

5223, 5105 & 5243

# **BSYBAC\_5**

## **Bacheloroppgave i Sykepleie**

Seksuell helse og funksjon etter gjennomgått gynekologisk kreftsykdom



---

Universitetet  
i Stavanger

**Det helsevitenskapelige fakultet**  
**Bachelor i Sykepleie**

*[Stavanger, 05.05.22]*

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

## SAMMENDRAG

### **Bakgrunn**

Som fremtidige sykepleiere ønsker vi å tilegne oss mer kunnskap om seksuell helse hos gynekologiske kreftpasienter. Bakgrunnen for dette ønsket er at vi ser et behov for slik oppfølging i praksis, og har opplevd manglende kunnskap rundt emne. Spesielt ønsker vi å undersøke utfordringer rundt seksuell helse for denne pasientgruppen for å kunne imøtekomme dem på en verdig måte.

### **Hensikt**

Hensikten med oppgaven er å undersøke hvilke seksuelle problemer kvinner kan oppleve etter gjennomgått gynekologisk kreftsykdom. Videre vil vi belyse sykepleietiltak som kan fremme pasientens seksuelle helse og funksjon.

### **Metode**

I oppgaven benyttet vi oss av en integrativ litteraturoversikt for å analysere og tolke de utvalgte artiklene. Alle artiklene benyttet seg av kvalitativ metode, noe vi opplevde hensiktsmessig for oppgaven. Etter nøye analyse av artiklene ble funnene presentert og diskutert ved bruk av bakgrunns litteratur, sykepleieteori og egne refleksjoner.

### **Resultater**

Funnene viser at kvinner med gynekologisk kreft opplever mangel på informasjon omkring hvordan deres kreftdiagnose kan påvirke seksuell helse og funksjon. Funnene viser også at sykepleierne vet at de burde ta opp seksualitet med denne pasientgruppen, men at de ikke gjør det på bakgrunn av flere faktorer, som blant annet mangel på kunnskap og erfaring.

**Nøkkelord:** Sykepleie, sykepleietiltak, gynekologisk kreft, seksuell helse og funksjon, seksualitet, Joyce Travelbee, PLISSIT-modellen.

FORORD

“Når du grunnet lidelse, droger må innta  
De vil gi deg lettelse og virkning du vil anta  
I all desperasjon du neppe vil hugen  
At droger sjeldent bivirkninger kommer foruten

De mange bivirkningene er som et jag  
Som sniker seg innpå en vakker dag  
Det er en hel haug med uønska plag

Og gir deg symptomer av ubehag

Av bivirkninger finnes det mang en sort  
Det eneste du vil er å få dem bort  
Fra hete til kløe til å miste hår  
Til slutt er det flere enn doktor´n anslår

På liten stund går du fra hete til gys  
Og føler deg klein, rett før det kommer et nys  
Du hele dagen går rundt og skvetter  
For disse bivirkningene gjør at du får søvnløse netter

Andre derimot får seksuelle dysfunksjoner  
Mange menn, for eksempel, sliter med å få en boner  
Erekttil dysfunksjon er ikke noe å le av

Du kan derimot få hjelpemidler av NAV

Det dukker opp mange forskjellige symptomer  
Når legemidler kutter de gode hormoner  
Da opplever mange vaginal atrofi  
Som gjør det vanskelig å få det til å skli

Når du gode hormoner får blokkert så kraftig  
Vil lysten også bli redusert veldig standhaftig

Å ikke selv ønske utløp for dette

Gir deg en smerte som selv ikke kjærligheten kan rette ....”

(Næss, 2020)

## Innhold

<b>1. INNLEDNING</b> .....	<b>5</b>
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA .....	5
1.2 PROBLEMFOMULERING.....	5
1.3 HENSIKT .....	5
<b>2. TEORETISK REFERANSERAMME</b> .....	<b>6</b>
2.1 SEKSUELL HELSE OG FUNKSJON.....	6
2.2 GYNEKOLOGISKE KREFTSYKDOMMER .....	6
2.3 PLISSIT-MODELLEN .....	7
2.5 MENNESKE-TIL-MENNESKE-FORHOLDET - JOYCE TRAVELBEE.....	7
<b>3 METODE</b> .....	<b>8</b>
3.2 KVALITATIV METODE.....	8
3.3 INTEGRATIV LITTERATUROVERSIKT .....	8
3.4 LITTERATURSØK .....	8
3.4.1 Valg av databaser og søkeord .....	8
3.4.2 Inklusjon- og eksklusjonskriterier.....	9
3.4.3 Valg av artikler.....	9
3.4.4 Analyse.....	10
<b>4 RESULTATER</b> .....	<b>11</b>
4.1 SYKEPLEIERES ROLLE I SAMTALER OM SEKSUALITET .....	12
4.1.1 Barrierer og hinder vedrørende samtaler om seksualitet.....	12
4.2 PASIENTERS BEHOV VEDRØRENDE SEKSUALITET .....	13
4.2.1 Informasjon, rådgivning og støtte .....	13
4.2.2 Bluferdighet og mangel på åpenhet .....	14
4.3 GYNEKOLOGISKE KREFTPASIENTERS UTFORDRINGER KNYTTET TIL SEKSUALITET .....	14
4.3.1 Psykoseksuelle konsekvenser og seksuelle problemer hos kvinner med gynekologisk kreft.....	14
<b>5 DISKUSJON</b> .....	<b>15</b>
5.1 METODEDISKUSJON.....	16
5.1.1 Anvendt metode.....	16
5.1.2 Artiklenes forfattere.....	17
5.1.3 Studienes deltakere.....	17
5.1.4 Studienes datainnsamling.....	18
5.1.5 Forskningsarena.....	19
5.2 RESULTATDISKUSJON .....	19
5.2.1 Seksuelle problemer etter gjennomgått gynekologisk kreftsykdom .....	20
5.2.1.1 Fysiske konsekvenser .....	20
5.2.1.2 Psykoseksuelle konsekvenser .....	21
5.2.2 Mangel på åpenhet rundt seksuell helse .....	22
5.2.2.1 Fra et pasientperspektiv.....	22
5.2.2.2 Fra et sykepleierperspektiv .....	22
5.2.3 Viktigheten av å prate om seksuell helse.....	23
5.2.4 Sykepleietiltak som kan fremme pasientens seksuelle helse og funksjon .....	24
5.2.4.1 PLISSIT-modellen som ett sykepleiertiltak .....	25
5.2.4.2 Sykepleierens ulike kartleggingsverktøy .....	26
<b>6 ANVENDELSE I PRAKSIS</b> .....	<b>29</b>
<b>LITTERATUR</b> .....	<b>30</b>
<b>VEDLEGG 1: LITTERATURMATRISE</b> .....	
<b>VEDLEGG 2: SØKELOGG</b> .....	

ANTALL ORD: 7942

## 1. Innledning

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

I 2020 ble 463 kvinner diagnostisert med eggstokkreft, og 330 kvinner ble diagnostisert med livmorhalskreft. Dødeligheten av gynekologisk kreft har gått betydelig ned for alle aldersgrupper de siste 40 årene (Nasjonalt kvalitetsregister for gynekologisk kreft, 2021, s.4-16). Flere kvinner blir langtidsoverlevende, og ettersom senskader ofte forekommer kan disse skape konsekvenser for deres seksuelle helse og funksjon.

Erfaringsmessig kommer det frem at seksuell helse ofte ikke blir tatt opp i møte med pasientene, og vi ønsker derfor å undersøke hva vi kan gjøre for å rette oppmerksomhet mot seksuell helse og funksjon hos gynekologiske kreftpasienter.

### 1.2 Problemformulering

*Hvilke seksuelle problemer kan kvinner oppleve etter gjennomgått gynekologisk kreftsykdom og hvordan kan sykepleiere fremme pasientens seksuelle helse og funksjon?*

“Sexual dysfunctions .... have been reported in 23 to 63 % of patients treated for GC” (Vermeer et al., 2014, s.831), likevel rapporteres det om at dette er noe som sjeldent snakkes om av blant annet sykepleiere (Hoel et al., 2021). Samtaler om seksualitet kan redusere lidelse hos pasienten, og øke livskvalitet ved å tilby helhetlig pleie.

### 1.3 Hensikt

Hensikten med oppgaven er å undersøke hvilke seksuelle problemer kvinner kan oppleve etter gjennomgått gynekologisk kreftsykdom. Videre vil vi belyse sykepleietiltak som kan fremme pasientens seksuelle helse og funksjon.

## 2. Teoretisk referanseramme

### 2.1 Seksuell helse og funksjon

Verdens helseorganisasjon definerer “seksualitet som en integrert del av det å være menneske” (Gjessing et al, 2013, s.87). Seksualitet kan defineres i form av følelser, det kroppslige, og det sosiale aspektet av å være menneske (Gjessing et al, 2013, s.87).

Seksualitet kan defineres på ulike måter og anses å være et grunnleggende behov. Alle individer har sin egen unike seksualitet, og seksualitetens uttrykk blir påvirket av verdier, kulturer og erfaringer. Ofte forbindes seksualitet kun med samleie og fysisk intimitet med andre, men det innebærer mye mer enn bare selve akten. Det er alt fra følelser og forelskelse til samleie og fysisk kontakt.

“Seksuell helse er definert som fysisk, psykisk, emosjonelt og sosialt velvære relatert til seksualitet” (Helsedirektoratet, 2021), mens psykoseksuell er et “.... begrep som betegner de opplevelsesmessige og atferdsmessige sider ved kjønnslivet” (Store norske leksikon, 2022). Seksuell helse kan bli påvirket av gynekologiske kreftsykdommer i form av fysiske plager og psykoseksuelle utfordringer. Fysiske senskader relatert til behandling kan føre til seksuelle dysfunksjoner. I tillegg til fysiske endringer kan kvinnen oppleve psykoseksuelle utfordringer som for eksempel endret kroppsbilde etter behandling. Disse endringene kan ha en innvirkning på seksuell funksjon, som igjen påvirker individets seksuelle helse.

