

BSYBAC_6

Bacheloroppgave i Sykepleie

We should talk about sexuality – but we usually don't



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet
Bachelor i Sykepleie

[Stavanger, 03.01.23]

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

Snakk om kraft

Du har kjent den hele livet.

Kraften som får blodet til å bruse og suse.

Kraften som får huden til å rødme eller blekne.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Snakk om kraft!



Bent Høie
Helse- og omsorgsminister



Sammendrag

Bakgrunn

Seksualitet og seksuell helse hos gynekologiske kreftpasienter er et viktig tema. Likevel blir det sjelden tatt opp med pasientene. Dette ser vi på som et viktig emne som vi ønsker å tilegne oss mer kunnskap om. Bakgrunnen for valgt tema er at det er et stort behov for oppfølging av denne pasientgruppen når det gjelder seksualitet og seksuell helse. Vi ønsker å kartlegge pasientenes seksuelle utfordringer, deretter imøtekomme deres behov på best mulig måte.

Hensikt

Oppgavens hensikt er å belyse sykepleietiltak som kan bidra til å fremme seksuell helse hos pasienter som har gjennomgått behandling for gynekologisk kreft.

Metode

Vi har valgt å benytte en integrativ litteraturstudie hvor kvalitative artikler fra både pasient- og sykepleieperspektiv inngår. Artiklene er nøye analysert etter Friebergs analysemodell. Funnene er presentert og diskutert ved bruk av resultat fra valgte artikler, sykepleieteori og relevant bakgrunns litteratur. Våre egne refleksjoner inngår også i grunnlaget for oppgavebesvarelsen.

Resultater

Pasienter som har fått en gynekologisk kreftdiagnose, kan oppleve endringer knyttet til seksualitet og seksuell helse. Funn viste at pasientene opplevde mangel på informasjon omkring hvordan kreftdiagnosen påvirket deres seksuelle helse. Funnene viste videre at pasientene ønsket relevant informasjon og en samtale omkring seksualitet. Sykepleiere unnlot ofte å ta samtalen på bakgrunn av ulike årsaker, for eksempel mangel på kunnskap, tid og erfaring.

Nøkkelord: Gynekologisk kreft, seksuell helse, seksualitet, sykepleietiltak, Joyce Travelbee, PLISSIT-modellen.

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema	5
1.2 Problemformulering	5
1.3 Hensikt	6
2.0 Teori.	6
2.1 Seksuell helse og funksjon.	6
2.2 Gynekologiske kreftsykdommer	6
2.3 PLISITT-modellen	7
2.4 Menneske-til-menneske-forholdet- Joyce Travelbee	8
2.5 Sykepleiers funksjon og ansvarsområde	8
3.0 Metode	9
3.1 Hva er metode?	9
3.2 Kvalitativ metode	9
3.3 Integrativ litteraturstudiet	9
3.4 Litteratursøk	9
3.4.1 Valg av databaser	9
3.4.2 Søk og valg av søkeord	10
3.4.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	10
3.4.4 Valg av artikler	11
3.4.5 Analyse av artikler	11
4.0 Resultat	14
4.1 Gynekologiske kreftpasienters utfordringer knyttet til seksuell helse	15
4.1.1 Fysiske og psykoseksuelle utfordringer hos kvinner med gynekologisk kreft:	15
4.2 Sykepleiers rolle og erfaring i samtaler knyttet til seksualitet	16
4.2.1 Samtalebarrierer og sykepleiers ansvar	16
4.2.3 Kommunikasjon	17
4.3 Gynekologiske kreftpasienters behov knyttet til seksuell helse	18
4.3.1 Informasjon, rådgivning og støtte	18
4.3.2 Ønske om samtale	19
5.0 Diskusjon	19
5.1 Metodediskusjon	19
5.1.1 Anvendt metode	20
5.1.2 Kildekritikk	20
5.1.3 Etske betraktninger	23
5.2 Resultatdiskusjon	23
5.2.1 Seksuelle utfordringer etter gjennomgått gynekologisk kreftsykdom.	24

5.2.1.1 Fysiske utfordringer	24
5.2.1.2 Psykoseksuelle utfordringer	25
5.2.2 <i>Mangel på åpenhet rundt seksuell helse</i>	26
5.2.2.1 Mangel på åpenhet fra et sykepleieperspektiv	26
5.2.2.2. Mangel på åpenhet fra et pasientperspektiv	27
5.2.3 <i>Sykepleietiltak som kan fremme pasientens seksuelle helse og funksjon</i>	27
5.2.3.1 Plissit-modellen som et sykepleietiltak	28
5.2.4 <i>Rutiner og ansvar rundt samtaler om seksualitet med pasientene</i>	29
6. Egne erfaringer og betraktninger	29
Litteraturliste	31
Vedlegg 1: Søkelogg	35
Vedlegg 2: Litteraturmatrise	36

1. Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Seksualitet er et av menneskets primære behov på lik linje med ernæring og eliminasjon. Erfaringsmessig ser man at seksuell helse er et tabubelagt tema som det er vanskelig å snakke med pasientene om. Pasienter som får en gynekologisk kreftlidelse, opplever ofte utfordringer knyttet til seksualitet og seksuell helse. Ifølge nasjonalt kvinneregister for gynekologisk kreft ble 531 kvinner diagnostisert med ovarialkreft og 345 kvinner med livmorhalskreft i 2021. Statistikken viser at prosentandelen langtidsoverlevende stadig øker, men at mange som overlever kreften opplever senskader etter gjennomført behandling. Disse senskadene påvirker ofte seksuell helse og funksjon. Grunnleggende sykepleier omhandler å dekke pasientens primærbehov. Vi ønsker derfor å undersøke hvorfor seksualitet og seksuell helse er vanskelig å snakke om, hva som kan gjøres for å rette mer oppmerksomhet mot et viktig tema, samt sette kvinnehelse på dagsorden.

1.2 Problemformulering

Hvilke utfordringer knyttet til seksuell helse møter en pasient med gynekologisk kreft etter gjennomgått behandling, og hvordan kan sykepleier fremme seksuell helse til denne pasientgruppen?

1.3 Hensikt

Oppgavens hensikt er å belyse sykepleietiltak som kan bidra til å fremme seksuell helse hos pasienter som har gjennomgått behandling for gynekologisk kreft.

2.0 Teori.

2.1 Seksuell helse og funksjon.

Seksuell helse angår alle mennesker gjennom hele livet. WHO definerer seksualitet som et grunnleggende behov (Gjessing et al., 2013, s. 87). “Seksuell helse er definert som fysisk, psykisk, emosjonelt og sosialt velvære relatert til seksualitet” (Helsedirektoratet, 2021, s. 100). Alle mennesker har sin egen unike seksualitet med ulike uttrykk påvirket av kultur, erfaringer og verdier. Det omhandler vårt erotiske liv, samleie og orgasme, men også så mye mer. Seksualitet finnes i energien som driver oss til å søke kjærlighet, kontakt, varme og nærhet. Det påvirker våre tanker, følelser, handlinger og vårt samspill med andre mennesker (Aars, 2021, s.1-2).

Gynekologisk kreftsykdom påvirker ofte seksuell helse for en lenger eller kortere periode. Det gjelder både fysisk og psykoseksuelt. Psykoseksuelt er “et psykoanalytisk begrep som betegner de opplevelsesmessige og atferdsmessige sider ved kjønnslivet” (Store norske leksikon, 2022). Kvinner med gynekologisk kreft kunne oppleve dårlig selvfølelse, sorg og tap. Det var vanlig med energitap og tretthet. Fysiske senskader kunne være av stor betydning for nedsatt seksuell helse. Over halvparten av alle kreftpasienter opplevde seksuell dysfunksjon etter diagnose og behandling (Gjessing et al., 2013, s. 92). Seksuell helse påvirkes av gynekologisk kreft i hele sykdomsforløpet, allerede ved diagnosetidspunktet, under behandling og etter avsluttet behandling. Det var vanlig at seksuell helse ikke var samtaleemne i tidlig fase av sykdomsforløpet. Pasientene var mer opptatt av diagnose, behandling og prognose. (Gjessing et al., 2013, s. 91).

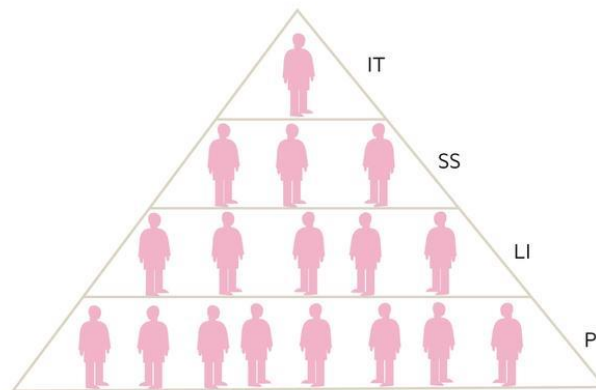
2.2 Gynekologiske kreftsykdommer

Gynekologisk kreft er ondartede svulster utgått fra de kvinnelige kjønnsorganer. Det omfatter

livmorkreft, livmorhalskreft, vulvacancer og ovarialcancer (Kristoff, 2016, s. 409-411). Gynekologiske kreftsykdommer kan være alt fra lette til alvorlige celleforandringer som kan føre til kreftutvikling. Denne utviklingen tar ofte flere år. Maligne tumorer utvikler seg uten at vi med sikkerhet vet hvorfor. Flere faktorer spiller inn blant annet genetisk disposisjon, miljø, hormonstimulering, samt virusinfeksjon (Kristoff, 2016, s. 408-409).

