonell på sin side finner det utfordrende å snakke om seksualitet, blant annet på grunn av tabu, mangel på tid, lite kunnskaper, samt en forventning om at pasienten har fokus på andre aspekter ved livet enn seksuell helse. Forskningen viser at mangelfull støtte og informasjon om seksualitet medførte at kvinnene opplevde tiden etter kreft som ekstra belastende, og de følte de måtte finne utav kroppslige og intime utfordringer på egenhånd.

Denne oppgaven har gjort meg bevisst om viktigheten av egne holdninger rundt seksualitet som tema. Sykepleiers holdninger og barrierer kan medføre at seksualitet forblir et tema i taushet, noe som kan medføre uteblitt pleie og omsorg. Som fremtidig sykepleier har jeg fått innsikt i hvordan jeg kan jobbe med å være åpen og reflektert rundt seksualitet, fremfor å forvente at pasienten ikke har interesse av å snakke om temaet. Hvordan ville jeg selv ha blitt møtte dersom jeg var pasienten? Ved å be om tillatelse til å snakke om seksualitet kan en vise at seksuell helse fremdeles er et viktig og aktuelt tema, til tross for kroppslige og intime endringer og utfordringer.

Det kommer frem av oppgaven at seksualitet kan være utfordrende for mange å snakke om, da det er et intimt og personlig tema. For å skape økt kunnskap og kompetanse hos sykepleiere mener jeg det ligger et ansvar på ulike nivåer. For det første har sykepleier selv et ansvar for å holde seg faglig oppdatert på forskning og kunnskapsutvikling innen eget funksjonsområde (NSF, 2021), i dette tilfellet gynekologisk kreft. Videre er det sentralt at seksualitet er en integrert del av sykepleieutdanningen. Dette kan bidra til at fremtidige sykepleiere får interesse og engasjement for viktigheten av det å ivareta pasienters seksuelle helse. Jeg vil også trekke frem at avdelingsledere og ledelse kan bidra til å skape økt fokus på seksualitet i helsevesenet, ved å arrangere temadager og kurs, og ved å oppmuntre de ansatte til å ha åpne refleksjoner omkring temaet. Under slike arrangementer kan en ha simuleringer for å trene seg på kommunikasjon om seksualitet, samt hvordan en kan gå frem for å gi støtte og informasjon til den enkelte kvinne. Til sammen kan dette skape gode rammer for deling av kunnskaper og erfaringer på arbeidsplassen. Sykepleiere kan slik oppleve økt trygghet på å diskutere seksuelle og intime forhold i møte med kvinner som har gjennomgått behandling for gynekologisk kreft.

[6230]

Kunnskapen jeg har tilegnet meg gjennom denne oppgaven er noe jeg vil ta med meg i møte flere pasientgrupper. Problemstillingen er ikke bare aktuell for kvinner som har gjennomgått behandling for gynekologisk kreft, men også i møte med psykisk sykdom, demenssykdom og andre typer kreft, for å nevne noe. Jeg vil også ta meg viktigheten av å våge å snakke om vanskelige tema, og å være bevisst over kommunikasjonsbarrierer som kan stå i veien for en viktig, men utfordrende samtale.