### 2.2 Gynekologiske kreftsykdommer

Under begrepet gynekologiske kreftsykdommer finner vi ovarial cancer, livmorkreft, livmorhalskreft og vulvacancer (Kristoff, 2016, s.409-411). Ovarial cancer blir definert som eggstokk-, eggleder- og bukhinnekreft i Kreftregisterets årsrapport for gynekologisk kreft (Nasjonalt kvalitetsregister for gynekologisk kreft, 2021, s.16). Kristoff (2016) trekker frem vulvacancer som en av de sjeldnere gynekologiske kreftsykdommene (Kristoff, 2016, s.409).

Gynekologiske kreftsykdommer forekommer av lette til alvorlige celleforandringer som kan føre til kreftutvikling. Slik kreftutvikling skjer ofte over flere år. Det er flere faktorer som er med på å øke sjansene for utvikling av maligne tumorer, blant annet virusinfeksjon, genetisk disposisjon og miljø. Som regel er det ingen klar årsak til hvorfor en utvikler gynekologisk kreft (Kristoff, 2016, s.408).

### 2.3 PLISSIT-modellen

PLISSIT-modellen tar for seg de ulike nivåene en kan møte og behandle problemer knyttet til seksualitet på. “PLISSIT er et bokstavord for Permission, Limited Information, Specific Suggestions, Intensive Therapy....” (Gamnes, 2016, s.399). P-nivået (tillatelse) gir mulighet for at pasienten kan være åpen om seksualitet og krever ingen utdanning eller kunnskap fra helsepersonell. LI-nivået (begrenset informasjon) vektlegger at pasienten får enkel og presis informasjon om seksualitet. Eksempelvis informasjon og rådgivning om bruk av seksuelle hjelpemidler. SS-nivået (spesifikke forslag) går ut på at pasient får mulighet til å spørre om egen situasjon, samt få forslag til løsninger på utfordringer relatert til seksualitet. Her kreves det at helsepersonell har bakgrunnskunnskap om rådgivning om seksuelle problemer. IT-nivået (intensiv terapi) gjelder et fåtall av pasienter som behøver spesialisert behandlingstilbud og nivået krever at helsepersonell har spesialisert kompetanse i form av psykoterapi og videreutdanning som sexolog (Gamnes, 2016, s.400).

### 2.5 Menneske-til-menneske-forholdet - Joyce Travelbee

Travelbee (2018) reflekterer rundt sykepleierens oppgave knyttet til å etablere et menneske-til-menneske-forhold med pasient. Travelbee beskriver at hun ser bort fra termen sykepleier og pasient på grunnlag av at relasjonen oppstår når man møter hverandre som medmennesker. For å kunne danne en tillitsfull relasjon med pasient og ivareta deres grunnleggende behov, er det nødvendig å se mennesket bak sykdommen. Travelbee beskriver sykepleie som en mellommenneskelig prosess, der hun vektlegger relasjonen mellom sykepleier og pasient, da hun mener at relasjonen er terapeutisk (Eide & Eide, 2017, s.364). Ved å anerkjenne pasient som et unikt individ og møte deres behov kan sykepleier utvikle et “menneske til menneske” forhold til pasient. Travelbee oppgir at sykepleier på denne måten oppfyller sin hensikt (Eide & Eide, 2017, s.365).

På grunnlag av Joyce Travelbee`s teori kan vi få en forståelse av viktigheten ved å skape en relasjon som medmennesker for å oppnå den reelle kontakten (Travelbee, 2018, s.171). I henhold til problemformuleringen er denne teorien nyttig for sykepleier å ha kunnskap om for å kunne tilnærme seg samtale om seksuell helse og funksjon med pasient.

## 3 Metode

### 3.1 Hva er metode?

Dalland (2017) beskriver metode som en fremgangsmåte man benytter seg av for å tilegne seg mer kunnskap om et tema eller et problem (Dalland, 2017, s.50). Denne fremgangsmåten er med på å danne grunnlaget for oppgaven ved at man innhenter fagstoff og vurderer det opp mot problemformuleringen. Når det kommer til metode er det ofte snakk om to metoder, hvor man kan benytte seg av begge eller bare en av metodene. De kvantitative metodene oppgir data i form av tall og målbare enheter, mens de kvalitative metodene baserer seg på erfaringer, opplevelser og meninger som ikke lar seg tallfeste (Dalland, 2017, s.52).

### 3.2 Kvalitativ metode

Valg av metode for oppgaven er avhengig av hvilken kunnskap og informasjon man ønsker og trenger for å svare på problemformuleringen (Dalland, 2017, s.52). Vi har valgt en kvalitativ tilnærming da vi opplevde dette mest gunstig for innhenting av data til problemformuleringen. En kvalitativ tilnærming ga oss økt kunnskap og forståelse rundt sykepleiers erfaringer relatert til seksuell helse. Samtidig som vi fikk en forståelse basert på pasienters erfaringer og opplevelser rundt seksuelle problemer etter gjennomgått gynekologisk kreft.

### 3.3 Integrativ litteraturoversikt

Vi valgte en integrativ litteraturoversikt ved innhenting av data. Friberg (2017) utdyper at dette handler om å dra konklusjoner mellom dataene, verifisere og identifisere et mønster i datasamlingen (Friberg, 2017, s.150). Alt i et forsøk på å skape en helhetlig analyse. Man leser da artiklene med et mer kritisk blikk og oppnår en annen forståelse. Dette gjør vi i håp om å få et økt kunnskapsnivå, og danne et bedre grunnlag for å svare på problemformuleringen. I en integrativ litteraturoversikt vil man dra egne konklusjoner mellom resultatene i artiklene, sammenligne og tydeligere kunne se en rød tråd i dataene. Dette skiller en integrativ litteraturoversikt fra en allmenn litteraturoversikt hvor framlegget av dataen er av en beskrivende art (Friberg, 2017, s.150-151).

### 3.4 Litteratursøk

#### 3.4.1 Valg av databaser og søkeord

Vi gjennomførte litteratursøk ved hjelp av ulike databaser, men brukte hovedsakelig



databasene Cinahl og British nursing index. Disse databasene har et stort utvalg av inklusjons- og eksklusjonskriterier, som gjør resultatene mer nøyaktige og relevante for oppgaven. Vi utforsket også andre databaser som Oria og Pubmed, men opplevde det vanskelig å avgrense til relevante artikler som møtte kriteriene satt for oppgaven.

Søkeordene vi tok i bruk for å finne relevante artikler til vår hensikt var «Sexuality AND Gynecological cancer AND nurse\*», «Sexuality AND Gynecological cancer \*», «Sexuality AND Gynecological cancer AND issues\*» og «Sexuality AND cancer patient AND nurse\*». Artiklene som er brukt i oppgaven ble funnet ved hjelp av disse søkeordene. Vi benyttet oss av engelske søkeord, da norske søkeord ikke ga treff på artikler som møtte de formelle kravene for oppgaven. Søkeord som ikke ga oss treff på relevante artikler, er innført i søkeloggen vedlagt i oppgaven (vedlegg 2).

#### 3.4.2 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Ved valg av artikler som var aktuelle for å fremme oppgavens hensikt, måtte vi sette avgrensninger. Vi satte en avgrensning om at forskningen skulle være fra år 2012-2022, da vi ønsket nyere forskning slik den skulle ha relevans for oppgaven. Videre huket vi av på «peer reviewed» og «english language». Da vi søkte opp artikler uten å avgrense geografisk så vi tydelige kulturforskjeller. Derfor valgte vi artikler fra land med vestlig kultur for å sikre at de var sammenlignbare og overførbare til norsk helsevesen. Vi valgte bort artikler som hadde leger, spesialsykepleiere og andre yrker i fokus. Artiklene vi valgte får tydelig frem både pasient- og sykepleiers perspektiv som var et inklusjonskriterium for vår oppgave.

#### 3.4.3 Valg av artikler

Ved valg av artikler tok vi utgangspunkt i screeningspørsmål hentet fra Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt & Reinar (2007). Disse spørsmålene gjorde det lettere å analysere og vurdere valg av artikler. Vi gikk ut fra om artiklene har en formulert problemstilling som samsvarer med hensikten. Vi har også sett at artiklene våre følger en IMRAD struktur, som ifølge Nortvedt et al. (2007) bekrefter at det er vitenskapelige artikler. For å sjekke om kilden var pålitelig huket vi av for fagfellevurderte artikler i databasene og undersøkte tidsskriftene artiklene er publisert i. Under metode i artiklene har vi sett på hvem intervjuobjektene er, for å få oversikt over hvilket perspektiv de tar for seg. Samtidig har vi verifisert at de har benyttet seg av

kvalitativ metode som er relevant for oppgaven. I de valgte artiklene kommer det frem en tydelig oppsummering av sentrale hovedfunn i studien som gjenspeiler det vi har sett i praksis og bakgrunnen for valg av tema.

#### 3.4.4 Analyse

Ved analyse av artiklene gikk vi ut fra Friberg (2017) sin analysemodell som går ut på å lese gjennom artiklene flere ganger for å få en grundigere forståelse. Underveis identifiserte vi sentrale nøkkelfunn som svarte på vår hensikt med oppgaven. Vi satte oss nøye inn i studiens resultat, og ved å foreta en datareduksjon sørget vi for at resultatene samsvarte med hensikten. Deretter opprettet vi en skjematisk oversikt, og la inn de analyserte dataene (se tabell 1). En skjematisk oversikt ga oss mer tydelighet ved sammenligning av artiklene og gjorde at vi kunne se den røde tråden i funnene (Friberg, 2017, s.135-136). Det gjorde at vi lettere kunne skille mellom likheter og ulikheter i artiklene, spesielt med tanke på hvilket perspektiv artiklene er skrevet fra. Når vi analyserte artiklene hadde vi hensikten på en lapp foran oss, som gjorde at vi enkelt kunne vurdere om artiklene samsvarte med hensikten for oppgaven.