2.3 PLISITT-modellen

Det finnes flere ulike rådgivningsmodeller for seksualitet. PLISSIT er en forkortelse for de fire trinnene i den mest vanlige sexologiske rådgivningsmodellen. Modellen tar for seg ulike nivåer som helsepersonell og pasient kan bruke i dialog for å komme fram til diagnose og behandling av seksuelle problemer. Trinnene i modellen er: Permission, Limited information, Specific Suggestions, Intensive Therapy. Permission nivået gir pasienten tillatelse og mulighet til å snakke om seksuelle spørsmål, plager og bekymringer (Gjessing et al., 2013, s. 102). Limited Information vektlegger at behandler gir generell informasjon om hvordan diagnose og behandling får konsekvenser for seksuell helse. Specific Suggestions går ut på at pasienten får mulighet til å få mer spesifikk informasjon om sin situasjon og få spesifikke forslag til løsninger. Intensive Therapy krever mer spesialisert kunnskap av behandler så som spesialkompetanse i psykoterapi og sexologi. Dette tilbudet etterspørres av noen få som har behov for spesialisert behandlingstilbud (Gamnes, 2016, s. 400). Modellen viser at det er mye som kan løses på de to første nivåene. Gode råd og veiledning kan gis av helsepersonell. Det er viktig å bruke sine kunnskaper, ha selvinnsett, lytte og ikke minst vise empati.



Bilde 1: PLISSIT-modellen (Gamnes, 2016, s. 399).

2.4 Menneske-til-menneske-forholdet- Joyce Travelbee

Sykepleie dreier seg alltid om mennesker. Travelbee sin teori beskriver at det egentlig ikke finnes pasienter, men unike enkeltmennesker som har behov for omsorg, tjenester og assistanse. Grunntanken er at sykepleier har som oppgave å etablere menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 1999, s. 171). Det er avgjørende å se mennesket bak sykdommen. Både sykepleier og pasient må la fasaden falle for å nå inn til hverandre. Menneske-til-menneske-forholdet er selve virkemiddelet for å nå mål og hensikt ved sykepleie. Travelbee beskriver sykepleie som en mellommenneskelig prosess, der relasjonen mellom sykepleier og pasient er terapeutisk (Eide & Eide, 2017, s. 364).

Menneske-til-menneske-forholdet kommer ikke av seg selv. Det kreves en strukturert, bevisst og profesjonell sykepleieintervensjon ved at sykepleier samhandler med den syke og andre (Travelbee, 1999, s. 170). For å fremme seksuell helse er relasjonen mellom sykepleier og pasient viktig. Sykepleiers ferdigheter og ønske om å hjelpe et unikt menneske er viktig for å kunne utøve god sykepleie. Fysisk, psykisk og seksuelle helse må ivaretas. Travelbee sin teori er relevant og nyttig i forhold til oppgavens problemformulering.

2.5 Sykepleiers funksjon og ansvarsområde

Pasientene har rett til informasjon om konsekvensene av behandlingen som gis. Det gjelder også konsekvenser for seksuallivet (Gamnes, 2016, s. 401). Både helsepersonelloven 2. kapittel, §10 og pasient- og brukerrettighetsloven §§3-2 til 3-4 omhandler informasjonsplikten (Gamnes, 2016, s. 401). Det innebærer at sykepleier skal ta initiativ til å gi relevant informasjon om seksuell helse. Sykepleier er den profesjonelle part. For å lykkes med dette er det ifølge Gamnes (2016) en forutsetning at det er etablert et godt tillitsforhold mellom pasient og sykepleier (Gamnes, 2016, s. 399). Kunnskaper om kommunikasjon, holdninger og etikk er sentralt. Det framkommer av studien at det er viktig å være klar over at både yrkesmessige og personlig etikk kan bli utfordret (Gamnes, 2016, s. 400). Ved å snakke om seksuell helse kan sykepleier bidra til at kvinner bedre mestret livet etter gynekologisk kreftbehandling. Dette er i tråd med Helse- og omsorgsdepartementets strategi for seksuell helse «Snakk om det» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

3.0 Metode

3.1 Hva er metode?

«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Dalland, 2017, s. 51). Vi har benyttet Dalland (2017) sin metode og denne fremgangsmåten er grunnlaget for oppgaven vår. Fagstoff hentes inn og knyttes opp mot problemstillingen. Det skilles ofte mellom to metoder; kvalitativ og kvantitativ metode. En kvalitativ metode baseres på data uttrykket i tekstform, empiri, erfaringer og opplevelser, mens kvantitativ metode baseres på tall og målbare enheter.

3.2 Kvalitativ metode

Vi har valgt en kvalitativ metode bestående av artikler sett ut fra pasient- og sykepleieperspektiv. Valg av metode avhenger av hvilken kunnskap og informasjon som er nødvendig for å svare på problemstillingen. En kvalitativ metode er best tilpasset vår oppgave da den gir økt kunnskap og forståelse rundt hensikten til oppgaven.

3.3 Integrativ litteraturstudiet

Vi har valgt en integrativ litteraturstudie der hensikten er å knytte sammen tidligere forskning for å belyse en ny problemstilling (Friberg, 2017, s. 141-142). Integrativ litteraturstudie bygges av både kvalitativ og kvantitativ forskning, trekke egne konklusjoner, samt annen hensiktsmessig litteratur som kan svare på vår problemstilling. Denne prosessen omfatter; datareduksjon, lage oversiktstabell, trekke sammenligninger, finne fellestrekk og dra en konklusjon basert på resultatene (Friberg, 2017, s. 150). Litteraturstudiet baseres på forskningsartikler som er fagfellevurdert. Denne metoden er mest hensiktsmessig for å kunne svare på vår problemstilling og vil bidra til en rød tråd gjennom oppgaven.

3.4 Litteratursøk

3.4.1 Valg av databaser

For å finne aktuell litteratur har vi utført søk i ulike databaser, blant annet: Pubmed, Cinahl, Medline, British Nurse Index og Oria. Disse databasene fikk vi tilgang til via universitetsbiblioteket. Databasene Oria, Cinahl og Pubmed har gitt oss de mest relevante artiklene, og har vært oversiktlige og hensiktsmessige. Når vi skulle velge databaser var det viktig å danne et godt grunnlag for å svare på problemstillingen. Vi var avhengig av en rød

tråd i de valgte dataene. Oria, Cinahl og Pubmed har avansert søk hvor utvalget av inklusjon- og eksklusjonskriterier er mange. Ved hjelp av de ulike inklusjon- og eksklusjonskriteriene var det lettere å avgrense søkene, noe som ga mer nøyaktige resultat. Vi valgte boolsk søketeknikk og trunkering.

3.4.2 Søk og valg av søkeord

I starten av søkeprosessen brukte vi kun norske ord og flere ord i kombinasjon. Søkene ga oss ikke treff på relevante artikler. Ved å benytte engelske søkeord med trunkering fikk vi mange treff på artikler som var relevante for vår problemstilling og hensikten med vår oppgave.

Søkeordene vi brukte var “(Sexual*) AND (Gyn* cancer) AND (Nurse* role*)”, “(Sexuality) AND (Gynecological cancer) AND (issues)”, “(PLISSIT) AND (Cancer) AND (Sexual*)”, “(Gynecolog* AND (Sexual) OR (Sexuality) AND (Nurs* role*). Søkeord som ikke ga relevante artikler, er innført i søkelogg (vedlegg 1).

Trunkeringene som ble brukt for å inkludere alle bøyninger av søkeordene:

- Gyn* ble brukt for å inkludere *gynecologic og gynecological*.
- Sex* ble brukt for å inkludere *sexuality og sexual*
- Nurs* ble brukt for å inkludere *nurse og nursing*
- Role* ble brukt for å inkludere *role and roles*

3.4.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

For å finne relevante artikler for oppgaven var det viktig å avgrense søkene. Vi valgte å kun inkludere artikler fra år 2012-2022 for å sikre nyere oppdatert kunnskap. Oppgavens rammeverk betinget at det skulle brukes vitenskapelige artikler som er fagfellevurdert. Det var derfor en naturlig og nødvendig avgrensning. Videre har vi valgt skandinavisk og engelskspråklige artikler, da dette er språk vi behersker. Vi så at artiklene som var engelskspråklige og skandinaviske, baserte seg på vestlig kultur som er sammenlignbart med det norske helsevesenet. Det var også svært viktig at alle artiklene svarte på hensikten til oppgaven. Artiklene vi har benyttet oss av får også frem både sykepleier- og pasientperspektiv som var viktig for å svare på problemstillingen. Se tabell 1 for oversikt over inklusjon og eksklusjonskriterier.

Tabell 1: Inklusjon og eksklusjonskriterier.

	Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Utvalg	<ul style="list-style-type: none"> • Kvinner i alle aldre 	<ul style="list-style-type: none"> • Menn
Dokumenttype	<ul style="list-style-type: none"> • Vitenskapelige artikler • Fagfellevurderte artikler • Tidsrom: 2012-2022 	
Språk	<ul style="list-style-type: none"> • Norsk • Dansk • Svensk • Engelsk 	<ul style="list-style-type: none"> • Språk vi ikke behersker
Perspektiv	<ul style="list-style-type: none"> • Sykepleieperspektiv • Pasientperspektiv 	<ul style="list-style-type: none"> • Pårørende

3.4.4 Valg av artikler

Vi valgte å ta utgangspunkt i screenings spørsmål hentet fra «Jobb kunnskapsbasert» av Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt og Reinart (2007) når vi skulle velge artikler. Disse spørsmålene forenklet prosessen og gjorde det lettere å foreta utvelgelsen. En forutsetning var at problemstillingen i artiklene vi valgte måtte samsvare med oppgavens hensikt. Videre fulgte vi IMRAD-strukturen for å verifisere at de var vitenskapelige artikler. Dette ifølge Nortvedt et al (2007). For å sikre at kilden var pålitelig, huket vi av for at artiklene var «peer review» eller fagfellevurderte når vi søkte etter artikler. Da vi undersøkte metoden så vi på hvilket perspektiv artikkelen talte fra, og valgte artikler som hadde sykepleie- og pasient perspektiv. Vi valgte artikler der det var benyttet kvalitativ metode, noe som samsvarer med valgt metode i oppgaven. Vi valgte syv artikler, men underveis viste det seg at to av artiklene ikke oppfylte oppgavens krav, og måtte derfor tas bort. De fem artiklene vi valgte har sentrale funn som samsvarer med oppgavens hensikt og problemstilling.