7 REFERANSER

- Borg, T. (2017). Seksualitet. I A. Reitan, & T. Schølberg (Red.), *Kreftsykepleie. Pasient-utfordring-handling (4.utg)* (ss. 120-131). Cappelen Damm Akademisk.
- Cleary, V., McCharthy, G., & Hegarthy, J. (2012, september 09). Development of an Educational Intervention Focused on Sexuality for Women with Gynecological Cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 30:5, ss. 535-550. <https://doi.org/10.1080/07347332.2012.703767>
- Dahl, A. (2016). Seksualitet. I A. Dahl, *Kreftsykdom. Psykologiske og sosiale perspektiver* (ss. 232-253). Cappelen Damm Akademisk.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving (6.utg)*. Gyldendal Akademisk.
- Delmar, C. (2016). Livsfenomener. I A. Heggstad, & U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 2 (5.utg)* (ss. 381-397). Cappelen Damm.
- Eriksen, S., Gjessing, R., & Sellevold, G. S. (2021, mars 13). *Sykepleien*. Sykepleiere kan ikke overse seksualiteten: <https://sykepleien.no/meninger/2021/03/sykepleiere-kan-ikke-overse-seksualiteten>
- Friberg, F. (2017). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats. Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten (3.utg)* (ss. 59-82). Studentlitteratur AB.
- Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats - Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten (3.utg)* (ss. 141-142). Studentlitteratur AB.
- Gjessing, R., & Dahl, A. (2019). Problemer med seksualitet. I C. E. Kiserud, A. A. Dahl, S. D. Fosså, & S. Fosså (Red.), *Kreftoverlevende- Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv (3.utg)* (ss. 104-126). Gyldendal.
- Graugaard, C., Møhl, B., & Hertoft, P. (2006). *Krop, Sygdom & Seksualitet*. (C. Graugaard, B. Møhl, & P. Hertoft, Red.) Hans Reitzels Forlag.
- Gynkreftforeningen. (2017, desember 19). *Betydelig redusert seksuelliv*. Hentet fra Gynkreftforeningen: <https://www.gynkreftforeningen.no/2017/12/betydelig-reduert-seksuelliv/>
- Gynkreftforeningen. (u.d.). *Gynkreftforeningen*. Hentet april 14, 2021 fra Gynkreftforeningen: <https://www.ffo.no/medlemsorganisasjoner/g/gynkreftforeningen/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Helsedirektoratet*. Helse- og omsorgsdepartementet.: https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/seksuell-helse/strategi_seksuell_helse.pdf

- Højmark, T. B. (2020, desember 15). *Gunnhild (32) måtte takle flere dødsfall i nære relasjoner samtidig som hun selv kjempet mot kreften*. Sandnesposten:
<https://www.sandnesposten.no/gunnhild-32-matte-takle-flere-dodsfall-i-nare-relasjoner-samtidig-som-hun-selv-kjempet-mot-kreften>
- Jacobsen. (2017). Sykepleieutfordringer ved kreft i kvinnelige kjønnsorganer. I A. Reitan, & T. Schølberg (Red.), *Kreftsykepleie. Pasient - utfordring - handling (4.utg)* (ss. 604-613). Gyldendal Damm Akademisk.
- Jerpeseth, H. (2016). Sykepleie ved gynekologiske sykdommer. I R. Grønseth, D.-G. Stubberud, & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2 (5.utg)* (ss. 133-165). Gyldendal Akademisk.
- Kreftforeningen. (2021). *Kreftformer som ofte påvirker seksuallivet for kvinner*. Kreft og seksualitet :
<https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/kreft-og-seksualitet/kreftformer-som-ofte-pavirker-seksuallivet-for-kvinner/>
- Kreftlex. (2021). *Kreftlex - Institutt for kreftgenetikk og informatikk*. Gynekologi - Kreft i eggstokk og eggleder: <https://kreftlex.no/Gyn-eggstokk-og-egglederkreft>
- Kreftregisteret. (2021, mars 18). *Nøkkeltall om kreft*. <https://www.kreftregisteret.no/Temasider/om-kreft/>
- Kristoffersen, N., & Breievne, G. (2016). Lidelse, mening, håp. I N. Kristoffersen, E. Nortvedt, A. Skaug, & G. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 3 (3.utg)*. Gyldendal Akademisk.
- Kunnskapssenteret. (2012). *Effekter av seksuellterapeutiske intervensjoner for seksuelle problemer*. Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2012>
- Langhelle, T., Paulsen, A., Fredly, K., & Sekse, R. (2021, mars 9). Sykepleiere kan hjelpe pasientene til en bedre seksuell helse . (B. Tholens, & A. Hafstad, Red.) *Sykepleien*.
doi:10.4220/Sykepleiens.2021.83207
- Løgstrup, K. (1976). *Vidde og prægnavns: sprogfilosofiske betraktninger*. Copenhagen: Gyldendal.
- 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, ss. 135-142.
<https://doi.10.3109/0167482X.2012.709291>
- Metodebok for seksuell helse . (2021). *emetodebok*. eMetodebok for seksuell helse :
<https://emetodebok.no/kapittel/sexologi/a-arbeide-med-seksualitet/en-sexologisk-behandlingsmodell-plissit/>