Tabell 1: Oversikt over analyserte artikler

Forfattere, årstall, tittel	Tema	Hensikt	Perspektiv	Metode
Patient`s sexuality- A neglected area of cancer nursing? (2012) Olsson, C., Berglund, A.-L., Larsson, M. & Athlin, E.	Seksualitet som et forglemt tema innenfor kreftsykepleie.	Å beskrive sykepleieres oppfatning av dialog om seksualitet med kreftpasienter.	Sykepleieperspektiv	Kvalitativ metode
Shyness and Openess- Common Ground for Dialogue Between Health Personnel and Women About Sexual and	Sjenanse og åpenhet- et fellestrekk for både helsepersonell og kvinner som har gjennomgått gynekologisk kreft.	Å gå dypere inn i hvordan kvinnene fant måter å håndtere seksuelle forandringer og intimitet på. I tillegg til hvordan dialog om seksualitet med helsepersonell foregikk, sett i lys av dansk livsfilosofi og	Pasientperspektiv	Kvalitativ metode

Intimate Issues After Gynecological Cancer. (2015) Sekse, R. J. T., Råheim, M. & Gjengedal, E.		begrepet uoppgjorte motsetninger.		
How a diagnosis of gynaecological cancer affects women`s sexuality (2013) Cleary, V., Hegarty, J., & McCarthy, G.	Påvirkningen gynekologisk kreft har på kvinners seksualitet	Å utforske hvordan gynekologisk kreft påvirker seksualitet fra et pasientperspektiv	Pasientperspektiv	Kvalitativ metode
Nurses' perceptions of providing psychosexual care for women experiencing gynaecological cancer. (2017) Williams, N. F., Hauck, Y. L., & Bosco, A. M.	Sykepleieres oppfatning av det å gi psykoseksuell pleie til kvinner med gynekologisk kreft.	Å få innsikt i hvordan vest australske sykepleiere kan gi psykoseksuell pleie til kvinner som gjennomgår gynekologisk kreftbehandling, og sammenligne dette med andre sykepleiere på et globalt nivå.	Sykepleieperspektiv	Kvalitativ metode

## 4 Resultater

Analyse av resultatene er presentert i hoved- og underkategorier i tabellen under (tabell 2). Hovedkategoriene samsvarer med hensikten for oppgaven og får frem resultatene i artiklene. Ved å gjøre en slik inndeling kan vi lettere sammenligne innholdet og tematikken i artiklene.

Tabell 2: Hoved- og underkategorier

Hovedkategori	Underkategori
Sykepleieres rolle i samtaler om seksualitet	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Barrierer og hinder vedrørende samtaler om seksualitet</li> </ul>
Pasienters behov vedrørende seksualitet	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informasjon, rådgivning og støtte</li> <li>• Bluferdighet og mangel på åpenhet</li> </ul>
Gynekologiske kreftpasienters utfordringer knyttet til seksualitet	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psykoseksuelle konsekvenser og seksuelle problemer hos kvinner med gynekologisk kreft</li> </ul>

### 4.1 Sykepleieres rolle i samtaler om seksualitet

#### 4.1.1 Barrierer og hinder vedrørende samtaler om seksualitet

Deltakerne i artikkelen til Olsson, Berglund, Larsson & Athlin (2012) anerkjente at “We should talk about sexuality- but we usually don't” (Olsson et al., 2012, s.428). Dette begrunnet de med at det var mangel på tid og kunnskap, og at det var utfordrende å finne et passende tidspunkt for å introdusere en slik samtale. Barrierer og hinder var til stede både på et system- og et individnivå. På et individnivå var alle enige i at det å prate om seksualitet er en del av en sykepleiers profesjonelle ansvar, men uttrykket en usikkerhet knyttet til når og hvordan de skulle gjøre det.

Før og etter behandling ble samtale om seksualitet nedprioritert fordi sykepleier hadde inntrykket av at det var nok å få konstatert en slik diagnose, og alle reaksjonene som fører med dette. Sykepleierens egne holdninger og verdier hadde også en innvirkning på om de pratet med pasientene om seksualitet. “Both sexuality and cancer were seen as taboos and sensitive issues and difficult to talk about .... As sexual issues were conceived as a personal matter, the nurses were afraid of embarrassing or offending the patient” (Olsson et al., 2012, s.428). De våget ikke å ta initiativ til dette grunnet redselen for å gjøre feiltakelser og med hensyn til respekt for pasientens bluferdighet og privatliv (Olsson et al., 2012, s.429). Dette viser tydelig til de ulike barrierene som sto til hinder for sykepleiernes åpenhet rundt seksualitet.

På et systemnivå påpekte de i artikkelen at det først og fremst ikke var rutiner for å ta opp seksualitet i denne sammenhengen. Noen sykepleiere uttalte at det var usikkerhet knyttet til ansvarsområde rundt samtaler om seksualitet, og at de ikke anså det som en del av deres daglige rutine. Videre påpekte de viktigheten rundt kontinuitet og oppfølging av pasienten for å kunne skape en tillitsbasert relasjon, da et slikt tema ikke er noe man nødvendigvis er komfortabel med å ta opp i første møte med pasienten. Artikkelen trekker også frem at sykepleierne kjente på en mangel på kunnskap og ferdigheter i forhold til å innlede en samtale om seksualitet, som førte til at de unngikk det. Dette kan knyttes til systemnivå da det kan være mangel på en kultur for å snakke om dette og lite kunnskap på avdelingen over hvor man kan oppsøke slik informasjon (Olsson et al., 2012, s.428-429).

I likhet med artikkelen nevnt ovenfor tar Williams, Hauck & Bosco (2017) for seg sykepleierens utfordringer knyttet til seksuell støtte hos kvinner med gynekologisk kreft. Disse utfordringene dreier seg om mangel på kunnskap og trening i forhold til seksualitet og barrierer. Her trakk også deltakerne frem at de ikke følte det var deres ansvar. De var redde for å fornærme pasienten og tenkte kvinnene sitt fokus var på noe annet enn seksualitet. Sykepleierne følte seg uforberedt i samtale og de fryktet å ikke kunne svare adekvat på spørsmål fra pasient. De videreførte ansvaret til noen med spesialkompetanse, i stedet for å forsøke å prate med pasient om utfordringene (Williams et al., 2017, s. 35-42).

### 4.2 Pasienters behov vedrørende seksualitet

#### 4.2.1 Informasjon, rådgivning og støtte

I Cleary, Hegarty & McCarthy (2013) baserer studien seg på pasienters erfaringer om hvordan en gynekologisk kreftdiagnose påvirker seksualitet. I studien tydeliggjør de at seksualitet hos gynekologiske kreftpasienter er essensielt. De viser til fordelene ved å motta slik informasjon som, “reduction of fear, distress, increasing knowledge and enhancement of communication with partners” (Cleary et al., 2013, s.32). Videre uttrykker deltakerne at de ikke har fått noe informasjon fra helsepersonell om hvordan behandling kan påvirke seksualitet. Deltakerne påpeker fornemmelsen av frustrasjon og sinne knyttet til det å ikke bli møtt av helsepersonell. Studien kartlegger når og hvordan pasientene ønsket denne type informasjon. Det som gikk igjen hos flest deltakere var et ønske om informasjon i et skriftlig format. De spesifiserte samtidig et ønske om å motta informasjon, rådgivning og støtte fra en sykepleier eller en kvinne. Ønskelig tidspunkt for formidling av denne type informasjon var enten under behandling eller etter gjennomført behandling. Artikkelen konkluderer med at både muntlig

og skriftlig informasjon bør bli gitt til kvinner med gynekologisk kreft som opplever seksuelle konsekvenser knyttet til behandling og diagnose (Cleary et al., 2013, s.37).

### 4.2.2 Bluferdighet og mangel på åpenhet

Artikkelen til Sekse, Råheim & Gjengedal (2015) tar utgangspunkt i 16 langtidsoverlevende kvinner som har gjennomgått gynekologisk kreft. I studien kommer det frem at kvinnene ønsket at helsepersonell tok initiativ til samtaler om seksualitet. Pasientens egen bluferdighet gjorde at terskelen for å prate med helsepersonell om seksualitet var stor. I artikkelen spesifiseres det at seksualitet bør være en integrert komponent i helhetlig pleie. Bluferdighet og mangel på kommunikasjon sto til hinder for at pasienten følte seg ivaretatt av helsepersonell. I funnene beskrev kvinnene at de følte seg, “more or less trapped in shyness or shame and sometimes moving toward openness about sexuality and intimacy” (Sekse et al., 2015, s.1260). Selv ved oppfølging med helsepersonell fem år etter gjennomgått gynekologisk kreftsykdom, var fortsatt bluferdighet, sjenanse og ensomhet aktuelt for kvinnene. Flere rapporterte at intervjuene til denne studien var deres første møte med samtaler om seksualitet og utfordringer etter diagnostisering. Dette viser til en mangel på åpenhet både hos pasient og sykepleier. En åpen tilnærming kan være en “invitasjon” inn til pasienters intimsone (Sekse et al., 2015, s.1258). Det konkluderes med at gynekologiske kreftsykdommer har en stor innvirkning på kvinnens liv knyttet til seksualitet og intimitet. For å oppnå en helhetlig omsorg må både pasient og sykepleier legge til sides sin egen sjenanse og bluferdighet (Sekse et al., 2015, s.1267).

