

Kandidatnummer: 6164 & 6103

BSYBAC_5

Bacheloroppgave i Sykepleie



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

**GYNEKOLOGISK KREFT SIN INNVIRKNING PÅ KVINNERS
SEKSUALITET**

[Stavanger, 11.05.2021]

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

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Behandlingen til gynekologisk kreft påvirker kvinners seksualitet. Seksualitet er et intimt tema som ofte er tabu og skambelagt, dette kan føre til at pasienter møter utfordringer i samhandling med helsepersonell.

Hensikt: Hensikten med oppgaven er å belyse hvilke konsekvenser knyttet til seksualitet pasienter med gynekologisk kreft opplever, og hvordan sykepleieren kan bidra til at deres seksuelle helse blir ivaretatt.

Metode: Oppgaven vår bygger på metoden integrativ litteraturoversikt, der vi tar i bruk 4 kvalitative forskningsartikler som analyseres etter Fribergs metode. Vi har også brukt relevant bakgrunns teori og sykepleieteori, samt egne synspunkter for å kunne belyse vår hensikt.

Resultater: Resultatene viser at kvinner opplever flere konsekvenser av behandlingen, deriblant infertilitet, smerter ved samleie, fysiske vaginale-ændringer, ændringer i kroppsbilde og selvfølelse, samt nedsatt seksuell lyst og hyppighet. Det fremkommer et umøtt behov for informasjon hos deltakerne. Kvinnene synes seksualitet var tabu og flaut å snakke om, og ønsket at helsepersonell skulle være mer åpne og initiere samtaler om temaet. De fleste prefererte skriftlig informasjon, men noen ønsker også en-til-en. De ønsket informasjonen skulle omhandle behandlingens konsekvenser og råd.

Diskusjon: For å adekvat ivareta pasientenes seksuelle behov må sykepleieren være empatisk og kunne sette seg inn i pasientens situasjon. Pleien og omsorgen må være individuell. Som sykepleier har man en lovpålagt plikt til å informere, og informasjonen skal tilpasses pasienten. Sykepleieren må ta initiativ til samtaler om seksualitet, og disse må være preget av åpenhet, tillit og gode holdninger som inviterer til videre samtale.

Nøkkelord: Gynekologisk kreft, seksualitet, sykepleie, konsekvenser

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG

INNHOLDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Presentasjon av problemformulering	1
1.3 Begrepsavklaring	2
1.4 Hensikt med oppgaven.....	2
2.0 TEORIKAPITTEL	3
2.1 Gynekologisk kreft	3
2.1.1 Behandling og konsekvenser knyttet til seksualitet	3
2.2 Sykepleiens rolle	4
2.2.1 Sykepleie til pasienter med gynekologisk kreft knyttet til seksualitet	5
2.3 Kari Martinsen omsorgsteori.....	6
3.0 METODE	8
3.1 Kvalitativ metode.....	8
3.2 Integrativ litteraturoversikt.....	8
3.3 Søkeprosess.....	9
3.3.1 Databaser og søkestrategi	9
3.3.2 Søkeord og avgrensninger	9
3.3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	10
3.3.4 Valg av forsknings artikler.....	10
3.4 Kildekritikk og sekundærsøk.....	12
3.5 Analyse.....	12
4.0 RESULTATER	14
4.1 Konsekvenser knyttet til seksualitet	14
4.1.1 Endret kropp og kroppslig bilde	14
4.1.2 Redusert seksuell lyst og hyppighet samt faktorer som påvirker dette	16
4.2 Behov for informasjon og kompetanse.....	17
4.2.1 Preferanser for informasjon	18
4.3 Mer åpenhet og dialog	19
5.0 DISKUSJON	21
5.1 Metodediskusjon.....	21
5.1.1 Språkbarriere.....	21
5.1.2 Studienes deltakere.....	21
5.1.3 Kvalitativ tilnærming som metode	21
5.1.4 Integrativ litteraturoversikt som metode	23
5.2 Resultatdiskusjon	23
5.2.1Konsekvenser for seksualitet.....	23
5.2.2 Informasjon og kunnskaper.....	25
5.2.3 Mer åpenhet og dialog om seksualitet.....	27

Kandidatnummer: 6164 & 6103

6.0 ANVENDELSE AV RESULTATENE I PRAKSIS.....	30
REFERANSER.....	31
VEDLEGG 1 - Søkelogg	
VEDLEGG 2 - Oversiktstabell over analyserte artikler	

Antall ord: 10 941

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Vi har valgt å skrive om temaene gynekologisk kreft og seksualitet. Grunnen til dette er en blanding av flere ulike aspekter, som alle leder opp til at det er for lite fokus på temaet og nødvendig å skape større kunnskap om området. Vi opplevde alt for lite fokus på seksualitet under sykepleierutdanningen, og føler nå - som snart ferdigutdannede sykepleiere - at vi mangler kompetansen til å kunne hjelpe pasienter adekvat med deres seksuelle problemer. I tillegg til dette har vi begge opplevd på ulike praksissteder at det er svært lite snakk om seksualitet generelt. Eksempelvis ved medisinske og kirurgiske avdelinger på sykehuset i Stavanger, erfarte vi at det «heller var regelen enn unntaket» at punktet som omhandler seksualitet/reproduksjon i pasientens journal enten sto tomt, eller at det ble skrevet eksempelvis «bor med kone og to barn», uten at man videre hadde gått inn på pasientens seksualitet. Grunnen til vi valgte gynekologisk kreft, var at vi på forhånd så for oss at kreftsykdommen fører med seg store konsekvenser for seksualiteten, men ikke hadde nok kunnskaper om hvordan den påvirkes.

1.2 Presentasjon av problemformulering

Det er stadig flere som overlever, eller lever lengre og bedre med kreft (Kreftregisteret, 2021). Noen av grunnene til dette er bedre behandling, tidligere diagnostisering og økt forebygging (Kreftregisteret, 2021). Selv om dette er påstander knyttet til kreft generelt, er det ikke urimelig å tro at det også gjelder kvinner som blir diagnostisert med gynekologisk kreft. Mange pasienter med gynekologisk kreft opplever utfordringer knyttet til sin seksualitet (Jerpseth, 2017, s.154). Seksualitet er ofte et tema som er knyttet til skam og skyld, og kan være vanskelig å snakke om for både pasientene, så vel som sykepleierne (Gamnes, 2017, s.399). Det kan tenkes at dette fører til at verken sykepleier eller pasient tar opp temaet så ofte som de burde, noe som kan gå ut over pasientens seksuelle helse.

Vi tror økt kunnskap om hvilke seksuelle problemer pasienter med gynekologisk kreft opplever, hvilke erfaringer de har med mottatt hjelp og hvilke ønsker de har for hjelpen, kan gi sykepleiere en pekepinn på hva de må fokusere på for å kunne imøtekomme pasientenes behov. Vi går derfor ut fra pasientens perspektiv for å finne svar på problemstillingen; *Hvilke*

konsekvenser knyttet til seksualitet opplever pasienter med gynekologisk kreft og hvordan kan sykepleieren bidra til å ivareta deres seksuelle helse.

1.3 Begrepsavklaring

Seksualitet: Selv om man i dagligtale ofte refererer til sex som et begrep som innebærer samleie, inneholder det forlengede begrepet seksualitet mer enn kun «sex». (Gamnes, 2017, s.374) WHO definerer seksualitet som dette:

Seksualitet er et sentralt aspekt ved det å være menneske gjennom hele livsløpet. Det omfatter kjønnsidentitet og kjønnsroller, seksuell orientering, erotisme, nytelse, intimitet og reproduksjon. Seksualitet oppleves og uttrykkes i tanker, fantasier, lyster, tro, holdninger, verdier, atferd, praksis, roller og forhold. Mens seksualitet kan inkludere alle disse dimensjonene, er ikke samtlige opplevd eller uttrykt til enhver tid. Seksualiteten påvirkes av samspillet mellom biologiske, psykiske, sosiale, økonomiske, politiske, kulturelle, etiske, juridiske, historiske, religiøse og åndelige faktorer. (WHO, 2009, sitert i Jerpseth, 2017, s.140)

IMRAD: Er en måte å strukturere vitenskapelige oppgaver på, og står for innledning, material/metode, resultat og diskusjon (Hem, 2020).

1.4 Hensikt med oppgaven

Hensikten med oppgaven vår er å belyse hvilke konsekvenser knyttet til seksualitet pasienter med gynekologisk kreft opplever, og hvordan sykepleieren kan bidra til at deres seksuelle helse blir ivaretatt.

1.5 Oppgavens disposisjon

Innledningsvis kommer et teorikapittel der vi skriver bakgrunns teori og Kari Martinsen omsorgsteori. Deretter kommer metodedelen, her blir ulike metoder beskrevet etterfulgt av vår søkeprosess, utvalgte artikler, kildekritikk og analyse. Etter det presenteres resultatene vi kom frem til i analysen av forskningsartiklene. I det neste kapittelet diskuterer vi metoden brukt i oppgaven, før vi så drøfter resultatene opp mot teori og egne synspunkter. Avslutningsvis vil oppgaven ta for seg hvordan resultatene kan anvendes i praksis.

2.0 TEORIKAPITTEL

2.1 Gynekologisk kreft

Gynekologisk kreft er et begrep som omfatter kreft i de kvinnelige kjønnsorganene (Jerpseth, 2017, s.153). Årlig blir ca. 1500 kvinner diagnostisert med underlivskreft i Norge (Hagen og Onsrud, 2015, referert i Jerpseth, 2017, s.152). Eggstokk, livmor og livmorhals er de vanligste formene for underlivskreft hos kvinner (Gamnes, 2017, s.396). Det er ikke alltid en klar årsak til gynekologisk kreft. Det finnes flere ulike faktorer som er medvirkende, slik som hormonstimulering, genetisk disposisjon, miljø og virusinfeksjoner (Kristoff, 2017, s.409). Flere kvinner opplever symptomer på sykdom i de kvinnelige kjønnsorganene, uten å oppsøke lege. Noen av grunnene til dette er at flere synes det er ubehagelig med en gynekologisk undersøkelse, og det kan være utfordrende å vite om symptomene de opplever er tegn på behandlingskrevende sykdom. Dette kan føre til at en eventuell diagnose blir oppdaget senere enn nødvendig (Jerpseth, 2017, s.134). For flere kvinner er gynekologisk kreft også et område som er forbundet med tabu, skyld og skam. Det finnes ofte lite kunnskaper om temaet, og er for mange problematisk å snakke om (Jacobsen, 2017, s.604).

2.1.1 Behandling og konsekvenser knyttet til seksualitet

Behandling til kvinner med gynekologisk kreft avhenger av krefttype og stadium på diagnosetidspunktet (Jerpseth, 2017, s.153). Det finnes flere behandlingsformer, eksempelvis cellegift, strålebehandling, kirurgi og hormonbehandling, og man kan også kombinere disse (Jacobsen, 2017, s.604). Målet med kreftbehandling er kurativt om mulig, ellers er ofte målet livsforlengelse og/eller lindring av plager (Bertelsen, Hornslien & Thoresen, 2017, s.138). Hvilke problemer gynekologisk kreft fører med seg varierer ut fra kvinnens prognose, ressurser, personlighet og hvilket livsstadium hun er i ved sykdomsstart (Jacobsen, 2017, s.607).

Alle behandlingsformene kan gi fysiske forandringer (Jacobsen, 2017, s.604). Slik som kirurgi, der forandringene vil gi en direkte påvirkning på kvinnenes seksualliv (Hellbom og Thomé, 2013, referert i Gamnes, 2017, s.396). Majoriteten av kvinner som opereres for gynekologisk kreft vil oppleve å få fjernet livmorhalsen og livmoren. I og med at behandlingen gir vaginal forkortning og et saktegroende sår øverst i skjeden, kan kvinnene føle at skjeden er endret (Jerpseth, 2017, s.154). Kirurgi i underlivet kan også ha påvirkninger

i form av smerter ved samleie og redusert evne til orgasme. Dette er fordi kirurgiske inngrep i området kan medføre skader på aktuelle nerver (Gamnes, 2017, s.396). Flere kvinner som behandles for gynekologisk kreft opplever også å måtte fjerne eggstokker i tillegg til livmoren. En konsekvens av dette er at de kommer i klimakteriet (Jerpseth, 2017, s.153). Kvinner får tørre slimhinner, utfordringer med orgasme og lyst som følge av at eggstokkene er fjernet (Gamnes, 2017, s.396-397). Å «miste» nødvendige organer for reproduksjonen kan oppleves som en ekstra påkjenning, spesielt for unge kvinner som er uten barn (Jerpseth, 2017, s.154).

