

Kandidatnummer: 1514 og 1632

BSYBAC_6

Bacheloroppgave i sykepleie



**Universitetet
i Stavanger**

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i sykepleie

“Hvordan kan sykepleier ivareta seksuell helse hos kvinner som har gjennomgått behandling for gynekologisk kreftsykdom?”

[Stavanger, 21.12.2022]

[x] Jeg/vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet.

Forord

“Du har kjent den hele livet.

Kraften som får blodet til å bruse og suse.

Kraften som får huden til å rødme eller blekne.

[....]

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.

Snakk om kraft!”

Bent Høie

Tidligere helse- og omsorgsminister

(Helse- og omsorgsdepartementet, 2016)

Sammendrag

Bakgrunn: Seksuell helse er en viktig del av menneskers liv. Hos kvinner som er behandlet for gynekologisk kreft er dette ofte en problemstilling på grunn av de mange bivirkningene og senskadene behandlingen kan medføre. Dette er et tema som helsepersonell kan synes er vanskelig å ta opp.

Hensikt: Hensikten med oppgaven er å beskrive hvordan sykepleiere kan hjelpe kvinner med problemstillinger relatert til seksualitet etter gjennomgått behandling av gynekologisk kreft.

Metode: Oppgaven er en litteraturstudie hvor syv artikler er valgt ut for analyse. Vi har valgt å bruke Fribergs analysemetode. Metoden går ut på å se på likheter og forskjeller mellom artiklene, dele de opp i ulike temaer og deretter finne frem til vårt eget resultat og konklusjon.

Resultat: Resultatene fremholder at det er flere metoder og ressurser sykepleiere kan benytte seg av for å hjelpe pasienter relatert til seksuelle problemstillinger. Det fremkommer at pasientene ønsker mer informasjon og økt initiativ fra helsepersonell. Artiklene kom frem til ulike barrierer for hvorfor temaet ikke tas opp. Det ble også fremlagt ulike fysiske hjelpemidler som kunne være nyttige.

Diskusjon: Økt undervisning og kunnskap hos sykepleiere er viktig for å kunne hjelpe pasienter med seksuelle problemstillinger. Mer kunnskap kan gjøre det enklere for sykepleiere å ta opp temaet. Med mer kunnskap kan det oppleves enklere å prate om og sykepleiere vil ha mer informasjon å dele med pasientene. Det finnes modeller sykepleiere kan benytte for å starte samtalene.

Nøkkelord: Gynekologi, kreft, behandling, bivirkninger, seksualitet, seksuell helse, sykepleie, tabu, sex, intimitet og kvinner.

Innholdsfortegnelse

Forside

Forord

Sammendrag

Abstract

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	6
1.2 Problemformulering.....	6
1.3 Hensikt.....	6
2.0 Teori.....	7
2.1 Kreft.....	7
2.1.1 Gynekologisk kreft.....	7
2.1.2 Kreftbehandling.....	7
2.1.3 Bivirkninger.....	8
2.2 Tabubelagt tema.....	8
2.3 Kommunikasjon og relasjonsbygging.....	8
2.3.1 PLISSIT- og BETTER-modellene.....	9
2.4 Seksualitet og seksuell helse.....	10
2.5 Etikk.....	11
2.6 Pasienters rettigheter.....	12
3.0 Metode.....	13
3.1 Litteraturstudie.....	13
3.2 Litteratursøk.....	13
3.2.1 Databaser.....	13
3.2.2 Søkeord.....	14
3.2.3 Søkestrategi.....	14
3.2.4 Valg av artikler.....	14
3.3 Analyse.....	17
4.0 Resultat.....	18
4.1 Behov for informasjon.....	18
4.1.1 Beste tid til å ta opp temaet seksualitet.....	18
4.1.2 Helsepersonell må ta initiativ.....	18

4.1.3	En-til-en samtale.....	19
4.1.4	Peer support.....	19
4.1.5	Brosjyrer.....	19
4.1.6	Mer informasjon.....	20
4.2	Barrierer.....	20
4.2.1	Tabubelagt.....	20
4.2.2	Mangel på kunnskap.....	21
4.2.3	Mangel på tid.....	21
4.3	Fysiske hjelpemidler.....	21
4.3.1	Bekkenbunnsøvelser.....	21
4.3.2	Glidekrem.....	21
4.3.3	Dilatatorer.....	22
5.0	Diskusjon.....	23
5.1	Metodediskusjon.....	23
5.1.1	Geografi.....	23
5.1.2	Forskernes bakgrunn.....	23
5.1.3	Studiens deltakere.....	23
5.1.4	Studiens metoder.....	23
5.1.5	Integrativ litteraturstudie som metode.....	24
5.2	Resultatdiskusjon.....	25
5.2.1	Behov for informasjon.....	25
5.2.2	Barrierer.....	26
5.2.3	Fysiske hjelpemidler.....	28
5.2.4	Seksualitetens mangfold.....	29
5.3	Anvendelse i praksis.....	30
	Litteratur	32
	Vedlegg 1: Søkelogg	
	Vedlegg 2: Litteraturmatrise	

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Kvinnehelse omhandler helseforhold spesifikt blant kvinner, og er et tema vi synes det bør rettes mer fokus mot. Forskning viser at kvinnesykdommer fokuseres mindre på enn andre sykdommer (Folkehelseinstituttet, 2022a). De senere årene har det blitt fokus på å forbedre forskningen innen kvinnehelse. Vi anser denne bacheloroppgaven som en mulighet til å belyse et tema som er i vitenskapelig utvikling. Bacheloroppgaven fokuserer på kvinners seksuelle helse etter kreftbehandling. Sykepleier kan oppleve det som vanskelig å ta opp seksualitet med pasienter. Vi synes seksuell helse er et tema som ikke tas opp nok i helsetjenesten, da temaet kan oppleves tabubelagt. Seksuell helse er en viktig del av menneskers liv, og som sykepleier er det viktig at man kan hjelpe pasienter med problemstillinger relatert til dette på lik linje med andre behov (Gamnes, 2016, s. 373). Ved å fordype oss i temaet håper vi å kunne stille bedre forberedt til å hjelpe pasienter relatert til deres seksuelle helse som fremtidige sykepleiere.

1.2 Problemformulering

Flere norske kvinner rammes av gynekologisk kreft (Folkehelseinstituttet, 2022b). Behandlingen medfører ulike bivirkninger og mulige senskader, både fysiske, psykiske og seksuelle (Kreftforeningen, u.å.). Sykepleier må kunne samtale med pasienter om deres seksuelle helse. Seksuell helse er et tabubelagt tema som kan oppleves vanskelig å prate om. Derfor er det helsepersonells ansvar å ta opp disse temaene for å kunne hjelpe pasienten til best mulig livskvalitet. I denne bacheloroppgaven belyses ulike ressurser sykepleier kan benytte for å hjelpe disse pasientene. Bedre kunnskaper om temaet kan bidra til at sykepleiere blir bedre rustet til å hjelpe pasienter med slike problemstillinger. Dette kan føre til bedring av kvinners livskvalitet etter gjennomgått kreftbehandling.

1.3 Hensikt

Oppgavens hensikt er todelt. Den faglige hensikten er å beskrive hvordan sykepleiere kan hjelpe kvinner med problemstillinger relatert til seksualitet etter gjennomgått kreftbehandling. Oppgaven har også en formell hensikt som bacheloroppgave ved Universitetet i Stavanger. I oppgaven anvendes engelsk litteratur for å belyse problemstillingen. Vi har valgt å beholde sitater fra litteraturen på originalspråket for å unngå misvisende oversettelser og for å ivareta litteraturens integritet.

2.0 TEORI

2.1 Kreft

Kreft er en betegnelse på maligne tumorer. Tumorer oppstår ved ukontrollert celledeling. Maligne tumorer skiller seg fra benigne ved at de invaderer omkringliggende vev, eller metastaserer til andre deler av kroppen (Bertelsen et al., 2016, s. 128). Egenskapen til å metastasere gjør maligne tumorer farlige og i noen tilfeller dødelige.

2.1.1 Gynekologisk kreft

Gynekologisk kreft omhandler kreftsykdom i kvinnelige genitalia. De hyppigst forekommende krefttypene er cancer cervix, cancer corporis uteri og cancer ovarii. Kvinner kan også få kreft i vulva, vagina og eggledere, men disse krefttypene er langt sjeldnere. I 2021 ble 1777 kvinner diagnostisert med gynekologisk kreftsykdom i Norge (Kreftregisteret, 2022).

2.1.2 Kreftbehandling

Gynekologisk kreftsykdom behandles ofte med en kombinasjon av kirurgi, strålebehandling og cytostatika (Bertelsen et al., 2016, s. 138). Kombinasjonsbehandlingen bestemmes av krefttypen og hvor langtkommen sykdommen er. Gynekologisk kreftsykdom behandles først og fremst med kirurgi. Strålebehandling og cytostatika blir eventuelle tilleggsbehandlinger. De ulike behandlingsmetodene kan påvirke kroppslige funksjoner og seksualitet.

Ved kirurgi fjernes selve tumoren. Dersom tumoren befinner seg i organer som livmoren eller eggstokker, må ofte hele organet fjernes. De indre kvinnelige kjønnsorganene ligger tett på hverandre, og ved mistanke om spredning kan man måtte fjerne flere av organene rundt. Omkringliggende vev kan også måtte fjernes for å sørge for at alt tumorvev er borte (Bertelsen et al., 2016, s. 139). Strålebehandling er en annen behandlingsmetode som benyttes ved behandling av gynekologisk kreftsykdom. Strålebehandling medfører at tumoren krymper og forhindrer spredning, slik at resterende tumorvev kan fjernes med kirurgi. I noen tilfeller er strålebehandlingen kurativ alene (Bertelsen et al., 2016, s. 140). Cytostatikabehandling er sistnevnte av de vanligste behandlingsmetodene. Cytostatika dreper kreftcellene på ulike måter (Slørdal, 2018, s. 123).

2.1.3 Bivirkninger

Kreftbehandling kan medføre bivirkninger som påvirker seksualiteten. Vanlige bivirkninger som kan oppstå ved gynekologisk kreftbehandling er tørre og såre slimhinner, sammenvoksninger i vagina, mindre elastisitet i skjeden og kvalme (Bertelsen et al., 2016, s. 141-143). Noen pasienter må fjerne reproduktive organer ved kirurgi. Andre opplever at kirurgi medfører forkorting av skjeden (Jerpseth, 2016, s. 153-154). Dette kan ha innvirkning på seksuallivet, og flere kan ha behov for veiledning fra helsepersonell.