## 4.3 Gynekologiske kreftpasienters utfordringer knyttet til seksualitet

### 4.3.1 Psykoseksuelle konsekvenser og seksuelle problemer hos kvinner med gynekologisk kreft

I artikkelen til Cleary et al. (2013) kommer det frem at kvinnene opplevde seksuelle problemer før, under og etter gjennomgått behandling. De seksuelle problemene kvinnene opplevde var smerter under samleie, nedsatt libido og endret sensasjon i underlivet. Andre problemer som oppgis er tørrhet og sårhet i skjeden, og vaginal stenose (Cleary et al., 2013, s.35-36). I Olsson et al. (2012) trekker de frem at for noen kvinner med gynekologisk kreft kan visse behandlingsformer gjøre at kvinnen kommer i en behandlingsindusert overgangsalder. Dette kan føre til at kvinnene, i tillegg til tørrhet i skjeden, kan oppleve konsekvenser som hetetokter og humørendringer (Olsson et al., 2012, s.428).

Disse fysiske plagene kan ha stor innvirkning på kvinnens psykoseksuelle helse. Noen av deltakerne i studien påpekte opplevelsen av en “mental blockage” (Cleary et al., 2013, s.35) forårsaket av frykt for smerter under samleie. Dette førte til at kvinnene fikk dårlig samvittighet ovenfor partner som ikke hadde hatt samleie på flere måneder, som igjen førte til en frykt for utroskap. Alle deltakerne opplevde negative endringer i selvilde gjennom behandlingsforløpet. En stor bidragende faktor var hårtap som en konsekvens av mottatt cellegiftbehandling. I den forbindelse rapporterte kvinnene følelser som, “sadness, anger and despair” (Cleary et al., 2013, s.35). Det førte også til en følelse av tap av femininitet da konsekvensene gjorde at de ikke kunne gå i enkelte klesplagg og noen måtte ha sanitære produkter i undertøyet sitt til alle tider. Femininitet beskrives som essensielt for kvinnens seksualitet. Bekymringer rundt infertilitet ble også påpekt som en påvirkende faktor for kvinnens seksualitet. For mange er fertilitet noe som er med på å definere kvinnelighet, og derfor spiller dette en sentral rolle i kvinners liv. Kvinnene opplevde tap av selvtillit og fremhevet dette som en faktor for hvorfor frekvensen av samleie ble redusert (Cleary et al., 2013, s.35).

Alle disse faktorene har en innvirkning på et partnerforhold som igjen bekreftes i Cleary et al. (2013) ved at flere rapporterte utfordringer i partnerforholdet. Det kommer frem i studien at seksualitet er mer enn bare samleie, og at intimitet i et partnerforhold var viktig for dem. Gjennom behandling beskrev kvinnene tap av intimitet med partner. Intimiteten de savnet var å holde hender, fysisk berøring, kyssing og tegn på affeksjon (Cleary et al., 2013, s.35). I Olsson et al. (2012) bekrefter de dette ved å trekke frem at fysiske og psykoseksuelle utfordringer knyttet til diagnosen, som “worries, fatigue or pain, could affect the sexual relationship negatively” (Olsson et al., 2012, s.429). De beskriver også at “another possible reason was altered self-image as a consequence of treatment, as this was conceived as a risk for lowered self-esteem, avoidance of intimacy and sexual activity” (Olsson et al., 2012, s.429). Dette bekrefter at de fysiske konsekvensene av gynekologisk kreft kan påvirke den psykoseksuelle helsen hos kvinnen.

## 5 Diskusjon

Diskusjonskapittelet er inndelt i to deler; metodediskusjon og resultatdiskusjon. I metodediskusjonen ser vi på sterke og svake sider ved valg av metode og artikler. Mens vi i resultatdiskusjonen vil diskutere resultatene opp mot vår hensikt og problemformulering. Vi vil også trekke inn relevante erfaringer og refleksjoner knyttet til temaet.

### 5.1 Metodediskusjon

#### 5.1.1 Anvendt metode

Vi valgte en kvalitativ metode ved valg av artikler. Vi har valgt et tema hvor vi tenker metode som baserer seg på erfaringer og meninger er mer aktuelt enn målbare, tallfestede data. Likevel kunne vi også gjerne ha benyttet oss av kvantitativ metode for å få en statistikk over antall pasienter som opplever manglende informasjon om seksuell helse og funksjon, men valgte dette bort for å avgrense oppgaven.

Vi valgte en integrativ litteraturoversikt ved datasamling fordi dette ga oss utvidet kunnskapsforståelse og gjorde oss mer kritiske ved valg av artikler. Til tross for dette går denne metoden ut på å dra egne konklusjoner og identifisere mønster i dataene, som kan gi en subjektiv vurdering og forståelse av artiklene. Dette gir rom for at tolkningen kan bli noe begrenset av egne forutinntatte holdninger og erfaringer. I tillegg var de valgte artiklene skrevet på engelsk som kan ha ført til at nyttig informasjon kan ha uteblitt i oversettelsesprosessen. Vi opplevde denne metoden som mest effektiv fordi vi hadde begrenset tid til rådighet. Vi begrenset også antall valgte artikler, som kan ha ført til at vi har ekskludert relevant informasjon og erfaringer i andre artikler enn de utvalgte. Dette kunne muligens bidratt til å styrke enda mer opp under hensikten. Etter grundig refleksjon av sterke og svake sider ved de utvalgte artiklene, har vi kommet frem til at vi har gjort korrekte valg for å kunne besvare oppgaven på best mulig måte. Vi har undersøkt relevans av artiklene opp mot hensikten i kapittel 3.4.3.

Ved valg av artikler forsikret vi oss om at det var gjort etiske overveielser. Alle artiklene hadde søkt til ulike etiske komiteer, og fått studien godkjent ut fra dette. Enkelte artikler som benyttet seg av navn på deltakerne, presiserte at disse navnene var fiktive for å sikre anonymitet og personvern. Det nevnes også at de har informert om at deltakelse i studien er



frivillig og konfidensiell, og at de har mulighet til å trekke seg når som helst uten å måtte forklare seg.

#### 5.1.2 Artiklenes forfattere

Ved valg av artikler så vi nærmere på forfatterens faglige bakgrunn og erfaring som hadde relevans for sykepleien. I alle artiklene var et utvalg av forfatterne ansatte på anerkjente universiteter, blant annet Universitetet i Bergen og University College Cork. Flere av forfatterne jobbet også på ulike avdelinger på sykehusene, eksempelvis på avdeling for obstetikk og gynekologi på Haukeland Universitetssykehus. Yrkesmessig var forfatterne en blanding av professorer og ulike typer sykepleiere. Dette viser at forfatterne har stor relevans for tematikken i oppgaven. På bakgrunn av forfatternes erfaringer innenfor seksualitet, sykepleie og gynekologisk kreft, vil dette bidra til å styrke artiklenes troverdighet innenfor emnet. Dette, i kombinasjon med at de utvalgte artiklene er fagfellevurderte og publisert i anerkjente tidsskrifter, som “European Journal of Oncology nursing” og “Health Care for Women International”, bekrefter validiteten til artiklene.

#### 5.1.3 Studienes deltakere

I Sekse et al. (2015) deltok 16 langtidsoverlevende kvinner som hadde gjennomgått gynekologisk kreft. I Cleary et al. (2013) deltok åtte kvinner med gynekologisk kreft, hvorav to fortsatt var under behandling og seks var ferdigbehandlet. Aldersgruppene i studiene varierte fra 25 til 68 år. Det ble også kartlagt hvilket behandlingsforløp kvinnene hadde hatt, og hvilket stadium kreften var i. De samlet også inn data i forhold til deltakernes sivilstatus da dette har relevans i forhold til seksualitet og intimitet.

I studiene hvor deltakerne var sykepleiere ble alder kun presisert i en av artiklene, der oppgitt alder var mellom 24 til 54 år (Olsson et al., 2012, s.427). I Olsson et al. (2012) var det ti kvinnelige sykepleiere fra ulike avdelinger på samme sykehus. Deltakerne i denne studien hadde jobbet som sykepleiere i 2 til 32 år. Inklusjonskriterier i studien var at deltakerne kunne snakke og forstå svensk, at de hadde jobbet som sykepleier i minst to år og at de i nåværende arbeid hadde pasient interaksjon med kreftpasienter. I Williams et al. (2017) deltok 17 kvinnelige sykepleiere som hadde sykepleierfaring i fra 2 til 40 år. Sykepleierne hadde også alt ifra 1 til 30 års erfaring innenfor gynekologisk kreft. Et inklusjonskriterium var at de hadde jobbet i minst tolv måneder som sykepleier, og at de måtte jobbe med gynekologiske

kreftpasienter i daværende stund. De kartla også om sykepleierne hadde deltatt på kursing i forhold til psykoseksuell støtte.

#### 5.1.4 Studienes datainnsamling

I Olsson et al. (2012) benyttet de seg av fenomenografisk metode. Dette er en kvalitativ metode som gjør det mulig å undersøke og beskrive de ulike måtene mennesker erfarer og forstår ulike aspekter i livet (Olsson et al., 2012, s.427). De brukte tematiske intervjuer, med bruk av en guide som fokuserte på temaer som omhandlet seksualitet (Olsson et al., 2012, s.427). De nevner ikke mer om innholdet i guiden, og vi har derfor ingen forutsetning for å si noe om hvilke spørsmål som har blitt stilt. Dette kan ha begrenset informasjonen forfatterne fikk fra deltakerne ved å styre samtalen inn på spesifikke emner. Intervjuene var basert på åpne dialoger, hvor de kunne snakke om egne erfaringer rundt samtaler om seksualitet med kreftpasienter. Intervjuet tok sted på arbeidsplassen til deltakeren, og det spesifiseres ikke om det foregår i- eller utenom arbeidstiden. Dersom det er i arbeidstiden, kan deltakeren ha vært forstyrret av arbeidsoppgaver og ansvarsområder. Det kan ha ført til mindre fokus på besvarelse, og at informasjon kan ha uteblitt. Intervjuet ble bare gjennomført en gang, og det kan tenkes at det hadde fremkommet mer tilleggsinformasjon om de hadde hatt flere intervjuer og mer betenkningstid.