Ved underlivskreft er det også vanlig med strålebehandling i tillegg til kirurgi (Jerpseth, 2017, s.154). Strålebehandling av underlivet/mot bekkenet vil påvirke både urinveiene, noen deler av tarmen og slimhinnene i skjeden. Slimhinnene vil påvirkes i form av at de blir tørre, mindre elastiske og tynne (Gamnes, 2017, s.397). I tillegg til at skjeden føles tørr og sår, kan det oppstå sammenvoksinger og arrdannelser som igjen kan føre til vanskeligheter ved samleie (Jerpseth, 2017, s.154). Behandling med cytostatika fører til flere bivirkninger, som sårhet i vagina og urinrøret, hårtap og endret hårtype (Bertelsen et al., 2017, s.142-143). Enkelte kvinner er ikke i stand til å få barn etter behandling med cytostatika, da eggceller og eggstokkbiter kan ha blitt påvirket av behandlingen (Bertelsen et al., 2017, s.143). I tillegg til de fysiske forandringene kan kvinner som gjennomgår behandling for gynekologisk kreft oppleve endret selvbilde og tap av feminitet (Jerpseth, 2017, s.154).

2.2 Sykepleiens rolle

«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). Sykepleieren skal hjelpe pasienter å dekke sine grunnleggende behov (Kristoffersen & Nortvedt, 2017, s.102). Der seksualitet er en av de grunnleggende behovene vi mennesker har (Jerpseth, 2017, s.140). Hva som ligger i kvinnens behov innenfor dette emnet er individuelt, og omsorgen må gis ut fra hvilket behov den enkelte har (Jerpseth, 2017, s.154). Pasienter er i en sårbar situasjon og vet kanskje ikke selv hva sykdommen fører med seg, eller hvilke hjelpebehov de har (Eide & Eide, 2017, s.26). Det er ofte lettere for pasienter å være sårbare i kontakt med sykepleiere, dette fordi yrkesrollen bærer med seg en spontan tillit (Eide & Eide, 2017, s.26). I tillegg er det ofte sykepleieren pasienten har mest kontakt med, og det vil derfor være naturlig at det er sykepleieren pasienten henvender seg til (Gamnes, 2017, s.401). Derfor er det spesielt viktig

at sykepleieren er til stede og lytter i møtet med pasienter som er rammet av gynekologisk kreft, slik at de opplever at sykepleieren bryr seg og er støttende (Jerpseth, 2017, s.154).

2.2.1 Sykepleie til pasienter med gynekologisk kreft knyttet til seksualitet

Informasjon er som regel et sterkt behov for pasienter (Molven, 2017, s.162). Hvor mye kunnskap og informasjon pasienter har angående egen situasjon, utgjør hvilket utgangspunkt pasienten har for å forberede seg på det som skal skje, og kunne ha kontroll over situasjonen. Dersom pasienten opplever at hans forestillinger om situasjonen ikke stemmer med det som faktisk skjer, vil det kunne fremkalle utrygghet og angst (Kristoffersen & Nordtvedt, 2017, s.104). Samtidig som behovet er til stede, har de også en lovfestet rett til å få informasjon (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2). Pasienter med gynekologisk kreft har på lik linje med andre pasienter rett til få informasjon om hva som angår dem selv, og informasjonen skal foreligge uten at en selv trenger å be om det. De har rett på å få vite hvilke konsekvenser de kan oppleve av den behandlingen de får, og hvilken påvirkning det kan ha på deres seksualliv (Gamnes, 2017, s.401). Både skriftlig og muntlig informasjon bør gis, og den må repeteres så ofte som nødvendig, i tillegg til å være individuelt tilpasset (Jerpseth, 2017, s.155). Samtidig som pasienter har rett på informasjon, har helsepersonell også en lovfestet plikt til å informere (Helsepersonelloven, 1999, §10).

For flere kvinner er lidelser i underlivet knyttet til følelser som skam, blyghet og skyld (Jerpseth, 2017, s.134). Dette er fordi gynekologi og seksualitet er nært knyttet sammen, og assosieres med intimitet. Noe som gjør at kvinner kan føle seg blottstilte og sårbare (Jerpseth, 2017, s.134). For å kunne utføre sykepleie i henhold til grunnlaget i sykepleien som beskrevet i kapittel 2.2, er det viktig at sykepleieren har evne til empati for å utvikle en forståelse for pasientens situasjon og opplevelser (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2017, s.22). Som sykepleier må man også være bevisst på egne og pasientenes holdninger knyttet til seksualitet, og vite at holdningene kan påvirkes av tilhørighet i grupper, religioner, myter og miljø i oppveksten (Gamnes, 2017, s.398).

Siv Gamnes hevder at «Seksualiteten er det mest private område hos et menneske [...]» (Gamnes, 2017, s.398). Det finnes ulike grunner til at pasienter sjeldent direkte tar opp problemer knyttet til seksualitet. Eksempelvis kan det handle om at de ikke skjønner sammenhengen mellom problemene de opplever og seksualitet, eller at de ikke føler det er på sin plass å ta det opp (Gamnes, 2017, s.401). Det er viktig at sykepleieren tar initiativ til å ta

opp samtaleemner som seksualitet og eventuelle seksuelle problemer knyttet til behandlingen. I slike samtaler må sykepleieren være åpen for at kvinnens behov får styre dialogen, slik at hennes opplevelser og synspunkter kommer frem (Jerpseth, 2017, s.155). Det finnes ingen fasitsvar på hvordan man kan håndtere de ulike seksuelle problemene som oppleves, da det er ulike måter å både forstå dem og å løse dem på. Det er dermed viktig at sykepleieren er utforskende og lyttende (Gamnes, 2017, s.398).

En av forutsetningene for at sykepleieren skal kunne kartlegge pasientens seksuelle helse behov, er at et godt tillitsforhold mellom pasienten og pleieren er opparbeidet. Det kan hende problemene er for komplekse til at sykepleierens kompetanse strekker til. De må derfor ha kunnskaper om spesialister innen dette feltet, for å kunne henvise pasienter videre (Gamnes, 2017, s.399). PLISSIT står for «tillatelse, begrenset informasjon, spesifikke forslag, intensiv terapi» (Gamnes, 2017, s.399), og er en enkel modell for å vurdere hvilken grad av hjelp pasienten trenger for å løse seksuelle problemer (Gamnes, 2017, s.399). PLISSIT-modellen kan brukes for å avgjøre hvilket omsorgsnivå pasienten befinner seg i (Gamnes, 2017, s.399).

2.3 Kari Martinsen omsorgsteori

Vi vil her gå ut fra Kristoffersen (2017) og Nortvedt (2016) sine tolkninger, for å beskrive Kari Martinsens omsorgsteori. Ifølge Kristoffersen (2017, s.53) mener Kari Martinsen at omsorg er sentralt i sykepleien. I sykepleieryrket handler omsorg om sykepleierens handlinger og hvordan pasienten blir møtt (Kristoffersen, 2017, s.58). I omsorgsarbeidet er medfølelse og empati kjernen. (Nortvedt, 2016, s.71).

Martinsen mener at omsorg må ytes i tråd med hva som er pasientens beste (Kristoffersen, 2017, s.62). Omsorgen gis ut fra pasientens premisser (Kristoffersen, 2017, s.59). Man har som sykepleier et ansvar for å sette seg inn i pasientens situasjon og opplevelser. Det handler ikke kun om et ansvar for pasientens faktiske sykdom, men også for pasientens opplevde sykdom (Nortvedt, 2016, s.54). Som sykepleier tar man ansvar for pasienten både fordi omstendighetene vekker ens ansvarsfølelse, men også fordi man blir pålagt ansvaret. Det er likevel viktig å bemerke seg at man kan ha feiltolket signaler om pasientens behov for omsorg. Det er ikke alltid sikkert at pasienten ønsker at sykepleieren skal ta ansvar (Nortvedt, 2016, s.55). Interesse og engasjement hos sykepleieren er essensielt for å gjenkjenne pasientens behov (Kristoffersen, 2017, s.60). I Martinsens tolkning av sykepleieetikk er moralsk berørthet betydningsfullt. Emosjonell og sanselig berørthet finnes hos alle

mennesker, enten man vil det eller ikke, og gjør slik at andre kan se hvilken sinnsstemning du er i. Det kommer til uttrykk både verbalt og nonverbalt (Nortvedt, 2016, s.56). Dette er et viktig aspekt for sykepleieutøvelsen, da man bedre kan forstå andres sinnstilstand og dermed skape bedre forståelse for situasjonen (Nortvedt, 2016, s.56).

Ut fra Martinsens tenkning inneholder den yrkesmessige omsorgen en relasjon, «... der den ene er forpliktet til å yte den hjelpen den andre ut fra sin situasjon trenger.» (Kristoffersen, 2017, s.60). Tillit er viktig i denne relasjonen, og pasienten får ofte en spontan tillit til helsepersonellet. For å skape og opprettholde denne tilliten er det nødvendig at sykepleieren imøtekommer pasienten når han uttrykker sine bekymringer (Kristoffersen 2017, s.61). Dersom pasienten ikke føler seg imøtekommet vil tilliten svekkes, og ødelegge for å skape videre tillitsbånd (Kristoffersen, 2017, s.61). Det er viktig å være klar over at ens holdninger kommer frem i alle handlinger en utfører, uavhengig av om det er intensjonen (Nortvedt, 2016, s.58). Martinsen snakker om gjøremåte og væremåte, og at disse kombinert utgjør omsorgen (Nortvedt, 2016, s.58). Hun legger også vekt på «at omsorgen tilrettelegges og gjennomføres på en måte som gjør at pasienten opplever anerkjennelse, ikke umyndiggjøring.» (Kristoffersen, 2017, s.62). Eksempelvis er det å gi informasjon i seg selv en omsorgsfull handling, men dersom man ikke tar seg tid til pasienten eller bruker forståelig språk, blir helheten likevel ikke omsorgsfull.

3.0 METODE

En metode er et middel for å komme frem til noe. Man kan si at metode er en slags formel man kan bruke for å innhente og validere kunnskapen som kan anvendes i en eventuell undersøkelse. Når man anvender en metode i vitenskapelig sammenheng er det visse standarder man må følge for å kunne kalle arbeidet sitt metodisk og vitenskapelig (Dalland, 2018, s.51-52). Sosiologen Vilhelm Aubert formulerer metode som dette: «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» (1985, s.196, sitert i Dalland, 2018, s.51).

En deler videre inn i kvalitativ og kvantitativ metode. Den kvantitative metoden er kjennetegnet ved at man kan tallfeste og måle informasjonen som blir innhentet, mens en ved hjelp av den kvalitative metoden vil finne erfaringer og meningsinnhold som ikke kan kvantifiseres. Både den kvantitative og den kvalitative metoden hjelper oss å få bedre forståelse for et fenomen vi ønsker å undersøke (Dalland, 2018, s.52). Da vi har valgt å benytte oss av kvalitative artikler går vi ikke videre inn på kvantitativ metode.

3.1 Kvalitativ metode

Vi har i denne oppgaven valgt å benytte oss av kvalitative artikler, da spørsmålet vi skal besvare ikke handler om å tallfeste hvor mange som opplever ulike fenomen, men å få innholdsrike data som beskriver opplevelser og utdypende meninger omkring temaet. Kvalitativ metode handler om å gå i dybden ved å bruke færre deltakere og videre spørsmål. På denne måten kan man finne meningsfylte svar som fanger opp det som er bemerkelsesverdig, og som gir økt forståelse omkring temaet man forsker på (Dalland, 2018, s.53). Forskeren får en nærhet til tema og involverende rolle i innsamlingen av data, da det som regel foregår gjennom personlige intervju eller ustrukturerte observasjoner (Dalland, 2018, s.53). Ved å bruke den kvalitative tilnærmingen vil den som utfører intervjuene påvirke dataene som blir innhentet, og må være åpen om dette (Dalland, 2018, s.53).