- NSF. (2021). *Yrkesetiske retningslinjer*. Norsk sykepleieforbund:
<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63): <https://lovdata.no/>
- Rasmusson, E., & Thomé, B. (2008). Women's Wishes and Need for Knowledge Concerning Sexuality and Relationships in Connection with Gynecological Cancer Disease. *Sex Disabil*, 26, ss. 207-218. <https://doi.10.007/s11195-008-9097-5>
- Reitan, A. (2017). Klinisk kommunikasjon. I A. Reitan, & T. Schølberg (Red.), *Kreftsykepleie. Pasient-Utfordring-Handling (4.utg)*. Cappelen Damm Akademisk.
- Reitan, A. (2017). Psykologisk krise og mestringsmuligheter. I A. Reitan, & T. Schølberg (Red.), *Kreftsykepleie. Pasient - utfordring - handling (4.utg)*. Cappelen Damm Akademisk.
- Sekse, R.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 Women International*, 36, ss. 1255-1269.
<https://doi.10.1080/07399332.2014.989436>
- Skårderud, F., & Sommerfeldt, B. (2008). *Mentalisering - et nytt teoretisk og terapeutisk begrep*.
<https://tidsskriftet.no/2008/05/kronikk/mentalisering-et-nytt-teoretisk-og-terapeutisk-begrep>
- Stead, M., Brown, J., Fallowfield, L., & Selby, P. (2003). Lack of communication between health care professionals and women with ovarian cancer about sexual issues. ss. 666-671.
<https://doi.10.1038/sj.bjc.6600799>
- Store norske leksikon. (2019). *Rasjonalisering (psykologi)* . https://snl.no/rasjonalisering_-_psykologi
- Thoresen, L. (2013). Empati - ulike forståelser . *Sykepleien Forskning* , ss. 362-367.
<https://doi:10.4220/sykepleienf.2013.0167>
- Vermeer, W., Bakker, R., Stiggelbout, A., Creutzberg, C., Kenter, G., & Kuile, M. (2015). Psychosexual support for gynecological cancer survivors: professionals' current practices and need for assistance. *Support Care Cancer*. <https://doi.10.1007/s00520-014-2433-7>

Vedlegg I Databasesøk

Database	Søkeord	Avgrensninger	Antall treff	Artikkel
Cinahl	"Gynecological cancer" or "gynecological cancer survivors") AND ("health personnel" or nurs* or professional*) AND support NOT (partner or relationship*)	Peer reviewed English Full text 2011-2021	11	Psychosexual support for gynecological cancer survivors: professional's current practices and need for assistance.
Cinahl	"Gynecological cancer" AND (sexuality or "sexual health" or intimacy)	Peer reviewed English Full text 2011-2021	21	Shyness and Openness – Common Ground for Dialogue Between Health Personnel and Women about Sexual and Intimate Issues after Gynecological Cancer.
Cinahl	"Sexual health" AND ("gynecological cancer" or "gynecological cancer survivors")	Peer reviewed English Full text 2011-2021	13	Sexual health and gynecological cancer: conceptualizing patient needs and overcoming barriers to seeking and accessing services.
Oria	(«gynecological cancer" or "gynecological cancer disease») AND women* AND sexuality	Peer reviewed English Full text 2001-2021	26	Women's Wishes for Knowledge Concerning Sexuality and Relationships in Connection with Gynecological Cancer Disease
Oria	Stead, ML (forfatter som søkefilter)	Peer reviewed English Full text 2001-2021	18	Lack of communication between health care professionals and women with ovarian cancer about sexual issues