I Williams et al. (2017) ble det brukt kvalitativ beskrivende metode. Det ble beskrevet som aktuelt når man undersøkte sykepleieres oppfatninger fordi det ga rom for egne erfaringer og konkrete beskrivelser av disse interaksjonene. De brukte semi-strukturerte intervjuer når de skulle innhenta data fra deltakerne. Dette ble brukt for å “maximise the amount and quality of information provided” (Williams et al., 2017, s.37). Dette fremheves som en god metode for å åpne for individualitet, og at deltakeren ikke blir begrenset av et utvalg av spørsmål. En faktor som kan ha vært både styrkende og begrensende var at en av forfatterne hadde kjennskap og relasjon til flere av deltakerne i studien, og at de derfor byttet sykepleier som utførte intervjuet hos disse deltakerne. Dette gjorde de for å unngå partiskhet som kan føre til begrensnings av informasjon og åpenhet. På en annen side kan dette ha hatt en påvirkning på resultatet, da de kan ha gjennomført intervjuene noe ulikt siden de har benyttet semi-strukturerte intervjuer. En begrensende faktor i studien kan ha vært tidsbegrensningen. Intervjuene varte mellom 7 til 34 minutter, dette kan ha hatt innvirkning på mengde informasjon som blir gitt fra deltakerne.

I Cleary et al. (2013) ble det brukt en kvalitativ beskrivende metode, da de skulle ta for seg kvinnenes erfaringer med seksualitet relatert til gynekologisk kreft og informasjonen de ble

gitt av helsepersonell. De brukte semi-strukturerte intervjuer med åpne spørsmål, som ga rom for å dele egne erfaringer. Samtidig har de lagt ved spørsmålene de stilte deltakerne i intervjuet, som er med på å skape en transparens for leser. Deltakerne fikk selv velge dato, tidspunkt og sted for intervju som kan skape et trygt miljø basert på deltakernes egne rammer.

Sekse et al. (2015) har benyttet seg av en fenomenologisk-hermeneutisk metode. Denne metoden baserer seg på tolkninger av ulike fenomener. Disse ulike fenomenene kan vise seg som erfaringer og opplevelser hos deltakeren (Dalland, 2017, s.45-47). Forfatterne gjennomførte intervjuene i to omganger. I det første intervjuet la de til grunn for at deltakerne kunne dele sin egen opplevelse fritt, fra diagnosetidspunkt til daværende tidspunkt. De tok i bruk en intervjuguide med en mer generell tilnærming til temaet. I andre omgang ble intervjuguiden mer individualisert relatert til det første intervjuet. Det første intervjuet ble gjennomført fem år etter endt behandling, mens det andre intervjuet tok sted seks år etter endt behandling da de var erklært friske langtidsoverlevende. Ved å gjennomføre intervjuene i to runder på ulike stadier i forløpet, vil de gjerne få tilgang til utvidet informasjon som kan styrke resultatet. Deltakerne har gjerne ulike erfaringer basert på hvor de var i forløpet, eksempelvis når man ikke er blitt erklært frisk så er det ofte det som står i fokus, ikke nødvendigvis temaer som kan oppfattes som mer “trivielle” enn det å faktisk overleve.

### 5.1.5 Forskningsarena

De utvalgte artiklene er fra landene Irland, Norge, Sverige og Australia. Som nevnt i kapittel 3.4.2 valgte vi å begrense artikler til land med vestlig kultur, slik at resultatene var mest mulig sammenlignbare med det norske helsevesenet og ikke overskygget av kulturelle forskjeller og normer. Både sykepleierne og kvinnene med gynekologisk kreft som deltok i studiene, var valgt ut fra ulike sykehus. Variasjonen var at noen var utvalgt fra gynekologiske avdelinger, mens andre var utvalgt fra sykehusets poliklinikker. Vi tok utgangspunkt i studier som omhandlet spesialisthelsetjenesten på grunnlag av at det da vil være sammenlignbart fra sykepleiers- og pasients perspektiv. I og med at studiene er erfaringsbaserte må arenaen for disse erfaringene være overførbare fra begge perspektivene, for å kunne sammenlignes.

### 5.2 Resultatdiskusjon

Vi vil her diskutere funn fra de utvalgte artiklene, trekke inn relevant bakgrunnsteori og egne erfaringer for å belyse hensikten.

### 5.2.1 Seksuelle problemer etter gjennomgått gynekologisk kreftsykdom

En kreftdiagnose kan være en stor belastning for personen det gjelder, samt for de pårørende. Å bli rammet av kreft kan ha en innvirkning på flere sentrale deler av det å være menneske, hvorav seksuell helse kan være en av dem. I forskning og faglitteratur vises det til at mange kvinner som har gjennomgått gynekologisk kreft kan oppleve kroppslige endringer og psykoseksuelle forandringer, som kan ha innvirkning på seksuell helse og funksjon.

#### 5.2.1.1 Fysiske konsekvenser

Ved gynekologisk kreftsykdom kan en oppleve fysiske forandringer forårsaket både av sykdommen i seg selv, eller behandlingen kvinnen har mottatt. Behandlingen vil være avhengig av hvilken krefttype kvinnen har, og i hvilket stadium den er i. Kvinner som gjennomgår behandling for gynekologisk kreft vil ofte måtte fjerne eggstokker og livmor, som vil medføre at kvinnen kommer i klimakteriet (Jerpseth, 2016, s.153). Dette kan føre til fysiske og psykoseksuelle konsekvenser for kvinnen.

De vanligste behandlingsformene for gynekologisk kreft er cytostatika behandling, kirurgi og strålebehandling. Ved strålebehandling kan en utvikle stivhet i kjønnsorganet grunnet redusert blodforsyning, som kan føre til at skjeden blir mindre elastisk, tørr og sår. Strålebehandling kan også medføre arrdannelser og sammenvoksinger i skjeden, som kan gjøre det utfordrende å gjennomføre samleie (Jerpseth, 2016, s.154). Cytostatika behandling kan ha en innvirkning på kvinnens seksuelle helse og funksjon, ved at det kan gi nerve- og karskader i likhet med endringer i hormonproduksjon. Dette kan føre til nedsatt følsomhet og funksjon (Gjessing et al., 2013, s.93). Cytostatika kan i tillegg medføre hårtap, som kan ha en innvirkning på kvinnens psykoseksuelle helse. Ved operasjon av gynekologisk kreft, vil kvinnen ofte få livmor og livmorhals fjernet. Inngrepet vil gjøre skjeden noen centimeter kortere og den vil føles annerledes. Etter behandling kan en også oppleve allmennsymptomer som fatigue, kvalme og smerter, som kan påvirke den seksuelle lysten (Gjessing et al., 2013, s.93).

I Cleary et al. (2013) rapporterte flere av deltakerne, som hadde gjennomgått behandling, om endringer i seksuell lyst, smerter under samleie, tørre slimhinner og endret sensasjon nedentil (Cleary et al., 2013, s.35). Flere av de fysiske konsekvensene de erfarte grunnet sykdom og behandling påvirket dem psykisk og hadde innvirkning på kvinnens selvbilde. "Seksuelle problemer har mange årsaksfaktorer, og det foreligger alltid et samvirke mellom kroppslige

og psykologiske forhold” (Gjessing et al., 2013, s.91). Det viser til at det fysiske og psykoseksuelle henger sammen, da de vil ha en innvirkning på hverandre.

I Hoel, Leite & Grønvik (2021) kommer det frem at fysiske senskader relatert til behandling gikk ut over selvbildet til kvinnene. Deltakerne i artikkelen rapporterer nedsatt livskvalitet grunnet fysiske konsekvenser, som blant annet økt tretthet og følelse av utmattelse. Andre rapporterte at arr, hårtap og lymfødem grunnet behandling, påvirket deres selvbilde negativt (Hoel et al., 2021). De fysiske konsekvensene preget deres hverdag i etterkant av behandlingen og var med på å påvirke deres psykoseksuelle helse.

#### *5.2.1.2 Psykoseksuelle konsekvenser*

Som nevnt ovenfor foreligger det et samvirke mellom det kroppslige og det psykoseksuelle. I Cleary et al. (2013) tydeliggjøres det at de fysiske og psykoseksuelle konsekvensene påvirket deres samliv med partneren. To av kvinnene i studien forteller at de utviklet en frykt for å ha samleie med partner da de var redd for at det skulle være smertefullt. Det fremkommer at kreftdiagnosen og behandlingen hadde stor påvirkning på intimiteten og partnerforholdet. To av deltakerne rapporterte at de hadde separert seg fra partner, mens en tredje uttrykket vanskeligheter i ekteskapet. Samlivsbrudd i en allerede vanskelig tid kan være en stor psykisk påkjenning for kvinnene.

Det kommer frem at kvinnene i studien erfarte endringer i eget kroppsbilde, knyttet til behandling. De kroppslige endringene de opplevde førte til redusert selvbilde og selvtilit. Hårtap grunnet cellegift var en stor belastning for kvinnene som førte til følelse av tristhet og sinne (Cleary et al., 2013, s.35). Dette bidro også til manglende følelse av femininitet, og hadde konsekvenser for den seksuelle helsen til kvinnene. Fertilitet kommer også frem som noe flere av deltakerne definerte som en viktig del av det å være kvinne. Når fertiliteten ble påvirket, hadde det i noen tilfeller også en innvirkning på kvinnens seksuelle helse.