3.4.5 Analyse av artikler

Artiklene er analysert etter Fribergs analysemodell (2017). Analysen omhandler en nøye gjennomlesing av de samme artiklene om igjen, dette ga en dypere forståelse. Vi identifiserte

nøkkelfunn i hver artikkel og sammenlignet funnene med hverandre. Vi studerte både likheter og ulikheter. Nøkkelfunnene ble systematisert og delt inn i ulike kategorier. Under hovedkategoriene satte vi opp underkategorier. Disse kategoriene er utgangspunktet for strukturen i resultatdelen av oppgaven. Friberg understreker at man hele tiden må ha hensikten med oppgaven i tankene når man analyserer artiklene. For å sikre dette hadde vi en post-it-lapp med hensikten til oppgaven klistret på pc-skjermen. Dette sikret at vi ikke gikk oss vill i analysearbeidet. Under analysen foretok vi en datareduksjon. Da tok vi bort det som ikke var relevant for vår oppgave. Artiklene som ble valgt sammenfalt med både hensikt og problemstilling.

Tabell 2: Oversikt over valgte artikler

Tittel, årstall, forfattere	Tema	Hensikt	Perspektiv	Metode	Databas e
How a diagnosis of gynaecological cancer affects women`s sexuality (2013). Cleary, V., Hegarty, J. & McCarthy, G.	Gynekologisk kreft sin påvirkning på seksuell helse.	Hvordan gynekologisk kreft påvirker pasientenes seksuelle helse.	Sykepleieperspektiv	Kvalitativ	Cinahl
Nurses` perceptions of providing psychosexual care for woman experiencing gynaecological cancer (2017). Williams, N. F., Hauck, Y. L. & Bosco, A. M.	Sykepleieres erfaring ved å gi kvinner med gynekologisk kreft omsorg på det psykoseksuelle plan.	Innsikt i og forståelse av hvordan sykepleiere i Vest-Australia gir psykoseksuell omsorg og pleie til kvinner med gynekologisk kreft. Pleien som er gitt i Australia sammenlignes med	Sykepleieperspektiv	Kvalitativ	Oria

		tilsvarende pleie gitt i andre land. Det fins likheter og ulikheter.			
Patient's sexuality - A neglected area of cancer nursing? (2012). Olsson, C., Berglund, A.-L., Larsson, M. & Athlin, E.	Seksualitet som et forsømt område av god kreftsykepleie.	Hensikten med studien var å beskrive sykepleiernes tanker angående samtaler om seksualitet med kreftpasienter.	Sykepleieperspektiv	Kvalitativ	Cinahl
Registered nurses' reflections on discussing sexuality with patients: responsibilities, doubts and fears (2014). Nina Saunamäki & Maria Engström.	Sykepleiers samtale med pasienter om seksualitet; ansvar, frykt og tvil.	Hensikten med studien er å registrere sykepleiere sine refleksjoner rundt samtaler med pasienter om seksualitet.	Sykepleieperspektiv	Kvalitativ	Oria
Shyness and Openness- Common Ground for Dialogue Between Health Personnel and Women About Sexual and Intimate Issues	Sjenanse og åpenhet er sentralt i dialog mellom helsepersonell og kvinner som har gjennomgått gynekologisk kreft.	Hensikten med studien var å dykke dypere inn i hvordan kvinner opplever de seksuelle forandringene etter å ha overlevd gynekologisk kreft.	Pasientperspektiv	Kvalitativ	Pubmed

After Gynecological Cancer. (2015). Sekse, R. J. T., Råheim, M. & Gjengedal, E.		Det settes søkelys på hvordan pasientenes møte med helsepersonell var knyttet til spørsmål om seksuell helse. I artikkelen tar de utgangspunkt i Løgsstrups livsfilosofi.			
---	--	---	--	--	--

4.0 Resultat

Analyse av resultatene vi fant er presentert i tabell nummer 3. Tabellen er delt inn i hoved og underkategorier som gir en god oversikt og tydeliggjør innholdet. Ved å benytte en slik presentasjon var det enklere å sammenligne artiklenes innhold og tematikk. Alle hovedkategoriene samsvarer med oppgavens hensikt.

Tabell 3: Resultat presentert i hoved og underkategorier.

Hovedkategori	Underkategori
<ul style="list-style-type: none"> Gynekologiske kreftpasienters utfordringer knyttet til seksuell helse. 	<ul style="list-style-type: none"> Fysiske og psykoseksuelle utfordringer hos kvinner med gynekologisk kreft
<ul style="list-style-type: none"> Sykepleiers rolle og erfaring i samtaler knyttet til seksualitet 	<ul style="list-style-type: none"> Samtalebarrierer og sykepleiers ansvar Kommunikasjon

<ul style="list-style-type: none">• Gynekologiske kreftpasienters behov knyttet til seksuell helse	<ul style="list-style-type: none">• Informasjon, rådgivning og støtte• Ønske om samtale
--	--

4.1 Gynekologiske kreftpasienters utfordringer knyttet til seksuell helse

4.1.1 Fysiske og psykoseksuelle utfordringer hos kvinner med gynekologisk kreft:

I studien til Cleary, Hegarty og McCarthy (2013) fremkommer det at de fleste pasientene med gynekologisk kreft opplevde fysiske og psykoseksuelle utfordringer knyttet til seksualitet både under og etter behandling. Det tydeliggjøres at alle kvinnene i studien hadde opplevd betydelige og permanente endringer etter gjennomgått behandling for gynekologisk kreft. Endringene er mange og varierer fra pasient til pasient. Noen av de vanligste og mest gjengående bivirkningene var smerter under samleie, tørr og sår skjede og vaginal stenose (Cleary et al., 2013, s.35-36). I studien til Olsson, Berglund, Larsson og Elsy (2012) kommer det også frem at flere kvinner påpeker følelsen av å miste kontroll over egen kropp, dette i sammenheng med at flere kom i en umiddelbar overgangsalder. De som kom i overgangsalderen opplevde symptomer som hetetokter, humørsvingninger og sykdomsfølelse. Mange opplevde også fatigue som igjen i noen tilfeller førte til depresjon, angst og kronisk tretthet (Olsson et al., 2012, s.428). Dette bekreftes også i studien til Cleary et al., (2013) hvor det fremkommer at frykten for smerter under samleie bidro til angst.

Ifølge studien til Cleary et al., (2013) henger de fysiske og psykoseksuelle utfordringene tett sammen. De fleste pasientene opplevde et mer negativt selvbilde, ofte knyttet til tap av feminitet. Feminitet er et viktig aspekt av kvinners seksuelle helse, og det er ulike årsaker til at pasientene i studien følte på nedsatt feminitet. I artikkelen kommer det frem at en vanlig årsak er hårtap. Noen av kvinnene har mistet håret grunnet cytostatika, som er en vanlig behandling ved kreftsykdom. En annen bivirkning av behandling for gynekologisk kreftsykdom er infertilitet. Mange kvinner ser på fertilitet som en viktig oppgave kvinnekroppen skal gjennomføre. Det å kunne bære frem et barn gir en forsterket følelse av å være kvinne. I artikkelen kommer det også frem at noen av kvinnene opplevde nedsatt feminitet grunnet dette. En annen faktor som påvirker et negativt selvbilde, var ifølge studien at noen ble fratatt muligheten til å gå med klærne de ønsket og noen var avhengig av å bruke sanitære produkter til enhver tid.

De fysiske problemene som oppstår knyttet til gynekologisk kreft gir nedsatt seksuell fungering, dette bekreftes i artikkelen til Cleary, Hegarty og McCarthy (2013). Tørr skjede og smerter under samleie gir nedsatt seksuell lyst. I artikkelen rapporterte pasientene om frykt for smerte under samleie, som igjen hemmet gleden av seksuell omgang. For flere satte dette en stopper fra å være seksuelt aktiv med partneren sin, som igjen førte til frykt for at parten skulle være utro. Dette ga også dårlig samvittighet ovenfor partner. Deltakerne i studien var alle enige i at kreftdiagnosen påvirket og endret forholdet til partnerne deres. Noen kvinner rapporterte om separasjon og en tredjedel rapporterte om store vansker i forholdet, dette grunnet redusert eller ingen seksuell aktivitet. Dette bekreftes også i studien til Olsson, Berglund, Larsson og Athlin (2012). Her kommer det også frem hvordan de fysiske og psykiske konsekvensene av sykdommen påvirker det seksuelle parforholdet negativt.

4.2 Sykepleiers rolle og erfaring i samtaler knyttet til seksualitet

4.2.1 Samtalebarrierer og sykepleiers ansvar

I studien til Olsson, Berglund, Larsson og Athlin (2012) svarte sykepleierne at de visste at samtaler om seksualitet med pasienter som har gynekologisk kreft var viktig. Det til tross; det ble sjelden gjort. «We should talk about sexuality – but we usually don't» (Olsson et al., 2012, s. 428). Sykepleierne som deltok i studiet, var tydelige på at de visste at dette er en del av deres faglige ansvar. Barrierer og hinder for å snakke om seksualitet fantes både på individ- og systemnivå. Sykepleiers holdninger, kunnskaper og ferdigheter var avgjørende for hvorvidt det ble snakket om seksualitet eller ikke. Denne dialogen var ikke en naturlig del av daglig rutine. Noen sykepleiere var i tvil om det var sykepleiers ansvar. Samtale om seksualitet og kreft ble sett på som en personlig og sensitiv sak som var vanskelig å ta opp med pasientene. Usikkerhet og bluferdighet hos sykepleierne var også forklaringer som framkom i studien til Olsson et al. Mangel på tid og utfordring med å finne et passende tidspunkt var også avgjørende for hvorvidt samtalen ble tatt eller ikke. Sykepleierne pekte på at kultur og miljø på avdelingen kunne åpne opp for, men også til hinder for å kunne ha dialog med pasientene om seksualitet.