Vedlegg II**Oversiktstabell 1**

Artikkel 1	
Tittel	Psychosexual support for gynecological cancer survivors: professionals' current practices and need for assistance
Tidsskrift/årstall	Support Care Cancer, 2015.
Forfattere	Willemijn, M. Vermeer; Rinske, M Bakker, Anne M Stiggelbout, Carien L. Creutzberg, Gemma G. Kenter og Moniek M. ter Kuile.
Perspektiv	Helsepersonell
Problem	Etter behandling for gynekologisk kreft har kvinner behov for støtte og informasjon i forhold til seksuelle utfordringer og bekymringer. Helsepersonell mener en bør diskutere seksuelle utfordringer med denne pasientgruppen. Likevel er det kun et mindretall som faktisk tar opp temaet seksualitet. Barrierer som hindrer helsepersonell i å snakke om seksualitet er blant annet ansvarsfraskrivelse, at det er et upassende tema å diskutere med pasienter, tabu og mangel på tid eller kunnskap.
Hensikt	Hensikten med oppgaven er å kartlegge hvordan helsepersonell frem for å gi støtte rundt temaet seksualitet til pasienter med gynekologisk kreft, barrierer hos helsepersonell og de ansattes behov for kunnskap og trening på dette området.
Metode	Kvalitativ metode med semistrukturerte intervju.
Resultater	En stor andel helsepersonell innledet en samtale om seksualitet i møte med pasientene. De gav informasjon om behandlingens konsekvenser for seksuell funksjon og oppfordret pasientene til å dele bekymringer. Helsepersonell oppgav at de tilpasset informasjonen til pasientens tilstand og situasjon. Barrierer for å gi støtte om seksualitet var blant annet sjenanse og en forventning om at pasienten heller ville fokusere på sykdom, behandling og overlevelse. I tillegg var mangel på tid en barriere.
Relevans for oppgaven	Studien er relevant for oppgaven da den belyser hvordan helsepersonell ivaretar seksualitet hos pasienter med gynekologisk kreft, samt barrierer som kan stå i veien for å gi støtte om seksualitet til denne pasientgruppen.

Vedlegg III Oversiktstabell 2

Artikkel 2	
Tittel	Shyness and openness – Common Ground for Dialogue Between Health Personnel and Women About Sexual and Intimate Issues After Gynecological Cancer
Tidsskrift/årstall	Health Care for Women International, 2015
Forfattere	Ragnhild Sekse, Målfrid Råheim og Eva Gjengedal
Perspektiv	Pasientperspektiv
Problem	Kroppslige endringer og seksuelle utfordringer kan være et utfordrende og intimt tema å snakke for kvinner med gynekologisk kreft, samt helsepersonell som møter denne pasientgruppen. Helsepersonell medgir at seksualitet burde være en del av den holistiske omsorgen, men sjenanse er en barriere som vanskeliggjør kommunikasjon om seksualitet.
Hensikt	Å undersøke hvordan kvinner opplever seksuelle og intime endringer etter behandling for gynekologisk kreft, og undersøke hvordan samtalen om disse utfordringene finner sted med helsepersonell.
Metode	Kvalitativ metode med fenomenologisk - hermeneutisk tilnærming. Dybdeintervju
Resultater	Studien viser at kvinnene opplever mangelfull informasjon om kroppslige endringer etter behandling for gynekologisk kreft og konsekvensene dette har for deres seksualitet og intimitet. Både kvinnene og helsepersonell opplever sjenanse knyttet til temaet seksualitet. Når helsepersonell unnlater å snakke om seksualitet medfører dette at kvinnene opplever mer sjenanse og skam, og føler de står alene med problemene. Kvinnene ønsker mer åpenhet og engasjement fra helsepersonell i forbindelse med seksuelle og intime utfordringer, og de vil ha mer tid til dialog med helsepersonell.
Relevans for oppgaven	Studien er relevant for oppgavens hensikt da den gir en dypere forståelse for norske kvinners behov for støtte og informasjon etter endt behandling for gynekologisk kreft. Artikkelen viser også hvordan kvinnene opplever at seksualitet blir ivaretatt av helsepersonell.

Vedlegg IV Oversiktstabell 3

Artikkel 3	
Tittel	Sexual health and gynecological cancer: conceptualizing patient needs and overcoming barriers to seeking and accessing services
Tidsskrift/årstall	Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology, 2012.
Forfattere	Megan McCallum, Monique Lefebvre, Lynne Jolicoeur, Christine Maheu og Sophie Lebel
Perspektiv	Pasientperspektiv
Problem	Det er nødvendig med økt kunnskap om hvordan kvinner med gynekologisk kreft erfarer sin seksuelle helse fra et holistisk perspektiv. Mange pasienter rapporterer om manglende støtte og ivaretagelse av seksuell helse. Likevel finner mange kvinner det vanskelig og ubehagelig å snakke om seksualitet og utnytte tilbud og tjenester i samfunnet.
Hensikt	Hensikten med studien er å kartlegge intervensjoner som kan bedre seksuell helse hos kvinner som er behandlet for gynekologisk kreft, og å få innsikt i hvilke barrierer som hindrer kvinner i å utnytte tilbud og tjenester som kan bedre den seksuelle helsen.
Metode	Kvalitativ, tolkende metode med semistrukturerte intervjuer.
Resultater	Studien viser at flere kvinner opplever mangelfull informasjon om seksuell helse, deriblant om vaginale endringer, infertilitet og hvordan en kan håndtere en tidlig overgangsalder. Kvinnene ønsker en mer åpen dialog med helsepersonell for å diskutere bekymringer og ha anledning til å stille spørsmål. Sjenanse og en forventning om at seksuell helse ikke er viktig er barrierer som hindrer kvinner i å diskutere seksuell helse med helsepersonell.
Relevans for oppgaven	Studien er relevant for oppgaven fordi det kommer hva kvinner savner av informasjon, det gis forslag til forbedringer som kan bedre deres seksuelle helse og barrierer hos kvinnene kartlegges.