2.2 Tabubelagt tema

Seksualitet og seksuell helse kan for mange oppleves som tabubelagte temaer, som gjør at det kan være vanskelig å prate om. Ordet tabu betyr det som er forbudt, urørlig eller unevnelig (Almås, 2020). For flere mennesker og innen ulike kulturer kan seksualitet oppleves som tabubelagt. Dette kan føre til vanskeligheter når sykepleiere skal ta opp temaet med pasienter. Sykepleiere kan oppleve temaet vanskelig og ubehagelig. Pasienter kan oppleve det samme. Dette kan være utfordrende for sykepleiere som ønsker å hjelpe pasienter med disse problemstillingene.

2.3 Kommunikasjon og relasjonsbygging

Kommunikasjon og samhandling er grunnleggende for utøvelse av sykepleie.

Kommunikasjon er mer enn formidling av informasjon. Kommunikasjon benyttes for å bli kjent med pasienten, og for å hjelpe med å mestre sykdom og lidelse (Reitan, 2020, s. 104). Kommunikasjon benevnes som personorientert, helsefremmende og motiverende (Eide & Eide, 2017, s. 40). Sykepleiere må skape tillit som åpner for å prate om temaet seksualitet (Ulvund, 2019, s. 811). Omsorg, tillit og kontinuitet er sentralt (Dahl & Sørensen, 2016, s. 49). Kreftpasienter verdsetter kontakt med sykepleiere, samt det å føle seg anerkjent som enkeltindivid.

Kreftomsorg Rogaland har utarbeidet en brosjyre for helsepersonell om hvordan man kan samtale med pasienter vedrørende temaet seksualitet. Brosjyren gir helsepersonell et godt utgangspunkt for å ta opp temaet kreft og seksualitet med pasienter. Dette kan bidra til økt livskvalitet og sykdomsforebygging (Kreftomsorg Rogaland, 2021).

2.3.1 PLISSIT- og BETTER-modellene

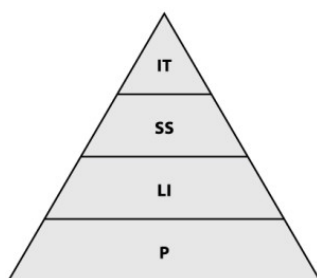
Pasienter kan ha behov for samtale, informasjon og støtte når seksualiteten endrer seg. Sykepleiere kan oppleve det som vanskelig å prate om seksualitet med pasienter. I 1976 utarbeidet psykologen Jack Annon PLISSIT-modellen. Modellen beskriver hvordan seksuelle problemer behandles på ulike nivåer. Pyramiden representerer ulike ansvarsfordelinger. (Gamnes, 2016, s. 396-401). Sykepleiere vil hovedsakelig arbeide på modellens to nederste nivåer med enklere intervensjoner, videre nivåer krever mer spesialisert kunnskap.

P - tillatelse: Sykepleier inviterer pasienten til å snakke om seksualitet. For de fleste vil problemene løses på modellens første nivå (Dahl & Sørensen, 2016, s. 248).

LI - begrenset informasjon: Sykepleier gir begrenset informasjon. Det kan innebære informasjon om sykdom, behandling og bivirkninger. Pasienten forsikres om at seksuelle bekymringer er normale, og eventuelle misforståelser avklares. Informasjon om eventuelle konsekvenser for seksuallivet bør foreligge (Dahl & Sørensen, 2016, s. 248).

SS - spesifikke forslag: Her gis spesifikke forslag om hvordan pasienten kan møte eventuelle seksuelle utfordringer. Eksempler kan være råd om seksuelle hjelpemidler (Dahl & Sørensen, 2016, s. 248). Informasjon og behandlingsmuligheter tilpasses pasienten (Gamnes, 2016, s. 400).

IT - intensiv terapi: Problemer som ikke er avhjulpet på modellens tre første nivåer krever mer spesialisert kunnskap innen sexologi og psykoterapi (Almås & Benestad, 2017, s. 72). Pasienten henvises videre til sexolog og medisinsk utredning. De færreste har behov for dette behandlingstilbudet (Dahl & Sørensen, 2016, s. 248).



Figur 1. PLISSIT-modellen, 2016, hentet fra eMetodebok . <https://emetodebok.no/kapittel/seksualitet-seksuelle-dysfunksjoner-og-sexologi/>

BETTER-modellen er et samtaleverktøy for seksualitet med en enkel struktur som er lett å anvende for sykepleiere. Modellen gir et utgangspunkt for å starte samtaler og er et verktøy for å kartlegge pasientens seksuelle behov (Blikstad et al., 2020).

B - bring: Sykepleier tar opp temaet seksualitet med pasienten.

E - explain: Sykepleier skaper rom for samtale om temaet seksualitet, og forklarer at seksualitet er en naturlig del av livet.

T - tell: Pasienten informeres vedrørende muligheter for videre hjelp.

T - timing: Samtalen tilpasses ut fra pasientens behov.

E - educate: Det gis informasjon om bivirkninger, senskader, medikamenter og hjelpemidler som kan fremme seksualiteten.

R - record: Sykepleier journalfører at temaet er tatt opp, og eventuelle råd som blir gitt.

(Dahl & Sørensen, 2016, s. 249)

2.4 Seksualitet og seksuell helse

Seksualitet er et grunnleggende behov som angår alle mennesker. Alle mennesker har en seksualitet og ulike seksuelle behov som må anerkjennes og respekteres (Almås & Benestad, 2017, s. 49). Seksualitet har betydning for menneskers livskvalitet. Den enkeltes seksualitet forandres gjennom livet og er en del av identiteten. Seksualitet kan omhandle nærhet, glede, ømhet, fantasier, intimitet, kjærlighet og reproduksjon. WHO definerer seksualitet som:

A central aspect of being human throughout life encompasses sex, gender identities and roles, sexual orientation, eroticism, pleasure, intimacy and reproduction. Sexuality is experienced and expressed in thoughts, fantasies, desires, beliefs, attitudes, values, behaviors, practices, roles and relationships. While sexuality can include all of these dimensions, not all of them are always experienced or expressed. Sexuality is influenced by the interaction of biological, psychological, social, economic, political, cultural, legal, historical, religious and spiritual factors. (WHO, 2006)

Seksuell helse kan defineres som fysisk, mental og sosial velvære relatert til seksualitet. God seksuell helse fremmer livskvalitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). WHO har definert seksuell helse.

A state of physical, emotional, mental and social well-being in relation to sexuality; it is not merely the absence of disease, dysfunction or infirmity. Sexual health requires a positive and respectful approach to sexuality and sexual relationships, as well as the possibility of having pleasurable and safe sexual experiences, free of coercion, discrimination and violence. For sexual health to be attained and maintained, the sexual rights of all persons must be respected, protected and fulfilled. (WHO, 2006)

Helse- og omsorgsdepartementet utarbeidet strategiplanen “snakk om det!” for seksuell helse. Her påpekes det at “vi snakker fortsatt for lite og for sjelden om at seksualiteten er en fantastisk kraft som kan gi god helse og høy livskvalitet [...]” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Seksualitet beskrives som en helsefremmende ressurs, samt at seksuell helse bidrar til god livskvalitet. Strategien skal bidra til god seksuell helse blant befolkningen. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

Gynekologisk kreftsykdom kan medføre kroppslige endringer eller funksjonsforandringer (Schjølberg, 2020, s. 132). På hvilken måte og i hvor stor grad seksualiteten påvirkes er avhengig av sykdommens alvorlighetsgrad. Kvinner kan møte ulike utfordringer gjennom sykdomsforløpet. For mange kan de kvinnelige kjønnsorganene være forbundet med helhet og kvinnelighet. Tap av organer og funksjoner kan oppleves traumatisk (Jacobsen, 2020, s. 607). Det kan være vanskelig å akseptere en endret kropp. Pasientens holdninger til endret kropp og livskvalitet kan ha innvirkning på seksualiteten (Gamnes, 2016, s. 396).

2.5 Etikk

Etikk er grunnlaget for omsorgsfull sykepleie, og omhandler hva som er godt og rettferdig.

Etikken krever bevissthet, empati og innlevelse (Magelssen & Pedersen, 2020, s. 23).

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere stadfester at “grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene” (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Det er spesielt viktig å arbeide etter retningslinjene i møte med problemstillinger relatert til pasientens seksualitet (Gamnes, 2016, s. 398). Tematikken krever varsomhet og respekt fra sykepleier. Sykepleier skal ivareta pasientens verdighet og integritet. Dette er viktig når man skal ta opp temaet seksualitet, som for flere kan oppleves privat og være vanskelig å prate om. Sykepleier må dessuten trå varsomt for å unngå å krenke pasienten.

Bluferdighet ivaretas ved å respektere pasientens grenser eller krenkes ved å gå utover disse (Jacobsen, 2020, s. 609). Bluferdigheten kan komme til uttrykk ved at det oppleves vanskelig å blottlegge private og intime deler av kroppen, noe kvinner med gynekologisk kreftsykdom stadig opplever. Kroppsdeler som oppleves private blir område for spørsmål, behandling og inspeksjon. Blottleggelse av intime soner kan forbindes med ubehag (Jacobsen, 2020, s. 609). Gynekologisk kreftsykdom kan gi ulike følelser og reaksjoner hos rammede. Sykepleier må bidra til å bearbeide situasjoner som kreftdiagnose, behandling og eventuelle seksuelle problemer. Dette vil være individuelt for hver pasient. Sykepleier må handle på en måte som er omsorgsfull og respektfull overfor pasienten.

2.6 Pasienters rettigheter

Pasienter har rett på informasjon om egen helse og helsehjelp, samt rett til å medvirke i avgjørelser som angår dem. Dette er lovfestet i pasient- og brukerrettighetsloven: “pasient eller bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasient eller bruker har blant annet rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder” (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). Loven stadfester også pasientens rett til informasjon. Det stadfestes at “pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger” (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2). Dette kan innebære informasjon om diagnose, prognose, nødvendige undersøkelser, behandlingsalternativer, bivirkninger og tidsperspektiv relatert til dette (Molven, 2016, s. 163). Ofte opplever pasienter mangelfull informasjon om hvordan seksualitet kan påvirkes av kreftsykdom (Blikstad et al., 2020). At pasienter opplever informasjonssvikt om seksualitet og bivirkninger relatert til kreftsykdom, kan ses på som brudd på informasjonsretten.

3.0 METODE

Metode er fremgangsmåten som brukes for å løse problemer eller finne kunnskap (Dalland, 2012, s. 111). Ulike metoder benyttes ut fra hva som er hensiktsmessig for det man skal undersøke. Metode deles inn i kvantitativ og kvalitativ metode. Kvantitativ metode gir målbare data (Dalland, 2012, s. 112). Kvalitativ metode handler om å skape forståelse for et fenomen, ved at man undersøker tanker, følelser, meninger og opplevelser (Thidemann, 2019, s. 76). Metodene kan også kombineres dersom dette er hensiktsmessig.