3.2 Integrativ litteraturoversikt

Vi har valgt å skrive en integrativ litteraturoversikt som handler om at man gjennom å finne artikler /fagstoff, utarbeider en oversikt over kunnskapsgrunnlaget innenfor et visst emne eller problemområde (Friberg, 2017, s.141). I tillegg til å velge ut data, sammenligne dem og lage

en oversikt, skal man også i en integrativ litteraturoversikt, til forskjell fra allmenn litteraturoversikt, diskutere funnene og dra egne konklusjoner for å danne en ny helhet (Friberg, 2017, s.150-151). Alt materiale som finnes på emnet kan ikke tas med, og man må ha begrensninger og foreta seg systematiske valg av artikler som skal analyseres i studien (Friberg, 2017, s.143). Vi valgte denne metoden fordi vi mener den danner større oversikt over området vi vil belyse, i og med at man kan inkludere flere ulike studier og sammenstille kunnskapen fra disse. En annen fordel er at vi oppfatter metoden som mindre tidskrevende enn en empirisk studie. Ulempen med integrativ litteraturoversikt er at det er risiko for at man ikke får med nok datagrunnlag, eller at man velger artikler som passer med forutbestemte ideer om hva som er svaret på problemstillingen. Det er derfor viktig at man har et åpent sinn i søkeprosessen og forsøker å holde seg så objektiv som mulig (Friberg, 2017, s.143). Vi endte opp med 4 kvalitative forskningsartikler til å bruke i vår studie, og søkeprosessen vår beskrives i kapittel 3.3.

3.3 Søkeprosess

Før vi startet søkeprosessen vår tydeliggjorde vi hvilke forforståelser vi hadde for temaet, slik at vi kunne være klar over dem og legge dem til side. På denne måten ble det enklere for oss å ha et åpent sinn under søkingen, og ikke ubevisst velge bort artikler som ikke stemte med vår forforståelse.

3.3.1 Databaser og søkestrategi

For å finne frem til forskningsartikler som er relevant for vår problemstilling, har vi søkt i databaser som er innenfor helse- og sosialfag. Vi brukte skolebibliotekets nettside for å finne relevante søkemonitorer/databaser, og endte opp med å bruke databaser som British Nursing Index, SveMed+, Medline, og Cinahl som vi mener er relevante for å finne sykepleiefaglige artikler. Søket ble startet bredt for å først bli kjent med databasene, ulike søketeknikker og søkeord. Etter å ha blitt bedre kjent med databasene og ulike metoder å søke på, startet vi med å søke mer strategisk og føre inn søkene i en oversiktlig tabell. Gjennom å bruke denne tabellen ble det lettere å for oss å se hvilke søkeord som gav flest og best treff.

3.3.2 Søkeord og avgrensninger

De første søkeordene vi startet med var “gynecological cancer” og “sexuality”, som er hovedtema i vår problemstilling. Dette ga oss mange treff i de ulike databasene, og gjorde at vi valgte å avgrense det mer for å ikke få så mange treff til å lese gjennom. De andre

Kandidatnummer: 6164 & 6103

søkeordene vi brukte ble valgt ut fra relevans for problemstillingen og hensikten vår, samt andre forslag som databasene foreslo. Som f.eks. skrev vi inn «Challenges» kom forslag som «difficulties» og «barriers». Disse søkeordene søkte vi med «OR» for å et bredere søk. Vi kombinerte også ulike søkeord i forskjellige forbindelser for å innsnevre søket og for å finne aktuelle empiriske studier. Avgrensninger som ble brukt i søkene var artikler publisert etter 2011, engelskspråklig, og fagfelleverdert. I noen databaser har vi avgrenset til artikler også. Se vedlegg 1. for søkelogg og søkeord.

3.3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Publisert etter 2011	Publisert før 2011
Pasientperspektiv	Sykepleieperspektiv
Kvalitative	Kvantitative
Empiriske studier	Litteraturbaserte studier
IMRaD-struktur	
Fagfelleverdert	
Geografi – land med vestlig kultur	Land med ikke vestlig kultur
Deltakere: Kvinner med gynekologisk kreft	
Engelsk/norsk språk	

3.3.4 Valg av forsknings artikler

Vi valgte artikler ut fra om de var relevant for å belyse vår problemstilling og om de inneholdt inklusjonskriteriene som beskrevet i kapittel 3.3.3. De artiklene som inneholdt eksklusjonskriteriene, ble utelatt. For å velge ut artiklene leste vi i første omgang gjennom sammendragene til artiklene for å identifisere de artiklene som kunne være med i oppgaven vår. Ut fra dette valgte vi ut flere artikler som vi satte inn i en tabell for å lese gjennom dem nøye. Vi så da på om studiens hensikt samsvarte med vår, om metoden var kvalitativ, om studien var empirisk og hvor godt resultatene kunne være med på å svare på problemstillingen vår. Vi valgte kun ut artikler som følger IMRaD-strukturen, er fra vitenskapelige tidsskrift og som er fagfelleverdert. Dette er fordi kvaliteten på artiklene som publiseres i vitenskapelige

Kandidatnummer: 6164 & 6103

tidsskrift, både blir vurdert av redaksjonen samt en uavhengig fagperson (Dalland, 2018, s.154).

Det var flere artikler som svarte godt på problemstillingen, men som ble ekskludert da de var fra land som Tyrkia og Kina. Grunnen til at vi ekskluderte disse artiklene er fordi vi valgte å kun ta med artikler som kom fra land som har kvinnesyn, kultur og kvalitet på helsevesenet som kan være sammenlignbart med Norge. Dette for at resultatene skal kunne være overførbare til Norge. De utvalgte artiklene våre er studier gjennomført i Nederland, Irland, Canada og Norge. For å være sikre på at de ikke-skandinaviske landene var sammenlignbare med Norge, søkte vi disse opp og leste om helsevesenet/kulturen, og konkluderte med at resultatene fra studiene er overførbare til norsk praksis.

Artiklene vi har valgt er ikke eldre enn 10 år gamle, men er fra 2012-2016. Grunnen til vi har valgt å bruke noe eldre artikler er fordi det ikke er skrevet mye om temaet, og dermed heller ikke særlig mange nyere artikler som svarer på problemstillingen. Ulempen med å ikke bruke artikler som er fra «dagens dato», er at det kan ha skjedd fremgang siden de ble skrevet. Vi mener likevel artiklene er relevante for oppgaven vår, da de er nye nok til at de kan gjenspeile situasjonen nokså lik den er i dag. Faktumet at det er lite forskning på dette temaet, understreker også viktigheten av å belyse problemstillingen vår, og hvor viktig det er å bidra til mer kunnskap og oppmerksomhet rundt temaet.

Tabellen under viser våre utvalgte artikler.

Forfatter, årstall, land:	Perspektiv:	Hensikt:	Metode:	Database:
Vermeer, W. M., Bakker, R. M., Kenter, G. G., Stiggelbout, A. M., & Ter Kuile, M. M. (2016). Nederland.	Pasient og pårørende	Undersøke erfaringer til livmorhalskreftoverlevende og partnere med psykoseksuell støtte og behov samt seksuelle dysfunksjoner	Kvalitativ. Semi-strukturerte intervju. 30 kvinner med livmorhalskreft og 12 partnere deltok.	Cinahl & Medline
Cleary, V., Hegarty, J., & McCarthy, G. (2013). Irland.	Pasient	Undersøke pasienters erfaringer med gynekologisk kreft sin påvirkning på seksualitet	Kvalitativ. Semi-strukturerte intervju. 8 kvinner med gynekologisk kreft deltok.	British nursing index
McCallum M, Lefebvre M, Jolicoeur L, Maheu C, & Lebel S. (2012). Canada.	Pasient	Undersøke ut fra pasienter behandlet for gynekologisk kreft sitt ståsted om hva seksuell helse er, hvilke ønsker de har for helsetjenester og hvilke barrierer de opplever for å delta i tjenester knyttet til dette.	Kvalitativ. Semi-strukturerte intervju. 15 kvinner med gynekologisk kreft deltok.	Cinahl

Kandidatnummer: 6164 & 6103

Sekse, R. J. T., Råheim, M., & Gjengedal, E. (2015). Norge.	Pasient	Undersøke erfaringer pasienter med gynekologisk kreft har med håndtering av endringer i seksualitet og intimitet og hvordan de opplever samtaler med helsepersonell knyttet til dette.	Kvalitativ. Dybde intervju. 16 langtids-overlevende kvinner som hadde forskjellige diagnoser av gynekologisk kreft deltok i studien.	Cinahl
---	---------	--	--	--------

3.4 Kildekritikk og sekundærsøk

Dalland beskriver kildekritikk slik; «vurdere og å karakterisere den litteraturen du har funnet» (Dalland, 2018, s.159). Det vil si at vi først skal finne relevant forskning som passer til vår hensikt og deretter avgjøre om kilden er troverdig (Dalland, 2018, s.152). Man skal både kritisk vurdere hvordan en har hentet frem litteraturen som skal brukes i oppgaven, og deretter vurdere reliabiliteten og validiteten til hver artikkel samt forfatterne, databasen og tidsskriftet artiklene er publisert i (Dalland, 2018, s.152-153).

Vi har ovenfor beskrevet søkeprosessen vår, og begrunnet de valgene vi har tatt gjennom denne prosessen. Etter vi hadde funnet frem artiklene foretok vi sekundærsøk på både tidsskriftene som vi fant artiklene i, og forfatterne til artiklene. Dette for å sikre at det er vitenskapelige tidsskrift, samt egnede forfattere. Under søket på tidsskriftene fant vi at alle tidsskriftene publiserte fagfelle-vurderte artikler, og er tidsskrifter som virker troverdige. Når vi søkte opp de forskjellige forfatterne fant vi at samtlige hadde flere publikasjoner, doktorgrader, var psykologer, sykepleiere, sykepleiere med videreutdanning i eksempelvis kreft og leger. Funnene ga oss tillit til at forfatterne var til å stole på. Denne prosessen var tidskrevende og omfattende, men nødvendig for å kunne sikre at kildene er gyldige.

3.5 Analyse

Vi gjennomførte analysen av artiklene våre ved å følge analysemetoden som er beskrevet av Friberg i boken «Dags för uppsats». Analysen handler i hovedsak om å dele opp de vitenskapelige artiklene i mindre deler, der man trekker ut nøkkelfunn fra hver artikkel, for så å sammenstille de «nye» funnene til en ny helhet/enhet (Friberg, 2017, s.135). Gjennom å skape en ny slik helhet får man bedre oversikt over problemområde.

Før vi startet med analysearbeidet av artiklene våre leste vi grundig gjennom dem flere ganger, med spesielt fokus på resultatdelen. Vi brukte en tabell for å lage sammendrag av resultatene og metodene til de valgte artiklene. På denne måten fikk vi en bedre oversikt, slik vi lettere kunne identifisere nøkkelfunn som passet til å besvare vår problemstilling. Deretter sammenlignet vi funnene fra hver artikkel for å utpeke likheter og ulikheter i resultatene.

Kandidatnummer: 6164 & 6103

Dette gav grunnlaget for å danne nye tema, som vi videre delte inn i hovedkategorier og underkategorier, noe som lot oss på en systematisk og ryddig måte fremstille resultatene våre (Friberg, 2017, s.135-137).

4.0 RESULTATER

Etter vi hadde foretatt analysen av de utvalgte artiklene, kom vi frem til 3 hovedkategorier og 3 underkategorier som er presentert i tabellen under.

Hovedkategori	Underkategori
Konsekvenser knyttet til seksualitet	Endret kropp og kroppslig bilde Redusert seksuell lyst og hyppighet samt faktorer som påvirker dette
Behov for informasjon og kompetanse	Preferanser for informasjon
Mer åpenhet og dialog	

4.1 Konsekvenser knyttet til seksualitet

Tre av de fire artiklene beskrev ulike konsekvenser for seksualiteten pasientene fikk av gynekologisk kreft, samt av behandlingen for gynekologisk kreft. Den siste artikkelen, Sekse et al (2015), beskrev ikke direkte konsekvenser, men det kom likevel indirekte frem at flere deltakere hadde opplevd problemer relatert til seksualitet. I artikkelen Vermeer et al (2016, s.1682) kom det frem at omtrent halvparten klarte å håndtere utfordringene med seksualiteten, eller så på dysfunksjonene som naturlig i forbindelse med varigheten på forholdet, eller alderen deres. Likevel følte også halvparten av deltakerne på seksuell fortvilelse (Vermeer et al., 2016, s.1682). Artikkelen McCallum et al (2012, s.137) viste at behandlingen for kreft hadde negativt påvirket seksualiteten hos alle deltakerne utenom en, og at det var en kombinasjon av fysiske, psykiske og mellommenneskelige faktorer som hadde innvirkning på seksualiteten deres.