Videre ble det tydeliggjort i artikkelen at pasientenes seksuelle problemer som følge av sykdommen og dens medisinske behandling, var et naturlig utgangspunkt for dialogen. Samtalen ble ofte nedprioritert før og etter behandling. Sykepleier antok at lidelse og tanker

om overlevelse var det som opptok pasientene. Det var avgjørende at det var tid og rom for at dialog om seksualitet kunne finne sted. Det var vanskelig i en hektisk hverdag med manglende kontinuitet og oppfølging av pasientene. Det var en forutsetning at det var skapt et tillitsfullt forhold mellom sykepleier og pasient før en slik samtale kunne finne sted. «It (dialogues about sexuality) is not something you can come barging in with at the (patient's) first visit... You need to have met some times... you need to have established contact» (Olsson et al., 2012, s. 429).

Studien til Williams, Hauck og Bosco (2017) tok også for seg sykepleiers rolle og erfaringer når det gjaldt å samtale om seksualitet med kvinner med gynekologisk kreft. I artikkelen ble det pekt på både utfordringer og muligheter som fantes. Noen sykepleiere var usikre på om det var deres ansvar, og mente at det var grunn til å trekke inn spesialister for å ta samtalen. Begrunnelsen var mangel på kunnskap og frykt for å ikke kunne gi gode svar på pasientens spørsmål. Sykepleiernes ulike holdninger og verdier hadde også betydning. «I just feel it's part of our job, it's part of our responsibility... It's a need that's often not met so you just have to do it and have the knowledge to do it» (Williams et al., 2017, s. 38).

Flere sykepleiere var redde for å trå for nær kvinnene som var i en sårbar situasjon. De antok at pasientene ikke var særlig opptatt av seksualitet, men av sykdommens utfall og behandlingen. Artikkelen til Williams et al. (2017) belyste også at gode strategier og retningslinjer på avdelingen gjorde det lettere for sykepleier å snakke om seksualitet. Tverrfaglig samarbeid og søkelys på å forbedre sykepleiers selvtillit og kommunikasjonsevner ble også trukket fram i artikkelen. Videre framkom det i studien at sykepleier hadde et selvstendig ansvar for å samarbeide og tilegne seg relevant kunnskap og erfaring. «If it's in the care plan, perfect, that makes it everyone's business... look this is on your care plan, actually we talk about this to all women... So normalising it» (Williams et al., 2017, s. 38).

4.2.3 Kommunikasjon

Williams, Hauck & Bosco (2017) tar for seg viktigheten av kommunikasjon. I artikkelen ble det understreket at det var avgjørende å ta hensyn til at alle pasienter var forskjellige. Individuell omsorg med forsiktig tilnærming til pasientenes egenskaper, behov og respons var viktig. Både verbal og non verbal kommunikasjon burde og kunne benyttes. Bruk av humor kunne gjøre samtalen lettere. Det framkom av studien at det var av stor betydning for kvinnene at de fikk velge om samtalen skulle fortsette eller ikke. Det er viktig at sykepleier

viste respekt, lyttet og forsto pasientenes bekymringer og problemer. I artikkelen uttrykte deltakerne at de hadde god erfaring med å stille spørsmål til kvinnen. «I would start by saying have you thought about things like that and the patient would either say yes or no... would you be happy to have a conversation about it» (Williams et al., 2017, s. 38). Det fremkom videre at sykepleier tok i bruk strategier i kommunikasjonen med pasienten. «You have to be guided by the patient... it's a real individual assessment» (Williams et al., 2017, s. 38). Kommunikasjon handlet om å lytte og tilrettelegge for en god og åpen samtale. «Sometimes people just need to have that opportunity to open up... giving them permission» (Williams et al., 2017, s. 38). I likhet med artikkelen nevnt ovenfor, understreket Olsson, Berglund, Larsson og Athlin (2012) at gode kommunikasjonsevner var en kjernekompetanse for sykepleiere. Kommunikasjon var viktig, men også utfordrende særlig når det handlet om sensitive problemstillinger (Olsson et al., 2012, s. 429). I artikkelen til Cleary, Hegarty og McCarthy (2013) fremkom det at pasientene ønsket å motta informasjon, gode råd og støtte fra sykepleier. Det var aktuelt med både skriftlig og muntlig informasjon (Cleary et al., 2013, s 37). Økt kunnskap om seksualitet gav trygghet og kunne bidra til reduksjon av frykt, ifølge studien. Når kommunikasjonen om seksualitet mellom sykepleier og pasient var god, viste det seg at kommunikasjonen mellom partnerne i forholdet også ble bedre (Cleary et al., 2013, s 32).

4.3 Gynekologiske kreftpasienters behov knyttet til seksuell helse

4.3.1 Informasjon, rådgivning og støtte

I studien til Cleary, Hegarty og McCarthy (2013) er kvinner med gynekologisk kreft intervjuet. Kvinnene hadde opplevd plagsomme endringer av deres seksualitet etter diagnose og behandling (Cleary et al., 2013, s 34). Seksualitet hos gynekologiske kreftpasienter var essensielt ifølge studien. Nødvendig og riktig informasjon burde være første trinn i seksuell rehabilitering (Cleary et al., 2013, s 37). Det til tross framkommer det i studien at informasjon om dette tema ofte ikke ble gitt. Kvinnene påpekte at seksualitet var en integrert del av livet, og at de forventet anerkjennelse for det. En kreftdiagnose var i seg selv en stor belastning i et forhold. Kvinnene ønsket støtte, informasjon og gode råd fra en sykepleier eller en kvinne. I studien ble det også trukket fram betydningen av erfaringer som andre kvinner med gynekologisk kreft hadde gjort seg (Cleary et al., 2013, s 37). Kvinnene ønsket at seksualitet og konsekvenser av gynekologisk kreft ble tatt opp enten under eller etter endt behandling. Det ble konkludert med at funnene i studiet kunne og burde brukes til å øke kompetansen og

pedagogiske ferdigheter hos sykepleiere. Nødvendige ressurser må stilles til rådighet for å kunne gi kvinner med gynekologisk kreft ønsket informasjon, rådgivning og støtte knyttet til seksualitet ifølge studien.

4.3.2 Ønske om samtale

I studien til Sekse, Råheim og Gjengedal (2015) framkom det tydelig at pasientene i studien ønsket at helsepersonell skulle ta initiativ til samtaler som gjelder seksualitet. I studien var det satt søkelys på at seksualitet burde være en integrert komponent for helhetlig omsorg, men at det sjeldent var tilfelle. De kroppslige endringene som følger diagnosen, var vanskelig å snakke om grunnet sjenanse og bluferdighet. Pasientene opplevde det vanskelig å ta eget initiativ til samtale. Mange av kvinnene i studien fortalte også at etter mange år med oppfølging etter gjennomgått gynekologisk kreftbehandling hadde samtaler knyttet til seksuell helse ikke blitt gjennomført. Selv etter fem-seks år slet kvinnene med å håndtere endringene knyttet til seksualitet og intimitet. I artikkelen kom det klart til uttrykk at mangel på dialog knyttet til samtaler om de seksuelle endringene: « They had come to a mutual understanding about the sexual changes without explicitly speaking about the problems» (Sekse., et al 2015, s. 1261). I studien kom det frem at mangel på åpenhet, både hos sykepleier og pasient, var et hinder for samtale. De konkluderte med at pasientene ønsket disse samtalene. For at dette skulle være gjennomførbart måtte både sykepleier og pasient balansere mellom sjenanse og åpenhet. Dette skulle være med å sikre at kvinnene ble ivaretatt på en helhetlig måte (Sekse., et al 2015, s. 1267).

5.0 Diskusjon

Dette kapittelet er delt i to; metodediskusjon og resultatdiskusjon. Under metodediskusjon drøftes positive og negative sider ved valg av metode og artikler. I resultatdiskusjonen drøftes resultatene og deretter knyttes det opp mot vår hensikt og problemstilling. Samtidig vil vi ta egne erfaringer og refleksjoner med i betraktning.

5.1 Metodediskusjon

I denne delen av oppgaven diskuterte vi integrativ litteraturstudie som metode, samtidig som vi så på studienes reliabilitet og validitet mot oppgavens hensikt og problemstilling.

5.1.1 Anvendt metode

Under utvelgelse av artikler gikk vi for en kvalitativ metode, dette grunnet at temaet ikke er basert på data som er lett å tallfeste. Vi ser at en kvantitativ metode kunne ha gitt oss en bedre statistikk på hvor mange pasienter som opplever utfordringer knyttet til seksuell helse. Vi fant ut at en metodetriangulering hvor en inkluderer både kvantitative og kvalitative artikler ville ta for lang tid i forhold til tidsaspektet på oppgaven. Derfor ekskluderte vi dette.

Vi valgte en integrativ litteraturstudie ved datasamlingen. Dette har vært nyttig for å kunne belyse hensikten med oppgaven på best mulig måte. Å velge en integrativ litteraturstudie som metode ga oss en utvidet kunnskapsforståelse, samtidig som vi ble mer kritiske ved valg av de ulike artiklene. Litteraturstudiet innebærer at man skal trekke egne konklusjoner og identifisere mønster i dataene. Dette gir rom for en individuell tolkning og forståelse av artiklene (Friberg 2017). Det kan være negativt da våre egne grunnholdninger og erfaringer kan begrense tolkningen av studiene.