3.1 Litteraturstudie

Vi har valgt å benytte litteraturstudie som metode. Metoden baseres på å skape oversikt over kunnskap innenfor et tema, og deretter komme frem til egne konklusjoner basert på dette (Friberg, 2017, s. 141-142). Litteraturstudiens tema skulle være innenfor sykepleiers arbeidsområde. Seksualitet angår alle mennesker. Sykepleiere bør kunne følge opp pasienters seksuelle helse etter kreftbehandling ettersom seksuell helse er et grunnleggende behov.

Ved anvendelse av litteraturstudie som metode søkes det etter eksisterende vitenskapelig litteratur (Thidemann, 2019, s. 81). Deretter utføres et utvalg av artiklene som egner seg best til oppgavens formål. Artiklene analyseres med tanke på teori, metode, analysemetoder, resultat og diskusjon. Resultatene sammenstilles for å se på likheter og ulikheter (Friberg, 2017, s. 149).

Det finnes både allmenn og integrativ litteraturoversikt. Begge skaper en oversikt over fagområdet (Friberg, 2017, s. 143). Forskjellen på disse er at en integrativ litteraturoversikt går ett steg lenger enn den allmenne, og man kommer frem til egne tolkninger og konklusjoner basert på resultatene i artiklene (Friberg, 2017, s. 150). Dette vil være bacheloroppgavens endelige resultat, en sammenfatning av forskningen med egne tolkninger og konklusjoner. Annen relevant litteratur benyttes for å støtte opp resultatene.

3.2 Litteratursøk

3.2.1 Databaser

For å finne valgte artikler har vi foretatt søk i databasene Oria, British Nursing Index, PubMed, Cinahl, SveMed+ og Idunn. Valgte artikler ble hovedsakelig funnet gjennom Oria, ettersom den ble benyttet først. Resterende artikler ble funnet ved søk i Cinahl og PubMed. Valgte artikler fra Oria dukket også opp ved søk i andre databaser. Vi var ikke i stand til å

finne relevante artikler som ikke var duplikater av allerede valgte artikler ved søk i SveMed+, British Nursing Index og Idunn. Dermed er valgte artikler fra tre ulike databaser.

3.2.2 Søkeord

Søkene ble foretatt på engelsk, ettersom vi ikke var i stand til å finne relevante artikler ved søk på norsk. Flere databaser medførte ingen treff på valgte kombinasjoner av søkeord. Dermed foretok vi søkene på engelsk. Søkeordene som ble brukt er Gynecology*, Cancer, Sex*/Sexual*/Sexuality*, Intimacy, Nurse*/Nurs*/Nursing* og enten Radiation, Treatment eller Chemotherapy, i ulike kombinasjoner. Nevnte søkeord gav flere treff på de ulike databasene, men var samtidig avgrensede ettersom artiklene var relevante for oppgavens problemstilling. En nøyaktig beskrivelse av foretatte søk finnes i vedlegget av søkeloggen.

3.2.3 Søkestrategi

Søkene inneholdt inklusjons- og eksklusjonskriterier. Kriteriene begrenset søkeresultatene, slik at det mest relevante fremkom (Dalland, 2012, s. 70). Et viktig kriterie var at artiklene omhandlet sykepleiers arbeidsområde, samt kvinner som er behandlet for gynekologisk kreft. Artiklene beskrev tiltak som sykepleiere kunne bruke for å hjelpe kvinnene. Kriteriene ble satt for å forsikre at artiklene passet til oppgavens hensikt. Artiklene måtte være vitenskapelige, empiriske artikler som presenterte relevant og ny kunnskap, og dessuten fulgte IMRaD-strukturen. Vi avgrenset søket til artikler publisert mellom 2013 og 2022. Artiklene var fagfelleurderte. Vi valgte å kun inkludere artikler fra vestlige land, herav Europa, USA, Canada og Australia, slik at resultatene var mest mulig overførbare og sammenlignbare med norske forhold.

3.2.4 Valg av artikler

Valgte artikler beskrev ulike sykepleietiltak for å hjelpe kvinner i forhold til seksualitet etter kreftbehandling. Noen artikler fokuserte på fysiske tiltak, andre fokuserte på psykiske tiltak og hvordan man kan samtale med pasienter om temaet. Vi mener at artiklene gir et spekter av ulike tiltak som er relevante for problemstillingen. Artiklene benytter ulike metoder for å komme frem til sine resultater. Noen av artiklene baseres på spørreundersøkelser, andre på intervjuer. Dermed har noen av artiklene benyttet kvalitativ metode, andre kvantitativ metode. Ved å bruke artikler som benytter seg av ulike metoder belyses problemstillingen på ulike måter. Seks av syv valgte artikler er skrevet fra pasientens perspektiv. Samtidig valgte vi å inkludere en artikkel skrevet fra helsepersonells perspektiv. Helsepersonells tanker

vedrørende problemstillingen er relevant ettersom helsepersonell skal hjelpe pasientene relatert til disse utfordringene. Den ene artikkelen er basert på intervjuer fra tidlig 2000-tallet. Vi valgte å inkludere denne artikkelen på tross av intervjuenes alder ettersom de beskriver de menneskelige opplevelsene relatert til vår problemstilling. Vi mener at disse opplevelsene ikke har endret seg drastisk de siste årene, og at resultatene fremdeles er relevante for vår oppgave. Bruk av ulike metoder og perspektiver blant artiklene bidrar til å belyse problemstillingen på ulike måter og fra ulike sider.

Tabell 1. Oversikt over analyserte artikler.

Forfattere, årstall, tittel	Tema	Hensikt	Perspektiv	Metode
<p>Artikkel 1</p> <p>A nurse- and peer-led psycho-educational intervention to support women with gynecological cancers receiving curative radiotherapy: The PeNTAGOn randomized controlled trial – ANZGOG 1102 (2020)</p> <p>Schofield, P., Geough, K., Pascoe, M., Bergin, R., White, K., Moleshkin, L., Bernshaw, D., Kinnane, N., Jackson, M., Do, V., Brand, A., Aranda, S., Cheuk, R., Drosdowsky, A., Penberthy, S. & Juraskova, I.</p>	<p>Støtte til kvinnelige overlevende av gynekologisk kreft</p>	<p>Evaluerer påvirkning av kombinert støtte fra sykepleier og tidligere pasienter på blant annet psykologisk stress, livskvalitet, psykoseksuell funksjon, umøtte behov og vaginal stenose</p>	<p>Pasient</p>	<p>Spørreskjema</p> <p>Kvantitative resultater</p> <p>318 pasienter fra 6 institusjoner i Australia</p>
<p>Artikkel 2</p> <p>Psychosexual support for gynecological cancer survivors: professionals' current practices and need for assistance (2015)</p> <p>Vermeer, W. M., Bakker, R. M., Stiggelbout, A. M., Creutzberg, C. L., Kenter, G. G. & ter Kuile, M. M.</p>	<p>Hvordan helsepersonell hjelper kvinner som har overlevd gynekologisk kreft</p>	<p>Evaluerer helsepersonells nåværende psykoseksuelle støtte til pasienter og barrierer for å gi denne støtten og hvilket behov som finnes for opplæring og assistanse</p>	<p>Helsepersonell</p>	<p>Intervju</p> <p>Kvalitative resultater</p> <p>20 leger og 10 sykepleiere fra 9 institusjoner i Nederland</p>

<p>Artikkel 3</p> <p>A nurse-led sexual rehabilitation intervention after radiotherapy for gynecological cancer (2017)</p> <p>Bakker, R. M., Mens, J. W., De Groot, H. E., Tuijnman-Raasveld, C. C., Braat, C., Hompus, W. C. P., Poelman, J. G. M., Laman, M. S., Velema, L. A., de Kroon, C. D., van Doorn, L., Creutzberg, C. L. & ter Kuile, M. M.</p>	<p>Tiltak for å hjelpe kvinner med seksuell helse etter behandling for gynekologisk kreft</p>	<p>Undersøke effektiviteten av sykepleietiltak for seksuell helse og bruk av vaginale dilatatorer</p>	<p>Pasient</p>	<p>Spørreskjema og intervjuer</p> <p>Kvantitative og kvalitative resultater</p> <p>20 pasienter fra Nederland deltok</p>
<p>Artikkel 4</p> <p>Sexual health as part of gynecological cancer care: What do patients want? (2018)</p> <p>Hay, C. M., Donovan, H. S., Hartnett, E. G., Carter, J., Roberge, M. C., Campbell, G. B., Zuchelkowski, B. E. & Taylor S. E.</p>	<p>Hvordan hjelpe pasienter med seksuell helse etter behandling for gynekologisk kreft</p>	<p>Skape forståelse for pasienterfaringer og hva pasienter foretrekker når det gjelder seksuell helsehjelp</p>	<p>Pasient</p>	<p>Spørreskjema</p> <p>Kvantitative resultater</p> <p>83 pasienter i USA deltok</p>
<p>Artikkel 5</p> <p>Shyness and openness – common ground for dialogue between health personnel and women about sexual and intimate issues after gynecological cancer (2014)</p> <p>Sekse, R. J. T., Råheim, M. & Gjengedal, E.</p>	<p>Dialog om seksuell helse mellom pasient og helsepersonell</p>	<p>Undersøke hvordan kvinner behandlet for gynekologisk kreft opplevde dialog med helsepersonell om problemer relatert til seksualitet og intimitet</p>	<p>Pasient</p>	<p>Intervjuer</p> <p>Kvalitative resultater</p> <p>16 kvinner i Norge deltok</p>
<p>Artikkel 6</p> <p>Supportive care needs after gynecological cancer: Where does sexual health fit in? (2014)</p> <p>McCallum, M., Joliecoeur, L., Lefebvre, M., Babchishin, L. K.,</p>	<p>Hvordan hjelpe pasienter med seksuell helse etter behandling for gynekologisk kreft</p>	<p>Beskrive hvilke behov pasienter har for hjelp med seksuelle problemer</p>	<p>Pasient</p>	<p>Spørreskjema</p> <p>Kvantitative resultater</p> <p>113 kvinner i Canada deltok</p>

Robert-Chauret, S., Le, T. & Lebel, S.				
Artikkel 7 Development of a patient education resource for women with gynecological cancers: cancer treatment and sexual health (2013) Matzo, M., Graham, C., Troup, C. L. & Ferrell, B.	Hvordan hjelpe pasienter med seksuell helse etter behandling for gynekologisk kreft	Utvikle en guide for seksuell helse undervisning for kvinner som er behandlet for gynekologisk kreft	Pasient	Individuelle intervjuer og intervjuer i grupper Kvalitative resultater Åtte kvinner deltok på individuelle intervjuer, åtte til deltok på intervju i grupper, i USA

3.3 Analyse

Vi anvendte analysemetoden beskrevet av Friberg. Vi leste først artiklene for å forstå helheten. Deretter oppsummerte vi artiklene med viktige poeng og temaer, for å se på likheter og ulikheter mellom artiklene (Friberg, 2017, s. 148). Metoden gav oss oversikt over artiklenes innhold og hjalp oss å sortere resultatene. Vi bemerket hvilke temaer som var gjentakende, og delte disse inn i kategorier (Friberg, 2017, s. 149). På denne måten ble artiklene sett samlet for å finne frem til vårt eget resultat og konklusjon ved å syntetisere resultatene fra utvalgte artikler til en ny helhet (Friberg, 2017, s. 150). Ved å følge analysemetoden har vi fått med oss viktige temaer fra de utvalgte artiklene, og dermed dannet en oversikt. Ved å sammenligne og drøfte de ulike resultatene kunne vi komme frem til vår egen tolkning, som en oppsummering av eksisterende forskning.