Etter gjennomgått behandling for kreftsykdom kan en fortsatt oppleve psykiske belastninger i hverdagen. Blant annet frykt for tilbakefall, endret kroppsbilde og bekymring er symptomer som er vanlig å ha i etterkant av behandling. Følelsen av sårbarhet og nedstemthet kan også være faktorer som påvirker kvinnens evne og lyst til å være intim med partner (Gjessing et al., 2013, s. 94). Kreftbehandlingen kan ha store konsekvenser for hvordan kvinnen føler seg i egen kropp, som kan medføre at kvinnen ikke føler seg attraktiv. Dette kan igjen påvirke nåværende og fremtidige partnerforhold (Gjessing et al., 2013, s. 94).

I Wiig (2017) tar han for seg hvordan seksualitet endrer seg i ulike faser av sykdommen fra et partner perspektiv, da hans kone fikk kreftdiagnose med dårlig prognose. Sjokket fra beskjeden om kreften ga dem en nærhet som gjorde seksualiteten intens. Han uttrykker viktigheten av å støtte hverandre i perioden etter gjennomgått behandling, da etterdønningene av kreften treffer (Wiig, 2017, s.39). I Cleary et al. (2013) vises det derimot til at noen opplevde at kreften og behandlingen skapte avstand i partner forholdet. Hvorav frykt og følelse av press for å gjennomføre samleie sto sentralt (Cleary et al., 2013, s.35). Dette viser til at en kan oppleve det å få en kreftdiagnose veldig ulikt, og behovene til den syke er individuelt.

### 5.2.2 Mangel på åpenhet rundt seksuell helse

Ved å lese de utvalgte artiklene og utvikle en dypere forståelse for tematikken, samt opplevelse av egne erfaringer i praksis og på sykepleierstudiet, tydeliggjøres det faktum at åpenhet rundt seksuell helse kan oppleves som utfordrende. Dette gjelder for både sykepleier og pasient, da seksuell helse blir et tema som går under to-veis tabu mellom de to partene. Hva forårsaker mangel på åpenhet rundt seksuell helse, sett både fra et sykepleier- og pasientperspektiv?

#### *5.2.2.1 Fra et pasientperspektiv*

Et sentralt funn i artiklene er at pasienters egen bluferdighet gjør at terskelen for å ta initiativ til samtale er stor. Dette kan ha innvirkning på at det er en mangel på åpenhet om seksuell helse også fra et pasientperspektiv. I oppgaven fokuserer vi hovedsakelig på sykepleierperspektivet, men vi kan ikke se bort ifra at pasienters bluferdighet står til hinder for dialog om seksualitet.

#### *5.2.2.2 Fra et sykepleierperspektiv*

Fra et sykepleierperspektiv kommer det frem i artikkelen til Olsson et al. (2012) at de anerkjenner seksuell helse som et grunnleggende behov for pasient. De presiserer samtidig viktigheten av å snakke om seksuell helse, men at de vanligvis ikke tar initiativ til samtale med pasient vedrørende dette (Olsson et al., 2012, s.428). Påvirkningsfaktorer som er sentrale funn i artiklene er mangel på tid og kunnskap, valg av riktig tidspunkt for samtale, egne verdier og holdninger, og frykten for å gjøre pasient utilpass. Dette er barrierer som står til

hinder for sykepleierens åpenhet rundt seksuell helse. Andre barrierer er sykepleiernes mangel på relasjon og kjennskap til pasient, som vi reflekterer rundt i kapittel 5.2.4.

Norge er i dag et multikulturelt samfunn som gjør at vi møter på kulturforskjeller, også i helseinstitusjoner. Dette kan påvirke samtaler om seksuell helse, og derfor er kultur og samfunn noe man ikke kan se bort fra. Som sykepleiere kan det oppleves utfordrende å tilnærme seg samtaler om seksuell helse med pasienter på bakgrunn av kultur, da de gjerne har et annet syn på seksualitet.

Egne holdninger og verdier er også tatt i betraktning med at det er mangel på åpenhet rundt seksuell helse. I Williams et al. (2017) beskriver flere av sykepleierne at de er oppvokst med oppfattelsen om at sensitive og intime temaer ikke skal snakkes om. Antakelser kan også være en faktor som gjør at åpenhet rundt seksuell helse uteblir. Erfaringsmessig gjennom praksis har vi opplevd at sykepleiere antar at seksuell helse ikke er relevant for pasienten, på grunnlag av at de ikke har en partner. På den andre siden kommer det frem i Olsson et al. (2012) at sykepleierne ikke så behov for å snakke med pasient om seksuell helse dersom de har en partner, da de antok at de håndterte disse problemene selv (Olsson et al., 2012, s.428). Dette viser at mangel på åpenhet rundt seksuell helse kan i noen tilfeller bli «farget» av sykepleiere på grunnlag av deres forutinntatte holdninger, erfaringer og verdier.

### 5.2.3 Viktigheten av å prate om seksuell helse

Viktigheten av å prate om seksuell helse kommer tydelig frem i litteraturen vi har benyttet. Likevel påpekes det at, “We should talk about sexuality- but we usually don't” (Olsson et al., 2012, s.426). Samtidig vises det til at det er mer vanlig at helsepersonell snakker om seksualitet med menn som har gjennomgått prostatakraft, enn kvinner som har gjennomgått gynekologisk kreft (Gjessing et al., 2013, s.91).

I Sekse et al. (2015) opplevde en av deltakerne at hun ikke hadde fått informasjon om konsekvenser av behandling for sin gynekologiske kreft. Selv om dette kunne ha betydning for hennes seksuelle helse. Dette til tross for at hun har rett på informasjon, og forståelse av innholdet av informasjonen. “Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger” jf. pasient og brukerrettighetsloven (1999) §3-2 første ledd. Dette viser klart og tydelig at hun hadde rett på å få informasjon om konsekvenser og

fysiologiske endringer som kunne ha betydning for hennes seksuelle helse, etter hun hadde gjennomgått behandling for sin gynekologiske kreft, noe hun ikke fikk.

Den som gir helsehjelpen er pliktet til å informere om helsehjelpen pasienten mottar. Det vil fra et sykepleieperspektiv bety at det er sykepleier sin plikt og ansvar å informere pasienten når han eller hun gir pleie til pasienten (Molven, 2019, s.179). Dersom man føler man ikke har tilstrekkelige faglige kvalifikasjoner og ikke vet hvordan man skal møte pasienten på spørsmål og informasjon om seksualitet er det også lovbestemt at, ”Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig” jf. helsepersonelloven (1999) §4. Her sier også ordlyden at det må være nødvendig og mulig, så i tilfeller hvor dette kravet er møtt, så er det lovbestemt at man skal gjøre det.

Flere av kvinnene i studien til Sekse et al. (2015) uttrykte et sterkt ønske og behov for dialog og informasjon om seksualitet, og at de hadde håpet at helsepersonellet tok initiativ til dette. Dersom man som sykepleier møter pasientene med forståelse, og ivaretar deres seksuelle helse og funksjon, kan man muligens bidra til å redusere lidelse uttrykket hos pasienten. Kvinnene i studien hadde i etterkant reflektert rundt at dersom helsepersonell hadde forberedt dem på eventuelle seksuelle endringer, kunne de bedre håndtert disse forandringene når de oppstod i sykdomsforløpet. I Cleary et al. (2013) trekker de frem at ved at pasienter mottar informasjon om seksualitet kan man begrense frykt, pasienten kan tilegne seg mer kunnskap og det kan styrke kommunikasjon med partneren. Deltakerne i denne studien fremhevet også behovet for informasjon som det aller viktigste. Seksuell helse innebærer i følge WHO, “frihet fra frykt, skam, skyldfølelse ....” og “evnen til å kunne glede seg over sin seksualitet ....” (Gamnes, 2016, s.374). Denne definisjonen, i kombinasjon med funn fra Cleary et al. (2013) understreker viktigheten av å prate om seksuell helse.

#### 5.2.4 Sykepleietiltak som kan fremme pasientens seksuelle helse og funksjon

Et sykepleietiltak som kan fremme pasientens seksuelle helse og funksjon, er å åpne opp for en dialog rundt dette temaet. Uten dette tiltaket kan man ikke kartlegge og veilede således. Sykepleierne i flere av studiene påpekte at en forutsetning for å ta opp et slikt sensitivt tema ville være å ha bygget en relasjon med pasienten og hatt en kontinuitet i pleien deres. Travelbee (2018) påpeker viktigheten av å møte hverandre som medmennesker før man skal ivareta grunnleggende behov og utøve en helhetlig pleie, og henviser til etableringen av det hun kaller menneske-til-menneske-forhold med pasienten. Kjennetegnet for et slikt forhold er



at, "... den enkeltes (eller familiens) sykepleiebehov blir ivaretatt" (Travelbee, 2018, s.178). Det kan derfor tolkes slik at ved å ivareta deres behov knyttet til seksuell helse og funksjon, kan man danne et menneske-til-menneske-forhold som bidrar til at, "forholdet er gjensidig viktig og meningsfylt" (Travelbee, 2018, s.177). Når dette forholdet er dannet kan sykepleierne lettere åpne opp for å ta opp seksuell helse med pasientene, og egen bluferdighet og pasientens sjenanse er redusert. Når man har etablert denne åpenheten må man ha de rette verktøyene og kunnskapen til å ta det opp. Her kommer PLISSIT-modellen inn, som tar for seg de ulike nivåene en kan møte og behandle problemer knyttet til seksualitet på.