4.1.1 Endret kropp og kroppslig bilde

For mange hadde behandlingen av gynekologisk kreft konsekvenser i form av fysiske forandringer på kroppen. Det kommer igjen i flere av studiene at kvinnene opplevde vaginal tørrhet eller endringer i lubrikasjon (McCallum et al., 2012, s.137; Cleary et al., 2013, s.35; Vermeer et al., 2016, s.1682). Også i studien Sekse et al (2015, s.1262) kommer det frem i teksten at minst to av kvinnene hadde opplevd tørrhet i skjeden, selv om det ikke var temaet

for intervjuet. De ulike studiene viser til forskjellige konsekvenser. I studien til Vermeer et al (2016, s.1682) kom det frem vaginal innsnevring og forkortning. McCallum et al (2012, s.137) beskrev også vaginal forkortning samt arrdannelse. Studien Clearly et al. (2013, s.35) viste til at deltakerne hadde opplevd endret sanseopplevelse, og hadde også opplevd tap av hår etter behandling med kjemoterapi, som førte til følelser av sinne, tristhet og fortvilelse.

Infertilitet ble beskrevet av flere kvinner, i alle tre nevnte studier, som en konsekvens av behandlingen (McCallum et al., 2012, s.137; Vermeer et al., 2016, s.1682; Clearly et al., 2013, s.35). Det å kunne få barn var for deltakerne i studien Clearly et al (2013, s.35) en del av hva det ville si å være kvinne. Sitatene “oh my god, it’s in my ovaries, I can’t have children... horrific thought” og “The fact that I couldn’t have kids, I thought I wasn’t normal” (Clearly et al., 2013, s.35), understreker innvirkningen infertiliteten hadde på deltakerne, og fremhever at de ikke følte seg som «normale» kvinner (Clearly et al., 2013, s.35). Også kvinnene i studien til Vermeer et al (2016, s.1682) fortalte at infertilitet hadde innvirkning på deres følelse av å være kvinne. En av kvinnene i studien beskriver det slik “Maybe I can see it separately from all the medical things that have happened, but I cannot disentangle it from the impact on my femininity” og fortsetter videre med “[..] I really had to explore: what for a woman am I? So, I don’t have children, what do I have?” (Vermeer et al., 2016, s.1683). Det å ikke kunne få barn, hadde også for flere kvinner ledet til en følelse av sorg (McCallum et al., 2012, s.137; Vermeer et al., 2016, s.1682).

Flesteparten av kvinnene i studien til Vermeer et al (2016, s.1682) hadde opplevd usikkerhet eller hadde et negativt kroppsbilde, på grunn av de kroppslige forandringene behandlingen for gynekologisk kreft førte med seg. En av kvinnene beskriver hennes syn på kroppen sin slik: “Well, up to my breasts everything is fine. Everything between my breasts until my knees, that’s awful. I consider that sort of a block, and I just don’t want to see it or feel it.” (Vermeer et al., 2016, s.1683). I Clearly et al. (2013, s.35) hadde alle deltakerne på et tidspunkt under behandlingen opplevd endret kroppsbilde, som igjen hadde påvirket deres selvfølelse. Kvinnene hadde nedsatt selvtillit, noe som blir best beskrevet gjennom dette sitatet fra en av deltakerne:

... just lacking in confidence all around. And as a woman, I just didn’t feel... well, I couldn’t wear clothes like I used to wear before, because I always have to wear a sanitary towel in my knickers... I can’t wear sexy knickers anymore, I have to wear “mammy” knickers. (Clearly et al., 2013, s.35)

Sitatet fremhever også faktumet at deltakerne i studien så på femininitet som en viktig del av seksualitet, og viser til at de gjerne ikke følte seg like feminine som tidligere. Dermed hadde de også mindre selvtillit (Cleary et al., 2013, s.35). Også i artikkelen McCallum et al (2012, s.137) er endret seksuell selvoppfattelse en av de hyppigste rapporterte problemene.

4.1.2 Redusert seksuell lyst og hyppighet samt faktorer som påvirker dette.

Det kommer frem i studiene Vermeer et al (2016, s.1682), Cleary et al (2013, s.35) & McCallum et al (2012, s.137) at en etterfølge av kreften og behandlingen var nedsatt seksuell lyst. I studien til Vermeer et al (2016, s.1682) forklarer noen av deltakerne den nedsatte sexlysten som relatert til andre aspekter enn behandlingen, slik som hvor gamle de er, lengden på forholdet eller at sex hadde blitt mindre viktig. En av deltakerne i studien forteller om den nedsatte libidoen slik:

Yes, then I noticed that, also because of the lack of energy, I just don't feel like it. I have been so busy all day, and for me... Yes, in that sense men and women are truly different. For men it's pure relaxation, and for me it's an effort. And after a busy day, it may sound stupid, but then I prefer to lie down on the couch. Yes, that is, that is very dull, but yes. (Vermeer et al., 2016, s.1683)

I studien Cleary et al. (2013, s.35) forteller forfatteren om at nedsatt libido opplevdes både under og etter behandling, men mest under behandling. En av kvinnene i studien sier dette om nedsatt sexlyst: "For a long time after I was operated it was like the sexual part of my brain stopped functioning. I had no need for it in my life, I didn't even want it in my life" (Cleary et al., 2013, s.35). I tillegg til at nedsatt seksuell lyst var rapportert, fortalte også alle deltakerne som var i et forhold om at de hadde nedsatt hyppighet av samleie. Noen av grunnene til at de ikke hadde samleie så ofte, var eksempelvis smerter, psykologiske barrierer og tap av sanseopplevelser (Cleary et al., 2013, s.35)

I studien McCallum et al (2012, s.137) forteller deltakerne om smerter ved samleie, og i studiene Vermeer et al (2016, s.1682) og Cleary et al (2013, s.35) rapporterer halvparten av deltakerne om smerter ved samleie, men en del av dem også om frykt for smerter ved samleie, og at frykten for smerter fikk dem til å unngå samleie. Et sitat som viser hvordan kvinnene opplevde det er dette: "When I saw him coming at me... it's like no, get it away from me, I just have a mental blockage of thinking it's going to hurt" (Cleary et al, 2013, s.35). Dette sitatet fremhever hvordan frykten påvirker deltakeren til å ikke ha samleie. En av deltakerne i

studien til Vermeer et al forteller om hvordan frykten for smerter fikk henne til å unngå samleie slik:

Since the treatment it (referring to her sexual functioning) hasn't been good. In that sense that I basically don't want. That I am afraid of it, and in pain. (...) And then, I have sort of given up, like "forget it", don't feel like it anymore. Or maybe I do feel like it, but the door has sort of been closed, and probably won't open again. (Vermeer et al., 2016, s.1683)

I tillegg til smertene og frykten for smerter som påvirket kvinnenens sexliv, fortalte også flertallet av kvinnene i studien Vermeer et al (2016, s.1682) at de opplevde inkontinens. Urininkontinens kunne føre til at de bekymret seg for urinlekkasje under sex. Frykten for urinlekkasje ledet for noen til at samleie ble mindre spontant. En av kvinnene i studien forklarte det slik:

Sex is less spontaneous, because you always reckon with: well I have to make sure that my bladder is empty, I have to pee before (...) When I have intercourse, then I feel an urge to urinate or sometimes a false urge, because if I go to the toilet nothing comes. All these things, like take away the spontaneity. (Vermeer et al., 2016, s.1683)

4.2 Behov for informasjon og kompetanse

Ut fra de 4 analyserte artikkelen kommer informasjon frem som et sentralt tema, og kvinner med gynekologisk kreft har et behov for å få informasjon knyttet til seksualitet (Vermeer et al., 2016; Cleary et al., 2013; McCallum et al., 2012; Sekse et al., 2015). De fleste av kvinnene i studien McCallum et al (2012, s.138) uttrykte et behov for mer detaljert informasjon, og ønsket at informasjonstjenester var mer til stede. I studien Cleary et al. (2013, s.35), fortalte deltakerne at de ikke hadde fått informasjon fra helsevesenet om mulige påvirkninger behandlingen kunne ha på deres seksualitet. Også en kvinne i studien Sekse et al (2015, s.1263) uttrykker å ikke hadde fått slik nødvendig informasjon. I motsetning til god informasjon hun oppleve å få om forberedelser til operasjon, sier kvinnen; "Isn't it more important to be prepared for the many years ahead?" (Sekse et al., 2015, s.1263). Det legges vekt på at å få informasjon om slike utfordringer, vil gjøre dem tryggere og mer forberedt på hva som kan forventes (Cleary et al., 2013, s.36).

At seksualitet ikke ble tatt opp, gjorde at kvinnene opplevde frustrasjon (Cleary et al., 2013, s.35). En kvinne i studien Sekse et al (2015, s.1262) uttrykker å ikke ha mottatt verken informasjon eller veiledning. Hun følte likevel behov for informasjon og kunnskap om kroppslige endringer og konsekvenser, til tross for å ikke ha et aktivt seksualliv. Kvinnen sier:

«It is my body and my life. At least, I could have been told how it is» (Sekse et al., 2015, s.1262). Majoriteten av deltakerne opplevde skuffelse overfor helsepersonell, fordi de ikke hadde blitt fortalt om seksuelle endringer (Sekse et al., 2015, s.1261). McCallum et al (2012, s.138) hevder at kvinnene ønsket at informasjonen skulle omhandle behandlingen og dens konsekvenser, men også om når samleie er trygt. Kvinnene ønsket også råd om hvordan de kunne takle vaginale forandringer (McCallum et al., 2012, s.138). Forfatteren skriver videre at de yngre kvinnene påpekte at de ønsket mer informasjon om hvordan behandlingen påvirker fruktbarheten, og hvordan de på forhånd av behandlingen kunne bevare den (McCallum et al., 2012, s.138). Kvinnene i studien Vermeer et al (2016, s.1685) uttrykte behov for informasjon om konsekvenser av behandlingen samt fysiske forandringer, men de ønsket også at informasjonen skulle inneholde praktiske råd om hvordan de kan takle seksuelle dysfunksjoner. I artikkelen Vermeer et al (2016, s.1685) kommer det frem at flertallet av deltakerne har et ønske om at partneren involveres i informasjonen.

4.2.1 Preferanser for informasjon

Halvparten av kvinnene som deltok i studien uttrykte at seksuell funksjon, var noe de ikke konsentrerte seg om under behandlingen og restitusjon, men samtidig satte de pris på informasjon (Vermeer et al., 2016, s.1682). Forfatteren hevder at på diagnose tidspunktet var ikke seksualitet et hovedfokus for kvinnene (Cleary et al., 2013, s.36). En kvinne sier «...at diagnosis, your head is spinning and I think any other information would probably be too much to take on board» (Cleary et al., 2013, s.36).

Flertallet av kvinnene prefererte skriftlig informasjon (Cleary et al., 2013, s.36). Også i studien Vermeer et al (2016, s. 1685), var nærmest halvparten av deltakerne positive til skriftlig informasjon, og mente dette kunne bidra til å ikke bli overøst med masse negativ informasjon. Samtidig rapporterte noen av kvinnene i studien McCallum et al (2012, s.138) at behovet for informasjon vil bli tilfreds med skriftlig informasjon, men på den andre siden legges det frem at mange av deltakerne ønsket å snakke med helsepersonell for muligheten til diskusjon og spørsmål. Enkelte av deltakerne opplevde at informasjonen de fikk, ikke var rettet mot deres behov, samtidig som den var mangelfull og motstridende. De opplevde også at informasjonen ble gitt med for vanskelig språk (Vermeer et al., 2016, s.1684). Det kom frem at noen deltakere skulle ønske informasjonen var lystigere ved at de for eksempel informerte om at seksuelle dysfunksjoner kunne bedres (Vermeer et al., 2016, s.1685).