4.0 RESULTAT

I analysen av forskningsartiklene utarbeidet vi tre hovedkategorier og tolv underkategorier.

Tabell 2. Oversikt over hoved- og underkategorier.

Hovedkategori	Underkategori
Behov for informasjon	Beste tid å ta opp temaet seksualitet Helsepersonell må ta initiativ En-til-en samtale Peer support Brosjyrer Mer informasjon
Barrierer	Tabubelagt Mangel på kunnskap Mangel på tid
Fysiske hjelpemidler	Bekkenbunnsøvelser Glidekrem Dilatator

4.1 Behov for informasjon

4.1.1 Beste tid å ta opp temaet seksualitet

Studien til Hay, Donovan, Hartnett, Carter, Roberge, Campbell, Zuchelkowski & Taylor (2018) fremlegger pasientperspektivet på diskusjon om seksualitet i ulike faser av behandlingen. Ved spørsmål om når pasientene ønsket at seksualitet og intimitet skulle diskuteres, sa 40% oppfølgingsfasen. Flertallet foretrakk samtaler om seksualitet etter selve kreftbehandlingen (Hay et al., 2018, s. 4).

4.1.2 Helsepersonell må ta initiativ

Gynekologisk kreftsykdom kan medføre kroppslige endringer og psykiske påkjenninger, som kan være vanskelige for pasient og helsepersonell å samtale om. Pasientene kan ha behov for informasjon og veiledning. Kvinnene i studiene ønsket å prate med helsepersonell om hvilke innvirkninger kreftsykdommen hadde på deres liv og eventuelle kroppslige endringer. Dessuten ønsket kvinnene i studien til Sekse, Råheim & Gjengedal (2014) at helsepersonell tok initiativ til samtale (Sekse et al., 2014, s. 1256). Kvinnene virket såret grunnet mangelfull informasjon om kroppslige endringer og konsekvenser for deres seksualitet. Samtidig viste studien at helsepersonell i enkelte tilfeller besvarte intime spørsmål med vage svar (Sekse et al., 2014, s. 1264-1265). Flertallet av helsepersonell i studien til Vermeer, Bakker, Stiggelbout, Creutzberg, Kenter & Kuile (2015) rapporterte at de tok initiativ til samtale om seksualitet (Vermeer et al., 2015, s. 836).

4.1.3 En-til-en samtale

Studien til McCallum, Joliecoeur, Lefebvre, Babchishin, Chauret & Lebel (2014) ba deltakerne velge ønsket samtaleform. Det fremkom at kvinnene foretrakk en-til-en samtale, spesielt for psykologiske, emosjonelle og seksuelle behov. Gruppesamtaler var det minst populære alternativet blant deltakerne. Dette kan skyldes ubehag, sjenanse og andre barrierer (McCallum et al., 2014, s. 301-303).

4.1.4 Peer support

Studien til Schofield, Geough, Pascoe, Bergin, White, Moleshkin, Bernshaw, Kinnane, Jackson, Brand, Aranda, Cheuk, Drosdowsky, Penberthy & Juraskova (2020) rapporterte viktigheten av "peer-support" ved gynekologisk kreftsykdom. Støtte fra andre kreftoverlevende kan øke pasientens selvtillit og håp, samt hjelpe pasienten til å forstå egen sykdom og behandling (Schofield et al., 2020, s. 786-787).

4.1.5 Brosjyrer

Helsepersonell i studien til Vermeer et al. (2015) ble spurt hvordan de gav pasienter informasjon angående kreftsykdom og seksualitet. Flertallet fortalte at de gav muntlig informasjon. Totalt tre fagpersoner viste til tilgjengelig brosjyremateriell, og rapporterte at de gav pasienter et hefte om kreft og seksualitet (Vermeer et al., 2015, s. 833). 17% av deltakende pasienter i studien til McCallum et al. (2014) antydte at skriftlig informasjon kunne bidra til å dekke deres seksuelle helsebehov (McCallum et al., 2014, s. 301). Studien til Bakker, Mens, Groot, Tuijnman-Raasveld, Braat, Hompus, Poelman, Laman, Velema, Kroon, Doorn, Creutzberg & Kuile (2017) benevnte at pasientene fikk utdelt et informasjonshefte som ble utviklet av et tverrfaglig team bestående av sexologer, onkologer og kreftsykepleiere (Bakker et al., 2017, s. 729-730).

Kvinnene i studien til Matzo, Graham, Troup & Ferrell (2013) rapporterte at de ønsket bedre informasjon. Kvinnene fortalte at brosjyrer og litteratur var tilgjengelig, men ikke dekket deres behov og ble dessuten gitt for sent i kreftforløpet (Matzo et al., 2013, s. 347). En av kvinnene sier følgende: "Gotta read something while you're [in treatment]. [The pamphlets] should be everywhere!" (Matzo et al., 2013, s. 347). Barrierer ved slik skriftlig informasjon var at pasienter ofte ikke forsto innholdet (Matzo et al., 2013, s. 347).

4.1.6 Mer informasjon

Matzo et al. (2013) rapporterte at kvinnene ønsket mer informasjon angående mulige seksuelle endringer. Flere var ikke forberedt på endringer i seksuallivet. Kreftsykdom og behandling kan medføre seksuelle utfordringer. Studien dokumenterte hvordan pasienter følte at seksualitet og intimitet ble ignorert i kreftomsorgen (Matzo et al., 2013, s. 347-348).

“I prefer that, at least, I have information, so the more information I have, the more I’ll be [informed], if it’s online, or if it’s a speaker, or whatever...I just remember getting all the information I could; however, information about intimacy was very limited out there. You know, could you have sex, could you not? What was viable [and] what wasn’t after surgery? Frankly, no one ever talked to me about that, if you want to know the truth. Anything that I did find, I pursued it and looked for it, but it was a bullet point, or two or three in a brochure that was given to me by a nurse or a doctor or whoever. That’s all I got... a couple of bullet points, and that’s really not enough.” (Matzo et al., 2013, s. 347)

Studien til Sekse et al. (2014) rapporterte om mangelfull informasjon hos deltagende kvinner vedrørende seksualliv etter kreftbehandling. Kvinnene fortalte at de var skuffet over å ikke ha mottatt informasjon om kroppslige forandringer eller eventuelle konsekvenser for seksuallivet (Sekse et al., 2014, s. 1261-1264).

“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., 2014, s. 1263)

4.2 Barrierer

4.2.1 Tabubelagt

Flertallet av helsepersonellet i studien til Vermeer et al. (2015) beskrev seksualitet som tabubelagt. Ifølge mange hadde pasienter vansker med å prate om seksualitet (Vermeer et al., 2015, s. 836). I møte med helsepersonell ble intimitet og seksualitet forbundet med stillhet. Dermed ble kvinnene mer eller mindre overlatt til seg selv med sin endrede kropp og seksualitet. Deltakerne avslørte sjenanse og sårbarhet i håndteringen av spørsmål om seksualitet og intimitet (Sekse et al., 2014, s. 1260-1266).

I studien til Hay et al. (2018) rapporterte et flertall av kvinnene at den største barrieren for å diskutere seksualitet og intimitet var deres eget ubehag. I studien rapporterte over halvparten av deltakerne at seksualitet var uviktig, og nesten en fjerdedel mente at helsepersonell ikke burde ta opp seksualitet (Hay et al., 2018, s. 4-5). Studien til McCallum et al. (2014) rapporterte også at flere pasienter ikke ønsket hjelp med identifiserte behov. Ved spørsmål om de ønsket hjelp med generelle seksuelle helsebehov, svarte de fleste “nei” eller “usikre”.

Derimot oppga 24% at de ønsket å diskutere temaet seksualitet (McCallum et al., 2014, s. 305).

4.2.2 Mangel på kunnskap

Sekse et al. (2014) rapporterte at mangel på kunnskap og kommunikativ erfaring var årsaker blant helsepersonell til å ikke ta opp temaet (Sekse et al., 2014, s. 1265). En tredjedel av helsepersonell i studien til Vermeer et al. (2015) fortalte at de ønsket mer kunnskap og opplæring om hvordan diskutere sensitive temaer som seksualitet med pasienter.

Helsepersonell ønsket å lære mer om seksuelle utfordringer etter kreftsykdom for å bedre kunne informere pasientene sine (Vermeer et al., 2015, s. 836). Studien til McCallum et al. (2014) påpekte at sykepleiere burde få opplæring i å samtale omkring temaet seksualitet for å øke kvaliteten på omsorgen (McCallum et al., 2014, s. 305).

4.2.3 Mangel på tid

Studien til Hay et al. (2018) belyste flere medvirkende årsaker til mangelfull seksuell helsehjelp. Blant disse benevnes mangel på tid (Hay et al., 2018, s. 2). Dette støttes opp av studien til Matzo et al. (2013). Også her ble mangel på tid fremhevet som en årsak (Matzo et al., 2013, s. 344). I studien til Vermeer et al. (2015) nevnte en tredjedel av helsepersonellet mangel på tid som en barriere for å diskutere seksualitet med pasienter (Vermeer et al., 2015, s. 836).

4.3 Fysiske hjelpemidler

4.3.1 Bekkenbunnsøvelser

I studien til Schofield et al. (2020) rapporterte flertallet av deltakerne at de utførte bekkenbunnsøvelser. Bekkenbunnsøvelser ble demonstrert under konsultasjon med sykepleier. Kvinnene som fikk ekstra oppfølging fra sykepleier utførte øvelsene oftere enn andre kvinner en og seks måneder etter behandlingsstart (Schofield et al., 2020, s. 391).

4.3.2 Glidekrem

Omtrent halvparten av kvinnene i studien til Vermeer et al. (2015) mottok informasjon om bruk av smøremidler (Vermeer et al., 2015, s. 833). Helsepersonell ønsket imidlertid mer informasjon tilgjengelig. Informasjonen burde blant annet inneholde praktiske råd, for eksempel om ulike smøremidler. Flertallet av helsepersonellet gav råd om smøremidler.