Vedlegg V

Oversiktstabell 4

Artikkel 4	
Tittel	Women's Wishes and Need for Knowledge Concerning Sexuality and Relationships in Connection with Gynecological Cancer Disease
Tidsskrift/årstall	Sex Disabil, 2008.
Forfattere	Else Marie Rasmusson og Bibbi Thomé
Perspektiv	Pasientperspektiv
Problem	Sykepleiere og kvinner med gynekologisk kreft ser ut til å ha ulike syn på temaet seksualitet. Sykepleiere opplever at seksualitet er et privat tema som pasientene ikke vil snakke om. Forskning viser derimot at kvinnene vil snakke om seksualitet og de har behov for at sykepleiere innleder samtalen. Det er derfor viktig at sykepleiere har kunnskap om seksualitet og seksuelle problemer i forbindelse med gynekologisk kreft slik at de kan tilby støtte og hjelp til kvinnene og deres partnere.
Hensikt	Hensikten med studien er å undersøke kvinners ønsker og behov for informasjon om seksualitet i forbindelse med gynekologisk kreft.
Metode	Kvalitativ metode.
Resultater	Det kom frem av studien at seksualitet og intimitet var viktig for kvinnenes velvære. De ønsket seg mer kunnskap og bedre informasjon om emosjonelle og kroppslige endringer. Kvinnene ville ha både skriftlig og muntlig informasjon. Tidspunkt for når informasjon ble gitt ble ansett som viktig for kvinnene.
Relevans for oppgaven	Studien er eldre enn 10 år. Artikkelen anses likevel som relevant for oppgaven da jeg mener at kvinners behov for støtte og informasjon i 2008 er overførbar til vår tid. At studien er utført i Sverige er relevant da det kan relateres til norske forhold.

Vedlegg VI

Oversiktstabell 5

Artikkel 5	
Tittel	Lack of communication between health care professionals and women with ovarian cancer about sexual issues
Tidsskrift/årstall	British Journal of Cancer, 2003
Forfattere	ML. Stead, JM. Brown, L. Fallowfield og P. Selby
Perspektiv	Helsepersonell- og pasientperspektiv
Problem	Sykepleiere og leger snakker sjeldent om seksualitet med pasientene. Få sykepleiere føler seg kompetente nok til å diskutere seksualitet. Mangel på tid, flauhet og manglende kunnskap er barrierer som står i veien for å kommunisere om seksualitet.
Hensikt	Hensikten med studien er å kartlegge i hvilken grad helsepersonell informerer pasienter om seksuelle utfordringer, og å undersøke hvordan kvinner opplever at informasjon om slike utfordringer formidles.
Metode	<ul style="list-style-type: none"> • Semistrukturerte intervju med 43 helsepersonell • Semistrukturerte intervju med 15 kvinner
Resultater	<p>Fra intervjuer med helsepersonell kom det frem flertallet mente seksuelle utfordringer burde diskuteres med kvinnene. Likevel var det kun 21% av de ansatte som faktisk diskuterte seksualitet med pasienten. Flauhet, mangel på tid, lav prioritet, mangel på kunnskap og erfaring og tabu var blant barrierene som stod i veien for å snakke om seksualitet.</p> <p>Intervjuer med kvinnene avdekket at ingen av dem fikk skriftlig informasjon om seksuelle utfordringer, og kun noen få fikk muntlig informasjon. Kvinnene mente seksuelle utfordringer burde diskuteres og at helsepersonell har et ansvar for å innlede samtalen.</p>