#### *5.2.4.1 PLISSIT-modellen som ett sykepleiertiltak*

PLISSIT-modellen kan bidra til å skape trygghet hos sykepleier fordi man har en mer konkret fremgangsmåte som forteller oss hvordan man kan forholde seg til seksuell helse. Ved å bruke denne modellen kan sykepleier gi råd på et grunnleggende nivå, og innhente bistand eller henvise pasienter jf. helsepersonelloven (1999) §4, som har behov for et mer spesialisert behandlingstilbud og befinner seg på IT-nivået i modellen. Modellen åpner for en åpen dialog om seksuell helse og funksjon, hvor man ikke nødvendigvis er ute etter spesifikke svar. Noe som ble kritisert i enkelte av artiklene dersom sykepleierne faktisk snakket om seksualitet, var at det generelt sett var snakk om praktiske problemer. I og med at seksualitet er multidimensjonelt er det derfor flere aspekter som ikke blir hørt eller sett (Olsson et al., 2012, s.427). I dette tilfellet kunne gjerne P-nivået i modellen som handler om tillatelse til å snakke om seksualitet på et generelt grunnlag ha vært et bedre alternativ. Ved å gjøre dette bryter man barrierer som at det å snakke om seksualitet fortsatt den dag i dag ses på som tabu. Man viser åpenhet og omsorg overfor pasienten, og ikke minst har man tatt initiativet til samtale om seksualitet, som pasientene i de utvalgte artiklene uttrykte et ønske om.

PLISSIT-modellen krever visse egenskaper av en sykepleier for å ha effekt. I Gamnes (2016) står det at helsepersonellet "trenger evne til empati for å kunne få forståelse av den enkeltes problem, være følelsesmessig til stede, men likevel klare å holde den avstanden som trengs for å observere og vurdere problemene og målet for behandlingen" (Gamnes, 2016, s.400). Dersom sykepleier ikke evner å få til dette, kan det hende at PLISSIT-modellen ikke nødvendigvis er like aktuell. Forutsetningen for modellen er da at sykepleieren har verdier og holdninger som samsvarer med dette i en viss grad. I tillegg krever modellen at dersom man kommer opp i SS-nivået og over, at man har tilegnet seg ekstra kunnskap om temaet eller at man vet hvor man henviser eller kan innhente denne kunnskapen.

#### 5.2.4.2 Sykepleierens ulike kartleggingsverktøy

I tabell 3 har vi laget en skjematisk oversikt over fordeler og ulemper ved de ulike kartleggingsverktøyene sykepleieren kan benytte. Når man har fått kartlagt pasientens seksuelle helse og funksjon, må man individualisere behovet pasienten har for informasjon og kartlegge nøyere ved å kontinuerlig gjøre datasamling knyttet til dette. Erfaringsmessig kan det også være godt for pasienten å få utdelt et hefte med generell informasjon med råd og veiledning om temaet, slik at de kan lese dette når de har overskudd. Det er også mulig å dele ut informasjonshefte fra Kreftforeningen, som blant annet tilbyr egne støttegrupper for kvinner med gynekologisk kreft. Viktigheten av dette bekreftes i Jerspeth (2016) hvor “studier viser at et skjebnefellesskap der en opplever å være i samme situasjon, gir positiv helsegevinst for pasienter” (Jerpseth, 2016, s.155).

Et godkjent scoringssystem som “The Female Sexual Distress Scala (FSDS)” er et kartleggingsverktøy hvor man måler “sexually related personal distress in women” (Rizzuto et al., 2021, s.604). “The relationship and Sexuality Scale” er et kartleggingsverktøy som tar mer hensyn til seksualitet som et multidimensjonalt fenomen ved at det kartlegger partnerforhold og sensasjoner i tillegg til at det tar hensyn til de fysiologiske problemene (Rizzuto et al., 2021, s.604). Dette er noen få eksempler på enkle tiltak en sykepleier kan iverksette for å kartlegge kvinnes seksuelle helse og funksjon.

Tabell 3: Ulike kartleggingsverktøy

Kartleggingsverktøy	Fordeler	Ulemper
Innkomstsamtale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seksualitet og reproduksjon er allerede et eksisterende funksjonsområde som skal kartlegges i innkomstsamtale.</li> <li>• Seksuell helse blir flettet inn mer naturlig som en del av avdelingens rutiner.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kan medføre begrenset informasjon når det blir et lite punkt blant flere andre punkt.</li> <li>• Er allerede et eksisterende tiltak i flere institusjoner, men flere benytter seg ikke av det og hopper over punktet.</li> <li>• Ved en innkomst er fokuset gjerne mer på informasjon om diagnostisering og behandling, enn eventuelle konsekvenser av dette i senere tid.</li> </ul>
The Female Sexual Distress Scala (FSDS) (Et godkjent scoringssystem)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Et enkelt skjema, som pasient kan krysse av på selv, uten å trenge å</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gir begrenset mengde informasjon</li> </ul>

	<p>muntlig åpne seg opp for sykepleieren.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fordi pasienten kan krysse av selv, eliminerer man barrierer som mangel på tid og ressurser til å gjennomføre disse samtalene.</li> <li>• Gir en pekepinne på om pasienten har behov for videre oppfølging av seksuell helse.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nødvendig med videre kartlegging for å få et helhetlig bilde.</li> <li>• Erfaringsmessig må det implementeres som en del av avdelingens rutiner i kartlegging av seksuell helse, for at det skal bli benyttet.</li> </ul>
The relationship and Sexuality Scale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sykepleier behøver å gjøre mindre kartlegging i etterkant, da en får et mer helhetlig bilde med denne skalaen.</li> <li>• Åpner opp for dialog om seksualitet.</li> <li>• Sykepleier trenger ikke å ha kunnskap om seksualitet for å utføre kartleggingen, da det er forhåndslagde spørsmål.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Litt vanskeligere for pasient å navigere sammenlignet med FSDS skalaen. Kan være behov for hjelp av helsepersonell til å forstå innholdet, noe som krever mer ressurser.</li> <li>• Gir begrenset mengde informasjon.</li> <li>• Rettet mer inn på spesifikke spørsmål, eliminerer åpen dialog.</li> <li>• Erfaringsmessig må det implementeres som en del av avdelingens rutiner i kartlegging av seksuell helse, for at det skal bli benyttet.</li> </ul>

I kartleggingsfasen vil sykepleier optimalt kartlegge både psykoseksuelle og praktiske utfordringer knyttet til seksualitet. Dersom sykepleier opplever at man har kunnskap om praktiske hjelpemidler som kan være til nytte for pasienten, kan man iverksette tiltak i forhold til dette og tilby veiledning og støtte. Enkelte kvinner med gynekologisk kreft er helt avhengig av seksualtekniske hjelpemidler for å kunne ha en god seksuell helse. Ved strålebehandling for gynekologiske kreftpasienter er det anbefalt bruk av dilator som praktisk hjelpemiddel for å hindre sammenvoksinger i kvinnens skjede (Gjessing et al., 2013, s.105). Det er derfor nødvendig at dette følges opp og vurderes av helsepersonell, og at tiltak iverksettes ut fra dette.

De utvalgte artiklene viste at partneren i forholdet kvinnene var involvert i, var blitt påvirket i stor grad når det kom til seksualitet og intimitet. "Partnerens holdning og seksuelle behov ser ut til å være avgjørende for hvordan den seksuelle tilpasningen blir blant langtids kreftoverlevende" (Gjessing et al., 2013, s.107). Derfor er det viktig at dette kommuniseres

tidlig i forløpet slik at man kan iverksette tiltak “før det er for sent”. Her er det et stort utvalg av treningsmetoder som kommunikasjonstrening og konfliktløsning eller annen seksualterapi. Sensualitetstrening har vist at det kan bidra til å hjelpe par å komme nærmere hverandre, være et godt tiltak ved manglende libido og bedre seksuell kommunikasjon mellom partnere (Gjessing et al., 2013, s.107). Det kan derfor være aktuelt å kartlegge om pasienten ønsker en pårørendesamtale, og at man som sykepleier kan være en samtalepartner som kan veilede og bidra til kommunikasjon mellom de to partene. Videre kan man anbefale pasientene å oppsøke sexolog eller oppfølging på sexologisk poliklinikk for de institusjonene som tilbyr det.

## 6 Anvendelse i praksis

Sykepleiere har som ansvar å ivareta seksuell helse som et grunnleggende behov for å kunne utføre en helhetlig pleie med mål om økt livskvalitet hos pasient. Det rapporteres hovedsakelig om at sykepleierne ikke føler de har tilstrekkelig med kunnskap eller trening på å samtale om seksuell helse med pasientene. I frykt for å sjenere pasienten eller å ikke kunne tilby tilstrekkelig rådgivning dersom de har spørsmål, unngår derfor sykepleierne å åpne for dialog omkring seksualitet. Her må det etterstrebtes å gjøre endringer på et systemnivå, for eksempel ved å kurse de ansatte i samtaler om seksuell helse for å øke kompetanse og sørge for at dette blir implementert i avdelingens rutiner. Likevel er det flere tiltak man kan iverksette på individnivå, som sykepleier:

- Åpne for dialog og danne en tillitsfull relasjon med pasienten
- Benytte seg av ulike kommunikasjons- og kartleggingsverktøy som PLISSIT-modellen, innkomstsamtale, FSIDS eller “The relationship and Sexuality Scale”.
- Tilby veiledning, informasjon og støtte i forbindelse med praktiske hjelpemidler.
- Tilby seksualterapi i regi av andre samtalepartnere, som for eksempel sexolog.
- Arrangere eller vise til aktuelle støttegrupper pasienten kan delta på.

Likevel opplever vi at det aller viktigste tiltaket en sykepleier kan gjøre, er å våge å snakke om seksuell helse med pasienten.