Spesifikke forslag om smøremiddelbruk faller innenfor nivå tre av PLISSIT-modellen (Vermeer et al., 2015, s. 836-837).

Videre nevnte også studien til Schofield et al. (2020) bruk av fuktighetskremer og smøremidler i skjeden (Schofield et al., 2020, s. 787). Studien til Matzo et al. (2013) viser til en A-Z veileder som kan brukes i pasientopplæring relatert til seksuelle endringer. M - moisture benevnte viktigheten av smøremiddelbruk (Matzo et al., 2013, s. 345-347).

4.3.3 Dilatator

Deltakerne i studien til Schofield et al. (2020) skulle motta strålebehandling med kurativ hensikt. Opptil halvparten av pasientene rapporterte kroniske seksuelle vansker etter behandlingen (Schofield et al., 2020, s. 785-786). Et flertall av kvinnene rapporterte at de brukte en vaginal dilatator (Schofield et al., 2020, s. 791). I studien til McCallum et al. (2014) rapporterte 42% av deltakerne at skjeden deres “felt too small”. Råd om dilatatorbruk ble nevnt (McCallum et al., 2014, s. 300).

Vermeer et al. (2015) fremla at seksuelle dysfunksjoner kan være plagsomme og har blitt rapportert hos flere pasienter behandlet for gynekologisk kreftsykdom (Vermeer et al., 2015, s. 831). Flertallet av helsepersonellet rapporterte at de anbefalte bruk av dilatator til strålebehandlede kreftpasienter. Dette kan forhindre sammenvoksninger av skjeden. Helsepersonellet la til at dette var viktig for vellykket seksuell omgang, samt fysiske undersøkelser av skjeden (Vermeer et al., 2015, s. 836). Studien til Bakker et al. (2017) nevnte også at regelmessig bruk av dilatatorer etter strålebehandling kan være en viktig komponent i seksuell rehabilitering av gynekologisk kreftsykdom. Til tross for dette rapporterte flertallet av pasientene at de ikke greide å følge instruksjonene for bruk av dilatator grunnet angst for smerter, negative følelser eller mangel på støtte. Under sykepleieintervensjonen ble deltakernes seksuelle funksjon forbedret, og de fleste deltakerne utvidet seg regelmessig ved å gradvis gjenoppta samleie med partner eller bruke vaginale dilatatorer (Bakker et al., 729-735).

5.0 DISKUSJON

5.1 Metodediskusjon

5.1.1 Geografi

Valgte studier ble utført i Norge, USA, Canada, Australia og Nederland. Vi valgte artikler fra vestlige land for å få resultater som var mest mulig overførbare til norske forhold. Andre vestlige land har helsevesen og kultur som er mer lik Norge. Vi ønsket at valgte studier skulle belyse tiltak som kunne anvendes i norsk helsevesen.

5.1.2 Forskernes bakgrunn

Vi foretok sekundærsøk på artikkelforfatterne vedrørende kvalifikasjoner. Det fremkom at samtlige artikler var skrevet av minst en professor. Andre involverte faggrupper var sykepleiere, leger, psykologer og onkologer. Flere av artikkelforfatterne har doktorgrader. Søket viste at flere av forfatterne har andre publiserte forskningsartikler, hvorav flere av disse var innen gynekologisk onkologi. Dermed følte vi at artiklene var av god kvalitet og vitenskapelig nivå.

5.1.3 Studienes deltakere

Deltakerne i studiene var kvinner, med unntak av studien fra helsepersonells perspektiv. Deltakerne hadde ulike sosiale bakgrunner og aldre. De yngste deltakerne var i 20-årene, de eldste i 80-årene. Deltakerne var av ulike sivilstander. Flere hadde barn, andre ikke. Studiene dekket et spekter av kreftdiagnoser. Dette førte til at kvinnene hadde gjennomgått ulike typer behandling, både kirurgi, strålebehandling og cytostatikabehandling. Studiene dekket et bredt spekter kvinner, og inkluderte dermed ulike perspektiver. En av studiene intervjuet helsepersonell vedrørende deres tanker omkring tematikken. Flertallet av helsepersonellet var kvinner, og de fleste hadde over ti års erfaring innen gynekologisk onkologi. Deres erfaringer kan derfor også bidra til å belyse problemstillingen.

5.1.4 Studienes metoder

Studiene benyttet seg av både kvalitativ og kvantitativ metode. Noen av studiene hadde større omfang og flere deltakere. Disse benyttet seg hovedsakelig av kvantitative metoder som spørreskjema for å få kartlagt temaet hos et større antall deltakere. Spørreskjema ble oftest brukt som metode når studien hadde til hensikt å evaluere ulike tiltak brukt av helsepersonell. Andre studier benyttet seg av kvalitative metoder som individuelle intervjuer og

gruppeintervjuer. Denne metoden er mer tidkrevende, og studiene hadde færre deltakere. Kvalitativ metode ble oftere brukt i studier som gikk i dybden på kvinners erfaringer med helsepersonell, slik at de kunne uttrykke seg fritt og ikke var bundet til svaralternativer. Vi synes inklusjonen av studier med begge metodene bidrar til å belyse problemstillingen på ulike måter. De kvantitative studiene gav et mer generelt overblikk basert på hundrevis av deltakere, mens de kvalitative studiene gav en mulighet til å gå mer i dybden for å utforske tanker og opplevelser hos deltakerne. Samtlige studier ivaretok etiske forhold ved at deltakerne fikk informasjon om studien, samt at deltakelse var frivillig. Deltakerne ble anonymisert ved å utelate eller endre navn.

Vi ser på resultatene i artiklene som troverdige. Alle studiene var utført de siste ti årene. Etter å ha foretatt sekundærsøk så vi at artikkelforfatterne var kvalifiserte innenfor fagområdet. Flere av artiklene kom frem til lignende resultater, samtidig som det var noen ulikheter. Disse ulikhetene kan skyldes et bredt spekter av deltakere, som kan ha ulike meninger. Tiltak for hvordan sykepleier kan hjelpe pasienter med problemstillinger relatert til seksualitet var lignende i flere av artiklene. På grunn av samstemmingen i resultater føler vi oss trygge på at resultatene er troverdige og nyttige.

5.1.5 Integrativ litteraturstudie som metode

Vi mener at bruken av integrativ litteraturstudie var hensiktsmessig for vår oppgave. Ved å analysere relevant forskning har vi identifisert tiltak sykepleiere kan benytte relatert til seksuelle problemstillinger hos pasienter. Vi valgte å bruke syv artikler for å få et bredt perspektiv. Vi mener at de syv artiklene har bidratt til å belyse vår problemstilling på ulike måter. Enda flere artikler ville belyst det enda bedre, men med begrensninger i oppgaven var ikke dette gjennomførbart. Alle artiklene var på engelsk. På tross av at vi har analysert dem etter beste evne kan det ha forekommet misforståelser på grunn av språk. De fleste artiklene var spesielt rettet mot kreftpasienter og seksuell helse. En artikkel undersøkte flere temaer, hvorav seksualitet var et av disse. Vi inkluderte det relevante fra artikkelen. Noen av artiklene hadde spesielt fokus på hvordan helsepersonell kan prate med pasienter om seksualitet. Andre fokuserte mer på fysiske tiltak. Dette gav oss et spekter av tiltak.

Noen av søkene vi foretok kunne ha vært mer spesifikke. Noen gav mange resultater. Basert på artikkeltitlene kunne vi likevel utelukke flere av artiklene. Ved å lese flere sammendrag og artikler fikk vi plukket ut artikler som var relevante for vår hensikt. Dog kan det hende at vi

utelukket artikler som kunne ha bidratt til våre resultater. Vi synes imidlertid at vi har fått nyttige resultater fra valgte artikler. Analysemetoden vår fikk tydelig frem de ulike kategoriene som artiklene fokuserte på og skapte en oversikt over feltet. Dette hjalp oss til å komme frem til vårt endelige resultat.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Behov for informasjon

Pasient- og brukerrettighetsloven stadfester at «pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innhold i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2). Dette innebærer informasjon om hvordan seksualiteten kan påvirkes av gynekologisk kreftsykdom. Flere av studiene fremlegger at kreftpasientene har behov for informasjon vedrørende behandlingsforløp, samt konsekvenser for seksuell helse. Gynekologisk kreftbehandling kan medføre bivirkninger som tørre og såre slimhinner, sammenvoksninger i vagina og mindre elastisitet (Bertelsen et al., 2016, s. 141-143). Dette kan påvirke kvinnenes seksualliv, og de kan ha behov for veiledning fra helsepersonell. Flere av kvinnene mottok ikke informasjon om kroppslige forandringer eller eventuelle konsekvenser for seksualliv etter behandling. Kvinnene ønsket mer informasjon (Matzo et al., 2013, s. 347-348; Sekse et al., 2014, s. 1261-1264).

Imidlertid rapporterte noen av pasientene at seksualitet var uviktig, og at det ikke burde tas opp (Hay et al., 2018, s. 4-5; McCallum et al., 2014, s. 305). Dette kan muligens skyldes at seksuell helse og seksualitet er tabubelagte temaer, som kan gjøre det vanskelig å prate om (Almås, 2020). Hovedsakelig ønsker pasienter å prate med helsepersonell om hvilke innvirkninger kreftsykdommen har på deres liv og kropp. Flere helsepersonell tok initiativ til samtale om seksualitet, samtidig gjorde andre ikke (Sekse et al., 2014, s. 1256; Vermeer et al., 2015, s. 836). Ofte vegrer sykepleiere seg for å prate om seksualitet med kreftpasienter. Dette kan skyldes at sykepleier anser andre problemstillinger som viktigere, grunnet manglende oppmerksomhet på pasienters seksuelle helse. Andre grunner kan være manglende kompetanse, usikkerhet eller redsel for å trække over pasientens grenser. Dette kan oppleves utfordrende for sykepleier. Sykepleier kan benytte PLISSIT- og BETTER-modellene ved samtale om seksualitet. PLISSIT-modellen beskriver hvordan seksuelle problemer kan behandles på ulike nivåer. På modellens nederste nivå inviteres pasienten til å prate om temaet seksualitet og relaterte bekymringer. Sykepleier kan forsikre pasienten om at seksuelle

bekymringer er normalt og gi begrenset informasjon (Dahl & Sørensen, 2016, s. 248). BETTER-modellen er et annet hjelpemiddel for samtale om seksualitet. Modellen har en enkel struktur og kan anvendes av sykepleiere. Sykepleiere bør ta opp temaet seksualitet og seksuell helse med pasienter og skape rom for samtale omkring tematikken (Dahl & Sørensen, 2016, s. 249). Pasientene bør informeres om eventuelle konsekvenser for seksuallivet. Informasjon og veiledning kan gjøre pasientene bedre forberedt på hva som venter i forbindelse med kreftbehandlingen. Dette kan bidra til at pasientene føler seg trygge og ivaretatt.