4.3 Mer åpenhet og dialog

Å håndtere forandringer knyttet til intimitet og seksualitet var noe kvinnene følte seg alene om (Sekse et al., 2015, s.1261). Sekse et al (2015, s.1261) hevder at kvinnes erfaringer gjenspeiler lite samtaler om seksualitet, men også sjenerthet. Flere av deltakerne i Vermeer et al (2016, s.1684) opplevde at helsepersonell stilte spørsmål om deres seksualitet, men disse var enkle og rettet mot det fysiske. I studien til McCallum et al (2012, s.139) tenkte mange av kvinnene at andre medisinske problemer var viktigere for onkologen enn seksuell helse, og følte at det var forventet at de ikke skulle fokusere på det fremfor andre kreft-spesifikke tema. I Sekse et al (2015, s.1263) kommer det frem at flere kvinner lettere kunne håndtert seksuelle og kroppslige endringer, dersom helsepersonell var mer åpne om et slikt sensitivt tema. Følgende utsagn beskriver dette:

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

I den norske studien til Sekse et al (2015, s.1262) rapporterte kvinnene et ønske om at samtaler om seksualitet skulle være sammen med engasjert helsepersonell. Deltakerne hadde et usnakket, men nødvendig behov for samtaler omhandlende intime spørsmål (Sekse et al., 2015, s.1262). Kvinnene i studien Sekse et al (2015, s.1262) ønsket mer tid til dialog sammen med helsepersonell, men også mer åpenhet og interesse hos helsepersonell. Slike samtaler var ønskelig fra startfasen av diagnosen (Sekse et al., 2015, s.1262). Men igjen skriver forfatteren at det synes å være vanskelig for det er et tema som er følsomt (Sekse et al., 2015, s.1262). For flertallet av kvinnene var ikke ønskelig å starte samtaler om seksualitet selv, men de ville helsepersonell skulle starte slike samtaler (Sekse et al., 2015, s.1260). Også noen deltakere i studien til Vermeer et al (2016, s.1685) ønsket helsepersonell skulle ta mer initiativ til å snakke om seksuelle emner. Det kommer frem i studien til Cleary et al. (2013, s.35) at det befinner seg ulike barrierer for å løse utfordringer knyttet til seksualitet. I studien McCallum et al (2012, s.139) beskrives det at barrierene var at seksualitet var tabu og det var flaut å snakke om seksuell helse.

Kvinner rapporterte at de savnet samtaler med helsepersonell om tidligere erfaringer, og mulige fremtidige utfordringer, knyttet til seksualitet og intimitet (Sekse et al., 2015, s.1262). En kvinne opplevde at sykepleiere og helsepersonell ikke svarte på initiativet hennes når hun åpnet seg opp om utfordringer knyttet til intimitet. Følgende utsagn beskriver denne

erfaringen: “These are touchy topics to bring up, but short answers do not really encourage deep conversation” (Sekse et al., 2015, s.1263). Også en annen kvinne fra studien opplevde å bli møtt med korte svar når hun snakket med legen om seksuelle problemer, dette gjorde at hun mistet motet til å spørre videre (Sekse et al., 2015, s.1263). Hvordan mange av kvinnene ble møtt av helsepersonell førte til at de følte seg mer alene om deres problemer knyttet til seksualitet og intimitet (Sekse et al., 2015, s.1263). Forfatteren fremhever at når kvinnene uttrykker sine bekymringer knyttet til seksualitet er det viktig at helsepersonell ikke har dømmende holdning (Cleary et al., 2013, s.36). Den ene kvinnen sa det slik: “I asked her (doctor) for a heavy duty lube because the KY jelly didn’t work and she wouldn’t prescribe it for me... I had to ask and I was made to feel... like I was having sex with everyone” (Cleary et al., 2013, s.36).

Fordelene for å henvende seg til en sykepleier, var at de så på dem som empatiske og tilgjengelige, men samtidig var det usikkerhet rundt kunnskapen deres om seksualitet (Vermeer et al., 2016, s.1686). Også en deltaker sa dette: “With respect to nurses, I think “Well, they would say something to comfort me” and with the gynecologist, I would think: “Well, I might get some assistance” Maybe that is the difference” (Vermeer et al., 2016, s.1684).

5.0 DISKUSJON

5.1 Metodediskusjon

5.1.1 Språkbarriere

Vi har kun tatt i bruk engelsk språklige artikler, da det var få artikler på norsk og ingen av dem var relevante. Dette gjorde at vi var nødt til å oversette innholdet. Ulempen med at vi måtte oversette fra engelsk til norsk er at man kan risikere å miste en del av betydningen i oversettelsen, da det er flere engelske begreper som ikke har et passende norsk ord. Av den grunn tok vi oss god tid og var grundige i oversettelsesprosessen, for å ikke miste meningsinnhold. Vi har begge god forståelse for det engelske språket, noe som gjorde oversettelsen lettere. I forhold til vårt språklige og faglige utgangspunkt, mener vi at vår tolkning av studiene er tilfredsstillende.

5.1.2 Studienes deltakere

Alle studiene har foretatt seg strategiske valg av deltakere, da utvalget består av kvinner med ulike typer gynekologisk kreft (og partnere), som sannsynligvis har erfaringer med temaet i studiene (Dalland, 2018, s.74). I studien Sekse et al (2015, s.1266) beskrives det at deltakerne er av lignende kultur og etnisitet, mens i artiklene Vermeer et al (2016), Cleary et al (2013) og McCallum et al (2012) har det kun blitt beskrevet at studiene er gjennomført i land som Irland, Nederland og Canada, men ikke sagt noe om hvorvidt deltakerne er tilflyttere eller født og oppvokst der. Dermed kan man ikke si noe sikkert om deres etnisitet eller grunnleggende kultur. Som nevnt i teorikapittelet kan den enkeltes holdninger til seksualitet påvirkes av religion, myter, oppvekst og tilhørighet i gruppe (Gamnes, 2017, s.398). Selv om man må ta i betraktning at bakgrunnen til kvinnene er relativt ukjent i de fleste studiene, er det også viktig å fremheve at kvinnene likevel har blitt behandlet for kreften i de nevnte landene, og dermed har et nokså lignende utgangspunkt for kvaliteten på behandlingen.

5.1.3 Kvalitativ tilnærming som metode

Vi synes hensikten til artiklene blir godt besvart ved bruk av kvalitativ tilnærming, da formålet med studiene er å undersøke opplevelser og meningsinnhold – ikke tallfestede data. Eksempelvis er hensikten til Cleary et al (2013, s.33) å undersøke innvirkningen gynekologisk

kreft har på seksualitet. Dermed ønsker de ikke å undersøke hvor mange som opplever hvilke problemer, men hvordan problemene oppleves.

I boken metode og oppgaveskriving står det:

I forskningsintervjuet er det du som er instrumentet. Det er på grunnlag av dine spørsmål du får svar. Din evne til å oppfatte svarene, ta vare på dem, forstå dem og tolke dem, er avgjørende for om det du får ut av intervjuet er til å stole på. (Dalland, 2018, s.64)

Med andre ord vil det si at desto mer erfaren du er med metoden – jo flinkere du er til å intervju – desto bedre og sikrere blir resultatene. I sekundærsøkingen beskrevet i kapittel 3.5 kom det frem at majoriteten av forfatterne hadde tidligere publikasjoner og høy utdanning. Dette er med på å styrke antakelsen om at de har erfaring, og har et godt utgangspunkt for å kunne gjennomføre intervjuet på best mulig måte. I tillegg til hvem som utfører intervjuene, har også forholdene, slik som sted og tid, betydning for kvaliteten og gyldigheten til resultatene (Dalland, 2018, s.81). Deltakerne kunne i tre av studiene velge selv hvor de ønsket å bli intervjuet (Cleary et al., 2013, s.33; Vermeer et al., 2016, s.1680; McCallum et al., 2012, s.136). I Sekse et al (2015) står det ikke noe om hvor studiene ble utført. Det kan tenkes at å gi kvinnene valget selv om hvor intervjuene skal foregå, kan bidra til å skape trygghet og større frihet til å dele sine erfaringer og historie.

Når det kommer til intervjumetoden, har tre av artiklene brukt semi-strukturerte intervju (Vermeer et al., 2016, s.1679; Cleary et al., 2013, s.33; McCallum et al., 2012, s.135). I studien (Sekse et al., 2015, s.1259) gjennomførte de først et åpent intervju der deltakerne kunne snakke fritt om erfaringer knyttet til kreftdiagnosen. Med utgangspunkt i dette opprettet de en intervjuguide som omhandlet hovedtemaene, som ble brukt i oppfølgingsintervjuet. Alt for strukturerte spørsmål kan lede til at man styrer samtalen for mye, men dersom man har det for åpent, vil utfordringen ligge i å holde seg til temaet (Dalland, 2018, s.71). Det åpne intervjuet brukt i Sekse et al (2015), vil gi forskerne en mulighet til å fritt skape seg en oversikt over hvilke problemområder som kvinnene opplever, før de velger hovedtema for oppfølgingsintervju. Det kan tenkes at de får bredere oversikt over hvilke problemer deltakerne synes er relevante, enn de andre studiene som allerede ved første intervju forholder seg til forutbestemte tema. På den andre siden kan man risikere å miste fokus på hensikten i slike åpne intervju, og det er trolig enklere å få utfyllende svar, samtidig som man ikke går utenfor fokusområde når man bruker semi-strukturerte intervju. Samtlige studier brukte

lydopptak av intervjuene, dette gir intervjueren tid til å skrive ned kommentarer på deltakernes nonverbale kommunikasjon (Dalland, 2018, s.85). Ved å få med seg både det som blir sagt samt kroppsspråk, vil en få et bredere og mer nyansert bilde av meningsinnholdet i intervjuet (Dalland, 2018, s.67).

5.1.4 Integrativ litteraturoversikt som metode

Å skrive en integrativ litteraturoversikt var tidskrevende. Dette fordi både søkeprosessen og analyseprosessen var svært omfattende. Søkeprosessen ble tidskrevende fordi vi tok oss lang tid til å finne gode og relevante søkeord, samtidig som vi måtte bli kjent med databasene. Vi kvalitetssikret også artiklene grundig, ved å foreta sekundærsøk som beskrevet i kapittel 3.5. En annen grunn til at det var tidskrevende var at artiklene vi brukte hadde samme hovedtema som oss, men ikke lik hensikt. Vi måtte derfor hente ut materiale fra artiklene, uten å endre meningsinnholdet, men samtidig svare på vår hensikt. Mye av tiden vi brukte skyldes sannsynligvis også vår manglende erfaring med å skrive integrativ litteraturoversikt. På grunn av lite relevant forskning samt begrenset tid, satt vi igjen med fire utvalgte artikler. At vi hadde få artikler gjorde arbeidet mer oversiktlig, og ga oss bedre tid til å gå dypere inn i hver enkelt artikkel. Dette gjorde at vi fikk en bedre kjennskap til hver enkelt artikkel, som ga oss bedre overblikk over helheten. Likevel kunne det å ta i bruk flere artikler gitt oss et bredere resultat, som kunne bidratt til å bedre sikre gyldigheten til funnene.

5.2 Resultatdiskusjon

Vi skal i dette delkapittelet drøfte resultatene fra de utvalgte forskningsartiklene opp mot teori omhandlende gynekologisk kreft og seksualitet, sykepleierens rolle i forhold til dette samt Kari Martinsens omsorgsfilosofi. Vi kommer også til å dra inn våre synspunkter og meninger i diskusjonen.

5.2.1 Konsekvenser for seksualitet

Det er ingen tvil om at gynekologisk kreft har en innvirkning på kvinners seksualitet. Noe som kommer frem i både teorien og i resultatene. Derimot, som det kommer frem i studien Vermeer et al (2016, s.1682), er det ulikheter i om kvinnene føler at de selv er i stand til å håndtere de seksuelle dysfunksjonene som følger med behandlingen, eller om de anser dette

som er problem. Som sykepleier har man i oppgave å hjelpe pasientene å dekke sine grunnleggende behov (Kristoffersen & Nortvedt, 2017, s.102) deriblant seksualitet (Jerpseth, 2017, s.140). Martinsen snakker i sin omsorgsteori om at en situasjons omstendigheter kan vekke sykepleierens ansvarsfølelse (Nortvedt, 2016 s.55), noe som kan peke på at sykepleieren gjerne vil ta ansvar for å hjelpe pasientene med deres seksuelle dysfunksjoner, dersom hun føler at de leder til at de grunnleggende behovene ikke blir dekket. Likevel viser resultatene at ikke alltid kvinnene har et behov for hjelp med deres seksuelle dysfunksjoner, og det kan da virke påtrengende om sykepleieren hjelper uten å ha bli bedt om det. Der er derfor viktig at sykepleieren er klar over at pasienter har ulike behov, slik at hun kan rette omsorgen og pleien mot hva pasienten trenger og ønsker (Jerpseth, 2017, s.154).