## Litteratur

- Cleary, V., Hegarty, J., & McCarthy, G. (2013). How a diagnosis of gynaecological cancer affects women's sexuality. *Cancer Nursing Practice*, 12(1), 32-37.  
<http://ezproxy.uis.no/login?url=https://www.proquest.com/scholarly-journals/how-diagnosis-gynaecological-cancer-affects/docview/1324957319/se-2?accountid=136945>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (7. utgave). Gyldendal Norsk Forlag.
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk*. (3.utg.). Gyldendal Akademisk.
- Friberg, F. (2017). *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3. utgave). Författarna och Studentlitteratur.
- Gannes, S. (2016). Seksualitet og helse. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 2 - Grunnleggende behov*. (3.utg., s.373-405). Gyldendal akademisk.
- Gjessing, R., Borg, T. & Dahl, A. A. (2013). Problemer med seksualitet. I J. H. Loge, A. A. Dahl, S. D. Fosså & C. E. Kiserud (Red). *Kreftoverlevende: ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv*. (2.utg., s.87-108). Gyldendal.
- Harbin, E. (2021): *Retningslinjer for oppgaveskriving*. Universitetet i Stavanger [Hefte].
- Harbin, E. (2021): *Veiledningshefte for bacheloroppgave i sykepleie*. Universitetet i Stavanger [Hefte].
- Helsedirektoratet (2021). *Sektorrapport om folkehelse 2021*. Helsedirektoratet.  
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/sektorrapport-om-folkehelse>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

Hoel, V., Leite, M. & Grønvik, C. K. U. (2021, 9. februar). Sykepleiere må kunne snakke om seksuell helse etter gynekologisk kreft. *Sykepleien*.  
<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2021.83455>

Jerpseth, H. (2016). Sykepleie ved gynekologiske sykdommer. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5. utg., bind 2, s. 133-168). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristoff, A. (2016). Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer. I S. Ørn. & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2.utg., s. 403-416). Gyldendal Akademisk.

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

Nasjonalt kvalitetsregister for gynekologisk kreft. (2021). *Resultater og forbedringstiltak fra Nasjonalt kvalitetsregister for gynekologisk kreft (Årsrapport 2020)*. Kreftregisteret.  
<https://www.kreftregisteret.no/globalassets/publikasjoner-og-rapporter/arsrapporter/publisert-2021/arsrapport-nasjonalt-kvalitetsregister-for-gynekologisk-kreft-2020.pdf>

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

Næss, Gunhild (2020, 17.juni). *Dikt om bivirkninger*. Kreftkompasset.  
<https://www.kreftkompasset.no/blogg/2020/6/17/dikt-om-bivirkninger>

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

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

Rizzuto, I., Oehler, M. K., & Lalondrelle, S. (2021). Sexual and Psychosexual Consequences of Treatment for Gynaecological Cancers. *Clinical oncology (Royal College of Radiologists)*, 33(9), 602–607. <https://doi.org/10.1016/j.clon.2021.07.003>

Sekse, R. J. T., Råheim, M., Gjengedal, E. (2015). Shyness and openness – common ground for dialogue between health personell and women about sexual and intimate issues after gynecological cancer. (2015). *Health care for women international*, 36:1255–1269. <https://doi.org/10.1080/07399332.2014.989436>

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

Travelbee, J. (2018). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

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

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

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



## Vedlegg 1: Litteratormatrise

Forfatter (e) Årstall Tidsskrift Land	Artikkel-tittel	Hensikten med studien	Perspektiv (sykepleier/pasient/pårørende)	Metode og analyse	Utvalg/ populasjon	Hovedfunn/ resultater
Olsson, C., Berglund, A.-L., Larsson, M. & Athlin, E.  2012  European Journal of Oncology Nursing  Sverige	Patient`s sexuality- A neglected area of cancer nursing?	Å beskrive sykepleieres oppfatning av dialog om seksualitet med kreftpasienter.	Sykepleie perspektiv	Kvalitativ tilnærming. Data ble samlet inn ved individuelle tematiske intervjuer i private rom på arbeidsplassen. Dataene ble tolket ved fenomenografisk metode.	Informantene var 10 sykepleiere fra 5 ulike avdelinger på et sykehus i Sverige. Informantene skulle dele sine erfaringer og opplevelser knyttet til samtaler om seksualitet med kreftpasienter.	Hovedfunnet var at sykepleiere burde snakke om seksualitet, men at de normalt sett ikke gjorde dette. Underkategoriene var: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sykepleieres holdninger, kunnskaper og ferdigheter har en innvirkning på hvorvidt de snakker om seksualitet med pasienter.</li> <li>• Dersom sykepleierne snakket om seksualitet så var det hovedsakelig snakk om seksuelle problemer i praktisk forstand.</li> <li>• Samtaler om seksualitet med pasienter ble påvirket på et systemnivå.</li> </ul>
Sekse, R. J. T., Råheim, M. & Gjengedal, E.  2015  Health Care for Women International  Norge	Shyness and Openness- Common Ground for Dialogue Between Health Personnel and Women About Sexual and Intimate Issues After Gynecological Cancer.	Å gå dypere inn i hvordan kvinnene opplevde å håndtere seksuelle forandringer og intimitet på, og hvordan dialog med helsepersonell om slike spørsmål foregikk sett i lys av dansk livsfilosofi og begrepet uoppgjorte motsetninger.	Pasient-perspektiv	Kvalitativ tilnærming. De anvendte en fenomenologisk hermeneutisk metode. Data ble samlet inn gjennom to runder med intervju. Dataenes analyse ble gjennomført i samarbeid med alle forfatterne.	Deltakerne i studien er 16 langtidsoverlevende kvinner som har gjennomgått gynekologisk kreft. De delte egne erfaringer i møte med helsepersonell, gjeldende seksualitet.	Kvinnene i studien ønsker at helsepersonell tar initiativ til samtaler om seksualitet. Kvinnens egen bluferdighet gjorde at terskelen for å ta å prate med helsepersonell om seksualitet, var stor. Det kommer til syne flere hinder for hvordan kvinnene ble møtt av helsepersonell, gjeldende seksualitet. Det vises til mangler på åpenhet hos både pasient og helsepersonell.

<p>Cleary, V., Hegarty, J., &amp; McCarthy, G.</p> <p>2013</p> <p>Cancer Nursing Practice</p> <p>Irland</p>	<p>How a diagnosis of gynaecological cancer affects women's sexuality.</p>	<p>Å utforske hvordan gynekologisk kreft påvirker seksualitet fra et pasientperspektiv.</p>	<p>Pasientperspektiv</p>	<p>Kvalitativ tilnærming. De brukte semi-strukturerte intervju, det de stilte kvinnene åpne spørsmål. Ved analyse har de benyttet seg av "manifest content analysis".</p>	<p>Informantene i studien er 8 kvinner som deler sine erfaringer på hvordan gynekologisk kreft påvirker seksualitet.</p>	<p>Kvinnene i studien opplever mangelfull informasjon om seksualitet. De uttrykker et behov for både skriftlig og muntlig informasjon fra helsepersonell, som kan gi dem tilstrekkelig kunnskap om konsekvenser gynekologisk kreft og behandling kan medføre for seksualiteten.</p>
<p>Williams, N. F., Hauck, Y. L., &amp; Bosco, A. M.</p> <p>2017</p> <p>European Journal of Oncology Nursing</p> <p>Australia</p>	<p>Nurses' perceptions of providing psychosexual care for women experiencing gynaecological cancer.</p>	<p>Å få innsikt i hvordan vest australske sykepleiere kan gi psykoseksuell pleie til kvinner som gjennomgår gynekologisk kreftbehandling, og sammenligne dette med andre sykepleiere på et globalt nivå.</p>	<p>Sykepleie perspektiv</p>	<p>Kvalitativ metode. Ved analyse av dataene i studien er det brukt en systematisk analyseprosess.</p>	<p>Deltakerne i studien var 17 kvinnelige sykepleiere, som alle arbeidet på samme sykehus. Sykepleierne deler utfordringer knyttet til å gi seksuell støtte hos kvinner med gynekologisk kreft.</p>	<p>Det blir presentert 5 hovedfunn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Sykepleierne støttet kvinnene ved å åpne opp for diskusjoner knyttet til psykoseksuelle utfordringer.</li> <li>● Kvinnene har unike psykoseksuelle behov.</li> <li>● Sykepleierens påvirkning av egne verdier, selvtillit og forutinntatte holdninger i møte med pasienten.</li> <li>● Rolle- og ansvarsfordeling på arbeidsplassen.</li> <li>● Hvordan sosiale og samfunnsmessige faktorer påvirker hvordan man gir psykoseksuell støtte til pasientene.</li> </ul>

## Vedlegg 2: Søkelogg

Søkedato	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Antall valgte artikler
15.03.22	Oria	Gynekologisk kreft OG seksualitet	År: 2012-2022 Fagfelleurdert	2	0	0	0
15.03.22	Oria	gyn* OG kreft OG seksual*	År: 2012-2022 Fagfelleurdert	4	0	0	0
15.03.22	Cinahl	Sexuality AND gynecological cancer AND nurse*	År: 2012-2022 Qualitative Peer reviewed English	15	6	3	1
16.03.22	Cinahl	Sexuality AND Gynecological cancer AND issues	År: 2012-2022 Qualitative Peer reviewed	18	5	4	1
16.03.22	British nursing index	Sexuality AND gynecological cancer	År: 2012-2022 Qualitative Peer reviewed English	106	5	2	1
16.03.22	Cinahl	Gyn* AND cancer AND sexual*	År: 2012-2022 Qualitative Peer reviewed English	370	5	4	0
21.03.22	Pubmed	Cancer survivors AND sexual dysfunction AND psychosexual support	År: 2012-2022 Qualitative Peer reviewed	31	2	2	0
21.03.22	Cinahl	Sexuality AND cancer patient AND nurse*	År: 2012-2022 Qualitative Peer reviewed Full text English	75	1	1	1