Informasjon om seksualitet og seksuell helse kan gis muntlig og skriftlig. Noen av studiene benevner tilgjengelig brosjyremateriell om kreft og seksualitet som ble gitt til pasientene (Bakker et al., 2017, s. 729-730; Matzo et al., 2013, s. 347; McCallum et al., 2014, s. 301; Vermeer et al., 2015, s. 833). Utfordringen med brosjyremateriell kan være at pasientene ikke forstår innholdet. Brosjyremateriell kan benyttes som et supplement til muntlig informasjon. Pasienter kan lese brosjyrematerialet, og deretter få besvart eventuelle spørsmål av helsepersonell slik at informasjonen forstås. Kreftomsorg Rogaland har utarbeidet en brosjyre for helsepersonell om hvordan man kan samtale med pasienter om seksualitet (Kreftomsorg Rogaland, 2021).

Flere pasienter foretrakk en-til-en samtale for psykologiske, emosjonelle og seksuelle behov. Gruppesamtaler var det minst populære alternativet (McCallum et al., 2014, s. 201-203). Funnene kan forklares av ubehag og sjenanse med å dele noe privat. Sykepleier må skape tillit som gir kvinner rom til å prate om seksualitet (Ulvund, 2019, s. 811). Tillit er grunnleggende i menneskelig kommunikasjon, og medfører at pasienten lettere viser sårbarhet (Eide & Eide, 2017, s. 26). Samtidig benevner studien til Schofield et al. (2020) at støtte fra andre kreftoverlevende kan øke pasientens selvtillit og håp. Kreftoverlevende kan dele erfaringer og støtte hverandre.

5.2.2 Barrierer

Studiene benevner barrierer for at sykepleiere skal kunne hjelpe kvinner med utfordringer relatert til seksualitet etter kreftbehandling. Den største barrieren er at temaet er tabubelagt for mange, både pasienter og sykepleiere (Hay et al., 2018, s. 5-6; Sekse et al., 2014, s. 1260-1266; Vermeer et al., 2015, s. 836). Dette kan medføre at temaet er vanskelig å ta opp. Sykepleiere kan selv synes det er ubehagelig å ta opp, og kan påvirkes av at mange pasienter

ofte har vansker med å prate om seksualitet. Sykepleierne ønsker ikke å bringe pasientene ubehag eller tvinge dem til å prate om noe de ikke ønsker. I studiene fremkom det også at seksualitet var uviktig for noen av pasientene. (Hay et al., 2018, s. 4-5).

Som sykepleier er man nødt til å vurdere hvilke pasienter som har behov for å prate om seksualitet, og hvilke som ikke er interesserte. Dette kan gjøres ved å stille åpne spørsmål som pasienten kan besvare slik hun selv ønsker. Kreftomsorg Rogalands brosjyre “La oss snakke om kreft og seksualitet - med pasient og partner” gir flere eksempler på hvordan man kan ta opp seksualitet ved hjelp av åpne spørsmål (Kreftomsorg Rogaland, 2021). Ved bruk av åpne spørsmål kan sykepleier få et inntrykk av om pasienten er interessert i og har behov for å prate om seksualitet.

Den største barrieren hos pasienter kan være deres eget ubehag (Hay et al., 2018, s. 5-6). Dette medfører at pasientene har vanskelig for å ta opp temaet selv. Sykepleiere har derfor et ansvar for å ta opp temaet slik at pasienten kan få dele sine bekymringer. I flere tilfeller opplever kvinner å bli overlatt til seg selv med disse temaene når de egentlig har behov for hjelp (Sekse et al., 2014, s. 1260-1266). Derfor er det viktig at helsepersonell tar opp disse temaene på tross av tabuene. Konsekvensene av å ikke ta opp temaet kan være at kvinnene ikke finner løsninger på sine utfordringer, som kan bidra til redusert livskvalitet. Seksualitet er et grunnleggende behov på lik linje med andre behov (Almås & Benestad, 2017, s. 49), og som sykepleier må man sørge for at dette behovet ivaretas. De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere stadfester at “grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene” (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Det er viktig å arbeide etter retningslinjene i møte med problemstillinger relatert til pasientens seksualitet (Gamnes, 2016, s. 398). Sykepleier viser omsorg og respekt for pasienten ved å sørge for at problemstillinger relatert til seksualitet håndteres. Temaet krever varsomhet og respekt fra sykepleier. Ettersom seksualitet er et tema mange synes er vanskelig å prate om, er det viktig at sykepleier respekterer pasientens grenser og bluferdighet (Jacobsen, 2020, s. 609). Sykepleiere må være forsiktige for å unngå å krenke pasientens privatliv. Det er viktig med en forsiktig tilnærming, og å ta utgangspunkt i hva pasienten ønsker å prate om. Sykepleier kan benytte de tidligere nevnte PLISSIT- og BETTER-modellene for å innlede disse samtalene. Ved at helsepersonell åpner for samtale om seksualitet og forsikrer pasienten om at slike problemstillinger er normalt, kan det bli enklere for pasienten å prate om det.

Artiklene benevner også barrierer som mangel på kunnskap og mangel på tid. En av kunnskapsmanglene helsepersonell opplevde var usikkerhet rundt hvordan man skulle kommunisere om temaet (McCallum et al., 2015, s. 305; Sekse et al., 2014, s. 1265; Vermeer et al., 2015, s. 836). De tidligere nevnte modellene kan være nyttige hjelpemidler her. De gir en tydelig oversikt over hvordan man kan tilnærme seg temaet seksualitet med pasienter. Over halvparten av helsepersonell i studien til Vermeer et al. (2015) ønsket mer opplæring om seksuelle utfordringer etter kreftsykdom. Med mer kunnskaper om aktuelle problemstillinger kan helsepersonell bedre informere og hjelpe pasientene. For sykepleiere som skal jobbe med kreftpasienter kan det være nyttig å få undervisning om de ulike behandlingsmetodene for kreft. Mer undervisning om hvordan dette påvirker pasientene både fysisk, psykisk og seksuelt, kan hjelpe sykepleier til bedre forståelse for problemstillingene. Mangel på tid ble også nevnt som en barriere for seksuell helsehjelp (Hay et al., 2018, s. 2; Matzo et al., 2013, s. 344; Vermeer et al., 2015, s. 836). Dette kan hindre pasientene i å prate om seksualitet selv om de har behov for det. Manglende tid kan hindre helsepersonell i å ta opp temaet, ettersom de kan ha andre arbeidsoppgaver som prioriteres høyere. Dette er en av grunnene til at seksualitet bør likestilles med andre grunnleggende behov, slik at det blir høyere prioritert blant sykepleiere.

5.2.3 Fysiske hjelpemidler

Det finnes flere fysiske hjelpemidler kvinner kan benytte seg av for å ivareta sin seksuelle helse etter kreftbehandling. Bekkenbunnsøvelser anbefales for å styrke muskulaturen i underlivet (Schofield et al., 2020, s. 791). Kreftbehandling kan medføre ulike bivirkninger og senskader som påvirker underlivet, og bekkenbunnsøvelser kan bidra til å begrense omfanget av noen av disse. Et annet hjelpemiddel som ble nevnt i flere artikler er bruk av glidekrem (Matzo et al., 2013, s. 345-347; Schofield et al., 2020, s. 787; Vermeer et al., 2015, s. 833). En av de vanligste bivirkningene ved behandling av gynekologisk kreft er tørre og såre slimhinner i skjeden (Bertelsen et al., 2016, s. 141-143). Glidekrem kan være et aktuelt hjelpemiddel for kvinner som ønsker å ivareta evnen til å gjennomføre tradisjonelt samleie. Lubrikasjon i skjeden er også viktig ved for eksempel gynekologiske undersøkelser. På dette området ønsker helsepersonell mer kunnskaper, for eksempel om ulike typer glidekrem (Vermeer et al., 2015, s. 836-837). For mange kan tradisjonelt samleie være en viktig del av deres seksualliv. For kvinnene dette gjelder kan tap av denne muligheten påvirke deres seksuelle helse negativt. Ivaretagelse av seksualitet og seksuell helse bidrar til økt livskvalitet

og generelt bedre helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Ved å øke sine kunnskaper kan helsepersonell gi pasientene best mulig informasjon og forutsetninger for deres seksuelle helse. Seksualiteten er en helsefremmende ressurs som gir nærhet og glede. Disse aspektene av seksualiteten kan være spesielt viktige for en kvinne som nylig har gjennomgått kreftbehandling.

Dilatatorer ble også utprøvd av kvinnene i flere av studiene (Bakker et al., 2017, s. 729-735; McCallum et al., 2014, s. 300; Schofield et al., 2020, s. 785-786; Vermeer et al., 2015, s. 836). Kreftbehandling kan gi sammenvoksninger i vagina og mindre elastisitet i skjeden (Bertelsen et al., 2016, s. 141-143). En dilatator brukes til å utvide vagina for å opprettholde dens funksjoner (Schlichting, 2018). Å opprettholde passasje i vagina kan være viktig for gynekologiske undersøkelser eller dersom kvinnen ønsker å bruke tampong. En åpen vagina er også viktig dersom kvinnen ønsker tradisjonelt samleie. I studien til Bakker et al. (2017) rapporterte flere av kvinnene at det var vanskelig for dem å følge instruksene relatert til bruk av dilatator. Flere av dem sluttet før de skulle på grunn av angst for smerter eller negative følelser. Studien bemerket hvordan dette bedret seg dersom pasientene mottok ekstra støtte fra helsepersonell. Kvinnene som fikk fast oppfølging under rehabiliteringen opplevde færre problemer og følte seg ivaretatt. Dette medførte at de dilaterte mer regelmessig enten ved bruk av dilatatorer eller ved å gjenoppta samleie med partner (Bakker et al., 2017, s. 729-735). Studien er et eksempel på hvordan ekstra støtte og oppfølging fra helsepersonell kan utgjøre en forskjell. For noen kan det være tilstrekkelig å ha noen å prate med slik at de kan få hjelp til å finne løsninger på problemene sine. Med økt oppfølging får pasientene også mer informasjon. Pasientene får flere muligheter til å stille spørsmål når temaet blir tatt opp flere ganger i løpet av rehabiliteringsperioden. Da får de bedre mulighet til å dekke sin rett på informasjon. Helsepersonell kan bidra til å ufarliggjøre dilatatorbruken for kvinnene ved å dele sine kunnskaper.