De seksuelle utfordringene som kom frem i studiene samsvarte i stor grad med det som blir beskrevet i teorien. Ettersom vi finner mye likheter, mener vi dette bidrar til å styrke troverdigheten til resultatene våre. Eksempelvis kommer det frem i alle studiene at flere av kvinnene har vaginal tørrhet (Cleary et al., 2013, s.35; Sekse et al., 2015, s.1262; Vermeer et al., 2016, s.1682; McCallum et al., 2012, s.137). Dette stemmer godt overens med teorien, der det beskrives at strålebehandling og fjerning av eggstokkene fører til tørre slimhinner (Gamnes, 2017, s.396-397). Det kan da tenkes at flere av kvinnene i studiene har gjennomgått slik behandling og av den grunn opplever vaginal tørrhet. Resultatene viser også at flere kvinner erfarer ulike utfordringer knyttet til samleie (Vermeer et al., 2016, s.1682; Cleary et al., 2013, s.35; McCallum et al., 2012, s.137; Sekse et al., 2015, s.1261). I studien McCallum et al (2012, s.137), Vermeer et al (2016, s.1682) og Cleary et al. (2013, s.35) kommer det frem at kvinner opplever smerte i forbindelse med samleie. Samtidig som det i Vermeer et al (2016, s.1682) og Cleary et al. (2013, s.35) trekkes det frem at det ikke kun er selve smertene som hindre dem i å ha samleie, men også frykten for smerter. Smertene kan være relatert til ulike årsaker. Siv Gamnes (2017, s.396) forteller om at kirurgi i underlivet kan gi skader på nerver som igjen kan gi smerter ved samleie. Videre vil både cytostatika behandling og strålebehandling forårsake sårhet i skjeden (Jerpseth, 2017, s.154; Bertelsen et al., 2017, s.142-143), det kan tenkes at sårheten vil kunne forsterke smertene og gi utfordringer ved samleie. Også sammenvoksinger og arrdannelse kan gi utfordringer ved samleie (Jerpseth, 2017, s.154). Slike fysiske vaginale endringer opplevde noen av kvinnene. (McCallum et al., 2012, s.137; Vermeer et al., 2016, s.1682).

I Martinsen teori understreker hun ansvaret sykepleieren har for å sette seg inn i pasientens situasjon og opplever (Nortvedt, 2016, s.54). Vi vil påstå at det å ha kjennskap til de ulike seksuelle problemene som kan oppstå etter behandling for gynekologisk kreft, vil gjøre det lettere for sykepleiere å sette seg inn i pasientens situasjon. Til tross for at resultatene viser til at mange av kvinnene opplever de samme konsekvensene, er det viktig for sykepleieren å være klar over at enhver kan oppleve de ulikt. Det kan avhenge av pasientenes personlighet, prognosen og hvilket stadium i livet kvinnen befinner seg i (Jacobsen, 2017, s.607). Flere kvinner opplevde infertilitet som en konsekvens av behandlingen (McCallum et al., 2012, s.137; Vermeer et al., 2016, s.1682; Cleary et al., 2013, s.35). Som for noen ledet til en følelse av sorg (McCallum et al., 2012, s.137; Vermeer et al., 2016, s.1682) og påvirket følelsen av å være kvinne (Vermeer et al., 2016, s.1682; Cleary et al., 2013, s.35). Å få fjernet organer kan være en stor påkjenning, og betydningen organet har for den enkelte avgjør omfanget av påkjenningen (Jacobsen, 2017, s.607). Spesielt kan det være traumatisk for en kvinne i fertil alder å miste nødvendige organer for reproduksjonen (Jerpseth, 2017, s.154), noe som fremheves i studien McCallum et al (2012, s.138) ved at flere av de yngre kvinnene ønsket informasjon om behandlingens påvirkning på fertilitet samt fertilitetsbevaring. Dette kan tyde på at kvinner i overgangsalderen og de som er «ferdige» med å få barn ved diagnositidspunktet, ikke opplever å miste fertiliteten som like traumatisk. Likevel er det viktig at sykepleieren viser mye omsorg og støtte på lik linje til alle kvinnene. Da det å miste organ kan ha ulike betydning for den enkelte og dermed være en stor påkjenning uavhengig av alder (Jacobsen, 2017, s.607). Dette understreker viktigheten ved at sykepleieren har en innlevelsessevne og er empatisk for å kunne utvikle en forståelse for den enkeltes situasjon og opplevelser (Kristoffersen et al., 2017, s.22).

5.2.2 Informasjon og kunnskaper

På forhånd hadde vi forventet å finne mangler i informasjonen som ble gitt til pasientene, da vi i praksis har opplevd at det er lite snakk om seksualitet. Vi ble derimot overrasket over at mangelen på informasjon var i såpass stor grad som de beskriver i artiklene. I artikkelen Cleary et al (2013, s.35), hadde ingen av de 8 deltakerne opplevd å få informasjon om mulige påvirkninger behandlingen kan ha på deres seksualitet. Dette er mye alvorligere enn vi hadde sett for oss, og bryter helt tydelig med lovverket. I følge pasient- og brukerrettighetsloven skal pasienten «... ha den informasjonen 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). Vi ser på konsekvensene behandlingen har på seksualitet, som både en bivirkning og risiko ved behandlingsformen. Av den grunn har helsepersonell en lovfestet plikt til å informere om dette (Helsepersonelloven, 1999, §10). Det står videre i pasient og brukerrettighetsloven at man kan la være å gi informasjon hvis «... det er påtrengende nødvendig for å hindre fare for liv eller alvorlig helseskade for pasienten selv. Informasjon kan også unnlates dersom det er klart utilrådelig av hensyn til personer som står pasienten nær, å gi slik informasjon.» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2). Det vi har lest om kvinnenes situasjon i de analyserte artiklene, og vår tolkning av loven, gir oss ingen grunn til å tro at man lovlig kan utelate informasjonen om mulige konsekvenser behandlingen kan ha på seksualitet.

At deltakerne opplevde å ikke få informasjon, skapte hos flere i studien Sekse et al (2015, s.1262) en skuffelse ovenfor helsepersonell. En kvinne understreker dette ved å si: « It is my body and my life. At least, I could have been told how it is. » (Sekse et al., 2015, s.1262). Ut fra Martinsens tenkning får pasienter ofte en spontan tillit til helsepersonell. Skuffelsen som oppsto når deltakerne ikke fikk informasjonen som var forventet, kan ha brutt denne spontane tilliten, og gjort det vanskeligere å skape en videre tillitsfull relasjon (Kristoffersen, 2017, s.61). Som nevnt i teorikapittelet, utgjør informasjon- og kunnskapsgrunnet hos pasienter utgangspunktet de har for å ha kontroll over sin egen situasjon (Kristoffersen, 2017, s.140). At kvinnene i studien Sekse et al (2015) ikke opplevde å være forberedt på hva som kom til å skje, kan ifølge teorien føre til at de opplevde utrygghet og angst (Kristoffersen, 2017, s.140). Flere kvinner i studien Cleary et al (2013, s.36) legger vekt på at informasjon om utfordringene gjør dem tryggere og mer forberedt på hva de kan forvente. For at sykepleieren skal kunne forberede pasienten tilstrekkelig på hva som skal skje, er det viktig å være klar over at informasjonen må tilpasses den enkelte. Man må gi informasjonen ut fra hva pasienten vet fra før, og heller ikke «snakke over hode» på pasienten, men bruke forståelig språk (Jacobsen, 2017, s.605). Eksempelvis dersom du gir samme informasjonsbrosjyre til to pasienter med ulike utgangspunkt, kan informasjonen være tilstrekkelig for den ene, men uforståelig for den andre.

Resultatene fra de fire analyserte artiklene peker på at majoriteten av deltakerne har et stort behov for informasjon, noe som stemmer godt overens med (Molven, 2017, s.162) sin påstand om at informasjon somregel er et sterkt behov for pasienter. Selv om flertallet av kvinnene var positive til skriftlig informasjon (Cleary et al., 2013, s.36: Vermeer et al., 2016, s.1685), var

det også en andel som ønsket muligheten til å kunne diskutere og stille spørsmål til helsepersonell (Vermeer et al., 2016, s.1685). I studiene McCallum et al (2012, s.138) og Vermeer et al (2016, s.1685) ønsket de at informasjonen skulle omhandle konsekvenser til behandlingene inkludert retningslinjer og råd. En naturlig måte sykepleieren kan invitere kvinnen til å snakke åpent om seksualitet på, kan være å utdele skriftlig informasjon og gi henne mulighet til å lese det, før man senere kommer tilbake for videre samtale om ønskelig (Jacobsen, 2017, s.608). Det kan tenkes at dette kan gi kvinnen en slags bekreftelse på at hun kan komme til sykepleieren, dersom hun skulle lure på noe, samtidig som kvinnen selv får valget om hvordan informasjonen skal foregå, og hva den skal inneholde. På den andre siden er det viktig å være klar over at tidspunktet informasjonen utdeles på, kan ha innvirkning på hvor mye utbytte kvinnen har av den (Jerpseth, 2017, s.155). Som beskrevet i studien Vermeer et al (2016, s.1682) var seksuell funksjon for flere deltakere ikke et fokus under behandling og restitusjonsperioden, men de satte likevel pris på informasjon. Også for kvinnene i studien Cleary et al. (2013, s.36) ble det beskrevet at seksualitet ikke var et primært fokus på diagnosetidspunktet. Hvordan en opplever å få en kreftdiagnose er individuelt (Jerpseth, 2017, s.154), men kan for mange lede til vantro og sjokk (Jerpseth, 2017, s.155). Av den grunn er det spesielt viktig at sykepleieren skreddersyr både innholdet, tidspunktet og formatet til informasjonen for å passe den enkeltes behov, og gjerne repeterer den så ofte som ønskelig (Jerpseth, 2017, s.155).

5.2.3 Mer åpenhet og dialog om seksualitet

Som beskrevet i teorikapittelet kan kvinner ofte knytte underlivssykdommer med skam, blyghet og skyld, og det kan føre til at kvinnene føler seg blottstilte og sårbare (Jerpseth, 2017, s.134). Det er for mange et tabubelagt tema, som kan være vanskelig å åpne seg opp om (Jacobsen, 2017, s.604). I studiene til Sekse et al (2015, s.1262) og Cleary et al (2013, s.36), kom det frem at noen av kvinnene ikke opplevde å bli imøtekomet når de forsøkte å diskutere seksuelle problemer med helsepersonell. Måten helsepersonell møter pasienten på når de uttrykker sine bekymringer, er essensielt for hvordan den videre samtalen og tillitsbåndet blir (Kristoffersen, 2017, s.61). Når den ene kvinnen i studien Cleary et al (2013, s.36) forsøkte å ta opp seksuelle problemer med legen sin, endte hun opp med å føle at hun hadde sex med alle. I tillegg opplevde to forskjellige kvinner fra studien Sekse et al (2015, s.1262-1263) å bli møtt med korte svar når de forsøkte å uttrykke sine bekymringer. Vi tenker at dette ikke er framgangsmåter som legger grunnlaget for å skape en god relasjon, og som det

kommer frem av Kristoffersen (2017, s.61) tolkning av Martinsens omsorgsteori, vil man også ødelegge for å skape et videre tillitsbånd dersom pasienten ikke føler seg imøtekommet.

Holdningene deltakeren i studien Sekse et al (2015, s.1262) ble møtt med, førte til enda mer følelse av skam og sjenanse, noe som kan gjøre det vanskeligere for deltakerne å ta opp temaet flere ganger. Også i studien Cleary et al (2013, s.36) er holdningene til helsepersonell et problem. I hendelsen fra studien som blir beskrevet ovenfor, der deltakeren ender opp med å føle at hun har sex med alle (Cleary et al., 2013, s.36), kan det tenkes at deltakeren ikke ble møtt med en god holdning av helsepersonellet. I tillegg var det en av kvinnene i samme studie som følte at grunnen til hun ikke fikk informasjon om seksualitet, var fordi hun ikke var i et forhold. Hun opplevde selv et behov for denne informasjonen, da det kunne hende hun fant seg ny partner (Cleary et al., 2013, s.36). Disse hendelsene er med på å understreke hvor viktig det er å være oppmerksom på hvilke holdninger man uttrykker i møte med pasienten.

For at sykepleieren skal klare å uttrykke en åpenhet og interesse ovenfor pasienten, er det viktig å være klar over at det ikke er til å unngå at handlingene som utføres, uttrykker hvilke holdninger hun har (Nortvedt, 2016, s.58). Det er eksempelvis ikke nok om sykepleieren bare forteller pasienten at hun er åpen for å snakke om seksuelle utfordringer, det må også komme frem i måten hun sier det på, og samsvare med hennes handlinger. Det er dette Martinsen kaller for omsorgens væremåte og gjøremåte (Nortvedt, 2016, s.58). I studien Vermeer et al (2016, s.1685) og Sekse et al (2015, s.1262) kommer det frem at mange kvinner skulle ønske helsepersonell tok mer initiativ til å starte samtaler omhandlende seksualitet. Flere kvinner ønsket ikke å starte slike samtaler (Sekse et al., 2015, s.1262). Det kan tenkes at dette kan ha en sammenheng med at seksualitet er for mange et intimt tema (Gamnes, 2017, s.398), noe som gjenspeiles av at flere kvinner i studien synes temaet var følsomt (Sekse et al., 2015, s.1262), tabu og flaut (McCallum et al., 2012, s.139). Av den grunn er det særlig viktig at sykepleieren er den som starter en samtale om nettopp disse temaene (Gamnes, 2017, s.398). Det kan tenkes at dersom sykepleieren tar initiativ til samtale vil dette bidra til mer åpenhet og mindre tabu rundt temaet.