Vi valgte fem ulike forskningsartikler som bidro til god bredde i dataene. Artiklene belyste ulike aspekt av oppgavens hensikt. Som nevnt i metodekapittelet, ønsket vi ikke forskningsartikler eldre en 10 år da sykepleierfaget er i stadig utvikling. Dette sikret nyere og oppdatert kunnskap. Vi så at eldre forskning kunne være utdatert og irrelevant for vår oppgave. De valgte artiklene er skrevet på engelsk, dette er positivt da dette er et språk vi behersker. Samtidig kan dette også være negativt da viktig informasjon kan utebli i oversettelsesprosessen. Vi hadde begrensninger når det kom til antall artikler, det kan gjøre at viktig informasjon fra andre artikler angående temaet til oppgaven uteblir. Begrensningen av antall artikler førte samtidig til en mer grundig analyse av de utvalgte. Etter grundig refleksjon og vektlegging av svake og sterke sider, har vi kommet frem til at en litteraturstudie som bygger på kvalitativ forskning vil være det beste for å kunne svare på oppgavens hensikt.

5.1.2 Kildekritikk

Vi har foretatt en kritisk vurdering av de utvalgte forskningsartiklene. Det har vi gjort ved hjelp av Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt & Reinart (2007) sine sjekklister for kvalitativ metode.

5.1.2.1 Forfattere av artiklene

Under utvelgelsen av artikler så vi nærmere på forfatterens faglige bakgrunn og erfaring. I de utvalgte artiklene var forfatterne ansatt på anerkjente universitet som: Curtin University, Australia og University Collage, Cork Ireland. Flere av forfatterne hadde også sykepleiererfaring fra gynekologisk avdeling og kreftavdeling. Forfattere med god utdanning og relevant erfaring innen kreft og seksuell helse, styrker artiklenes reliabilitet og validitet. I tillegg er artiklene publisert i anerkjente tidsskrifter som også styrket validiteten.

5.1.2.2 Studienes deltakere

I de utvalgte artiklene fra pasientperspektiv var alle pasientene kvinner. I artiklene fra sykepleierperspektiv var det ingen kriterier på kjønn, men i Williams et al. (2017) og Olsson et al. (2012) var det kun kvinnelige sykepleiere som deltok. I de artiklene hvor alder ble presentert varierte aldersgruppen fra 20 til 70 år. Det var representativt for gjeldene pasientgruppe. Antall deltakere i studiene varierte. I Sekse et al. (2015) var det 16 langtidsoverlevende pasienter som deltok, mens i Cleary et al. (2013) var det åtte kvinner med gynekologisk kreft. Av de åtte kvinnene var seks var ferdig behandlet, og to var under behandling. I Williams et al. (2017) var utvalget 17 kvinnelige sykepleiere fra samme sykehus. Sykepleierne hadde variert erfaring, men et kriterium var at sykepleierne hadde jobbet minst 12 mnd. som sykepleier og måtte jobbe med gynekologiske kreftpasienter under deltakelsen. I Olsson et al. (2012) besto deltakerne av ti kvinnelige sykepleiere. Alle sykepleierne var fra ulike avdelinger, men fra samme sykehus. Et kriterium i denne studien var at sykepleierne måtte forstå å snakke svensk og hadde daværende interaksjon med kreftpasienter. I Nina Saunamäki et al. (2014) var utvalget i studien ti sykepleiere fra tre forskjellige sykehus. Sykepleierne hadde forskjellig kjønn, alder og erfaring.

5.1.2.3 Studiets datainnsamling

I Williams et al. (2017) brukes en kvalitativ beskrivende metode. I studiet gjengis dette som mest hensiktsmessig da en undersøkte sykepleiers oppfatninger. Dette grunnet det var mulighet for en god og konkret beskrivelse av interaksjonene mellom sykepleier og pasient. Under datainnsamlingen ble det gjennomførte semi-strukturerte intervjuer. Dette maksimerte mengden og kvaliteten på det som ble sagt i intervjuene (Williams et al., 2017, s.37). En kvalitativ beskrivende metode med bruk av semi-strukturerte intervjuer, åpnet opp for at studiens deltakere ikke var begrenset av et utvalg spørsmål. Under den typen intervju var det

naturlig at deltakerne var mer personlige og det åpnet opp for mer individualitet. I beskrivelsen av datainnsamlingen kom det frem at den første forskeren hadde jobbet klinisk med flere av deltakerne. De brukte derfor en annen til å gjennomføre intervjuet med de gjeldende deltakerne. Ifølge artikkelen kunne dette ha en negativ innvirkning på resultatet da intervjuene kunne ha blitt gjennomført forskjellig på de ulike deltakerne. På den andre siden kunne dette også være positivt for resultatet da de unngikk at deltakerne holdt tilbake informasjon og var mindre åpne. En annen begrensende faktor knyttet til semi-strukturerte intervjuer var tidsbruken. Intervjuene hadde variert mellom syv og trettifire minutter, som skapte et stort spenn på mengden informasjon som ble gitt i hvert enkelt intervju.

I Saunamäki et al. (2014) brukte de også en kvalitativ beskrivende metode. Under datainnsamlingen ble ti sykepleiere fra tre forskjellige sykehus intervjuet. Alle sykepleierne ble valgt gjennom «maximum variation sampling», som sikret at dataen dekket et bredt perspektiv (Saunamäki et al., 2014, s.532). I denne studien var spørsmålene i intervjuene forhåndsbestemt. Dette kan være negativt for deltakerne da de ble begrenset av spørsmål og ikke snakket fritt. På den andre siden kan dette også ha vært positivt da intervjuene ble relativt like fordi alle deltakerne fikk de samme spørsmålene. Variasjonen i tid som ble brukt på disse intervjuene var mellom tjue og femti syv minutter.

I studien til Sekse et al. (2015) anvendes en fenomenologisk-hermeneutisk metode, denne metoden bygges på tolkning av fenomener. De fenomenene som ble tolket var oftest erfaringer og opplevelser hos deltakerne. Forskerne gjennomførte 32 dybdeintervjuer fordelt på to omganger. I første intervjuet skulle deltakerne fortelle fritt fra diagnosetidspunkt til intervjutidspunkt. Det andre intervjuet ble gjennomført etter deltakeren var erklært langtidsoverlevende, og da tilpasset de intervjuene hver enkelt deltaker. Ved å dele intervjurundene opp i to, runder på to forskjellige steder i sykdomsforløpet, ble informasjonen mer dekkende. På den andre siden var det en svakhet med denne typen intervju at deltakeren var på to forskjellige stadier i prosessen. Sett i lys av dette vil erfaringene og opplevelsene ofte være annerledes fra første og andre intervju.

I Cleary et al. (2013) tas det også i bruk en kvalitativ beskrivende metode hvor det ble gjennomført åtte semi-strukturerte intervjuer. I studien forskes det på gynekologiske

kreftpasienters erfaringer knyttet til seksuell helse. Intervjuet besto av åpne spørsmål slik at alle fikk fortelle det de ønsket, samtidig fikk deltakerne ha spørsmålene foran seg under intervjuet. Intervjuene strakk seg mellom tretti og femti fem minutter og deltakerne valgte selv dato, tidspunkt og sted for intervjuene. At deltakerne får velge dato, sted og tid var med på å skape et trygt miljø for deltakerne. Da var sannsynligheten større for at pasientene var mer åpne og villige til å fortelle.

I studien til Olsson et al. (2012) brukte de en fenomenografisk metode. Denne metoden ga forskerne mulighet til å undersøke og beskrive de ulike erfaringene og opplevelsene deltakerne har hatt. I studien valgte de å ta i bruk tema-intervjuer. De intervjuet ti sykepleiere med minimum to års erfaring fra ulike omsorgsinnsatser hvorav alle jobbet med kreftpasienter i ulike faser av sykdomsforløpet. Under intervjuene var fokuset på forhåndsbestemte temaer knyttet til samtaler om seksualitet med kreftpasienter. En fordel med intervju hvor temaene var forhåndsbestemt var at det var lettere for deltakerne å komme på noe å si. De fikk også mulighet til å snakke fritt innenfor temaet. Samtidig kan dette være med å begrense bredden da andre spørsmål knyttet til temaet uteble.

5.1.2.4 Forskningsarena

De utvalgte studiene vi har valgt å basere oppgaven på er fra landene: Norge, USA, Australia, Irland og Sverige. Dette er land med vestlig kultur som er sammenlignbart med det norske helsevesenet. Dette gjør at de kulturelle forskjellene ikke overskygger resultatet i oppgaven.

5.1.3 Etiske betraktninger

Alle studiene hadde innhentet samtykke fra deltakerne. Alle sykepleierne og pasientene var utvalgt fra forskjellige sykehus og avdelinger. Dette er positivt fordi det gir bredde i dataen. Samtlige deltakere i studiene var anonyme. Deltakerne mottok skriftlig og muntlig informasjon om hva deltakelsen innebar. Alle var orientert om frivillig deltakelse og at en kunne trekke seg når som helst. Alle studiene var også godkjent i ulike etiske komiteer.

5.2 Resultatdiskusjon

Her ser vi på funn fra de valgte artiklene. Funnene skal vi diskutere ved å trekke inn relevant teori. Vi vil også benytte egen livserfaring og erfaringer fra praksis for å kunne belyse oppgavens hensikt.