5.2.4 Seksualitetens mangfold

Alle mennesker har en seksualitet og ulike seksuelle behov. Seksualiteten forandres gjennom livet og er en del av menneskers identitet (Almås & Benestad, 2017, s. 49). Seksualitet omhandler mer enn det fysiske aspektet. WHO sin definisjon benevner at “sexuality is experienced and expressed in thoughts, fantasies, desires, beliefs, attitudes, values, behaviors, practices, roles and relationships [...]” (WHO, 2006). Ordet seksualitet kan ofte assosieres med tradisjonelt samleie. Mange glemmer imidlertid at seksualitet også omhandler nevnte

punkter. Dette gjenspeiler seg i valgte artikler. Artiklene benevner hovedsakelig fysiske aspekter av seksualitet og tradisjonelt samleie. Dermed er det viktig å poengtere at seksualitet omhandler mer enn det fysiske aspektet, deriblant nærhet og ømhet. Derfor kan det være viktig å utvide diskusjonen om intimitet med pasienter utover tradisjonelt samleie (McCallum et al., 2014, s. 305). En av studiene benevner andre typer fysisk kontakt som viktig for nærhet. En deltaker i studien til Matzo et al. (2013) sier følgende: “The safest and most secure place of all was laying my head on my husband's chest and just wrapping myself, kind of in a ball or something, and just lying there” (Matzo et al., 2013, s. 345). Seksualiteten kan komme til uttrykk gjennom berøring. Det kan være viktig for pasientene å utforske nye måter for fysisk intimitet. Dette kan belyse seksualitetens mange sider og aspekter.

Kvinner seksualitet kan også påvirkes av kroppslige forandringer eller funksjonsforstyrrelser. Utdrag fra Sekse et al. (2014) viser til dette: “Living in a changed female body and feeling left alone [...]” (Sekse et al., 2014, s. 1257). De kvinnelige indre organer kan være forbundet med kvinnelighet og helhet. Dermed kan tap av organer oppleves traumatisk, samtidig som det kan være vanskelig å akseptere en endret kropp (Gamnes, 2016, s. 396). Dette kan medføre et endret kroppsbilde hos rammede kvinner, som kan ha betydning for seksualiteten. Kunnskap og åpenhet er dermed viktig slik at sykepleiere kan hjelpe pasienter i forhold til deres seksuelle helse.

5.3 Anvendelse i praksis

Resultatene viser at kreftpasienter ønsker å prate med helsepersonell om seksualitet. Sykepleiere har behov for økt kunnskap og opplæring i å diskutere seksualitet med pasienter. PLISSIT- og BETTER-modellene er kommunikasjonsverktøy sykepleier kan benytte. Ved anvendelse av modellene kan sykepleiere enklere samtale om seksualitet. Samtidig kan sykepleier kartlegge hvilke pasienter som har behov for spesialisert hjelp. Viktige tiltak i praksis kan være å ha mer kunnskapsbasert undervisning rundt tematikken under utdanning. Dette kan være nyttig for å øke kunnskap hos sykepleiere. Økt undervisning og opplæring kan bidra til at seksualitet likestilles med andre grunnleggende behov. Dette kan bidra til normalisering og ufarliggjøring av temaet hos sykepleiere og pasienter. Det bør også finnes ekstra opplæringsmuligheter for helsepersonell som jobber med kreftpasienter og dermed oftere står i tematikken.

Mer undervisning om temaet seksualitet kan føre til økt åpenhet. Dette kan bidra til at sykepleierne føler seg tryggere i å ta opp temaet seksualitet med pasienter. Sykepleier må kunne normalisere tematikken for pasienten, slik at pasienten føler mindre ubehag når man skal ha disse samtalen. Dersom sykepleier kan tydeliggjøre at han eller hun føler seg komfortabel med å prate om seksualitet, kan det oppleves enklere for pasienten.

Kvinnene i studiene ønsket bedre informasjon om mulige kroppslige forandringer. Noen ønsket muntlig informasjon, andre foretrakk skriftlig. Informasjonen bør være lett tilgjengelig, slik at pasientene ikke må etterspørre den. Lesing av brosjyrer og oppfølgende samtaler med helsepersonell kan være tilstrekkelig for mange pasienter. For mange oppleves det vanskelig å ta initiativ til samtaler om seksualitet. Dersom helsepersonell viser at de er åpne for å prate om seksualitet, kan det bli lettere for pasienten å samtale om sin seksualitet.

LITTERATUR

Almås, E. (2004). *Sex og sexologi*. Universitetsforlaget.

Almås, E. (2020, 5. mai). Tabu (Seksualitet) I *Store norske leksikon*. Hentet 31. oktober 2022 fra https://sml.snl.no/tabu_-_seksualitet

Almås, E. & Benestad, E. E. P. (2017). *Sexologi i praksis* (3. utg.). Universitetsforlaget.

Annon, J. (2016). *Seksualitet, seksuelle dysfunksjoner og sexologi* [PLISSIT-modellen]. eMetodebok. Hentet 5. oktober 2022 fra <https://emetodebok.no/kapittel/seksualitet-seksuelle-dysfunksjoner-og-sexologi/>

Bakker, R. M., Mens, J. W. M., de Groot, H. E., Tuijnman-Raasveld, C. C., Poelman, J. G. M., Laman, M. S., Velema, L. A., de Kroon, C. D., van Doorn, L., Creutzberg, C. L. & ter Kuile, M. M. (2017). A nurse-led sexual rehabilitation intervention after radiotherapy for gynecological cancer. *Supportive Care in Cancer*, 25(3), 729–737.
<https://doi.org/10.1007/s00520-016-3453-2>.

Bertelsen, B., Hornslien, K. & Thoresen, L. (2016). Svulster. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg, s. 127-149). Gyldendal Akademisk.

Blikstad, A., Falch-Koslung, L. & Tschudi-Madsen, C. (2020). Samtaleverktøyet BETTER kan gjøre det lettere å snakke om seksualitet. *Sykepleien*, 108(81922):e-81922. Hentet 5. desember 2022 fra <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.81922>

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg). Gyldendal Akademisk.

Dahl, A. A. & Sørensen, T. (2016). *Kreftsykdom*. Cappelen Damm AS.

Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Folkehelseinstituttet. (2022b, 19. januar). *Kreft i Norge*. Hentet 15. august 2022 fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/kreft/>

Folkehelseinstituttet. (2022a, 18. mai). *Kvinnehelse: Framleis store kunnskapshol*. Hentet 5. desember 2022 fra <https://www.fhi.no/nyheter/2022/kvinnehelse-framleis-store-kunnskapshol/>

Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3. utg, s. 141-152). Studentlitteratur.

Gamnes, S. (2016). Seksualitet og helse. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Grunnleggende behov* (3. utg, bind 2, s. 373-405). Gyldendal Akademisk.

Hay, C. M., Donovan, H. S., Hartnett, E. G., Carter, J., Roberge, M. C., Campbell, G. B., Wuchelkowski, B. E. & Taylor, S. E. (2018). Sexual Health as Part of Gynecologic Cancer Care: What Do Patients Want? *International Journal of Gynecological Cancer*, 28(9), 1737–1742. <https://doi.org/10.1097/IGC.0000000000001376>.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Snakk om det! Strategi for seksuell helse*. Regjeringen. Hentet 3. november 2022 fra https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf

Jacobsen, A. M. L. (2020). Sykepleieutfordringer ved kreft i kvinnelige kjønnsorganer. I T. K. Schjøberg (Red.). *Kreftsykepleie: pasient - utfordring - handling* (4. utg., s. 604-613). Cappelen Damm Akademisk.

Jerpseth, H. (2016). Sykepleie ved gynekologiske sykdommer. I H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5. utg, s. 133-168). Gyldendal Akademisk.

Kreftforeningen. (u.å.) *Senskader etter kreftbehandling blant voksne*. Hentet 25. august 2022 fra <https://kreftforeningen.no/om-kreft/senskader-voksne/>

Kreftomsorg Rogaland. (2021). *La oss snakke om kreft og seksualitet* [brosjyre]. Hentet 1. november 2022 fra <https://www.kreftomsorg.no/download/helse-vest-rhf-kreft-og-seksualitet/?wpdmdl=10529&refresh=633978f293d381664710898>

Kreftregisteret. (2022). Cancer in Norway 2021: Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway. Hentet 5. desember 2022 fra https://www.kreftregisteret.no/globalassets/cancer-in-norway/2021/cin_report.pdf

Kristoffersen, N. J. (2017). Sykepleiefagets teoretiske utvikling - en historisk reise. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: pasientfenomener, samfunn og mestring* (3 utg., bind 3, s.15-80). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Magelssen, M. & Pedersen, R. (2020). Hva er “etikk” i helsetjenesten? I M. Magelssen, R. Førde, L. Lillemoen & R. Pedersen (Red.), *Etikk i helsetjenesten* (1. utg., s.15-27). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Matzo, M., Graham, C., Troup, C. L. & Ferrell, B. (2013). Development of a Patient Education Resource for Women With Gynecologic Cancers: Cancer treatment and Sexual Health. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 18(3), 343–348.
<https://doi.org/10.1188/14.CJON.343-348>.

McCallum, M., Joliecoeur, L., Lefebvre, M., Babchishin, L. K., Robert-Chauret, S., Le, T. & Lebel, S. (2014). Supportive Care Needs After Gynecologic Cancer: Where Does Sexual Health Fit in? *Oncology Nursing Forum*, 41(3), 297–306.
<https://doi.org/10.1188/14.ONF.297-306>.

Molven, O. (2016). *Sykepleie og jus* (5. utg). Gyldendal Juridisk.

Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. Norsk Sykepleierforbund. Hentet 7. november 2022 fra <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*(LOV-1999-07-02-63). Lovdata. Hentet 13. september 2022 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Reitan, A. M. (2020). Klinisk kommunikasjon. I T. K. Schjølberg (Red.). *Kreftsykepleie: pasient - utfordring - handling* (4. utg., s.103-119). Cappelen Damm Akademisk.

Sekse, R. J. T., Råheim, M. & Gjengedal, E. (2014). 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(11), 1255–1269.
<https://doi.org/10.1080/07399332.2014.989436>.

Slørdal, L. (2018). Legemidler ved kreftsykdommer. I H. Nordeng & O. Spigset (Red.), *Legemidler og bruken av dem* (3. utg, s. 121-129). Gyldendal.

Schjølberg, T. K. (2020). Endret kroppsbilde. I T. K. Schjølberg (Red.). *Kreftsykepleie: pasient - utfordring - handling* (4. utg., s. 132-143). Cappelen Damm Akademisk.

Schlichting, E. (2018, 26. september). Dilatator. I *Store norske leksikon*. Hentet 1. desember 2022 fra <https://sml.sn.no/dilatator>

Schofield, P., Geough, K., Pascoe, M., Bergin, R., White, K., Moleskin, L., Bernshaw, D., Kinnane, N., Jackson, M., Do, V., Brand, A., Aranda, S., Cheuk, R., Drowdowsky, A., Penberthy, S. & Juraskova, I. (2020). A nurse- and peer-led psycho-educational intervention to support women with gynecological cancers receiving curative radiotherapy: The PeNTAGOn randomised controlled trial - ANZOG 1102. *Gynecologic Oncology*, 159(3), 785–793.
<https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2020.09.016>.