Som nevnt i teorikapittelet er det ofte lettere for pasienter å være sårbare i kontakt med sykepleiere, dette fordi yrkesrollen bærer med seg en spontan tillit (Eide & Eide, 2017, s.26). I tillegg er sykepleiere oftest den yrkesgruppen pasientene har mest direkte kontakt med, og vil derfor være naturlig at pasienten henvender seg til dem (Gamnes, 2017, s.401). I studien

Vermeer et al (2016, s.1686) kommer det derimot frem at selv om deltakerne så på sykepleiere som empatiske, var de i tvil om de hadde nok kompetanse til å hjelpe dem med seksuelle problemer. En av kvinnene forteller at dersom hun hadde initiert en samtale om seksualitet med en gynekolog hadde hun forventet å få råd, men om det hadde vært en sykepleier hadde hun forventet å bli trøstet (Vermeer et al., 2016, s.1684). Dersom man får lov til å snakke åpent og føle seg hørt, kan dette i noen tilfeller være nok støtte (Jacobsen, 2017, s.609). I andre tilfeller kan problemene være mer komplekse, og kreve spesialisert hjelp (Gamnes, 2017, s.399). For å kunne klare å kartlegge nivået av hjelp pasienten trenger, tenker vi det er viktig at sykepleieren har en utforskende og lyttende holdning. I dette arbeidet kan det være hensiktsmessig å bruke PLISSIT-modellen som beskrevet i teorikapittelet (Gamnes, 2017, s.399). Som følge av at noen deltakere var usikre på om sykepleiere hadde nok kunnskaper om emne, mener vi at åpenhet rundt samtaler samt initiativ til samtaler om seksualitet, kan bidra til å betrygge pasienten om at man har kunnskaper om temaet. Videre mener vi at det også vil skape en trygghet hos pasienten dersom sykepleieren er åpen om at hun ikke har svarene på alt, men at hun likevel får med seg det som blir sagt og kan henvise videre. For at sykepleieren skal være i stand til å gjøre dette, er det som nevnt i teorikapittelet viktig at hun innehar kunnskaper om hvilke hjelpeinstanser som finnes (Gamnes, 2017, s.399).

6.0 ANVENDELSE AV RESULTATENE I PRAKSIS

Som sykepleier må man være i stand til å identifisere pasienters behov for sykepleie, og det ligger i yrkesrollen at man skal ta initiativ til å hjelpe dem å dekke grunnleggende behov. Seksualitet er inkludert i menneskers grunnleggende behov, og når kreftsykdommer truer seksualiteten, setter det den syke i en posisjon av maktesløshet og frykt. Likevel viser resultatene at det for deltakerne kan være et utfordrende område å søke hjelp på, noe som illustrerer at helsepersonellet uoppfordret burde gi hjelpen. Dessverre er det ikke slik, da det viser seg at mangel på åpenhet og samtaler er et gjennomgående fenomen. I studiene kom det frem et stort behov for informasjon, samtidig som deltakerne ikke ble informert adekvat. Hva er det som forårsaker mangelen på informasjon, når behovet er så tydelig? Har det en sammenheng med sykepleieres manglende kunnskaper om emnet, eller handler det mer om at de ikke tørr å ta opp temaet? For å finne svar på dette trengs det mer kunnskaper og forskning på dette emnet. Ut fra resultatene våre ser vi at det finnes stort rom for forbedring. Måten sykepleiere møter og ivaretar denne pasientgruppen trenger en drastisk endring. Vår bacheloroppgave kan heve kompetansen i dette område, da vi belyser ulike seksuelle dysfunksjoner kvinnene opplever, noe vi mener er viktig for å kunne ivareta denne pasientgruppen adekvat. Det har også i oppgaven blitt satt lys på ulike preferanser kvinnene har for informasjon, som kan gi tips til hvordan sykepleiere i fremtiden kan optimalisere sykepleien til pasienter med gynekologisk kreft som opplever seksuelle problemer.

Forslag til anvendelse i praksis:

- Jevnlig sykepleieundervisning på arbeidsplassen i form av kurs og fagdag. Dette vil skape økt fokus og kompetanse rundt tema, og kan samtidig kan bidra til å redusere tabu hos personalet og gjøre det lettere å snakke åpent omkring seksualitet.
- Seksualitet burde inngå som en større del av pensum på sykepleiestudiet. Dette vil hjelpe sykepleiere til å allerede fra starten, være bevisst på egne holdninger og barrierer for å initiere en samtale om temaet. Det vil også gi dem mulighet til å bevisst jobbe med dette, allerede før de er ferdig utdannet.
- Pasientundervisning om gynekologisk kreft sin innvirkning på seksualitet. Sykepleieren kan ta i bruk bilder, video, skriftlig og muntlig informasjon samt veilede pasienten i bruk av hjelpemidler.

REFERANSER

Bertelsen, B., Hornslien, K. & Thoresen, L. (2017). Svulster. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg., s. 127- 149). Gyldendal akademisk.

Cleary, V., Hegarty, J., & McCarthy, G. (2013). How a diagnosis of gynaecological cancer affects women's sexuality. *Cancer Nursing Practice* (through 2013), 12(1), 32-37.
<https://search-proquest-com.ezproxy.uis.no/scholarly-journals/how-diagnosis-gynaecological-cancer-affects/docview/1321122424/se-2?accountid=136945>

Dalland, O. (2018). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal Akademisk.

Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: Personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.

Friberg, F. (Red.). (2017). *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3. utg.). Studentlitteratur AB.

Gamnes, S. (2017). Seksualitet og helse. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E. -A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Grunnleggende behov* (3. utg, bind 2, s. 373-407). Gyldendal Akademisk.

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.
<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

Hem, A. (2020, 19. mai). *IMRAD*. Store medisinske leksikon. Hentet 10. mai 2021 fra
<https://sml.snl.no/IMRAD>

Jacobsen, A. M. L. (2017). Sykepleieutfordringer ved kreft I kvinnelige kjønnsorganer. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient-Utfordring-Handling* (4.utg, s. 604-614). Cappelen Damm Akademisk

Kandidatnummer: 6164 & 6103

Jerpseth, H. (2017). Sykepleie ved gynekologiske sykdommer. I D. -G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie* (5. utg., bind 2., s. 133-168). Gyldendal Akademisk.

Kristoff, A. (2017). Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg., s. 401-418). Gyldendal akademisk.

Kreftregisteret. (2021, 18. mars). *Nøkkeltall om kreft*. Kreftregisteret.

<https://www.kreftregisteret.no/Temasider/om-kreft/>

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E. -A. & Grimsbø, G. H. (2017). Hva er sykepleie?: Sykepleie – fag og funksjoner. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E. -A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleie – fag og funksjon* (3. utg, bind 1, s. 15-27). Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2017). Pasient og sykepleier - verdier og samhandling. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E. -A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleie – fag og funksjon* (3. utg, bind 1, s. 89-138). Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2017). Sykepleie - Kunnskapsgrunnlag og kompetanseutvikling. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E. -A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleie – fag og funksjon* (3. utg, bind 1, s. 139-191). Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2017) Sykepleiefagets teoretiske utvikling – en historisk reise. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E. -A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg, bind 3, s. 15-80). Gyldendal Akademisk.

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

Molven, O. (2017). *Sykepleie og jus* (5. utg.). Gyldendal Juridisk.

Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. Norsk sykepleierforbund.

Hentet 29.april.2021 fra <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

Nortvedt, P. (2016). *Omtanke: En innføring i sykepleiens etikk* (2. utg.). Gyldendal Akademisk

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

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

Vermeer, W. M., Bakker, R. M., Kenter, G. G., Stiggelbout, A. M., & Ter Kuile, M. M. (2016). Cervical cancer survivors' and partners' experiences with sexual dysfunction and psychosexual support. *Supportive Care in Cancer*, 24(4), 1679–1687. <https://doi.org/10.1007/s00520-015-2925-0>

Kandidat nr. 6164 og 6103

VEDLEGG 1 – Søkelogg

Database	Søkeord med kombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Referanse til valgte artikler
Svemed+	gynekologisk kreft AND seksualitet	peer reviewed tidsskrifter, artikkel, 2011-2019	0	
Svemed+	genital neoplasms female AND sexuality	peer reviewed, artikkel	12	
Chinal	gynecological cancer AND sexuality	Peer reviewed, article, engelsk språk, 2011-2021	53	
Academic Search Elite	gynecological cancer AND sexual issues or sexuality or sexual dysfunction AND women	Peer reviewed, article, engelsk språk, 2011-2021	44	
Chinal	gynecological cancer AND challenges or barriers or difficulties AND sexuality	Peer reviewed, article, engelsk språk, 2011-2021	13	McCallum et al., 2012 Sekse et al., 2015
British nursing index	Gynecological cancer AND sexuality	scholarly journals, artikkel, engelsk språk	193	
British nursing index	Gynecological cancer AND sexuality AND Information	scholarly journals, article, engelsk språk, peer reviewed, 2011-2020	69	Cleary et al., 2013
Cinahl og Medline	Gynecological cancer AND experience AND sexual health or sexual difficulties or sexuality	peer reviewed, 2011-2021, engelsk	27	Vermeer et al., 2016
British Nursing Index	Genital neoplasms, female AND sexuality	Scholarly journals, peer reviewed, 2011-2021	17	
British Nursing Index	Gynecological cancer AND sexuality AND information AND dialog	Scholarly journals, peer reviewed,	38	
Chinal	Genital neoplasms, female AND sexuality AND nurses role	Peer reviewed, engelsk språk, 2011-2021	1	
Chinal	Gynecological cancer AND sexuality AND nurse or nurses or nursing	Peer reviewed, engelsk språk, 2011-2021	15	
Chinal	Gynecological cancer AND sexuality AND healthcare professionals	Peer reviewed, engelsk språk, 2011-2021	6	

VEDLEGG 2 – Oversiktstabell over analyserte artikler

Artikkel 1	
Tittel	Cervical cancer survivors' and partners' experiences with sexual dysfunction and psychosexual support
Tidsskrift/årstall	Supportive care in cancer (2016)
Forfattere	Willemijn M. Vermeer., Rinske M. Bakker., Gemma G. Kenter., Anne M. Stiggelbout. & Moniek M. ter Kuile
Perspektiv	Pasienter og partneren dems
Problem	Behandlingen av livmorhalskreft gir konsekvenser for seksuell funksjon som kan påvirke pasienter og partnere. Det er også kjent fra tidligere at flere pasienter enn de som søker hjelp, har et behov for psykoseksuell støtte.
Hensikt	Å vurdere erfaringer med seksuelle dysfunksjoner, psykoseksuell støtte og psykoseksuelle helsebehov blant livmorhalskreft overlevende i Amsterdam og deres partnere.
Metode	Kvalitativ. 30 livmorhalskreft overlevende deltok i studien. Pasientene som ble inkludert i studien hadde blitt behandlet ved leiden university medical center eller academic medical center i Amsterdam i løpet av de siste 1-12 årene og hadde minst en gang uttrykt behov for hjelp eller informasjon. 12 partnere deltok. Separate en-til-en intervju på deltakere og partnere ble gjennomført. Intervjuene ble tatt opp ved lyd og ordrett transkribert. Under intervjuene ble det diskutert innvirkningen behandlingen hadde på seksuell funksjon, psykoseksuelle helsebehov og tilbudet om informasjon og hjelp samt holdninger mot ulike informasjonstyper og intervensjoner. Det ble brukt en "life history calendar" metode for å samle informasjon om emnene som omhandler behandlingens innvirkning på seksuell funksjon og mottatt informasjon og hjelp. Dataene ble analysert ved hjelp av NVivo.
Resultater	Konsekvenser kvinner opplevde relatert til livmorhalskreft var infertilitet, inkontinent, tarmproblemer, lymfeødem, fysiske forandringer i vagina, sex mindre spontant pga. frykt for urinlekkasje, negativt kroppsbilde og usikkerhet, redusert sexlyst, (frykt for) smerter ved penetrasjon, skyldfølelse overfor partner, barriere for å etablere nytt forhold og negativ effekt på forholdet. Pasienter var ikke fokusert på seksualitet under behandling og restitusjon, men satte pris på informasjon. Psykoseksuell støtte var ønsket 6-12 måneder etter behandling. Noen husker å ha fått informasjon, noen var ikke fornøyd med informasjonen (for vanskelig språk, ikke individuell nok, ufullstendig eller motstridende). Noen hadde fått profesjonell hjelp, andre ikke. Ikke involvering av partner. Behov for informasjon, praktiske råd. Forskjeller i informasjonsbehov avhengig av pasientenes seksuelle engstelse: eks. at helsepersonell tar mer initiativ, behov for flere samtaler, mer optimistisk informasjon osv. Forskjeller i barrierer om å søke profesjonell hjelp, noen hadde ikke noen barrierer mens andre opplevde eks. følte at de burde ordne disse problemene selv, tabu, praktiske årsaker. Flertallet ønsker at partner skal inkluderes. Holdninger: positive til skriftlig informasjon og webside. For mer komplekse problem var ansikt til ansikt ønskelig. Varierte holdninger mot online støttegruppe. Ulike meninger om hvorvidt sexolog eller gynekolog var gode å snakke med. Fordelen med å snakke med spl var at de var empatiske og tilgjengelige, men ulempen var at pasienten var usikre på spl hadde tilstrekkelig kompetanse om seksualitet.