5.2.1 Seksuelle utfordringer etter gjennomgått gynekologisk kreftsykdom.

Å få diagnosen: gynekologisk kreft, er en stor belastning for pasienten og de pårørende. En gynekologisk kreftlidelse og behandlingen av den vil ha innvirkning på livskvaliteten til pasienten. Mange pasienter opplever kroppslige- og psykoseksuelle endringer både under og etter behandlingen av sykdommen. Disse endringene har stor innvirkning på seksuell helse og seksuell funksjon. Ifølge diktet *Snakk om kraft* er den seksuelle helsen er både fysisk, psykisk og avgjørende for å holde seg frisk og trives (Helse- og omsorgsdepartementet). Seksualitet kan gi bedre helse og livskvalitet også når man er syk. Det gjelder like mye om man er gammel eller ung. Det kommer frem i diktet at det aller viktigste er å snakke om seksualitet. Det handler om en god strategi for seksuell helse.

5.2.1.1 Fysiske utfordringer

Ved gynekologisk kreftsykdom opplever de fleste pasienter fysiske forandringer forårsaket av sykdommen eller behandlingen. Det er flere ulike måter å behandle gynekologisk kreft på, dette avhenger av hvilken krefttype pasienten har, og hvilket stadium kreften har kommet til. En av de vanligste formene for behandling er kirurgi. Under et kirurgisk inngrep er det vanlig at eggstokker og livmor fjernes. Når en pasient gjennomgår et slik inngrep, er det flere utfordringer knyttet til selve behandlingen. Kvinner som fjerner livmor og/eller eggstokker vil medføre at pasienten kommer i klimakteriet. Dette fører til både fysiske og psykoseksuelle utfordringer. En annen konsekvens av et slik inngrep er at når livmoren fjernes blir skjeden noen cm kortere, dette vil gjøre at det føles annerledes (kreftforeningen, u.å.). En annen form for behandling av gynekologisk kreft er cytostatika behandling. Cytostatika behandling er en behandling hvor de bruker medisiner for å drepe kreftcellene. Det finnes mange ulike typer av denne behandlingen. Cytostatika behandling kan gi nerveskader, karskader og endringer i hormonproduksjon, som kan føre til nedsatt følsomhet og funksjon. En annen bivirkning er hårtap, som tidligere nevnt kan dette påvirke pasientens psykoseksuelle helse. En annen behandling er stråling. (kreftforeningen, u.å.).

Strålebehandling er røntgenstråling som påvirker kreftcellenes arvemateriale, slik at de enten dør eller slutter å dele seg (kreftforeningen, u.å.). Etter gjennomført strålebehandling kan pasientene oppleve stivhet i kjønnsorganet, dette grunnet redusert blodforsyning. Når kjønnsorganet får redusert blodforsyning kan en oppleve mindre elastisk, tør og sår skjede. Noen pasienter opplever også at det dannes arrvev i skjeden som igjen kan påvirke evnen til

samleie. Etter gjennomfør behandling for gynekologisk kreft opplever flere pasienter nedsatt almenntilstand. Pasienter rapporterer om kvalme, smerter og fatigue (kreftforeningen, u.å.).

Som tidligere nevnt rapporterte flere av deltakerne i Cleary et al. (2013) om ulike fysiske konsekvenser knyttet til sykdommen og behandlingen. Flere av deltakerne opplevde endret sensasjon nedentil og da; smerter under samleie, tørre slimhinner og endret seksuell lyst. (Cleary et al., 2013, s.35). I Hoel, Leite & Grønvik (2021) fremkommer det at de fysiske senskadene hadde en påvirkning på selvbildet til pasientene. Deltakerne rapporterte om at arr, hårtap og andre faktorer knyttet til behandling hadde en negativ innvirkning på pasientens selvbilde. Det viser at de fysiske og psykoseksuelle utfordringene henger sammen og påvirker hverandre.

5.2.1.2 Psykoseksuelle utfordringer

Samvirket mellom de fysiske og psykoseksuelle utfordringene tydeliggjøres i studien til Cleary et al. (2013). To av kvinnene i studien angir en frykt for samleie med partner grunnet smerter. I intervjuene fortalte flere at kreftdiagnosen og behandlingen av den påvirket partnerforholdet. Et par av kvinnene i studien skilte seg fra partner og en tredjedel beskrev utfordringer i forholdet. I studien kommer det også frem at de kroppslige endringene påvirket selvbildet og selvtilliten i en negativ retning. Dette bekreftes i studien til Hoel et al., (2021) hvor flere pasienter beskrev en redusert livskvalitet som følge av gynekologisk kreftbehandling. De fysiske symptomene gjorde at pasienten opplevde økt tretthet og utmattelse. Noen rapporterte også at vektforandringer, hårtap, lymfødem og arr som virket negativ på selvbildet, noe som påvirker deres følelse av attraktivitet og seksuell lyst.

I artikkelen til Sekse, Dunberger, Olesen, Østerbye og Seibæk (2019) kom det frem at 23% av de langtidsoverlevende pasientene opplevde kronisk tretthet. Pasientene som opplevde dette, slet også med angst og depresjon. Flere av pasientene rapporterte også om utmattelse. I studien til Hoel et al., (2021) oppgis det at mange var redde for tilbakefall. Flere pasienter beskrev usikkerheten som vanskelig å leve med. Å være ferdigbehandlet opplevdes oftest som en stor lettelse, men pasientene kjente på frykt for tilbakefall flere år etter endt behandling (Hoel et al., 2021. s.8).

I studien til Vermeer, Bakker, Kenter, Stiggelbout og Ter (2016) vektlegges seksuell dysfunksjon og psykoseksuell helse. Over halvparten av deltakerne i denne studien opplevde

en redusert interesse for å være seksuelt aktiv med partner. I studien intervjuet de også partnere til pasientene. 50% av de intervjuede partnerne rapporterte om problemer i det seksuelle forholdet, noe som vekket negative følelser som ensomhet og redusert spenning. Dette påvirket forholdet med partner i en negativ retning. På den andre siden viste også studien til at flere av deltakerne hadde fått ny partner som hadde vekket en ny og mer intens interesse for seksuell kontakt.

5.2.2 Mangel på åpenhet rundt seksuell helse

Åpenhet rundt seksuell helse kan oppleves som utfordrende. De utvalgte artiklene og egne erfaringer bekrefter at det er mangel på åpenhet rundt seksuell helse. I studien til Sekse et al. (2015) bekreftes det at de fleste kvinner med gynekologisk kreft uttrykte et klart ønske om dialog og informasjon om seksuell helse. Seksuell helse er et tabubelagt tema både i pasientrollen og i sykepleierrollen. Sykepleier har dog både plikt og ansvar til å informere pasienten når vedkommende utøver forsvarlig sykepleie. (Molven, 2019, s. 179).

5.2.2.1 Mangel på åpenhet fra et sykepleieperspektiv

I artikkelen til Olsson, Berglund, Larsson og Athlin bekreftes det at seksuell helse er et grunnleggende behov og at det er et tema som det bør prates om. Det kommer også frem at sykepleierne vanligvis ikke tar initiativ til samtale om seksuell helse i hovedsak grunnet mangel på tid og kunnskap. Andre faktorer som også påvirket var egne verdier, holdninger, frykt for å gjøre pasient utilpass og vanskelighet for et riktig tidspunkt for samtalen (Olsson et al., 2012, s.428-429).

Flere sykepleiere oppga seksualitet som et tabubelagt tema. (Saunamaki & Engströms, 2014, s. 536-537). Sykepleierne beskrev «en indre kamp» under samtaler om seksualitet. Den indre kampen omhandlet hva de burde gjøre som profesjonelle kontra hva de selv føler de ville gjort. I Saunamaki et al., (2014) kommer det også frem at sykepleierne til tider var fordomsfulle. Alle sykepleierne i studien innrømmet at de hadde hatt fastsatte ideer om hvordan pasientens seksualliv var, uten at de hadde innhentet informasjon fra pasientene. Det kom også frem at sykepleierne følte på et ubehag og at egne holdninger og verdier satte en stopper for å være åpen under samtalene. (Saunamaki & Engströms, 2014, s. 535-536). Dette bekreftes også i studien til Williams et al. (2017) hvor flere av sykepleierne oppgir at de er oppvokst i et hjem hvor sensitive og intime temaer ikke skulle prates om. Erfaringsmessig

gjennom praksis har vi sett at alder på pasienten har en påvirkning. Det er lett å tenke at eldre pasienter ikke er seksuelt aktive og derfor ikke trenger samtale om seksuell helse. En annen påvirkende faktor beskrives i Olsson et al. (2012) hvor det kom frem at sykepleierne tenker at de pasientene med partner håndterer problemer knyttet til seksuell helse selv (Olsson et al., 2012, s.428).

I studien til Saunamaki et al. (2014) kom det frem at mangel på åpenhet rundt seksualitet og seksuell helse ofte var knyttet til et ubehag. Ubegaget som sykepleierne beskrev, var knyttet til usikkerhet. Sykepleierne oppga også at de ikke ønsket å skape et ubehag for pasienten da de hadde en forestilling om at en slik samtale var en invadering av pasientens privatliv. (Saunamaki & Engströms, 2014, s. 536).

En annen side vi ser er at det norske samfunnet i dag er multikulturelt, og derfor preget av kulturforskjeller. Dette ses også i helseinstitusjoner, og kan være med å skape ulike utfordringer. Erfaringsmessig har vi opplevd at kulturforskjeller kan gjøre det vanskelig og ubehagelig å ta opp intime temaer. Kulturforskjeller har klart en påvirkning på samtaler om seksuell helse. Ulike kulturer har ulike syn på seksualitet, noe som er utfordrende når samtalen skal tilbys.