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

Ulvund, I. (2019). Sykepleie til pasienter med gynekologiske lidelser. I U. Knutstad (Red.). *Utøvelse av klinisk sykepleie* (3. utg., s. 801-849). Cappelen Damm AS.

Vermeer, W., Bakker, M., Stiggelbout, A. M., Creutzberg, C. L., Kenter, G. G. & ter Kuile, M. M. (2015). Psychosexual support for gynecological cancer survivors: professionals current

practices and need for assistance. *Supportive Care in Cancer*, 23(3), 831–839.
<https://doi.org/10.1007/s00520-014-2433-7>.

World Health Organization. (2006). *Sexual health*. I World Health Organization. Hentet 7. november 2022 fra https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_2

VEDLEGG

Vedlegg 1: Søkelogg

Søkedato	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensinger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Antall valgte artikler
22.08.22	Oria	Gynecology* AND Cancer AND Sexuality* AND Radiation AND Nurse*	Fra fagfellelvurdert tidsskrift 2013-2022	8	5	3	2
22.08.22	Oria	Gynecology* AND Cancer AND Sex* AND Nurs* AND Radiation	Fra fagfellelvurdert tidsskrift 2013-2022	81	6	2	1
22.08.22	Oria	Gynecology* AND Cancer AND Sex* AND Nurse* AND Treatment	Fra fagfellelvurdert tidsskrift 2013-2022	68	6	3	0
22.08.22	Oria	Gynecology* AND Cancer AND Sexual* AND Nurse* AND Chemotherapy	Fra fagfellelvurdert tidsskrift 2013-2022	8	3	0	0
22.08.22	Oria	Gynecology* AND Cancer AND Sex* AND Nursing* AND Chemotherapy	Fra fagfellelvurdert tidsskrift 2013-2022	99	4	1	0
24.08.22	British Nursing Index	Gynaecology* AND Cancer AND Sexual* AND Nurse* AND Treatment	Publisert etter 1/1/2013 Scholarly Journals	65	2	0	0

24.08.22	PubMed	Gynecology* AND Cancer AND Sexual* AND Nurs* AND Treatment	Publisert fra og med 2013 Ikke mulig å huke av for fagfelleurdert ved søk, men sjekket opp den aktuelle journalen etterpå for å sjekke at den fagfelleurderer	75	6	1	1
07.09.22	CinAhl	Gynecolog* AND Cancer AND (Intimacy OR sex*) AND Nurs*	Peer reviewed Publisert fra og med 2013	70	5	3	2
07.09.22	Oria	Gynecolog* AND Cancer AND (Intimacy OR sex*) AND Nurs*	Fra fagfelleurdert tidsskrift 2013-2022	2887	12	2	1

Vedlegg 2: Litteratormatrise

Forfattere Årstall Tidsskrift Land	Artikkeltitel	Hensikt	Perspektiv	Metode og analyse	Utvalg/ populasjon	Resultater
Schofield, P., Geough, K., Pascoe, M., Bergin, R., White, K., Moleshkin, L., Bernshaw, D., Kinnane, N., Jackson, M., Do, V., Brand, A., Aranda, S., Cheuk, R., Drosdowsky, A., Penberthy, S. & Juraskova, I. 2020 Gynecologic Oncology Australia	A nurse-and peer-led psycho-educational intervention to support women with gynecological cancers receiving curative radiotherapy: The PeNTAGO n randomized controlled trial – ANZGOG 1102	Evaluerer påvirkning av kombinert støtte fra sykepleier og tidligere pasienter på blant annet psykologisk stress, livskvalitet, psykoseksuell funksjon, umøtte behov og vaginal stenose.	Pasient	Spørreskjema ble utfylt flere ganger i løpet av behandlingen. Psykoseksuell funksjon ble evaluert ved hjelp av Sexual function-Vaginal changes Questionnaire (SVQ). Vaginal stenose ble evaluert med LENA SOMA-skala. I tillegg ble bruk av dilatator, glidekrem og bekkenbunnsøvelser evaluert i et annet skjema.	314 pasienter fra seks institusjoner, som ble delt inn i en intervensjonsgruppe og en gruppe som skulle få standard omsorg.	Flere kvinner brukte dilatator og glidekrem når de fikk ekstra oppfølging og støtte fra helsepersonell underveis. Studien undersøkte også peer-support som tiltak. Det kom frem at kontakt med andre kreftoverlevende var nyttig for pasientene.
Vermeer, W. M., Bakker, R. M., Stiggelbout, A. M., Creutzberg, C. L., Kenter, G. G. & ter Kuile, M. M. 2015 Supportive Care in Cancer Nederland	Psychosexual support for gynecological cancer survivors: professionals' current practices and need for assistance	Evaluerer helsepersonellens nåværende psykoseksuelle støtte til pasienter og barrierer for å gi denne støtten og hvilket behov som finnes for opplæring og assistanse.	Helsepersonell	Intervjuer som senere ble analysert av forskerne.	20 leger og ti sykepleiere fra ni institusjoner for gynekologisk onkologi.	Studien kom frem til at flere kvinner ønsket mer informasjon, derimot var det noen som ikke ønsket noe informasjon. Flere helsepersonell rapporterte å ta initiativ til samtale om seksualitet. Barrierer for å ta det opp var at det var tabu, eller at

						helsepersone ll ikke følte at de hadde nok kunnskap eller nok tid.
<p>Bakker, R. M., Mens, J. W., De Groot, H. E., Tuijnman-Raasveld, C. C., Braat, C., Hompus, W. C. P., Poelman, J. G. M., Laman, M. S., Velema, L. A., de Kroon, C. D., van Doorn, L., Creutzberg, C. L. & ter Kuile, M. M.</p> <p>2017</p> <p>Supportive Care in Cancer</p> <p>Nederland</p>	<p>A nurse-led sexual rehabilitation intervention after radiotherapy for gynecological cancer</p>	<p>Undersøke effektiviteten av sykepleietiltak for seksuell helse og bruk av vaginale dilatorer.</p>	<p>Pasient</p>	<p>Spørreskjema og intervjuer utført ved baseline. Spørreskjema ble så utfyllt tre ganger i løpet av behandlingen, intervjuer ble utført en ytterligere gang.</p> <p>Seksualfunksjon ble målt med Female Sexual Function Index (FSFI). Studien anvendte også blant annet Female Sexual Distress Scale (FSDS), og vurderte bruk av dilator med et eget spørreskjema. Avsluttende intervjuer ble utført og evalueringene fra disse ble oppsummert.</p>	<p>20 pasienter mottok veiledning fra fire opplærte sykepleiere.</p>	<p>Seksuell funksjon hos pasientene ble forbedret hos pasientene under intervensjonen som fokuserte på bruk av dilator og glidekrem. Deltakerne ønsket at helsepersone ll tok opp temaet seksualitet og de ønsket mer informasjon.</p>
<p>Hay, C. M., Donovan, H. S., Hartnett, E. G., Carter, J., Roberge, M. C., Campbell, G. B., Zuchelkowsky, B. E. & Taylor S. E.</p> <p>2018</p> <p>International Journal</p>	<p>Sexual health as part of gynecological cancer care: What do patients want?</p>	<p>Skape forståelse for pasienterfaringer og hva pasienter foretrekker når det gjelder seksuell helsehjelp.</p>	<p>Pasient</p>	<p>Spørreskjema kalt "Sexual Health Survey" ble utviklet og brukt i studien. Resultatene ble sammenfattet som statistikk.</p>	<p>83 pasienter deltok.</p>	<p>Studien rapporterte barrierer for å ta opp seksualitet med pasienter. En av disse var at temaet var tabubelagt. Flertallet av pasientene i studien foretrakk at seksualitet ble tatt opp etter behandling,</p>

of Gynecological Cancer USA						og at helsepersonene ll tok initiativ. Noen ønsket ikke at det skulle tas opp i det hele tatt.
Sekse, R. J. T., Råheim, M. & Gjengedal, E. 2014 Health Care for Women International Norge	Shyness and openness – common ground for dialogue between health personnel and women about sexual and intimate issues after gynecological cancer	Undersøke hvordan kvinner behandlet for gynekologisk kreft opplevde dialog med helsepersonell om problemer relatert til seksualitet og intimitet.	Pasient	Intervjuer ble utført fem og seks år etter behandling. Intervjuene ble analysert for å finne temaer som gikk igjen. Intervjuene ble deretter komprimert til en kortere historie.	16 kvinner som var langtidsoverlevende av kreft (over fem år).	Kvinnene i studien ønsket at helsepersonene ll tok opp temaet seksualitet, noe de opplevde at skjedde sjeldent. Også her etterlyste pasientene mer informasjon om mulige endringer for sin seksualitet etter kreftbehandling.
McCallum, M., Joliecoeur, L., Lefebvre, M., Babchishin, L. K., Robert-Chauret, S., Le, T. & Lebel, S. 2014 Oncology Nursing Forum Canada	Supportive care needs after gynecological cancer: Where does sexual health fit in?	Beskrive hvilke behov pasienter har for hjelp relatert til seksuelle problemer.	Pasient	Spørreskjema som inkluderte demografisk og medisinsk informasjon, Supportive Care Needs Survey - gynecologic version (SCNS), Sexual Function-Vaginal Changes Questionnaire (SVQ), samt et nyutviklet skjema som evaluerte hvilket format pasientene foretrakk å få hjelp med sine utfordringer. Resultatene ble	113 kvinner	Flertallet av pasientene ønsket mer informasjon fra helsepersonene ll. Det fremkom at det foretrukne formatet for å motta hjelp var en-til-en samtaler. Noen ønsket ikke hjelp relatert til sine seksuelle utfordringer.

				så laget om til statistikk.		
Matzo, M., Graham, C., Troup, C. L. & Ferrell, B. 2013 Clinical Journal of Oncology Nursing USA	Development of a patient education resource for women with gynecological cancers: cancer treatment and sexual health	Utvikle en guide for seksuell helse undervisning for kvinner som er behandlet for gynekologisk kreft.	Pasient	Individuelle intervjuer ble utført først og analysert for å identifisere hovedtemaer. Disse resultatene ble brukt til å formulere spørsmål til gruppeintervjuer. Disse intervjuene ble analysert på samme måte. Kvinnenes svar ble brukt til å utvikle en A-Z guide som omhandlet kreftpasienter og seksualitet.	Åtte kvinner deltok på individuelle intervjuer, åtte til deltok på intervju i grupper.	Kvinnene ønsket mer informasjon om eventuelle forandringer som kunne påvirke deres seksualitet.