Kandidat nr. 6164 og 6103

Artikkel 2	
Tittel	How a diagnosis of gynaecological cancer affects women's sexuality
Tidsskrift/årstall	Cancer nursing practice (2013)
Forfattere	Vicki Cleary, Josephine Hegarty & Geraldine McCarthy.
Perspektiv	Pasient
Problem	Kvinner kan oppleve negative forandringer i seksualiteten etter behandling for gynekologisk kreft, og informasjonsbehovet deres i forhold til seksualitet blir ofte ikke tilfredsstillt.
Hensikt	Hensikten var å undersøke fra pasientens perspektiv hvilken innvirkning gynekologisk kreft har på seksualitet.
Metode	Kvalitativ. 8 kvinner med gynekologisk kreft (eggstokk, vulva og livmorhals) ble rekruttert fra gynekologisk avdeling ved et sykehus i Irland. Gjennomsnittsalderen var 47år. Det ble tatt lydopptak av semi-strukturerte intervju som varte mellom 30-50min, og de ble ordrett transkribert. Under intervjuene ble det ved åpne spørsmål diskutert kvinners forståelse av deres seksualitet og hvordan gynekologisk kreft og behandling påvirket denne, samt hvordan de opplevde informasjonen. Dataene ble analysert ved å bruke manifest innholdsanalyse - alle data ble ordrett transkribert samtidig som de identifiserte ulike tema. Dataanalysen var pågående og iterativ (altså at funnene fra de tidligere intervjuene ble brukt til å utforme neste intervju).
Resultater	<p>Alle så på seksualitet som noe mer enn bare sex, og noen sa at de hadde endret syn på betydningen av seksualitet etter diagnosen. Begrepet inneholdt både holdninger, feminitet, forhold og utseende.</p> <p>Deltakerne synes seksualitet var en viktig del av kvinners liv, men på diagnosetidspunktet var andre ting som liv og død viktigere. Senere i forløpet når det ble klart at de skulle overleve - ble seksualitet som tema viktigere igjen.</p> <p>Alle deltakere opplevde endret kroppsbilde. Eks. pga hårtap. Infertilitet var et problem. Andre problemer med seksualiteten var nedsatt seksuell lyst, (frykt for) smerter ved samleie, nedsatt libido, mindre sex. Problemer med seksualiteten førte til problemer i forholdet (både kommunikasjonsproblemer, nedsatt intimitet).</p> <p>Alle deltakere beskrev et behov for informasjon, og at ingen av dem hadde mottatt noen form for informasjon fra helsepersonell om eventuelle effekter på seksualitet av behandlingen. Flere barrierer for å ta opp temaet om seksualitet eksisterte - den ene quoten forteller om at hun følte seg dømt når hun snakket til helsepersonell om glidemiddel. De fleste deltakerne synes det var mange fordeler med å få informasjon; slik som at da hadde de vært forberedt på hva som kom til å skje. Preferanser for informasjonen var varierende, noen mente at informasjonen burde komme fra en sykepleier eller kvinne pga. informasjonens sensitivitet, andre ville den skulle komme fra noen som hadde opplevd det samme. De fleste deltakerne var enige om at skrevet informasjon var bra, og var for det meste ønsket under behandling og etter ferdig behandling (ikke på diagnosetidspunktet).</p>

Kandidat nr. 6164 og 6103

Artikkel 3	
Tittel	Sexual health and gynecological cancer: conceptualizing patient needs and overcoming barriers to seeking and accessing services
Tidsskrift/årstall	Journal of psychosomatic obstetrics & gynecology (2012)
Forfattere	Megan McCallum., Monique Lefebvre., Lynne Jolicoeur., Christine Maheu & Sophie Lebel
Perspektiv	Pasient
Problem	Pasienter behandlet for gynekologisk kreft opplever flere ulike psykiske og fysiske problemer knyttet til seksualitet. Det er uenighet i hva begrepet seksualitet innebærer, og flere helsepersonell neglisjerer den sosiale og psykiske delen av begrepet. Det er også ulike barrierer for å søke hjelp til seksualitet.
Hensikt	Hensikten var å se på kvinner som var behandlet for gynekologisk kreft sine opplevelser. Fokuset var å fylle på mangler i dagens litteratur. Hovedtemaene var hvilke barrierer de hadde for å bli med på tjenester knyttet til seksuell helse, hvordan kvinnene definerte sunn seksualitet og hvilke tilbud de ønsket for å dekke behovet deres.
Metode	Kvalitativ. Fortolkningsbeskrivende. Induktiv metode. Semistrukturerte intervju som varte mellom 1-2timer. Spørsmålene de stilte handlet om kreftens påvirkning på deres seksuelle helse, hvordan de eventuelt håndterte konsekvensene, hva som lå i deres beskrivelse av sunn seksualitet, hvilken type hjelp de ønsker og hvilke eventuelle barrierer de har for å delta. 15 kvinner i Canada deltok, med en gjennomsnittsalder på 52 år. Inklusjonskriterier var at kvinnene måtte være over 18år, snakke enten engelsk eller fransk og ha fått behandling for gynekologisk kreft. Man prøvde også å få til et bredt utvalg av kvinner - ulike gynekologiske krefttyper, noen som var postmenopausale og noen som var premenopausale, samt noen som hadde gjennomgått stråling da dette kan gi store vaginale forandringer, og noen som ikke hadde det. Det ble tatt lydopptak av intervjuene, og de ble transkribert. Data ble analysert ved hjelp av NVivo9
Resultater	Kreftbehandlingen påvirket seksualiteten til alle deltakerne utenom en. Behandlingen ga både fysiske og psykiske ettervirkninger, slik som vaginal tørrhet, arrdannelse og forkortelse. Nedsatt lyst og opphisselse, dyspareuni, angst, sorg, mellommenneskelige forandringer og endret seksuell selvoppfattelse. Disse hadde sammenheng og kombinert påvirket seksualiteten. Beskrivelsene av sunn seksualitet inkluderte bra selvbylde, bra intimkontakt, å kunne bli opphisset og tilfredsstillt seksuelt og å ha et sunt seksuelt selvskjema. De fleste deltakerne ønsker bedre og mer tilgjengelig informasjon om eks, om når de trygt kunne ha samleie, hvordan de skulle håndtere problemer med forandringer i vagina og tidlig menopause, fertilitet, effekten av behandlingen. Noen synes skrevet informasjon var bra nok, andre trengte en-til-en samtaler. De ønsket åpenhet og at folk var villige til å assistere dem med seksuelle problemer. Barrierer som kom frem, var at seksualitet er tabu. Kvinnene så heller ikke på gruppetimer som noe seriøst, og mange av dem tenkte at andre medisinske problemer var viktigere for onkologen enn seksuell helse, og følte at det var forventet at de ikke skulle fokusere på det fremfor andre kreft-spesifikke tema. Flere synes også temaet var flaut å snakke om. Andre barrierer var eks at de hadde barn, økonomiske barrierer, jobb som forhindrer dem i å komme eller at de ikke deltok fordi de ikke ønsket å gi seg selv en dårlig emosjonell opplevelse. Noen synes det var ukomfortabelt å motta tjenester på sykehuset fordi de assosierte plassen med kreften.

Kandidat nr. 6164 og 6103

Artikkel 4	
Tittel	Shyness and Openness—Common Ground for Dialogue Between Health Personnel and Women About Sexual and Intimate Issues After Gynecological Cancer
Tidsskrift/årstall	Health Care for Women International, (2015)
Forfattere	Ragnhild J. T. Sekse., Målfrid Råheim & Eva Gjengedal.
Perspektiv	Pasient
Problem	Seksualiteten til kvinner er negativt påvirket av kreft. Kvinner ønsket at helsepersonell startet samtaler om kreftens påvirkning på livene og forholdene deres samt endringer i kroppen, og ville snakke med dem om dette. Seksualiteten burde bli sett på som en del av helhetlig omsorg, men mangler i kommunikasjonsferdigheter og beskjedenhet er noen av grunnene til at den ikke er det.
Hensikt	Hensikten er å belyse erfaringer kvinner har med måter å håndtere seksuelle problemer på og hvordan de erfarer samtaler med helsepersonell om seksualitet og intimitet.
Metode	Kvalitativ. Studien har både en fenomenologisk og hermeneutisk tilnærming. 16 langtidsoverlevende kvinner som hadde overlevd gynekologisk kreft deltok i studien. De ble rekruttert fra en poliklinikk på et universitetssykehus i Norge. Kvinnene som deltok i studien hadde forskjellige diagnoser av gynekologisk kreft også i ulike stadier og alle hadde blitt operert.
Resultater	Kvinnene har behov for dialog med engasjerte helsepersonell, men har et ønske om at helsepersonell tar initiativ til å starte samtalen. Det kom frem i studien at samtalen var ønskelig fra starten av sykdommen og videre. De opplevde at helsepersonell sjelden tok initiativ til samtale om seksualitet og intimitet. Deltakernes erfaringer viste i studien at de opplever sjenanse og sårbarhet i forbindelse med å ta hånd om seksuelle og intime problemer. Deltakerens erfaringer viser at de føler seg ensomme og alene med å fikse endringene knyttet til seksualitet og intimitet. De opplevde at endringer knyttet til seksualitet og intimitet ikke ble særlig snakket om, det var ikke før 5-6 år etter behandlingen de snakket om utfordringer og seksuelle liv. Deltakerens erfaringer om situasjoner rører sjenanse og at det er fravær av samtaler om seksualitet. Flere av kvinnene som hadde intimt forhold til partner opplevde at problemene knyttet til endringer i seksuelle helse ikke ble snakket om. En kvinne opplevde tørre slimhinner, men hun hadde ikke opplevd og fått informasjon om dette i forkant. En kvinne uttrykker ydmykelse ved å ikke ha fått noe informasjon om kroppslige endringer og konsekvenser som kan forekomme for det seksuelle liv. Samme kvinnen opplevde god informasjon om forberedelser til operasjon, men understreket at informasjonen om kroppslige endringer frem i tid er desto viktigere. En deltaker opplever skuffelse og sinne for å ikke ha fått informasjonen om konsekvenser behandlingen for gynekologisk kreft kan ha for et pars seksuelle liv. En annen kvinne opplevde også å føle seg alene med sine problemer. Det så ut til at det var livsbegrensende for mange å ikke ha noen å snakke med om sårbarheten og sjenansen. En av kvinnene følte seg ignorert da hun opplevde at seksuelliv og intimitet var noe hun ikke fikk veiledning om. Hun uttrykket et behov for informasjon. Nesten alle kvinnene som deltok i studien var skuffet over at de ikke hadde fått informasjon om seksuelle endringer fra helsepersonell. Deltakerne understreker at samtaler sammen med helsepersonell som omhandler tidligere erfaringer og mulige utfordringer frem i tid relatert til seksualitet og intimitet manglet. Kvinnene ønsket åpenhet om sårbare temaer, ekte involvering og at helsepersonell har mer tid til dialog.