5.2.2.2. Mangel på åpenhet fra et pasientperspektiv

I oppgaven har vi hovedfokus på mangel på åpenhet fra et sykepleieperspektiv, men man kan ikke se bort fra pasientperspektivet. Det kom tydelig frem i flere artikler at pasientens egen bluferdighet setter et hinder for å ta initiativ til samtale som gjelder seksualitet. Et sentralt funn i artiklene er at pasientene føler seg sårbare og synes det er et tema som er vanskelig å snakke om. «Women are described as being more or less trapped in shyness or shame and sometimes moving toward openness about sexuality and intimacy» (Sekse et al., 2015, s. 1261)

5.2.3 Sykepleietiltak som kan fremme pasientens seksuelle helse og funksjon

Gode samtaler om seksuell helse med pasienter som har gjennomgått gynekologisk kreft er viktig og ønsket. Dette ifølge alle artiklene vi har tatt for oss i oppgaven. Sykepleiere i flere studier peker på at det er helt avgjørende å ha en god relasjon til pasienten for å kunne ta opp et sensitivt tema som seksualitet. Mangel på kontinuitet i pleien gjør relasjonsbygging til den enkelte pasient utfordrende. Travelbee (2018) understreker at man først må ha et menneske-til-menneske-forhold til pasienten for å kunne utøve helhetlig pleie. Når sykepleier og pasient

har fått en nær og god relasjon, ligger det godt til rette for å kunne ivareta hele mennesket, både fysisk, psykiske og seksuelt. Denne relasjonen er ifølge Eide & Eide, 2017, s. 364) terapeutisk. Sykepleier må se mennesket og ikke pasienten, før det ligger til rette for en naturlig og god samtale om seksuell helse. Dette kan forstås i lys av Travelbee sin teori om menneske-til-menneske-forhold. Travelbee, 2018, s.178).

Når gjensidige tillit og åpenhet mellom mennesker er etablert, må de rette verktøyene tas i bruk. Ifølge studien til Olsson et al, 2012 og Williams, Hauck & Bosco (2017) var relevant kunnskap og erfaring av stor betydning.

5.2.3.1 Plissit-modellen som et sykepleietiltak

PLISSIT-modellen som tar for seg ulike nivåer som kan brukes i dialog mellom sykepleier og pasient knyttet til seksualitet. Modellen kan være til hjelp for sykepleier til å gi konkrete råd om seksuell helse. Sykepleier får også hjelp til å se når bistand eller spesialister må trekkes inn. Da er man på IT-nivået i modellen. Ifølge Gjessing et al. (2013) kan mye løses av sykepleier på modellens to laveste trinn. Seksuelle spørsmål, plager og bekymringer (Gjessing et al., 2013 s. 102) kan tas opp når det gis tillatelse fra pasienten. Neste trinn i modellen legger vekt på at behandler kan gi informasjon om hvordan diagnose og valgt behandling kan få konsekvenser for seksuell helse. (Gamnes, 2016, s. 399).

Åpen dialog om seksuell helse og funksjon er ifølge flere studier ofte utførende. Det er mange sykepleiere som ikke klarte å bryte barrieren og unnlot dermed å snakke om seksualitet. Pasientene beskrev at dialog og informasjon opplevdes mangelfull. De gangene seksualitet ble tatt opp, dreide det seg ofte om praktiske problemer i samtalen. Seksualitet har mange aspekter, og ofte har ikke de psykososiale dimensjonene blitt tatt på alvor (Olsson et al., 2012 s. 427). Studien til Olsson (2012) beskrev at seksualitet var en del av den enkelte persons identitet med ulik betydning for individet. Betydningen for den enkelte ble ofte endret gjennom livets ulike faser. Det gjorde det ekstra utfordrende for sykepleier å klare å møte den enkelte pasient på en åpen og relevant måte.

Det framkom i valgte studie at det var viktig at sykepleier åpner opp for samtale om dette tema. Det fantes ingen klar oppskrift eller veiledning som kunne følges. Plissit-modellen kunne være til hjelp, men det var sykepleiers kunnskap, empatiske evner og selvinnsikt som var avgjørende når veiledning og råd i spørsmål knyttet til seksualitet. Ifølge Gamnes (2016) var det tydelig at sykepleier «trenger evne til empati for å kunne få forståelse av den enkeltes

problem, være følelsesmessig til stede, men likevel klare å holde den avstand som trengs for å observere og vurdere problemene og målet for behandlingen» (Gamnes, 2016, s. 400). Av dette forstås at sykepleiers ferdigheter og holdninger er avgjørende og må samsvare med hensikten i modellen. Ifølge studien må samtalen mellom pasient og sykepleier være naturlig og forståelig for pasienten. Samtalen bør handle om hva pasienten trenger hjelp til, og det kunne noen ganger være nok at sykepleier lyttet og viste omsorg. (Gamnes, 2016, s. 401). Dette forstås også i studien til Williams (2017) der det framkom at mennesker trengte mulighet og anledning til å snakke (Williams et al., 2017, s. 38). Studien til Olsson (2012) understreket at sykepleiers kommunikasjonsevner var avgjørende, særlig når det handlet om sensitive problemstillinger.

5.2.4 Rutiner og ansvar rundt samtaler om seksualitet med pasientene

Studien til Olsson et al., 2012 peker på at det manglet rutiner og klare ansvarsområder for pasientsamtaler om seksualitet. Noen sykepleiere i studien oppgav at de var usikre på hva de skulle gjøre i den daglige rutinen. Grunnen til usikkerheten var ifølge artikkelen mangel på både kunnskap og ferdigheter. I likhet med Olsson framkom det i studien til Williams, Hauck & Bosco (2017) at denne mangelen var utfordrende for sykepleierne. Deltakere i studien trakk fram at det var uklart hvem sitt ansvar det var. I begge nevnte studier var mangel på kultur for å snakke om seksualitet et viktig funn. Disse funnene er av betydning for å kunne nå hensikten i denne oppgaven. Usikkerhet om hvem som skulle ta samtalen, når og hvordan den skulle gjennomføres var et dilemma for sykepleierne. Grunnet usikkerhet og av hensyn til pasientens rett til å få god informasjon og omsorg, trakk sykepleiere inn spesialister i stedet for å ta samtalen selv. (Williams et al., 2017, s.35-42). Ifølge studien til Olson (2012) framkom det videre at miljøet på avdelingen påvirker sykepleiers mulighet for å kunne samtale med pasienter om seksualitet. Organiseringen, ledelse og holdninger kunne både fremme, men også være til hinder for å legge til rette for samtaler om seksuell helse. Et eksempel var mangel på kontinuitet i kontakten mellom sykepleier og pasient (Olsson et al., 2012 s. 429).

6. Egne erfaringer og betraktninger

Gjennom denne oppgaven har vi fått belyst seksuelle utfordringer pasienter med gynekologisk kreft kan oppleve, samt hvilke barrierer sykepleierne opplever i møte med denne pasientgruppen. Som studenter har vi begge gjort oss erfaringer fra praksisperiodene. Vi har

erfart at sykepleier må være «den beste utgaven av seg selv», og unikt opptatt av den enkelte pasient for å gi god helhetlig omsorg og pleie. Det gjelder også pasienter omtalt i denne oppgaven. Det å vise empati og aktivt lytte til pasienten er avgjørende, og ofte en døråpner. Problemstillingen vi har valgt har flere aspekt og relevant teori og kunnskap har stor betydning. Sykepleie dreier seg alltid om mennesker. Vi er ikke i tvil om at sykepleiers egenskaper og holdninger er aller viktigst for å kunne gi god helhetlig sykepleie, og dermed fremme seksuelle helse til pasienter med gynekologisk kreft.

Litteraturliste

- Aars, H. (2021). Hva er seksuell helse? *Sykepleien forskning*, e-83165.
<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2021.83165>
- Cleary, V., Hegarty, J., & McCarthy, G. (2013). How a diagnosis of gynaecological cancer affects women's sexuality. *Cancer Nursing Practice*, 12(1), 32-37.
<http://ezproxy.uis.no/login?url=https://www.proquest.com/scholarly-journals/howdiagnosis-gynaecological-cancer-affects/docview/1324957319/se2?accountid=136945>
- Dalland, O. (2017) *Metode og oppgaveskriving* (6. utg) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk*. (3.utg.). Gyldendal Akademisk.
- Friberg, F. (2017). *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (3.utg). Studentlitteratur.
- Gamnes, S. (2016). Seksualitet og helse. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 2: Grunnleggende behov* (3.utg. bind 2, s. 373-407). Gyldendal Akademisk.
- Gjessing, R., Borg, T. & Dahl, A. A. (2013). Problemer med seksualitet. I C. E. Kiserud (Red.), *Kreftoverlevende: Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv* (2.utg, s.87-108). Gyldendal Akademiske.
- Harbin, E. (2022). *Retningslinjer for oppgaveskriving*. Universitetet i Stavanger [Hefte].
- Harbin, E. (2022). *Veiledningshefte for bacheloroppgave i sykepleie*. Universitetet i Stavanger [Hefte].

Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017-2022)*. https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf

Helsedirektoratet. (2021). *Sektorrapport om folkehelse 2021*.

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/sektorrapport-om-folkehelse/sunne-valg/seksuell-helse>

Hoel, V., Leite, M. & Grønvik, C. K. U. (2021, 9. februar). Sykepleiere må kunne snakke om seksuell helse etter gynekologisk kreft. *Sykepleien*.

<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2021.83455>

Kreftforeningen. (u.å.) *Behandling*. Hentet 10. november 2022 hentet fra

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

Kreftforeningen. (u.å.) *Cellegift*. Hentet 10. november 2022 fra <https://kreftforeningen.no/om-kreft/behandling/cellegift/>

Kreftforeningen. (u.å.) *Kirurgi*. Hentet 10. november 2022 fra <https://kreftforeningen.no/om-kreft/behandling/kirurgi/>

Kreftforeningen. (u.å.) *Strålebehandling*. Hentet 10. november 2022.

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

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

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

Nasjonalt kvalitetsregister for gynekologisk kreft. (2022). *Resultater og forbedringstiltak fra Nasjonalt kvalitetsregister for gynekologisk kreft (Årsrapport 2021)*. Kreftregisteret.

Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Reinart, L. M., (2007). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert- en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

NSF. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet 04. november 2022 fra <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

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

Saunamaki, 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/10.1111/jocn.12155>

Sekse, R. J. T., Dunberger, G. Olesen, M. L. Østerbye, M. & Seibaek, L. (2019). Lived experiences and quality of life after gynaecological cancer- An integrative review. (2019). *Journal of Clinical Nursing*, (9-10):1393-1421. <https://doi.org/10.1111/jocn.14721>

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. (2015). *Health care for women international*, 36:1255–1269. <https://doi.org/10.1080/07399332.2014.989436>

Store norske leksikon. (2022, 15. februar). *Psykoseksuell*. <https://snl.no/psykoseksuell>

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo. 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 : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 23(3), 831–839. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2433-7>

Wiig, H. (2017). *100 spørsmål med svar om kreft, seksualitet, samliv og sex: å vokse sammen i stedet for å gli fra hverandre*. Eget forlag: Haakon Wiig.

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 1: Søkelogg

Søkedato	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Valgte artikler
24.10.22	Oria	Seksuell helse OG gynekologisk kreft	<ul style="list-style-type: none"> • Publisert siste 10 år. • Norsk språklig. • Fagfelleurdert tidsskrifter • Artikler 	1	1	1	0
24.10.22	Oria	Sexuality AND gynecologic cancer	<ul style="list-style-type: none"> • Publisert siste 10 år. • Engelsk språklig. • Fagfelleurdert tidsskrifter • Artikler 	145	15	7	2
24.10.22	Cinahl	Sexuality AND Gynecological cancer AND issues	<ul style="list-style-type: none"> • År: 2012-2022 • Qualitative • Peer reviewed 	18	6	5	1
24.10.22	Cinahl	Sexual* AND cancer AND Gyn*	<ul style="list-style-type: none"> • År: 2015-2022 • Qualitative • Peer reviewed 	247	10	7	0
26.10.22	Cinahl	Cancer patient AND Nurse* AND Sexuality	<ul style="list-style-type: none"> • År: 2012-2022 • Qualitative • Peer reviewed 	66	7	2	1
26.10.22	Oria	Gynecologic cancer AND sexuality AND nurse	<ul style="list-style-type: none"> • Publisert siste 10 år. • Engelsk språklig. • Fagfelleurdert tidsskrifter • Artikler 	30	5	2	0
26.10.2022	Oria	PLISSIT AND Cancer AND Sex*	<ul style="list-style-type: none"> • Publisert siste 10 år. • Fagfelleurdert tidsskrifter 	50	5	2	0
27.10.2022	Oria	PLISSIT AND Cancer AND sexual* AND Gyn*	<ul style="list-style-type: none"> • Publisert siste 10 år. • Fagfelleurdert tidsskrifter 	7	3	1	0
28.10.2022	Oria	Nurse AND Sexuality AND patients	<ul style="list-style-type: none"> • Publisert siste 10 år. • Fagfelleurdert tidsskrifter 	1	1	1	0
28.10.2022	Oria	Sexuality AND Nurse AND Reflections	<ul style="list-style-type: none"> • Publisert siste 10 år. • Fagfelleurdert tidsskrifter • Engelsk språklig 	21	3	2	0
01.11.2022	Pubmed	Gynecolog* AND Sexual OR Sexuality AND Nurs* Role*	<ul style="list-style-type: none"> • Publisert siste 10år. • Fagfelleurdert • Engelsk språklig 	80	5	2	1

Vedlegg 2: Litteratormatrise

Forfatter(e) Årstall Tidsskrift Land	Artikkel tittel	Hensikten med studien	Perspektiv (sykepleier/pasient/pårørende)	Metode og analyse	Utvalg/ populasjon	Hovedfunn/ resultater
Sekse, R. J. T., Råheim, M. & Gjengedal, E. 2015 Health care for women international Norge		Hensikten med studien var å dykkedypere inn i hvordan kvinner opplever de seksuelle forandringene etter å ha overlevd gynekologisk kreft. Det settes søkelys på hvordan pasientenes møte med helsepersonell var knyttet til spørsmål om seksuell helse. I artikkelen tar de utgangspunkt i Løgsstrups livsfilosofi.	Pasient perspektiv	Artikkelen tar utgangspunkt i kvalitativ forskning. I forskingen intervjuet de pasienter og analyserte dataen sammen med alle 3 forfatterne.	Utvalget i studien var kvinner i alder 30-70år, som var langtidsoverlevende. 32 kvinner ble spurt om å delta, 16 takket ja. De gjennomførte dypdeintervju hvor kvinnene fikk dele sine erfaringer knyttet til seksualitet	Resultatet av forskingen var at kvinnene i studien opplever store kroppslige endringer etter gynekologisk kreft og at de ønsker at helsepersonell skal ta initiativ til samtaler angående seksualitet. Helsepersonell må møte kvinnene i deres ståsted og være åpen. Artikkelen viser til at det var mangel på åpenhet hos både pasientene og helsepersonellet.
Williams, N. F., Hauck, Y. L., & Bosco, A. M. 2017 European Journal of Oncology Nursing Australia	Nurses` perceptions of providing psychosexual care for woman experiencing gynaecological cancer	Hensikten med studien er økt forståelse på hvordan vest-australske sykepleiere gir psykoseksuel pleie til kvinner som har en gynekologisk kreftlidelse. De sammenligner også dette med andre sykepleiere på et globalt nivå.	Sykepleie perspektiv	Artikkelen er basert på kvalitativ forskning.	Utvalget i studien er 17 sykepleiere fra samme sykehus i Vest-Australia. De gjennomførte intervju en til en. I intervjuet svarte sykepleierne hva som fungerte/ikke fungerte når de ga psykoseksuel omsorg.	De kom frem til 5 hovedpunkter som påvirker tilbudet av psykoseksuell omsorg: <ol style="list-style-type: none"> 1. Sykepleier brukte strategier som: støtte pasienten og tilrettelegge for engasjement under diskusjon. 2. Kvinner har ulike psykoseksuelle behov. 3. sykepleierne påvirkes av egne og profesjonelle erfaringer, og verdier. 4. Systemet i helsetjenesten påvirker omsorgen. 5. Samfunnet påvirker holdninger knyttet til seksualitet

Kandidatnummer 1664 & 1598

<p>Olsson, C., Berglund, A.-L., Larsson, M. & Athlin, E.</p> <p>2012</p> <p>European Journal of Oncology Nursing</p> <p>Sverige</p>	<p>Patient's sexuality e A neglected area of cancer nursing?</p>	<p>Hensikten med studien var å beskrive sykepleiernes tanker angående samtaler om seksualitet med kreftpasienter.</p>	<p>Sykepleie perspektiv</p>	<p>Artikkelen er basert på kvalitativ forskning. De har tatt utgangspunkt i intervjuer på arbeidsplassen hvor de tolket dataene fenomenografisk.</p>	<p>Utvalget i studien er 10 sykepleiere fra 5 ulike avdelinger på et sykehus i Sverige. Informantene delte sine erfaringer og opplevelser knyttet opp mot samtaler om seksualitet med kreftpasienter.</p>	<p>Resultatet av studien var at: Analysen avdekket en hovedkategori og tre underkategorier.</p> <p>Hovedkategori:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sykepleiere burde snakke mer om seksualitet, men det gjøres vanligvis ikke. <p>Underkategori:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sykepleiers holdninger, kunnskaper og ferdigheter påvirker om de snakker om temaet. • Kun unntaksvis ble det snakket om seksualitet med pasienter innen kreftsykepleie. De gangene det ble gjort, var målet å gi informasjon og støtte med utgangspunkt i pasientenes seksuelle problemer. Dialogen dreide seg i hovedsak om praktiske spørsmål. • Avdelingsmiljøet påvirker om sykepleierne går i samtale med pasientene om seksualitet.
<p>Nina Saunamäki & Maria Engström</p> <p>2014</p> <p>Journal of Clinical Nursing,</p> <p>Sverige</p>	<p>Registered nurses' reflections on discussing sexuality with patients: responsibilities and fears</p>	<p>Hensikten med studien er å registrere sykepleiere sine refleksjoner rundt samtaler med pasienter om seksualitet.</p>	<p>Sykepleier perspektiv.</p>	<p>Artikkelen er basert på kvalitativ forskning. De intervjuet 10 sykepleiere og analyserte disse.</p>	<p>Utvalget i studien er sykepleiere fra tre ulike sykehus med forskjellig alder, kjønn, erfaring og videreutdanning.</p>	<p>Resultatet av studien er at sykepleiere synes det er vanskelig å snakke om seksualitet grunnet redsel, flauhet, fordommer, tidsklemme, lite tilgjengelighet til å snakke privat og mangel på ekstern støtte. Noen sykepleiere mente også at det var andre sitt ansvar</p>

Kandidatnummer 1664 & 1598

						og oppgave og snakke om temaet
Cleary, V., Hegarty, J., & McCarthy, G. 2013	How a diagnosis of gynaecological cancer affects women`s sexuality	Hensikten med studien er å finne ut hvordan en gynekologisk kreftlidelse påvirker pasientens seksualitet-	Pasientperspektiv	Artikkelen er basert på en kvalitativ metode hvor de tok i bruk semistrukturerte intervjuer.	Utvalget i studien er 8 pasienter med en gjennomgått gynekologisk kreftlidelse.	Resultatet fra studien viser at pasientene opplevde mangel på informasjon om seksualitet. Pasientene etterspør både skriftlig og muntlig informasjon om hvordan kreften påvirker seksualiteten.